

Psychoanalytische Kurzzeittherapie zur Behandlung von
Kindern mit emotionalen Störungen – Entwicklung und
Evaluation eines Behandlungsmanuals

Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades
Doktorin der Philosophie (Dr. phil.)

vorgelegt am Fachbereich Humanwissenschaften
der Universität Kassel

Von Tanja Müller-Göttken

Kassel, Dezember 2016

Erstgutachter: Prof. Dr. Cord Benecke (Universität Kassel)
Zweitgutachter: Prof. Dr. Kai von Klitzing (Universität Leipzig)

Übersicht

Übersicht.....	2
Inhaltsverzeichnis	3
Zusammenfassung	8
I. Einleitung	10
II. Theoretischer Teil - Psychoanalytische Kurzzeittherapie für Kinder (PaKT) – Das Manual	16
1. Psychoanalytische Kurzzeittherapie für Kinder im Alter von 4 bis 10 Jahren mit Angst- und Depressionsstörungen – theoretischer Hintergrund des Behandlungsmanuals	16
2. Relevante Modelle der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie	34
III. Behandlungspraktischer Teil – Psychoanalytische Kurzzeittherapie für Kinder (PaKT)	102
3. Das psychotherapeutische Konzept	102
4. Die Behandlungstechnik	122
5. Fallbeispiele	176
IV. Empirischer Teil A – Die Wirksamkeit der psychoanalytischen Kurzzeittherapie (PaKT)	211
6. Planung und Durchführung der kontrollierten klinischen Studie	211
7. Ausgangsmerkmale der Untersuchungsgruppen – eine deskriptive Analyse ..	235
8. Ergebnisse - Statistische Analyse der Prä-Post-Follow-up Untersuchungen ..	241
9. Diskussion der Ergebnisse und Schlussfolgerungen	258
V. Empirischer Teil B – Die reflexive Kompetenz der Mütter als Prädiktor des Therapieerfolgs	266
10. Reflexive Kompetenz der Mütter als Prädiktor des Therapieerfolgs mit Psychoanalytischer Kurzzeittherapie (PaKT) für Kinder im Alter von 4-10 Jahren	266
VI. Allgemeine Diskussion.....	280
Literatur	299
VII. Abbildungsverzeichnis	325
VIII. Tabellenverzeichnis	326
IX. Anhang.....	327
X. Erklärung.....	328

Inhaltsverzeichnis

Übersicht.....	2
Inhaltsverzeichnis	3
Zusammenfassung	8
I. Einleitung	10
II.Theoretischer Teil - Psychoanalytische Kurzzeittherapie für Kinder (PaKT) – Das Manual	16
1. Psychoanalytische Kurzzeittherapie für Kinder im Alter von 4 bis 10 Jahren mit Angst- und Depressionsstörungen – theoretischer Hintergrund des Behandlungsmanuals	16
1.1 Diagnostik, Prävalenz und Verlauf von Angst- und Depressionsstörungen im Kindesalter	16
1.1.1 Diagnostik von Depression und Angst im Kindesalter.....	17
1.1.1.1 Depression im Kindesalter.....	17
1.1.1.2 Angststörungen im Kindesalter	19
1.1.1.3 Begriffsbestimmungen	21
1.1.2 Prävalenz.....	23
1.1.3 Komorbidität.....	24
1.1.4 Verlauf	24
1.1.5 Geschlechtsunterschiede	24
1.2 Risiko- und Schutzfaktoren	25
1.2.1 Psychosoziale Faktoren.....	25
1.2.2 Biologische Faktoren	26
1.2.3 Genetische Faktoren	28
1.2.3.1 Gen-Umwelt-Interaktion.....	28
1.2.3.2 Epigenetik	29
1.3 Die Wirksamkeit einer Psychotherapie bei Kindern mit Angst- und Depressionsstörungen	31
1.3.1 Kognitiv-behaviorale Psychotherapie.....	31
1.3.2 Psychodynamische Psychotherapie	32
2. Relevante Modelle der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie	34
2.1 Klassische psychoanalytische Störungsmodelle	34
2.1.1 Die Triebpsychologie Sigmund Freuds	34
2.1.1.1 Die psychosexuelle Entwicklung.....	35
2.1.1.2 Die psychoanalytische Neurosenlehre	38
2.1.1.3 Die Regression	39
2.1.2 Anna Freud zur Frage der Indikationsstellung und zur Bedeutung der Neurose in der Kindheit.....	41
2.1.2.1 Die Libidoentwicklung und ihre Störungen.....	42
2.1.3 Die Objektbeziehungstheorie Melanie Kleins	44
2.1.4 Die Objektbeziehungstheorie von Donald W. Winnicott	47
2.1.5 Das Modell »Container-Contained« von Wilfred R. Bion	52
2.2 Neuere psychoanalytische und entwicklungspsychologische Konzepte	57
2.2.1 Das Konzept der Mentalisierung und seine Bedeutung für die psychotherapeutische Praxis mit Kindern.....	57

2.2.1.1	Das Konzept der Mentalisierung	58
2.2.1.2	Die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit	62
2.2.1.3	Störungen in der Entwicklung der Mentalisierung – das fremde Selbst	63
2.2.1.4	Entwicklungsschritte der Mentalisierungsfähigkeit.....	66
2.2.1.5	Zum Verhältnis von Mentalisierungsfähigkeit und strukturellen Störungen	67
2.2.2	Die Bedeutung der Triade	70
2.2.3	Die Folgen einer Depression der Mutter für die psychische Entwicklung des Kindes.....	74
2.3	Störungsspezifische psychoanalytische Modelle der Genese von Angst- und Depressionsstörungen	79
2.3.1	Psychoanalytische Konzeptionen depressiver Störungen.....	79
2.3.2	Psychoanalytische Konzeptionen der Angststörungen	84
2.4	Übertragung und Gegenübertragung	89
2.4.1	Übertragung und Gegenübertragung in der Erwachsenenanalyse.....	89
2.4.2	Übertragung und Gegenübertragung in der Kinderanalyse	93
2.5	Die Bedeutung der strukturellen Integration	95
2.6	Der therapeutische Fokus – theoretische Einführung	97
III.	Behandlungspraktischer Teil – Psychoanalytische Kurzzeittherapie für Kinder (PaKT)	102
3.	Das psychotherapeutische Konzept	102
3.1	Übersicht	102
3.1.1	Wirkfaktoren von PaKT.....	103
3.1.2	Fokalkonferenz	104
3.2	Überlegungen zur Indikation	105
3.2.1	Behandlungsvoraussetzungen	105
3.2.1.1	»Äußere« Voraussetzungen	105
3.2.1.2	»Innere« Voraussetzungen.....	106
3.2.2	Kontraindikationen	111
3.2.2.1	Risiken aufseiten des Kindes	111
3.2.2.2	Risiken aufseiten der Eltern.....	112
3.2.2.3	Risiken aufseiten der Therapeutin	113
3.3	Bevor die Therapie beginnt	114
3.3.1	Therapeutisches Equipment	114
3.3.2	Behandlungsvereinbarung	115
3.3.3	Konsequenzen des Strukturniveaus des Kindes für die therapeutische Technik	115
3.3.3.1	Gute strukturelle Integration	116
3.3.3.2	Mäßige strukturelle Integration	117
3.3.3.3	Geringe strukturelle Integration.....	117
3.4	Die Bedeutung des Settings	118
4.	Die Behandlungstechnik	122
4.1	Der Fokus: »Triangle of Psychodynamic Constellations« (ToP)	122
4.2	Deutung, Übertragung und Gegenübertragung in der PaKT	133
4.2.1	Spezifische Übertragungskonstellationen in der Behandlung von Kindern mit Depression und Angststörungen.....	135

4.3 Die Bedeutung der infantilen Sexualität im therapeutischen Prozess	136
4.3.1 Oralität	137
4.3.2 Analität.....	138
4.3.3 Schau- und Zeigelust	139
4.3.4 Phallizität	140
4.4 Die Elternarbeit.....	141
4.4.1 Die Einbeziehung der Väter.....	148
4.4.2 Der Umgang mit gegen die Therapeutin gerichteten feindseligen Vorwürfen und Entwertungen	150
4.5 Die therapeutischen Phasen der PaKT.....	153
4.5.1 Die Anfangsphase	153
4.5.1.1 Die Gestaltung der Anfangsphase – Sitzungen 4–5 mit dem Kind .	156
4.5.2 Die mittlere Phase	162
4.5.3 Die Abschlussphase	163
4.5.3.1 Die Abschlussphase der Therapie mit den Eltern.....	163
4.5.3.2 Abschlusssitzung im Therapeut-Kind-Setting.....	164
4.5.3.3 Unterschiedliche »Abschiedstypen«.....	166
4.6 Zusammenfassende Betrachtungen zum therapeutischen Handeln nach PaKT	167
4.7 Voraussetzungen aufseiten der behandelnden Therapeutin.....	169
4.8 Limitationen eines kurzzeittherapeutischen Ansatzes	170
4.9 Risiken und Nebenwirkungen von PaKT	172
4.9.1 Externalisierendes Verhalten des Kindes	172
4.9.2 Gefahr einer regressiven Desintegration des Kindes.....	173
4.9.3 Verschlechterung einer bisher unerkannten Psychopathologie eines Elternteils	173
4.9.4 Suizidalität	174
4.9.5 Gefahr einer Grenzverletzung.....	174
5. Fallbeispiele	176
5.1 Fallbeispiel: Julian, 6 Jahre.....	176
5.2 Fallbeispiel: Sophie, 5 Jahre	188
5.3 Fallbeispiel: Elisabeth, 6 Jahre	196
IV. Empirischer Teil A – Die Wirksamkeit der psychoanalytischen Kurzzeittherapie (PaKT)	211
6. Planung und Durchführung der kontrollierten klinischen Studie	211
6.1 Theoretischer Hintergrund.....	211
6.2 Fragestellungen und Hypothesen.....	213
6.3 Konzeption der Studie	215
6.3.1 Hintergrundtheorien und Definition der Stichprobe.....	215
6.3.2 Das Setting der Studie.....	216
6.3.3 Studiendesign.....	217
6.3.4 Statistische Analysen	220
6.4 Forschungsinstrumente	221
6.4.1 Das Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA)	221
6.4.2 Der Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)	221
6.4.3 Die Child Behavior Checklist (CBCL).....	223
6.4.4 Das Berkeley Puppet Interview (BPI)	225

6.4.5 Das Parent Development Interview (PDI)	226
6.4.6 Die Reflexive Kompetenz-Skala (RK)	228
6.4.7 Die Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung (FBB)	230
6.4.8 Die Child Psychotherapy Q-Set Methode als Adhärenzmaß	231
6.5 Durchführung der Studie	232
6.5.1 Ablauf der Studie	232
6.5.2 Therapiedauer	235
6.5.3 Ausbildungsstand der behandelnden Therapeuten	235
7. Ausgangsmerkmale der Untersuchungsgruppen – eine deskriptive Analyse ..	235
7.1 Diagnosen	235
7.2 Symptombelastung	237
7.3 Soziodemographische Merkmale	238
8. Ergebnisse - Statistische Analyse der Prä-Post-Follow-up Untersuchungen ..	241
8.1 Diagnostische Remission	241
8.1.1 Diagnosen Prä-Post	241
8.1.2 Diagnostische Remission im Gruppenvergleich	242
8.1.3 Diagnosen zum Follow-up Messzeitpunkt	243
8.2 Symptomveränderungen	243
8.2.1 Symptomveränderungen im Gruppenvergleich im Elternurteil	243
8.2.2 Symptomveränderungen im Prä-Post-Vergleich im Elternurteil	247
8.2.4 Symptomveränderungen im Prä-Post-Vergleich im Lehrerurteil	249
8.2.5 Symptomveränderungen zum Follow-up Messzeitpunkt im Lehrerurteil	249
8.2.6 Symptomveränderungen im Prä-Post-Vergleich in der Selbstauskunft des Kindes	250
8.2.7 Symptomveränderungen zum Follow-up Messzeitpunkt in der Selbstauskunft des Kindes	251
8.2.8 Symptomveränderungen im Post-Therapie-Follow-up Intervall	251
8.3 Die Reflexive Kompetenz der Mütter	252
8.3.1 Reflexive Kompetenz der Mütter vor der Behandlung	252
8.3.2 PDI-RK Auswertungsbeispiele	252
8.3.3 RK Prä-Post Vergleiche	256
8.4 Therapiezufriedenheit	256
8.5 Adhärenz	257
8.6 Inanspruchnahme weiterer Therapien	257
8.7 Drop-Out Rate	257
8.8 Einfluss von Therapeutenfaktoren auf den Therapieerfolg	257
9. Diskussion der Ergebnisse und Schlussfolgerungen	258
9.1 Allgemeine Diskussion der Ergebnisse	258
9.2 Limitationen	264
V. Empirischer Teil B – Die reflexive Kompetenz der Mütter als Prädiktor des Therapieerfolgs	266
10. Reflexive Kompetenz der Mütter als Prädiktor des Therapieerfolgs mit Psychoanalytischer Kurzzeittherapie (PaKT) für Kinder im Alter von 4-10 Jahren	266
10.1 Theoretischer Hintergrund	266
10.2 Methode	269

10.2.1 Stichprobe	269
10.2.3 Psychoanalytische Kurzzeitherapie (PaKT)	270
10.2.4 Instrumente	270
10.2.5 Datenanalyse	271
10.3 Ergebnisse	272
10.3.1 Externalisierendes und internalisierendes Verhalten der Kinder sowie Zusammenhang zwischen Reflexiver Kompetenz der Mütter und Symptombelastung der Kinder	272
10.3.2 Prä-Post Vergleiche Reflexive Kompetenz	272
10.3.3 Zusammenhang von Reflexiver Kompetenz der Mütter und Symptomreduktion der Kinder	273
10.4. Diskussion.....	276
10.5 Limitationen.....	278
10.6 Fazit für die Praxis	278
VI. Allgemeine Diskussion.....	280
11. Allgemeine Diskussion der Studienergebnisse.....	280
11.1 Übersicht über die Forschungskriterien der American Psychological Association.....	280
11.2 Diskussion der Ergebnisse – Empirischer Teil A	283
11.3 Diskussion der Ergebnisse – Empirischer Teil B	287
11.4 Limitationen.....	290
11.5 Ausblick	292
11.6 Psychoanalytische Kurzzeittherapie mit Kindern – Manualentwicklung	294
11.7 Fazit	297
Literatur	299
VII. Abbildungsverzeichnis	325
VIII. Tabellenverzeichnis	326
IX. Anhang.....	327
X. Erklärung.....	328

Zusammenfassung

Im Rahmen dieser Dissertation wurde ein störungsspezifisches Behandlungsmanual für Kinder im Alter von 4 bis 10 Jahren entwickelt, die unter Angststörungen und Depression leiden. Dabei erhielt eine kontinuierliche Wechselwirkung zwischen Theorie und Praxis Einzug in die inhaltliche Ausgestaltung des Behandlungsleitfadens, der mit dem abschließenden Titel *Psychoanalytische Kurzzeittherapie mit Kindern (PaKT). Ein Behandlungsmanual* veröffentlicht wurde (Göttken & von Klitzing, 2015). Als störungsspezifischer Ansatz integriert PaKT neben der klassischen Kinderanalyse die Konzepte der Triebpsychologie sowie der Objektbeziehungstheorie und verknüpft sie mit dem konfliktzentrierten Vorgehen der Fokalthherapie (Klüwer, 2005). Darüber hinaus folgt PaKT den Praxis-Parametern, die von der American Association of Child and Adolescent Psychiatry formuliert wurden (Kernberg et al., 2012).

In einem zweiten Schritt wurde das Interventionsprogramm PaKT mittels einer großzügigen Förderung durch die Heidehofstiftung e.V. im Rahmen dieser Dissertation systematisch wissenschaftlich evaluiert. Hierzu wurden dreißig Kinder (davon waren 12 Mädchen) mit der Diagnose einer Angststörung nach DSM-IV Kriterien in die Studie eingeschlossen. Diese Kinder und ihre Eltern erhielten 20 bis 25 Stunden der manualisierten psychoanalytischen Kurzzeittherapie. Ein Teil dieser Kinder (n = 12 Wartekontrollgruppe) wurde erst nach einer Wartezeit mit PaKT behandelt, während alle anderen Kinder (n = 18 Behandlungsgruppe PaKT) direkt nach Einschluss in die Studie die PaKT-Intervention erhielten. Die Zuweisung der Kinder zu den jeweiligen Gruppen erfolgte dabei in Abhängigkeit von der Verfügbarkeit eines Therapieplatzes. Als Hauptergebnismaße dienten Diagnosen, sowie internalisierende Symptome und Gesamtproblemwert im Elternurteil. Diese wurden zu den Prä-, Post- und Follow-up-Messzeitpunkten sowie vor und nach der Wartezeit erhoben. Zusätzlich zu den Einschätzungen der Symptome durch die Eltern, waren die Einschätzungen durch die Erzieher bzw. Lehrer und die Symptomeinschätzungen durch die Kinder selbst zu Prä-, Post- und Follow-up verfügbar. Somit konnten sowohl Vergleiche der Veränderungen beider Gruppen als auch Vergleiche zwischen allen drei Messzeitpunkten für die gesamte Gruppe vorgenommen werden. Allerdings konnten die Lehrer-/Erzieher-Ratings aus Kostengründen nicht vor der Wartezeit erhoben werden, wodurch diese Daten nicht für den Gruppenvergleich, sondern nur für einen Prä-Post-Vergleich herangezogen werden konnten. Außerdem wurde der Einfluss der elterlichen reflexiven Kompetenz (RK) auf die Wirksamkeit der Behandlung mit PaKT untersucht. Hierzu wurde die RK der Mütter mittels des Parent Development Interview (PDI) gemessen und in Beziehung zum Symptomrückgang der Kinder nach der Therapie gesetzt.

Zum Post-Messzeitpunkt lagen die Daten von 27 Kindern zur Verfügung (25 PDIs konnten zur Erfassung der mütterlichen RK ausgewertet werden). Über die Hälfte (66,67%) der Kinder wies nach einer Behandlung mit PaKT keine Angststörung mehr auf. Bei den Kindern der Wartekontrollgruppe kam es hingegen während der Wartezeit bei keinem der Kinder zu einer diagnostischen Remission. Auch auf der Ebene der von den Eltern berichteten internalisierenden Symptome sowie des Gesamtproblemwerts zeigte sich eine signifikante und stärkere Reduktion im

Vergleich zur Wartekontrollgruppe. Ebenso ergaben die Daten aus den Erzieher-/Lehrer-Einschätzungen sowie aus dem Selbsturteil der Kinder eine signifikante Symptomreduktion. Die Remission der Angststörungen sowie die Symptomreduktionen blieben auch zum Katamnesezeitpunkt sechs Monate nach der Therapie (Follow-up Messzeitpunkt) erhalten. Des Weiteren zeigte die mütterliche RK keine Veränderung durch die Intervention mit PaKT. Allerdings ergab sich anhand explorativer Analysen bei Kindern von Müttern mit hoher RK zu Therapiebeginn ein signifikant stärkerer Rückgang externalisierender Symptome nach einer Behandlung mit PaKT im Vergleich zu Kindern von Müttern mit initial niedriger RK; dies sowohl unmittelbar nach PaKT als auch zum sechs-monatigen Follow-up. Diese Ergebnisse lassen sich möglicherweise als ein Hinweis darauf interpretieren, dass die mütterliche RK als ein wichtiges Prognosekriterium für eine erfolgreiche Behandlung angesehen werden kann. Aus den geschilderten Ergebnissen lässt sich der Schluss ziehen, dass mit der PaKT ein effektives psychoanalytisches Behandlungsmanual für Vorschul- und junge Schulkinder mit emotionalen Störungen entwickelt wurde, dessen Wirksamkeit in zukünftigen randomisierten kontrollierten Studien einer weiteren Überprüfung unterzogen werden sollte.

I. Einleitung

»In der Psychoanalyse bestand von Anfang an ein Junktim zwischen Heilen und Forschen, die Erkenntnis brachte den Erfolg, man konnte nicht heilen, ohne etwas Neues zu erfahren, man gewann keine Aufklärung, ohne ihre wohltätige Wirkung zu erleben. Unser analytisches Verfahren ist das einzige, bei dem dies kostbare Zusammentreffen gewahrt bleibt. (...) Diese Aussicht auf wissenschaftlichen Gewinn war der vornehmste, erfreulichste Zug der analytischen Arbeit« (Freud, 1927, S. 293 f.).

Emotionale Störungen wie Depressionen und Angststörungen treten bereits im Vorschul- und jungen Schulalter auf (Bufferd, 2011, von Klitzing et al., 2014, Wichstrøm et al., 2012). Es handelt sich dabei um Störungsbilder, welche sich nicht nur auf die emotionale Entwicklung betroffener Kinder negativ auswirken, sondern darüber hinaus auch die soziale, kognitive und psychosomatische Entwicklung dieser Kinder nachhaltig hemmen (Essau et al. 2000). Häufig bleiben betroffene Kinder unbehandelt, weil Eltern, Kinderärzte, Erzieher und Lehrer Symptome entweder nicht ausreichend wahrnehmen, oder der Ansicht sind, sie werden sich noch mit der Zeit auswachsen. Die entwicklungspsychologische Forschung hingegen zeigt, dass emotionale Symptome im Kindesalter stabil sind und unbedingt ernst genommen und behandelt werden sollten (Ihle & Esser, 2002, Luby, 2009).

Wenden sich betroffene Familien allerdings an kinderpsychiatrische oder kinderpsychotherapeutische Versorgungszentren, so können bereits jüngere Kinder heutzutage meist erfolgreich diagnostiziert und behandelt werden. Zur Behandlung von Angststörungen und Depression im Kindesalter finden insbesondere psychodynamische Behandlungsansätze breite Anwendung. Allerdings konnte sich diese gängige psychodynamische Behandlungspraxis – als ich im Jahr 2008 mit dieser Dissertation begann – kaum auf ein evidenzbasiertes Fundament stützen. Zum einen gab es zu dem Zeitpunkt einen ausgeprägten Mangel an gut systematisierten Behandlungsleitfäden für das Kindesalter, insbesondere für das Vorschulalter und jüngere Schulalter. Zum anderen lagen nur wenige kontrollierte Studien vor, die die Wirksamkeit psychodynamischer Interventionen bei depressiven und Angststörungen im Kindes- und Jugendalter belegen konnten (Midgley & Kennedy, 2011). Zudem wurden diese wenigen existierenden Studien in einschlägigen Übersichtsarbeiten wegen methodischer Mängel nicht einmal erwähnt (z. B. Bachmann, 2008).

Als ich im Jahr 2007 meine neue Arbeitsstelle als wissenschaftliche Mitarbeiterin und Leiterin der Abteilung Psychotherapie an der Klinik für Psychiatrie,

Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters an der Universität Leipzig bei Prof. Dr. Kai von Klitzing begann, beschlich mich ein Unbehagen angesichts dieser Diskrepanz zwischen täglicher kinderpsychiatrischer Behandlungspraxis und mangelnder Evidenzbasierung dessen, was als psychodynamische Psychotherapie mit Kindern- und Jugendlichen täglich Anwendung fand. Gleichzeitig zeigte mir die eigene klinische Erfahrung, sowie die der Kolleginnen und Kollegen aus der Klinik und den Ausbildungsinstituten, sowie der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen, dass besonders psychodynamische Verfahren nachhaltige Behandlungseffekte erzielten. Gemeinsam mit Prof. von Klitzing erhielt ich durch die tägliche klinische Praxis im Rahmen meiner Spezialsprechstunde „Angst und Depression im Kindesalter“ den Eindruck, dass besonders die jüngeren Kinder, deren depressive und ängstliche Symptome schwer zu diagnostizieren sind, da sie häufig hinter anderen Verhaltensauffälligkeiten maskiert in Erscheinung treten, einer wissenschaftlich fundierten Behandlung bedürften. Vor dem Hintergrund der im Jahr 2008 bereits existierenden vielversprechenden existierenden Studien, die auf Angst- und Depressionsstörungen im Schul- und Jugendalter fokussieren (Muratori et al., 2003, 2002; Trowell et al., 2007), und angesichts der Notwendigkeit, die Wirksamkeit von psychodynamischer Psychotherapie im Vorschul- und jungen Schulalter zu überprüfen, begann ich unter kontinuierlicher Supervision und Beratung durch Prof. Kai von Klitzing damit, im Rahmen dieses Dissertationsprojektes ein psychoanalytisches Behandlungsmanual für Kinder im Alter von 4 bis 10 Jahren zu entwickeln, die unter Angst- und Depressionsstörungen leiden.

Die Psychoanalytische Kurzzeittherapie mit Kindern (PaKT) wurde als störungsspezifisches, altersadäquates, manualisiertes psychodynamisches Interventionsprogramm für entsprechende Kinder konzipiert, die in den kinderpsychiatrischen und kinderpsychotherapeutischen Ambulanzen vorstellig werden. Erste Erfahrungen mit der Anwendbarkeit des Manuals zeigten jedoch, dass abgesehen von den erwähnten Kindern mit Angststörungen und Depression auch Kinder mit verschiedensten Symptomen (wie beispielsweise Verhaltensprobleme, »Hyperaktivität«, neurotische Beziehungs- und Leistungsstörungen etc.) behandelt werden können, sofern Angst und/oder depressive Verstimmungen an der Symptomentstehung wesentlich beteiligt sind. Dies insbesondere deshalb, weil Depression und Angst im Vorschul- und jungen Schulalter einerseits häufig gemeinsam auftreten und andererseits auch Verhaltensprobleme wie oppositionelles Verhalten oder Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störungen (ADHS) oft bei genauerer Betrachtung durch fundierte psychoanalytische Diagnostik sehr wohl mit emotionalen Symptomen einhergehen. Aus diesem Grund widmet sich das PaKT-Manual ebenfalls Kindern, deren emotionale Probleme latent – hinter externalisierenden Symptomen verborgen – in Erscheinung treten.

Eine besondere Motivation, die der Entwicklung dieses PaKT-Manuals im Rahmen meiner Dissertation zugrundelag, bezog sich aus dem Umstand, dass sich Studienabgänger häufig in der Situation befinden, als Assistenzärzte oder Psychotherapeuten im Praktikum im klinischen Versorgungsalltag Kinder mit emotionalen Symptomen behandeln zu sollen, ohne darauf theoretisch oder praktisch ausreichend vorbereitet zu sein. Daher richtet sich PaKT als Behandlungsleitfaden

nicht nur als störungsspezifische Erweiterung der individuellen bisheriger Behandlungspraxis an erfahrene Therapeuten, sondern insbesondere an Psychotherapeuten, die sich noch in Ausbildung zum Psychotherapeuten für Kinder und Jugendliche befinden. Mit diesem Manual sollte daher ein Behandlungsleitfaden entwickelt werden, der von klaren psychoanalytischen Definitionen ausgeht und dennoch der Komplexität psychoanalytischer Konzepte in der praktischen Arbeit mit Kindern und ihren Eltern Rechnung trägt. Durch eben diese didaktische Ausrichtung auch auf die Bedürfnisse von unerfahrenen Therapeutinnen und Therapeuten kommt es an manchen Stellen zu unvermeidlichen Verkürzungen psychoanalytischer Konzepte, die jedoch aus meiner Sicht unter behandlungspraktischen Gesichtspunkten angemessen sind. Die jahrzehntelange klinische Erfahrung, über welche die Psychoanalyse verfügt und die sich in den psychoanalytischen Konzepten verdichtet, sowie die Komplexität des Zugangs der Psychoanalyse zu individuellen psychischen Problemen sollen durch dieses Manual auch für Therapeuten in Ausbildung nutzbar gemacht werden. In diesem Sinne soll das PaKT-Manual eine erste Orientierung darstellen, die auch als Ausgangspunkt für Vertiefungen der theoretischen Ansätze genutzt werden kann.

Als ich im Jahr 2008 mit der Arbeit an dem PaKT Manual begann, gab es nur einige wenige vielversprechende prospektive Studien, welche die Wirksamkeit psychodynamischer Interventionen (z. B. Muratori, 2002, 2003, Trowell et al., 2007), sowie deren Behandlungsprozesse und Indikationskriterien untersucht hatten (vgl. Abbass et al. 2013, Midgley & Kennedy, 2011). Somit leitet sich das Wissen um Indikationskriterien und Behandlungsprozesse der psychoanalytischen Kurzzeittherapie mit Kindern, das in diesem PaKT-Manual dargestellt wird – im Sinne des Freudschen Junktims zwischen »Forschen und Heilen« (Freud, 1927) – zunächst aus intensivem Studium wissenschaftlicher Literatur und jahrelanger klinischer Erfahrung in der Behandlung von Kindern ab. Diese Behandlungspraxis erlangte ich in der Kinderpsychiatrie des Universitätsklinikums Leipzig, begleitet von kontinuierlicher Supervision durch erfahrene Kinderanalytiker. Daneben dienten mir sowohl eine langjährige Ausbildung zur Psychoanalytikerin nach den Bestimmungen der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung (DPV), als auch mehrjährige Erfahrungen in der stationären psychodynamischen Behandlung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen als solides Fundament, um ein Konzept zur Behandlung von Vorschul- und jungen Schulkindern mit emotionalen Störungen zu entwickeln.

Parallel zu meiner eigenen Arbeit der Erstellung eines Manuals für Kinder mit internalisierenden Störungen, fanden störungsspezifische Systematisierungen psychodynamischer Behandlungsansätze erst in den letzten Jahren auch vonseiten anderer Forschungsgruppen statt (Baumeister-Duru et al., 2013; Staufenberg, 2011). So verwundert es nicht, dass zu der Zeit, als ich mit der Erarbeitung dieses Manuals begann, den ersten Wirksamkeitsstudien für internalisierende Störungen im Kindesalter beispielsweise noch kein Behandlungsmanual zugrunde lag (Muratori et al., 2003). In gewissem Sinne stellte die vorliegende Arbeit daher eine »Pionierarbeit« dar, da ich auf nur wenig systematisiertes Wissen zum kurzzeittherapeutischen Arbeiten mit Kindern im Vorschul- und jungen Schulalter zurückgreifen konnte. Das Behandlungsmanual der PaKT zur Behandlung von

Kindern mit Angststörungen und Depression wurde zunächst in einer Gruppe von Studientherapeuten an der kinderpsychiatrischen Institutsambulanz des Universitätsklinikums Leipzig implementiert, um daran anschließend wissenschaftlich evaluiert zu werden.

In einem ersten Schritt wurde die PaKT zunächst im Rahmen einer Pilotstudie evaluiert (vgl. Göttken & von Klitzing, 2011). Danach konnte unsere Leipziger Arbeitsgruppe unter meiner Federführung die nötigen Drittmittel einwerben, so dass durch eine großzügige Förderung durch die Heidehofstiftung e.V. ein erstes Forschungsprojekt zur systematischen Evaluation unseres Behandlungsansatzes anhand einer klinischen Stichprobe von Kindern mit Angststörungen realisiert werden konnte.

Im Folgenden möchte ich einen kurzen Überblick über den Aufbau der vorliegenden Dissertation geben:

Im II. Teil dieser Dissertation sollen zunächst die theoretischen Grundlagen des PaKT Behandlungsansatzes und die aus diesen abgeleiteten praktischen Konsequenzen dargestellt werden. In diesem Zusammenhang werden sowohl entsprechende aktuelle bio-psycho-soziale Forschungsbefunde (Kapitel 1) als auch Theorien der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie (Kapitel 2) dargestellt. Dabei wird die erarbeitete psychoanalytische Theorie im Anschluss an jedes Theoriekapitel jeweils in ihrer Bedeutung für die kideranalytische Praxis in einem »Fazit für PaKT« zusammengefasst.

Das Behandlungskonzept soll in Teil III dieser Dissertation beschrieben und anhand von kurzen Fallbeispielen illustriert werden. Teil III dieser Dissertation widmet sich dann abschließend einer ausführlichen Darstellung des psychotherapeutischen Arbeitens mittels PaKT anhand von drei Fallbeispielen, die den Verlauf der 25 Stunden, welche für eine Behandlung mittels PaKT eingeplant sind, exemplarisch wiedergeben. Im Anschluss daran werden in Teil IV und V dieser Dissertation die Ergebnisse der oben bereits erwähnten Wirksamkeitsstudie dargestellt.

In Teil IV wird die Planung und Durchführung der wissenschaftlichen Evaluation der Wirksamkeit von PaKT detailliert ausgeführt. Die PaKT wurde in der kinderpsychiatrischen Ambulanz des Universitätsklinikums Leipzig angewendet und systematisch wissenschaftlich evaluiert. In diesem Zusammenhang wurde PaKT im Rahmen einer quasi-randomisierten kontrollierten klinischen Studie an einer Stichprobe von 30 Kindern im Alter zwischen 4 und 10 Jahren mit der Diagnose einer DSM-IV-Angststörung überprüft. Das Hauptziel der Studie war die Überprüfung der Wirksamkeit von PaKT zur Behandlung von Angststörungen – im Vergleich zur Wartekontrollgruppe – anhand eines breiten Spektrums von Instrumenten. Dabei sollten die Angststörungen und Symptome sowohl kategorial als auch dimensional unter Anwendung eines Multi-Informanten-Ansatzes (Kraemer, 2003) - bei dem die Einschätzung der Symptome der Kinder aus der Sicht der Eltern, Lehrer/Erzieher, der Kinder selbst, sowie eines geschulten Interviewers erfolgte – erfasst werden. Nicht nur die Symptomreduktion und die diagnostische Remission sollten als Kriterium für die Wirksamkeit der PaKT dienen, sondern diese sollte ebenfalls anhand eines anderen Gesichtspunkts überprüft werden, der mit dem

zentralen Konstrukt dieses Therapieansatzes in Verbindung steht: der Verbesserung der Mentalisierung der Eltern über ihr Kind. Neben der sofortigen diagnostischen Remission nach einer psychotherapeutischen Behandlung mit PaKT stellte die Erfassung der Langzeit-Wirkung von PaKT zum Follow-up-Zeitpunkt (sechs Monate nach Behandlungsende) ein weiteres Ziel der Studie dar.

In Teil V. dieser Dissertation wird der Einfluss der elterlichen Reflektionsfähigkeit und Feinfühligkeit auf den Therapieerfolg mit PaKT untersucht. Hierzu werden ergänzend zu den hypothesentestenden Untersuchungen, die in Teil IV. dieser Dissertation vorgenommen wurden, explorative Analyse durchgeführt. Die Darstellung dieser Analysen erfolgt separat in Teil V. dieser Dissertation.

Einzelne Etappen der Manualentwicklung, Erfahrungen in der Anwendbarkeit und Evaluation von PaKT anhand einer Pilotstudie wurden kontinuierlich in die Weiterentwicklung des PaKT-Manuals integriert. Aus der Arbeit an dieser Dissertation, die ich im Februar 2014 (kurz vor der Geburt meines Sohnes und der darauf folgenden Elternzeit) fertigstellte, gingen in der Zwischenzeit drei wesentliche Publikationen hervor. Da die Hauptpublikation der Ergebnisse der Wirksamkeitsstudie in der Zeitschrift *Psychotherapy* in englischer Sprache verfasst wurde (Göttken, White, Klein & von Klitzing, 2014), das PaKT Manual (Göttken & von Klitzing, 2015) sowie die Analysen zur Reflexiven Kompetenz der Mütter (Müller-Göttken, White, von Klitzing & Klein, 2014) jedoch in deutscher Sprache veröffentlicht wurden, entschied ich mich, um einer Sprachverwirrung vorzubeugen, diese Dissertation entsprechend dem ursprünglichen Vorhaben in deutscher Sprache als publikationsorientierte Monografie einzureichen. Im Folgenden möchte ich genau ausweisen, welche Teile dieser Dissertation bereits innerhalb der oben genannten Publikationen veröffentlicht wurden.

Die Darstellung des Behandlungsmanuals in den Teilen II bis III dieser Dissertation wurde in der Zwischenzeit im Jahr 2015 als deutschsprachiges PaKT Manual mit dem Titel *Psychoanalytische Kurzzeittherapie mit Kindern - ein Behandlungsmanual* im Verlag Klett-Cotta, Stuttgart veröffentlicht (siehe Göttken & von Klitzing, 2015).

Im IV. Teil dieser Dissertation unternehme ich eine detaillierte und systematische Darstellung der Planung, Durchführung, Ergebnisse (auf den primären und sekundären Ergebnismaßen), Diskussion und daraus abgeleiteten Schlussfolgerungen der PaKT Wirksamkeitsstudie, die unter meiner Leitung in den Jahren 2009 bis 2013 in der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters der Universität Leipzig durchgeführt wurde. Eine Kurzfassung dieses IV. Teiles wurde mit dem Titel *Short-Term Psychoanalytic Child Therapy for Anxious Children: A Pilot Study* in englischer Sprache in der Zeitschrift *Psychotherapy* der American Psychological Association veröffentlicht (Göttken, White, Klein & von Klitzing, 2014).

Des Weiteren habe ich im Rahmen dieser Dissertation explorative Analysen zum Einfluss der mütterlichen Reflexiven Kompetenz auf die Wirksamkeit der Behandlung mit PaKT vorgenommen. Diese wurden ebenfalls in der Zwischenzeit in einer deutschsprachigen Zeitschrift veröffentlicht. Aus diesem Grund entschied ich mich, diese Analysen im Teil V. detailliert darzustellen. Zu diesem Zweck erfolgt in

Teil V. dieser Dissertation eine unveränderte Darstellung des Artikels *Reflexive Kompetenz der Mütter als Prädiktor des Therapieerfolgs mit Psychoanalytischer Kurzzeittherapie im Alter von 4-10 Jahren*, der im Jahr 2014 in der Zeitschrift *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* veröffentlicht wurde (Müller-Göttken, White, von Klitzing, & Klein, 2014). Im Rahmen einer Gesamtdiskussion (unter VI.) werden alle Ergebnisse einer abschließenden kritischen Beurteilung unterzogen.

Die Teile II. bis III. entsprechen einer publikationsbasierten Dissertation, Teil IV. ist als publikationsorientierte Monografie verfasst; Teil V. entspricht einer publikationsbasierten Dissertation. Um im Text beide Geschlechter gleichberechtigt zu benennen und eine gute Lesbarkeit zu ermöglichen, wird in der vorliegenden Dissertation per Zufall entweder die männliche oder weibliche Form gewählt.

Ich möchte mich bei all denen bedanken, die mich während meines Forschungsprozesses unterstützt und angeleitet haben. Dies sind allen voran mein Doktorvater Prof. Dr. Cord Benecke sowie mein Zweitbetreuer Prof. Dr. Kai von Klitzing. Beiden möchte ich für die Freiheit und den Gestaltungsspielraum in der Konzeption und Durchführung meiner Forschungstätigkeit, sowie für manche kritische Anmerkung danken. Besonderer Dank gilt dabei Prof. Dr. Kai von Klitzing für seine Unterstützung und konstruktive Haltung in manch einer schwierigen Situation während des Forschungsprozesses.

Besonderer Dank gilt auch allen Familien, die sich zur Teilnahme an der PaKT-Studie bereit erklärt haben. Danken möchte ich auch den behandelnden Studententherapeuten, die mit ihrer Offenheit und Bereitschaft, auch von schwierigen Situationen im Therapieprozess zu berichten, dadurch wichtige Anregungen für die kontinuierliche Weiterentwicklung des Behandlungsmanuals gegeben haben.

Danken möchte ich den wissenschaftlichen Hilfskräften die während der Durchführung der diagnostischen Untersuchungen so viel Feinfühligkeit im Kontakt mit den betroffenen Eltern und Kindern zeigten, dass sie neben ihrer bereichernden fachlichen Kompetenz auch durch diese „Soft Skills“ einen großen Beitrag zum Gelingen dieser Studie leisteten. Gedankt sei an dieser Stelle besonders Alice Graneist und Anna Andreas.

Ein herzlicher Dank geht an meine Kollegin Dr. Annette Maria Klein und meinen Kollegen Dr. Lars Otto White. Während unserer regelmäßig stattfindenden PaKT-Teambesprechungen wurden Diskussionen ausgetragen, Wissensschätze angereichert, Perspektiven erweitert und unlösbar erscheinende Probleme gelöst.

Und nicht zuletzt seien die Menschen in meinem privaten Umfeld mit Dank bedacht für alle Unterstützung und Ermutigung, die während der vielen Jahre der Arbeit an dieser Dissertation von ihnen ausging.

Berlin, im Dezember 2016

Tanja Müller-Göttken

II.Theoretischer Teil - Psychoanalytische Kurzzeittherapie für Kinder (PaKT) – Das Manual

Im folgenden II. Teil dieser Dissertation sollen zunächst die theoretischen Grundlagen des PaKT Behandlungsansatzes und die aus diesen abgeleiteten praktischen Konsequenzen erarbeitet werden. Zu diesem Zweck erfolgt zunächst die Darstellung entsprechender aktueller bio-psycho-sozialer Forschungsbefunde (Kapitel 1). Daran anschließend werden sowohl klassische, als auch neuere Theorien aus der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie (Kapitel 2) vorgestellt. Im Anschluss an jedes Theoriekapitel wird die erarbeitete psychoanalytische Theorie jeweils in ihrer Bedeutung für die kinderanalytische Praxis in einem »Fazit für PaKT« zusammengefasst.

1. Psychoanalytische Kurzzeittherapie für Kinder im Alter von 4 bis 10 Jahren mit Angst- und Depressionsstörungen – theoretischer Hintergrund des Behandlungsmanuals

Im folgenden Kapitel 1 dieser Dissertation sollen zunächst die theoretischen Grundlagen des PaKT Behandlungsansatzes erarbeitet werden. Zu diesem Zweck werden zunächst aktuelle bio-psycho-soziale Forschungsbefunde (Kapitel 1) dargestellt. Dabei wird die erarbeitete Theorie im Anschluss an jedes Theoriekapitel jeweils in ihrer Bedeutung für die kinderanalytische Praxis in einem »Fazit für PaKT« zusammengefasst.

1.1 Diagnostik, Prävalenz und Verlauf von Angst- und Depressionsstörungen im Kindesalter

Im ersten Teil dieses Behandlungsmanuals soll zunächst die aktuelle empirische Befundlage bezüglich der Diagnostik, der Prävalenz und des Verlaufs von Angst- und Depressionsstörungen im Vorschul- und jungen Schulalter dargestellt werden. Häufig fanden in psychodynamisch orientierten Ansätzen epidemiologische Daten kaum oder keine Berücksichtigung, was unserer Ansicht nach immer noch zu einer Unschärfe der Begriffe und Definitionen im Bereich der psychodynamischen Psychotherapie beiträgt.

1.1.1 Diagnostik von Depression und Angst im Kindesalter

Die depressive Erkrankung wurde von Seligman als die »gemeine Erkältung« («common cold»; Seligman, 1975) der westlichen Welt bezeichnet und ist die häufigste psychische Störung im Erwachsenenalter (vgl. Bramesfeld & Stoppe, 2006). Im Kindesalter sind Angststörungen mit 10,4 % sowie aggressive Verhaltensstörungen mit 7,5 % die häufigsten psychischen Störungen (Ihle & Esser, 2002). Laut Sara Bufferd und Kollegen (2011) stellen Störungen des Sozialverhaltens mit 9,4% und Angststörungen wie Spezifische Phobien mit 9,1%, sowie Trennungsangst mit 5,4% die häufigsten Diagnosen bei Vorschulkindern dar. Depression konnte bei 1,8% diagnostiziert werden. Aktuelle Studien haben gezeigt, dass es eine große Überschneidung von Angst und Depression im Kindesalter gibt (von Klitzing et al., 2014), da sich verschiedene Symptombereiche stark überlappen. Vielfach wird auch der Terminus »emotionale Störung« als übergeordneter Begriff für Störungen benutzt, in welchen bei genauerer Analyse Angst- und Depressionssymptome eine wichtige Rolle spielen, auch wenn nach außen unter Umständen mehr die aggressiven Verhaltensprobleme und/oder die Hyperaktivität («Externalisierungssymptome») sichtbar werden.

1.1.1.1 Depression im Kindesalter

Besonders die Diagnose einer Depression im Kindesalter stellt eine fachliche Herausforderung dar (Luby et al., 2002; Wiefel et al., 2007). In den diagnostischen Manualen der ICD-10 und des DSM-5 gibt es keine eigene Klassifikation für entwicklungsensitive Beschreibungen depressiver Störungen im Kindesalter. Die ICD-10 klassifiziert depressive Störungen auf der Grundlage von Symptomatologie, Schweregrad, Dauer, Verlauf und Frequenz wiederkehrender Erkrankungsphasen (Dilling et al., 2011). Eine spezifische depressive Symptomatik im Kindesalter wird lediglich in Kombination mit Störungen des Sozialverhaltens – als kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen – unter F 92 beschrieben. Im Erwachsenenalter klassifiziert die ICD-10 die affektiven Störungen als F30 »Manische Episode«, F31 »Bipolare Störung«, die depressive Episode unter F32, die rezidivierende depressive Störung unter F33. Bei diesen Störungen wird zwischen leicht, mittelgradig und schwer unterschieden. Unter F34 wird die anhaltende affektive Störung klassifiziert.

Die in den diagnostischen Manualen (ICD-10 und DSM-5) aufgeführten Diagnosekriterien können für das Kindesalter nur eingeschränkt angewendet werden, da die depressive Symptomatik im Kindesalter vielfältiger und weniger eindeutig erkennbar ist. Besonders für die Altersgruppe der unter 6-Jährigen ergeben sich aus der begrenzten Anwendbarkeit der DSM-5- bzw. ICD-10-Kriterien diagnostische Unsicherheiten. Neben den klassischen Kernsymptomen der Depression wie gedrückter Stimmungslage, Hoffnungslosigkeit und Traurigkeit drückt sich die Depression im Kindesalter auch durch Symptome aus, die man zunächst nicht damit in Zusammenhang bringen würde. Dazu gehören etwa Reizbarkeit, sozialer Rückzug,

erhöhte Sensibilität, verminderter oder erhöhter Appetit, Schlafstörungen (Ein- oder Durchschlafstörungen oder exzessiver Schlaf), Wutanfälle oder exzessives Weinen, Spielhemmung, reduzierte Kreativität, Beeinträchtigung der Konzentration und sogar Suizidgedanken oder Gedanken an den Tod. Dabei erweist sich besonders die Spielhemmung als Kardinalsymptom der Depression im Kindesalter (von Klitzing, 2008). Erst im Jugendalter zeigt sich eine depressive Episode bereits anhand der gängigen Diagnosekriterien des DSM-5 oder der ICD-10 des Erwachsenenalters.

Hinsichtlich der diagnostischen Kriterien von emotionalen Störungen im Vorschulalter fehlt ein fachlicher Konsens. Die Kriterien aus DSM-5 und ICD-10 sind für dieses Alter nicht angemessen operationalisiert, wodurch die Vergleichbarkeit bislang vorliegender epidemiologischer Daten erschwert wird. Um eine solche Vergleichbarkeit zu gewährleisten, müssten diagnostische Kriterien bezüglich Dauer, Beginn und Intensität von Symptomen einheitlich operationalisiert werden. Insbesondere bei der Major Depressive Disorder (MDD) oder Major Depression gibt es zwischen den USA und Europa große Unterschiede bezüglich der Häufigkeit der Diagnose schwerer depressiver Episoden (vgl. McArdle et al., 2004; McDonnell & Glod, 2003). Diese spiegeln sich in den für die USA und Europa jeweils unterschiedlichen Prävalenzangaben wider. Seit 2003 stellen die Forschungskriterien der American Association for Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) eine Orientierung bei der kategorialen Einschätzung von Störungen im Vorschulalter zur Verfügung (vgl. Research Diagnostic Criteria – Preschool Age, = RDC-PA; Emde, 2003; Scheeringa et al., 2003).

An dieser Stelle soll exemplarisch die Anpassung von Störungskriterien an die Gegebenheiten in der frühen und mittleren Kindheit anhand der Major Depression (MDD) nach DSM-IV-TR (Saß et al. 2003) dargestellt werden, wie sie von Luby und Kollegen vorgenommen wurde. Luby et al. (2002) nahmen an den gängigen diagnostischen Kriterien des DSM-IV für die Major Depression Modifikationen vor, um die Kriterien den entwicklungspsychologischen Besonderheiten des Vorschulalters anzupassen. Dazu gehörte auch, die in diesem Alter typischen Fluktuationen der Affektzustände zu berücksichtigen, indem sie das Zeitkriterium von zwei Wochen herabsetzten. Auch reduzierten sie die Anzahl der geforderten Symptome von fünf von neun auf vier von neun. Luby et al. (2002) rekrutierten eine klinische Stichprobe aus N = 136 Kindern im Alter zwischen 3.0 und 5.6 Jahren. Dabei wurden n = 101 Kinder aus einer Community-Stichprobe und n = 35 Kinder aus einer klinischen Stichprobe rekrutiert. Ohne Berücksichtigung dieser Modifikationen erfüllten nur 12 von 136 Vorschulkindern die Kriterien einer Major Depression. Mit den Veränderungen konnten Luby und Kollegen 49 Fälle klassifizieren. Die von den Autoren vorgenommenen Veränderungen der Klassifikation nach DSM-IV für MDD sollen im Folgenden (kursiv gedruckt) dargestellt werden.

Als diagnostische Klassifikation nach den »Diagnostic Criteria for Preschool Major Depressive Disorder«, P-DC-MDD, (Luby et al., 2002) wird für die Major Depression in einem Punkt A angeführt:

»Fünf (oder mehr) der folgenden Symptome bestanden *nicht notwendigerweise ständig* über einen Zeitraum von zwei Wochen und stellen eine Veränderung hinsichtlich des vorherigen

Funktionsniveaus dar. Mindestens eines dieser Symptome ist: (1) depressive Verstimmung, (2) Interessenverlust oder Verlust an Freude an Aktivitäten *oder am Spiel*. Wenn beide Symptome (1) und (2) vorhanden sind, werden nur insgesamt vier der folgenden Symptome benötigt.

- (1) Depressive Verstimmung während eines Teils des Tages über mehrere Tage, anhand des Verhaltens beobachtet (oder berichtet). Beachte: Diese kann sich auch in Reizbarkeit äußern.
- (2) Ausgeprägter Interessenverlust oder Verlust von Freude an allen oder fast allen Aktivitäten *oder am Spiel* während eines Teils des Tages über mehrere Tage (bemerkt entweder anhand des subjektiven Berichtes oder der Beobachtung durch andere).
- (3) Bedeutsamer Gewichtsverlust oder Gewichtszunahme oder Abnahme oder Zunahme des Appetits fast täglich.
- (4) Schlaflosigkeit oder erhöhtes Schlafbedürfnis fast täglich.
- (5) Psychomotorische Überaktivität oder Hemmung fast täglich (ist für andere zu beobachten, nicht bloß das subjektive Gefühl der Ruhelosigkeit oder der Trägheit).
- (6) Müdigkeit oder Verlust an Energie fast täglich.
- (7) Gefühle der Wertlosigkeit und unangemessene Schuldgefühle (die wahnhaften Charakter haben können), welche fast täglich in Spielinhalten auftreten können (und sich nicht bloß auf Schuldgefühle oder Selbstvorwürfe darüber beziehen, krank zu sein).
- (8) Verminderte Konzentrations- und Denkfähigkeit oder Unentschlossenheit an mehreren Tagen (entweder subjektiv berichtet oder durch andere zu beobachten).
- (9) Wiederkehrende Gedanken an den Tod (nicht bloß die Angst vor dem Tod), wiederkehrende suizidale Gedanken ohne einen spezifischen Plan, oder Suizidversuch. *Suizidale oder selbstdestruktive Themen sind in Spielinhalten ständig evident*« (Luby et al., 2002, S. 931; Übersetzung durch die Autorin).

Zum einen wird durch die vorgenommenen Modifikationen die Forderung A nach durchgängiger Symptombelastung in den letzten zwei Wochen eingeschränkt. Dabei wird auch die Forderung der Symptome von fünf auf vier herabgesetzt, wenn aufseiten des Kindes sowohl depressive Stimmung als auch Interessenverlust (am Spiel, an Aktivitäten) vorliegen. Insbesondere das Auftreten der Symptome im Spielverhalten des Kindes wird nach der Anpassung durch die Autoren bei Symptomen wie Interessenverlust, Gefühlen der Wertlosigkeit oder suizidalen Themen berücksichtigt, wodurch den entwicklungspsychologischen Besonderheiten der mangelnden Elaboriertheit der Sprache und der Dominanz des Handelns (Spielens) gegenüber der Sprache Rechnung getragen wird.

1.1.1.2 Angststörungen im Kindesalter

Die in Deutschland gebräuchliche *Internationale Klassifikation psychischer Störungen* (ICD-10; Dilling, 2011) klassifiziert folgende Angststörungen des Kindesalters:

- F93.0: emotionale Störung mit Trennungsangst im Kindesalter,
- F93.1: phobische Störung des Kindesalters,
- F93.2: Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters,
- F93.8: sonstige emotionale Störungen des Kindesalters.

Erst aufs Jugendalter können folgende Klassifikationen von Angststörungen des Erwachsenenalters aus der ICD-10, Kapitel F40.0 bis F41.9, angewandt werden:

- F40: phobische Störungen,
- F 40.0: Agoraphobie,
- F40.1: soziale Phobie,
- F40.2: spezifische Phobie,
- F40.8: sonstige phobische Störungen,
- F40.9: nicht näher bezeichnete phobische Störungen,
- F41: andere Angststörungen,
- F41.0: Panikstörung – episodisch paroxysmale Angst,
- F41.1: generalisierte Angststörung,
- F41.2: Angst und depressive Störung gemischt,
- F41.3: andere gemischte Angststörungen,
- F41.8: sonstige spezifische Angststörungen,
- F41.9: nicht näher bezeichnete Angststörungen.

Die Kriterien für Dauer, Intensität und erstmaliges Auftreten der Symptomatik entsprechen dabei den Kriterien, die für Erwachsene angewandt werden, und richten sich nicht nach den entwicklungspsychologischen Besonderheiten des Kindes- und Jugendalters (Dilling, 1993). Daher können die Kriterien der ICD-10 und des DSM-IV für das Erwachsenenalter nur eingeschränkt im Kindes- und Jugendalter angewendet werden.

Die diagnostischen Kriterien zur Klassifikation emotionaler Störungen des Kindesalters sind insgesamt sehr uneindeutig und unscharf. Es empfiehlt sich daher, sich auch im klinischen Kontext zur Diagnostik von psychischen Störungen wie Angststörungen und Depression im Kindesalter an den Kriterien des Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA; Egger & Angold, 2004) sowie des Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA; Angold & Costello, 2000) zu orientieren. Das PAPA ist ein diagnostisches Instrument, das für die Altersspanne von zwei bis fünf Jahren konzipiert wurde, auf dem Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA) aufbaut und inhaltlich und strukturell auf die speziellen Symptome und Verhaltensweisen sehr junger Kinder zugeschnitten ist. Das PAPA lässt sich nach Auskunft seiner Autoren auch für Kinder im Alter von vier bis acht Jahren anwenden. Es fand als strukturiertes klinisches Interview im Rahmen der empirischen Evaluation dieses Manuals Anwendung.

1.1.1.3 Begriffsbestimmungen

Da in dem durch das PaKT-Manual erfassten Altersbereich von vier bis zehn Jahren die Variationsbreite kindlicher Entwicklung sehr ausgeprägt ist, stellt die diagnostische Klassifikation eine besondere Herausforderung dar.

Grundsätzlich gilt es, bei der Erfassung von Störungen die dimensionale von der kategorialen Herangehensweise zu unterscheiden. So kann im dimensionalen Sinn von *emotionalen Symptomen* gesprochen werden, wenn die Anzahl und der Schweregrad von beobachtbaren oder erfragbaren Phänomenen wie Ängsten oder Verstimmungen ein bestimmtes Ausmaß überschreiten, so dass die Phänomene Symptomcharakter erhalten. Ängste und Verstimmungen spielen in jeder Entwicklung eine Rolle und werden erst ab einer bestimmten Intensität pathologisch. Typische Erhebungsverfahren zur Erfassung von Symptomen stellen Fragebögen oder Rating-Skalen wie z. B. der Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman, 1997) oder die Child Behaviour Checklist (CBCL; (Achenbach, 1991) dar, deren Normierung ein Verteilungsmuster dieser Phänomene in der Population zu Tage gefördert hat. Auf dieser Grundlage wird dann definiert, ab welchem Grenzwert (Cut off) wir von »Abnormalität« oder »grenzwertiger Abnormalität« sprechen.

Im Gegensatz dazu wird im PaKT-Manual im kategorialen Sinne ein Symptom als eine Angst- und/oder Depressionsstörung klassifiziert, wenn neben dem quantitativen Ausmaß von Symptomen auch deren qualitative Charakteristika dafür sprechen, dass eine krankheitswertige Störung vorliegt. Typische Kriterien für die Beurteilung stellen das subjektive Gefühl des Belastetseins auf Seiten der Kinder und Eltern dar oder die Frage, ob die Symptome die Entwicklung und soziale Integration erheblich beeinträchtigen (z. B. Beeinträchtigung des Lernens in der Schule, des Familienlebens, der Beziehung zur Peer-Gruppe oder der Freizeitmöglichkeiten). Typische Erhebungsverfahren zur Erfassung von emotionalen Störungen stellen (standardisierte) diagnostische Interviews dar, in welchen – neben der genauen Zuordnung der Symptome zu umschriebenen Störungsklassifikationen – auch die Schwere und die Auswirkungen der Krankheitserscheinungen erfasst werden.

Bei der dimensionalen Erfassung kommt als Ergebnis immer ein Mehr oder Weniger von Problemen/Symptomen heraus. Das Ergebnis der kategorialen Erfassung führt dagegen zu einem Entweder-oder: dass nämlich die pathologische Störung entweder vorhanden ist oder nicht. Wenn zwar Symptome vorhanden sind, diese aber wegen des zu geringen Ausmaßes der Beeinträchtigung nicht die kategoriale Diagnosestellung einer Störung rechtfertigen, wird von einer *subklinischen Störung* gesprochen. Da die Frage, ob bestimmte Probleme oder Symptome die Entwicklung in relevantem Ausmaß beeinträchtigen, bei Kindern oft erst im Nachhinein valide zu beantworten ist, sollten im Forschungskontext kindliche Probleme möglichst immer dimensional *und* kategorial erfasst werden.

Da die mit emotionalen Störungen assoziierten Begrifflichkeiten in den gängigen diagnostischen Klassifikationssystemen psychischer Störungen des Kindes- und Jugendalters (vgl. DSM-V, Multiaxiales Klassifikationssystem für das Kindes- und Jugendalter nach ICD-10) sowie in der Referenzliteratur sehr uneinheitlich verwendet werden, legen wir uns auf folgende Begriffsbestimmungen fest:

- *Emotionale Symptome:* Als emotionale Symptome werden Depressivität, Ängstlichkeit, Sorgen, dysphorische Stimmung, Gehemmtheit und Somatisierungsneigung erfasst. Diese Symptome treten entweder isoliert oder zusammen mit oppositionellen, aggressiven, disruptiven Verhaltenssymptomen oder Hyperaktivität (»Komorbidität«) auf.
- *Emotionale Störungen:* Im PaKT-Manual wird dieser Begriff als ein Sammelbegriff für eine Reihe von kategorialen Störungen benutzt. Diesen ist gemeinsam, dass eine affektive Dysregulation maßgeblich am Störungsbild beteiligt ist: Angststörungen, affektive Störungen, Somatisierungsstörungen und Posttraumatische Stressstörungen, wenn diese eine deutliche affektiv depressive Begleitsymptomatik aufweisen, sowie die in der ICD-10 speziell aufgeführten emotionalen Störungen des Kindesalters inklusive den Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92; F92.0: Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung). Da die Diagnose einer manischen Störung bei Kindern vor der Pubertät zumindest in Europa nur mit größter Zurückhaltung gestellt wird, sind wir auf diese diagnostische Gruppe in diesem Behandlungsmanual nicht eingegangen. Als Referenzsystem werden die Forschungskriterien des Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA; Egger & Angold, 2004) herangezogen.
- *Klinische Relevanz:* Emotionale Störungen sind umschriebene Störungsbilder und haben Krankheitswert. Emotionale Symptome treten in unterschiedlichen Ausprägungsgraden auf. Nach den dimensional diagnostischen Kriterien des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman, 2001) oder der Child Behaviour Checklist (CBCL; Achenbach, 1991) werden sie anhand der Cut-off-Werte graduell in »auffällig«, »grenzwertig« und »normal« eingestuft.
- *Internalisierung versus Externalisierung:* Die oben beschriebenen emotionalen Störungen und emotionalen Symptome werden in der wissenschaftlichen Literatur (insbesondere in Arbeiten, die von der Child Behavior Checklist ausgehen; vgl. Muratori et al., 2003) häufig auch als Internalisierungsstörungen (englisch: »internalizing disorders«) bezeichnet, weil sich die Symptome mehr nach innen und – anders als bei »Externalisierungsstörungen« bzw. Störungen mit Verhaltensauffälligkeiten – weniger nach außen richten.

Zu betonen ist an dieser Stelle, dass es sich bei den dargelegten Symptombeschreibungen und Diagnosen um rein phänomenologische, deskriptive Kategorien oder Beschreibungen handelt. In DSM und ICD sind die Störungsbilder nicht als Störungsbilder nicht als Entitäten mit einheitlichen Ätiologien klassifiziert gemeint. Für unseren Behandlungsansatz sind zusätzliche psychodynamisch orientierte Formulierungen wichtig, die man aber begrifflich von den deskriptiven Diagnosekategorien des DSM-5 und der ICD-10 unterscheiden muss. Auf die psychodynamischen Aspekte emotionaler Störungen gehen wir weiter unten ein (siehe Kapitel 2.3).

- *Klinische Diagnostik:* Neben standardisierten diagnostischen Interviews sollten auch Geschichtenstammverfahren wie die MacArthur Story Stem Battery (MSSB; Bretherton & Oppenheim, 2003) zur Anwendung kommen. Die durch sie erfassten kindlichen Narrative geben Aufschluss über die Abwehrmechanismen und den

Umgang des Kindes mit interpersonellen Konflikten (z. B. können hierbei interpersonelle Lösungen, Vermeidung oder rohe Aggression kategorisiert werden). Anhand performativer und inhaltlicher Elemente dieser Narrative können mentale Repräsentationen des Kindes sowie Hinweise auf das Vorliegen von Mentalisierungsstörungen erfasst werden. Ein hilfreiches Instrument für die Beurteilung des psychodynamischen Hintergrundes der zu behandelnden Störungen stellt die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD-KJ-2, 2013) dar. Im Rahmen der Psychoanalytischen Kurzzeittherapie (PaKT) beschränken wir uns bezüglich der Einschätzung geeigneter Interventionsstrategien auf die Achse »Struktur« der OPD-KJ-2 (2013) (siehe Kapitel 2.5).

1.1.2 Prävalenz

Im Rahmen der durch das Robert-Koch-Institut durchgeführten BELLA-Studie wurden von 2003 bis 2006 in Deutschland repräsentative epidemiologische Daten zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen erhoben. Dabei erwiesen sich 10 % der Kinder im Alter von 7 bis 17 Jahren als psychisch auffällig. Nimmt man die Kinder hinzu, bei denen die Symptomausprägungen grenzwertig waren, zeigten sogar 22 % Hinweise auf eine psychische Auffälligkeit (Ravens-Sieberer, Wille, Bettge & Erhart, 2006). Eine repräsentative Studie aus den USA konnte zeigen, dass Kinder im Vorschulalter ungefähr genauso häufig psychische Auffälligkeiten zeigen wie ältere Kinder (Cartwright-Hatton et al., 2006; Egger & Angold, 2006).

Angststörungen stellen die häufigsten psychischen Störungen des Kindesalters dar. Allerdings variieren die Prävalenzangaben der verschiedenen Studien erheblich, wie in einer Metaanalyse aus jüngerer Zeit gezeigt wurde (Cartwright-Hatton et al., 2006). Studien berichten bereits für das Vorschulalter von hohen Prävalenzraten für Angststörungen, die mit denen im späteren Kindesalter vergleichbar sind (Egger & Angold, 2006; Lavigne et al., 1998). Eine aktuelle Studie berichtet von einer Punktprävalenz für Angststörungen im Vorschulalter von 19,6 % (spezifische Phobien 9,1 %, Trennungsangst 5,4 %, soziale Phobie 4,4 %, generalisierte Angst 3,9 %, Agoraphobie 3,5 %, selektiver Mutismus 1,5 % und Panikstörung 0,2 %; Bufferd et al., 2011). Eine andere Studie aus Norwegen nennt hingegen für Angststörungen bei 4-Jährigen eine Punktprävalenz von 1,5 % und für depressiven Störungen eine Punktprävalenz von 2,0 % (Wichstrøm et al., 2012).

Bezüglich des depressiven Störungsbildes finden sich folgende Prävalenzangaben: Für das Erwachsenenalter wird die Punktprävalenz unipolarer depressiver Störungen mit 5–7 % (Wittchen & Jacobi, 2005) angegeben, die Lebenszeitprävalenz hingegen mit 14–20 % (Kessler et al., 2005). Für das Kindes- und Jugendalter ergaben epidemiologische Studien in den USA und Norwegen für die verschiedenen Altersgruppen folgende Prävalenzraten: Vorschulkinder 1,8% (Bufferd et al., 2011) oder 2% (Wichstrøm et al., 2012), Schulkinder 3,3 % (Brotman et al., 2006), Jugendliche zwischen 2 % und 8 % (Roberts et al., 1991). Laut der oben bereits erwähnten BELLA-Studie aus Deutschland weisen ca. 5 % der 7- bis 17-Jährigen

eine hohe depressive Symptomatik mit Beeinträchtigung auf (Bettge et al., 2008; Fuchs et al., 2013; A. M. Klein et al., im Druck; A. M. Klein et al., 2013).

1.1.3 Komorbidität

Vom Vorschulalter bis zur Adoleszenz treten Angststörungen oft mit komorbiden depressiven Störungen auf (Sterba et al., 2007). Im Vorschulalter zeigt sich in der aktuellen Forschungsliteratur bereits eine hohe Komorbidität von Angststörungen mit Depression, ADHS und oppositioneller Verhaltensstörung (Angold et al., 1999; Bufferd et al., 2011; Kashani et al., 1997; Luby et al., 2003). In einer aktuellen Studie aus unserer Arbeitsgruppe wurden 1738 Kinder eines Kindergartenjahrgangs untersucht (von Klitzing et al., 2014). 236 Kinder (12 %) der 5-Jährigen zeigten erhöhte Angstsymptome sowie depressive Verstimmtheit. Dabei konnte besonders die Komorbidität von Angststörungen und depressiven Symptomen als bedeutsamer Risikofaktor für emotionale Entwicklungsstörungen identifiziert werden.

1.1.4 Verlauf

Angststörungen persistieren ohne frühe Interventionen oftmals oder werden im weiteren Verlauf durch depressive Störungen ersetzt (Kovacs & Devlin, 1998; Pine et al., 1998). Häufig gehen Angststörungen ebenso wie depressive Störungen im Kindesalter mit schwerwiegenden sozialen und schulischen Leistungsminderungen einher (Essau et al., 2000). Die Persistenzrate für emotionale Störungen wird mit 23 % angegeben und nimmt mit zunehmendem Alter sogar zu (Ihle & Esser, 2002). In mehreren Studien konnte gezeigt werden, dass die Selbstaussagen 5- bis 6-jähriger Kinder zu depressiven sowie Angstsymptomen Vorhersagekraft für spätere psychopathologische Entwicklungen haben (Ialongo et al., 1995, 2001).

Längsschnittdaten zeigen, dass eine Depression im Schulalter eine ernst zu nehmende chronische psychische Erkrankung darstellt (McCauley et al., 1993; Rao et al., 1993). Ein erhöhtes Risiko für einen chronischen Verlauf zeigen bereits Kinder, die im Vorschulalter an einer Depression erkranken (Luby et al., 2009).

1.1.5 Geschlechtsunterschiede

Bisherige Forschungsbefunde zeigen, dass es hinsichtlich der Prävalenzraten von internalisierenden und externalisierenden Symptomen Geschlechtsunterschiede gibt (Ihle et al., 2000; Lahey et al., 2000). Sowohl im Vorschul- als auch im Grundschulalter gelten Jungen als besonders vulnerabel (Beyer & Furniss, 2007), ihre Entwicklungspfade sind komplexer und haben höhere Vorhersagekraft (Mesman et al., 2001). Bezüglich der Risikofaktoren zeigen Jungen und Mädchen im Schulalter und in der Adoleszenz keine Unterschiede, wohl aber finden sich bei

Mädchen in der Adoleszenz mehr und stabilere Angstsymptome (Bosquet & Egeland, 2006).

Jungen zeigen mehr externalisierende Symptome wie ADHS oder oppositionelles Verhalten im Vorschul- (Elberling et al., 2010; Sourander, 2001; van Leeuwen et al., 2006) und Grundschulalter (Muris et al., 2003; Woerner et al., 2004). Danach gleichen sich die Prävalenzraten psychischer Störungen zunächst an, wobei ab dem Jugendalter Mädchen häufiger von psychischen Störungen betroffen sind als Jungen (Ihle & Esser, 2002). Das Ausmaß emotionaler Symptome im Vorschul- und Grundschulalter unterscheidet sich bei beiden Geschlechtern nicht (Beyer et al., 2012; Elberling et al., 2010; Furniss et al., 2006; Keiley et al., 2000; Sourander, 2001; van Leeuwen et al., 2006; Woerner et al., 2002, 2004). Die für das Erwachsenenalter typische geschlechtsspezifische 2:1-Verteilung für depressive Erkrankungen zeigt sich bereits im Jugendalter (Angold & Costello, 2006). Im Jugendalter zeigen Mädchen mehr und stabilere Angstsymptome (Bosquet & Egeland, 2006). Der Erkrankungsgipfel für Angststörungen liegt zwischen sechs und 12 Jahren (Blanz, 2003).

Fazit für PaKT: Die epidemiologischen Daten zeigen, dass viele Kinder im Vorschul- und jungen Schulalter an krankheitswertigen Angst- und Depressionssymptomen leiden. Von daher gibt es einen nicht unerheblichen Bedarf an entwicklungs sensitiven Therapien, die das Leiden der Kinder und ihrer Familien angemessen behandeln und/oder lindern. Solche Therapien sollten für die betroffenen Kinder und ihre Familien eine anhaltende Diagnosefreiheit bewirken und darüber hinaus die weitere psychische, soziale und kognitive Entwicklung befördern.

1.2 Risiko- und Schutzfaktoren

Der Einfluss psychosozialer, neurobiologischer und genetischer Faktoren auf die Entwicklung von Angst- und Depressionsstörungen wurde durch zahlreiche Forschungsbefunde belegt. Im Folgenden sollen die aktuell in der Forschungsliteratur diskutierten empirischen Befunde dargestellt werden.

1.2.1 Psychosoziale Faktoren

Kinder, deren Eltern bereits an einer Depression erkrankt waren, weisen ein erhöhtes Risiko auf, im Verlauf ihrer Entwicklung internalisierende Symptome auszubilden (Olino et al., 2008). Besonders wenn Kinder im familiären Kontext durch ihre Eltern Zurückweisung erfahren (Mun et al., 2001), kritischen Life Events ausgesetzt sind oder mit einem alleinerziehenden Elternteil zusammenleben, haben sie ein erhöhtes Risiko, an Stimmungs- und Angststörungen zu erkranken (Kroes et al., 2002). Neuere Untersuchungen konnten zeigen, dass besonders das Auftreten von kritischen Life Events im frühen Kindesalter mit der Ausbildung von affektiven Störungen im

Kindesalter assoziiert ist (Luby et al., 2009). Aber auch die Qualität der Familienbeziehungen stellt einen bedeutsamen Risikofaktor dar. Kinder, die mit einem alleinerziehenden Elternteil zusammenleben, haben im Vergleich zu Kindern, die mit beiden biologischen Eltern aufwachsen, ein höheres Risiko, emotionale oder Verhaltensprobleme zu entwickeln (Kasen et al., 1996; Wichstrøm et al., 2012).

Auch konnte in zahlreichen Studien ein Zusammenhang zwischen überbehütendem und überkontrollierendem sowie ängstlichem Erziehungsstil der Eltern und emotionalen Störungen im Vorschulalter gezeigt werden (Bayer et al., 2006; Hastings et al., 2008; Whaley et al., 1999; Wood et al., 2003). Dagegen erhöhen geringe elterliche Fürsorge sowie inkonsistentes und strafendes Erziehungsverhalten die Wahrscheinlichkeit, dass die Kinder externalisierende Verhaltensprobleme ausbilden (Beelmann et al., 2007; Deater-Deckard et al., 1998; Hahlweg et al., 2008; Lucia & Breslau, 2006).

Auch konnte die Bedeutung individueller sozial-kognitiver Stile der Kinder nachgewiesen werden. In mehreren Studien konnte das Ausmaß an sozialer Kompetenz von Kindern als zentraler Einflussfaktor in Bezug auf eine gesunde kindliche Entwicklung belegt werden (Alsaker & Gutzwiller-Helfenfinger, 2009; Deater-Deckard, 2001; Hay et al., 2004; Perren et al., 2008). Dabei können sowohl niedrige als auch hohe Ausprägungen prosozialen Verhaltens ein Risiko für psychopathologische Entwicklungen darstellen. Psychosoziale Stärken erwiesen sich als ein Schutzfaktor gegen psychische Symptome im Kindesalter (Lyons et al., 2000). Verhaltenssymptome bei Kindern sind mit einer niedrigen Ausprägung prosozialen Verhaltens assoziiert (Eron & Huesman, 1984; Hastings et al., 2000; Hay & Pawlby, 2003). Kinder mit emotionalen Symptomen hingegen weisen höhere Ausprägungen prosozialen Verhaltens auf. Insbesondere Mädchen, die sehr freundlich und sozial und auf das Wohlergehen anderer ausgerichtet sind, weisen ein erhöhtes Risiko auf, emotionale Symptome auszubilden (Bohlin et al., 2000; Perren et al., 2007).

1.2.2 Biologische Faktoren¹

Bio-psycho-soziale Modelle der Entstehung emotionaler Störungen konzentrierten sich in den letzten Jahren besonders auf die Untersuchung des hypothalamisch-hypophysär-adrenocortikalen (HPA) Systems. Die HPA-(Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-) Achse ermöglicht dem Organismus auch während erhöhtem Stress, ein Gleichgewicht der Körperfunktionen aufrechtzuerhalten. Ermöglicht wird dies durch die kontrollierte und regulierte Ausschüttung von Stresshormonen. Für die Entstehung psychiatrischer Erkrankungen erwies sich in diesem Zusammenhang eine längerfristige Überproduktion oder Dysregulation von Stresshormonen als bedeutsam (McEwen, 2002). Der Mechanismus dieser Stressregulation beim gesunden menschlichen Organismus sowie dessen Störung im

¹ Eine andere, detaillierte Darstellung biologischer Befunde im Zusammenhang mit einem psychodynamischen Verständnis depressiver Störungen erfolgte in der Zeitschrift *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* (Göttken, 2013).

Rahmen von emotionalen Störungen soll in Anlehnung an Ising und Kollegen (2012) im Folgenden kurz skizziert werden.

Sobald der Organismus mit einem Stressor konfrontiert wird, setzt die HPA-Achse im Hypothalamus das Corticotropin-Releasing-Hormon (CRH) frei, welches in den Blutkreislauf gelangt. Von dort gelangt das CRH in die Hypophyse, wo es durch Bindung an entsprechende Glucocorticoidrezeptoren (GR) die Freisetzung des adrenocorticotropen Hormons (ACTH) in den Blutkreislauf auslöst. ACTH stimuliert daraufhin in den Nebennierenrinden die Produktion und Ausschüttung von Glucocorticoiden (beim Menschen das Cortisol, bei Ratten im Tierexperiment das Corticosteron). Werden die Glucocorticoide in den Blutkreislauf freigesetzt, so bewirken sie im Körper eine umfassende Stressreaktion. So sind charakteristische physiologische und psychologische Veränderungen im Organismus eine direkte Folge dieser erhöhten Kortisolkonzentration (u. a. erhöhter Blutdruck, erhöhte Herzfrequenz, allgemeine Steigerung des Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsniveaus). Diese psychophysiologische Aktivierung als Reaktion auf einen Stressor hat sich im Rahmen der Evolution als adaptiv herausgestellt, da sie die Reaktionsbereitschaft des Organismus auf äußere Reize erhöht. Dieser vorübergehende Zustand erhöhter Aufmerksamkeit und Anspannung des gesunden Organismus wird in der Folge ebenfalls über die HPA-Achse zurückreguliert. Dies geschieht, indem die aus den Nebennierenrinden freigesetzten, im Blut zirkulierenden Glucocorticoide auch die höheren Ebenen der HPA-Achse im Zentralen Nervensystem (ZNS) erreichen. Im Hypothalamus oder in der Hypophyse gelangen sie an entsprechende Bindungsstellen für Glucocorticoide, die Glucocorticoid-Rezeptoren (GR). Durch diese Bindung von Glucocorticoiden an entsprechende GR wird dann ein wichtiger negativer Rückkoppelungsmechanismus in Gang gesetzt, der die weitere Hestellung und Freisetzung von CRH und ACTH hemmt und die HPA-Achse zurückreguliert. Dieser Prozess führt beim Menschen zu einem Rückgang der stressgebundenen psychophysiologischen Reaktionen.

Forschungsbefunde der letzten Jahre weisen darauf hin, dass dieser für die Stressregulation entscheidende Rückkoppelungsmechanismus bei depressiven Patienten gestört zu sein scheint. In diesem Zusammenhang konnte bei 50 % der Patienten mit depressiven Störungen sowohl eine Überaktivität als auch eine veränderte Reaktionsbereitschaft der HPA-Achse nachgewiesen werden, wobei vornehmlich erhöhte Cortisolkonzentrationen festgestellt werden konnten (Holsboer & Barden, 1996; Vreeburg et al., 2009). Ising und Kollegen (2005) fanden bei 50 % der akut Depressiven im sogenannten Dexamethason-Suppressionstest (DST) eine veränderte Cortisolreaktion im Vergleich zu gesunden Probanden. Die Einnahme von Dexamethason führt beim gesunden Organismus zu einem deutlichen Abfall (Suppression) des Cortisolblutwertes. Leider sind die Befunde zur HPA-Achse noch sehr heterogen und lassen sich bisher noch nicht zu einem kohärenten Störungskonzept vereinheitlichen. Dennoch sollen im Folgenden einige aktuelle Befunde dargestellt werden, die auf einen Zusammenhang zwischen Veränderungen der HPA-Achse und einer Psychopathologie in der Kindheit hinweisen.

Aktuellen Studien zufolge gehen externalisierende psychische Störungen wie Aggressivität oder Anpassungsstörungen zumeist mit niedrigeren Cortisolkonzentrationen (Flinn & England, 1995; McBurnett et al., 2000; Moss et al., 1995;

Shoal et al., 2003), internalisierende Symptome wie Depressivität dagegen mit erhöhten Cortisolkonzentrationen einher (Granger et al., 1996; Schmidt et al., 1997; Zahn-Waxler et al., 2000). Allerdings ist die Vergleichbarkeit der Studienergebnisse aufgrund der methodologischen Variabilität nur eingeschränkt möglich (Jessop & Turner-Cobb, 2008). Hatzinger et al. (2007) fanden, dass 5-jährige Mädchen sowohl am Morgen als auch unter Stressbedingungen höhere Aktivitäten der HPA-Achse aufwiesen als Jungen. Bei den Jungen waren die erhöhten Cortisolkonzentrationen am Morgen mit emotionalen und Hyperaktivitätssymptomen assoziiert, bei den Mädchen dagegen nicht. In einer Studie konnten von Klitzing und Kollegen (2012) zeigen, dass negative Familienbeziehungen bei Vorschulkindern emotionale Symptome dann voraussagen ließen, wenn die Kinder während eines Geschichtenerzähltests (MacArthur Story Stem Batteries, MSSB) eine hohe Cortisolausschüttung (gemessen im Speichel) aufwiesen. Dagegen ließen negative Beziehungen zu Gleichaltrigen das Auftreten emotionaler Symptome voraussagen, wenn die Cortisolausschüttung während des Tests unterdrückt wurde.

1.2.3 Genetische Faktoren

Die Frage, welchen Anteil die genetische Disposition eines Individuums an der Entstehung und Ausprägung einer psychischen Störung hat, ist auch im Bereich der Angst- und Depressionsstörungen von großer Bedeutung. Besonders die Frage nach der Interaktion von genetischen und Umwelteinflüssen wird in diesem Zusammenhang diskutiert. Im Folgenden sollen wichtige aktuelle Befunde kurz dargestellt werden.

1.2.3.1 Gen-Umwelt-Interaktion

In den letzten Jahren wurden zunehmend Hinweise auf die Bedeutung von Gen-Umwelt-Interaktionen gefunden. Es hat sich gezeigt, dass besonders Personen, die ein genetisches Risiko tragen, mit der Ausbildung psychischer Störungen auf negative Umweltereignisse reagieren. Da auch bei sehr negativen Umweltbedingungen eine große Heterogenität in der Reaktion der Betroffenen besteht, stellt sich die Frage, ob ein Teil dieser Heterogenität im Sinne einer Anfälligkeit gegenüber Umweltbedingungen aufgrund von genetischen Einflüssen erklärt werden kann (Rutter, 2008). Die Theorie der »differential susceptibility« (differentielle Empfindlichkeit; Belsky et al., 2007; Ellis et al., 2011) geht davon aus, dass genetische Faktoren zu einer unterschiedlichen Responsivität auf Umwelteinflüsse führen. Caspi und Kollegen (2003) konnten beispielsweise zeigen, dass der 5-HTTLPR-Genotyp (serotonin [5-HT] transporter [T] length [L] polymorphic [P] region [R], kurz 5-HTTLPR) die depressiogene Wirkung von kritischen Lebensereignissen moderiert. Nur bei Trägern des s-Allels des 5-HTTLPR-Genotyps waren negative Lebensereignisse ein Prädiktor für Depressionen,

nicht aber bei Trägern von zwei l-Allelen. Gestützt wurde dieser Befund von Kaufmann und Kollegen (Kaufman et al., 2004), die zeigen konnten, dass nur diejenigen Träger des s-Allels, die kritischen Lebensereignissen ausgesetzt waren und in der Folge keine soziale Unterstützung erhalten hatten, als Kind eine Depression entwickelten. Außerdem konnte gezeigt werden, dass Träger des s-Allels stärker mit negativen Emotionen auf äußere Ereignisse reagieren (Neurotizismus; Lesch et al., 1996) und bei Angst auslösenden Stimuli eine höhere kortikale Aktivität im limbischen System aufweisen (Hariri et al., 2002).

Die Theorie der »differential susceptibility« (Belsky et al., 2007) geht bei Trägern des s-Allels von einer allgemeinen Sensitivität hinsichtlich positiver und negativer Umweltaspekte aus. So ist dieser 5-HTT-Genotyp bei widrigen Bedingungen mit einer erhöhten Vulnerabilität für psychische Störungen wie die Depression assoziiert. Gleichzeitig kann diese höhere Sensitivität gegenüber positiven Umweltbedingungen bei Trägern des s-Allels möglicherweise auch als Schutzeffekt verstanden werden (Uher & McGuffin, 2008). Wahrscheinlich sind hier aber viele Genloci beteiligt, die in ihrem komplexen Zusammenspiel bisher noch nicht erfasst sind.

1.2.3.2 Epigenetik

Epigenetische Mechanismen dienen auf molekularer Ebene (der Information, die in der Desoxyribonukleinsäure [DNS] niedergelegt ist) der Regulation der genetischen Aktivität oder stellen vererbare Veränderungen in der Genexpression dar, die nicht in der DNS-Sequenz selbst kodiert sind. Ein wichtiger epigenetischer Mechanismus, der wissenschaftlich aktuell diskutiert wird, ist die *Methylierung* der DNS. Die Methylierung der DNS bewirkt durch Anlagerung von Methylgruppen an die Säure-Basen-Sequenzen der DNS eine Blockierung dieser Sequenzen. In der Folge wird dadurch das Ablesen der genetischen Informationen, die in diesen DNS-Abschnitten niedergelegt sind (Genexpression), verhindert (van IJzendoorn et al., 2010).

Im Tierexperiment konnte die Auswirkung früh eintretender Umweltfaktoren auf das molekulare Gedächtnis mit langfristigen Folgen für die Genexpression untersucht werden. Nachkommen von Rattenmüttern, die viel Pflegeverhalten zeigten, reagieren bei der Konfrontation mit einem Stressor moderat, im Vergleich zu den Tieren von Müttern, die wenig Pflegeverhalten zeigten (Liu et al., 2000, 1997; Weaver et al., 2004). Die Forscher konnten nachweisen, dass die Genexpression des Glucocorticoidrezeptorgens, das die Aktivität des Glucocorticoidrezeptors (GR) für den oben (s. Kapitel 1.2.2) beschriebenen positiven Stress-Rückkoppelungsmechanismus der HPA-Achse reguliert, durch den Umweltfaktor »mütterliches Pflegeverhalten« programmiert wurde. Die DNS der Rattenjungen, die wenig Pflege erhielten, wies eine Methylierung auf, wodurch die Expression des Glucocorticoidrezeptorgens blockiert wurde. Die Rattenjungen, die hingegen viel Pflege erhielten, zeigten diese Blockierung des Glucocorticoidrezeptorgens durch Methylgruppen nicht. Bei ihnen erfolgt eine erhöhte Genexpression des Glucocorticoidrezeptorgens, die einen effizienteren negativen Rückkoppelungsmechanismus der HPA-Achse ermöglicht.

Diese Tierexperimente scheinen erste Hinweise zu geben, dass auch mütterliches Pflegeverhalten und nicht nur vererbte Anlagen die interindividuellen Unterschiede im Verhalten und der HPA-Antwort auf Stress nachhaltig beeinflusst (Caldji et al., 2003).

Eine erste Post-mortem-Studie gibt Hinweise darauf, dass beim Menschen möglicherweise ähnliche epigenetische Mechanismen wirken. McGowan und Kollegen (McGowan et al., 2009) extrahierten DNS aus dem Hippocampus von Menschen, die Suizid begangen hatten, und von Menschen, die eines natürlichen Todes gestorben waren. Dabei wurde die Gruppe der Suizidopfer noch einmal unterteilt in Personen, die in ihrer Kindheit Misshandlung erlebt hatten, und in solche, von denen dies nicht bekannt war. Anhand der Analyse des subkortikalen Gewebes der Gesamtgruppe konnten die Forscher zeigen, dass der Grad der Methylierung des Promoters des Glukokortikoidrezeptors in den beiden Gruppen (Suizidopfer vs. natürlicher Tod) unterschiedlich war. Allerdings war diese starke Methylierung der DNS nur bei den Suizidopfern nachweisbar, die außerdem in ihrer Kindheit misshandelt worden waren.

Fazit für PaKT: Auch wenn es noch zu früh ist, die Ergebnisse, die aus dem Tiermodell gewonnen wurden, auf den Menschen zu übertragen, so geben diese Befunde möglicherweise Hinweise darauf, dass emotionale Störungen – die immer auch mit emotionaler Dysregulation einhergehen – sich im Kontext der frühen affektiven Interaktion mit den primären Beziehungsobjekten entwickeln. Ließen sich derartige Befunde replizieren und nicht nur auf retrospektive Daten zurückführen, so fänden psychoanalytische Störungsmodelle, die von einem mangelnden »holding« (Winnicott, siehe Kapitel 2.1.4) oder einer mangelhaft verfügbaren »Container-Funktion« der Mutter ausgehen (Bion, siehe Kapitel 2.1.5), ihre Bestätigung in aktuellen Studien zur Gen-Umwelt-Interaktion und Epigenetik (siehe hierzu [Göttken, 2013]).

Die Psychoanalyse geht davon aus, dass auch Erlebnisse, die vor dem Spracherwerb liegen, sich in der Übertragungsbeziehung niederschlagen und letztlich auch zur Sprache gebracht werden können. Bei Kindern, die sich noch in besonderem Maße in Entwicklung befinden, ist es wichtig, Entwicklungshemmungen durch eine psychotherapeutische Intervention zu begegnen. Eine Behandlung mit PaKT hat zum Ziel, im Rahmen der therapeutischen Beziehung kognitiv-emotionale Stile des Kindes zu flexibilisieren. Es kann davon ausgegangen werden, dass internalisierende Verarbeitungsmechanismen ohne psychoanalytische Behandlung starr bleiben, besonders weil negative Erfahrungen in der frühen Beziehungsumwelt im weiteren Verlauf oft in aktuellen Beziehungen reinszeniert werden, »wodurch der depressive Patient auf starre Formen der Konfliktbewältigung und Informationsverarbeitung fixiert bleibt« (Leuzinger-Bohleber, 2010, S. 15). Die Theorie der »differential susceptibility« (Belsky, 1998) geht davon aus, dass genetische Faktoren zu einer unterschiedlichen Responsivität verschiedener Individuen auf Umwelteinflüsse führen. Wahrscheinlich können Kinder mit einer besonderen Sensibilität gegenüber negativen ebenso wie positiven Beziehungserfahrungen unser psychotherapeutisches Angebot besonders gut als einen unterstützenden Umweltfaktor nutzen.

1.3 Die Wirksamkeit einer Psychotherapie bei Kindern mit Angst- und Depressionsstörungen

Um den Evidenzgrad einer psychotherapeutischen Intervention besser beurteilen zu können, erarbeitete die »Task Force« der American Psychological Association (APA) Kriterien für sogenannte »Empirically supported treatments« (ESTs). (Chambless & Hollon, 1998). Nach dieser Klassifikation haben randomisiert-kontrollierte Studien (RCTs) den höchsten Stellenwert. Um als »gut bestätigt« (*well-established*) klassifiziert zu werden, muss eine Behandlungsform entweder in mindestens zwei randomisierten Kontrollgruppenstudien gegenüber einer aktiven Kontroll- bzw. Plazebobehandlung eine signifikant größere Symptomreduktion erzielen (Kriterium 1a) oder sich in einer Studie mit einer bereits bestätigten Behandlung als gleichwertig erweisen (Kriterium 1b). Kriterium 2 fordert, dass die Behandlung nach einem Manual stattfand und, dass die Spezifizierung von Patientencharakteristika (z. B. Diagnosen) mittels validierter (diagnostischer) Instrumente erfolgte (Kriterium 3). Kriterium 4 sieht eine Überprüfung durch unabhängige Forschergruppen vor. Kriterium 3 leitete sich aus der Forderung ab, dass mittels langfristiger Forschungsbemühungen eine störungsspezifische Passung zwischen Patientencharakteristika und Behandlungsmethode im Sinne einer »individualisierten Medizin« angestrebt werden sollte (Chambless & Ollendick, 2001).

Laut den oben genannten APA-Kriterien gilt eine Behandlungsform des Weiteren als »wahrscheinlich wirksam« (*probably efficacious*), wenn sie sich in zwei randomisierten Kontrollgruppenstudien gegenüber einer Wartekontrollgruppe als überlegen erweist oder wenn die Forschungsergebnisse die Kriterien 1 bis 3 erfüllen, nicht aber von unabhängigen Forschergruppen stammen.

Eine weitere Kategorie »womöglich wirksam« (*possibly efficacious*) umfasst all jene Behandlungsformen, welche ihre Wirksamkeit bisher nur in einer einzigen randomisierten Kontrollgruppenstudie und nur gegenüber einer Warteliste erweisen konnten.

Für alle weiteren Studien, die nicht den methodischen Ansprüchen dieser Kriterien entsprechen (z. B. keine Vergleichsgruppe, keine Randomisierung, kein Manual), wurde die Kategorie 4 »experimentelle Behandlung« gebildet, welche vielversprechend, aber nicht ausreichend belegt ist.

1.3.1 Kognitiv-behaviorale Psychotherapie

Es gibt aktuell mehrere randomisiert-kontrollierte Studien, die die Wirksamkeit einer kognitiv-behavioralen Therapie (CBT) bei Jugendlichen und Kindern im Alter von 8 bis 18 Jahren belegen (Hudson et al., 2009; Kendall et al., 2008; Silverman et al., 2009, 2008). Allerdings gibt es auch im Bereich der Verhaltenstherapie bis zum heutigen Tag nur sehr wenige Studien, die sich mit dem Vorschulalter und jungen Schulalter beschäftigen. Die wenigen Studien, die existieren, belegen jedoch die Wirksamkeit einer entwicklungspsychologisch adaptierten CBT für Kinder unter

acht Jahren (Creswell et al., 2010; Hirshfeld-Becker et al., 2010; Minde et al., 2010; Monga et al., 2009). Dennoch weisen ungefähr 40 % der Kinder im Anschluss an eine Behandlung mit CBT noch eine Angststörung auf (Albano & Kendall, 2002). Besonders bei jüngeren Kindern scheint die Wirksamkeit der CBT allerdings geringer zu sein, wie aktuelle Metaanalysen für Angst (Reynolds et al., 2012) und Depression zeigen konnten (Weisz et al., 2006). Allerdings gibt es auch im Bereich der CBT aktuell keine randomisierte kontrollierte Studie, durch die die Wirksamkeit kognitiv-behavioraler Verfahren für depressive und Angststörungen im Vorschulalter belegt werden könnte (Luby, 2013). Man kann daher davon ausgehen, dass psychodynamische Behandlungsansätze – die primär auf Emotionen fokussieren, ängstigende Emotionen explorieren und dysfunktionale Beziehungsmuster im Spiel und in der Interaktion identifizieren (Shedler, 2010) und mit weniger kognitiven Voraussetzungen bezüglich der Kinder auskommen – eine Bereicherung für die derzeitige klinische Praxis darstellen.

1.3.2 Psychodynamische Psychotherapie

Vorläufige Befunde weisen auf die Wirksamkeit von psychodynamischen Behandlungsverfahren bei Kindern im Alter von 6 bis 17 Jahren mit Angststörungen und depressiven Störungen hin (Horn et al., 2005; Kronmüller et al., 2005; Muratori et al., 2002, 2003, 2005; Target & Fonagy, 1994b; Trowell et al., 2007). Verglichen mit der Menge an Wirksamkeitsstudien aus dem Bereich der CBT gibt es allerdings nur sehr wenige Wirksamkeitsstudien für eine psychodynamische Psychotherapie bei Kindern mit Angststörungen und Depression. Die wenigen existierenden Studien stellen einen wichtigen ersten Schritt auf dem Weg der Wirksamkeitsforschung im Bereich der psychodynamischen Psychotherapie für Kinder dar, weisen allerdings häufig bestimmte Limitationen auf. Solche Einschränkungen sind z. B. das Versäumnis, klare störungsspezifische Einschlusskriterien zu formulieren, ein Mangel an entwicklungspsychologisch adaptierten, gut systematisierten Behandlungsmanualen, ein Mangel an klar definierten Kontrollbedingungen und weithin akzeptierten, reliablen und validen Untersuchungsinstrumenten (z. B. die Verwendung eines Multi-Informantenansatzes und standardisierte diagnostische Interviews) (Horn et al., 2005; Kronmüller et al., 2005; Muratori et al., 2002, 2003, 2005; Smyrniotis & Kirkby, 1993; Target & Fonagy, 1994b).

Fazit für PaKT: Es besteht nach wie vor ein deutlicher Mangel an wissenschaftlichen Wirksamkeitsnachweisen für die psychodynamische Psychotherapie im Kindesalter. Eines der Gütekriterien für sogenannte Empirically Supported Treatments (ESTs) besteht darin, dass die Behandlung anhand eines Manuals erfolgte. Dabei steht die Manualisierung von psychodynamischen Behandlungsleitfäden vor besonderen Herausforderungen: Sie sollte einerseits die Komplexität und den Erfahrungsgehalt psychoanalytischer Theorie und Praxis durch ihre Systematisierung nicht verkürzen, gleichzeitig aber eine strukturierte Behandlungsmethode komprimiert darstellen, die den aktuellen Stand der Forschung zu Ätiopathogenese und Behandlungstechnik für umschriebene psychische Störungsbilder berücksichtigt. Die Vorteile liegen darin,

dass psychodynamische Behandlungskonzepte durch eine Manualisierung leichter anwendbar werden und gleichzeitig in kontrollierten Studien einer systematischen Evaluation zugänglich werden. Auch wenn die Mehrzahl der Psychoanalytiker lange Zeit einer Erstellung von Therapieleitfäden eher skeptisch gegenüber stand (Fonagy et al., 2002), hat sich in den letzten Jahren dennoch gezeigt, wie wichtig die Manualisierung von psychodynamischen Behandlungsansätzen ist, auch um deren Wirksamkeit nachzuweisen. Daher gibt es mittlerweile eine zunehmende Zahl von gut systematisierten Behandlungsleitfäden auch für den Bereich der psychodynamischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (vgl. Baumeister-Duru et al., 2013; Cierpka et al., 2007; Staufenberg, 2011; Verheugt-Pleiter et al., 2008). Allerdings fehlt bisher noch ein Manual, das dezidiert für den Bereich der Angst- und Depressionsstörungen des Vorschul- und jungen Schulalters entwickelt wurde. Abschließend lässt sich feststellen, dass die Manualisierung von Behandlungskonzepten nicht nur den Gütekriterien von kontrollierten Psychotherapiestudien entspricht (Chambless & Hollon, 1998; Chambless & Ollendick, 2001), sondern auch im Rahmen der Ausbildung zum Psychotherapeuten von großem didaktischem Nutzen ist.

2. Relevante Modelle der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie

2.1 Klassische psychoanalytische Störungsmodelle

Im Folgenden werden klassische und aktuellere Modelle der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie dargestellt, die für den Behandlungsansatz PaKT von zentraler Bedeutung sind. Durch die psychoanalytische Haltung und Technik des Verstehens unbewusster Phänomene kann der Therapeut einen Zugang zu Gefühlen der Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit gewinnen, die sich oft hinter dem manifest aggressiven oder dem stillen und unscheinbaren Verhalten von Kindern mit emotionalen Symptomen verbergen. Diese Konzepte helfen uns, ein therapeutisches Verständnis für hinter dem Symptom liegende Bedeutungen zu gewinnen. Besonders Kinder mit vordergründiger Hyperaktivität oder oppositionellem Verhalten leiden oftmals unter Ängsten und Depressionen, die sie nicht bewältigen können. Erst die psychoanalytische Haltung und Technik erlaubt einen Zugang zu dieser oft nur vorbewussten Ebene affektiven Erlebens.

2.1.1 Die Triebpsychologie Sigmund Freuds

In seiner Lehre von den Instanzen der Persönlichkeitsstruktur, dem sogenannten Strukturmodell, bestehend aus Es, Ich und Über-Ich, wie auch in der Lehre von der psychosexuellen Organisation betont Freud die Bedeutung der frühen Lebensjahre für das Tribschicksal des Menschen. Innerhalb der frühen Interaktion mit den primären Objekten entwickeln sich psychische Strukturen wie das Ich und das Über-Ich, aus welchen heraus sich grundlegende psychische Regulationsmechanismen für die Handhabung von archaischen Es-Impulsen sowie für die Auseinandersetzung mit Anforderungen der Außenwelt entfalten. Frühe Erfahrungen, die im Zuge von Triebansprüchen und Befriedigungsformen der oralen, analen und phallischen Phase gemacht werden, begründen die individuelle Geschichte der libidinösen Konflikt-Dynamik. Dies bedeutet, dass Konflikte und Versagungen in dieser frühen Zeit des kindlichen Erlebens dauerhafte Auswirkungen auf die Entwicklung der Persönlichkeit mit ihren vorherrschenden Abwehrmechanismen haben.

Die Persönlichkeitstheorie Freuds hat drei zentrale Aspekte: einen dynamischen, der die Frage nach der Entstehung der Triebe, deren Schicksal und Befriedigung umfasst, einen strukturalen, der in dem sogenannten Strukturmodell von Es, Ich und Über-Ich zum Ausdruck kommt, und einen topographischen Aspekt, der zwischen Unbewusstheit, Bewusstheit und Vorbewusstheit einer Vorstellung oder Triebrepräsenz unterscheidet. Das intrapsychische Leben eines Menschen besteht in der permanenten Vermittlung und Auseinandersetzung zwischen den drei Instanzen Es, Ich und Über-Ich und den topographischen Zuständen (bewusst, vorbewusst, unbewusst) eines psychischen Inhalts wie eines Wunsches oder

Vorstellungsinhalts. Gleichzeitig muss der psychische Apparat im Freudschen Modell eine ständige Vermittlungsleistung zwischen psychischer und sozialer Realität erbringen. Im Idealfall sollten sowohl die Bedürfnisse der im Subjekt vorhandenen Triebwelt als auch die Anforderungen der Außenwelt zur Geltung kommen und einem vermittelnden Kompromiss zugeführt werden. Die Tatsache, dass dies nicht immer gelingen kann, ist der Ausgangspunkt für neurotische Entwicklungen.

2.1.1.1 Die psychosexuelle Entwicklung

Eine wichtige Veröffentlichung aus der Frühzeit der Psychoanalyse stellt die Schrift *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie* (1905) dar. In seiner Triebtheorie geht Freud von der Annahme aus, dass die Triebe den sexuellen Wünschen und Phantasien sowohl des Kindes als auch des Erwachsenen zugrunde liegen. Ihre Ausdrucksvielfalt – von der normalen Sexualität bis hin zu den Perversionen – wurde nun Gegenstand weiterer Untersuchungen. In Freuds Triebtheorie gingen seine Überlegung ein, dass die sogenannten perversen Strebungen bei jedem Menschen vorhanden seien. So postuliert er, die Neurose sei »sozusagen das Negativ der Perversion« (Freud, 1905, S. 65). In den *Drei Abhandlungen* verknüpft Freud die bewussten oder unbewussten perversen Strebungen bei Erwachsenen mit der normalen infantilen Sexualität. Freud definierte die Phasen der Sexualentwicklung im Zusammenhang mit jeweils gesteigerten libidinösen Besetzungen verschiedener erogener Körperzonen. Im Zuge der Entwicklung von einem relativ undifferenzierten psychischen Zustand bei der Geburt hin zu einem komplexen und differenziert arbeitenden psychischen Apparat kommt den basalen körperlichen Funktionen immer eine psychische Bedeutung in der Interaktion mit dem Beziehungsobjekt zu.

Orale Phase (1. Lebensjahr): In der *oralen Phase*, die das gesamte erste Lebensjahr charakterisiert, stellen Mund und Lippen aufgrund ihrer zentralen Rolle bei der Nahrungsaufnahme die hauptsächlichen Quellen der Lustempfindung dar. Die Triebbefriedigung geschieht durch Berühren, Saugen, Kauen, Schlucken, über Trinken, Lutschen und Essen. In diesen oralen Ausdrucksformen gibt es einen aktiven (oral-sadistischen) und einen passiven Modus. Der oral-sadistische aktive Modus setzt erst mit dem Durchbruch der Zähne durchs Zahnfleisch ein, die ein Beißen ermöglichen. Orale Funktionsmodi umfassen nach Freud das Beißen, Einnehmen, Festhalten, Ausspeien und Schließen. In der Tätigkeit des Gestilltwerdens von seiten der Mutter und des Saugens und Beißens sowie Kauens bieten sich interpersonelle Bedeutungen an, die dieser gemeinsame Akt für Mutter und Kind haben kann. Hier entstehen dann intersubjektive Bedeutungen, durch die die Objektbeziehung organisiert wird. Die frühe libidinöse Beziehung zur Mutter wird beispielsweise durch die Bedeutung des Essens und Gegessenwerdens gekennzeichnet. Störungen in der Mutter-Kind-Beziehung manifestieren sich dann auf der Ebene der oralen Nahrungsaufnahme (z. B. bei Fütterstörungen). Auch dem Abstillen kommt eine große Bedeutung zu: Erfolgt es zu rasch und abrupt oder wird

die Entwöhnung langsam vorbereitet? Die Art und Weise des Umgangs mit den oralen Bedürfnissen (beispielsweise deren exzessive Befriedigung oder Versagung) beeinflusst die Entwicklung von Triebfixierungen. Diese werden von Freud als Niederschlag konflikthafter Ausgestaltung der jeweiligen libidinösen Phase verstanden.

Anale Phase (2. und 3. Lebensjahr): In der Zeit von ca. dem zweiten bis zum vierten Lebensjahr spiegelt sich die libidinöse Vorrangstellung der *analen* Zone in der Beschäftigung des Kindes mit dem Ausstoßen und Zurückhalten seiner Faeces wider. In dieser libidinösen Phase geht eine Vielzahl von kindlichen Aktivitäten, die Freud als Abkömmlinge der Analerotik erkennt, mit Lustempfindungen einher. Das Kind stellt auf eine mehr oder weniger direkte oder indirekte Art Beziehungen zu seinen Objekten her, die seine Beschäftigung mit und seine Sorge um die Defäkation widerspiegelt. Vorherrschende erogene Zone ist in der analen Phase die Darmausgangszone. So bezieht das Kind etwa Lust aus der Retention der Faeces, wobei die Analschleimhaut eine Reizung erfährt. Freud schreibt hierzu: »Kinder, welche die erogene Reizbarkeit der Afterzone ausnützen, verraten sich dadurch, daß sie die Stuhlmassen zurückhalten, bis dieselben durch ihre Anhäufung heftige Muskelkontraktionen anregen und beim Durchgang durch den After einen starken Reiz auf die Schleimhaut ausüben können« (Freud, 1905, S. 87). Die Kontrolle über das Ausscheiden oder Aufhalten der Faeces verschafft dem Kind ein Gefühl der Kontrolle nicht nur über den Darminhalt, sondern auch über die Objekte in seiner Umgebung, deren Teilaspekte eine anale symbolische Bedeutung annehmen (z. B. Faeces = Geschenk). In Freuds Worten: »Er [der Darminhalt] wird offenbar wie ein zugehöriger Körperteil behandelt, stellt das erste ›Geschenk‹ dar, durch dessen Entäußerung die Gefügigkeit, durch dessen Verweigerung der Trotz des kleinen Wesens gegen seine Umgebung ausgedrückt werden kann« (ebd.). Dem elementaren, lustvollen Erlebnis des Ausscheidens stellen sich die Anforderungen der Umwelt entgegen: Diese verlangt einen Aufschub der Ausscheidung bzw. eine Ausscheidung auf Anforderung und auf reinliche Art. Eine unbefriedigende Lösung des Konflikts zwischen Umwelt (Mutter/Eltern/Reinlichkeitsgebot der Gesellschaft) und Kind kann nach Freud zu analen Fixierungen resp. zur Entwicklung eines sogenannten analen Charakters führen. Hierbei kann sowohl der eine Pol des Konflikts als auch der andere eine Überbetonung erhalten: Der Konflikt um das Zurückhalten kann beispielsweise übertriebenen Geiz und Knausrigkeit nach sich ziehen, der Aspekt des Ausscheidens und Schenkens des analen Modus kann sich dann etwa später in Großzügigkeit, Aufopferung und Generosität zeigen. »Vom ›Geschenk‹ aus gewinnt er [der Darminhalt] dann später die Bedeutung des ›Kindes‹, das nach einer der infantilen Sexualtheorien durch Essen erworben und durch den Darm geboren wird« (ebd).

Phallisch-ödipale Phase (3. bis 6. Lebensjahr): In der phallischen Phase – von ungefähr dreieinhalb bis zum Alter von fünf Jahren – beschäftigen sich Jungen und Mädchen intensiv mit ihren Genitalien. Dabei messen sie dem Vorhandensein oder Nicht-Vorhandensein des Penis eine besondere Bedeutung bei. Es erfüllt die Jungen mit Sorge, zu bemerken, dass Mädchen und Frauen nicht über einen Penis verfügen.

Die Möglichkeit, dass dieses so lustvoll empfundene Organ auch wieder verloren gehen könnte, macht den Jungen Angst (Freud, 1905).

Die ödipale Phase ist ein komplexes Zusammenspiel von Phantasien über den eigenen Körper und den Körper anderer. Die lustvolle autoerotische Betätigung am eigenen Genitale mit zugehörigen Objektbeziehungsphantasien begleitet den Ödipuskomplex. Freud formuliert sowohl einen positiven als auch einen negativen Ödipuskomplex, »abhängig von der ursprünglichen Bisexualität des Kindes« (Freud, 1923, S. 226). Der Ödipuskomplex bezeichnet die organisierte Gesamtheit von Liebes- und feindseligen Wünschen des Kindes in Bezug auf beide Elternteile. In seiner sogenannten positiven Form stellt er sich nach Freud so dar, wie wir ihn aus der Ödipassage kennen: Begehren der Mutter durch den Jungen und Rivalität mit dem Vater kulminieren in dem Wunsch, den Vater zu beseitigen. Die negative Form des Ödipuskomplexes bezeichnet das Begehren des gleichgeschlechtlichen Elternteils mit zugehöriger Rivalitätseinstellung und Hass gegenüber dem gegengeschlechtlichen Elternteil (Freud, 1923). Freud postuliert hier eine konstitutionelle Bisexualität des Menschen. Geschlechtsidentität ist etwas, das einer Genese unterliegt. Der Ausgang in eine heterosexuelle Objektwahl ist ein nicht zwingendes Endresultat dieser Entwicklung. Gemäß der Freudschen Konzeptualisierung wird das Begehren des Jungen durch die Angst vor der Kastration begrenzt (ebd.).

Beim Mädchen sind die Verhältnisse der Freudschen Konzeptualisierung zufolge etwas anders: »Es ergibt sich also der wesentliche Unterschied, daß das Mädchen die Kastration als vollzogene Tatsache akzeptiert, während sich der Knabe vor der Möglichkeit ihrer Vollziehung fürchtet« (Freud, 1924, S. 400). Das Mädchen ist laut Freud dermaßen von der Mutter enttäuscht, weil diese es nicht mit einem Penis ausstattete, dass es sich aus der prä-ödipalen Mutterbindung löst und sich mit dem Wunsch dem Vater zuwendet, er möge ihm ein Kind schenken und damit auch symbolisch einen Penis. Die Hinwendung des Mädchens zum positiven Ödipuskomplex, in dem es den Vater begehrt, ist in dieser klassischen Konzeptualisierung Freuds reparativ statt aktiv. Da das Mädchen sich in dieser Theorie bereits als kastriert vorfindet, fehlt ihm letztlich aber auch die Motivation, seine ödipale Rivalität und autoerotische phallische Betätigung an der Klitoris aufzugeben. Beim Jungen führt die Angst, der Vater könne ihn für seine ödipalen, rivalisierenden Wünsche durch Kastration bestrafen, zur Zerschlagung des Ödipuskomplexes. Nach Freud führt dann die Installation des Über-Ichs als internalisierte moralische Instanz zu einer Beruhigung dieser turbulenten konfliktreichen Zeit (Freud, 1923). Gleichzeitig erfahren die anarchisch nebeneinander koexistierenden Partialtriebe in der phallischen Phase eine Bündelung unter das Primat der Genitalität. Laut Freud gibt es einen »zweizeitigen Ansatz der Sexualentwicklung beim Menschen« (Freud, 1905, S. 135): In der Latenzzeit wendet das Kind sich von den rivalisierenden erotisierten Phantasien ab, bis diese in der Pubertät eine Reaktivierung erfahren. Somit erlebt die triebhaft-turbulente ödipal-phallische Phase eine Beruhigung durch die Latenzzeit, in der der Trieb in Wisstrieb umgewandelt wird, bevor die infantilen Konflikte in der Pubertät eine Reaktivierung und Umgestaltung finden (vgl. Blos, 1983).

Freuds Theorie des phallischen Monismus und der Parallelität der männlichen und

weiblichen Sexualentwicklung wurde bereits von mehreren Autoren infrage gestellt (Deutsch, 1925; Horney, 1926; Jones, 1935). Moderne Konzepte der weiblichen Sexualentwicklung beschreiben die Entwicklung des Mädchens entlang einer Beziehungsmatrix, die nicht nur durch die Phantasien des Mädchens selbst, sondern besonders auch durch die unbewussten Phantasien der primären Objekte beeinflusst wird (Ogden, 1987). So verstanden ist dann die Beziehungskonstellation des ödipalen Kindes nur eine von mehreren denkbaren Varianten »szenischer Triaden« (Boothe, 1992; Boothe & Heigl-Evers, 1996).

2.1.1.2 Die psychoanalytische Neurosenlehre

Unbewusste intrapsychische Konflikte können gemäß Freuds aus der *Traumdeutung* (1900) bekannter Definition als Zusammenstöße entgegengerichteter unbewusster Wünsche oder Verhaltenstendenzen verstanden werden (Freud, 1900). So können z. B. der Wunsch, vom Vater geliebt zu werden und der Wunsch ihn zu beseitigen und zu ersetzen, miteinander in Konflikt treten. Zeitlich überdauernde unbewusste Konflikte sind durch festgelegte Erlebnismuster eines Menschen gekennzeichnet, die in entsprechenden Situationen immer wieder zu ähnlichen Verhaltensmustern führen. Diese unbewussten Konflikte sind unbewusst. Unbewusste Konflikte können vom Individuum durch spezifische Abwehrmechanismen verarbeitet werden (siehe hierzu Anna Freuds Systematisierung der Abwehrmechanismen in *Das Ich und die Abwehrmechanismen* [A. Freud, 1936]).

Persistierende intrapsychische Konflikte zeichnen sich dadurch aus, dass sie wiederkehrende entgegengesetzte Erlebens- und Handlungstendenzen enthalten, deren Integration nicht gelingt. Das Individuum reagiert auf diese innere Zerrissenheit mit der Ausbildung eines psychischen Symptoms, welches immer eine Kompromisslösung darstellt. Intrapsychische Konflikte sind Teil einer jeden individuellen Entwicklung. Können sie jedoch nicht ausreichend bearbeitet und entwicklungsgerecht gelöst werden, so kommt es durch Abwehrmechanismen (z. B. die Verdrängung; Freud, 1915) zu einer Verlagerung dieser Themen ins Unbewusste, wo sie ungelöst fortbestehen und die weitere psychische Entwicklung des Kindes hemmen. Je nach Integrationsniveau des Ichs werden unbewusste Konflikte durch die Anwendung reifer bzw. unreifer Abwehrmechanismen verarbeitet. So lässt das Vorherrschen vornehmlich unreifer Abwehrmechanismen (wie Spaltung, Projektion, oder projektiver Identifizierung) oder reifer Abwehrmechanismen (wie Verdrängung, Rationalisierung, Intellektualisierung) bei einer Person Rückschlüsse auf deren Maß an struktureller Integration zu (siehe hierzu Kap. 2.5).

Die klassische *psychoanalytische Neurosenlehre* geht davon aus, dass es im Verlauf der kindlichen Entwicklung notwendigerweise zu Konflikten zwischen dem kindlichen Luststreben und den Anforderungen der Umwelt kommt. Der psychische Apparat arbeitet laut Freud (1900) nach dem Prinzip des Primärvorgangs und strebt eine Erhöhung des Lustgewinns durch Spannungsverminderung an, die Umwelt eines Individuums hingegen begrenzt dieses Luststreben. Bei massiver Verweigerung von Triebansprüchen in Form von Frustration und Deprivation, aber

auch bei Verwöhnung und Nachgiebigkeit gegenüber dem kindlichen Luststreben, kommt es zu Fixierungen auf bestimmte Konfliktthemen.

2.1.1.3 Die Regression

Gibt es im Verlauf der Entwicklung abermals ähnliche Konfliktthemen, für die das Kind (der/die Jugendliche oder Erwachsene) keine adäquaten Lösungsmodelle bereithält, kommt es zu einer Regression auf bereits überwundene Stufen der libidinösen Entwicklung. Freud unterscheidet dabei eine topische, eine zeitliche und eine formale Regression. »Alle drei Arten von Regression sind aber im Grunde eines und treffen in den meisten Fällen zusammen, denn das zeitlich ältere ist zugleich das formal primitive und in der psychischen Topik dem Wahrnehmungsende nähere« (Freud, 1900, S. 554). Anna Freud unterscheidet des Weiteren zwischen Triebregressionen und Ichregressionen (A. Freud, 1965a). Bei den Triebregressionen bindet sich der Trieb erneut an bereits überwundene Befriedigungsformen: »Was von ihr [der Triebregression] betroffen wird, sind einerseits die Objektwahl (Rückkehr zu den frühesten Objekten) und die Form der Objektbeziehungen (Rückkehr zur infantilen Abhängigkeit), andererseits die Trieborganisation in ihrer Gesamtheit (Rückkehr zu den prägenitalen Phasen mit ihren aggressiven Begleiterscheinungen)« (ebd., S. 2215). Bei der Ichregression kommt es zum Verlust einmal erworbener Ich-Funktionen, die sich beispielsweise in einem »Nachlaß der Ich-Kontrolle«, einer »Vermeidung der Abwehr« und in einer »Zunahme von Phantasietätigkeit, impulsivem Benehmen, unbewussten und vorbewussten Elementen« zeigt. (ebd., S. 2219). Durch diese Regression – die immer auch der Angstvermeidung dient – werden frühere Formen der Bedürfnisbefriedigung aktualisiert. Dies wird jedoch vom gereiften Ich als Bedrohung empfunden. Das, was früher Lust bereitet hätte, wird nun vom Ich unter Einfluss der moralischen Instanz des Ich-Ideals und später des Über-Ichs streng verurteilt und verursacht Angst. Das Ich begegnet dieser Angst nun, indem es versucht, einen Kompromiss zwischen Es-Ansprüchen und Ansprüchen der Realität (moralische Anforderungen der Umwelt, repräsentiert durch das Ich-Ideal/Über-Ich) herzustellen. Gelingen kann dieser Kompromiss nur durch eine energieaufwändige Gegenbesetzung. Ein neurotisches Symptom stellt immer einen Kompromiss aus zwei entgegengesetzten Wünschen bzw. Strebungen dar. Es sind mithin Wünsche der verschiedenen Instanzen, des Es und des Über-Ichs, die das Ich durch die Abwehrleistung zu vermitteln bemüht ist. Durch die Kompromissleistung können sich sehr störende Rituale und sinnlos erscheinende Verhaltensweisen und Gewohnheiten (Symptome) bilden.

Fazit für PaKT: Freuds Konzept, wonach die menschliche Entwicklung in psychosexuellen Phasen verläuft, in denen der Trieb die Konstitution des Subjekts gestaltet, ist für PaKT von zentraler Bedeutung. Danach erfolgt die Entwicklung des psychischen Binnenraums in Anlehnung an die ersten Erfahrungen mit dem eigenen Körper (den erogenen Zonen) und in der Folge auch mit den äußeren Objekten. Indem wir Symptome des Kindes vor dem Hintergrund seiner Konflikte innerhalb

der psychosexuellen Entwicklung verstehen, wenden wir genuin Freudsches Denken an. So kann ein Kind aus Angst vor den Entwicklungsschritten, die neue psychosexuelle Phasen mit sich bringen, wieder auf nicht mehr altersangemessene Entwicklungsphasen regredieren oder auf einem Modus der Triebbefriedigung fixiert bleiben, ohne eine weitere Stufe zu erreichen. Wir verstehen besonders beim Kind neurotische Regression und Fixierung als Entwicklungsmuster innerhalb eines Kontinuums.

Fallbeispiel: Pete, 8 Jahre

Obwohl Petes allgemeine kognitive Leistungsfähigkeit überdurchschnittlich ausgeprägt war, scheiterte er an den schulischen Aufgaben. Besonders das Lesen und Schreiben, aber auch der Umgang mit Zahlen fielen ihm anhaltend so schwer, dass er in der Schule scheiterte und Mutter und Lehrer in Sorge gerieten. Er »vergesse alles«, könne sich »das einfach nicht merken«, äußerte Pete. Es verwunderte auch die Therapeutin, dass dieser Junge im Kontakt so altersangemessen war und sich im symbolischen Spiel ausgeprägt mit seiner Männlichkeit beschäftigte: Besonders phallische Symbole wie Kanonen und Gewehre interessierten ihn.

Sein schulisches Scheitern kann in der Folge als ein neurotisches Symptom verstanden werden, als ein Kompromiss zwischen unbewussten Wünschen, stark und männlich zu sein, und großen Ängsten, vom Vater bestraft zu werden. Sowohl die anale Fähigkeit, etwas (also auch Wissen) bei sich zu halten, als auch die in Wissensdurst sublimierte genitale Neugierde wurden zugunsten einer frühen infantilen Passivität und Abhängigkeit aufgegeben. Erschwerend kam hinzu, dass die Mutter schon früh in der Beziehung zu ihrem Vater und ihren Brüdern traumatische Erlebnisse hatte, so dass Äußerungen männlicher Sexualität sie stark ängstigten. Durch die Regression auf eine nicht mehr altersangemessene »Hilflosigkeit« versuchte der Junge sich unbewusst die Verbindung mit seiner Mutter zu sichern, ohne sich der inzestuösen Gefahr, dem Erschrecken der Mutter und der Rivalität mit dem Vater zu sehr auszusetzen. So blieb Pete nur die neurotische Lösung, durch die seine Entwicklung einer fundamentalen Hemmung unterlag: Ohne lesen und schreiben zu können, konnte er auch nie so werden wie die von ihm bewunderten männlichen Objekte mit ihren Degen und Kanonen, aber er musste so auch nicht fürchten, dass die Mutter zu sehr erschreckt, wenn er stark wie ein Mann würde.

2.1.2 Anna Freud zur Frage der Indikationsstellung und zur Bedeutung der Neurose in der Kindheit

Anna Freud (1945) beschäftigte sich in Hinblick auf die Indikation einer kinderpsychoanalytischen Behandlung mit der Unterscheidung zwischen schwerer und leichter Neurose. Bei Erwachsenen nahm Sigmund Freud die »Funktionsstörung«, also die Störung der Liebes- und/oder der Arbeitsfähigkeit, als Indikation für eine psychoanalytische Behandlung an. Anna Freud führte an, dass es insbesondere in Bezug auf das Kriterium »Liebesfähigkeit« beim Kind sehr schwer sei, zu erkennen, wann es sexuell gestört sei. Die Sexualität des Kindes sei zielgehemmt, besitze keine Klimax und sei in Partialtriebe aufgeteilt, die nebeneinander koexistieren, ohne dass einer das Primat über den anderen innehatte. Die Liebesfähigkeit des Kindes könne am besten nach dem Verhältnis von narzisstischer und Objekt-Libido beurteilt werden: »Normalerweise soll nach dem ersten Lebensjahr die letztere größer sein als die erstere, d. h. die Befriedigungen der Objektliebe sollen die auto-erotischen und narzisstischen Befriedigungen überwiegen, was unter den Bedingungen einer infantilen Neurose nicht der Fall ist« (A. Freud, 1967, S. 241). Eine zu starke Selbstbezogenheit und Desinteresse am gemeinsamen Spiel mit anderen können daher bereits auf eine kindliche Neurose schließen lassen (s. Fallbeispiel Elisabeth, Kapitel 5.3).

Die Analogie zwischen der Arbeitsfähigkeit des Erwachsenen und der Spielfähigkeit/Phantasietätigkeit des Kindes als Behandlungskriterium ist schließlich ebenfalls unbefriedigend. Oft ist eine kindliche Spielhemmung ein Indikator für neurotische Störungen. Wenn das Spielverhalten beispielsweise entweder zwanghaft und monoton ist oder wenn es beginnt, jede andere Tätigkeit zu hemmen, dann verrät es seine Natur als Hemmung, d. h. als »Ausdruck der Fixierung an eine bestimmte Phase der libidinösen Entwicklung, die das Kind nicht ohne Hilfe überwinden kann« (ebd., S. 241). Die Schwierigkeiten, Analogien in Bezug auf die Behandlungsindikation zwischen Erwachsenen und Kindern zu finden, zeigt – wie Anna Freud betonte –, dass andere bzw. neue Kriterien nötig sind, um die Schwere und Behandlungsbedürftigkeit einer kindlichen Neurose zu beurteilen. Diese Kriterien sind schwierig zu finden, da »die Kindheit in flux« (ebd.) ist. Nach Anna Freud sind »jedes neurotisch bedingte Steckenbleiben in der einen oder anderen prägenitalen Phase, die übermäßige Fixierung an infantile Formen der Befriedigung, die Unfähigkeit, psychisch weiterzuwachsen« (ebd.), Kriterien für die Beurteilung der Schwere einer neurotischen Störung beim Kind. Wichtig ist, so betonte sie, nicht allein die Ebene der Symptomatik (da sich Symptome auch rasch wandeln können), des Leidens oder der aktuellen Lebensstörung (hierunter fallen insbesondere interpersonelle Konflikte, verursacht durch das Symptom), »sondern [die Beurteilung der kindlichen Neurose; Anm. der Autoren] einzig und allein in Bezug auf die Ungestörtheit oder die Störung der Entwicklungsfähigkeit« (ebd., S. 242) zu betrachten.

2.1.2.1 Die Libidoentwicklung und ihre Störungen

Um die Altersangemessenheit oder Störung der Libidoentwicklung eines Kindes beurteilen zu können, sind Intelligenzdefekte oder organische Schädigungen unbedingt auszuschließen. Eine neurotische Hemmung oder Störung wird da diagnostiziert, »wo die Phasenentwicklung chaotisch ist, oder wo das Kind an eine bestimmte Stufe [der Libidobefriedigung, Anm. der Autoren] fixiert bleibt« (ebd., S. 242). Dies ist allerdings nicht so einfach, da die libidinösen Phasen nicht scharf abgegrenzt sind, sondern ineinander übergehen. Es gibt beispielsweise orale Elemente mitten in der anal-sadistischen Phase: »Daß ein Kind im 4. oder 5. Jahr noch am Daumen lutscht, oder die eine oder andere anale Befriedigungsform beibehalten hat (...), braucht also nicht zu bedeuten, dass es die phallische Phase nicht erreicht hat« (ebd.). Es ist nach Anna Freud normal, dass die Libido nie in ihrem ganzen Ausmaß die letzte Entwicklungsstufe besetzt. Anteile der Libido bleiben an die Befriedigungsformen früherer Stufen gebunden. Es genügt, »wenn der Hauptteil der Libido die dem Alter gemäße Phase erreicht« (ebd., S. 243) hat und somit über die anderen Partialtriebe dominiert.

Anna Freud betonte, wie wichtig es ist, ein umfassendes Bild über die Libidoentwicklung des Kindes zu gewinnen, d. h. zu verfolgen, welches Schicksal die einzelnen Partialtriebe genommen haben. Eine schwere neurotische Störung zeige sich dort, wo es manifest beim Kind »keine Anzeichen des einen oder anderen Partialtriebs« (ebd., S.243) gebe. Hierbei sind konstitutionelle Unterschiede in der Dominanz der einzelnen Partialtriebe zu beachten. »Die Neurose des Erwachsenen bedroht vor allem seine Sexualfunktion, die Neurose des Kindes die Reifungsvorgänge seiner Libido« (ebd.).

Anna Freud beschrieb die Entstehung einer kindlichen Neurose wie folgt: »Jeder neurotische Prozeß beginnt mit einer Regression, d. h. mit dem Rückströmen der Libido von der angsterregenden höheren Entwicklungsstufe zu alten Befriedigungsformen (Fixierungspunkten)« (ebd.). Da das Ich diese primitiven frühen Befriedigungsformen jedoch im Zuge seiner Entwicklung mittlerweile ablehnt, kommt das Kind durch die Regression in einen intrapsychischen Konflikt. Das Ich des Kindes schützt sich vor der Triebgefahr mit Hilfe verschiedener Abwehrmechanismen (Verdrängungen, Reaktionsbildungen, Verschiebungen etc.). »Wo die Abwehr mißlingt, entstehen neurotische Symptome als Kompromißbildungen zwischen den zur Wunscherfüllung drängenden Triebkräften und den ihnen entgegenarbeitenden Ichtendenzen« (ebd., S. 244). Diese Symptome ziehen somit alle Triebenergie auf sich und werden so zunächst zu Trägern des kindlichen Sexuallebens. Bei der kindlichen Essstörung verläuft dieser Prozess beispielsweise folgendermaßen: Der Trieb bleibt an die orale Stufe fixiert. Diese Fixierung hemmt die weitere Libidoentwicklung, so dass z. B. die Phallizität in Form von Wisstrieb oder Neugier beeinträchtigt ist und nicht ihre volle Entfaltungsmöglichkeit erhält. Die Fixierung wird so zu einer Hemmung für die weitere Entwicklungsmöglichkeit: Die Fokussierung auf das Essen bzw. die Verweigerung des Essens lässt das Kind an oral- oder anal-sadistische Formen der Triebbefriedigung fixiert bleiben (s. hierzu Fallbeispiel Max, in Kapitel 4.1), statt sich explorativ in der Welt zu bewegen.

Mit der Regression von der phallischen zur anal-sadistischen Stufe kommt es zu fühlbaren Veränderungen der kindlichen Persönlichkeit, nämlich dem Verlust von Einstellungen und Leistungen, die von den höheren Libidoorganisationen abhängig sind. Die Regression von der phallischen zur anal-sadistischen Stufe führt zum »Verlust der neu erworbenen Männlichkeit, Hilfsbereitschaft, Generosität und zum Wiederauftauchen von grausamen und herrschsüchtigen Tendenzen« (ebd., S. 244) beim Kind.

Mit der Errichtung des Über-Ichs richten sich die Bemühungen des Ichs vehementer gegen das Es und erfüllen so die Forderungen nach Triebverzicht und Anerkennung des Generationsunterschieds. In der Latenz werden die Ichfunktionen weiter ausgebaut und somit für das Kind immer mehr handlungsbestimmend. Erst durch den pubertären Trieb Schub erstarren die prägenitale und dann die genitale Libido. »Hier beginnen die endlosen Kämpfe zwischen Ich und Es, die für die Pubertät charakteristisch« sind (ebd., S. 247). Für die Persönlichkeitsentwicklung selbst ist es nach Anna Freud wichtig, »daß das Endresultat [dieser Kämpfe, Anm. der Autoren] nicht zu schnell erreicht wird und daß das Ich nicht die Oberhand bekommt, bevor der Trieb eine freie Entfaltung nach verschiedenen Richtungen hin wenigstens zeitweise zum Ausdruck gebracht hat« (ebd., S. 247). Eine Neurose, so Anna Freud, lähme diesen natürlichen Entwicklungsprozess. »Jedes einzelne Symptom wirkt im lebenden Organismus wie eine Versteinerung. Ein künstliches, vorzeitiges Gleichgewicht zwischen den Instanzen« (ebd., S. 248) entsteht. Jede Weiterentwicklung der Beziehung zwischen den Instanzen wird unterminiert, wenn das Verhältnis zwischen Triebbefriedigung und Triebversagung zu schnell erstarrt. Eine Neurose führt immer zu einer Triebrepression und diese zieht fast immer »Ichregressionen nach sich« (ebd.). »Ein Kind, das von der phallischen zur oralen Phase regrediert, regrediert gleichzeitig vom Realitätsprinzip zum Lustprinzip, also von der Ichstärke zur Ichschwäche« (ebd.). Somit sind neurotische Kinder nicht ichstark, sondern ihr Ich ist frühzeitig einer Erstarrung ausgesetzt. Da es sich bemüht, neurotische Kompromiss- und Symptombildungen aufrechtzuerhalten, kann ein solches Kind seine psychischen Funktionen nicht mehr frei entfalten und wird in seiner Entwicklungsfähigkeit gehemmt (s. Fallbeispiel Sophie, Kap. 5.2)

Fazit für PaKT: Bei der Einschätzung der Behandlungsbedürftigkeit psychischer Probleme verschieben wir mit Anna Freud den Blick weg von der reinen Beschreibung der Symptome hin zu der Bedeutung, welche die Symptomatik für den Prozess des Entwicklungsvorgangs hat. Dies bedeutet für PaKT, dass das Ziel der Behandlung nicht in erster Linie die Symptombeseitigung ist, sondern die Rückführung der Libidoorientierung und der Abwehrmechanismen auf die Bahn der normalen Entwicklung. Somit betrachten wir die Symptome allein in ihrer Bedeutung für die Entwicklung des Kindes. Neurotische Kinder und insbesondere Kinder mit emotionalen Symptomen wie Ängstlichkeit und depressiver Verstimmtheit weisen häufig ein hohes Maß an psychosozialer Anpassung auf. Diese ausgeprägte Anpassung kann aber auch Abwehrcharakter haben. Es ist daher wichtig, diagnostisch zu erfassen, ob eine gute äußere Anpassung auf dem Boden einer frühzeitigen Erstarrung des Ichs stattfindet. Der Stand der kindlichen Libidoentwicklung und die Flexibilität der Abwehrformationen sind wichtige

Kriterien für oder gegen eine Behandlung mit PaKT. Daher ist es diagnostisch wichtig, einzuschätzen, ob bei einem Kind mit vordergründig guter psychosozialer Anpassung depressive oder Angstgefühle bestehen bzw. eine Neigung zur Internalisierung von interpersonellen Konflikten. Solche Phänomene können Ausdruck einer vorzeitigen Erstarrung des Verhältnisses von Ich bzw. Über-Ich und Es sein, die eine Hemmung der Entwicklungsfähigkeit des Kindes nach sich zieht. Eine psychoanalytische Behandlung ist dann indiziert, wenn die Libidokonstellationen erstarren und die Befriedigungsformen rigide und monoton werden. Denn das Kind droht ohne Therapie dauerhaft neurotisch und entwicklungsgehemmt zu bleiben.

2.1.3 Die Objektbeziehungstheorie Melanie Kleins

In der Konzeptualisierung der psychischen Entwicklung nach Melanie Klein ist nicht das Lustprinzip strukturbildendes Moment der psychischen Entwicklung, sondern der Todestrieb. Dessen Wirken verlegt Klein von Anbeginn des kindlichen Lebens an in eine von rohen, nicht-integrierbaren Sinneseindrücken und existenziell bedrohlicher Angst dominierte psychische Innenwelt des Säuglings. Um dieser Vernichtungsangst Herr zu werden, setzt der Säugling frühe Spaltungsmechanismen ein, die Klein in ihrer Entwicklungstheorie im Begriff der »paranoid-schizoiden« Position beschreibt. Für Klein steht der Trieb immer in Beziehung zu einem Objekt. Die mütterliche Brust ist demnach das erste dem Säugling durch seine Anwesenheit Lust spendende und durch seine Abwesenheit mit Vernichtungsangst erfüllende Partial-Objekt, auf das sich Todes- wie Lebenstribe des Säuglings richten. Klein geht hierbei von einem lebenslangen Konflikt zwischen Lebens- und Todestrieben aus, der zunächst, mit der Geburt, vom Todestrieb dominiert wird. Den frühen Objektbezug des Triebes konzeptualisiert Klein in der »paranoid-schizoiden« Position als eine Art rudimentären intrapsychischen Dialog zwischen guten und bösen Phantasiegestalten (»inneren Objekten«). Auf diese Weise versucht das frühe Ich, das Ängstigende und Unintegrierbare seines frühen affektiven Erlebens durch Projektion des Bösen und Introjektion des Guten handhabbar zu machen. Indem Lebens- und Todestribe projiziert werden, können sie Form annehmen und unterliegen damit einer Kontrolle des Säuglings. Auf diese Weise haben die frühen Spaltungsmechanismen strukturbildende Bedeutung für die sich entwickelnde Innenwelt des Säuglings. Klein zufolge wird ein konstitutionell bedingtes Übermaß an Todestrieben vom Säugling als innere Auslöschung erlebt. Durch Projektion dieser destruktiven inneren Phantasien auf ein »äußeres« Partialobjekt kann eine diffuse Bedrohung von innen im Außen kontrollierbar gemacht werden. In der Kleinschen Konzeptualisierung werden die inneren Objekte, obwohl sie eigene Phantasieproduktionen sind, als etwas vom Säugling Getrenntes erlebt. Das zunächst nur gute oder böse Partialobjekt Brust wird bei Klein zum strukturierenden Medium des Psychischen. Indem sich der Säugling das nur Gute aneignet und das nur Böse externalisiert, entwickelt sich zunehmend ein psychischer Innenraum. Die Abwehrmechanismen der Spaltung, Idealisierung und Projektion sind dabei für den Säugling notwendig, um allmählich

gute innere Objekte in sich zu etablieren und auf diese Weise in seiner psychischen Integration voranzuschreiten. »Das versagende, böse Objekt wird als Schrecken erzeugender Verfolger empfunden, während die gute Brust sich in die ideale Brust verwandelt, welche die gierigen Wünsche auf unbegrenzte, unmittelbare und nie- endende Befriedigung erfüllen soll« (M. Klein, 1960a, S. 191).

Lilli Gast (1996) fand ein plastisches Bild, das die Subjektconstitution im phantasmatischen Raum des Kleinschen Säuglings veranschaulicht: In einem Kinosaal mit einer 360 Grad umspannenden Leinwand werden von einem Filmvorführer abwechselnd und mit fließenden Übergängen Horror- und Liebesfilme gezeigt. Dabei ist ein Regisseur für die Übergänge der Szenen und Schnitte verantwortlich, während ein Publikum emotional mit der Dramatik verschmilzt, »(mit-) hasst, (mit-) liebt, (mit-) fürchtet, (mit-) kämpft und (mit-) leidet« (Gast, 1996, S. 167). Alle diese Akteure, inklusive der auf der Leinwand agierenden Schauspieler sind eine Person; sie repräsentieren den Kleinschen Säugling, der seine inneren Objekte noch als etwas von sich Getrenntes erfährt. Der Säugling, der sich im »paranoid-schizoiden« Modus befindet, phantasiert seine polarisierte Triebausstattung in Beziehung zu inneren Objekten auf dramatische Weise und macht sie auf diese Weise handhabbar. Wie Susan Isaacs beschrieb, werden derartige frühe Triebimpulse als etwas erlebt, »das man mit dem Objekt tun möchte« (Isaacs, 1948). Auf der frühesten Stufe der Triebentwicklung sind es orale Impulse, die als »ich möchte das (geliebte) Objekt in mich aufnehmen« oder »ich möchte das verhasste (da frustrierende) Objekt beißen, zerstören« (Isaacs, 1948, S. 87) phantasiert werden. So wird bei Klein durch körperliche Triebimpulse, die ihr Objekt erfassen oder entdecken, eine psychische Bewegung in Gang gesetzt, die den Säugling verschiedenartigste Beziehungen zum Objekt in spezifisch getönten Phantasien erleben lässt. Gefühle wie Hass, Liebe, Wut, Trauer, Wiedergutmachung sind bei Klein immer Gefühle in Bezug auf ein Objekt. Durch die zugehörigen unbewussten Phantasien etabliert sich der psychischen Binnenraum. Je mehr innere Struktur der Säugling erwirbt, umso weniger notwendig ist es, die Spaltungsmechanismen als Bollwerk gegen die innere Bedrohung durch den Todestrieb aufrechtzuerhalten. Dieser Gewinn an psychischer Struktur geht mit einer zunehmend realitätsgerechteren Repräsentation der inneren Objekte einher. Diese fortschreitende Abnahme an Spaltungsmechanismen und Zunahme an Integration guter und böser Objektanteile konzeptualisiert Klein im Begriff der »depressiven Position«. Waren die inneren Objekte zuvor verzerrt und schimärenhaft, so treten sie in der depressiven Position zunehmend in ihrer Komplexität und Flexibilität in Erscheinung.

Nach Klein stellt das Erreichen der depressiven Position die Möglichkeit der Überwindung der »paranoid-schizoiden Position« und der sie begleitenden frühen Verfolgungsängste bereit, »denn mit der Introjektion des Objektes als eines Ganzen ändert sich die Objektbeziehung des Kindes grundsätzlich. Das Zusammenbringen der geliebten und gehaßten Aspekte des ganzen Objektes bringt Trauer und Schuldgefühle mit sich, was einen lebenswichtigen Fortschritt im Geistes- und Gefühlsleben des Kindes bedeutet« (Klein, 1946, S. 133) Die normale Entwicklung des Individuums und seiner Liebesfähigkeit beruht nach Melanie Klein darauf, dass das Ich die »paranoid-schizoide Position« überwindet und die sogenannte

»depressive Position« erreicht. Nur so kann es zu einem Vertrauen in die Güte seiner (verinnerlichten und realen) Objekte und somit zu größerer Unabhängigkeit ihnen gegenüber gelangen. »Es scheint, daß der Schritt von der Introjektion von Teilobjekten zu der von ganzen geliebten Objekten (mit allem, was dazugehört) von ausschlaggebender Bedeutung für die Entwicklung ist« (Klein, 1960b, S. 92). Melanie Klein hat eindrucksvoll ausgeführt, dass das Ich durch die immer wieder erfolgende Vereinigung und Differenzierung der guten und bösen, phantastischen und realen, äußeren und inneren Objekte allmählich zu einer realitätsgerechteren Erfassung der äußeren und inneren Objekte und dadurch zu einer besseren Beziehung zu beiden fortschreitet. Die depressive Position beinhaltet nach Klein die zunehmende Fähigkeit des Säuglings, sich mit seinen Objekten zu identifizieren. Diese Selbst- und Objektdifferenzierung, sowie Identifizierung mit dem Objekt habe zur Folge, dass das Subjekt sich für die sadistischen Angriffe auf das (Teil-) Objekt schuldig fühlt. Dies war ihm zuvor noch nicht möglich, weil es selbst noch zu unkoordiniert und unorganisiert war und weil die von ihm introjizierten Objekte nur Teilobjekte waren. Die Erkenntnis, dass das primäre Objekt, gegen welches die primären Impulse gerichtet werden, zugleich das Objekt der Libido ist, zieht Schuldgefühle und Wiedergutmachungstendenzen nach sich „und die Versuche, aggressive Impulse zu hemmen“ (Klein, 1960a, S. 203). Das frühe Ich wird gewahr, dass es mit seinen auf das innere und äußere Objekt projizierten, destruktiven Attacken das Objekt zerstört hat. Der Übergang von der paranoid-schizoiden Position, in der das Objekt als verfolgend wahrgenommen wird, hin zur depressiven Position, in der das Subjekt sich für seine Angriffe gegen das Objekt schuldig fühlt, geht mit einer Integration von guten und schlechten Teilobjekten zu einem ganzheitlicheren Bild des Selbst und des Objekts einher. Das Erreichen der depressiven Position, das von Schuldgefühlen, Trauer und Wiedergutmachungstendenzen geprägt ist, ist ein wichtiger Entwicklungsfortschritt für das Kind.

Fazit für PaKT: Melanie Klein betont die Bedeutung der inneren Objekte. Diese können unabhängig von der Beschaffenheit der realen Objekte verzerrt, verfolgend und »böse«, oder nur »gut« sein, je nach strukturellem Integrationsniveau des Patienten (das Konzept der strukturellen Störung wird in Kapitel 2.5 dargestellt). Auch beim neurotisch strukturierten Kind mit reiferen Abwehrmechanismen kann es in Situationen des Stresses, der Übermüdung oder Überreizung zu einer Regression auf ein weniger integriertes Niveau der Objektbeziehung kommen, auf welchem es den Therapeuten als nur »verfolgend« oder nur »gut« wahrnimmt (Spaltung). Melanie Klein bezeichnet dies als paranoid-schizoide Position. In der entwicklungspsychologischen Vorstellung Melanie Kleins bedeutet der Übergang von der paranoid-schizoiden zur depressiven Position einen Entwicklungsfortschritt. Das Subjekt gibt seine Spaltungen auf und erlebt Sorge und Schuld dafür, was es dem Objekt angetan hat. Klein lehrt uns, dass das Auftreten depressiven Erlebens unter bestimmten Bedingungen auch als Entwicklungsfortschritt angesehen werden kann. Da wir im Rahmen von PaKT ein entwicklungsorientiertes Behandlungskonzept verfolgen und mit Anna Freud auf die Förderung des Entwicklungsprozesses zielen, müssen wir also auch davon ausgehen, dass

Fortschritte in der Behandlung mit dem vorübergehenden Auftreten oder der vorübergehenden Verstärkung depressiver Gefühle einhergehen können.

2.1.4 Die Objektbeziehungstheorie von Donald W. Winnicott

Winnicott fügte der von Klein vorgeschlagenen Bedeutung der inneren Objekte in seiner Entwicklungstheorie einen wichtigen Aspekt hinzu: den des realen Objekts. Von der Reaktion dieses realen Objekts sowohl auf die Triebbedürfnisse als auch auf die Destruktivität des Subjekts hängt es nach Ansicht Winnicotts ab, ob das Subjekt einen Zugang zum realen Objekt findet und damit ein Zugang zur äußeren Realität gebahnt werden kann oder ob das Objekt für das Subjekt allein ein Bündel von Projektionen bleibt (Winnicott, 1969). Damit bliebe ein Zustand erhalten, den er zwar »Objektbeziehung« nannte, in welchem aber das Subjektive und das Objektive – ähnlich wie in der Konzeption des primärnarzisstischen Säuglings nach Freud (1914) – ununterscheidbar sind. »In der Objektbeziehung lässt das Subjekt bestimmte Veränderungen im Selbst in einer Weise zu, die uns zur Einführung des Begriffes Besetzung veranlaßt hat. Das Objekt hat Bedeutung gewonnen. Projektionsmechanismen und Identifikationen sind wirksam geworden und das Subjekt ist trotz der Erweiterung im Gefühlsbereich so weit geschwächt, daß es einen Teil seines Selbst im Objekt wiederfindet« (Winnicott, 1969, S. 103). Die Objektbeziehung nach Winnicott gleicht somit einer symbiotischen Beziehung zwischen Mutter und Kind, sie ist eine Beziehung zu einem »Teilobjekt« (1952, S. 126). Die Objektbeziehung ist ein vom Subjektiven dominierter Zustand, bei dem der Säugling eine »Kontinuität des Seins« (Winnicott, 1960b, S. 70) erlebt. Damit wird ein Zustand beschrieben, in dem durch genügend gute Bemmutterung im Rahmen der mütterlichen Säuglingspflege alle störenden Reize vom Säugling ferngehalten und seine Unlustgefühle auf ein Minimum reduziert sind. »Wenn die Mutterpflege nicht gut genug ist, kommt der Säugling nicht wirklich zu einer Existenz, da es keine Kontinuität des Seins gibt; stattdessen baut sich die Persönlichkeit auf der Grundlage von Reaktionen auf Umweltstörungen auf« (ebd.). Winnicott beschreibt damit die wichtige Funktion der Mutter, eine haltende Umwelt bereitzustellen und auf diese Weise frühe unvorstellbare Ängste des Säuglings (vor dem Fallen, dem Auseinanderfallen oder dem Ungehalten-Sein) aufzufangen, als die wichtigste Grundlage einer gesunden psychischen Entwicklung (Winnicott, 1962, S. 74). Nach Winnicott hängt die früheste Angst mit dem Gefühl zusammen, »unsicher gehalten zu werden« (Winnicott, 1952, S. 125). Durch »ihre Fähigkeit, sich in den Säugling hineinzusetzen« (Winnicott, 1962, S. 74), ermöglicht die Mutter dem Säugling in dieser frühen Phase ein Gefühl des Geborgen- und Gehalten-Seins, das somit als eine Kontinuität von Subjektivem und Objektivem erlebt wird.

Damit der Säugling jedoch allmählich zu mehr Realitätsanerkennnis voranschreiten kann und somit zu einer differenzierten Wahrnehmung von Subjekt und Objekt gelangen kann, muss die Mutter (oder das primäre Objekt) noch mehr leisten: Sie muss einen inneren psychischen Raum bereitstellen, der auch die destruktiven Anteile in der Beziehung zum Säugling repräsentieren kann, um sie auf

diese Weise im Winnicott'schen Sinne zu »halten«. Die Erfahrung, in den ersten Wochen und Monaten vom Säugling nicht als das versorgende, lustspendende Gegenüber wahrgenommen, sondern von ihm einseitig für die Erfüllung seiner Bedürfnisse benutzt zu werden, stellt eine besondere Anforderung dar, der nicht alle Mütter gleichermaßen nachkommen können. Nach Winnicott ist der Säugling gierig und die Mutter opfert sich auf, ohne dafür anerkannt zu werden. Dies schaffe in der Mutter Anlass für destruktive Gefühle dem Säugling gegenüber. Winnicott äußert pointiert: »Die Mutter haßt ihren Säugling von Anfang an. (...) Es [das Baby] ist erbarmungslos, behandelt sie wie Dreck, wie eine unbezahlte Magd, eine Sklavin. (...) Seine Liebe ist unaufrichtig und gewinnsüchtig, so daß es, wenn es bekommen hat, was es wollte, sie wegwirft wie eine Bananenschale« (Winnicott, 1947, S. 85). Diese destruktiven Gefühle dem Säugling gegenüber bewusst wahrzunehmen, stellt bereits eine besondere Anforderung an die Mutter dar, da diese Gefühle auch verleugnet werden und somit den Weg für unbewusstes Agieren ebnet können. Um dem Säugling eine gesunde psychische Entwicklung hin zu Realitätsanerkennung und Subjekt-Objekt-Differenzierung zu ermöglichen, muss die Mutter in der Lage sein, diese destruktiven Gefühle in sich zu repräsentieren, ohne sie in Handlungen gegen den Säugling umzulenken.

Der in der Winnicott'schen Theorie so wichtige Schritt des Kindes von der Objektbeziehung als einem Zustand der Objekt-Verkennung hin zu einer Anerkennung des Äußeren, Realen, Objektiven soll im Folgenden nachgezeichnet werden. Während die Objektbeziehung bei Winnicott zu einem Objekt bestehen kann, dessen reale Qualitäten keine Rolle spielen und welches sich als solches nur durch Projektionen und Identifikationen des Subjekts konstituiert, nimmt das Subjekt in der Objektverwendung die Qualität des Objekts differenziert und seiner subjektiven, omnipotenten Kontrolle entzogen war. Damit das Kind einen realitätsgerechten Zugang zur objektiven Realität gewinnen kann, muss es die Fähigkeit zur Objektverwendung erwerben. Diese jedoch ist entscheidend von der Reaktion der Mutter auf seine destruktiven Angriffe auf sie abhängig.

Winnicott beschreibt diese Bewegung von der Objektbeziehung zur Objektverwendung als einen Prozess, der mittels einer Zerstörung des Objekts durch das Subjekt den Weg für die Phantasie im Menschen ebnet – die Phantasie als ein Strukturierungsmedium für die psychische Entwicklung (1969). Aber nur, wenn das Objekt die destruktiven Attacken des Subjekts überlebt, wird es für den Säugling als von sich selbst getrennt erlebbar. Es ist dadurch der omnipotenten primärnarzisstischen Kontrolle entzogen und wird so für das Subjekt erst in seinen ihm selbst innewohnenden und nicht nur projizierten Eigenschaften verwendbar. Winnicott betont dabei, dass »der Position ›das Subjekt steht in Beziehung zum Objekt‹ die Position folgt, ›das Subjekt zerstört das Objekt (das erst dadurch etwas Äußeres wird)‹; erst dann kann die Position: ›das Objekt überlebt die Zerstörung durch das Subjekt‹ folgen. Es kann überleben, muß aber nicht« (Winnicott, 1969, S. 105).

Die Aggression des Säuglings bedarf somit eines Gegenübers, das ihr standhält und dem Säugling Widerstand bietet, ohne selbst mit Gegenaggression oder Rache zu reagieren. An diesem Widerständigen ist ein erstes Anderssein und Selbst-Sein des Säuglings physisch und psychisch erfahrbar. Eine Mutter, die selbst psychisch

stabil ist und vom Säugling keine Gegenleistung für die erbrachte, aufopfernde Säuglingspflege erwartet, wird dies im Winnicottschen Sinne leisten können.

Erst wenn der Säugling die äußere Realität als etwas erleben kann, das außerhalb seiner omnipotenten Kontrolle, jenseits von Illusion und Projektion besteht, kann er sie als etwas verwenden, das »Nicht-Ich« (Winnicott, 1953, S. 293) ist. Das reale Objekt und seine Fähigkeit, die destruktiven Angriffe des Subjekts zu überleben, sind für diesen Entwicklungsschritt zentral, der eben auch verfehlt werden kann. Das Überleben des Objekts besteht für Winnicott in dessen Fähigkeit, sich nicht zu rächen. Nur das genügend gute Objekt bringt diese Fähigkeit mit, zuverlässig zu sein und zu bestehen, obwohl es zerstört wurde. Dadurch erlebt der Säugling eine Kontinuität des Seins, die gleichzeitig ein differenzierendes Moment einführt. Das Objekt, das sich nicht rächt, zeigt sich dem Subjekt in seiner Widerständigkeit und macht für den Säugling seine eigene Aggressivität in ein erstes Persönlichkeitsschema integrierbar. Aber erst ein Objekt, das sich der omnipotenten Kontrolle des Subjekts entzieht und dadurch objektiv wahrnehmbar wird, also nicht allein subjektive Projektion bleibt, eignet sich zur Besetzung und zur Zerstörung. Das, was sich zerstören lässt und nach dem Akt der Zerstörung dennoch bleibt, kann vom Säugling erkannt werden (Winnicott, 1969). Ein Objekt hingegen, das sich zerstören lässt und die destruktiven Impulse des Kindes mit Verweigerung, Rückzug oder Gegenaggression beantwortet, kann nach Winnicott eben keinen realen Objektstatus erlangen. Die Aggressivität des Säuglings in der frühen Mutter-Kind-Interaktion hat demnach bei Winnicott positive, schöpferische und Differenz schaffende Qualität.

Der Prozess des Übergangs von der Objektbeziehung zur Objektverwendung ist entscheidend davon abhängig, ob der Säugling erfährt, dass er einen Einfluss auf seine Umwelt auszuüben vermag. Dabei sollte die Mutter die Bedürfnisse des Kindes nicht so erfüllen, dass sie diese schon beantwortet, bevor der Säugling durch sein Verhalten ein Bedürfnis geäußert hat. Ein solchermaßen intrusives mütterliches Verhalten mache die Mutter, so Winnicott, so gefährlich für den Säugling »wie eine Hexe« (Winnicott, 1960b, S. 66). »Die kreative Geste, der Schrei, der Protest, all die kleinen Zeichen, die das hervorrufen sollen, was die Mutter tut, all diese Dinge fehlen, weil die Mutter das Bedürfnis schon erfüllt hat, genauso, als wäre der Säugling noch mit der Mutter verschmolzen und sie mit ihm« (ebd.). Nach Winnicott wird der Entwicklungsprozess der Separation, der auch mit der Erfahrung einhergeht, selbständiger Akteur zu sein, durch ein derart intrusives mütterliches Verhalten unterminiert, da der Säugling die Erfahrung nicht machen kann, dass er eine Wirkung auf die Umwelt auszuüben imstande ist. In Winnicotts Konzeption sind die haltende Umwelt und eine genügend gute Bemutterung essentielle Bedingung für eine gesunde psychische Entwicklung des Menschen.

Winnicott hat des Weiteren betont, dass sich der Zugang des Subjekts zur äußeren Realität, die außerhalb seiner kindlichen Allmacht besteht, wesentlich im Übergangsraum des Spiels etabliert. Das Fundament für diesen Prozess wird durch die genügend gute Bemutterung gelegt. »Die Grundlage der Triebbefriedigung und der Objektbeziehungen sind die Behandlung, der allgemeine Umgang mit dem Säugling und seine Versorgung, die nur allzu leicht als selbstverständlich angesehen werden, wenn alles gut geht« (Winnicott, 1960b, S. 63). Am Anfang erlebt der

Säugling im Falle der guten Säuglingspflege durch die Mutter einen omnipotenten Zugang zur Realität, so als ob die äußere Welt seiner magischen Kontrolle unterläge. Ein Gedanke, der bereits von Freud in seinem Konzept der »halluzinatorischen Wunscherfüllung« formuliert wurde (Freud, 1900). Aufgrund der Erfahrung, auf die Mutter vertrauen zu können, die alle störenden unlustvollen Reize beseitigt, erlebt das Kind die Umwelt als seiner omnipotenten Kontrolle unterliegend. Diesen Bereich zwischen Mutter und Kind bezeichnet Winnicott als »intermediären ›Spielplatz«« (Winnicott, 1971b, S. 59). Das Spielen des Kindes gründet in der frühen Objektbeziehung. »Der ›Spielplatz« ist ein potentieller Raum zwischen Mutter und Kind, der beide miteinander verbindet« (ebd.). In seiner Theorie des Spiels konzeptualisiert Winnicott die Entwicklung der Spielfähigkeit des Kindes in Anlehnung an die ersten Interaktionserfahrungen mit der Mutter als einen Entwicklungsschritt von der Objektbeziehung zur Objektverwendung. Dabei betont er erneut die hochsensible Fähigkeit der Mutter, zunächst ausreichend auf die Spielangebote des Kindes einzugehen, seine Signale anzunehmen, bevor sie sich später selbst mit eigenen Einfällen in das gemeinsame Spiel einbringt. Wichtig sei es, zu erkennen, wann das Kind nach einer Antwort suche, zu reagieren, statt zu agieren und damit das Kind nicht durch ein Zuviel zu überfordern.

Winnicotts Theorie des Spiels (1971b, S. 58 f.) soll im Folgenden dargestellt werden. Die erste Phase besteht in einem gemeinsamen Spiel, das innerhalb der Objektbeziehung stattfindet, bei dem Subjekt und Objekt miteinander verschmolzen sind. »Die Mutter ist darauf ausgerichtet, anzubieten, was das Kind zu finden bereit ist« (ebd., S. 58). In einem zweiten Schritt wird das Objekt »verworfen, wieder aufgenommen und objektiv wahrgenommen. (...) einmal ist sie [die Mutter] das, was das Kind anzunehmen in der Lage ist, ein andermal wartet sie, angenommen zu werden« (ebd.). Dabei sei es, so Winnicott, essentiell, dass die Mutter in der Lage ist, diese Rolle dauerhaft anzunehmen, in der über sie verfügt wird, ohne dass sie den Säugling einengt. Somit kann der Säugling die für seine Entwicklung so zentrale Erfahrung machen, über seine Umwelt »magische Kontrolle« (ebd., S. 59) auszuüben. Die dritte Phase wird von der Fähigkeit des »Alleinseins in Gegenwart eines anderen« (ebd.) bestimmt. Das Kind kann nun eine innere Repräsentation des Objekts bilden, die es ihm erlaubt, auch ohne direkte Anwesenheit der Mutter zu spielen. Die Funktion der Mutter in dieser Phase sei es, das Geschehen im Spiel des Kindes zu spiegeln (ebd.). In der nächsten, der vierten Phase, kann es zu Überschneidungen von zwei Spielbereichen kommen. Dabei passt sich die Mutter dem Kind in der Spielinteraktion zunächst an, um später dann auch eigene Spielinhalte mit einzubringen. »Sie wird dann feststellen, daß Kinder sich in ihrer Fähigkeit unterscheiden, fremde Ideen ertragen zu können, und darauf wohlwollend oder ablehnend reagieren. So wird der Weg für gemeinsames Spiel in der Beziehung geebnet« (ebd.). Das Spielen stellt ein Übergangsphänomen dar und eröffnet einen Übergangsraum. Es ermöglicht dem Kind ein Probehandeln. Das Spielen findet in einem Bereich statt, der weder ganz dem Inneren zuzurechnen ist, noch dem Außen, als dem Ort, der dem Realitätsprinzip unterworfen ist und der mit den Objekten geteilt wird. Durch das wiederholte Handeln im Spiel erkennt das Kind zunehmend die äußere Welt als »Teil des Nicht-Ich« (ebd., S. 52). Nach Winnicott setzt Spielen Vertrauen des Kindes in die Mutter voraus, die die Versorgung der Grundbedürfnisse

des Kindes erfüllt, ohne dass das Kind dies bemerken würde. Die Erfahrung, gehalten zu werden, ist demnach die Voraussetzung für die Entwicklung der Spielfähigkeit des Kindes.

In seiner Schrift »Haß in der Gegenübertragung« (Winnicott, 1947) (siehe hierzu auch Kapitel 2.4) vergleicht Winnicott die Beziehung zwischen Analytiker und Patient mit der von Mutter und Säugling. In der gemeinsamen therapeutischen Arbeit mit dem Patienten stellt auch der Analytiker einen »intermediären Raum« bereit, und auch er wird zur Zielscheibe gieriger, destruktiver Angriffe, nämlich derer des Patienten, die immer auch Abkömmlinge der frühen nicht-integrierten Affekte sind. Auch dem Analytiker kommt die Aufgabe zu, diese Angriffe auszuhalten, ohne sich zu »rächen«. Eine Anerkennung für die intensive Arbeit, die er leistet, sei, so Winnicott, nicht zu erwarten, »weil auf der primitiven Entwicklungsstufe des Patienten (...) keine Fähigkeit zur Identifizierung mit dem Analytiker besteht« und der Patient nicht wahrnimmt, dass »der Haß des Analytikers oft gerade durch die Dinge geweckt wird, die der Patient in seiner rohen Liebe tut« (ebd., S. 88).

Fazit für PaKT: Diese Einsichten Winnicotts sind von besonderer Bedeutung für PaKT. Winnicotts Konzepte finden daher in verschiedenen Kontexten innerhalb des PaKT-Manuals Erwähnung (siehe Kapitel 2.2.1 zur Mentalisierung), 2.3.2 zu psychoanalytischen Konzeptionen der Angststörungen und 2.4 zu Übertragung und Gegenübertragung). In diesem Zusammenhang kann die psychoanalytische Kurzzeittherapie mit ihrem zentralen Element des Durcharbeitens intrapsychischer Konflikte im psychoanalytischen Setting mit Winnicott als »hochdifferenzierte Art des Spielens im Dienste der Kommunikation des Patienten mit sich selbst und anderen« (Winnicott, 1971b, S. 52) verstanden werden. Indem der Therapeut dem Kind sein Verstehen und seine gleichschwebende Aufmerksamkeit widmet, stellt er dem Kind eine Art haltende Umwelt bereit, die die Entfaltung eines intermediären Raums ermöglicht. Dabei sollte er – wie die Mutter auf den Säugling – responsiv auf die Äußerungen des Patienten reagieren, ohne ihn in der therapeutischen Interaktion (z. B. durch eine zu früh geäußerte Deutung) zu überfordern. Des Weiteren bietet uns das Winnicottsche Konzept des genügend guten mütterlichen Haltens durch die frühe Säuglingspflege ein Verständnis für Ängste auf mäßigem oder niedrigem Strukturniveau wie beispielsweise der generalisierten Angststörung oder der frei flottierenden diffusen Angst als ein Leitsymptom der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Dulz, 1999) (charakteristische frühe Ängste in der Konzeption von Winnicott werden in Kapitel 2.3.2 dargestellt).

Es ist auch in der Behandlung von Kindern mit emotionalen Problemen besonders wichtig, dass der Therapeut die unbewusste Destruktivität des Kindes überlebt und mit den Wutgefühlen, die er in seiner Gegenübertragung erlebt, umgeht, ohne sie in gegenaggressive Handlungen umzuwandeln. In Kapitel 2.4 »Übertragung und Gegenübertragung« wird eingehender untersucht, welche Bedeutung diese intensive Reflexion negativer Übertragungsgefühle des Therapeuten im Therapieprozess der PaKT hat. Winnicott selbst hatte in seiner Behandlung der kleinen Piggie gezeigt, dass auch im Rahmen weniger analytischer Sitzungen, die allerdings über eine längere Zeit verteilt waren, mit Eltern und Kind wichtige Entwicklungsschritte des Kindes gefördert werden können (Winnicott, 1980). Das Spiel ist ein wichtiger

Übergangsraum in der kindlichen Entwicklung. Dieser Übergangsraum ist nicht mehr ganz dem Inneren zuzurechnen, aber auch noch nicht ganz der Welt der äußeren Objekte. Es ist daher wichtig, dass sich dieser Raum in der Behandlung entfaltet und öffnet. Somit ist das kindliche Spiel im Sinne der psychoanalytischen Spieltechnik nicht nur Mittel, sondern auch Ziel der Behandlung. Häufig erleben wir bei Kindern, deren Mütter unter einer postpartalen Depression litten oder deren Eltern durch psychische Probleme belastet waren, dass sich die Spielfähigkeit nur eingeschränkt entwickeln konnte. Ein Grund hierfür könnte sein, dass das Kind von seinen Objekten zu wenig Halt erfuhr oder erfährt, um sich frei dem Spiel widmen zu können. Bei solchen Kindern gelingt es oft nur schwer, dass sich der Raum des Spiels zwischen Therapeut und Kind öffnet. Dann sollte das Ziel der Behandlung darin bestehen, die Spielfähigkeit des Kindes als wichtigen Entwicklungsschritt in dessen Entwicklung herzustellen und/oder zu fördern.

2.1.5 Das Modell »Container-Contained« von Wilfred R. Bion

Wie Erika Krejci in ihrem Vorwort zur deutschen Ausgabe von Bions *Lernen durch Erfahrung* anmerkte, benutzte Bion für das Verständnis der frühen Kommunikation zwischen Mutter und Kind einen »leeren Begriff« (Bion, 1962a, S. 20), die sogenannte »Alpha-Funktion«. Zu Beginn seines Lebens macht der Säugling Erfahrungen mit seiner Umwelt. Die Sinneseindrücke, die er dabei erhält, werden von ihm zunächst als »Dinge-an-sich« (Bion, 1962a, S. 52) wahrgenommen. Diese ersten »emotionalen Erfahrungen« mit seiner Umwelt können noch nicht symbolisiert werden, daher können sie auch nicht differenziert und potentiell unbewusst gemacht werden. Sie werden vom Subjekt als unmittelbar und konkretistisch erfahren. Erst durch die Entwicklung der sogenannten Alpha-Funktion erfahren diese rohen Beta-Elemente eine Differenzierung. Die »Alpha-Funktion« beschreibt die Transformation innerer, konkretistisch wahrgenommener Vorgänge (»Beta-Elemente«) in erträgliche Erfahrungen, die bedacht werden können, sogenannte »Alpha-Elemente«. Die Entwicklung der Alpha-Funktion ist jedoch untrennbar mit der Erfahrung des Säuglings verknüpft, dass es ein (mütterliches) Objekt gibt, das sich ihm als Container für seine zunächst rohen und unverdauten Sinneseindrücke und seine noch nicht symbolisierte emotionale Erfahrung zur Verfügung stellt. Bion bezeichnet diese frühe Mutter-Kind-Einheit als eine Art »Symbolisierungsapparat«, der es dem Säugling ermöglicht, die symbolische Funktion der Mutter zu introjizieren und damit auch die Funktion des Containers in sich zu etablieren, Beta-Elemente in denkbare Erinnerungen, die erwähnten Alpha-Elemente, zu transformieren. Das Modell »Container-Contained« (siehe Abb. 1) ist folgendermaßen zu verstehen:

Der Begriff Alpha-Funktion verweist darauf, dass die zunächst rohe, undenkbbare Erfahrung des Säuglings (Beta-Elemente) nur dadurch mit Bedeutung versehen werden kann, dass die Mutter sich ausreichend in diese zunächst konkretistischen Zustände einfühlt. Bion sieht den mentalen Apparat am besten durch die Zeichen ♂♀

repräsentiert, wobei ♀ ein Symbol für den Behälter ist und ♂ ein Symbol für Gehalt (Bion, 1963, S. 62).

Das Kind sendet zunächst über projektive Identifizierungen (1) seine protomentalen Zustände an die Mutter aus. »Was das heißen könnte, wird von uns durch den Gebrauch des Begriffs der Alpha-Funktion versteckt; mit Hilfe psychoanalytischer Untersuchungen ließe sich dafür jedoch ein Wert finden, zum Beispiel: Wenn die Mutter das Kind liebt – womit tut sie das? Wenn ich von den physischen Kanälen dieser Liebe absehe, ist mein Eindruck der, daß sich ihre Liebe in Träumereien (rêverie) äußert« (Bion, 1962a, S. 83). Durch träumerische Einstimmung (»Rêverie«) (2) ist die Mutter in der Lage, das, was das Kind in sie projiziert hat, zu verstehen und zu verdauen. In einem nächsten Schritt gibt die Mutter dieses bereits »alphabetisierte« Material in ihrer Antwort (3) (»Response«) an das Kind zurück. Das Kind introjiziert in der Folge (4) nicht nur das verdaute Material, sondern auch die Funktion des Containers, so dass es später bei ausreichender Wiederholung dieses Vorgangs selbst in der Lage sein wird, emotionale Erfahrung und Sinneseindrücke zu denken und damit zu symbolisieren. Solange dieser Prozess im Aufbau begriffen ist, wird das Kind sich noch weiterhin über projektive Mechanismen nicht verdaulicher Erfahrung entledigen (5), und erst später, wenn es die Alpha-Funktion ausreichend in sich aufgebaut hat, wird es zunehmend zu einer ganzheitlichen Persönlichkeit gelangen, die selbst symbolisieren kann und nicht mehr auf die Externalisierung von unverdauter emotionaler Erfahrung durch projektive Identifizierung angewiesen sein wird.

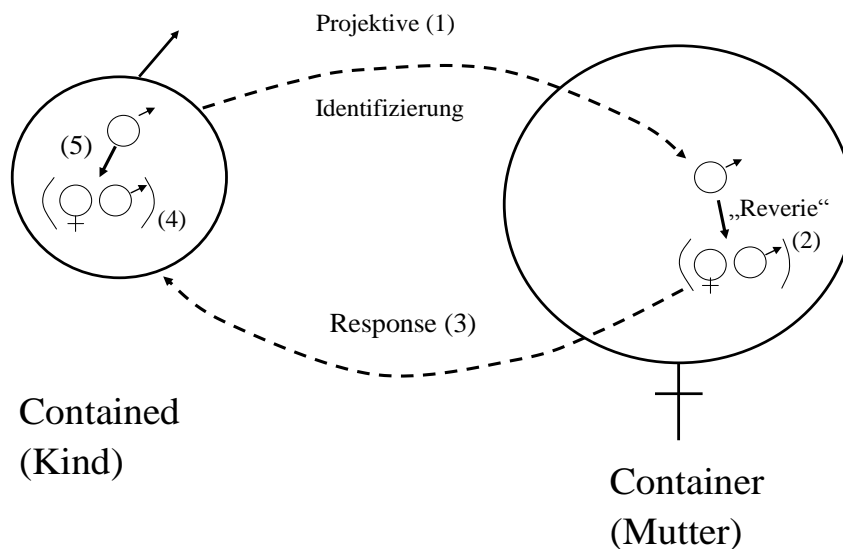


Abbildung 1: Die Entwicklung des mentalen Apparates (in Anlehnung an Bion, 1962a, 1963)

Anmerkung: ♂= »contained«; ♀= »container«; (1) mittels projektiver Identifizierung sendet das Kind seine protomentalen Zustände an die Mutter; (2) durch träumerische Einstimmung (»rêverie«) ist die Mutter in der Lage, diese zu verstehen und zu »verdauen«, um sie (3) in einer gehaltenen (contained) und »alphabetisierten« Form an das Kind zurückzugeben; (4) zusammen mit der »Alpha-Funktion« der Mutter introjiziert das Kind diese verdauten und verstandenen psychischen Inhalte; (5) solange dieser Prozess im Aufbau begriffen ist, setzt das Kind diesen Prozess des Aussendens von protomentalen psychischen Inhalten an die Mutter mittels projektiver Identifizierung fort.

Das Modell »Container-Contained« veranschaulicht, dass die Entwicklung der Symbolisierungsfähigkeit des Menschen bei Bion in der frühen Mutter-Kind-Beziehung gründet (Bion, 1963, S. 62 ff.). Ist die Alpha-Funktion mit Hilfe der Mutter erfolgreich, dann kann das Kind sogenannte Alpha-Elemente produzieren. Bei einem präsymbolischen Denken überwiegen die Beta-Elemente. Ist die Alpha-Funktion gestört, so bleiben Sinneseindrücke und Emotionen in einem rohen Urzustand. In diesem Zustand drohen sie das Kind zu überwältigen. Es ist für die emotionale und kognitive Entwicklung von zentraler Bedeutung, dass der Säugling sich durch die Mutter als »Container« gehalten fühlt.

Das Kind erlebt zu Beginn seines Lebens nur Beta-Elemente. Diese sind emotionales und sensorisches Rohmaterial, das weiterbearbeitet werden muss. Als Beta-Element kann eine Sinneserfahrung nicht als Phänomen symbolisiert werden, sondern wird als »Ding an sich« (Bion, 1962a, S. 52) erlebt. Erfahrungen in diesem Zustand vor der »Alphabetisierung« durch die Mutter sind für das Kind konkretistisch und real bedrohlich. Das Kind benötigt die Mutter, damit sie die Beta-Elemente, die es ausscheidet, mit ihrem psychischen Empfangsorgan auffängt, sie »denkt«. Die Mutter stellt nach Bion ihre Alpha-Funktion bereit, um das rohe, projizierte Material des Säuglings zu transformieren. Nach Bion ist die »träumerische Gelöstheit die Geistesverfassung, die für die Wahrnehmung aller »Dinge« von dem geliebten Objekt offen und deswegen in der Lage ist, die projektiven Identifikationen des Kindes aufzunehmen, gleich ob sie von dem Kind nun als gut oder böse empfunden werden« (Bion, 1962a, S. 84).

Alpha-Elemente hingegen können sowohl bewusste Sinneseindrücke sein, die gedacht werden können, als auch akustische Muster, Geruchsmuster oder visuelle Bilder. Alpha-Elemente eignen sich zu unbewusstem Wachdenken, bewusstem Denken, zur Bildung von Erinnerungen und zur Bildung von Traumgedanken. Verfügt das Kind nicht über ein Objekt, das ihm ausreichend als Container zu Verfügung steht, dann kann es in der Folge nicht ausreichend eine Alpha-Funktion als interne Repräsentation und als psychischen Funktionsmodus aufbauen. Menschen, deren frühe emotionale Erfahrungen nicht ausreichend durch das frühe Objekt »contained« wurden, können nach Bion schwerwiegende Denkstörungen entwickeln. Beta-Elemente, nach Bion konkretistisch erlebte Erfahrungen und Erinnerungen, können nicht unbewusst gemacht werden, indem sie (z. B. durch Verdrängung) vom Bewusstsein ferngehalten werden, d. h. das Subjekt kann immer

wieder in Zustände geraten, in denen es von Reizen überflutet wird, da es einströmende Erfahrung nicht ausreichend filtern und differenzieren kann. Diese Menschen werden auch als Erwachsene noch auf den Mechanismus der Ausstoßung durch projektive Identifizierung angewiesen sein, um ihr Inneres vor Reizüberflutung und Angst vor dem Unintegrierbaren zu schützen (Bion, 1962a, S. 53).

Zusammenfassend gesagt, sorgt die Alpha-Funktion für die Umwandlung von Beta-Elementen in verarbeitbare und benennbare Gefühlszustände. Für Alpha-Elemente gilt:

- Sie stehen dem Denken zur Verfügung,
- sie sind von einem Übermaß an Emotionen befreit,
- sie erlauben, zu bewussten und unbewussten Vorstellungen (oder Gefühlszuständen) gemacht zu werden,
- sie erlauben Verdrängung,
- sie sind im Wachen und Träumen verwendbar,
- sie können vom Kind erst durch die Alpha-Funktion der Mutter gebildet werden.

Für Beta-Elemente gilt nach Bion:

- Sie sind Sinneseindrücke und Emotionen in einem noch nicht denkbaren Rohzustand (= emotionale Erfahrung),
- sie sind unverdaulich,
- sie sind sehr körpernah,
- sie sind mit Katastrophengefühl verbunden.

Wilfred Bions Konzepte des »Containment« (Bion, 1962a, S. 146) und der mütterlichen »Revêrie (Bion, 1962a, S. 83) sind von zentraler Bedeutung, um den existenziellen emotionalen Gehalt der Eltern-Säuglings-Beziehung zu verstehen. Bion beschrieb den psychischen Apparat des Säuglings als noch zu unzureichend entwickelt, um intensive Gefühle der Lust und Unlust in sich repräsentieren zu können. Um durch diese affektiven Valenzen nicht überwältigt zu werden, benötigt der Säugling die Mutter als »Container«, der sein rohes psychisches Material aufnimmt und zugleich in sich selbst mit Bedeutung versieht. Auf diese Weise gibt sie es ihm, in »verdauter« Form und als »mit Bedeutung versehen« zurück. Derart „verdaut“ und gehalten, kann das Kind diese vormals unverdauten, rohen Affektzustände nun in sich aufnehmen, wobei er gleichzeitig von der Mutter während dieses undifferenzierten Zustands gehalten wird. Zugleich erhält er von der Mutter etwas, was es ihm in Zukunft ermöglicht, selbst mehr Struktur und Differenzierung in seine rohen Affektzustände einzuführen. Erst wenn es diesen anderen, den Behälter (»Container«), gibt, der die Nöte des Säuglings wahrnimmt und in sich aufnimmt, ohne von eigener Angst überwältigt zu werden, kann das Gehaltene (»contained«) als verständnisvolle Reaktion der Mutter zu ihm zurückkehren und von ihm aufgenommen werden. Zunehmend wird der Säugling durch diese Container-Funktion der Mutter selbst besser in der Lage sein, die eigenen Sinneseindrücke und emotionalen Erfahrungen zu reflektieren und eigenständiger zu denken.

Diese im »Container-Contained«-Modell beschriebenen Prozesse sind für die emotionale und kognitive Entwicklung des Kindes unverzichtbar. Wenn die Mutter (oder primäre Bezugsperson) diese Funktion des Containments oder der Revêrie für das Baby nicht ausreichend erfüllen kann, weil sie möglicherweise selbst an einer postpartalen Depression erkrankt ist oder aufgrund eigener Traumata diese Containerfunktion nicht ausreichend erfüllen kann, kommt es beim Kind zu einer unzureichenden Entwicklung des Selbst bzw. kann kein aus differenzierten Repräsentanzen bestehendes Selbst aufgebaut werden. Diese Kinder wenden dann oft Abwehrmechanismen einer verfrühten Selbständigkeit und Kontrolle an oder versuchen durch übertriebene Sinnesreizung oder Bewegungsaktivität frühe Ängste vor Haltlosigkeit und Fragmentierung zu kompensieren.

Esther Bick (1968) beschrieb die überwältigende Angst von Babys vor dem Auseinanderfallen oder der Fragmentierung, wenn sie sich nicht gehalten fühlen. In nicht gehaltenen Zuständen verschaffen sich diese Kinder ihr eigenes »Zweithaut-Containment« als Abwehr gegen das Auseinanderfallen, das droht, wenn der »Container« der Mutter keinen Halt bieten kann (vgl. »self-containment« und »second-skin«; Bick, 1968, S. 485).

Fazit für PaKT: Bions Modell fördert das Verständnis dafür, wie wichtig es ist, dass der Therapeut sich dem Kind als Container zur Verfügung stellt, in welchem unverdauliche, konkretistische, noch nicht symbolisierbare Affektzustände des Kindes »verdaut« werden können und somit verstehbar werden. Das Kind fühlt sich durch die kontinuierliche Bereitstellung des Therapeuten als Container gehalten und kann so zunehmend auf »Zweithaut-Bildungen« wie forciertes hypomanisch abwehrendes Verhalten, verzichten. Solange das Kind sich vom Therapeuten ausreichend »gehalten« fühlt, kann in der Interaktion der beiden ein gemeinsamer Zugang zu bisher nicht verstehbaren Inhalten des Unbewussten des Kindes gefunden werden. Hierfür ist sowohl das Bereitstellen eines inneren »Containers« als auch das Einhalten eines äußeren, Halt gebenden Rahmens durch das kinderanalytische Setting von zentraler Bedeutung (siehe Kapitel 3.4 zur Bedeutung des Settings). Besonders für Kinder, welche die Erfahrung, ausreichend »contained« zu werden, nicht genügend gemacht haben, weil ihre Mütter oder Väter sich aufgrund eigener psychischer Konflikte nicht ausreichend als Container zur Verfügung stellen konnten, ist die Erfahrung des Containments in der Therapie eine wichtige Voraussetzung dafür, dass sie sich in positiver Weise entwickeln können.

2.2 Neuere psychoanalytische und entwicklungspsychologische Konzepte

Peter Fonagy und Kollegen (2004) haben mit dem Konzept der Mentalisierung ein Modell der psychischen Entwicklung vorgestellt, das Erkenntnisse aus der Bindungsforschung, der modernen Entwicklungspsychologie und der Säuglingsforschung mit psychoanalytischen Konzeptionen verknüpft. Das Konzept der Mentalisierung ist aufgrund seiner Implikationen für die Behandlung von Kindern mit strukturellen Störungen für den Behandlungsansatz der PaKT von zentraler Bedeutung. Darüber hinaus findet es in seiner operationalisierten Form als Maß für die reflexive Kompetenz eines Individuums auch im Rahmen der empirischen Überprüfung der PaKT Anwendung (siehe „Wirksamkeitsstudie PaKT“ im Anhang). Daher soll es im Folgenden (Kapitel 2.2.1) ausführlich dargestellt werden. Daran anschließend stellen wir die Konzepte der triadischen Kompetenz und der Triangulierung aus der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie vor (Kapitel 2.2.2) sowie Erkenntnisse aus der Säuglingsforschung zu den Folgen, welche eine Depression der Mutter für die Entwicklung des Kindes hat; den Hintergrund bildet hier das psychoanalytische Konzept der „toten Mutter“ (Green, 2004; Kapitel 2.2.3).

2.2.1 Das Konzept der Mentalisierung und seine Bedeutung für die psychotherapeutische Praxis mit Kindern

In der klinischen Praxis begegnen dem Therapeuten häufig Patienten, bei denen die diagnostischen Kategorien »Angststörungen« und »Depressionen« auf relativ klar umrissenen neurotischen Konflikten beruhen, welche eine neurotische Entwicklungshemmung des Patienten verursacht haben. Andererseits gibt es Kinder (und Erwachsene) mit emotionalen Störungen, bei denen die depressive Symptomatik im Rahmen einer umfassenderen strukturellen Störung der Persönlichkeit zu verstehen ist. Gerd Rudolf hat beschrieben, dass bei Patienten mit einer solchen strukturellen Störung die Bildung stabiler Selbst- und Objektrepräsentanzen, die Affektdifferenzierung, die Impulssteuerung und die Regulierung des Selbstwertgefühls erschwert sind (Rudolf, 2009).

Dieser Unterschied zwischen neurotischer Störung (A. Freud, 1967) und struktureller Störung bzw. Störungen der Mentalisierungsfähigkeit (Fonagy et al., 2004) macht ein modifiziertes behandelungstechnisches Vorgehen nötig (zu den Konsequenzen, die aus dem Strukturniveau des Kindes für die therapeutische Technik entstehen, siehe Kapitel 3.3.3). Um die Charakteristika der psychischen Funktionsweise bei Kindern mit sogenannten frühen Störungen – wie beispielsweise Symbolisierungsdefiziten – besser zu verstehen, ist der mentalisierungsbasierte Ansatz von Fonagy und Kollegen (Fonagy et al., 2004) sehr hilfreich. Fonagy und Kollegen (2004) gehen davon aus, dass der einsichtsfördernde Aspekt der Therapie, der in der Bewusstmachung von unbewussten Wünschen, Impulsen und von deren Abwehr besteht, nur bei Kindern (und auch Erwachsenen) sinnvoll ist, die bereits ein bestimmtes Maß an Symbolisierungsfähigkeit erreicht haben. Symbolisieren kann ein

Kind dann, wenn es zwischen Wunsch und Wunscherfüllung bzw. Trieb und Triebbefriedigung etwas Drittes einfügen kann: das Symbol. Dieses Dritte kann die Form einer Geste (wie z. B. das »Nein«, welches Spitz als Indikator für den Eintritt des Kindes in die symbolische Welt ansieht; Spitz, 1957) oder einer bildhaften oder sprachlichen Äußerung annehmen. Das Kind und seine Beziehungsperson können sich dann über das Symbol verständigen. Mentalisierungsfördernde therapeutische Techniken sollten angewendet werden, wenn sich beim Kind triebhafte Bedürfnisse, Wünsche und die mit diesen verbundenen Konflikte primär in Handlung, in körperlichen Phänomenen oder in Motorik ausdrücken und nicht in Sprache, Bilder oder symbolische Gesten transformiert werden können.

2.2.1.1 Das Konzept der Mentalisierung

Peter Fonagy (2008) definiert den Begriff der Mentalisierung folgendermaßen: Mentalisierung ist eine Form der vorwiegend vorbewussten Fähigkeit, das eigene Verhalten oder das Verhalten anderer Menschen durch Zuschreibung mentaler Zustände (z. B. Bedürfnisse, Wünsche, Gefühle, Annahmen, Ziele, Absichten und Gründe) zu interpretieren. »Mentalisierung ist eine Vorstellungskraft, da wir uns vorstellen müssen, was andere Menschen denken oder fühlen mögen; ein wichtiger Hinweis für einen hohen Grad an Mentalisierungsfähigkeit ist das Bewusstsein eines Menschen in Bezug darauf, dass wir niemals absolute Gewissheit darüber haben und haben können, was im Geist einer anderen Person vor sich geht« (Fonagy, 2008, S. 4; Übersetzung durch die Autoren). Mentalisierung ist die Fähigkeit, Begriffe über *mentale Zustände* (Gedanken, Gefühle, Überzeugungen und Wünsche) intentional auszutauschen, so dass ein Individuum implizit und explizit die eigenen Handlungen wie die Handlungen anderer als sinnhaft versteht (Fonagy & Target, 2000; Bateman & Fonagy, 2004). Die Mentalisierung erlaubt es Kindern und Erwachsenen, die psychischen Zustände anderer und die dem menschlichen Verhalten zugrunde liegenden mentalen Zustände zu »lesen« (»mind reading«; Baron-Cohen, 1995; Baron-Cohen et al., 1993; Morton & Frith, 1995).

Baron-Cohen und Kollegen entwickelten beispielsweise mit dem »Reading the Mind in the Eyes«-Test ein Instrument zur Erfassung der Mentalisierung Erwachsener, das charakteristische Mentalisierungsdefizite bei Personen mit Asperger-Autismus erfasst (Baron-Cohen et al., 2001). Morton und Frith (1995) gaben in ihrer Arbeit, die sich mit Autismus befasste, folgende häufig zitierte Definition des Begriffes: »Mentalisierung ist unsere Fähigkeit, das Verhalten anderer Menschen vorauszusehen und zu erklären, und zwar im Hinblick auf ihre mentalen Befindlichkeiten, also das, was sie annehmen, wissen, wünschen, hoffen, beabsichtigen oder vortäuschen oder vorgeben. (...) die Fähigkeit der Mentalisierung ist weitgehend unbewusst oder implizit. Sie ist eine kognitive Leistung, die dem eigenen Verhalten und dem anderer automatisch einen Sinn gibt« (Morton & Frith, 1995, S. 363; Übersetzung durch die Autoren).

Das Konzept der Mentalisierung hat seine Wurzeln in dem aus der Entwicklungspsychologie bekannten Konzept der *Theory of Mind* (Gopnik & Meltzoff, 1993). Premack und Woodruff (1978, S. 515) definieren den Begriff

Theory of Mind folgendermaßen: »Ein Individuum verfügt über eine Theory of Mind, wenn es sich selbst und anderen mentale Zustände zuschreibt. Ein auf diese Weise gebildetes System an Schlussfolgerungen kann als Theorie bezeichnet werden, da die mentalen Zustände nicht direkt beobachtbar sind und da es möglich ist, aus ihnen Vorhersagen über das Verhalten anderer abzuleiten« (Übersetzung durch die Autoren). Dabei ist das Wissen darum, dass sich die mentalen Zustände des anderen von den eigenen unterscheiden können, für die Fähigkeit zur »Theory of Mind« von zentraler Bedeutung.

Neuere entwicklungspsychologische Studien weisen darauf hin, dass es die Fähigkeit des Kindes zur Nachahmung ist, welche weitere sozial-kognitive Leistungen wie die »Theory of Mind«, die Perspektivenübernahme und Empathie ermöglicht (Meltzoff, 2002). Das Konzept der Mentalisierung von Fonagy und Kollegen (2004) erweitert das eher kognitive Konzept der »Theory of Mind« um die emotionalen Aspekte der sozial-kognitiven Entwicklung. Fonagy und seine Kollegen (2002) haben das Konzept der Mentalisierung sehr gut systematisiert und für die empirische Forschung fruchtbar gemacht. Darüber hinaus legen sie mit ihrer Auffassung von der Entwicklung der Mentalisierung und der »reflexiven Kompetenz« („reflective functioning“) in der frühen affektiven Interaktion ein Konzept vor, das dem Kliniker hilft, spezifische kognitive und emotionale Störungen bei Patienten mit strukturellen Störungen besser in ihrer Genese und Ausprägung zu verstehen.

Die »Reflexive Kompetenz-Skala« dient als Instrument, um die Mentalisierung zu operationalisieren, und erlaubt es, sie anhand einer Skala in ihrer Ausprägung zu messen (Fonagy et al., 1998). Hierzu werden Narrative der untersuchten Personen, die beispielsweise anhand des Adult Attachment Interviews (AAI; vgl. Main et al., 1985) oder des Parent Development Interviews (PDI; vgl. Slade et al., 2005) erhoben wurden, auf ihr Ausmaß an reflexiver Kompetenz (RK) hin eingeschätzt (Fonagy et al., 1998). Die Gruppe der Mentalisierungsforscher um Fonagy ortet sich selbst in der Tradition der entwicklungspsychologischen Theorie und Forschung innerhalb der Psychoanalyse, die durch Anna Freud, Melanie Klein, Margaret Mahler, Sylvia Brody, Robert N. Emde und Daniel Stern repräsentiert wird. Bei der Frage, welche Umweltaspekte für die gesunde Entwicklung des Kindes eine entscheidende Rolle spielen, kommt die Theorie der Mentalisierung zu ähnlichen Erkenntnissen wie zuvor die Theorie der abgestimmten Interaktionen von Daniel Stern (*Affect Attunement* Stern, 2010) oder Beebe und Kollegen (Jaffe et al., 2001).

Daniel Stern definiert *Affect Attunement* folgendermaßen und betont dabei die wichtige Rolle des Attunement, also der Einstimmung im Vergleich zur reinen Nachahmung: »Die Affekt Abstimmung stellt folglich eine Ausführung von Verhaltensweisen dar, die die Gefühlsqualität eines gemeinsamen Affektzustandes zum Ausdruck bringen, ohne die Verhaltensäußerung des inneren Zustandes exakt zu imitieren. Wenn wir nur durch eigentliche Nachahmung demonstrieren könnten, daß wir einen Affektzustand mit dem Anderen teilen, dann wären wir auf hastige, unaufhörliche Nachahmungen beschränkt. Das Verhalten, mit dem wir unsere Reaktion auf Affekte zum Ausdruck bringen, sähe dann lächerlich aus; vielleicht hätten wir dann Ähnlichkeit mit einem Roboter« (Stern, 2010, S. 203).

Fonagy et al. (2004) gehen ebenfalls davon aus, dass abgestimmte Interaktionen

zwischen Eltern und Säugling mit markierter Affektspiegelung einhergehen. Eltern spiegeln dem Kind durch ihre mimischen und lautlichen Äußerungen seine eigenen Gefühle wider. Durch Wiederholungen dieses affektmarkierenden Prozesses tragen sie in der Folge dazu bei, dass das Kind seine eigenen Emotionen selbst dämpfen und beruhigen kann. »Die spiegelnde Umwelt trägt (a) zur homöostatischen Online-Regulierung der dynamischen affektiven Zustandsveränderungen des Säuglings bei und stellt (b) eine Art ›lehrende‹ oder ›Halt bietende‹-Umwelt dar, die zur Folge hat, daß der Säugling die affektregulierende Funktion der Mutter durch die Konstruktion von sekundären Repräsentanzen seiner primären Gefühlszustände internalisiert« (Fonagy et al., 2004, S. 197).

Dieses Prinzip der Internalisierung einer Symbolisierungsfunktion, die zuvor vom primären Objekt bereitgestellt wurde, findet sich bereits bei Bion (siehe Kapitel 2.1.5). Die Introjektion der Alpha-Funktion des Objekts, also der Fähigkeit des Objekts (Container), konkretistisch wahrgenommene affektive Zustände zu symbolisieren und damit die Gefahr einer möglichen Überflutung mit rohem undifferenziertem affektivem Material zu verringern, wurde bereits von Bion in seinem Modell »Container-Contained« (Bion, 1962a, S. 146) beschrieben. Die von Fonagy und Kollegen (2004) beschriebene Affektregulierung des Säuglings durch die Affektmarkierung der Mutter hat entscheidende Implikationen für die Entwicklung eines gesunden affektiven Selbst (zur Definition der Begriffe »affektives Selbst« oder »Theory of Mind« [ToM] siehe unten).

Die Fähigkeit, eine »Theory of Mind« auszubilden, steht nach Fonagy und Kollegen (2004) mit der Mentalisierungsfähigkeit in Zusammenhang. Um dies zu veranschaulichen, verweisen sie auf die sogenannte »False-Beliefs-Task« (Perner et al., 1987). Bei dieser hat das Kind folgende Aufgabe zu lösen: Maxi wird eine bunte »Smarties-Schachtel« gezeigt. Sie wird gefragt: »Was, glaubst du, ist in der Schachtel?« Maxi antwortet: »Smarties!« Die Schachtel wird geöffnet, aber es sind Buntstifte darin. Anschließend wird Maxi gefragt: »Draußen wartet dein Freund Peter. Wenn wir ihn hereinholen, ihm die geschlossene ›Smarties-Schachtel‹ zeigen und ihn fragen: ›Was ist in der Schachtel?‹ Was, meinst du, wird Peter antworten?« Im Alter zwischen drei und vier Jahren erfolgt eine Veränderung in der Art und Weise, wie Kinder über ihre eigenen sowie über fremde mentale Zustände nachdenken und über sie berichten können (Gopnik, 1993). Die meisten der dreijährigen Kinder antworten: »Buntstifte!«, Vierjährige hingegen antworten meist auf die oben gestellte Aufgabe: »Smarties«. Dreijährige Kinder können sich in der Regel nicht vorstellen, dass das andere Kind eine falsche Überzeugung hat. Um diese Aufgabe richtig zu lösen, muss das Kind die Fähigkeit erworben haben, darüber zu mentalisieren, dass Peter eine andere Perspektive auf die Situation hat, ein anderes Wissen über den Inhalt der Schachtel, oder, anders ausgedrückt: dass in Peters Geist etwas anderes vorgeht als in Maxis Geist.

Diese Fähigkeit der Perspektivenübernahme, zusammen mit dem Wissen, dass die jeweilige Perspektive einen Einfluss auf die kognitive Bewertung einer Situation hat, ist es, die eine »Theory of Mind« auszeichnet. Maxi muss zur Lösung der »False-Beliefs«-Aufgabe also in der Lage sein, über Peters mentalen Zustand zu mentalisieren. Im Alter von drei bis vier Jahren entwickelt sich somit die Vorstellung, dass das andere Kind mental ähnlich wie man selbst denkt und

wahrnimmt und dass es doch anders ist.

Indem Kinder die Fähigkeit erwerben, die Gedanken des anderen zu lesen und seine Stimmung zu erfassen, kann dessen Verhalten von ihnen mit Bedeutung versehen werden und wird somit vorhersagbar. Die Fähigkeit zu mentalisieren hat somit einen zentralen Einfluss auf die Fähigkeit des Kindes zur Selbstkontrolle und Affektregulation: Ein Kind, das einen Mann beobachtet, der um sein Auto herumläuft und dann dreimal wütend auf das Autodach schlägt, wird vermutlich Angst verspüren. Ein Kind jedoch, das darüber mentalisieren kann, dass das Verhalten dieses Mannes möglicherweise durch dessen Ärger darüber motiviert ist, dass er seinen Autoschlüssel verloren hat, wird diese Mentalisierungsfähigkeit nutzen können, um seine Angst zu verringern, da das Verhalten des Mannes somit verstehbar und vorhersagbar wird.

Die reflexive Kompetenz (RK) als Operationalisierung der Mentalisierung hat »eine selbstbezügliche wie eine interpersonale Konsequenz, die dem Individuum im Idealfall eine verlässliche Fähigkeit vermittelt, zwischen innerer und äußerer Realität, Als-ob- und realistischen Funktionsmodi sowie zwischen intrapersonalen geistigen und emotionalen Prozessen und interpersonalen Kommunikationen zu unterscheiden« (Fonagy et al., 2004, S. 33). Mentalisierung bezeichnet die oft unbewusste Fähigkeit, während der Interaktion mit anderen kontinuierlich die Annahme zugrunde zu legen, dass diese wie das Selbst auch über eine innere Welt verfügen, die mit eigenen Gefühlen, Gedanken und Wünschen ausgestattet ist. Mentalisieren ist eine Fähigkeit, die beispielsweise bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung stark eingeschränkt oder gestört ist (Fonagy, 1995).

Das folgende Beispiel soll diesen Zusammenhang von Mentalisierung, sozialer Kommunikation und Affektregulierung veranschaulichen: Der ausgestellte Fuß des anderen, über den er stolpert, wird von einem Menschen mit Mentalisierungsdefizit möglicherweise als Angriff aufgefasst, weil er nicht darüber mentalisieren kann, dass dieser Fuß auch versehentlich ausgestreckt worden sein kann und der andere ihm gar nichts Böses will. Dies zu erkennen ist für einen Menschen leichter, der sich selbst und anderen flexible und verschiedenartigste innere mentale Zustände zuschreiben kann und darüber zu reflektieren vermag, dass Verhalten dadurch motiviert sein kann.

Beebe und Kollegen (Beebe et al., 1997) betonen, dass eine entgleiste interaktive Kommunikation zwischen primärer Bezugsperson und Säugling wiederherstellbar ist. Um eine solche nicht ausreichend aufeinander abgestimmte Interaktion zu reparieren, ist es von besonderer Bedeutung, dass die primäre Bezugsperson bei der Wiederherstellung des Dialogs mit dem Kind auf dessen aktive affektive Signale feinfühlig reagiert. Diese erlebte Wechselwirkung zwischen affektiven Signalen des Säuglings und der kontingenten Reaktion der Bezugsperson auf diese ist es, welche beim Säugling die Etablierung eines inneren Struktursystems zur Regulierung negativer Affekte ermöglicht. Fonagy und Kollegen (2004) betonen, dass der Säugling trotz seiner frühen kognitiven Fähigkeit, Zusammenhänge zwischen Bedingtheiten und Ähnlichkeiten von Reizereignissen zu erkennen und somit sogenannte Kontingenzstrukturen zu entdecken, hinsichtlich seiner Fähigkeit zur Affektregulation von der Anwesenheit der primären Bezugsperson abhängig ist.

Psychoanalytische Theorien, die eine frühe symbiotische Organisation von Mutter und Kind (Mahler, 1975) betonen, in der die Mutter dem Kind im Sinne der Matrix »Kind führt – Mutter folgt« (Schore, 2009, S. 157) als ein Selbst-Objekt (Kohut, 1977) zur frühen affektiven Regulation zur Verfügung steht, erhalten in neuerer Zeit durch die moderne entwicklungspsychologische (Gergely & Watson, 1996) und neuropsychoanalytische Forschung (Schore, 2009) Bestätigung. So beschreibt Schore diesen Zusammenhang wie folgt: »Selbstobjekte sind somit externe psychobiologische Regulatoren, die die Regulation affektiver Erfahrungen ermöglichen, und sie wirken auf nonverbalen Ebenen unterhalb der bewussten Wahrnehmung« (ebd., S. 159).

2.2.1.2 Die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit

Fonagy et al. (2004) betonen, dass sich die Mentalisierungsfähigkeit in der frühen Kindheit im Rahmen der affektiven Interaktion mit den primären Bezugspersonen entwickelt. Dabei gehen sie davon aus, dass Vorformen der Mentalisierungsfähigkeit bereits im ersten Lebensjahr in Zusammenhang mit der Affektdifferenzierung entstehen. Hierbei ist es essentiell, dass das Kind die Erfahrung macht, dass seine eigenen mentalen Zustände oft genug im Geist der zentralen Bezugsperson reflektiert werden. Fonagy nennt diese Erfahrung, die für die Entwicklung der Fähigkeit zu mentalisieren zentral ist: »Having experienced his own mind in another's mind« (persönliche Mitteilung während des 14. IPA-Research-Training-Programmes 2008 in London). Er bringt damit einen Gedanken zum Ausdruck, der sich bereits in Bions Modell des »Container-Contained (siehe Kapitel 2.1.5) findet. Ohne die träumerische Einstimmung (»Revêrie«) der Mutter, die über die projektive Identifizierung des Säuglings »nachdenkt«, kann der Säugling keine Alpha-Funktion und damit die Möglichkeit, konkrete Erfahrung geistig zu reflektieren und zu symbolisieren, internalisieren (Bion, 1962a).

Dem Prozess der *Affektspiegelung* kommt für die Entwicklung des Mentalisierungsprozesses eine zentrale Rolle zu. Bei der sogenannten *markierten Affektspiegelung* übertreibt die Bezugsperson des Kindes die Art und Weise, wie sie normalerweise eine Emotion ausdrücken würde. Bei der markierten Affektspiegelung, so Fonagy und Kollegen (2004), ist der Emotionsausdruck allerdings genügend normal, so dass das Kind die entsprechende Emotion als solche überhaupt erkennen kann. Der Ausdruck muss aber auch genügend übertrieben sein, so dass das Kind erkennt, dass es sich um die eigene, von den Eltern gespiegelte und markierte Emotion handelt und nicht um die Emotion der Eltern selbst (Fonagy et al., 2004). Dies ist nur möglich, wenn die sekundären Reaktionen der Bezugsperson der primären Reaktion des Säuglings nicht zu ähnlich sind, aber auch nicht zu weit davon abweichen. Andernfalls könnte der Säugling die Reaktion der Bezugsperson nicht mehr als Reaktion auf sein Verhalten oder seine Affektäußerung interpretieren. Fonagy und Kollegen beschrieben diesen komplexen Prozess wie folgt:

»Unserem Modell zufolge haben adaptive affektspiegelnde Interaktionen in der normalen Entwicklung folgende Konsequenzen: a) Aufgrund der Markiertheit des spiegelnden Verhaltens wird der ausgedrückte Affekt von der Mutter abgekoppelt. b)

Aufgrund des hohen Grades an Kontingenz zwischen dem Emotionszustand des Säuglings und dem markierten affektspiegelnden Verhalten wird die ausgedrückte Emotion referentiell als zum Baby gehörend verankert. c) Der Säugling stellt eine gesonderte Repräsentanz des markierten Emotionsausdrucks der Mutter her, die assoziativ mit seinem eigenen implizit-prozeduralen primären Emotionszustand verknüpft ist. d) Infolge ihrer Ähnlichkeit – und kategorialen Identität – mit dem entsprechenden realistischen Emotionsausdruck der Mutter wird die internalisierte Repräsentanz der markierten Emotion die dispositionelle Information »erben«, die bereits mit dem realistischen Emotionsausdruck der Mutter assoziiert ist.« (Fonagy et al., 2004, S. 199)

Ähnliche Gedanken finden sich bereits bei Daniel Stern im Zusammenhang mit dem Begriff *Affect Attunement*. In seinem Modell des *Affect Attunement* beschreibt Stern (2010) ebenfalls, dass die nachgeahmten Affekte der Bezugspersonen den ursprünglichen Affekten des Kindes nicht zu ähnlich sein dürfen; nur so kann das Kind erkennen, dass die Bezugsperson einen Bezug zu dem inneren Zustand hergestellt hat, der der äußerlich erkennbaren Affektäußerung des Säuglings zugrunde lag: Auf diese Weise lernt der Säugling, die Affekte zu differenzieren und zu modifizieren, und so lernt er auch, seine eigenen affektiven Zustände mit den Reaktionen seiner Bezugsperson auf diese Affektäußerungen in Verbindung zu bringen. Durch die »Affektspiegelung« oder »Affektmarkierung« gelangt der Säugling allmählich zu einem höheren Grad an Bewusstheit und Unterschiedlichkeit seiner inneren Zustände. Er erlangt so allmählich auch die Möglichkeit, seine eigenen Affekte stärker zu differenzieren und zu kontrollieren. Je mehr das Kind eine Fähigkeit erwirbt, seine Affekte zu mentalisieren, umso mehr kann es sie nutzen, um sich selbst zu regulieren. Hierbei kann das Kind über die subjektive Bedeutung eines affektiven Zustandes reflektieren (Fonagy et al., 2004). Als höchste Form der Mentalisierung bezeichnen Fonagy und Kollegen (2004, S. 436 ff.) die mentalisierte Affektivität: »Mentalisierte Affektivität vermittelt ein komplexeres Verstehen des eigenen Affekterlebens. Dies bedeutet häufig, daß Affekte eine neue und/oder subtilere Gestalt annehmen; es setzt aber nicht notwendig voraus, daß die Art des Affekts verändert wird. Mentalisierte Affektivität hilft uns dabei, in ein und demselben Affekt neue Bedeutungen wahrzunehmen, statt lediglich neue Affekte zu erzeugen« (ebd., S. 437).

2.2.1.3 Störungen in der Entwicklung der Mentalisierung – das fremde Selbst

Damit sich beim Kind ein psychischer Innenraum entwickeln kann, in dem die basalen Valenzen »Lust« und »Unlust« zu differenzierter mentalisierter Affektivität transformiert werden können, ist es essentiell, dass das primäre Objekt seinen eigenen psychischen Innenraum zur Verfügung stellt, um über den Affektzustand des Kindes zu reflektieren. Die Reaktion der Bezugsperson auf einen noch rohen und desintegrierten Affektausdruck bzw. -zustand des Kindes muss dabei kontingent sein, also zeitlich, räumlich und inhaltlich feinfühlig abgestimmt (Fonagy et al., 2004, S. 201). Tronick und Cohn (1989) wiesen darauf hin, dass Säuglinge selbst schon die

»Wiederherstellung« einer normalen Interaktion leisten können bzw. stark dazu beitragen können, wenn diese einmal entgleist sein sollte, sofern sie auf einen responsiven Partner treffen. Haben sie Erfolg mit ihren Handlungen, wird die Erwartung in ihnen aufgebaut, dass eine Wiederherstellung vertrauter Interaktionssequenzen nach einem Bruch möglich ist und sie in dieser Hinsicht wirkmächtig sind. Diese Erwartung, dass eine solche Reparatur möglich ist, unterstützt die Entwicklung von Interaktionsrepräsentanzen im Säugling, die auch nach Dysregulationen wiederherstellbar sind. Solche Interaktionen werden repräsentiert und strukturieren die Psyche des Kindes (Beebe et al., 1992).

Gelingt diese Markierung des Affektes in der Interaktion, also die genügend gute Abgrenzung der Mutter vom Affekt des Kindes, nicht, kann es zu einer »gescheiterten Affektmarkierung« und nach Fonagy und Kollegen zur Entwicklung eines »fremden Selbst« (»alien self«; Fonagy et al., 2004, S. 205) kommen. Wenn die Mutter dem Kind ihren eigenen psychischen Innenraum nicht ausreichend zur Verfügung stellen kann, weil sie selbst durch psychische Konflikte oder Traumata ein hohes Maß an unbewältigten Affekten in sich trägt, so dass sie aufgrund von eigener Angst nicht genügend Distanz zu der Angst des Kindes aufbauen kann, gelingt diese Affektmarkierung nicht. Diese Mutter wird durch die Angst des Kindes möglicherweise so sehr angesteckt, dass ihr die Markierung nicht mehr gelingt. Das Kind kann die gespiegelte Angst dann nicht als die eigene, markierte und reflektierte Angst erkennen, sondern erlebt sie als die Angst der Mutter. Somit ist die Bildung eines eigenen psychischen Innenraums, in dem ihm seine eigenen gespiegelten Affekte auf immer differenziertere Weise zur Verfügung stehen, erschwert. In diesem Fall findet das Kind häufig die Repräsentanz der unmarkiert gespiegelten Affekte in seinem psychischen Innenraum vor und nicht die der eigenen ursprünglichen Affekte.

Der Prozess der markierten Affektspiegelung hat weitreichende Konsequenzen für die Entwicklung des Selbst des Kindes. Ein Kind, das es nicht erlebt hat, ausreichend und adäquat in dem verfügbaren psychischen Innenraum der Mutter gespiegelt und reflektiert zu werden, weil diese Mutter durch eigene psychische Probleme zu stark absorbiert war, kann ein fremdes Selbst aufbauen – mit der Folge des anhaltenden Gefühls einer inneren Fremdheit und undifferenzierten Affektivität. Wenn der durch das Objekt gespiegelte Affekt nicht mit dem tatsächlichen Affektzustand des Säuglings übereinstimmt, »wird dieser eine *verzerrte sekundäre Repräsentanz* seines primären Emotionszustandes herstellen« (Fonagy et al. 2004, S. 202). Als Folge dieser »devianten Spiegelung« (ebd.) sieht Fonagy die Entwicklung des *fremden Selbst*.

Es gibt Übereinstimmungen und Unterschiede zwischen dem Konzept des *fremden Selbst* und Winnicotts Konzept des *falschen Selbst* (Winnicott, 1960a). Beide sind Folge einer ungenügenden affektiven Einstimmung der Bezugsperson auf den Säugling. Das Konzept des fremden Selbst unterscheidet sich jedoch von dem Konzept des falschen Selbst darin, dass es die Folgen ungenügender Affektspiegelung auf die Entwicklung interner Repräsentationen beschreibt. Beim fremden Selbst sind diese verzerrt und nicht mit dem ursprünglichen Selbsterleben des Säuglings kongruent. Die Entwicklung des fremden Selbst erfolgt auf der Basis von verzerrten Selbstrepräsentanzen. Dabei sieht Fonagy die Entwicklung des

fremden Selbst eher als direkte Konsequenz der Internalisierung eines durch die Bezugsperson nicht-kontingent und nicht-kongruent repräsentierten Affektzustands des Kindes an (vgl. Abb. 2). Das falsche Selbst bei Winnicott stellt mehr – im Sinne einer frühen Abwehr – eine Bewältigungsmöglichkeit des Säuglings im Umgang mit einer ungenügenden affektiven Resonanz des Objekts dar. In seinem Konzept des falschen Selbst beschreibt Winnicott (1960a) eine Organisationsform des Selbst, die darauf gerichtet ist, sich durch das Verbergen des wahren Selbst zu schützen. Ist die mütterliche Fürsorge (angemessene affektive Einstimmung, Schaffen von Konstanz im sozialen Umfeld) in der Lage, die Bedürfnisse des Säuglings angemessen zu erfüllen, ihn vor übermäßigen Reizeinbrüchen zu schützen und solche Übergriffe auf ein Minimum zu reduzieren, dann kann vom Säugling eine »Kontinuität des Seins« (Winnicott, 1960b, S. 70) erlebt werden.

Das falsche Selbst zeigt eine gute soziale Anpassung, oft mit Überbetonung des Intellekts, trägt aber eine große Neigung zu psychosomatischen Zusammenbrüchen in sich. Es besteht eine Spaltung zwischen Überbetonung des Intellekts einerseits und psychosomatischer Existenz andererseits. Das falsche Selbst trägt unter dem Einfluss innerer und äußerer Belastungen die Gefahr einer regressiven Auftrennung der Verbundenheit von Körper und Seele in sich, was zur Entwicklung einer psychosomatischen Störung führt. Winnicott beobachtete, dass der Säugling, der sich selbst in der Mutter nicht finden kann, stattdessen die Mutter findet und sich im Kern als nicht mit sich selbst authentisch, sondern fremd erlebt. »Was erblickt das Kind, das der Mutter ins Gesicht schaut? Ich vermute, im allgemeinen das, was es in sich selbst erblickt. Mit anderen Worten: Die Mutter schaut das Kind an, und *wie sie schaut, hängt davon ab, was sie selbst erblickt.*(...) Was ich damit meine, wird noch deutlicher, wenn ich direkt die Frage stelle, was ein Kind im Antlitz ihrer Mutter erblickt, das ihre eigene Stimmung oder – noch schlimmer – die Starrheit der eigenen Abwehr widerspiegelt!« (Winnicott, 1967, S. 129)

Fonagy et al. (2004) gehen davon aus, dass die Selbstentwicklung gleichbedeutend ist mit »dem Sammeln von Erfahrungen des Selbst-in-Beziehungen« (Fonagy et al., 2004, S. 48) und dass das Selbst somit nur im Kontext des anderen existiert. Damit beschreiben sie eine fundamentale interaktionelle Bezogenheit, die bereits Robert Emde als Bewegung vom »Ego zum We-go« bezeichnet hat (Emde, 2009).

Ein drei Monate alter Säugling erlernt mentale Zustände zunächst einzig durch die markierte Spiegelung seiner eigenen Affektzustände von Seiten der primären Bezugsperson als »Re-Präsentation oder Proto-Symbol« (Slade, 2005, S. 271). Erst durch diese Re-Präsentation durch den anderen kann sich der Säugling allmählich seiner eigenen mentalen Zustände und kann damit der »Welt des Mentalen« gewahr werden (ebd.). Kinder, die diese intersubjektive Erfahrung der markierten Affektspiegelung nicht ausreichend machen konnten, entwickeln ein verzerrtes, »falsches Selbstbild«: »es ist verzerrt, weil das Selbsterleben, die Selbsterfahrung des Kindes in allzu hohem Maß von seinen frühen Wahrnehmungen der Gedanken und Gefühle anderer Personen beeinflusst wurde« (Fonagy et al., 2004, S. 204). Für Fonagy und Kollegen ist dies ein Grund dafür, dass »viele vernachlässigte und mißhandelte Kinder ganz offensichtlich keine Objektpermanenz entwickeln; die Folge sind Trennungsangst oder das Gefühl, mit dem Objekt verschmolzen zu sein.

In der Realität bleiben sie existentiell abhängig von der körperlichen Anwesenheit der anderen Person« (ebd.).

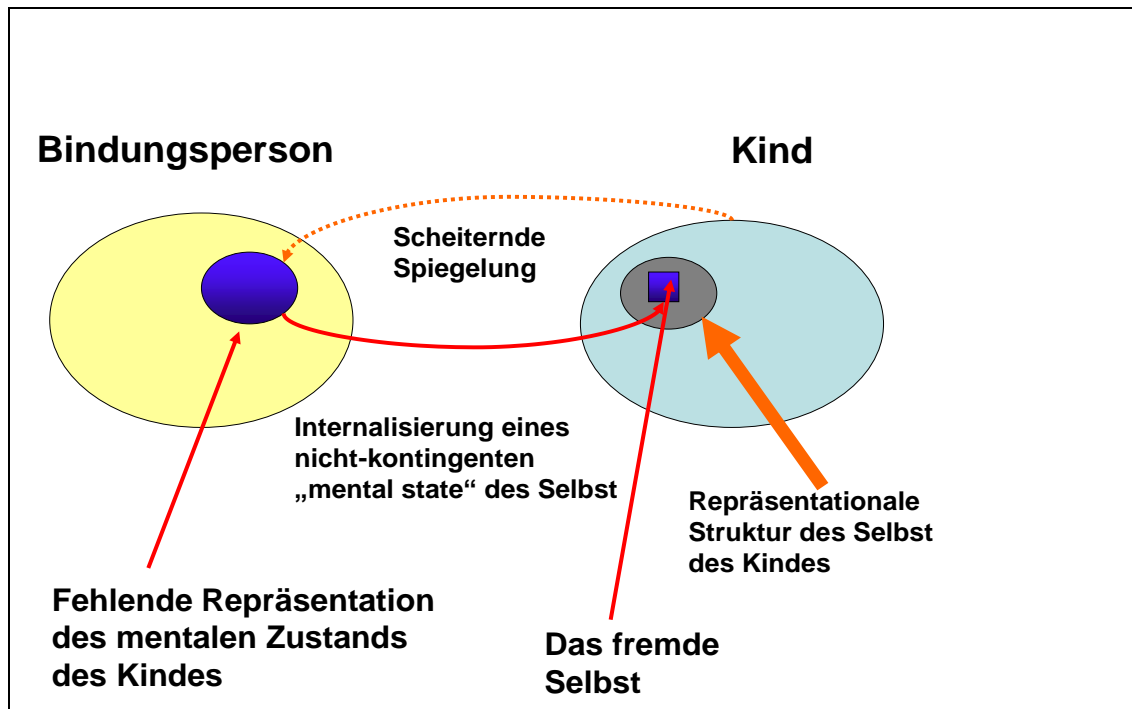


Abbildung 2: Entstehung des »fremden Selbst« in Anlehnung an Fonagy (Fonagy, 2006, S. 81)

2.2.1.4 Entwicklungsschritte der Mentalisierungsfähigkeit

Kinder entwickeln die Fähigkeit zu mentalisieren in den ersten Lebensjahren in der Beziehung zu den wichtigen Bezugspersonen. Im Alter von einem bis drei Jahren kommt der Entwicklung der Spielfähigkeit, dem »Als-ob-Spiel« (»Pretend Play«), eine wichtige Bedeutung zu. Im Alter von ungefähr neun Monaten kann das Kind die Zielgerichtetheit menschlicher Handlungen bereits erkennen (Gergely & Watson, 1996). Dies »bringt auch die Fähigkeit mit sich, Ziele von den Mitteln, die sie herbeiführen, zu unterscheiden« (Fonagy et al., 2004, S. 229). Das Kind kann eigene und fremde Handlungen als zielgerichtet interpretieren, aber es kann noch nicht dahinterliegende Ursachen und Motive erkennen. Nur das, was beobachtet werden kann, zählt. Ab einem Alter von ungefähr 18 Monaten entwickelt das Kind zwei entscheidende Modi des Denkens und Fühlens: den »Als-ob-Modus« und den Modus der »psychischen Äquivalenz«. In zahlreichen Studien wurde die Bedeutung des »Als-ob-Spiels« für die kognitive und emotionale Entwicklung des Kindes untersucht. Einige Studienergebnisse zeigen, dass Kinder, die gern im Als-ob-Modus spielen, bei Aufgaben, welche Gedankenlesen und emotionales Verstehen

voraussetzen, besonders gute Ergebnisse erzielen (Astington & Jenkins, 1995; Youngblade & Dunn, 1995). Fonagy und Kollegen (2004, S. 56) weisen darauf hin, dass das gemeinsame Als-ob-Spiel oder die spielerische Haltung des Als-Ob das Verstehen mentaler Zustände zu fördern vermag.

Im Als-ob-Modus spielt das Kind die Realität nach. Es ist sich dabei dessen bewusst, dass das Spiel nicht der Realität entspricht. Im Äquivalenzmodus hingegen werden die Gedanken erlebt, als wären sie Realität. Insbesondere bei Patienten mit einer Borderline-Störung herrscht diese Vertauschung von psychischer und äußerer Realität vor. Kinder schwanken bis zum Alter von vier Jahren zwischen diesen Modi hin und her, erst in diesem Alter findet eine Integration dieser beiden Modi statt und eröffnet dem Kind die Möglichkeit zur Mentalisierung (Fonagy et al., 2004). Hält das Kind bis zu dieser Integration seine eigenen Gedanken für das Abbild der Realität, so erkennt es nunmehr, dass seine Gedanken die Realität nur repräsentieren und es mit den Gedanken spielen kann (»playing with reality«). Wichtig ist für Fonagy und Kollegen, dass die Eltern den Prozess der Entwicklung der Mentalisierung sowohl entscheidend fördern als auch nachhaltig behindern können. Somit entwickelt sich die Fähigkeit der Mentalisierung in Abhängigkeit von der Umwelt. Erkenntnisse über die Entwicklung der Mentalisierung in Abhängigkeit von der Interaktion mit dem Objekt sind daher für die Psychopathologie von zentraler Bedeutung.

Es soll nicht unerwähnt bleiben, dass Fonagy et al. (2004) selbst darauf hinweisen, dass das Konzept des Erwerbs der »Reflective Function« eine unverkennbare Ähnlichkeit mit dem Konzept der depressiven Position bei Melanie Klein hat. Die depressive Position beinhaltet nach Klein die zunehmende Fähigkeit des Säuglings, sich mit seinen Objekten zu identifizieren und damit auch die Leiden und Verletzungen anzuerkennen, die das Selbst dem Objekt zugefügt hat. Diese Selbst- und Objektdifferenzierung habe zur Folge, dass das Subjekt sich für die sadistischen Angriffe auf das (Teil-) Objekt schuldig fühlt.

Eine gewisse Analogie gibt es auch zu Bions »Container-Contained«-Modell. In diesem beschreibt die »Alpha-Funktion« die Transformation innerer, konkretistisch wahrgenommener Vorgänge (»Beta-Elemente«) in erträgliche Erfahrungen, die bedacht werden können, die »Alpha-Elemente«. Bei Bion gründet die Entwicklung der Symbolisierungsfähigkeit des Kindes in der frühen Mutter-Kind-Beziehung (W. Bion, 1962a) und der Fähigkeit der Mutter, sich dem Kind als Container zur Verfügung zu stellen.

2.2.1.5 Zum Verhältnis von Mentalisierungsfähigkeit und strukturellen Störungen

Abschließend soll in diesem Unterkapitel das Verhältnis zwischen Mentalisierungsfähigkeit und strukturellen Störungen untersucht werden: Die Mentalisierungsfähigkeit kann als eine Ich-Funktion betrachtet werden, die bei Individuen mit strukturellen Störungen beeinträchtigt ist. Grundsätzlich lässt sich mit Hansi Kennedy (1979) präzisieren, dass die Einsicht in mentale Zustände ein Produkt der Ich-Funktion des Selbstgewahrseins darstellt. Ohne die strukturelle Voraussetzung, über stabile Selbst- und Objektrepräsentanzen zu verfügen und

Repräsentationen von Erfahrung bilden zu können, kann das Individuum nicht zu einer Unabhängigkeit gegenüber seinen affektiven triebhaften Erfahrungen und damit zu deren Transformation gelangen.

Bram und Gabbard (2001) haben hervorgehoben, dass eine mangelnde Reflexionsfähigkeit und Einsichtsfähigkeit in psychodynamische Zusammenhänge innerhalb der Psychoanalyse lange Zeit als Widerstand gegen die Behandlung missverstanden wurden, dass diesen Phänomenen jedoch häufig strukturelle Defizite zugrunde liegen. Aber nicht nur strukturelle Störungen beeinflussen die Mentalisierungsfähigkeit. Abwehrmechanismen, insbesondere unreife Abwehrmechanismen – die im Rahmen struktureller Störungen häufig angewendet werden –, sind ein Antagonist der Mentalisierungsfähigkeit, da durch sie die Realität maßgeblich verzerrt und falsch repräsentiert und interpretiert wird. Solche Störungen bedürfen neueren Erkenntnissen zufolge einer gesonderten Behandlung wie etwa der strukturbezogenen Psychotherapie (Rudolf, 2009) oder einer mentalisierungsfördernden Psychotherapie (Allen et al., 2011).

Eine eingeschränkte Mentalisierungsfähigkeit kann sowohl eine Folge struktureller Störungen als auch ein Resultat von Abwehrprozessen sein. Abwehrprozesse verhindern den Zugang zu emotionalem Erleben und können sich ebenfalls gegen den bereits erreichten Modus reifen Mentalisierens richten. Eine einmal erreichte Mentalisierungsfähigkeit kann in Situationen äußerer psychischer Belastung im Rahmen von regressiven Prozessen auch wieder verloren gehen. Phänomene der Abwehr dagegen, dass einem Kind der Zusammenhang zwischen seinen mentalen Prozessen und seinem Verhalten bewusst wird, können auch im Rahmen der Eltern-Kind-Interaktion auftreten. Ebenso kann die Mentalisierungsfähigkeit der Eltern in Bezug auf ihr Kind eingeschränkt sein.

Dabei gilt es, im Rahmen der PaKT-Elternarbeit (siehe Kapitel 4.4) zu differenzieren, ob diesem Mangel, das Verhalten des Kindes als sinnhaft zu interpretieren, strukturelle Defizite der Eltern oder Abwehrprozesse im Rahmen eines identifizierbaren psychischen Konfliktes zugrunde liegen.

Fazit für PaKT: Kinder im Vorschul- und mittleren Schulalter, die unter emotionalen Störungen leiden, weisen unterschiedliche Grade der Mentalisierungsfähigkeit auf. Im klinischen Alltag erlebt der Therapeut häufig Kinder, die im Erstkontakt unkoordiniert und unfokussiert spielen und deren Mütter ihr Spiel oftmals kommentieren, ohne sich für einen möglichen mentalen Zustand, der dem Verhalten des Kindes zugrunde liegen könnte, zu interessieren. Häufig versuchen diese Mütter (Eltern), den Untersucher davon zu überzeugen, dass das, was das Kind mache, »einfach nicht zu verstehen« sei – sie sagen das in einem vorwurfsvollen Ton, der aber das Kind meint und nicht den Untersucher. Ein wichtiges Ziel von PaKT ist es, beim Kind ein Gespür für den Zusammenhang zwischen inneren mentalen Zuständen und deren Ausdruck im Verhalten herzustellen; gleichzeitig geht es auch darum, den Eltern zu helfen, dass sie die inneren mentalen Zustände, die dem Verhalten des Kindes zugrunde liegen, besser erkennen und interpretieren können. Häufig agieren die Kinder, denen wir in den kinderpsychiatrischen Ambulanzen begegnen, inneres emotionales Erleben wie Angst und dysphorische Stimmungen hypomanisch – beispielsweise durch Wutanfälle in Kindergarten und Schule – aus; der Grund dafür

ist, dass ihnen durch ihre Bezugsperson kein psychischer Binnenraum zur Verfügung stand, der ihnen eine Verbindung zu ihrem affektiven Erleben bereitgestellt hätte. So werden emotional vernachlässigte Kinder auch in Schule und Kindergarten von der Umwelt oft nur als »der Schläger« oder »das ADHS-Kind« wahrgenommen. Wir gehen davon aus, dass viele dieser Kinder von angsterregenden Affektzuständen überschwemmt werden, die sie durch hyperaktives und/oder aggressives Verhalten zu bewältigen versuchen, ohne sich von der Nähe zum Objekt zu versprechen, dass in ihm seine affektiven Zustände gehalten und verdaut werden können. Daher bleibt diesen Kindern nichts anderes übrig, als solche angsteinflößenden Affektzustände zu externalisieren. Der Kern des Selbst bleibt damit von nicht-symbolisierten mentalen Zuständen bevölkert, die zu einer inneren Fremdheit führen.

Es kann davon ausgegangen werden, dass es Angst- und Depressionsstörungen im Kindesalter gibt, die ätiologisch auf ein neurotisches Konfliktgeschehen zurückgehen, aber auch solche, welche die Konsequenz eines frühen Objektverlusts bzw. anhaltender emotionaler Vernachlässigung sind. Eine Ursache für die oft stark eingeschränkte Fähigkeit dieser Kinder zur Mentalisierung findet sich häufig in der inkongruenten Affektspiegelung ihrer Eltern bzw. in deren mangelnder emotionaler Einstimmung auf ihr Kind. Häufig sind solche Eltern aufgrund eigener psychischer Konflikte okkupiert und stehen für das Kind nicht ausreichend emotional zur Verfügung. Solche Kinder sind dann oft nicht ausreichend in der Lage, mentale Repräsentationen ihrer intrapsychischen Konflikte zu bilden, und so zeigen sie auch im Spiel eine eingeschränkte Fähigkeit, diese Konflikte im Als-ob-Modus darzustellen. Ihren Narrativen mangelt es oft an Kohärenz, das Spiel ist oft unfokussiert.

Die gewählte Interventionsstrategie hängt maßgeblich davon ab, mit welchem Kind wir es zu tun haben. Ist der Prozess der Mentalisierung unterentwickelt, so werden zunächst vornehmlich Interventionen gewählt, die Affekte verbalisieren und damit markieren. Das Spielen stellt einen wichtigen Übergangsraum bereit. Es beinhaltet ein Probehandeln in einem Zwischenraum, zwischen Innen und Außen, als einem Bereich, der dem Realitätsprinzip unterliegt und mit den Objekten geteilt wird (Winnicott, 1971b).

Wichtige Ziele von PaKT sind es, einerseits die Einsicht der Eltern in die inneren mentalen Zustände des Kindes zu verbessern und andererseits beim Kind die Wahrnehmung eines Zusammenhangs zwischen seinen mentalen Zuständen und seinem Verhalten zu fördern. Dabei kann der Therapeut sich dem Kind als Selbstobjekt (Schore) zur Verfügung stellen und ihm bei der Regulation seiner affektiven Erfahrung helfen. Je nach Strukturniveau von Eltern und Kind werden hierfür mentalisierungsfördernde Interventionen auch im Rahmen der Elternarbeit genutzt.

2.2.2 Die Bedeutung der Triade

Die in den vorangegangenen Kapiteln beschriebenen Konzepte basieren auf Theorien zum Einfluss der Beziehungsumwelt auf die frühe Entwicklung und auf Erkenntnissen darüber, wie sich Beziehungserfahrungen in der frühen Kindheit auf die Strukturierung des Selbst und der Objektbeziehungen auswirken. Aus diesem Wissen, das im Wesentlichen der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie zuzuordnen ist, hat sich in den 1970er Jahren die Bindungstheorie John Bowlbys (Bowlby, 1969) entwickelt.

Bindung (Attachment) ist ein dyadisches Beziehungskonzept und wird als ein phylogenetisch sich entwickelndes Instinktverhalten definiert, in welchem der Säugling oder das Kleinkind – ähnlich wie manche Tiere – in Momenten der Gefahr die Nähe bedeutungsvoller Beziehungspersonen sucht. Die Bindungstheorie ist in aller Munde, insbesondere nachdem Mary Ainsworth et al. (1978) und ihre Nachfolger Methoden entwickelt haben, wie man Bindungsverhalten bei Kleinkindern und ihren Müttern valide und reliabel »messen« kann (»Strange Situation Procedure« [»Fremde-Situations-Test«], aber auch die Messung innerer Bindungsrepräsentanzen im Adult Attachment Interview).

Die im vorangegangenen Kapitel beschriebene Mentalisierungstheorie, die in den letzten Jahren vor allen Dingen von Fonagy et al. (1991, 2004; Fonagy & Target, 1997, 2000) populär gemacht wurde, geht davon aus, dass eine sichere Mutter-Kind-Bindung eine notwendige, wenn nicht sogar hinreichende Voraussetzung für die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit ist. Alle diese wissenschaftlichen Ergebnisse und Theorien basieren im Wesentlichen auf einer »Zwei-Personen-Psychologie« (»Two-Person Psychology«), welche davon ausgeht, dass alle beschriebenen Phänomene in dyadischen, meist in Mutter-Säuglings-Beziehungen, zu beobachten sind. Unsere eigene Arbeitsgruppe (von Klitzing & Bürgin, 2005; von Klitzing et al., 1999a, b) hat in den letzten Jahren wie viele andere Autoren (z. B. Dammasch & Metzger, 1999; Trowell & Etchegoyen, 2002) die einseitige Zurückführung psychischer Strukturüberlegungen auf die beobachtbare dyadische Mutter-Kind-Beziehung infrage gestellt und dem eine Theorie früher triadischer Beziehungen entgegengesetzt.

Diese Überlegungen gehen von entwicklungspsychologischen Erkenntnissen aus, wonach Säuglinge vom Anfang ihres Lebens an Beziehungen mit mehr als einer wichtigen Bezugsperson entwickeln können und beide, Mütter und Väter, in der Regel die Fähigkeit zur »intuitiven Elternschaft« (»intuitive parenting«; H. Papousek & M. Papousek, 1983; M. Papousek, 1989) haben. Beide, Väter und Mütter, sind in der Lage, für den Säugling und das Kleinkind eine »ausreichend gute Beziehungsumwelt« (»a good enough environment«) bereitzustellen. Arbeiten von Tiffany Field (Field, 1998) haben gezeigt, dass Säuglinge und Kleinkinder in Anwesenheit depressiver Mütter sich zwar mit deren depressivem Affekt identifizieren, dass sie aber dann im Umgang mit nicht depressiven väterlichen Bezugspersonen eine ganz andere Beziehungsgestaltung haben und nicht depressive Affekte im Vordergrund stehen. Hieraus wurde abgeleitet, dass bei postpartalen Depressionen der Mütter die Anwesenheit nicht depressiver Väter, sofern sie sich denn um das Kind kümmern, einen erheblichen Schutz bedeutet.

Auch in der klassischen psychoanalytischen Literatur gibt es wegweisende Arbeiten zur Bedeutung früher triadischer Beziehungen und zu deren Einfluss auf das Kind. Melanie Klein (1928) ging vom Vorhandensein ödipaler Tendenzen und Konflikte schon am Ende des ersten Lebensjahres aus, welche »als Konsequenz der Frustration entstehen, der das Kind bei der Brustentwöhnung ausgesetzt ist« (»in consequence of the frustration which the child experiences at weaning«; S. 186). So ist in Kleins Sichtweise die Deprivation von der mütterlichen Brust die fundamentale Ursache dafür, dass sich das Mädchen im frühen Stadium des Ödipuskonfliktes von der Mutter ab- und dem Vater zuwendet, bevor der Penisneid diesen Effekt später verstärkt (ebd., S. 193). Jacques Lacan (1953) sah die dritte Person, den Vater, als für das menschliche Leben von Anfang an signifikant an. Nach seiner Theorie ist diese Signifikanz nicht auf bestimmte Entwicklungsphasen beschränkt. Außerdem ist es seiner Meinung nach nicht der real existierende Vater, sondern seine symbolische Funktion, die das wichtige dritte Element repräsentiert, welches die Kollusion zwischen Mutter und Kind aufbricht. Die Einführung des »non du père/nom du père«, was man als »Name« und »Nein« des Vaters verstehen kann, schützt das Kind davor, einzig und allein das Objekt des mütterlichen Begehrens (Désire) zu werden. Das väterliche Nein/der väterliche Name führt das Kind in die Welt der Symbole und Sprache ein und rettet es vor der Psychose (Borens, 1993). Winnicott (1964) hat nur wenige Seiten seines umfangreichen Werkes dem Einfluss des Vaters auf die kindliche Entwicklung und den triangulären Beziehungen gewidmet. Ihm zufolge kommt es auf die Mütter an, ob die Väter ihre kleinen Kinder kennenlernen oder nicht. Aber es sei, so sagt Winnicott, viel einfacher, zwei Eltern zu haben: »Ein Elternteil kann man weiter lieben, während der andere gehasst wird, und dies hat für sich genommen schon einen stabilisierenden Einfluss« (Winnicott, 1964, S. 115; Übersetzung durch die Autoren). In Winnicotts Sichtweise besteht eine wichtige Funktion des Vaters als dritte Person darin, den Hass des Kindes zu überleben, den dieses auf ihn richtet, wenn er das Kind enttäuscht hat.

Margaret Mahler hat in ihrem Forschungslabor die Beobachtung gemacht, dass die kindliche Entwicklung von Prozessen der Trennung und Individuation bestimmt ist und dass diese Separationsprozesse das ganze Leben über wiederkehren. Durch die direkte Beobachtung von Kleinkindern und ihren primären Bezugspersonen erkannte sie (Mahler et al., 1975) die schwerwiegenden Folgen einer nicht geglückten Loslösung und Individuation. Ob die Loslösung und Individuation gelingt, hängt auch maßgeblich von der Reaktion des Objekts auf die Autonomiestrebungen des Kindes ab. So scheint ein Kind mit vorwiegend symbiotischer Organisation die Mutter als Teil seiner selbst zu behandeln, d. h. als nicht vom Selbst getrennt, sondern vielmehr mit ihm verschmolzen (Mahler & Gosliner, 1955).

Mahler und Gosliner (1955) konzeptualisierten die Bedeutung des Vaters als dritte Person vorwiegend für die Separations- und Differenzierungsphase des zweiten Lebensjahres als eine machtvolle und sogar notwendige Unterstützung gegen den Schrecken der »Wiederverschlingung des Ichs in den Whirlpool der primär undifferenzierten symbiotischen Phase« (Mahler & Gosliner, 1955, S. 210). Ernst Abelin (1971, 1975), einer von Mahlers Mitarbeitern, berichtete, dass sich ihm einige überraschende Einsichten eröffneten, als er Vaterstage (»Fathers Days«) im

Mahlerschen Forschungslabor organisierte. Er beobachtete, dass die spezifische Beziehung mit dem Vater bereits in der symbiotischen Phase beginnt und dass Väter eine sehr wichtige Rolle in der Übungsphase spielen (»practicing subphase«), indem sie für den »entfernteren«, einen »Nicht-Mutter-Bereich«, einen »Raum für die erweiterte Exploration der Realität« (Abelin, 1971, S. 246) stehen. »Während des Verlaufs der Separations-Individuations-Prozesse wird der Vater mit der Realität in Verbindung gebracht, und zwar nicht nur als eine Quelle von Einschränkungen und Frustration, sondern auch als eine Stütze für spielerische und adaptive Bewältigung« (ebd., S. 249). Abelin war es, der in seinen theoretischen Schlussfolgerungen das Konzept der (frühen) Triangulierung entwarf, welche er als den Mechanismus definierte, »der es der mentalen Organisation erlaubt, von der Ebene der Beziehungen (handelnde, sensomotorische) zu Bildern (repräsentierte und symbolische) überzugehen« (ebd., S. 233; Übersetzungen durch die Autoren).

Viele Autoren haben die Idee und die Konzepte der frühen Triangulierung aufgegriffen und im Zusammenhang mit elterlichen Phantasien diskutiert. Thea Bauriedl (1980) ging davon aus, dass die ödipale Situation bereits vor der Zeugung des Kindes besteht, und zwar in den Phantasien der Eltern. Konsequenterweise zog sie die Schlussfolgerung, dass Entwicklung immer und von Anfang an in triadischen Begriffen konzeptualisiert werden sollte, indem man die Beziehung zwischen Eltern und die Eltern-Kind-Beziehung zur gleichen Zeit betrachtet. Auch für Michael Buchholz (1990) verläuft die Entwicklung von Anfang an in triadischen Beziehungen. Jedes Objekt könne von zwei unterschiedlichen Perspektiven aus gesehen werden, ein Phänomen, das er als »Rotation der Triade« bezeichnet. Schon vor der Geburt stelle das Kind ein Objekt elterlicher Projektionen dar (Wünsche und Befürchtungen), die während der Schwangerschaft und nach der Geburt durchgearbeitet werden müssen. H. R. Brickman (1993) bezeichnete das Konzept der Triade als ein im Vergleich zu dem der Dyade umfassenderes Modell für das Verständnis der Entwicklung und der analytischen Beziehungen. In seiner Sicht entsteht aus der triadischen Erfahrung ein wesentlicher Faktor, der die Selbsterfahrung in einem psychischen Raum überhaupt erst möglich macht. Er definierte die Triangulation als »den Prozess, welcher die Wahrnehmung des Objekts (einschließlich anderer Personen) in die Welt der Drei-Dimensionalität oder des dreidimensionalen Raumes lokalisiert« (Brickman, 1993, S. 908; Übersetzung durch die Autoren). Deshalb hat seiner Meinung nach die Triangulierung eine wesentliche Bedeutung für das Überleben des Subjekts.

Die Kontroverse, ob nun die kindliche Entwicklung besser in dyadischen oder in triadischen Sichtweisen zu verstehen ist, kann durch eine Konfusion über den Forschungsgegenstand entstehen. Sehen wir nun den Säugling und das Kleinkind als eine beobachtbare Verhaltenseinheit, als ein Individuum mit einer inneren Welt und sich entwickelnden Repräsentationen, oder als ein Objekt elterlicher Phantasien? Michel Soulé (1982) sprach von mehreren Kindern, nämlich dem realen Kind und dem Kind im Kopf/in den Phantasien der Eltern (»enfant dans la tete«). Außerdem müssen wir definieren, ob wir Beziehungen hauptsächlich als interpersonelle oder interaktionelle Ereignisse verstehen oder als Gegenstand intrapsychischer, phantasierter Prozesse. Daniel Stern (1994), schlug zur Klärung vor, den interpersonalen Prozess, eine Triade zu bilden, als »Triadifikation« und den

intrapyschischen Prozess, eine Triade innerlich zu erfahren, als »Triangulation« zu bezeichnen (zu den Konzepten der Triangulation und Triadifikation siehe Göttken & von Klitzing, 2013).

Ausgehend von diesen theoretischen Konzepten wurde in den letzten Jahrzehnten zunehmend über die Bedeutung früher triadischer Beziehungen für die weitere Entwicklung des Kindes geforscht. Hervorzuheben sind die Arbeiten von Fivaz et al. und ihrer Arbeitsgruppe (Fivaz-Depeursinge & Corboz-Warnery, 1999; Fivaz-Depeursinge et al., 2010; Frascarolo et al., 2004), die das Paradigma des triadischen Spiels (»triadic play«) entwickelten, einer experimentellen Methodik, mittels derer man Eltern mit schon ganz kleinen Säuglingen in bedeutungsvollen triadischen Interaktionen standardisiert beobachten konnte. James P. McHale (McHale & Rasmussen, 1998) widmete sich empirischen Studien über die Bedeutung der Co-Elternschaft (»co-parenting«) für die kindliche Entwicklung. Die Arbeitsgruppe von von Klitzing, Bürgin et al. (von Klitzing & Bürgin, 2005; von Klitzing et al., 1999b) entwickelte das Konzept der triadischen Kompetenz, nämlich der Fähigkeit von Eltern, das Kind sowohl in den eigenen Phantasien als auch in der realen Interaktion in die elterliche Beziehungswelt zu integrieren, um triadische Beziehungsgefüge zu etablieren, die ohne den Ausschluss eines der Beziehungspartner auskommen. In mehreren prospektiven empirischen Studien konnten die Autoren zeigen, dass die schon während der Schwangerschaft und des ersten Lebensjahrs erfasste *triadische Kompetenz* eine hohe vorhersagende Bedeutung für wesentliche Aspekte der späteren psychischen Entwicklung des Kindes hat.

Fazit für PaKT: Für den Behandlungsansatz der PaKT ist es essentiell, neben den beschriebenen wichtigen Konzepten der Objektbeziehungstheorie auch aktuellere Theorien zu Triadifizierungs- und Triangulierungsprozessen einzubeziehen. Sowohl die Beziehung der Therapeutin zum Kind als auch die Eltern-Kind-Beziehung können unter triadischem Blickwinkel konzeptualisiert werden. Kompliziert wird es, wenn die Therapeutin eine Beziehung sowohl zum Kind als auch zu den Eltern eingeht und dabei alle Beziehungsaspekte zu einem Ganzen ohne Ausschlusstendenz integrieren muss. Eine verhängnisvolle Fehlentwicklung kinderanalytischer Denkweisen besteht oft darin, dass Kindertherapien unter Ausschluss der Eltern oder eines Elternteils stattfinden sollen und dass man, wenn in der therapeutischen Beziehung etwas nicht gut läuft, immer den Eltern die Schuld zuweist und damit eine Ausschlussbewegung vollzieht. Es ist manchmal schwierig für Therapeuten, besonders wenn sie keine eigenen Kinder haben, »ihr Therapiekind« mit den Eltern zu teilen, verschiedene Perspektiven durch Identifizierung mit Eltern oder Kind einzunehmen und diese Integrationsfähigkeit dann auch dem elterlichen System sowie dem Kind zur Verfügung zu stellen. Im Bereich der psychoanalytischen Therapie mit Kindern und ihren Eltern ist es besonders wichtig, dass Kindertherapeuten die Fähigkeit zur triadischen Kompetenz entwickeln und dass man diese Kompetenz in der Ausbildung fördert. Diese Konzepte werden in den Manuskriptkapiteln zur Elternarbeit (siehe Kapitel 4.4) aufgegriffen, um konkret auf die »Verwicklungen« einzugehen, die innerhalb der sich entwickelnden Übertragungs- und Gegenübertragungsbeziehungen der PaKT-Behandlung entstehen können. Wichtig für PaKT ist es auch, das Potential der Väter zur Triangulierung des Kindes

weiter zu fördern und wann immer möglich die Väter in die Behandlung mit einzubeziehen.

2.2.3 Die Folgen einer Depression der Mutter für die psychische Entwicklung des Kindes

Säuglinge – dies lehrt uns die moderne Säuglingsforschung – sind keine von einer Reizschranke umgebenen »Monadenexistenzen«. Kleine Kinder verfügen von Anfang an über ausgesprochen reichhaltige Wahrnehmungs-, Lern- und Repräsentationsfähigkeiten und sind auf die Struktur der sie umgebenden sozialen Welt vorbereitet. Mutter (bzw. primäre Bezugsperson) und Säugling bilden dabei ein affektives Kommunikationssystem, das sehr fein aufeinander abgestimmt ist (Beebe et al., 1997).

Studien mit dem Still-face-Verfahren oder mit Techniken der sogenannten Feedbackverzögerung weisen darauf hin, dass Säuglinge die Kontingenzstruktur der Face-to-face-Interaktion wahrnehmen und zumindest ab dem vierten Lebensmonat aktiv versuchen, ein solches zuvor vorhandenes Kommunikationsmuster wiederherzustellen, sobald es eine Störung erfahren hat (Tronick et al. 1978; Murray & Threvarthen, 1985). Die Erwartung des Säuglings, dass eine Wiederherstellung entgleister Interaktion möglich ist, unterstützt die Entwicklung von Interaktionsrepräsentanzen im Säugling, die auch nach Dysregulationen wiederherstellbar sind. Solche Interaktionsrepräsentanzen strukturieren die Psyche des Kindes (Beebe et al., 1992). Diese frühe bi-direktionale Beeinflussung und wechselseitige Regulierung der affektiven Kommunikation zwischen Müttern und Säuglingen konnte mit Hilfe mikroanalytischer, auf Zeitmessung beruhender Untersuchungen nachgewiesen werden (Cohn & Tronick, 1988; Gottman, 1981).

Die frühe Mutter-Kind-Interaktion als affektives Kommunikationssystem verfügt über angeborene Basisemotionen wie Freude, Ärger, Kummer, Furcht, Ekel, Überraschung. Diese können kulturübergreifend über die gleichen Gesichtsmuskeln ausgedrückt werden und sind somit universell wiedererkennbar. Feinfühliges Müttern gelingt es normalerweise recht erfolgreich, den Emotionsausdruck ihres Babys zu lesen. Auf diese Weise üben sie einen emotionsmodulierenden Einfluss auf Emotionszustände des Säuglings aus (Malatesta et al., 1989; Tronick & Cohn, 1989). Hierbei ist die zeitliche, räumliche und inhaltliche Abstimmung der mimischen Affektspiegelung, d. h. die Kontingenzstruktur des mütterlichen Verhaltens, das auf die kindlichen Emotionsausdrücke regulierend reagiert, von zentraler Bedeutung. Eine Reaktion auf den primären Affektausdruck des Kindes darf nicht zu sehr zeitlich verzögert auftreten und muss kongruent sein, sonst kann der Säugling keinen Bezug zwischen seinem Affektausdruck und der Reaktion der Bezugsperson erkennen.

Margaret Mahler entdeckte in ihrem Forschungslabor durch die Beobachtung von Kindern und ihren Eltern, dass die kindliche Entwicklung entlang von Krisen verläuft, die sich um wiederkehrende Themen von Loslösung und Individuation

aufspannen (Mahler et al., 1975). Die Entwicklung der Wahrnehmung der eigenen Getrenntheit vom Objekt geht mit der Ausbildung stabiler Selbstgrenzen einher. Nicht immer gelingt der Prozess der Loslösung und Individuation. Kindern mit »symbiotischer Organisation« gelingt es nicht oder nur unzureichend, das Bild der Mutter als getrenntes, äußeres zu integrieren (Mahler & Gosliner, 1955). Dass bei der frühen Selbst-Objekt-Differenzierung dem realen Objekt, welches das Subjekt entdeckt, seinen Körperumriss ertastet, spiegelt und mit Libido besetzt, eine fundamentale Bedeutung zukommt, findet in Mahlers Konzeption Berücksichtigung. Mahler, Pine und Bergman (Mahler et al., 1975) wiesen in diesem Zusammenhang auf die Funktion der Spiele zwischen Säugling und Mutter hin, die ab dem siebten Lebensmonat einsetzen und zu beobachten sind. Das Kind beginnt, Häppchen der Nahrung abwechselnd in den eigenen, dann in den Mund der Mutter zu stecken, oder kaut beispielsweise an der Halskette der Mutter. Diese Tätigkeiten dienen dem Säugling bereits dazu, sein Körperschema von dem der Mutter abzugrenzen. Auch das Versteck-Spielen dient der Entwicklung der Selbst-Objekt-Grenzen. Das Kind, das die Mutter findet, aber auch von der Mutter gefunden wird, erfährt in diesem Prozess ein Trennen und Wiederfinden, das dem Gewahrwerden der eigenen Körpergrenzen und der Grenzen des Objekts dient. Dieses spielerische Erkennen der Getrenntheit vom Objekt im Versteckspiel hat für das Kind eine sehr lustvolle Komponente (Mahler et al., 1975).

Diese Erfahrung, erkannt, entdeckt und libidinös besetzt zu werden und in seinen ersten Erfahrungen, Affekten und Handlungen durch die Mutter gespiegelt zu werden, machen Kinder, deren Mütter an einer Depression erkrankt sind, oft nur ungenügend. In einem experimentellen Paradigma konnten die Auswirkungen einer kurzzeitigen depressiven Erstarrung auf die Mutter-Kind-Interaktion eindrucksvoll simuliert werden. Die Studien von Tronick und Kollegen (1978) zum Still-face-Verfahren zeigen sehr deutlich, welcher psychischen Not ein Säugling ausgesetzt ist, wenn die Mutter ihm plötzlich die vertraute bi-direktionale Kommunikationsstruktur verweigert. Der Säugling grimassiert, ist dysreguliert, wendet sich ab, um kurz darauf erneut die Mutter »wieder zum Leben zu erwecken«. Gelingt ihm dies nicht, stimuliert der Säugling sich in der Folge selbst und wirkt dabei zunehmend verzweifelt. Man könnte sagen, dass durch dieses experimentell erzeugte *freezing* der Mutter beim Säugling eine zeitlich begrenzte Depression ausgelöst wird, mit typischen Phasen einer Zunahme der Aktivität (zur Wiederbelebung der Mutter), von Protest, Dysphorie und schließlich Resignation.

Erkranken Mütter oder andere primäre Bezugspersonen postpartal an einer Depression, ist das Kind unter Umständen chronisch mit dem *freezing* bzw. der Erstarrung des Gegenübers konfrontiert. Depressive Mütter sind für ihr Kind gewissermaßen ein immer wieder auftretendes, wie in Stein gemeißeltes *still face* oder eine eingefrorene, abrupt abgebrochene Spiegelung. Eine Depression der Mutter bedeutet für die Entwicklung des Kindes wiederholte Besetzungszüge und löst »Gegenmaßnahmen« wie narzisstischen Rückzug aus. Das Kind erlebt die Reaktionen der Mutter nicht mehr als kontingent auf seine Affektäußerungen folgend. Dies löst bei ihm enormen Stress aus. Häufig bleibt ihm nichts anderes übrig, als diese »psychischen Trennungen« von der Mutter mit sich selbst und seinen Triebbedürfnissen in Zusammenhang zu bringen. Wir wissen heute durch zahlreiche

Untersuchungen zu den charakteristischen Interaktionsmustern depressiver Mütter, dass die postpartale Depression ein hohes Entwicklungsrisiko für das Kind bedeutet. Studien, die sich mit der mimischen und vokalen Interaktion zwischen depressiven Müttern und ihren Säuglingen befassten, haben Hinweise darauf ergeben, dass diese Mütter weniger kontingent auf die Affektäußerungen des Kindes reagieren und mehr negative Affektäußerungen ihm gegenüber zeigen (Bettes, 1988; Cohn et al., 1986).

Die postpartale Depression ist die häufigste psychiatrische Störung bei Müttern: 10 bis 15 % der Frauen sind betroffen, und diese Rate ist bei Risikopopulationen noch höher (Harvey & Pun, 2007). Die postpartale Depression hat negative Effekte auf frühe Beziehungsprozesse, die Mutter-Kind-Interaktion und die kognitive und motorische Entwicklung (Tronick & Reck, 2009). Depressive Mütter zeigen in ihrem Spiel mit dem Kind weniger positives Spielverhalten, schauen häufiger weg, zeigen öfter Ärger und mangelndes Involviertsein als nicht depressive Mütter. Das bei depressiven Müttern oft emotional zurückgezogene oder überstimulierende Interaktionsverhalten kann zur Vermeidung des Blickkontaktes und zu Rückzugsverhalten von Seiten des Kindes führen (ebd.). Kinder, deren Mütter an einer postpartalen Depression leiden, wiesen ein erhöhtes Risiko auf, frühe Bindungsstörungen (Teti et al., 1995) und emotionale Störungen zu entwickeln (Murray et al., 1996). Bereits Bion wies darauf hin, dass eine gestörte Mutter-Kind-Interaktion mit Schwierigkeiten des Kindes beim Erwerb selbstregulatorischer Fähigkeiten einhergeht (Bion, 1963, siehe Kapitel 2.1.5). Kinder postpartal depressiver Mütter haben ein erhöhtes Risiko, frühkindliche Regulationsstörungen (z. B. exzessives Schreien oder gestörte Schlaf-Wach-Regulation) und später, im Vorschul- und Schulalter, Verhaltensauffälligkeiten zu entwickeln (Field, 1995).

Eine besondere Gefahr, die Kindern droht, deren primäres Objekt dauerhaft oder phasenweise psychisch abwesend ist, ist die eines narzisstischen Rückzugs des Kindes, der besonders von dem französischen Psychoanalytiker André Green beschrieben wurde. In seiner Arbeit *Die tote Mutter* (2004) beschäftigt er sich mit den Folgen, die die Erfahrung einer durch Depression und Trauer abwesenden Mutter für die frühe psychische Entwicklung des Kindes hat. Green findet für diese Trauer um eine abwesende oder »tote« Mutter den Begriff der »weißen Trauer« oder einer klinischen Symptomatik der »Leere«; diese sei das Resultat eines frühen Abwehrvorgangs: »ein massiver, radikaler und zeitlich begrenzter Besetzungsabzug, der im Unbewussten Spuren in Form »psychischer Löcher« hinterlässt, die mit Wiederbesetzungen ausgefüllt werden. Letztere sind Ausdruck einer durch die vorangegangene Schwächung der erotisch-libidinösen Besetzung freigesetzten Destruktivität« (Green, 2004, S. 237). So verschiebt der Säugling laut Green infolge dieser Abwesenheit der Mutterresonanz bei Anwesenheit der körperlichen Mutter seine Besetzung der Mutter auf eine Besetzung des Selbst. Diese Selbst-Besetzung ist eine Art »narzisstische Plombe«, sie findet statt, um der Unsicherheit der Objektbeziehungen zu entgehen. Sie hat aber am Ende etwas Bodenloses und Selbstdestruktives. Die klinische Erfahrung mit Kindern, deren Mütter postpartal depressiv waren oder unter anhaltenden depressiven Episoden litten, zeigt, dass diese Kinder oft apathisch, zurückgezogen sind, mit einem hypomanisch aufgeblähten Selbstwert, der jedoch so brüchig und instabil ist, dass er auf Kränkungen von außen meist mit Wutausbrüchen reagiert. Es wirkt oft so, als spürten sich diese Kinder nur

durch die aufschäumende Energie ihrer Wut.

Dieser frühe, von Green beschriebene Rückzug ins Ich, der als Resultat zu einer Überbesetzung des Ich führt, lässt die Flexibilität im Austausch zwischen Subjekt und Objekt zu früh erstarren, mehr noch: Er führt zu einer frühen Erstarrung des Verhältnisses von Objektlibido und Ichlibido (Freud, 1914). Das Objekt wird in der Folge in seiner Bedeutung für das Subjekt negiert. Dadurch entwickelt das Kind keine differenzierte Selbst-Objekt-Wahrnehmung. Die Verleugnung der libidinösen Bedeutung des Objekts führt auf diese Weise zu instabilen Grenzen zwischen Subjekt und Objekt. Green weist folgendermaßen auf diesen Zusammenhang hin: »Das Objekt jedenfalls – ob phantasmatisch oder real, tritt – was den Narzißmus betrifft – mit dem Ich in konflikthaften Rapport. Die Sexualisierung des Ichs führt dazu, daß das Begehren nach dem Objekt in ein Begehren nach dem Ich transformiert wird« (Green, 2004, S. 21).

Auf die Gefahr dieses frühen Rückzugs der Libido auf das Selbst verwies bereits Freud in seiner Schrift *Zur Einführung des Narzißmus* (1914). Er ging von der Annahme aus, dass die der Psychose zugrunde liegende Störung aus diesem Rückzug der Libido resultiert, weil sie an diesem »Zufluchtsort« größere Befriedigung findet, als im »Abenteuer der Objektlibido« (Green, 2004, S. 11), das zwar Befriedigungen, aber auch viel Enttäuschung, Bedrohung und Unsicherheit mit sich bringt. Green formuliert diesen Zusammenhang folgendermaßen: „Die Narzißten sind verletzte Wesen, ja, hinsichtlich ihres Narzißmus sind sie echte Mängelwesen. Die Enttäuschung, die sie als immer offene Wunde in sich tragen, ist meist nicht auf einen Elternteil beschränkt, sondern betrifft beide Eltern. Welches Objekt sollen sie denn dann noch lieben, wenn nicht sich selbst?“ (Green, 2004, S. 18).

Diese Selbstliebe als Schutz vor weiteren Enttäuschungen von Seiten des Objekts ist unseres Erachtens eine Reaktion auf frühe psychische Trennungen vom Objekt und Besetzungszüge durch dieses. Da diese Besetzungszüge durch die Eltern oft in der Anamnese schwer zu rekonstruieren sind und auch normale narzisstische Kränkungen für das Subjekt in seiner Entwicklung unabwendbar bleiben, kann mit Green der Schluss gezogen werden, dass die Gegenübertragung in der Arbeit mit dem konkreten Kind und seinen Eltern wichtige Hinweise darauf gibt, ob das Kind narzisstische Abwehrformationen entwickelt hat. Eine typische Übertragungskonstellation, die Green beschreibt, ist die des Analysanden, der den Analytiker durch seine Einfälle mit Nahrung versorgt, um ihn als das Übertragungsobjekt der »toten Mutter« am Leben zu erhalten. Die Narrative dieser Patienten sind wenig assoziativ, sondern dienen dazu, vom Analytiker Bewunderung zu erhalten. Der Analysand nährt den Analytiker, »nicht, um einmal außerhalb der Analyse leben zu können, sondern um sie in einem unendlichen Prozeß zu verlängern. Denn das Subjekt will der Polarstern der Mutter sein, das ideale Kind, das den Platz eines idealisierten Toten, des Rivalen einnimmt, der zwangsläufig unbesiegbar bleibt, weil er nicht lebendig, das heißt vollkommen, begrenzt und endlich ist« (Green, 2004, S. 255).

Green beschreibt die oben dargestellte Abwehrformation des narzisstischen Rückzugs des Weiteren wie folgt: »Sicher, die narzißtische Wunde, die unserer infantilen Omnipotenz von seiten der Eltern direkt oder indirekt zugefügt wurde, ist unser aller Los. Sicher ist aber auch, daß manche sich von dieser Wunde nie mehr

erholen, auch nicht nach einer Analyse. Sie bleiben verwundbar, allerdings sollte die Analyse ihnen dazu verhelfen, ihre Abwehrmechanismen besser zu nutzen und so Verletzungen zu vermeiden, fehlt ihnen doch offenbar jenes Leder, das andere statt einer Haut haben. Keiner leidet so sehr, wenn er sich unter einer allgemeinen Rubrik katalogisiert findet, wie der Narzißt, er, dessen größte Sorge sich nicht nur darum dreht, Einer zu sein, sondern einzigartig, ganz ohne Vorfahren und Nachfolger« (ebd., S. 18).

Kinder die aufgrund einer depressiven Erkrankung der Mutter oder des Vaters früh solchen psychischen Trennungen oder »Besetzungsentzügen« ausgesetzt waren, wirken in ihrem verzweifelten Narzissmus auch oft, als würde ihnen dieses »Leder« fehlen, das sie vor Angriffen und Kränkungen schützen könnte. Ihre Selbstbesetzung oder »narzisstische Plombe« bietet ihnen zu wenig Schutz, daher reagieren sie oft mit blinder Zerstörungswut auf die von ihnen überall wahrgenommenen Bedrohungen ihres Selbstwertgefühls.

Fazit für PaKT: Der Säugling entwickelt sich von Anfang an in einem durch elterliche Phantasien und reale Interaktionen geprägten interpersonellen Raum, den er selbst aktiv mitgestaltet. Bereits Säuglinge sind in der Lage, »entgleiste Interaktionen« und eine dysregulierte Kommunikation wieder zu reparieren. So verstehen wir in unserem Therapiekonzept die Entwicklung des Selbst in seiner Subjektivität – und hierzu gehören maßgeblich innere Phantasien, Wünsche, subjektive mentale Repräsentationen – als erst durch frühe intersubjektive Erfahrungen geschaffen. Die Theorie des sozialen Biofeedbacks des elterlichen Affekt-Mirroring von Gergely und Watson (1996; Gergely & Unoka, 2008) zeigt, dass der Säugling eine interne Repräsentanz seiner eigenen Gefühlsäußerungen nur dann bilden kann, wenn ein Anderer existiert, der ihm zuvor seinen Affektausdruck adäquat gespiegelt hat. Oder, wie es Werner Bohleber formuliert: »Das Selbst gründet damit in der Repräsentation der Erfahrung eines anderen« (Bohleber, 2002). Nicht alle Kinder werden ausreichend in ihren primären Bezugspersonen repräsentiert, besonders wenn diese durch eigene psychische Probleme absorbiert sind. Und nicht alle Kinder erleben reichhaltige Interaktionssequenzen, die verinnerlicht werden können und zu einer differenzierten affektiven Selbstrepräsentanz führen.

Möglicherweise hat bei Kindern, die auf den Besetzungsentzug durch die frühe Mutter mit dem Rückzug der Libido auf das Ich reagierten, das Begehren sein Objekt gewechselt: Das Ich ist für sich selbst zu seinem eigenen Objekt des Begehrens geworden. Diese Bewegung gilt es für den Therapeuten, der mit Kindern arbeitet, deren Eltern sie in den frühen Jahren ihrer Entwicklung nur unzureichend emotional spiegeln konnten, im Hinterkopf zu behalten.

In der Behandlung des Kindes erlebt der Therapeut diese charakteristische Übertragungskonstellation der »toten Mutter« häufig als eine mangelnde Lebendigkeit, die ihn in seiner Gegenübertragung häufig mit Langeweile erfüllt, da das Kind ihn nicht in die Interaktion einbezieht, sondern für sich bleibt. Diese Leere in der Gegenübertragung stellt den Therapeuten vor die große Herausforderung, das Kind nicht durch Gegenagieren mit Leben füllen zu wollen, um ihm dadurch das unvermeidliche Durcharbeiten der schmerzhaften Erfahrung der toten Mutter mit

zugehörigem depressiven Erleben und frühen Ängsten (Winnicott, 2002 S. 74) zu ersparen.

2.3 Störungsspezifische psychoanalytische Modelle der Genese von Angst- und Depressionsstörungen

Im Folgenden wird ein Überblick über ätiologische Modelle von Angst- und Depressionsstörungen gegeben werden, die für das PaKT-Manual relevant sind.

Erfahrungen wie Zurückweisung von Seiten der Eltern, früher realer Objektverlust (z. B. durch Tod oder Trennung) oder psychische Abwesenheit eines körperlich anwesenden Objekts (z. B. durch eine Depression des betreffenden Elternteils; vgl. Green, 2004) bilden den Kern eines psychoanalytischen Verständnisses depressiver Erkrankungen. Psychoanalytische Modelle der Depressionsgenese betrachten die intrapsychische Dynamik von Trennung und Verlust (Abraham, 1924; Freud, 1917) sowie die interpersonelle Dynamik der physischen und psychischen An- und Abwesenheit des primären Objektes. Darüber hinaus konzentrieren sich psychoanalytische Konzepte zur Angstentwicklung auf die Auswirkungen eines ungenügenden »Haltens« (holding) (Winnicott, 1960b, S. 62) sowie eines Mangels an Containment für unsymbolisiertes Erleben des Säuglings durch das primäre Objekt (Mangel an mütterlicher *revêrie*; Bion, 1962a, S. 36).

2.3.1 Psychoanalytische Konzeptionen depressiver Störungen

Bezüglich der Ausbildung depressiver Störungen gehen psychoanalytische Ansätze von einem komplexen Zusammenwirken verschiedener Faktoren aus. Hierbei ist von zentraler Bedeutung, in welchem Entwicklungsalter ein Kind oder Jugendlicher Trennung und Verlust (inneren oder äußeren Verlust) erlebt, wie ausgeprägt das Verlusterlebnis ist, welche konstitutionellen Faktoren das Erleben von Verlust und Trennung bestimmen und wie sehr Umweltfaktoren die Bewältigung von Trennung und Verlust befördern oder behindern. Laut David Taylor (2005) lassen sich depressive Persönlichkeitstypen auf einer Skala von »neurotisch« über »mittelschwer« bis »schwer gestört« differenzieren. Je nach Strukturniveau sind dabei interpersonelle oder intrapsychische Konflikte vorherrschend.

Es war Karl Abraham, der 1912 die erste psychoanalytische Arbeit zur Depression verfasste (Abraham, 1912). Abraham erkannte eine frühe »Urverstimmung«, in der sich frühe präödpale Objektenttäuschungen und narzisstische Kränkungen niederschlugen. Enttäuschende Objektbeziehungserfahrungen wie Vernachlässigung, Verlust und unbewältigte Trennung setzen Hassimpulse frei, die von Säuglingen und Kleinkindern noch nicht integriert werden können und daraufhin zu schweren Schuldgefühlen führen. »In dem Kinde entstand so der Eindruck des völligen Verlassenseins; an ihn knüpften sich die frühesten depressiven Anwandlungen«

(Abraham, 1924, S. 48).

Sigmund Freud (1917) konzeptualisierte die Depression als narzisstische Neurose, bei der der Depressive seine ambivalente Objektbesetzung aufgibt und den Konflikt mit dem Objekt intrapsychisch als Konflikt zwischen Ich und Über-Ich austrägt. Freud konzentrierte sich in seiner Konzeption der Depression auf die Bedeutung der Oralität, des Objektverlusts und der Herabsetzung des Selbstwertgefühls. Der Melancholiker erleide im Gegensatz zum Trauernden eine Herabminderung seines Selbstwertgefühls, »eine großartige Ich-Verarmung« (Freud, 1917, S. 431). Seine heftigen Selbstvorwürfe passten jedoch nicht zum Subjekt, sondern zum Liebesobjekt, das das Subjekt verloren hat. Durch eine Objektenttäuschung komme es zu einer Erschütterung der Objektbeziehung, woraufhin die frei gewordene Libido ins Ich zurückgezogen werde, um dort eine Identifizierung des Ichs mit dem verlorenen Objekt herzustellen und dadurch den völligen Objektverlust abzuwenden. Das äußere Objekt werde derart zu einem inneren Objekt, »der Schatten des Objekts fiel so auf das Ich, welches nun von einer besonderen Instanz wie ein Objekt, wie das verlassene Objekt, beurteilt werden konnte« (Freud, 1917, S. 435). Als Voraussetzung für diesen Vorgang sieht Freud eine starke Fixierung auf das Liebesobjekt auf narzisstischer Grundlage, bei geringer Resistenz dieser Objektbesetzung. Die Liebesbeziehung muss zwar durch die narzisstische Identifizierung nicht aufgegeben werden, entfaltet ihren ambivalenten Charakter jedoch unerbittlich im Inneren des Subjekts. Hier wüten nun die Hasstendenzen gegen das Ich, die ehemals – wenn auch unbewusst – dem Objekt galten. Die Selbstquälerei des Melancholikers bedeutet die Befriedigung von Hasstendenzen, die dem verlorenen Objekt gelten. Auf diese Weise wird die objektgerichtete Wut nach außen nicht sichtbar. Sie zeigt sich nur indirekt in den Selbstanklagen, der depressiven Selbstzerstörung und den vitalen Hemmmechanismen des Depressiven.

In seiner Arbeit über den Narzissmus (1914) weist Freud ebenfalls auf den engen Zusammenhang zwischen Depression und Selbstwertregulation hin. So erleide das Selbst eine eklatante Herabminderung seines Selbstgefühls, wenn etwas im Ich nicht den Forderungen des Ich-Ideals entspreche. Das Selbstgefühl des Subjekts speist sich laut Freud aus drei Quellen: aus dem Rest des kindlichen Narzissmus, aus der Erfüllung des Ich-Ideals und aus der Befriedigung der Objektlibido (vgl. Freud, 1914).

Melanie Klein (1960a) sieht in dem Prozess der erfolgreichen Integration libidinöser und aggressiver objektgerichteter Triebe eine Möglichkeit des Kindes, die für die paranoid-schizoide Position charakteristischen Verfolgungsängste zu bewältigen. Ein Erreichen der depressiven Position stellt in dieser Konzeption einen Entwicklungsfortschritt dar. Wenn die Integration der guten und bösen Objektanteile jedoch nicht gelingt, kann es nach Klein zu einer Disposition für depressive Entwicklungen kommen. Die Angst um das gute Objekt ist in diesem Frühzustand des Seelenlebens für das Kind gleichzeitig die Angst um sich selbst. Das kleine Kind denkt nach dem Weggang der Mutter, es habe sie mit seinem Hass und seiner Liebe aufgefressen und vernichtet. Dieser erste und fundamentale Verlust eines realen und geliebten Objektes, der vor und während der Entwöhnung durch den Verlust der Brust erlebt wird, wird zur Grundlage der depressiven Disposition, wenn es dem Kind in dieser frühen Entwicklungsphase nicht glückt, das gute innere Objekt im Ich zu errichten und zu bewahren. »Einer der entscheidenden Faktoren, die bestimmen,

ob der Verlust eines geliebten Objektes (durch Tod oder andere Ursachen) zu einer manisch-depressiven Krankheit führt oder normal überwunden wird, ist nach meiner Erfahrung der Grad, bis zu welchem im ersten Lebensjahr die depressive Position erfolgreich durchgearbeitet und die geliebten introjizierten Objekte im Innern sicher verankert wurden« (M. Klein, 1960a, S. 209). Das depressive Erleben geht nach Klein immer mit dem Gefühl einer objektlosen Welt einher, in der das Subjekt seine guten inneren Objekte verloren hat. Der Depressive, der nicht über ein ausreichend gutes inneres Objekt verfügt, erlebt die Abwesenheit des Objekts als innere Drohung von Vernichtung. »Wann immer das Gefühl der Trauer entsteht, unterminiert es das Gefühl vom sicheren Besitz der geliebten inneren Objekte, denn es belebt erneut die frühen Ängste vor den beschädigten und zerstörten Objekten – vor einer zerstörten inneren Welt« (ebd.). Der abwesende andere ist somit gleichbedeutend mit dem bösen, das Subjekt vernichtenden anderen. Somit sind Depressive von der realen Anwesenheit des Objektes fundamental abhängig: eine Abhängigkeit, die auch Blatt (Blatt, Luyten & Corveleyn, 2005) in seinem Konzept der anaklitischen Depression beschreibt.

Der Gedanke einer depressiven »objektlosen Welt«, eines »fundamentalen Verlassenseins« (Abraham, 1924), wurde von Edith Jacobson (1946) vertieft. Aufgrund von schweren Enttäuschungen in der frühen Mutter-Kind-Beziehung reagiert das Selbst, indem es sich aggressiv vom enttäuschenden Elternteil abwendet, und erlebt in der Folge Schuldgefühle. Die fundamentale Ambivalenz in Bezug auf das frühe, präöipale Objekt überträgt sich in der Folge auf alle späteren Objektbeziehungen. Als Konsequenz entwickelt der Patient Jacobson zufolge eine Depression, die als Weltuntergang und objektlose Welt erlebt und von Zuständen der Depersonalisation begleitet wird. Die Theorie der Depression von Jacobson betont ebenso die Bedeutung des Über-Ichs für die Selbstwertregulation. Ist dieses archaisch-rigide, so ist das Selbstwertgefühl vulnerabel, das Selbst bleibt für Depressionen anfällig, bei denen es zu intersystemischen Konflikten zwischen Ich und Über-Ich kommt. Ebenso kommt auch dem Ich-Ideal eine entscheidende Bedeutung bezüglich des Selbstempfindens zu: Je überhöhter es ist, desto unmöglicher wird es, dass die realen Leistungen den Forderungen des Ich-Ideals entsprechen. Es besteht somit eine Kluft zwischen Real-Selbst und Ideal-Selbst.

Mentzos (2006) betonte die drei Konfliktbereiche »realer oder innerer Objektverlust«, »Wendung der Aggression gegen das Selbst« und »Störung der narzisstischen Regulation«, die sich durch verschiedene »circuli vitiosi« gegenseitig stabilisieren. Der durch Objektenttäuschung verursachte Rückzug der Libido von den Objekten bewirkt, dass dem depressiv Erkrankten keine Quelle zur Regulation seiner narzisstischen Zufuhr mehr zur Verfügung steht. Obwohl er zuvor zum Schutz vor weiteren Enttäuschungen sinnvoll war, wird dieser Objektrückzug so zum Schaden für das Selbstgefühl des Subjekts, da sich dieses aus der Objektlibido speist. Durch den Wunsch nach nur guten Ersatzobjekten und das Anklammern an diese kommt es zu erneuten Enttäuschungen, da die Objekte sich wehren und nicht so sind, wie die Idealisierung es vorgibt. Spannungsvolle Objektbeziehungserfahrungen führen zu weiterer narzisstischer Enttäuschung. Letztlich führt ein weiterer Teufelskreis, in dem die Person versucht, die aus der Objektenttäuschung resultierende umfassende Aggression zu unterdrücken, zu einem Aggressionsstau im Selbst und damit zu einer

weiteren narzisstischen Schwächung.

Sydney Blatt hat sich in empirischen Untersuchungen mit differenziellen Therapieindikationen bei der Behandlung depressiver Patienten beschäftigt (Blatt, 1995, 2004). Er unterscheidet zwei Grundtypen: eine *anaklitische* und eine *introjektive* Depression. Patienten, die dem Typus *anaklitische Depression* zugeordnet werden können, leiden weniger unter intrapsychischen als vielmehr unter interpersonellen Problemen, die mit Themen der Abhängigkeit, Hilflosigkeit und Gefühlen von Verlust und Alleingelassensein verknüpft sind. Anaklitisch depressive Menschen sind offen anhänglich und zeigen sich oft anklammernd. René Spitz (Spitz & Wolf, 1946) beobachtete bei Säuglingen, die von ihrer Mutter über einen längeren Zeitraum getrennt wurden, einen apathischen, betäubten, von Schlaflosigkeit, Appetitverlust und Kontaktverweigerung begleiteten Zustand. Diesen bezeichnete er als »anaklitische Depression«. Anaklitisch depressive Menschen zeigen nach Blatt eine offen abhängige Depression. Massive Ängste vor Objektverlust und Trennung werden erlebt. Diese können zum Teil auf primitive Weise abgewehrt werden (z. B. durch Verleugnung oder direkte Suche nach Ersatzobjekten).

Bei der introjektiven Depression kreist die depressive Wahrnehmung vornehmlich um Themen und Fragen des Selbstwerts, der Selbstkritik sowie um Gefühle von Versagen und Schuld. Durch den basalen psychischen Mechanismus der Introjektion muss ein interpersoneller Konflikt nicht offen zwischenmenschlich ausgetragen, sondern kann in das Intrapsychische zurückgenommen werden. Blatt geht davon aus, dass bei introjektiv Depressiven der Mechanismus der Introjektion zu einem wesentlichen Persönlichkeitsmerkmal geworden ist. Eng assoziiert ist dieser Charaktertypus mit einem rigiden, strafenden Über-Ich und einem hohen Ich-Ideal. Der introjektiv Depressive fühlt sich gemessen an diesen inneren Instanzen minderwertig, schlecht und ungenügend. Solche Menschen sind ständig mit Selbstzweifeln beschäftigt und leiden unter einer chronischen Angst, kritisiert zu werden und die Anerkennung bedeutsamer anderer zu verlieren. Erste empirische Befunde zur differenziellen Therapieindikation haben gezeigt, dass introjektiv Depressive am besten von einer klassischen, auf die Innenwelt des Patienten orientierten und langfristigen psychoanalytischen Behandlung profitieren. Nach Blatt braucht diese Patientengruppe in der Psychotherapie viel Zeit. Anaklitisch Depressive hingegen sprechen laut Blatts Forschungsergebnissen viel eher auf modifizierte psychoanalytische Behandlungen an, in denen intensive Interaktionen mit dem Therapeuten, interpersonellen Themen sowie aktive und strukturierende Interventionen im Vordergrund stehen (Blatt & Shahar, 2004).

Fallbeispiel einer introjektiven Depression: Benjamin, 8 Jahre alt

Benjamin begrüßte die Therapeutin im Erstgespräch herzlich und fast überschwänglich. Im weiteren Verlauf zeigte er jedoch zunehmend Widerstand, je mehr die Therapeutin versuchte, sich mit seiner Innenwelt zu beschäftigen. Diese Beziehungsregulation stand in deutlichem Widerspruch zu der Freude bei der ersten Begegnung. Benjamin überspielte seine Unsicherheit. Dadurch wirkte die Atmosphäre angespannt. Es schien ihm wichtig zu sein, die Situation zu dominieren und zu kontrollieren. Er gab vor, was gemacht wurde.

Auf ein Squiggle-Spiel – Kritzeleien, bei denen abwechselnd das Kind oder der

Therapeut mit dem Zeichnen beginnt und der jeweils andere das Bild vollendet – ließ er sich nur widerwillig ein. Beim dritten Bild geriet die Kommunikation ins Stocken. Benjamin äußerte, er hätte »keinen Bock« mehr. Er schlug vor, Stadt-Land-Fluss zu spielen, und setzte diesen Vorschlag auch durch, nachdem er das Squiggle-Spiel abgebrochen hatte. Noch vor Spielbeginn entdeckte er einige selbst gebastelte Weihnachtssterne auf dem Tisch und bezeichnete sie als »Wurfsterne von Ninja-Kämpfern«. Er sagte, diese Sterne seien nicht ordentlich geklebt, und wies die Therapeutin sofort auf diesen Fehler hin.

Beim Spiel hatte er Angst, dass die Therapeutin »abgucke«. Er ärgerte sich, wenn er verlor. Er ließ sich nicht helfen und erzeugte dadurch, dass er dieses Spiel mit seinen strengen Regeln vorgeschlagen hatte, eine Konkurrenzsituation. Er versteckte permanent seine Lösungen und sagte zu der Therapeutin, sie solle nicht abgucken. Es wirkte, als provoziere er das Versagen und das Erleben von Insuffizienz geradezu, indem er mit der Therapeutin, einer Erwachsenen, durch das Wissens-Spiel in eine Konkurrenzsituation trat.

Im Kontakt setzte er der Therapeutin deutlich Widerstand entgegen, je mehr sie versuchte, sich mit seiner Innenwelt zu beschäftigen, woraufhin bei ihr Resignation entstand und sie behutsam mit ihm umging und ihm gegenüber zunächst einmal nachgab. Während des Spiels war jeder für sich. Benjamin wirkte dadurch sehr abgegrenzt.

Am Ende wollte er noch gerne mit Autos spielen und fragte: »Ist es schlimm, wenn ich mit dem Auto gegen die Wand fahre?« Er erschrak unvermittelt, sagte ganz aufgebracht, als er einen Schaden an der Wandtapete des Therapiezimmers entdeckte: »Oh, ich habe das kaputtgemacht!«, und ließ sich gar nicht beruhigen. Ständig sagte er wie zu sich selbst: »Wenn ich dies und das mache, dann passiert etwas«, oder: »Ich möchte gern jenes machen, aber ich darf das bestimmt nicht«, ohne die Therapeutin direkt zu fragen. Er setzte quasi voraus, dass die Therapeutin ihn einschränken und begrenzen würde, und wirkte in diesem Zusammenhang sehr hilflos. Zum Ende hin – als die Therapeutin ihn darauf hinwies, dass die Zeit vorbei sei – reagierte er enttäuscht. So fehlte am Ende die Zeit, die er am Anfang im Kontakt mit der Therapeutin nicht nutzte, um über sich zu sprechen. Darauf angesprochen, dass ihm ja nun die Zeit fehle, sagte er: „Ist mir aber egal“.

Bei der überschwänglichen freundlichen Verabschiedung fiel dann wieder sein langer, offener, direkter Blick auf, der im Kontrast zu dem Inhalt der Stunde stand und die Therapeutin verwirrte.

Psychodynamische Überlegungen: Benjamin war ein hübscher, zierlicher Junge mit guter Intelligenz. Er wirkte im Gespräch müde, lustlos, irgendwie »ausgebrannt«. Er sprach nicht über sein Innenleben. Während der Sitzung versuchte er, über das formale Spiel die Beschäftigung mit seiner Innenwelt zu vermeiden. Affektiv wirkte er dysphorisch bis depressiv. Sein Gedankengang war auf Regeln und Verbote sowie seine Insuffizienz fixiert. Psychomotorisch wirkte er unruhig, bewegte sich auf dem Stuhl hin und her.

Es wurde deutlich, dass Benjamin ein negatives melancholisches Introjekt in sich aufgerichtet hatte, um den Konflikt mit dem Vater intrapsychisch zu bannen; dieser war vor einigen Jahren nur inkonstant verfügbar gewesen und hatte aufgrund einer eigenen psychischen Erkrankung teils depressiv, apathisch-unnahbar, teils inadäquat aggressiv und körperlich-straftend auf das damals 4-jährige Kind reagiert. Es war dem Kind nicht möglich, diesen Konflikt interpersonell auszutragen. Der Konflikt und die zugehörige Aggression wurden introjiziert. Damit wurde die Wut gegen das Selbst gewandt und nahm dabei nun permanent die Form eines unnachgiebigen Über-Ichs an.

2.3.2 Psychoanalytische Konzeptionen der Angststörungen

Psychoanalytische Konzeptionen zur Entstehung von Angststörungen differenzieren zwischen Angst als Symptom bei neurotischen Störungen und Angst als Symptom im Rahmen struktureller Störungen. Während Angst im neurotischen Spektrum als Symptom ungelöster unbewusster oder vorbewusster Konflikte verstanden wird (Freud, 1926), wird sie im Rahmen struktureller Störungen auf eine ungenügende frühkindliche Versorgung (Winnicott, 1952) sowie frühkindliche Traumata zurückgeführt (Dulz, 1999).

In seiner ersten Angsttheorie (1895) nahm Freud eine Beziehung zwischen angestauter sexueller Erregung, mangelnder psychischer Verarbeitung und Angst an. Er vermutete »daß die Angst, die den Erscheinungen der Neurose zugrunde liegt, keine psychische Ableitung« zulasse (Freud, 1895, S. 333). Als Angstneurose charakterisierte er zunächst folgenden Symptomkomplex: die *allgemeine Reizbarkeit* und damit einhergehende somato-psychische Überempfindlichkeit, die sich auch in Geräuschempfindlichkeit oder Schlaflosigkeit äußern kann; des Weiteren die *ängstliche Erwartung*, deren Charakteristikum eine übersteigerte Neigung zu Pessimismus sowie Hypochondrie als auch Gewissensangst und »Zweifelsucht« (ebd., S. 318) sei. Auch den *Angstanfall* (heute Panikattacke) zählte Freud zu den Angstneurosen. Er kann ohne Verbindung zu angstausslösenden Gedanken in einer plötzlichen Todesangst auftreten und ist mit starken psychosomatischen Symptomen wie Herzrasen, Atemnot, Unwohlsein verbunden.

Als Angsthysterie bezeichnete Freud eine phobische Neurose, die strukturelle Ähnlichkeit zur Konversionshysterie aufweist. In der Analyse des kleinen Hans (Freud, 1909) erklärte Freud die Pferdephobie des Jungen als Resultat der Verdrängung sexueller und eifersüchtig-rivalisierender Wünsche gegen den Vater. Anders als bei der Hysterie werde die »bei der Verdrängung entbundene Libido jedoch nicht konvertiert (...), sondern als Angst frei« (ebd., S. 349).

Einige Jahre später revidierte Freud seine ursprüngliche Angsttheorie und erkannte mit zunehmender Erarbeitung des Strukturmodells das Ich als »eigentliche Angststätte« (Freud, 1926) und die Abwehrmechanismen der Verschiebung und Verdrängung als Komplizen der neurotischen Symptombildung. Im Rahmen des Strukturmodells konnte Freud zwischen verschiedenen Ängsten differenzieren: der Realangst, der neurotischen und der Gewissensangst. Diese Ängste resultieren aus der Auseinandersetzung des Ichs mit der Außenwelt (Realangst), den Ansprüchen des Es (neurotische Angst) und den durch die internalisierten moralischen Gebote der frühen Objekte vermittelten Ansprüchen des Über-Ichs (Gewissensangst) (ebd.). Kommt es zwischen den Ansprüchen des Es und der Aufgabe des Ich, das Realitätsprinzip anzuwenden, zu einem Konflikt, so zeigt das Ich diesen Konflikt mit Angst an. Eine zentrale, reife Form der Abwehr der Triebansprüche des Es ist die Verdrängung, aber auch Verschiebung, Ungeschehenmachen, Verleugnen oder Reaktionsbildung sind solche Abwehrbemühungen des Ichs.

Diesen Konflikt des Ichs formuliert Freud später wie folgt: »Ein Sprichwort warnt davor, gleichzeitig zwei Herren zu dienen. Das arme Ich hat es noch schwerer, es dient drei gestrengen Herren, ist bemüht, deren Ansprüche und Forderungen in Einklang miteinander zu bringen. Diese Ansprüche gehen immer auseinander,

scheinen oft unvereinbar zu sein; kein Wunder, wenn das Ich so oft an seiner Aufgabe scheitert. Die drei Zwingherren sind die Außenwelt, das Über-Ich und das Es« (Freud, 1933, S. 84).

Eine besondere Form der Über-Ich-Angst stellt in diesem Zusammenhang die auch bei Schulkindern häufig anzutreffende Schuldangst oder auch Kastrationsangst dar. Hierbei handelt es sich nach Freud um auf den Vater projizierte eigene aggressive Impulse gegen diesen. Da das Kind den Ödipuskomplex nur aufgibt, indem es die strafende und sanktionierende Vater-Instanz als Über-Ich introjiziert, ist es nun diese Instanz, die unbewusste aggressive Impulse gegen den Vater in Angst umwandelt. Diese Form der Angst kann zeitlebens als Reaktion auf aggressive Impulse gegen die Eltern im Rahmen unbewusster Konflikte auftreten. Häufig liegt sie auch charakteristischen Ängsten im Kindesalter zugrunde (s. das ebige Fallbeispiel, Kap. 2.3.1). Während Freud mit den Panikattacken (Angstanfällen) oder der allgemeinen Reizbarkeit sowie der Hypochondrie in seiner ersten Angsttheorie frühe Ängste beschrieb, konzentrierte er sich im Verlauf seiner Theorieentwicklung im Zusammenhang mit dem Begriff der Verdrängung und später im Zusammenhang mit dem Strukturmodell (Bedeutung der Gewissensangst) stärker auf reifere Angstformen wie Phobien und Schuld- oder Kastrationsangst, denen ein intrapsychischer neurotischer Konflikt zwischen den Instanzen (Es, Ich, Über-Ich) zugrunde liegt.

Melanie Klein (1946) konzentrierte sich ebenfalls auf die Bedrohung, die das Individuum von »innen« erlebt, jedoch weniger auf die, welche durch die Kollision der Ansprüche innerer psychischer Instanzen entsteht, sondern vielmehr auf die Bedrohung, die dem Säugling von Anfang an durch seine eigene destruktive Triebausstattung »mit in die Wiege gelegt wurde« (siehe Kap. 2.1.3). Diese thanatale Bedrohung setzt im Säugling katastrophale Ängste frei, denen er nur begegnen kann, indem er sie nach außen auf das erste Partialobjekt, die Brust, projiziert. Während die versorgende anwesende Brust, die seinen Hunger stillt, als nur gut wahrgenommen wird, erfährt er die abwesende Brust als nur böse und verfolgend. »Idealisierung ist mit Objektspaltung verknüpft; als Sicherheitsschutz gegen die Furcht vor der verfolgenden Brust werden die guten Aspekte der Brust übertrieben« (M. Klein, 1946, S. 139). Jedes Kind erlebt nach Klein die frühen thanatalen Ängste je nach konstitutioneller Triebausstattung und kann sie nur abwehren, indem es Spaltungsmechanismen anwendet. Die thanatale Triebausstattung des Kindes richtet sich von Beginn des Lebens an auf ein Objekt; »das erste Objekt ist die Mutterbrust, welche sich für das Kind in eine gute (befriedigende) und böse (versagende) Brust spaltet; diese Spaltung führt zu einer scharfen Trennung von Liebe und Haß« (ebd., S. 132). Nur durch die allmähliche Integration libidinöser und destruktiver Strebungen gegen das Objekt kann ein gutes inneres Objekt etabliert und damit die paranoid-schizoide Position überwunden werden. Phänomenologisch geht Klein von frühen Ängsten aus, die den Charakter der Vernichtung und Verfolgung annehmen und somit als existenziell bedrohlich und überwältigend erlebt werden. Eine solche Angst kann nur durch das Erreichen der depressiven Position überwunden werden. Gleichzeitig geht das Erreichen der depressiven Position mit der Einsicht einher, das gute Objekt mit den eigenen destruktiven Attacken gegen das böse Objekt zerstört zu haben (siehe hierzu Kap. 2.1.3: »Die Objektbeziehungstheorie Melanie Kleins«). In

der Nachfolge Melanie Kleins konzentrierte sich neben Bion auch Winnicott auf die Phänomenologie und Ätiologie der frühen Ängste des Individuums.

Wilfred Bion beschrieb die frühe Mutter-Kind-Interaktion in seinem Modell »Container-Contained« (Bion, 1963, S. 40 f.) als einen Prozess, der dem Kind eine zunehmende Differenzierung von Erfahrungen und Sinneseindrücken erlaubt (siehe Kap. 2.1.5). Im Idealfall stimmt die Mutter sich auf die psycho-emotionalen Bedürfnisse des Säuglings derart ein, dass sie ihm durch ihre träumerische Einstimmung (»revêrie«, Bion, 1962a, S. 36) beim Prozess der Symbolisierung seiner unmittelbaren, als bedrohlich erlebten Sinneserfahrungen hilft. »Eine verständnisvolle Mutter ist in der Lage, das Gefühl der Furcht, mit dem dieses Baby mit Hilfe projektiver Identifizierung fertigzuwerden versucht, selbst zu erleben und dennoch eine ausgeglichene Haltung zu bewahren« (Bion, 1959, S. 123). Die Mutter darf nicht selbst der vom Säugling auf sie projizierten »Angst zum Opfer« fallen (ebd.) – ein Prozess, der bei ungenügender affektiver Einstimmung der Mutter und Versagen ihrer sogenannten »Alpha-Funktion« zu katastrophalen Ängsten beim Kind führen kann. Schwerwiegende Denkstörungen können daraus resultieren, die von ausgeprägter Angst begleitet sind. Erfahrungen können dann vom Kind nicht selektiert werden, es bleibt übererregt und wird von Sinneseindrücken nahezu überschwemmt, ohne diese selektieren zu können. Das Kind wird somit durch angsterregendes rohes, »unverdautes« psychisches Material überfordert, dessen Integration nicht gelingt. Die entwicklungspsychologisch frühe Angst, der das Kind durch ein Versagen der mütterlichen Alpha-Funktion ausgesetzt ist, beschreibt Bion als eine namenlose Angst (*nameless dread*). »Die Entwicklung vollzieht sich normal, wenn die Beziehung Säugling-Brust es dem Kind erlaubt, ein Gefühl – etwa das Gefühl zu sterben – in die Mutter zu projizieren und es dann wieder zu reintrojizieren, nachdem es durch seinen Aufenthalt in der Brust für die kindliche Psyche tragbar geworden ist. Wenn die Projektion von der Mutter nicht akzeptiert wird, dann fühlt das Kind, daß sein Gefühl der Todesnot aller ihm innewohnenden Bedeutung entkleidet ist. Es reintrojiziert deshalb nicht eine Furcht zu sterben, die erträglich wurde, sondern eine namenlose Angst« (Bion, 1962b, S. 232). Ist die Alpha-Funktion der Mutter hingegen erfolgreich und kann vom Kind introjiziert werden, so kann das Kind in der Folge selbst emotionale Erfahrung denken und ist zunehmend von der realen Anwesenheit des Objekts unabhängig.

Esther Bick (1968) beschrieb charakteristische Abwehrformationen gegen frühe Fragmentierungsängste, die aus einem ungenügenden Gehalten-Werden des Säuglings durch die Mutter resultieren können. Zu Beginn seines Lebens befindet sich der Säugling in einem unintegrierten Zustand, in dem er frühen katastrophalen Ängsten ausgesetzt ist. Die haltende Umwelt – durch die Mutter bereitgestellt – dient ihm wie eine Haut, die Halt gibt und die Fragmente von Körper und, damit äquivalent, Geist zusammenhält. Durch die intensive Beobachtung von Säuglingen erkannte Bick, dass diese sich in ungehaltenen unintegrierten Zuständen verzweifelt Ersatzobjekte suchen, welche sie vorübergehend halten können. Dies kann eine Lampe, eine Stimme oder ein Geruch sein, etwas, das die Aufmerksamkeit zu fesseln imstande ist und eben dadurch eine Art Halt ermöglicht (ebd.). Wenn die Mutter jedoch dauerhaft nicht dazu in der Lage ist, das Kind zu halten (*holding*), so dient diesen Kindern laut Bick häufig eine forcierte motorische Aktivität und

Muskelspannung dazu, sich selbst zu halten und vor der Angst vor der Fragmentierung und dem Gefühl, ungehalten zu sein, zu schützen.

Winnicott stellte die *haltende Umwelt* (holding environment) als eine für die gesunde psychische Entwicklung und Ich-Integration des Kindes unabdingbare Voraussetzung dar. Er beschrieb die Entwicklung charakteristischer psychotischer Ängste – wie »1. Zusammenbrechen; 2. unaufhörliches Fallen; 3. keine Beziehung zum Körper haben; 4. keine Orientierung haben« (Winnicott, 2002, S. 74) – im Kontext der frühen Mutter-Kind-Beziehung. In diesem frühen Stadium seiner Entwicklung sei der Säugling ein Wesen, »das ständig am Rand *unvorstellbarer Angst* steht« (ebd.; Hervorhebung durch die Autoren). Eine ungenügende Bemmutterung in den ersten Wochen und Monaten führt zu anhaltenden Verzerrungen in der Ich-Entwicklung, die die Grundlage für eine psychotische Persönlichkeitsorganisation sein können. Umgekehrt wird »die unvorstellbare Angst (...) durch diese lebenswichtige Funktion der Mutter in diesem Stadium ferngehalten, durch ihre Fähigkeit, sich in das Baby hineinzusetzen und zu wissen, was das Baby in der allgemeinen Versorgung des Körpers und daher der Person braucht« (ebd.).

Peter Fonagy und Kollegen (2004) beschrieben Trennungsangst und innere Leere als Folge einer mangelnden markierten Affektspiegelung durch das primäre Objekt. Sie stellten fest, dass das Kind im Verlauf seiner Entwicklung nur dann einen psychischen Binnenraum entwickeln kann, in dem die basalen Valenzen Lust und Unlust zu differenzierter »mentalisierte Affektivität« transformiert werden können, wenn das primäre Objekt seinen eigenen psychischen Innenraum zur Verfügung stellt, um über den Affektzustand des Kindes zu reflektieren. Ein Scheitern dieser »markierten Affektspiegelung« durch das primäre Objekt führt zur Entwicklung eines »fremden Selbst« (»alien self«). Dabei kann der Säugling nur eine »*verzerrte sekundäre Repräsentanz* seines primären Emotionszustandes« (ebd., S. 202) bilden. Die Folge kann ein anhaltendes Gefühl der Fremdheit und inneren Leere sein, ein anhaltendes Bedürfnis nach Anwesenheit des Objekts und Verschmelzung mit ihm. »Dies mag der Grund sein, weshalb viele vernachlässigte und mißhandelte Kinder ganz offensichtlich keine Objektpermanenz entwickeln; die Folge sind Trennungsangst oder das Gefühl, mit dem Objekt verschmolzen zu sein. In der Realität bleiben sie existentiell abhängig von der körperlichen Anwesenheit der anderen Person« (Fonagy et al., 2004, S. 204).

In den letzten Jahren hat die »diffuse, frei flottierende Angst« (Dulz, 1999), die bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen anzutreffen ist, in der psychoanalytischen Konzeption der Angst verstärkt Berücksichtigung gefunden. Während Otto Kernberg (1975) die Wut als zentralen Affekt der Borderline-Persönlichkeitsstörung ansieht, hat besonders Birger Dulz (1999) betont, dass die diffuse, frei flottierende Angst das Leitsymptom der Borderline-Persönlichkeitsstörung darstelle. Diese resultiere aus traumatischen frühkindlichen Erfahrungen, in denen das Kind keinen ausreichenden Halt (Winnicott, 1952) durch seine Umwelt erfuhr. Nach Dulz (1999) wandeln Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen diese Angst erst in einem Abwehrprozess in die für Persönlichkeitsstörungen auf Borderline-Niveau charakteristische Wut um.

Die soeben dargestellten Ansätze haben zwei Dinge gemeinsam: Im Hinblick auf

die Ätiologie der Depression berücksichtigen sie die intrapsychischen Auswirkungen von Objektverlust und –enttäuschung in früher Kindheit, im Hinblick auf die Angst einen Mangel an »holding« (Winnicott, 1960b) und adäquater »Affektspiegelung« (Fonagy et al., 2004) durch die wichtigsten Bezugspersonen in der frühkindlichen Entwicklung.

Fazit für PaKT: Bei der Behandlung emotionaler Störungen begegnen wir häufig psychischen Mechanismen, die Ergebnis einer Internalisierung interpersoneller Konflikte in die Innenwelt des Kindes sind. Das Kind schützt seine äußeren Objektbeziehungen oder seine inneren Beziehungen zu idealisierten Objekten und ermöglicht damit eine psychosoziale Anpassung. Ein wesentlicher Fokus der analytischen Arbeit richtet sich auf die Aggression, die sich bei Kindern mit Angst- und Depressionsstörungen häufig gegen das Selbst richtet. Ziel ist es, die der Angst und Depression zugrunde liegenden aggressiven und libidinösen Impulse rasch auch in der Therapeut-Kind-Beziehung und im Stundenmaterial aufzuspüren. Dabei fällt es dem Kind oft schwer (wie im Fallbeispiel Benjamin, Kap. 2.3.1), sich auf die therapeutische Beziehung einzulassen und seine Innenwelt in dieser sichtbar werden zu lassen. Als Folge unintegrierter aggressiver und libidinöser Triebanteile ist für die Kinder in der Therapie oft beides schwierig: am Anfang einer Stunde mit dem Therapeuten überhaupt eine Beziehung aufzunehmen und am Ende einer Stunde sich von ihm zu trennen. Ebenso ist intensive Elternarbeit nötig, um die oftmals in der Eltern-Kind-Beziehung vorhandene Verklammerung, welche sich häufig unter Abspaltung aggressiver Beziehungsaspekte entwickelt, zu lösen.

Es darf nicht unerwähnt bleiben, dass sich in der Behandlung von Ängsten und Depressionen häufig Überlappungen der Symptome beider Bereiche zeigen. Dies gilt für Erwachsene, zeigt sich aber noch deutlicher im Kindesalter. So geht die bei der anaklitischen Form der Depression charakteristische Angst vor Objektverlust häufig mit Symptomen der Trennungsangst und anklammerndem Verhalten einher. Bei Kindern sind Angst und Depression besonders schwer voneinander abzugrenzen (Sterba et al., 2007), oft liegen Mischformen vor. Häufig wird das Erleben einer Depression auch hypomanisch, durch Übererregtheit und Hyperaktivität abgewehrt. Angst tritt häufig erst nach eingehender psychoanalytisch orientierter Diagnostik als latentes Symptom hinter aggressivem Verhalten wie Trotzverhalten oder Wutanfällen zutage. Eine Möglichkeit zur Differenzierung zwischen Angst und Depression bietet dem Therapeuten die charakteristische lähmende Müdigkeit und Leere, die er in seiner Gegenübertragung in der Behandlung depressiver Patienten (auch im Kindesalter) zuweilen erlebt.

2.4 Übertragung und Gegenübertragung

Die Reflexion und Transformation der Übertragungs-Gegenübertragungs-Beziehung, die sich in den Sitzungen mit Eltern und Kind entfaltet, in eine psychodynamische Hypothese stellt einen der drei zentralen technischen Schwerpunkte der PaKT-Behandlungsmethode dar (siehe Kap. 4.1 und 4.2). Im Folgenden sollen zentrale Arbeiten zur Übertragung in der Erwachsenenanalyse dargestellt und in Abgrenzung davon die Besonderheiten der Übertragung in der Analyse mit Kindern herausgearbeitet werden, bevor wir zur Handhabung der Übertragung in der PaKT kommen.

2.4.1 Übertragung und Gegenübertragung in der Erwachsenenanalyse

Übertragungsphänomene beherrschen jede zwischenmenschliche Beziehung. Sie äußern sich durch Gefühle, Gedanken, Erwartungen und Verhaltensweisen, die aus der aktuellen interpersonellen Interaktion allein nicht erklärbar sind, sondern als Wiederholungen früherer Objektbeziehungen verstanden werden können. Diese Übertragungsphänomene werden aber erst im definierten Setting analytischer Behandlungen zu einer deutbaren Übertragung.

Zunächst ging die Psychoanalyse davon aus, die Gegenübertragung des Analytikers sei eine Art Störfaktor, der den Verlauf der Behandlung behindere und daher vom Analytiker überwunden werden müsse. Tatsächlich schrieb Sigmund Freud 1910 über das neu entdeckte Phänomen der Gegenübertragung: »Wir sind auf die Gegenübertragung aufmerksam geworden, die sich beim Arzt durch den Einfluß des Patienten auf das unbewußte Fühlen des Arztes einstellt, und sind nicht weit davon, die Forderung zu erheben, daß der Arzt diese Gegenübertragung in sich erkennen und bewältigen müsse« (Freud, 1910, S. 108). Freud erkannte, dass die Arbeit in der Übertragung das essentielle Werkzeug jeder Psychoanalyse ist, ohne das die therapeutische Arbeit wirkungslos bliebe. Dabei beschreibt er als Übertragung die Wiederbelebung von zärtlich erotischen aber auch aggressiven unbewussten Einstellungen des Patienten gegenüber seinen früheren Beziehungsobjekten im Hier und Jetzt der Beziehung zum Analytiker: »Machen wir uns klar, daß jeder Mensch durch das Zusammenwirken von mitgebrachter Anlage und von Einwirkungen auf ihn während seiner Kinderjahre eine bestimmte Eigenart erworben hat, wie er das Liebesleben ausübt, also, welche Liebesbedingungen er stellt, welche Triebe er dabei befriedigt, und welche Ziele er sich setzt« (Freud, 1912, S. 364 f.). Dieses »Objekt-Beziehungs-Klischee« wiederholt der Mensch im Laufe des Lebens mit den jeweiligen Liebesobjekten, die ihm die Realität zur Verfügung stellt. Die psychoanalytische Technik bedient sich dieser Reinszenierung früherer unbewusster Einstellungen des Patienten, indem sie die zentralen Konflikte und unerledigten Themen in der Entwicklung der Übertragung eines Patienten aufspüren und damit deuten kann. Dadurch, dass der Analytiker erkennt, dass diese Einstellungen nicht auf ihn als reale Person gerichtet sind, kann er sie als

Übertragungsphänomene wahrnehmen, darüber reflektieren und sie an geeigneter Stelle in eine deutende Intervention transferieren.

In der Analyse stellt sich gegenüber dem Analytiker sowohl eine positive als auch eine negative Übertragung ein. Beide Übertragungsformen können einen unbewussten Widerstand gegen den Fortgang der Analyse und insbesondere die zu erzielenden Veränderungen ausdrücken. Somit kann sich der »mächtigste Hebel des Erfolgs in das stärkste Mittel des Widerstandes verwandeln« (ebd., S. 367). Sowohl eine zu starke positive Übertragung, z. B. eine stark erotische Übertragung in Form einer Verliebtheit, als auch eine sehr negative Übertragung, in der der Patient sich vom Analytiker verfolgt oder gedemütigt fühlt, kann den Patienten dazu bringen, dass er die analytische Grundregel missachtet und die unkritische freie Äußerung all seiner Einfälle nicht mehr vornimmt. Auf der bewussten Ebene mag es dem verliebten Patienten vorkommen, als wolle er dem Analytiker imponieren, und so ist er daher bestrebt, Einfälle, die ihn beschämen könnten, nicht mehr zu äußern. Dem Patienten in der negativen Übertragung mag diese Einstellung, dem Therapeuten gegenüber keine spontanen Einfälle mehr zu äußern, als unbewusster Widerstand dienen, der sich in dem bewussten Gedanken äußert, der Analytiker wolle seine Äußerungen gegen ihn verwenden und ihn beschämen. So entwickeln sich in Analysen manche Übertragungskonstellationen, in denen die Übertragung des Patienten zum Widerstand gegen das Bewusstwerden unbewusster Inhalte wird.

Freud sah die Bezwingung der Übertragungsphänomene als größte Schwierigkeit in der Analyse an. Die Gegenübertragung sollte durch intensive Vertrautheit mit den eigenen Komplexen mit Hilfe der Lehranalyse handhabbar werden. Dies sei unabdingbare Voraussetzung zur Durchführung von psychoanalytischen Behandlungen: »Wer in einer solchen Selbstanalyse nichts zustande bringt, mag sich die Fähigkeit, Kranke analytisch zu behandeln, ohne weiteres absprechen« (Freud, 1910, S. 108). Der Analytiker sollte seine Gegenübertragungsgefühle also analysieren und auf seine eigenen unbewussten unbewältigten Komplexe zurückführen. Sind sie einmal verstanden, sollte er sich wieder in gleichschwebender Aufmerksamkeit mit mild positiver Einstellung dem analytischen Verstehen zuwenden.

In ihrer bahnbrechenden Arbeit über Gegenübertragung (»On countertransference«) setzte sich Paula Heimann 1950 kritisch mit dieser Forderung an den Analytiker auseinander, sich dieser störenden Gefühle in Bezug auf den Analysanden möglichst durch die Reflexion eigener Anteile zu entledigen. Sie sah darin eine falsche Forderung an den Analytiker, eine Art intellektuelle »kalte Technik« anzuwenden, die ihrer Ansicht nach den Erfordernissen der Patienten in der Realität nicht gerecht wurde. Der Anspruch, ein guter Analytiker solle dem Patienten gegenüber nichts fühlen als gleichbleibend mildes Wohlwollen, werde der analytischen Situation nicht gerecht. Vielmehr würde mit dieser Forderung die Gegenübertragung als wichtigstes Werkzeug der Analyse zu einem bloßen Störfaktor verdammt. So schrieb sie pointiert: »Ich war seinerzeit zu dem Schluß gekommen, daß die Gegenübertragung ein Forschungsinstrument für die unbewußten Prozesse des Patienten darstellt« (Heimann, 1964, S. 485).

Für Heimann kam der Lehranalyse des Analytikers nicht die Aufgabe zu, ihn »zu einer Gehirnmaschine zu machen« (Heimann, 1964, S. 484), die Deutungen allein

auf der Ebene intellektueller Prozesse formuliert, sondern ihr Ziel sollte es sein, den Analytiker dazu zu befähigen, »seine Gefühle auszuhalten, statt sie wie der Patient abzureagieren« (ebd.). Derart dem analytischen Prozess untergeordnet, können die Gefühle des Analytikers diesem in der Folge dabei helfen, »zum Spiegel des Patienten« (Heimann, 1964, S. 492) zu werden. Ein Analytiker, der seine Deutungen nicht auf der Basis seiner Gefühle formuliert, kann Heimann zufolge nur schwache Deutungen geben. Sie ging sogar so weit zu behaupten, dass es oftmals gerade die Gefühle des Analytikers seien, die ihm einen Hinweis aufs Verstehen geben könnten, wobei das reine Überlegen vom Verstehen oft viel weiter entfernt sei als das Gefühl.

Die Gegenübertragungsgefühle des Analytikers dienen ihrer Meinung nach auch besonders dazu, das unfokussierte Material, das durch die Assoziationen des Patienten produziert wird, zu bündeln. Je nach der emotionalen Bedeutung, die das Berichtete im Analytiker gewinnt, kann dieser das Material auswählen und daraufhin deuten. Wenn der Analytiker in seiner eigenen Lehranalyse seine infantilen Konflikte und Ängste (paranoid und depressiv) ausreichend durchgearbeitet hat, so dass er auf einfache Weise mit seinem eigenen Unbewussten in Kontakt treten kann, dann wird er nicht dem Patienten zuschieben, was zu ihm selbst gehört. In einem zuverlässigen Gleichgewicht kann der Analytiker so die Projektionen, die der Patient in der Übertragung auf ihn richtet, ertragen und für die analytische Durcharbeitung fruchtbar machen.

Heinrich Racker hat sich 1953 eingehend mit den Phänomenen der Übertragung und Gegenübertragung beschäftigt. So wies er zunächst darauf hin, dass Analytiker zu sein bedeutet, nicht Vergeltung zu üben, nicht in den neurotischen Teufelskreis einzutreten, sich nicht den Abwehrmechanismen des Patienten zu unterwerfen und sich ständig um ein Verstehen des Patienten zu bemühen (Racker, 1970, S. 73). Es besteht laut Racker die Gefahr, dass der Analytiker die Rolle, die ihm das Unbewusste des Patienten zuschreibt, unreflektiert übernimmt und er so ins Agieren gerät. Er darf unter keinen Umständen einem solchen Impuls nachgeben, weil er sonst unter einem »inneren Zwang« handeln würde und gemeinsam mit dem Patienten wiederholen, aber nicht erinnern und verstehen würde (ebd.). Dies beinhalte, so Racker, eben auch die kontinuierliche Reflexion der Gegenübertragung, um nicht auf den Patienten zu reagieren, sondern sein Agieren als Verführung zu verstehen, frühere Beziehungsmuster zu wiederholen. Zur analytischen Haltung gehöre auch, dass der Analytiker eine Art »Doppelleben« führe: Er müsse eine gesunde innere Spaltung zwischen einem erlebenden irrationalen and einem rationalen beobachtenden Ich herbeiführen.

Racker unterschied eine »konkordante Identifizierung« und eine »komplementäre Identifizierung« (Racker, 1970). Bei der konkordanten Identifizierung identifiziert der Analytiker sich mit dem Ich und dem Es des Patienten. Bei der komplementären Identifizierung hingegen identifiziert sich der Analytiker mit den inneren Objekten des Patienten. Besonders bei der komplementären Identifizierung besteht in der Übertragungs-Gegenübertragungsentwicklung die Gefahr, dass sich der Analytiker in den neurotischen Teufelskreis hineinziehen lässt und seine möglicherweise negativen Gegenübertragungsgefühle auszuagieren droht.

Racker wies darauf hin, dass bestimmte Metaphern in Bezug auf den Analytiker – z. B. der Analytiker als »Spiegel« oder die »Chirurgen-Haltung« des Analytikers –

von Freud eben nicht benutzt wurden, um die Haltung eines kalten, nur rational deutenden Therapeuten zu implementieren. Vielmehr habe Freud diese Begriffe in der Anfangszeit der Analyse zugespitzt verwendet, um der weit verbreiteten Angewohnheit der Analytiker, ihren Patienten von sich selbst zu erzählen, zu begegnen. Sie sollten eher Spiegel für den Patienten sein, als sich selbst zu entäußern. Racker warnte davor, die Freudsche Spiegelmetapher in dem Sinne zu überdehnen, dass der Analytiker Gefühle der Anteilnahme und Zuneigung dem Patienten gegenüber sogar unterdrücken solle. Freud selbst habe in seinen eigenen Krankenbehandlungen niemals eine solche, als klassische Haltung missverständene »kalte Technik« angewendet.

Winnicott schlug in seiner Arbeit »Haß in der Gegenübertragung« (Winnicott, 1947) vor, intensive Gefühle von Hass, die in der Gegenübertragung des Analytikers auftauchen, als Ausdruck der Schwere der Störung des Patienten zu verstehen. Damit der Patient seine intensiven Gefühle von Hass integrieren kann, ist es unabdingbar, dass der Analytiker seine eigenen Hassgefühle in der Gegenübertragung bewusst wahrnimmt, reflektiert, akzeptiert und erträgt. Dies ist nur durch eine ausreichend intensive Lehranalyse möglich, bei der der Analytiker selbst tiefere Schichten seiner Hassgefühle durchgearbeitet hat. Winnicott verglich diese Fähigkeit des Analytikers, Hass in Bezug auf den Analysanden bewusst zu spüren und zu ertragen, mit der Beziehung der Mutter zu ihrem Säugling. Die Mutter hasst das Kind seiner Ansicht nach bereits lange, bevor der Säugling die Mutter zu hassen beginnt (Winnicott, 1947, S. 85). Der Hass der Mutter auf das Kind speist sich aus vielerlei Quellen, da die Mutter sich in der Säuglingspflege für den Säugling aufopfert, ohne dafür direkt oder jemals entschädigt zu werden. Der Säugling ist gierig und bedürftig und nimmt die Aufopferung der Mutter nicht als solche wahr, sondern als selbstverständlich. »Ist er satt, ist die Mutter für ihn nicht mehr von Bedeutung« (ebd.; siehe Kap. 2.1.4). So formulierte Winnicott einen Anlass für die Mutter, Hass auf ihr Baby zu entwickeln. Sie hat aber die Aufgabe, ihren Hass auf das Baby zu ertragen, ohne ihn in Handeln zu überführen oder ihm auf irgendeine Weise Ausdruck zu verschaffen: »Das Bemerkenswerteste an einer Mutter ist ihre Fähigkeit, sich von ihrem Baby so sehr verletzen zu lassen und so sehr zu hassen, ohne es das Kind zu spüren zu geben, und ihre Fähigkeit, auf spätere Belohnungen zu warten, die eintreffen werden oder auch nicht« (Winnicott, 1947, S. 86)

In den psychoanalytischen Behandlungen depressiver Patienten finden analoge Prozesse statt wie in der Beziehung der Mutter zum Säugling. So bedarf der Analytiker, wie die Mutter, der Fähigkeit, den Hass, der in der Beziehung entsteht, zu tolerieren. Nach Winnicott entstehen in der Gegenübertragung des Analytikers besonders während der Behandlung von Patienten, die weniger neurotisch, sondern strukturell gestört sind, häufig intensive Gefühle von Hass. Die Wirksamkeit der Behandlung hängt dabei maßgeblich davon ab, ob es dem Analytiker gelingen kann, sich seine Gefühle von Hass, die der Patient durch seine hasserfüllten Gefühle ihm gegenüber in ihm auslöst, bewusstzumachen und sie zu ertragen, ohne sie auszuagieren. Es ist also für die Therapie essentiell, dass der Analytiker diese negativen Gefühle von Hass und Abneigung dem Patienten gegenüber in sich erträgt und als Ausdruck der unbewussten Hassregungen des Patienten gegen den Analytiker versteht. Der Analytiker muss sich also wie die Mutter dem Säugling

gegenüber verhalten und eine haltende Umwelt bereitstellen, ohne auf die unbewussten Attacken des Patienten mit Gegenaggression oder Kontaktabbruch zu reagieren.

2.4.2 Übertragung und Gegenübertragung in der Kinderanalyse

Anna Freud befasste sich eingehend mit der Bedeutung der Übertragung in der Kinderanalyse (A. Freud, 1966). So stellte sie zunächst einige die Technik betreffende Überlegungen an: Der Kinderanalytiker kann die Analyse anhand der verschiedenen kindlichen Produkte des Unbewussten vornehmen (ebd., S. 66). Spontane Einfälle, Tagträume, Träume und das Spiel des Kindes bilden zentrale Inhalte, auf die der Analytiker seine Deutungen richten kann. Das Kind spricht selten spontan über seine Einfälle, sondern spielt lieber, so dass der Analytiker seinen Deutungen meist nicht verbale Äußerungen des Kindes zugrunde legen kann. Die Spieltechnik von Melanie Klein stellte auch für Anna Freud ein wichtiges Instrument der Kinderanalyse dar, allerdings konnte sie für Anna Freud, anders als für Melanie Klein, das freie Assoziieren aus der Erwachsenenanalyse nicht ersetzen (ebd., S. 67). Freud grenzte sich von der Technik Melanie Kleins ab, die alle Handlungen des Kindes im Spiel durch permanentes Übersetzen seines unbewussten Gehalts deutet. So warf Anna Freud ein, dass nicht alles Ausdruck unbewusster Phantasien sei, was das Kind von sich gebe. So müsse beispielsweise das Interesse für die Handtasche der Analytikerin nicht bedeuten, dass das Kind darin ein Baby suchen wolle, sondern könne auch in normaler kindlicher Neugier begründet sein (ebd., S. 68).

Die Unterschiede zwischen Klein und der von ihr selbst angewendeten klassischen Freudschen Übertragungstechnik beschrieb Anna Freud wie folgt: »Nach Mrs. Kleins Theorie kommt präverbalen Phantasien – im Vergleich zu der pathogenen Rolle von Ereignissen, die sich nach dem Spracherwerb abspielen – überwältigende Bedeutung zu. Folglich schrumpft in ihrer Technik die Relevanz von Beiträgen aus allen anderen Materialquellen, bis dem Analytiker von Anfang bis Ende einer Behandlung als wichtigste technische Waffe nur noch die Deutung des Übertragungsverhaltens zur Verfügung steht. Die Gewichtsverlagerung in ihrer Theorie von späteren Entwicklungsstufen zu den frühesten führt zu einer entsprechenden Bedeutungsverlagerung in ihrer Technik« (A. Freud, 1943, S. 55).

Für Anna Freud ist die Spieltechnik (wie sie von Klein angewendet wurde) sehr gut als Beobachtungsinstrument zum Kennenlernen des Kindes geeignet. Sie ist ein Mittel, um sich mit der Stärke seiner aggressiven Impulse, seiner Empathiefähigkeit und allgemein mit seinen Einstellungen vertraut zu machen. Das kindliche Spiel sei aber nicht mit dem freien Assoziieren des Erwachsenen zu vergleichen, weil das Kind, anders als der Erwachsene in der Analyse, nicht ständig unter Anwendung der analytischen Grundregel »spielt«. Die Regel, alles zu sagen, was auf der Oberfläche des Bewusstseins erscheint, ist nur beim Sprechen des Erwachsenen sinnvoll anwendbar. Das Spiel des Kindes ist auch ein Probehandeln, spielerischer Ausdruck seines Wisstriebes (Freud 1905) und Verarbeitung von Tageserlebnissen. Nicht alles im kindlichen Spiel hat – als Ausdruck unbewusster Wünsche – symbolische

Bedeutung. So verstand Anna Freud auch anders als Melanie Klein nicht alles, was das Kind in der Behandlung tat, als Ausdruck der Übertragung auf den Analytiker. Anna Freud bezweifelte, dass das Kind überhaupt eine Übertragungsneurose ausbilde (A. Freud, 1995, S. 75). Es ist nicht bereit, seine vormaligen Liebesbeziehungen in der Übertragung zur Analytikerin neu aufzulegen, da es in seinen Libidopositionen nach wie vor die Eltern besetzt. Das Kind reinszeniert seine negativen und positiven Einstellungen zu den Eltern nicht auf die gleiche Weise, wie der Erwachsene es in der Übertragung tut. Seine realen Beziehungen zu den primären Objekten sind noch vorhanden und die neurotischen Symptome zeigen sich im häuslichen Umfeld und weniger in der Situation der Analyse, wohingegen der Erwachsene in der analytischen Situation ähnliche Symptome produziert wie bei seinen realen Eltern. Der Analytiker bleibt in der Erwachsenenanalyse schattenhaft und sollte sich als Projektionsfläche zur Verfügung stellen, nur so können Verhaltensmuster des Patienten ihm gegenüber als Übertragung gedeutet werden. Der Kinderanalytiker hingegen »darf alles andere eher sein, als ein Schatten« (ebd.).

Der Handhabung der negativen Übertragung kommt in der Kinderanalyse auch eine andere Bedeutung zu als in der Analyse Erwachsener. Ist das Durcharbeiten der negativen Übertragung für die Analyse Erwachsener ein schwieriger, aber sehr fruchtbarer Prozess, anhand dessen sehr viel Unbewusstes zutage gefördert werden kann, so ist nach Anna Freuds Ansicht die negative Übertragung in der Kinderanalyse eher ein Störfaktor, den der Analytiker aktiv beseitigen sollte. Sonst wird das Arbeitsbündnis gefährdet, da das Kind nicht über ausreichend Leidensdruck verfügt, um trotz einer negativen Übertragung am analytischen Arbeitsbündnis festzuhalten.

Fazit für PaKT: Wir verstehen die Übertragung in ihrer positiven, aber auch in ihrer negativen Funktion: Sie kann – entsprechend der klassischen Auffassung – den Verlauf der Behandlung stören, sie kann ihn aber auch fördern. Die Therapeutin muss sich durch die Übertragungsangebote des Patienten in gewisser Weise verstricken lassen, damit die Übertragung unbewusste interpersonelle und intrapsychische Konflikte sichtbar und verstehbar machen kann. Im Gegensatz zu Anna Freud gehen wir von der Annahme aus, dass die Therapeutin in der Behandlung von Kindern sowohl eine reale Person darstellt, die das Kind in seiner Entwicklung begleitet, als auch ein Übertragungsobjekt, gegenüber welchem es abgewehrte Beziehungsaspekte wiederbelebt. Hinzu kommt, dass auch die Eltern eine Übertragungsbeziehung zum Therapeuten ihres Kindes entwickeln können, die oft Anlass für Konflikte ist (zum Umgang mit solchen negativen Übertragungskonstellationen siehe Kap. 4.4.2). Wichtig dabei ist, dass gerade negative Übertragungsanteile des Kindes und der Eltern bald erkannt werden, um einen positiven Behandlungsverlauf nicht zu gefährden. In der Kurztherapie ist darüber hinaus eine besonders sorgfältige Handhabung der Übertragung notwendig, da die Langfristigkeit für eine detaillierte Durcharbeitung und Auflösung der Übertragung fehlt. Dies hat besonders Auswirkungen auf die Deutungstechnik, in welcher Übertragungsphänomene zwar berücksichtigt, aber nur sehr vorsichtig direkt aufgegriffen werden.

2.5 Die Bedeutung der strukturellen Integration

Die rein phänomenologische Beschreibung von Störungssymptomen sagt noch nichts über den strukturellen Hintergrund der Symptome beim Kind aus. So kommen in die PaKT-Behandlung sowohl Kinder mit eher klassisch neurotischen Konstellationen als auch solche mit eher frühen, strukturellen Störungen. Deshalb ist es von Vorteil, wenn der Therapeut sich gleich am Anfang der Behandlung ein Bild vom Strukturniveau des Patienten macht. Die Strukturachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik für Kinder und Jugendliche (OPD-KJ-2), eines Diagnostikmanuals für psychodynamisch orientierte Kliniker, kann für diese Einschätzung hilfreiche Operationalisierungen bieten. Die OPD-KJ wurde als Ergänzung und Erweiterung der nosologischen Klassifikation der diagnostischen Manuale ICD-10 und DSM-IV erarbeitet. Für das Kindesalter liegt mittlerweile eine überarbeitete Fassung vor (OPD-KJ-2, 2013). Die Einschätzung des Strukturniveaus des Kindes erfolgt auf der Grundlage des diagnostischen Materials aus den Gesprächen mit Kindern und ihren Eltern, der Beobachtung beim Spiel, dem biographischen Material und aus der szenischen Darstellung.

Anhand der Achse »Struktur« der OPD-KJ kann der Therapeut mittels klinischer Ankerbeispiele zwischen den unterschiedlichen Niveaus struktureller Integration unterscheiden, die dem klinischen Bild von depressiven und Angststörungen im Kindesalter zugrunde liegen. So kann er Interventionsstrategien gezielt dem psychischen Funktionsniveau des Kindes anpassen (siehe Kap. 3.3.3).

Das Konstrukt der »psychischen Struktur« bezeichnet eine individuell charakteristische Erlebens- und Handlungsdisposition. Ausgehend von interaktionellen Erfahrungen im Rahmen der frühen Objektbeziehungen erwirbt das Individuum eine individuelle psychische Struktur, die sich in der Beschaffenheit des Ausgleichs zwischen Es, Ich und Über-Ich auszeichnet. Von besonderer Bedeutung ist hierbei der Grad der Ich-Entwicklung.

Das Ich enthält sowohl bewusste als auch unbewusste Anteile. Der bewusste Teil des Ichs steht in direktem Austausch mit der physischen und sozialen Realität. Je nach Ich-Stärke eines Individuums kann das Ich die Wahrnehmung, Handlung, Steuerung und auch die Abwehr organisieren. Durch den Einfluss des Ichs können Abwehrmechanismen auch dazu führen, dass bestimmte Inhalte nicht wahrgenommen werden und somit auch nicht Bewusstheit erlangen. Wahrnehmungslücken oder Verzerrungen sind hier die Folge. Vereinfachend könnte man aber dennoch davon sprechen, dass das Ich meist bewusst nach den Gesetzen des Sekundärvorgangs arbeitet und zwischen dem Individuum mit seinen Trieben und Wünschen und den Anforderungen der Realität und der physischen und realen Umwelt vermittelt (Freud, 1923). Wichtige Ich-Funktionen sind Vorstellungskraft, Erinnerung, Kognition, Synthese und Integration, Kontrolle der Motilität und Wahrnehmung sowie die Fähigkeit zur Antizipation. Zentrale Ich-Funktion ist die Anpassung an die Außen- sowie die Innenwelt. Von der Stärke der Ich-Funktionen hängt es demnach auch ab, ob ein Individuum triebhafte Impulse des Es intrapsychisch oder interpersonell regulieren kann. Bei ausgeprägten ich-strukturellen Störungen ist es Patienten oftmals nur möglich, Impulse motorisch auszuagieren oder sie durch Anwendung unreifer Abwehrmechanismen wie

Projektion, projektive Identifizierung, Spaltung, Idealisierung oder Entwertung mit entsprechender Verzerrung der Realität zu regulieren. Das Über-Ich kontrolliert die moralische Integrität des Kindes und späteren Erwachsenen. Es bestimmt in der Folge auch, welche Triebbefriedigung vom Individuum verboten oder zugelassen werden kann. Es ist daher ebenso wie das Ich für die strukturelle Integration eines Individuums maßgeblich.

Die Arbeitsgemeinschaft OPD-KJ (OPD-KJ-2, 2013) fügt diesem aus dem Freudschen Strukturmodell abgeleiteten Verständnis der psychischen Struktur wichtige weitere Faktoren hinzu und ermöglicht somit eine Operationalisierung der psychischen Dimension »Strukturniveau«, die direkt beobachtbare oder aus den Narrativen von Kind und Eltern ableitbare interaktionelle Verhaltens- und Erlebensdispositionen mit einschließt. Die strukturelle Integration, über die ein Kind verfügt, kann an seiner Fähigkeit zur Impulskontrolle, der Reife oder Unreife der angewendeten Abwehrmechanismen, die auch die interpersonelle Kommunikation beeinflussen, oder an seiner moralischer Entwicklung abgelesen werden.

Kernberg (2000, S. 50–53) hat Kriterien zur Klassifikation des Strukturlevels in der Persönlichkeitsorganisation Erwachsener vorgeschlagen. Diese Kriterien klassifizieren Persönlichkeitsstörungen auf der Basis dreier, klinisch unterscheidbarer Persönlichkeitsorganisationen; die Einteilung der strukturellen Integration erfolgt dabei anhand der Einschätzung der Güte der internalisierten Objektbeziehungen und der Ich-Struktur. Triebdynamische Aspekte werden ebenso berücksichtigt:

- (1) neurotische Persönlichkeitsorganisation, bei relativ reifer Ich-Struktur und reifen Abwehrmechanismen, bei der das Symptom auf ein unbewusstes Konfliktgeschehen zurückgeführt werden kann;
- (2) Borderline-Persönlichkeitsorganisation, bei instabilen Selbst- und Objektrepräsentanzen und Vorherrschen unreifer Abwehrmechanismen wie Spaltung, Idealisierung, Entwertung, Projektion und projektive Identifizierung;
- (3) psychotische Persönlichkeitsorganisation, bei desorganisierten Selbst- und Objektrepräsentanzen, psychotischer Fragmentierung der Abwehr, mit beispielsweise wahnhaftem Erleben bei Zusammenbruch der Realitätsprüfung.

Insgesamt ist anzumerken, dass die mit PaKT behandelten Vorschulkinder und jungen Schulkinder im Vergleich zu Erwachsenen noch strukturell unreif sind. Ihr Ich ist noch nicht ausreichend in der Lage, zwischen Wunsch und Wirklichkeit zu differenzieren. Selbst- und Objektgrenzen sind erst im Aufbau begriffen, die Realitätsprüfung ist noch unreif und die Motorik wird häufig als Abfuhr von Körperspannung genutzt. Das Ich ist noch unreif und nicht fähig, Konsequenzen von Handlungen zu antizipieren, und die Kontrolle des Ichs über den Ausdruck von Affekten ist erst im Aufbau. Im Rahmen der Indikationsstellung in den ersten Sitzungen sollte das Strukturlevel des Kindes unter Berücksichtigung entwicklungspsychologischer Faktoren anhand der Kriterien der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (vgl. OPD-KJ-2, 2013) eingeschätzt werden. Die OPD-KJ-2 operationalisiert die Achse »Struktur« anhand von vier Dimensionen. Neben der Dimension Steuerung gibt es die folgenden drei

Dimensionen: die Dimension *Identität*, innerhalb welcher die reflexiven (Selbst-) Funktionen, die Dimension *Interpersonalität*, innerhalb welcher die kommunikativen Fähigkeiten und die Dimension *Bindung*, innerhalb welcher die internalisierten Bindungserfahrungen Berücksichtigung finden.

Diese vier Dimensionen zur Einschätzung des Strukturniveaus des Kindes werden anhand von altersspezifischen Ankerbeispielen operationalisiert (OPD-KJ-2, 2013, S. 199–250). Für die mit dem PaKT-Manual behandelte Zielgruppe kommen dabei die Altersstufen 1 (3 bis 5 Jahre) und 2 (6 bis 12 Jahre) zur Anwendung. Einer Behandlung mit PaKT sollte immer eine Strukturdiagnostik anhand der OPD-KJ-Ankerbeispiele der Achse »Struktur« vorausgehen.

Fazit für PaKT: Depression und Angst äußern sich je nach strukturellem Funktionsniveau eines Kindes (oder Erwachsenen) in unterschiedlichem subjektivem Erleben und Verhalten wie auch in einer unterschiedlichen zugrundeliegenden spezifischen Psychodynamik. Während die Einschätzung des Strukturniveaus bei Erwachsenen anhand eines psychoanalytischen diagnostischen Interviews, beispielsweise des strukturellen Interviews nach Kernberg (Kernberg, 1984), erfolgt, stützt sich die Strukturdiagnostik bei Kindern auf unterschiedliche Quellen der Informationsgewinnung. Beim Kind wird zur Einschätzung seines Strukturniveaus auf das Material (Spiel, Zeichnungen, Interaktion, Narrative), welches das Kind (und der Bericht seiner Eltern) in den Erstgesprächen liefert, zurückgegriffen. Erkenntnisse über das Strukturniveau des Kindes sind unabdingbarer Bestandteil der Behandlungsplanung. So bestimmt das Strukturniveau etwa, in welchem Ausmaß einsichtsfördernde und aufdeckende oder mentalisierungsfördernde Techniken angewendet werden können (siehe Kap. 3.3.3). Auch die Wahl der Deutungstechnik orientiert sich am Strukturniveau des Kindes. Kinder mit strukturellen Defiziten können durch zu vorzeitige aufdeckende Deutungen destabilisiert werden und drohen möglicherweise zu dekompensieren, wenn bestimmte Angst auslösende Inhalte gedeutet werden. Bei diesen Kindern sollten zunächst mentalisierungsfördernde Techniken angewendet werden, bevor einsichtsfördernde Interventionen erfolgen können.

2.6 Der therapeutische Fokus – theoretische Einführung²

Die psychoanalytische Kurzzeittherapie mit Kindern (PaKT) nutzt sowohl fokale als auch afokale psychoanalytische Behandlungstechnik, um die zentralen Konflikte zwischen Eltern und Kind herauszuarbeiten. Dabei orientiert sie sich an den psychoanalytischen Konzepten des szenischen Verstehens sowie des Fokus. Die wissenschaftstheoretischen und behandlungstechnischen Überlegungen von

² Bei diesem Kapitel handelt es sich um eine überarbeitete Fassung der Darstellung des PaKT Fokuskonzeptes, die bereits 2011 in der Zeitschrift *Psychotherapeut* veröffentlicht wurde (vgl. Göttken & von Klitzing, 2011: Psychoanalytische Kurzzeittherapie für Kinder von 4 bis 10 Jahren – Behandlung emotionaler Symptome und affektiver Störungen. *Psychotherapeut*, 56 (5), 417–426).

Argelander (1970) und Lorenzer (1970) zum szenischen Verstehen machen deutlich, dass psychoanalytisches Arbeiten maßgeblich an die Haltung und nicht an ein bestimmtes Setting gebunden ist. Weil beim »szenischen Verstehen« nach Argelander und Lorenzer neben der Sprache auch das Sehen (und weitere Sinneseindrücke) eine Rolle spielen, eignet es sich besonders für die Arbeit mit Kindern und ihren Eltern im Rahmen der PaKT. In jeder analytischen Situation – egal, ob es sich um ein Erstgespräch, ein Beratungsgespräch oder eine Fokalthherapie mit Erwachsenen oder Kindern und Jugendlichen handelt – sind die wichtigsten Elemente einer unbewussten Szene (frühe Formen der Übertragung, Vergangenheit, Aktualisierung unbewusster intrapsychischer und interpersoneller Konflikte) enthalten, die psychoanalytisches Verstehen ermöglichen. Eine psychoanalytische Hypothesenbildung ist demnach auch jenseits des klassischen Settings möglich. Der Begriff des *szenischen Verstehens* trägt diesem Verständnis, wonach individuelle Konflikte sich in der aktuellen Szene niederschlagen, Rechnung.

Psychoanalytisch orientierte Kurzzeitinterventionen beruhen auf der paradoxen Notwendigkeit, ein normalerweise langfristig ausgerichtetes Verstehen auch innerhalb eines kurzen Zeitrahmens zu ermöglichen. In wenigen Erstgesprächen muss die sich entfaltende Übertragung zwischen Eltern, Kind und Therapeut wahrgenommen werden; gleichzeitig müssen ein Gespräch mit den Eltern geführt, die sich andeutende Gegenübertragung reflektiert und die Mitteilungen des Kindes durch sein Verhalten, Spiel und Zeichnen aufgenommen und verstanden werden. Louise Emanuel bezeichnet diesen Prozess als »eine langsame Entfaltung, aber mit doppelter Geschwindigkeit« (Emanuel, 2011, S. 218). Eine Kurzzeittherapie stellt den Therapeuten vor die besondere Herausforderung, den diagnostischen Prozess zu beschleunigen, ohne seine Fähigkeit zur »Träumerei« (»revêrie«; Bion, 1962a, S. 84) durch dieses »Tempo« zu beeinträchtigen. Er muss gleichzeitig afokales psychoanalytisches Arbeiten leisten, damit sich unbewusste Konflikte szenisch evident zur Entfaltung bringen können, und unter Anwendung einer fokalen Technik dieses afokale Material relativ rasch durch die Formulierung eines Fokus, der als psychodynamische Hypothese dient, bündeln.

Der Fokus (Lateinisch: Feuer, Glut, Herd; daraus abgeleitet »Brennpunkt«) dient im Rahmen der psychoanalytischen Kurzzeittherapie für Kinder (PaKT) als zentrales erkenntnisleitendes Instrument (siehe Kap. 4.1). Im Rahmen der PaKT wird die Erarbeitung des Fokus als eine konzeptuelle Arbeit verstanden, die der Therapeut zu leisten hat, und mündet in die Formulierung einer psychodynamischen Hypothese. »Im Fokus wird der vordringlichste, der affektiv bedeutsamste, gegenwärtig wirksamste und therapeutisch am besten erreichbare psychische Konflikt dargestellt. Der Fokus sollte die Beschwerden so beschreiben, dass die gegenwärtigen Beschwerden und Symptome in Bezug zu den aktuellen Beziehungskonflikten und zugleich zu den lebensgeschichtlich bedeutsamen Beziehungserfahrungen gesetzt werden können« (Küchenhoff, 2005, S. 50).

Die Konzeption des psychoanalytischen Fokus ist eng mit dem Begriff des »szenischen Verstehens« in der psychoanalytischen Untersuchung verwoben. Erstmals konzeptualisierte Lorenzer das »szenische Verstehen« als Schlüsselbegriff in seiner Arbeit *Spracherstörung und Rekonstruktion* (Lorenzer, 1970). Er beschrieb mehrere Sprachebenen, aus denen sich für ihn folgende Verstehensebenen ergaben:

- logisches Verstehen des sachlichen Gehalts von Kommunikation und Interaktion als »Verstehen des Gesprochenen« (ebd., S. 138),
- psychologisches Verstehen des emotionalen Beziehungsgehalts als »Verstehen des Sprechers« (ebd.),
- szenisches Verstehen derjenigen Muster einer Szene, die die Lebensäußerungen mitorganisieren als »Verstehen der Situation« (ebd., S. 141).

Lorenzer bezeichnet das szenische Verstehen als

»Hauptweg des psychoanalytischen Verstehens(...). Es stützt sich auf die Mitteilungen des Patienten, nimmt also vor allem »logisches Verstehen« in seinen Dienst. Das szenische Verstehen verläuft analog dem logischen Verstehen und dem Nacherleben: Es wird im Analytiker gesichert durch ein Evidenzerlebnis« (ebd., S. 148).

Psychoanalytisches Verstehen konzentriert sich auf das Verstehen der in Szenen verborgenen Wünsche und Abwehrvorgänge. Die Tiefe der Bearbeitung des in einer Szene enthaltenen Materials ist nicht mit der Tiefe des Zugangs zu unbewussten Inhalten, wie sie in einer Langzeitbehandlung erfolgt, zu vergleichen. Auch die Übertragung entfaltet sich in einer Kurzzeittherapie nur begrenzt. Eine Fokalthherapie basiert auf den zentralen Komponenten der Terminierung, der sofortigen Bearbeitung der Abwehr, der Identifizierung des Aktualkonflikts und der Fokussierung auf denselben. Um die Komplexität des Fokus zu veranschaulichen, haben Malan (1965), Menninger und Holzmann (1958) sowie Klüwer (1983) Dreiecke verwendet (Klüwer, 2005). Es sind dies das Dreieck der Abwehr (Konfliktebene), das Dreieck der Einsicht (Lebensgeschichte) und das Dreieck der Handlung (Subjekt-Objekt-Handlung).

Dreieck der Abwehr: Das erste Dreieck, das der Abwehr, veranschaulicht, dass eine psychoanalytische Fokalthherapie mit sofortiger Arbeit am aktuellen Konfliktthema ansetzt, indem sie die der Abwehr zugrunde liegende Angst erkennbar macht und dadurch das Abgewehrte freigibt. Die hier vorgenommene Formulierung des Fokus ist eine Deutung der Abwehrbewegung und ihres Inhalts. Sie wird vom Therapeuten anhand der ersten Szene in den Erstgesprächen unter Zuhilfenahme der in der Übertragungsbeziehung hervortretenden Konfliktodynamik entwickelt. An geeigneter Stelle wird sie dem Patienten mitgeteilt. Bis dahin dient sie dem Therapeuten erst einmal als innere Verständnishilfe.

Dreieck der Einsicht: Die zweite Ebene zentriert sich im Dreieck der Einsicht um den lebensgeschichtlichen Erwerb eines Konfliktmusters und dessen Aktualisierung in der aktuellen Übertragungsbeziehung.

Dreieck der Handlung: Die dritte Ebene konzentriert sich schließlich auf den *Handlungsdialog* (Klüwer, 2005). Dieser ereignet sich zwischen Therapeut und Patient als spezifische Form des Miteinander-verwickelt-Seins. Hierbei oszilliert die reflektive Funktion des Therapeuten zwischen szenischem Verstehen, bei dem der Therapeut aus dem aktuellen Verwickeltsein in der Interaktion mit dem Patienten reflektierend heraustritt, und dem Handlungsdialog, der notwendig ein Sichverstricken des Therapeuten, ein dosiertes Mitagieren nötig macht, damit ein Verstehen der Reinszenierung des Konflikts in der aktuellen

Übertragungskonstellation überhaupt möglich wird. Der Therapeut muss sich gewissermaßen mit dem Patienten verstricken lassen. Nur so, unter Zuhilfenahme der Reflexion seiner Gegenübertragungsgefühle, kann ein reflektierendes Verstehen der Handlung und des sich in ihr szenisch wiederholenden Konflikts möglich werden.

Ziel der PaKT ist es, durch Einbeziehung dieser drei Dreiecke ein komplexes Problemverständnis zu erreichen. Die Verknüpfung von Vergangenheit und Gegenwart in der Fokusformulierung führt zu einem emotionalen Evidenzerleben. Es ist wichtig festzuhalten, dass das Konzept der psychoanalytischen Fokalthherapie zunächst im Bereich der Erwachsenentherapie entwickelt wurde. In einigen Veröffentlichungen wurde das Fokuskonzept auf den Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie angewandt. Chethik kam in seinen Überlegungen zur Indikation einer fokussierten Behandlung bei kindlichen Entwicklungskrisen zu dem Ergebnis, dass am ehesten Kinder und Jugendliche, bei denen ein ödipaler Konflikt abgrenzbar ist und eine neurotische Struktur vorliegt, von einer Fokalthherapie profitieren (Chethik, 1989). Für diesen eher auf das neurotische als auf das strukturelle Störungsspektrum bezogenen Indikationsbereich sprechen auch die Ergebnisse der Frankfurter Fokalthepiekonferenzen am Frankfurter Institut für Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie, die Jongbloed-Schurig (2001) zusammenfasste. Einen ausführlichen Überblick über den aktuellen Stand der Forschung zur Fokalthherapie im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie legte Windaus (2006, 2007b) vor.

Der Fokus stellt einen bewusstseinsfähigen aktualisierten Kernkonflikt dar. Dabei, dies ist festzuhalten, ist er immer auch eine Auswahl aus einer Vielzahl von Deutungsmöglichkeiten. Er verbindet fokale und afokale Elemente des psychoanalytischen Arbeitens miteinander. Er bündelt oder *fokussiert* das Material, das nur durch afokale Elemente des psychoanalytischen Settings gewonnen werden kann. Die Unstrukturiertheit der freien Assoziation bzw. des freien Spiels beim Kind ist notwendige Bedingung für die Strukturierung, die durch die Fokusformulierung erreicht wird. Jede Deutung ist eine Strukturierung, eine Bündelung psychischen Materials zum Zweck des Verstehens. Für die Mitteilung des Fokus an den Patienten ist es von Bedeutung, die Fokusformulierung so zu wählen, dass sie sich einer alltagsnahen Sprache bedient.

Während der Behandlung des Kindes ist die Gefahr des Mitagierens im freien Interaktionsspiel groß. Hier kommt es darauf an, nicht einfach mit dem Kind zu spielen, sondern zwischen einem Sich-hineinziehen-Lassen in die spezifische Weise, wie der Patient seinen zentralen Konflikt handelnd mit dem Therapeuten aktualisiert, und einem Heraustreten aus der Szene, um das Handeln zu verstehen und nicht im Mitagieren unterzugehen, zu »oszillieren«.

Fazit für PaKT: Für die Mitteilung des Fokus an den Patienten ist es von Bedeutung, die Fokusformulierung in einer alltagsnahen und entwicklungsgerechten Sprache vorzunehmen. Nur so kann sich für das Kind und seine Eltern eine emotionale Evidenz in Bezug auf sein inneres Erleben herstellen.

Wie in der klassischen Deutungstechnik wird auch bei der Fokusformulierung der Konflikt oder das Thema angesprochen, das gerade im Hier und Jetzt als am relevantesten, d. h. am aktuellsten erscheint. Die Behandlung konzentriert sich dann

im Folgenden auf die Ausarbeitung des in der Fokusformulierung gebündelten übergeordneten Konfliktthemas, während in einer auf einen langen Zeitraum ausgerichteten kinderanalytischen Behandlung immer wieder neue Konfliktthemen aufgegriffen werden, ohne dass die Tendenz zur Fokussierung besteht.

III. Behandlungspraktischer Teil – Psychoanalytische Kurzzeittherapie für Kinder (PaKT)

Psychoanalytische Verfahren haben in der Geschichte der Kinderpsychiatrie und -psychotherapie eine lange Tradition. Im kinderpsychiatrischen Versorgungsalltag tragen Kurzzeittherapien dabei der Notwendigkeit Rechnung, einer großen Anzahl von Kindern mit psychischen Störungen frühe therapeutische Hilfe anzubieten. Als Kurzzeittherapie wird im Rahmen der bundesdeutschen Psychotherapie-Richtlinien eine »auf 25 Stunden begrenzte Behandlung, die als *Kurz-, Fokal-, oder dynamische Psychotherapie*, unter Umständen auch als *tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie* durchgeführt werden kann« (Dreyer & Schmidt, 2008, S. 279), bezeichnet. Die Fokaltherapie gilt in den Richtlinien als eine »Sonderform der *tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie*, bei der ein Fokus formuliert und mit dem Patienten in 25 Sitzungen durchgearbeitet wird« (ebd., S. 278). Die erste Fokaltherapie wurde von Balint (Balint, Ornstein & Balint, 1973) entwickelt und in Deutschland von Klüwer (Klüwer, 2005) weiterentwickelt.

Im Folgenden soll zunächst eine Übersicht über das Behandlungskonzept PaKT gegeben werden, bevor Überlegungen zu den Behandlungsvoraussetzungen aufseiten von Eltern und Kind und den Voraussetzungen in Bezug auf Setting und Behandlungsrahmen angestellt werden. Es folgt eine Darstellung der Strukturdiagnostik im Rahmen der PaKT, bevor eine detaillierte Darstellung des Behandlungsansatzes der PaKT – illustriert anhand von Fallbeispielen (Kapitel 4.1) – den Kern des behandlungspraktischen Teils des vorliegenden Manuals bildet. Abschließend wird ausführlich dargestellt, wie die Übertragung in der psychoanalytischen Kurzzeittherapie »gehandhabt« wird, welche Bedeutung der infantilen Sexualität im therapeutischen Prozess zukommt sowie wie die Elternarbeit abläuft.

3. Das psychotherapeutische Konzept

3.1 Übersicht

Die manualisierte psychoanalytische Kurzzeittherapie für Kinder von vier bis zehn Jahren (PaKT) integriert neben der klassischen Kinderanalyse die Konzepte der Triebpsychologie sowie der Objektbeziehungstheorie und verknüpft sie mit dem konfliktzentrierten Vorgehen der Fokaltherapie (Klüwer, 2005). PaKT folgt darüber hinaus den Praxis-Parametern, die von der American Association of Child and Adolescent Psychiatry formuliert wurden (P. Kernberg et al., 2012).

PaKT umfasst 20 bis 25 psychotherapeutische Sitzungen in wechselnden Settings (Eltern-Kind, Kind alleine, Eltern alleine), in welchen ein dem Symptom zugrunde

liegendes Beziehungsthema erarbeitet und bearbeitet wird. Dieses Beziehungsthema stellt als psychodynamische Hypothese des Aktualkonflikts den Fokus der Behandlung dar. Dieser psychodynamische Fokus wird anhand eines systematisierten Leitfadens unter Berücksichtigung der Informationen aus verschiedenen Informationsquellen als »Triangle of Psychodynamic Constellations« (ToP, siehe Kapitel 4.1) konzipiert. Ausgehend vom Material der ersten fünf Stunden werden psychodynamische Hypothesen formuliert, in welche die drei Ebenen des Dreiecks *Beziehungssymptom*, *Therapeutin-Kind-Eltern-Beziehung* und *Material des Kindes* integriert werden. Der angestrebte psychodynamische Fokus »Triangle of Psychodynamic Constellations« dient als Erkenntnishilfe, wie die komplexen verbalen und non-verbalen Informationen, die von den Eltern, dem Kind und aus der eigenen analytischen Wahrnehmung kommen, so integriert werden können, dass ein Verständnis des Symptoms des Kindes als ein Beziehungsthema mit zugrunde liegenden unbewussten Konflikten möglich wird. In alle der dargestellten Beschreibungsebenen (*Beziehungssymptom*, *Therapeutin-Kind-Eltern-Beziehung*, *Material des Kindes*) geht unmittelbar die Gegenübertragung der Therapeutin als wichtiges Erkenntnisinstrument ein. Durch die eigene Resonanz werden ihr Erleben, Verstehen und therapeutisches Handeln maßgeblich beeinflusst. Der Therapieprozess in den Sitzungen mit dem Kind dient dazu, dessen zentralen Konflikt in freiem Spiel mit ihm zu verstehen und zu bearbeiten. Je nach Strukturniveau des Kindes werden ergänzend mentalisierungsfördernde Techniken angewandt (Verheugt-Pleiter et al., 2008).

Begleitende Elternarbeit soll die Eltern-Kind-Beziehung verbessern, die elterliche Feinfühligkeit sowie die Mentalisierung der Eltern in Bezug auf ihr Kind fördern.

3.1.1 Wirkfaktoren von PaKT

Der kinderanalytische Ansatz von PaKT zielt darauf, die im Rahmen des Internalisierungsprozesses gegen das Selbst gewandte Aggression in gemeinsamer psychischer Arbeit kennenzulernen und sie bewusztzumachen. So kann das Kind zunehmend auf symbolischer Ebene einen Zugang zu Mangel, Verlust und Enttäuschung finden, die der gegen das Selbst gewandten Aggression zugrunde liegen. Wir gehen davon aus, dass der Mangel und die Enttäuschung gegenüber dem Objekt auch in der Übertragungssituation ihren Ausdruck finden werden. Die Übertragungsbeziehung eröffnet dem Kind die Möglichkeit einer besseren Lösung des Konflikts. Wichtig ist, dass es ein Gegenüber erlebt, das auf seine Aggression nicht mit Gegenaggression oder Kontaktabbruch reagiert. Die Therapeutin versucht, durch die triadische Position eine Verstehensebene einzuführen, die dem Kind dabei helfen soll, Aggression auf symbolischer Ebene auszudrücken. Dies kann in der psychotherapeutischen Behandlung depressiver und ängstlicher Kinder zu einer flexibleren Abwehr, weniger Selbstvorwürfen und weniger Hemmung der vitalen Lebensausdrücke führen. Der Ablauf der psychotherapeutischen Behandlung mit PaKT wird in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1: Die Therapiephasen der PaKT

<ul style="list-style-type: none">• Erstgespräch (5 Sitzungen, Anfangsphase): <i>Sitzung 1:</i> im Eltern-Kind-Setting (Gegenstand der Sitzung: Was führt Eltern und Kind zur Therapeutin? Definition des Problems aus der Sicht der Beteiligten; psychoanalytisches Verstehen der »Szene« der ersten Begegnung, Beobachten der Eltern-Kind-Interaktion) <i>Sitzung 2–3:</i> im Eltern-Therapeutin-Setting (psychodynamisch orientierte Erhebung der Anamnese des Kindes, Biografie der Eltern, Berücksichtigung der Kohärenz vs. Inkohärenz der elterlichen Narrative über das Kind und die eigene Biographie) <i>Sitzungen 4–5:</i> im Therapeutin-Kind-Setting, szenisches Verstehen, freies Spiel mit dem Kind <p>Die Reihenfolge von Elterngesprächen und Sitzungen mit dem Kind kann auch alternierend sein.</p> <ul style="list-style-type: none">• Integration des Materials zu einer <i>psychodynamischen Hypothese, ToP (Triangle of Psychodynamic Constellations)</i>, nach der 5. Sitzung: <i>Fokusformulierung als Beziehungsthema</i>• Die vom Therapeuten angestrebte psychodynamische Hypothese entlang des <i>ToP</i> hilft ihm, die komplexen Informationen, die ihm Eltern und Kind liefern, und die Resonanz, die diese in ihm erzeugen, so zu integrieren, dass ein Verständnis des Symptoms als Ausdruck eines Beziehungsthemas bzw. Beziehungskonfliktes mit den zugrunde liegenden widerstreitenden intrapsychischen und interpersonellen unbewussten und vorbewussten Wünschen möglich wird.• <i>Elternarbeit</i> im Eltern-Therapeutin-Setting zur Erarbeitung, Vermittlung und Verarbeitung des Fokus als Beziehungsthema zwischen Eltern und Kind; Stärkung der Elternfunktion: Sitzungen (2, 3) 6, 10, 14, 18, 22• <i>Therapeutische Arbeit mit dem Kind</i> (Durcharbeiten des Fokus) z. B. im freien Spiel: Sitzungen (4, 5) 7, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 23, 24, 25
--

3.1.2 Fokalkonferenz

Für Therapeuten in Ausbildung bzw. in der Phase des Erlernens der PaKT empfehlen wir, nach den Sitzungen 5, 10, 15, 20 sogenannte »Fokalkonferenzen« (Klüwer, 2005) in einer Supervisionsgruppe durchzuführen. In diesen wird der Therapeutin in einem gemeinsamen Reflexionsprozess geholfen, den Fokus zu erarbeiten, es werden die psychodynamische Hypothese generiert und im Verlauf der Therapie die Manualtreue und Fokusformulierung evaluiert und gegebenenfalls modifiziert.

3.2 Überlegungen zur Indikation

Vorschulkinder oder junge Schulkinder werden häufig nicht einer psychotherapeutischen Behandlung zugeführt, obwohl sie in ihrer psychoemotionalen Entwicklung durch die Symptomatik doch deutlich beeinträchtigt sind. Dies liegt oftmals daran, dass Eltern, Erzieher und Kinderärzte nur schwer einschätzen können, ob das problematische Verhalten eines Kindes bereits Ausdruck psychischer Symptome oder Störungen ist oder nicht. Oft hoffen die Eltern, dass diese Probleme eine normale Folge von Entwicklungsschritten sind und sich noch »auswachsen« werden.

3.2.1 Behandlungsvoraussetzungen

Die Diagnose einer behandlungsbedürftigen, entwicklungshemmenden psychischen Störung des Kindes ist Voraussetzung für die Anwendung von PaKT. Eine Behandlung mit PaKT ist für Kinder geeignet, die emotionale Probleme wie Angst und Depression haben, auch wenn diese zunächst latent hinter primären Verhaltensproblemen in Erscheinung treten.

In der Phase der Indikationsstellung geht es nicht allein darum, die Therapienotwendigkeit, -fähigkeit und -bereitschaft des Kindes einzuschätzen, sondern ebenso darum zu evaluieren, ob die Eltern die Bereitschaft und Fähigkeit haben, ein verlässliches, vertrauensvolles Arbeitsbündnis mit der Therapeutin einzugehen. Um dieses zu erreichen müssen bei Therapiebeginn bestimmte »äußere« und »innere« Bedingungen gegeben sein. Eine wichtige Voraussetzung für die Therapie ist, dass die Eltern die psychische und physische Getrenntheit ihres Kindes zulassen und bereit sind, Veränderungen anzustreben und auch zu ertragen.

3.2.1.1 »Äußere« Voraussetzungen

Behandlungsvoraussetzungen aufseiten der Eltern: Eine wichtige Voraussetzung ist, dass die grundlegenden emotionalen und körperlichen Bedürfnisse des Kindes nach Schutz, Zuwendung und Unversehrtheit von den Eltern ausreichend befriedigt werden. Auch der Kindergarten- oder Schulbesuch muss gewährleistet sein, damit sinnvoll im ambulanten kinderanalytischen Setting gearbeitet werden kann.

Da die Kinder in der Regel den Weg zur Therapie nicht allein bewältigen können, ist es darüber hinaus wichtig, dass die Eltern in der Lage und bereit sind, das Kind regelmäßig zu einem festen wöchentlichen Termin zu den Therapiesitzungen zu bringen. Dabei sind die Verlässlichkeit und Zuverlässigkeit der Eltern – dass sie sich an diese Rahmenbedingungen halten – unabdingbare Voraussetzung für PaKT.

Elterliche Streitigkeiten um Sorge- und Umgangsrecht: Gegen eine Behandlung mit PaKT spricht, wenn sich Eltern bei Trennung oder Scheidung noch auf keine Regelung zu Sorge- und Umgangsrecht geeinigt haben. Es ist notwendig, dass die äußeren Bedingungen, in denen das Kind aufwächst, nicht von Streitigkeiten oder Unstimmigkeiten der Eltern in Bezug auf das Sorgerecht oder das Umgangsrecht geprägt sind. Allzu schnell kann die Behandlung zu einem »Schauplatz von Kämpfen« werden, auf dem die elterlichen Konflikte ausgetragen werden. Sollte ein Sorgerechts- oder Umgangsrechtsstreit vorliegen, besteht die Gefahr, dass die Therapie bzw. die Therapeutin für die Durchsetzung der Interessen eines Elternteils instrumentalisiert wird, statt gemeinsam mit der Therapeutin über das Kind zu reflektieren. Deshalb gilt die Regel: Zuerst muss das Sorge- und Umgangsrecht geklärt und entschieden sein und dann kann die Therapie beginnen.

Behandlungsvoraussetzungen aufseiten des Kindes: Wenn ein Kind neben emotionalen Problemen auch zu aggressivem Verhalten neigt, so dass es sich selbst oder andere Kinder gefährdet, sollte zunächst geklärt werden, ob der pädagogische Rahmen, in welchem das Kind lebt, ausreichend Unterstützung bei der Impulsregulation bietet. Wenn ein Kind neben emotionalen Problemen auch aggressives Verhalten zeigt, sollte es ihm möglich sein, impulsive Ausbrüche im schulischen oder häuslichen Rahmen mithilfe begrenzender Interventionen vonseiten der Eltern oder Erzieher zu regulieren. Bei desorganisierten, durch das Kind nicht regulierbaren destruktiven Wutanfällen sollten die Eltern zunächst nachhaltig darin unterstützt werden, ihrem Kind ausreichenden pädagogischen Halt zu gewähren.

3.2.1.2 »Innere« Voraussetzungen

Behandlungsvoraussetzungen aufseiten der Eltern: Wichtig ist, dass die Sorge um das Kind und die Empathie mit ihm bei den Eltern größer sind als der bloße Wunsch, das Kind möge möglichst rasch angepasst und symptomfrei »funktionieren«. Nicht selten erlebt die behandelnde Therapeutin Eltern, die auf das Verhalten ihres Kindes abwertend und voller Unverständnis für es reagieren. Oft drückt diese Reaktionsweise eine Tendenz aus, unbewusste Schuldgefühle zu externalisieren und dem Kind allein die Schuld für seine Probleme zuzuweisen. Wenn das Kind beispielsweise unkoordiniert und unmotiviert spielt oder oppositionell auf die Eltern reagiert, äußern sich manche Eltern abfällig über es und versuchen sich so mit der Therapeutin gegen ihr Kind zu verbünden. Solche verzerrenden und abwertenden Haltungen sind oft Ausdruck primitiver Abwehrmechanismen wie Externalisierung und Projektion. Es ist eine wichtige Voraussetzung für PaKT, solche von Unverständnis und einer Abwertung des Kindes geprägte Haltungen der Eltern in einer Vorbereitungsphase zu modifizieren und das Verständnis der Eltern für die psychischen Zustände zu fördern, die dem Verhalten des Kindes zugrunde liegen. Hierzu kann einer Behandlung mit PaKT ein sogenanntes Elternmodul vorgeschaltet werden.

Elternmodul

In manchen Fällen sind die genannten elterlichen Voraussetzungen für PaKT nicht ausreichend vorhanden. Ein unmittelbarer Beginn mit PaKT erscheint insbesondere in folgenden Situationen nicht als indiziert:

1. Die Eltern können nicht zulassen, dass das Kind in Einzelsitzungen zur Therapeutin kommt
2. Schuldzuweisungen und Vorwürfe überwiegen und verhindern die Möglichkeit gemeinsamer Besorgnis.
3. Der Neid auf das Kind und/oder die Therapeutin steht einem gemeinsamen Verstehen zu sehr im Wege.
4. Dass sich zwischen Kind und Therapeutin eine Beziehung entwickelt, würde bei den Eltern ein zu intensives Gefühl von Ausgeschlossenheit und damit Angst verursachen (zu geringe triadische Kompetenz, „zersplitterte Triade“; vgl. Göttken & von Klitzing, 2013).
5. Der Drang, dass die Symptome beseitigt werden müssen, ist so stark, dass ein Verstehen der Bedeutungen der Symptome nicht möglich ist.

In solchen Situationen kann die Untersucherin in mehreren Elterngesprächen, die PaKT vorgeschaltet werden, herausfinden, ob eine Verbesserung der Voraussetzungen mit den Eltern erarbeitet werden kann. Hierbei ist es wichtig zu beobachten, wie die Eltern auf erste Deutungen, die die Therapeutin formuliert, ansprechen. Wie reagieren die Eltern beispielsweise, wenn die Therapeutin mögliche Erklärungen für das problematische Verhalten des Kindes anbietet? Lassen die Eltern daraufhin erkennen, dass sie an einem Zugang zu dieser Verständnisebene interessiert sind? Lassen sie sich auf diese Art von Diskurs ein?

Lassen die Eltern in den Erstgesprächen keinerlei Bemühungen erkennen, das Kind besser zu verstehen und erwarten sie ausschließlich Ratschläge und Verhaltensanweisungen, wie das Verhalten des Kindes möglichst direkt beeinflusst werden kann, ist zunächst eine intensive Arbeit mit ihnen nötig, um die Voraussetzungen für PaKT überhaupt zu schaffen. In einem solchen Fall kann man versuchen, die Voraussetzungen aufseiten der Eltern in weiteren Gesprächen mit ihnen zu verbessern; nach einigen Sitzungen kann man überprüfen, ob sich die Fähigkeit und Bereitschaft der Eltern für das Vorgehen nach PaKT im Verlauf dieser der Therapie vorgeschalteten Elterngespräche verbessert haben.

Ein solches vorgeschaltetes Elternmodul kann häufig sinnvoll sein, wenn die Voraussetzungen für ein psychoanalytisch orientiertes Arbeiten noch nicht ausreichen, aber ausbaufähig sind. Es hat auch den Vorteil, dass sich die Eltern in ihren Sorgen und Nöten ernst genommen fühlen und sie mit der Therapeutin ein Bündnis eingehen. Eltern, die selbst aufgrund eigener Probleme sehr bedürftig sind, neigen es dem Kind oft, dass es viel Zuwendung und Hilfe durch die Therapeutin erhält, welche ihnen selbst, ihrem Gefühl nach, vorenthalten wird. Besonders bei Eltern, die selbst strukturelle Defizite aufweisen, ist solch eine vorbereitende Phase von Elterngesprächen sinnvoll, um solche unbewussten Neidgefühle dem Kind gegenüber im Vorfeld abzumildern.

Wichtig ist, dass die Eltern ein Interesse dafür aufbringen können, was ihr Kind

innerlich beschäftigen mag, und bereit sind, darüber nachzudenken. Selbst wenn sie allein nur schwer in der Lage sind, über diese inneren mentalen Prozesse des Kindes zu reflektieren, sollten sie durch die Hilfe der Therapeutin im Rahmen des Elternmoduls in der Lage sein, ein Interesse an diesen Themen erkennen zu lassen. Nur bei einer aktiven Mitarbeit der Eltern und wenn diese für ein Arbeitsbündnis gewonnen werden können und bemüht sind, gemeinsam eine Verbindung zwischen problematischem Verhalten des Kindes und dessen inneren psychischen Prozessen herzustellen, kann eine Behandlung mit PaKT sinnvoll durchgeführt werden.

Sollten diese Voraussetzungen nach einem vorgeschaltetem Elternmodul nicht gegeben sein, sollte zunächst eine Behandlung angestrebt werden, die den Familien hilft, ihre aktuellen Probleme auf interpersoneller Ebene zu bewältigen, wie z. B. psychoedukative Beratung oder Erziehungsberatung der Eltern, die auf die Förderung der Eltern-Kind-Interaktion zielt und dabei den Eltern hilft, dem Kind einen pädagogischen Rahmen zur Verfügung zu stellen. Des Weiteren sollte bei Familien, die für diese Form der Förderung der pädagogischen Kompetenz zur Lösung interpersoneller Konflikte eine strukturgebende, »haltende Umwelt« (Winnicott) benötigen, eine stationäre oder tagesklinische kinderpsychiatrische Behandlung in Erwägung gezogen werden.

Triadische Kompetenz der Eltern: Die folgenden Überlegungen basieren auf Ergebnissen der longitudinalen Entwicklungsforschung zu den Themen »frühe Elternschaft« und »Entstehung der Eltern-Kind-Beziehung«, die von der Arbeitsgruppe um von Klitzing und Bürgin durchgeführt wird (von Klitzing et al., 1999a, b, von Klitzing & Bürgin, 2005, von Klitzing & Stadelmann 2011). In psychodynamischen Interviews mit werdenden Eltern wurde die Fähigkeit untersucht, das kommende Kind als Drittes in die partnerschaftliche Beziehung zwischen ihnen einzubeziehen. Als *triadische Kompetenz* (triadic capacity) wurde die Fähigkeit von Eltern bezeichnet, eine intensive Beziehung zu ihrem Kind zu entwickeln (sei es in inneren Bildern oder in der Realität), in welche der andere Elternteil einbezogen werden kann, ohne dass dabei Ausschluss Tendenzen dominieren. Dazu gehört auch, dass die intime elterliche Partnerschaft sich weiterentwickeln kann, auch wenn das Kind als Drittes in die Familie integriert wird. Eine Mutter mit hoher triadischer Kapazität kann anerkennen, dass der Vater zum Kind auch eine wichtige Beziehung entwickelt, ohne dass bei ihr die Ängste vor dem eigenen Ausgeschlossenheit zu groß werden. Ein Vater mit hoher triadischer Kapazität erkennt die Bedeutung der Mutter an, ohne sich selbst aus der Beziehung zwischen Mutter und Kind auszuschließen.

In der Forschung konnten folgende fünf Dimensionen der triadischen Kompetenz herausgearbeitet werden, welche sich in empirischen Untersuchungen als valide und für die Entwicklung des Kindes und der Familienbeziehung prädiktiv erwiesen haben:

- (1) *Partnerschaftsqualität:* die Fähigkeit in der partnerschaftlichen Beziehung, die Selbst- und Objektgrenzen so zu wahren, dass die Familienbeziehung nicht von projektiven Verzerrungen geprägt wird. Das Subjekt kann innere Ambivalenz in sich halten und muss nicht eigene abgewehrte und gehasste Anteile des Selbst auf

das Gegenüber projizieren. Intrapsychische Konfliktkonstellationen neigen nicht dazu, ins interpersonale Agieren verschoben zu werden. Solche offenen und flexiblen Selbst- und Objektgrenzen sind deshalb für die Elternschaft so wichtig, weil mit ihrer Hilfe vermieden wird, dass das Kind ins Projektionsfeld der elterlichen Verzerrungen gerät.

- (2) *Flexibilität*: die Fähigkeit, die Beziehung zum Kind und insbesondere die Vorstellung vom Kind (das Kind »im Kopf« [Soulé, 1983]) flexibel zu gestalten. Diese Konstellation beschreibt, dass Eltern schon während der Schwangerschaft, aber dann auch im weiteren Verlauf reichhaltige innere Bilder von ihrem (zukünftigen) Kind entwickeln, ohne das Kind dabei rigide festzulegen. Diese Flexibilität von Vorstellungen führt dazu, dass die Kinder in ihren Eltern lebendige Beziehungspartner finden und dabei aber trotzdem eine Autonomie der eigenständigen Entwicklung entfalten können.
- (3) *Triangularität*: die Fähigkeit, in die inneren Bilder und Phantasien vom Kind den jeweils anderen Elternteil mit einzubeziehen, d. h. sich lebendig vorzustellen, mit dem Kind in Beziehung zu treten, diese Beziehung phantasmatisch auszuschnücken, dabei aber den Dritten einzubeziehen.
- (4) *Dialogfähigkeit*: die Fähigkeit zum Dialog unter den Eltern über das Kind, wobei unter »Dialog« nicht nur der kognitive Austausch, sondern auch der emotionale Austausch im Sinne des Spitzschen Dialogbegriffs (Spitz, 1988) verstanden wird, also ein lustvoller zirkulärer Prozess zwischen den Dialogpartnern.
- (5) *Transgenerationale Kohärenz*: die Fähigkeit von Eltern, die Elternschaft in eine lebendig erinnerte transgenerationale Beziehungskontinuität einzubetten. Die Beziehungen zu den eigenen Eltern mit all ihren Vor- und Nachteilen werden lebendig erinnert. Ambivalenzen müssen nicht abgespalten werden: Mit positiven Vorbildern kann man sich identifizieren, und gleichzeitig können auch kritische Sichtweisen auf die eigenen Eltern entwickelt werden, ohne dass dabei eine Verteufelung entsteht und das Kind so in ein transgenerationales Spannungsfeld kommt.

Fallbeispiel: Kristin, 7 Jahre – Bearbeitung triadischer Problemstellungen im Laufe einer gelungenen PaKT-Therapie

Die 7-jährige Kristin ließ sich nur zögerlich auf die Stunden mit ihrer Therapeutin ein. Nach und nach gelang es den beiden aber, miteinander positiv in Beziehung zu treten und mittels gemeinsamen Malens einen Zugang zu Kristins Innenwelt zu entwickeln. Kristin blühte zunehmend auf und hatte vermehrt Freude an den Stunden, lachte und war gar nicht über das Ende der jeweiligen Stunde begeistert. Trotzdem erhielt die Therapeutin mehrere E-Mails von der Mutter, in welchen diese mitteilte, dass Kristin jedes Mal großen Widerstand zeige, in die Therapie zu kommen. Sie sage: »Lieber sterbe ich, als dort wieder hinzugehen.« Die Therapeutin war zunächst verwirrt, weil dieser Widerstand und diese Abneigung gar nicht ihrem Eindruck aus den Therapiestunden entsprachen. Sie bat die Mutter, Kristin gegenüber transparent zu machen, dass sie der Therapeutin diese Information gegeben hatte. Hier zeigte die Mutter zunächst größeren Widerstand und empfand ein solches Vorgehen als einen Vertrauensbruch gegenüber ihrem Kind. Sie traute sich nicht, Kristin zu erzählen, dass sie der Therapeutin die Information gegeben hatte.

Dieses Thema wurde in mehreren Elterngesprächen auch unter Einbeziehung des Vaters

aufgegriffen. Die Therapeutin erklärte den Eltern, dass sie ja Kristins Widerstand gegen die Therapie gar nicht bearbeiten könne, wenn sie diese Information von der Mutter als ein Geheimnis bewahren müsse. Dies sah die Mutter ein und informierte ihre Tochter über diesen Dialog mit der Therapeutin und darüber, dass sie dieser Kristins Äußerungen über die Therapiestunden mitgeteilt hatte. Kristin reagierte darauf mit Scham, Wut und einem erhöhten Widerstand dagegen, in die Sitzung zu kommen. Trotzdem gelang es den Eltern, Kristin jedes Mal von neuem davon zu überzeugen, in die Therapie zu gehen, wo dann wieder die beschriebenen Malspiele stattfanden, die Kristin sehr viel Freude bereiteten.

In der gemeinsamen Arbeit, sowohl mit dem Kind als auch mit den Eltern, konnte verstanden werden, dass Kristin die Beziehung zur Therapeutin im Grunde genommen als einen Verrat an der Mutter verstand und phantasierte, die Mutter hielte es nicht aus, dass sie es bei der Therapeutin so gut habe. Also erzählte sie der Mutter, wie ungern sie zur Therapeutin ging. Das Kind ging in seiner Phantasie zeitweise mit der Mutter ein Bündnis gegen die Therapeutin ein, um Angst- und Schuldgefühle, die im Rahmen der Triade auftauchten, zu begrenzen. Gleichzeitig ging die Mutter mit der Therapeutin ein Bündnis gegen das Kind ein, indem sie der Therapeutin E-Mails mit Informationen schrieb, aus denen wiederum Kristin ausgeschlossen war. Erst als die Therapeutin darauf bestand, dass solche Geheimnisse ungünstig seien und dass es möglich sei, die zwischen der Mutter und der Therapeutin laufenden Informationen für das Kind transparent zu machen, wurde das triadische Feld geöffnet, auch wenn dies für Kristin mit schmerzhaften Gefühlen verbunden war. Am Ende konnten die Eltern sagen, sie glaubten, dass die Therapie eigentlich sehr wirksam sei, weil Kristin so emotional auf sie reagiere. Auch konnten die Eltern die beiden Seiten Kristins, nämlich einerseits die Freude an der Therapie und andererseits ihre Angst vor dieser, verstehen lernen und ihr bei der Integration helfen.

Als die Therapeutin gegen Ende der Behandlung Kristin fragte, ob sie nun das Ende herbeisehne oder eher Angst davor habe, sagte Kristin: »Von beidem ein bisschen!« Sie konnte also ihre Ambivalenz sehen, dass sie einerseits wirklich gerne noch weiter zur Therapeutin kommen wollte, weil sich eine tiefe Beziehung zur Therapeutin entwickelt hatte, und andererseits aber auch den Drang hatte, sich von der Therapeutin ab- und der geliebten Mutter zuzuwenden. Die Integration dieser beiden Beziehungsaspekte und der damit verbundenen inneren Ambivalenzen war sicher ein wichtiger Schritt zum Erfolg der Behandlung.

Triadische Konfliktkonstellationen sollen, sobald sie im Laufe einer PaKT-Therapie auftauchen, sofort angesprochen werden, und es sollen ganz konkret integrative Lösungen entwickelt werden; dazu gehört beispielsweise, ausgeschlossene Väter einzubeziehen, Geheimnisse und Bündnisse offen anzusprechen und aufzulösen sowie die Angstgefühle vor dem Ausgeschlossenensein in triadischen Konstellationen anzusprechen. Dies bedeutet aber auch, dass die eigene triadische Kapazität der Therapeutin – also die Fähigkeit, eine Beziehung zu einem Kind aufzubauen und doch zu akzeptieren, dass die Eltern als entscheidende Bezugspersonen für das Kind ebenfalls eine wichtige Bedeutung haben – eine wichtige Voraussetzung für PaKT ist.

Grundsätzlich sollte man sich in der diagnostischen Phase vor Behandlungsbeginn ein Bild von allen fünf Dimensionen der triadischen Kompetenz machen. Ein gewisses Maß an triadischer Kompetenz aufseiten der Eltern (und des Therapeuten)

ist eine Voraussetzung, um im PaKT-Setting therapeutisch arbeiten zu können. Sollte die triadische Kompetenz sehr gering ausgeprägt sein, muss versucht werden, in einem vorgeschalteten »Elternmodul« durch Eltern- und Familiengespräche eine Verbesserung zu erzielen. Schwer desintegrierte triadische Konstellationen zeigen sich beispielsweise in elterlichen Streitigkeiten um das Sorge- und Umgangsrecht nach einer Ehescheidung, in welchen die Beziehung des jeweils anderen Elternteils zum Kind nicht zugelassen werden kann. Das Kind gerät dann in ein Spannungsfeld zwischen den Eltern, und auch die Therapie droht in diesem Spannungsfeld zerrieben zu werden.

Behandlungsvoraussetzungen aufseiten des Kindes: Es sollte ein gewisses Maß an Symbolisierungsfähigkeit und eine ausreichende kognitive Leistungsfähigkeit vorliegen, um sinnvoll mit PaKT mit dem Kind arbeiten zu können. Es gibt Kinder, deren Spielfähigkeit zu Beginn einer Behandlung mit PaKT stark eingeschränkt ist. Oftmals ist es für diese besonders schwer, dem Therapeuten einen Zugang zu ihrer psychischen Innenwelt zu gewähren. Da wir Winnicott in der Annahme folgen, dass der intermediäre Raum des Spiels im Rahmen der PaKT nicht nur Mittel, sondern auch Ziel der Behandlung sein kann (siehe Kapitel 2.1.4), stellt ein gewisses Maß an Spielfähigkeit in der Beziehung zum Therapeuten eine Voraussetzung der PaKT dar. Hiermit ist kein fluides Als-ob-Spiel mit interpersoneller Bezogenheit gemeint, sondern allein die Fähigkeit des Kindes, aufgrund der Anwesenheit des Therapeuten in der Funktion eines Hilfs-Ichs eine interpersonelle Bezogenheit aufrechtzuerhalten und an einer gemeinsamen Fokussierung auf mentale Prozesse teilzunehmen. Es gibt Kinder mit schweren desintegrierten ich-strukturellen Pathologien, die zunächst den haltenden Rahmen einer stationären Psychotherapie benötigen. Auch ein gewisser Leidensdruck sollte bei den Kindern – wenn dieser auch im Vorschulalter nur schwach ausgeprägt und schwer verbalisierbar ist – vorliegen.

In der Zusammenschau zeigt sich demnach, dass die genaue Prüfung, ob eine Indikation für eine analytische Kurzzeittherapie vorliegt, eine unabdingbare Voraussetzung für den Therapieerfolg darstellt. Hierbei sollte sich die Therapeutin Zeit nehmen, um genügend prognostisch relevante Informationen über die Behandlungsvoraussetzungen aufseiten der Eltern zu gewinnen. Sollten zwei bis drei Elterngespräche im Rahmen der vorbereitenden Sitzungen hierfür nicht ausreichen, kann dem Beginn einer psychoanalytischen Kurzzeittherapie ein Elternmodul vorausgehen (in der Regel Sitzungen mit den Eltern allein).

3.2.2 Kontraindikationen

3.2.2.1 Risiken aufseiten des Kindes

Bei *tiefgreifenden Entwicklungsstörungen* wie dem Autismus oder Asperger-Autismus hat ein Vorgehen nach PaKT keine ausreichende Aussicht auf Erfolg. Ein

Kennzeichen dieser Störung ist ein tiefgreifender Mangel an sozio-emotionaler Gegenseitigkeit. Nonverbale Verhaltensweisen zur Steuerung zwischenmenschlicher Interaktion können von den betreffenden Kindern weder ausreichend eingesetzt noch verstanden werden. Um solche Störungen mittels psychoanalytischer Therapie anzugehen, sollte ein Setting mit einer höheren Stundenfrequenz und einer längeren Dauer gewählt werden.

Ebenfalls fehlen Kindern mit Entwicklungsbehinderungen im verbalen und/oder kognitiven Bereich die Voraussetzungen für eine PaKT. Kinder sollten für eine Behandlung mit PaKT mindestens einen IQ von 80 aufweisen. Auch beim Vorliegen von psychotischen Erkrankungen oder ausgeprägten reaktiven Bindungsstörungen sollte PaKT nicht angewendet werden. Kinder mit solchen Erkrankungen oder Störungen benötigen ebenfalls eine Langzeitbehandlung.

Bei Kindern die neben emotionalen Symptomen auch schwere desintegrierte externalisierende Symptome wie z. B. schwerwiegende dissoziale Entwicklungen zeigen, sollte PaKT ebenfalls nicht angewendet werden, da Frequenz und Dauer nicht ausreichend sind. Fonagy und Target (1994) konnten zeigen, dass nur 50 % der Kinder mit schwerer dissozialer Pathologie und einem hohem Ausmaß an Symptomen und Komorbiditäten durch eine Psychotherapie eine Symptomverbesserung zeigten. Sie schlussfolgerten, dass diese Kinder hochfrequente und langfristige ausgerichtete Behandlungen benötigen (Fonagy & Target, 1994, S. 45).

3.2.2.2 Risiken aufseiten der Eltern

Sorgerechtsstreit: Elterliche Streitigkeiten um das Sorge- und Umgangsrecht wurden im Zusammenhang mit triadischen Konfliktsituationen schon besprochen. Es besteht zudem die Gefahr, dass die Therapie bzw. die Therapeutin für die Durchsetzung der Interessen eines Elternteils instrumentalisiert wird, statt gemeinsam mit der Therapeutin über das Kind zu reflektieren.

Psychose eines Elternteils: Wenn ein Elternteil an einer Psychose wie z. B. einer paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie erkrankt ist, kann ebenfalls nicht sinnvoll mit PaKT gearbeitet werden. Es besteht in dieser Konstellation die Gefahr, dass es zu einer zu starken Verzerrung der Realität durch den Elternteil kommt. So ist es möglich, dass die Therapeutin in dessen Wahnsystem eingewoben und zum verfolgenden Objekt wird. Da wir bei PaKT intensive Elternarbeit anwenden, sollten die Eltern über die nötigen psychoemotionalen und kognitiven Voraussetzungen hierfür verfügen. Für die Behandlung von Kindern bei einer schwerwiegenden psychiatrischen Erkrankung eines Elternteils sind spezifische therapeutische Herangehensweisen indiziert (Siegenthaler et al., 2011; Wiegand-Grefe et al., 2011a, b).

Mentalisierungsstörungen der Eltern: Auch bei Eltern mit ausgeprägten strukturellen Störungen wie beispielsweise im Rahmen einer (möglicherweise bisher nicht

erkannten und nicht diagnostizierten) Persönlichkeitsstörung (z.B. einer narzisstischen, dissozialen oder Borderline-Persönlichkeitsstörung) kommt es häufig vor, dass der betroffene Elternteil einen verzerrten, paranoiden oder gelockerten Realitätsbezug hat und nicht ausreichend über die Fähigkeit verfügt, über innere mentale Zustände und Konflikte des Kindes zu reflektieren.

Da bei solchen Eltern häufig primitive Abwehrmechanismen, die die Realität stark verzerren, das psychische Funktionieren bestimmen, sollte zunächst, in den ersten Gesprächen mit den Eltern, sorgfältig geprüft werden, ob eine verlässliche und stabile Beziehung zur Therapeutin aufgebaut werden kann, mithilfe derer die Eltern ihre Sicht auf das Kind erweitern können. In solchen Fällen kann ein vorgeschaltetes *Elternmodul* der Behandlung mit PaKT vorangestellt werden (siehe Kap. 3.2.1). Häufig kann eine vertrauensvolle und verlässliche Beziehung zur Therapeutin Eltern mit Mentalisierungsstörungen dabei helfen, ihre verzerrte Wahrnehmung der Realität zu korrigieren. Sollten dennoch unreife Abwehrmechanismen bei den Eltern dominieren und die Persönlichkeitsstörung ausgeprägt sein, werden die Eltern möglicherweise auch nicht in der Lage sein, positive Effekte der Behandlung anzuerkennen.

3.2.2.3 Risiken aufseiten der Therapeutin

Eine wichtige Voraussetzung zur Arbeit mit PaKT aufseiten der Therapeutin ist es, dass sie – auf der Basis von ausreichend Selbsterfahrung, Supervision und Selbstfürsorge – dazu beitragen kann, dem Kind und seinen Eltern einen inneren psychischen Raum zur Verfügung zu stellen. Sollte die Therapeutin über längere Zeit (mehrere Wochen) diesen psychischen Raum nicht zur Verfügung stellen können, da sie selbst durch private Probleme und Konflikte oder eine nicht ausreichend in der Lehranalyse oder Selbsterfahrung bearbeitete psychische Störung beeinträchtigt ist, sollte eine Behandlung mit PaKT nicht begonnen werden. In besonderen Fällen können während einer Behandlung mit PaKT bei der Therapeutin depressive Symptome auftreten. Hier wäre dann durch eine ausführliche Supervision zu klären, was die Ursache dafür ist, dass die Therapeutin nicht mehr über ihren inneren Raum und ihre therapeutische Neutralität verfügt.

Triadische Kompetenz der Therapeutin: Eine besondere Voraussetzung für PaKT ist, dass die Therapeutin in der Lage ist, wechselseitige, triadische Beziehungen zu den Familienmitgliedern einzugehen und nicht ausschließlich eine Beziehung zum Kind herzustellen (siehe Kap. 2.2.2 und 3.2.1). Sollte die Therapeutin dazu nicht ausreichend in der Lage sein und vornehmlich dyadische Beziehungen entwickeln, sollte nicht mit PaKT gearbeitet werden (aber auch generell sollte diese Therapeutin keine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie durchführen). Es ist daher für Kindertherapeutinnen besonders wichtig, dass im Rahmen der Ausbildung in Lehranalyse, Kontrollanalyse und Supervision ihre triadische Kompetenz entwickelt wird.

3.3 Bevor die Therapie beginnt ...

3.3.1 Therapeutisches Equipment

Eine psychoanalytische Kurzzeittherapie benötigt in erster Linie eine festgelegte Zeit (50 Min.) sowie einen geschützten Raum, zu dem in der Zeit der Therapie niemand außer der Therapeutin und dem Patienten Zutritt hat. Für die Einhaltung und das Mitteilen des Settings ist die Therapeutin zuständig. Diese erklärt dem Kind vor der Behandlung, dass beide gemeinsam 50 Minuten gestalten werden (d. h. miteinander sprechen, spielen, zeichnen etc.) und dass sie dabei versucht, das Kind immer besser kennenzulernen. Es wird auf Freiheiten und Regeln hingewiesen, z. B.: »Es ist dir überlassen, was wir tun, ob wir spielen, sprechen oder schweigen. Es ist wichtig, dass wir beide uns nicht körperlich verletzen, darauf müssen wir beide achten.« Außerdem wird das Kind auf gewisse Tabuzonen im Behandlungszimmer hingewiesen, z. B.: »Ich möchte aber nicht, dass du an meinem Schreibtisch spielst, der ist nur für mich!« Es sollte darauf geachtet werden, dass keine zerbrechlichen, sehr wertvollen, empfindlichen oder potentiell gefährlichen Gegenstände im Zimmer aufbewahrt sind, an denen sich das Kind verletzen oder die kaputtgehen könnten. Es muss möglich sein, dass das Kind ausgelassen und wild spielt, z. B. wenn es seine aggressiven Impulse spielerisch ausdrücken will. Jedes Kind erhält einen Karton oder eine Schachtel, der bzw. die mit seinem Namen versehen ist und worin nach den Stunden alles aufbewahrt wird, was das Kind produziert hat. Das Kind darf seine Produkte am Ende der Behandlung aber auch mitnehmen.

Mögliche *Spielsachen* sind:

- Lego-Duplo-Haus mit Tieren (Hund, Katze, Kuh, Pferd) und
- Lego-Duplo-Spielfiguren (Mama, Papa, 4 Kinder, Oma und Opa),
- Handpuppe Fuchs und Elefant,
- Malzeug, Papier,
- Schnur, Klebstoff, Schere, Papier,
- Knet- oder Modelliermasse.

Die Dokumentation der Behandlung: Die Therapeutin sollte sich auf einen Dokumentationsstil festlegen. Dabei ist es ihr überlassen, wie sie – gemäß ihres individuellen Arbeitsstils und ihrer Vorlieben – vorgehen will: ob sie etwa während der Stunde Notizen macht oder nach den Stunden Gedächtnisprotokolle anfertigt. Nach unserer Erfahrung hat sich ein Dokumentationsstil bewährt, bei dem man wichtige Spiel- oder Beziehungsepisoden, Einfälle des Kindes oder eigene Deutungen sofort niederschreibt. Die Kinder empfinden dies häufig als störend, weil so ihr Spielfluss unterbrochen wird. Die Therapeutin wird dadurch zu einem »nicht so optimalen« Mitspieler. Es treten Verzögerungen im Spielfluss ein, die ihr aber Zeit und Ruhe zum Reflektieren und Verstehen geben. Wenn das Kind fragt: »Warum schreibst du alles mit?«, dann sollte ihm beispielsweise gesagt werden: »Alles, was du machst, schreibe ich auf, damit ich besser darüber nachdenken kann.«

3.3.2 Behandlungsvereinbarung

Am Anfang der Behandlung stellt sich für die Therapeutin auch die Frage, wie sie die Eltern über den Inhalt der Therapie informiert. Wichtig ist dabei, ihnen zu vermitteln, dass es um ein besseres Verstehen geht und dass die schnelle Beseitigung der Symptome nicht im Vordergrund steht, da diese Ausdruck von Schwierigkeiten sind, die es in der gemeinsamen Arbeit zunächst zu verstehen gilt. Es ist wichtig, den Eltern im Rahmen eines Erstgesprächs zu vermitteln, dass es im freien Spiel mit dem Kind darum geht, zu verstehen, welche inneren mentalen Zustände, Motive und Konflikte sich hinter seinem beobachtbaren Verhalten verbergen. Hierzu eignen sich folgende Formulierungen: »Ziel der Behandlung ist, dass das Kind sich besser entwickeln kann. In der freien Spielsituation soll verstanden werden, welche inneren Probleme dem Verhalten des Kindes zugrunde liegen. Auch in unseren Gesprächen (Eltern – Therapeut) werden wir gemeinsam versuchen, ein besseres Verständnis der Problematik Ihres Kindes zu erreichen, beispielsweise, warum es sich so verhält und/oder diese Symptome zeigt.«

3.3.3 Konsequenzen des Strukturniveaus des Kindes für die therapeutische Technik

Es wird empfohlen, sich im Laufe des diagnostischen Prozesses ein Bild vom Strukturniveau des Kindes zu machen. Dies hilft bei der Indikationsstellung und bei der Gestaltung des therapeutischen Vorgehens. Wir empfehlen dabei, sich in Theorie und Anwendung die Ausführungen zur Achse »Struktur« des OPD-KJ-2 zunutze zu machen (OPD-KJ-2, 2013). Laut OPD-KJ-2 wird *psychische Struktur* definiert als »das Ergebnis einer bidirektionalen Wechselwirkung von angeborenen Bereitschaften und interaktionellen Erfahrungen« (OPD-KJ-2, 2013, S. 85). Individuelle Erfahrungen und angeborene Dispositionen führen zu charakteristischen Erlebens- und Handlungsbereitschaften des Kindes in der Auseinandersetzung mit seiner Innen- und Außenwelt. Im Rahmen der Behandlungsplanung von PaKT sollte daher die Wahl der therapeutischen Technik an das Strukturniveau des Kindes angepasst werden.

Ist das Kind aufgrund seines guten Strukturniveaus bereits in der Lage, seine Impulse angemessen zu regulieren und einen inneren Phantasieraum herzustellen, der ihm ein Probehandeln ermöglicht und den es intersubjektiv teilen kann, so kann konfliktzentriert, aufdeckend und einsichtsfördernd gearbeitet werden. Stehen dem Kind aufgrund struktureller Defizite diese Regulationsmechanismen nur unzureichend zur Verfügung, so sollten die Funktionen des Containment und Haltgebens unter Anwendung mentalisierungsfördernder Techniken im Vordergrund stehen.

3.3.3.1 Gute strukturelle Integration

Die psychotherapeutische Arbeit am Konflikt setzt voraus, dass sich das unbewusste Konfliktmaterial auf einer symbolischen Ebene ausdrücken lässt. Günstige Voraussetzung hierfür ist, wenn das Kind zu Therapiebeginn ein gutes Strukturniveau aufweist. Das Spiel im Als-ob-Modus kann unter dieser Voraussetzung als Instrument genutzt werden, um die kognitiv-emotionalen Stile des Kindes zu flexibilisieren und Konflikthafes sowohl im symbolischen Material als auch in der Übertragungsbeziehung mit dem Kind aufzuspüren und zu deuten.

Als Hinweise auf ein hohes Strukturniveau des Kindes im Vorschul- und jungen Schulalter gelten die Integration guter und böser Objekt- und Selbstanteile, die Zurückdrängung des Narzissmus zugunsten der Objektliebe, der Zugang zu ödipalen Konflikten, das Erreichen triadischer Kompetenzen sowie das Vorherrschen einer gut funktionierenden Realitätsprüfung. Das psychoanalytische Verstehen unbewusster Konflikte anhand des symbolischen Materials kann unter der Voraussetzung einer gut integrierten Struktur von Anfang an den Mittelpunkt der gemeinsamen therapeutischen Arbeit bilden. Kinder mit depressiver Störung und augenscheinlich hohem Strukturniveau bei Vorherrschen einer neurotischen Konfliktpathologie können jedoch trotz ihrer guten Fähigkeit zur Symbolisierung oft im gemeinsamen Spiel sehr gehemmt und phantasielos wirken. Der Spielfluss stockt oder ein entwickeltes Thema bricht unvermittelt ab. Dies ist eine charakteristische Übertragungskonstellation depressiver Kinder (bzw. von Kindern mit internalisierenden Problemen, siehe Kapitel 4.2.1: Spezifische Übertragungskonstellationen in der Behandlung von Kindern mit emotionalen Störungen). Wir begegnen bei der Behandlung von depressiven Kindern psychischen Mechanismen, die Ergebnis einer Internalisierung von interpersonellen Konflikten in die Innenwelt des Kindes sind. Kinder schützen auf diese Weise ihre Beziehungen zu äußeren und inneren idealisierten Objekten und ermöglichen dadurch eine psychosoziale Anpassung. Dieser Mechanismus geht mit einer Hemmung der Spielfähigkeit und Phantasietätigkeit einher (siehe Fallbeispiel Sophie, Kap. 5.2).

Da solche Kinder aggressive Impulse verbergen, sind sie häufig auch zu Beginn der Therapie besonders darin gehemmt, ihre Innenwelt gemeinsam mit der Therapeutin zu erkunden. Wenn trotz guter Symbolisierungsfähigkeit das Spiel nicht in Gang kommt, sollte dem Kind auf behutsame Weise vermittelt werden, dass im gemeinsamen Spiel alles gesagt, gespielt und gedacht werden darf und dass es keine »guten« oder »schlechten« Spiele gibt. Das Kind soll sich angenommen und akzeptiert fühlen, auch wenn es zu Beginn nicht spielen mag. Unserer Erfahrung nach lockert sich diese Spielhemmung dann rasch, wenn diese Kinder die Therapeutin als ein Vorbild dafür erleben, im Spiel allen Inhalten neutral Bedeutung beizumessen. Es ist für diese Kinder besonders wichtig, dass sie eine Therapeutin erleben, die sich nicht von ihnen abwendet, wenn sie Aggressives im Spiel oder in der Interaktion ausdrücken. Ein wesentlicher Fokus der analytischen Arbeit richtet sich dann im Prozess der Therapie auf die Aggression, die sich häufig gegen das Selbst richtet. Das Spiel ist damit gleichzeitig Instrument und Ziel von PaKT im Sinne einer Wiederherstellung der Spielfähigkeit des Kindes.

3.3.3.2 Mäßige strukturelle Integration

Kinder, deren Strukturniveau mäßig integriert ist, zeigen in der Regel bereits zu Beginn der Behandlung ein lebendiges und wenig gehemmtes Spiel. Aggressive Impulse scheinen nicht so stark abgewehrt werden zu müssen, dass die Spielfähigkeit einer grundsätzlichen Hemmung unterliegt. Solche Kinder sind in der Lage, im Als-ob-Modus zu spielen, und ihr Spiel zeichnet sich oft durch eine ausgesprochen reiche Phantasie aus. Allerdings wechseln ihre Spielinhalte meist abrupt und sie spielen unfokussiert, was es den Therapeuten erschwert, Spielinhalte in sich präsent zu halten und über sie nachzudenken.

Kinder mit mäßig integrierter Struktur erleben die Therapeutin in der Übertragung oft als ein ambivalentes Objekt, auf das sie abwechselnd ihre libidinösen wie auch ihre aggressiven Übertragungselemente richten. So können die Stunden oft sehr wechselhaft verlaufen und die Therapeutin erlebt sich als in ein ambivalentes Übertragungsgeschehen verwickelt. Oft dominieren diese Kinder ihre Therapeutin, erteilen ihr Befehle und lassen ihr durch den oft sehr rasanten Spielfluss keinen Spielraum, eigene Gedanken zu entwickeln und über diese zu verfügen (siehe Fallbeispiel Julian, Kap. 5.1). Durch analen Sadismus schützen sich diese Kinder meist sowohl vor aufkommenden reiferen ödipalen Ängsten als auch vor frühen Verschmelzungsängsten.

Bei Kindern mit mäßig integrierter Struktur kommt sowohl der Deutung der Inhalte des kindlichen Spiels (als Ausdruck unbewusster Konflikte) als auch der Arbeit an der Förderung der Struktur Bedeutung zu. Zur Förderung der strukturellen Integration eignen sich mentalisierungsfördernde Techniken, die Affekte in der Interaktion oder im Als-ob-Modus des Spiels benennen und klarifizieren und die Aufmerksamkeit des Kindes immer wieder hin zu Spielinhalten oder zur Reflexion der gemeinsamen Interaktion lenken (vgl. Verheugt-Pleiter et al., 2008).

3.3.3.3 Geringe strukturelle Integration

Bei einem Kind mit geringer struktureller Integration können wir PaKT anwenden, sofern das Kind nicht psychotisch ist und sein Realitätsbezug in Grundzügen erhalten ist. Hierbei ist es wichtig, dass der Arbeit an der Differenzierung von Selbst- und Objektgrenzen, Realität und Phantasie unter Anwendung einer aktiven, strukturgebenden therapeutischen Technik Vorrang gegeben wird vor der Deutung von Konflikten. Ein Kind, das (noch) nicht über die stabile Fähigkeit verfügt, die innere Realität der Gedanken von der äußeren Realität zu unterscheiden, sollte zunächst unterstützt werden, seine aggressiven Impulse zu steuern; erst danach sollten die den destruktiven Phantasien zugrunde liegenden unbewussten Konflikte gedeutet werden. Die Deutung des Konflikts, der einer destruktiven Phantasie zugrunde liegt, könnte dieses Kind zu sehr destabilisieren. Beispielsweise könnte es die mit dem Konflikt einhergehenden aggressiven Phantasien mit einer realen destruktiven Attacke gegen die Eltern und deren Vernichtung gleichsetzen. Die Deutung einer aggressiven Phantasie könnte bei diesen Kindern große Angst

verursachen. Ihnen fehlt noch der sichere Grund, auf dem man mit Gedanken spielen kann (»playing with reality«, siehe Kap. 2.2.1: »Das Konzept der Mentalisierung und seine Bedeutung für die psychotherapeutische Praxis mit Kindern«).

Unter Betonung von Prozesselementen – wie beispielsweise der expliziten Benennung der gemeinsamen Interaktion und der in ihr aufkommenden Gefühle und Gedanken von Therapeutin und Kind – und bei besonderer Einstimmung (»attunement«) auf das psychische Funktionsniveau des Kindes kann langsam mit der Verbalisierung von Wünschen, Gedanken und Affekten begonnen werden. Aggressive Phantasien sollten nur vorsichtig gedeutet werden, da dies bei rigidem desintegriertem Über-Ich zu starken Schuldgefühlen und einem selbstdestruktiven Strafbedürfnis des Kindes führen könnte.

3.4 Die Bedeutung des Settings

Eine wichtige Voraussetzung für eine analytische Therapie im Allgemeinen und für PaKT im Besonderen ist, dass das »Überleben« des Kindes, der Therapeutin und des gemeinsamen Arbeitsraumes sichergestellt sind – sowohl im konkreten körperlichen als auch im übertragenen, die analytische Situation betreffenden Sinn. Ausführungen zum Setting und zur Wiederherstellung eines analytischen Rahmens sind besonders für Ausbildungskandidaten von besonderer Bedeutung. Agieren und Settingüberschreitungen gehören zum kinderpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Alltag, werden jedoch häufig von Ausbildungskandidaten aus Scham nicht berichtet. Aus diesem Grund sollen in diesem Kapitel einige konkrete Beispiele gegeben werden, die es Therapeuten in Ausbildung ermöglichen, pädagogisch einzugreifen ohne die psychoanalytische Haltung des Verstehens zu verlieren.

Ein gemeinsames Arbeitsfeld, definiert durch einen festen Rahmen, Raum und Zeit im analytischen »Setting«, macht ein gemeinsames Verstehen erst möglich. Das Setting ist festgelegt, den Inhalt der Behandlungsstunde bestimmen das Kind und die Therapeutin. Es geht darum, dem Kind (und auch seinen Eltern) zu vermitteln, dass es eine Ebene psychischen Funktionierens gibt, die jenseits des beobachtbaren Verhaltens liegt und die im gemeinsamen therapeutischen Arbeiten bei Einhaltung der Setting-Regeln besser verstanden werden kann. Generell geraten die unbewussten Wünsche des Kindes mit den Regeln des sozialen Umfeldes und des inneren Gewissens (»Über-Ich«) in Konflikt und werden deshalb vom Ich mit großem Kraftaufwand verdrängt. Gelingt diese Verdrängungsleistung nicht, so kommt es zu einer Symptombildung, in der wir in Übereinstimmung mit Freud (Freud, 1900, siehe Kapitel 2.1.1) eine Kompromissbildung zwischen zwei entgegengesetzten unbewussten Wunschregungen sehen.

Die verbalen Interventionen der Therapeutin dienen dem Verstehen und dem Bewusstmachen von Konflikten und der mit ihnen verbundenen Ängste sowie der Suche nach einer entwicklungsgerechten Lösung und Integration. So teilt die Therapeutin dem Kind durch ihre Fokussierung auf hinter dem Verhalten angenommene unbewusste Wünsche und Ängste auch schon indirekt mit, dass sie an

einer Ebene, die sie jenseits seines beobachtbaren (problematischen) Verhaltens sucht, interessiert ist. Übernimmt das Kind diese reflexive Funktion, indem es sich mit dieser therapeutischen Funktion identifiziert, so kann es seine eigene Vorstellungswelt erweitern.

Die beiden beschriebenen Grundelemente (analytisches Setting und Suche nach Verstehen) sind eng miteinander verbunden. Die psychoanalytische Arbeit des Verstehens und Durcharbeitens im Rahmen der Übertragungsbeziehung zwischen Therapeutin und Patient kann nur geleistet werden, wenn das Setting einen Rahmen für diese Arbeit zur Verfügung stellt und die Arbeit nicht durch externe oder interne Störungen (z. B. wenn das Kind und die Therapeutin zu sehr agieren) bedroht wird. Dazu gehört auch das Einhalten eines zeitlichen Rahmens (in der Regel 50 Minuten).

Die Einhaltung des Rahmens und das Aufrechterhalten und auch zeitweilige »Ringen« der Analytikerin um die psychoanalytische Haltung ist für die psychoanalytische Arbeit von Analytikerin und Patient essentiell. Der Rahmen ermöglicht erst die Flexibilisierung von rigiden Abwehrstrukturen und emotional-kognitiven Stilen, da er sowohl die Angst des Patienten als auch die des Analytikers vor der Auseinandersetzung mit unbewussten Prozessen bindet. »Die spezifische Methode des analytischen Gesprächs (freie Assoziation, gleichschwebende Aufmerksamkeit) wirkt zersetzend, dissoziativ, dekonstruierend auf haltgebende Strukturen« (Löchel, 2013, S. 1186). Die analytische Haltung sollte, auch wenn sie zeitweise abhanden kommt, immer wieder neu hergestellt werden. »So gesehen ist die analytische Haltung nicht ein jederzeit verfügbares, vorhandenes Instrument, sie ist etwas gerade nicht Durchzuhaltendes, sondern immer wieder zu Erringendes« (ebd.). Psychoanalytisches Arbeiten unterscheidet sich fundamental von Alltagskommunikation oder pädagogischem Handeln. Dennoch gibt es Situationen, in denen sich der Therapeut dem Kind als Sicherheit bietendes Objekt anbieten muss, indem er es begrenzt oder auffordert, eine das Setting und ihn/das Kind gefährdende Handlung zu unterlassen. Attackiert das Kind das Setting, versuchen wir seine Handlung zu verstehen und ihm dieses Verstehen durch eine geeignete Deutung mitzuteilen. Erst wenn die deutende Intervention das Setting nicht ausreichend schützt, muss auch »rettend« pädagogisch in das Setting eingegriffen werden.

Das Gleiche gilt allerdings auch, wenn die Therapeutin in sich Handlungsimpulse verspürt, wie z. B. das Kind zu belohnen, zu bestrafen, es zu berühren oder es loszuwerden. In solchen Situationen ist die Therapeutin dem Verstehen verpflichtet und muss die Realisierung von Handlungsimpulsen verhindern. Gerade in Kindertherapien kommt es immer wieder vor, dass diese Regeln durch Handeln verletzt werden (sowohl durch das Kind als auch durch die Therapeutin und die Eltern). Bleiben solche Handlungen begrenzt, so wird die Therapie nicht ernsthaft gefährdet, solange es zumindest nachträglich ermöglicht wird, die psychische Bedeutung der Handlungen in der Übertragung zu verstehen. Wenn derartige Verstrickungen von Analytiker und Analysand nachträglich verstanden und in eine deutende Intervention transformiert werden können, sind sie für den therapeutischen Prozess des Verstehens oftmals sogar besonders förderlich.

Typische Situationen, die ein pädagogisches Einschreiten oder Begrenzen erforderlich machen, sind etwa:

- *wenn ein Kind sich selbst in Gefahr bringt*: Elisabeth (6 Jahre) wollte beispielsweise einmal auf den Schrank klettern, um das Stoffkrokodil, das sie dort hingeworfen hatte, zurückzuholen. Dabei war sie im Begriff, die Lehne eines Sessels als Leiter zu benutzen – eine sehr wackelige, unsichere Konstruktion. Hier musste die Therapeutin einschreiten, indem sie das Kind verbal oder auch durch Handeln begrenzte. Daneben kann in einer solchen Situation zusätzlich eine Deutung angebracht werden, je nach Kontext, z. B. wie hier: »Du möchtest am liebsten schon alles allein können und mich nicht um Hilfe bitten. Du glaubst, nur wenn du schon alles allein kannst, nehme ich dich ernst.«
- *wenn ein Kind die Analytikerin körperlich bedroht*: Dies kann, bewusst intendiert, in einem Wutanfall passieren, jedoch manchmal auch, wenn die aufgestaute Triebenergie sich plötzlich massiv und impulsiv Ausdruck verschafft. Im Spiel mit Elisabeth (siehe Fallbeispiel Elisabeth, Kap. 5.3) kam es des Öfteren vor, dass sie ungestüm mit den Plastik-Spielfiguren warf und die Therapeutin dabei oftmals im Gesicht traf. Die Therapeutin bat sie dann, vorsichtiger zu sein, und sagte ihr, sie könne ruhig auch wild spielen, müsse aber aufpassen, dass sie niemanden verletze.
- *wenn ein Kind Gegenstände zerstört*: Wenn sich die Aggression des Kindes nicht auf einer symbolischen Ebene im Spiel ausdrücken lässt, sondern das Kind beginnt, den Raum oder das Inventar zu zerstören, ist es wichtig, ihm zu vermitteln: »Wir können zu verstehen versuchen, was dich so wütend macht, aber wir müssen aufpassen, dass du hier nichts kaputtmachst.«
- *wenn ein Kind Wünsche nach körperlicher Nähe zeigt*: Einmal wurde die Therapeutin in der gemeinsamen therapeutischen Arbeit mit Elisabeth zum Objekt ihrer präödiptalen Wünsche. Elisabeth wollte ihr in der Position einer mütterlichen Übertragungsfigur körperlich ganz nah sein und in sie »hineinkriechen«, um so den Bruder, mit dem sie konkurrierte, auszuschließen. Elisabeth setzte plötzlich im gemeinsamen Spiel an, zwischen die Beine der Therapeutin kriechen zu wollen. Die Therapeutin ließ sich zunächst involvieren, aber nicht, ohne ihr in einer geeigneten Deutung zu vermitteln, dass sie diesen Wunsch, ihr nah zu sein, als einen auf die Übertragung verschobenen Wunsch, der Mutter nah zu sein, verstehe. Die Therapeutin sagte: »Du möchtest jetzt am liebsten in mich hineinkriechen, genauso wie du am liebsten in die Mama hineinkriechen würdest, um ihr ganz nah zu sein.« Als Elisabeth dann aber offensiv begann, mit ihrer Hand unter den Pullover der Therapeutin zu greifen, um ihren »Busen« wie sie überschwänglich und laut aussprach, zu suchen, begrenzte die Therapeutin sie, indem sie zu ihr sagte: »Das Thema mit den Busen und ob ich auch einen habe und wie der sich anfühlt, interessiert dich sehr. Ich möchte aber nicht, dass du unter meinen Pullover greifst.« In einer Übersprungshandlung rief Elisabeth daraufhin aus: »Busen, Busen will ich, dicke Busen.« Die Therapeutin sagte daraufhin zu ihr: »Das Thema macht dich gerade ganz aufgeregt. Ich glaube, dass du so wild mit mir bist, weil es dich auch ein wenig wütend macht, dass ich und die Mama schon einen Busen haben und du noch nicht.« Meistens lässt sich das Kind durch eine entsprechende Deutung erreichen, sodass pädagogisches Handeln häufig gar nicht nötig wird.
- *wenn ein Kind in den therapeutischen Sitzungen häufig die Toilette aufsuchen muss*: Hier ist es angebracht, zunächst zu überlegen, welche Themen vorher aufgekommen waren und warum das Kind ihnen durch einen Toilettengang

möglicherweise ausweicht und vor ihnen »flieht«. Hier sind dann Abwehrdeutungen geeignet. »Ich glaube es macht dir Angst/dich traurig/wütend, dass ..., und daher möchtest du den Raum verlassen.« Ebenso könnte der plötzliche Harndrang Ausdruck infantil sexueller Impulse und Erregungen sein, was man ebenfalls vorsichtig ansprechen kann, z. B.: »Ich glaube, das, was wir vorher gerade gespielt haben, hat dich so erregt, dass du ganz eilig aufs Klo musst.« Selbstverständlich wird man dem Kind erlauben, die Stunde zu unterbrechen und das WC aufzusuchen.

- *wenn ein Kind das Stundenende missachtet*: Bevor die gemeinsame therapeutische Arbeit geleistet werden kann, ist es unabdingbar, dem Kind das Setting mitzuteilen: was es tun darf und was nicht und wie lange die Stunde immer dauert. Bei Kindern, die die Uhr noch nicht lesen können, ist es wichtig, es ihnen zu zeigen, z. B. indem man ihnen sagt: »Wenn der große Zeiger dort ist, dann müssen wir aufhören.« Das gibt dem Kind die notwendige Orientierung. Dennoch kommt es häufig vor, dass Kinder am Ende der Stunde, auch wenn man ihnen das Ende zuvor rechtzeitig angekündigt hatte, enttäuscht und wütend sind, wenn man ihnen sagt: »Jetzt müssen wir aufhören«. Hier ist es zunächst wichtig, das Verhalten zu deuten. Dies kann geschehen, indem man dem Kind mitteilt: »Du bist enttäuscht und traurig, dass unser Spiel schon zu Ende ist, das ist auch wirklich blöd, aber wir beide können es nicht ändern.« Bei einem Kind mit analer Fixierung, bei dem sich also die Triebbefriedigung regressiv an das Thema des Festhaltens, Besitzens, dem anderen etwas zu nehmen oder zu geben gebunden hat, kann sich aus der Enttäuschung ein Trotzverhalten und ein Machtkampf entwickeln, sich nicht »rauswerfen zu lassen«. Bei diesen Kindern kann es sinnvoll sein, den Konflikt zu benennen: »Du möchtest immer der sein, der bestimmt, wann die Stunde zu Ende ist. Es macht dich wütend, wenn du das nicht entscheiden kannst, sondern ich es festlege.« Wenn das Kind sich nach verbalen Interventionen immer noch weigert zu gehen, dann kann man ihm auch ankündigen: »Wenn du nicht von selber gehen magst, dann muss ich dich hinausführen oder gar hinaustragen.«
- *wenn das Kind unbedingt etwas aus dem Therapiezimmer mitnehmen möchte*: Angesichts eines solchen Wunsches vonseiten des Kindes ist es wichtig, zu entscheiden, ob es sich um ein Provozieren und Reizen-Wollen im Sinne eines analen Machtkampfes handelt oder ob das Kind seine Beziehung zur Therapeutin als so unsicher und gefährdet empfindet, dass es einen konkreten Gegenstand benötigt, der ihm die Verbindung zur Therapeutin und ihre Objekt Konstanz verbürgt und die Verbindung zu ihr aufrechterhält, auch wenn sie abwesend ist. Im letzteren Fall kann es für das Kind sehr hilfreich sein, einen Gegenstand von der Therapeutin mitzunehmen, der so den Charakter eines Übergangsobjekts annimmt. Im ersten Fall würde man dem Kind beispielsweise deuten: »Es macht dich wütend, wenn ich dir die Möglichkeit, in meinem Raum zu sein, wegnehme, am liebsten möchtest du bestimmen, was dir gehört und was mir. Im zweiten Fall: »Du bist dir so unsicher, ob wir uns wiedersehen (ob wir uns vergessen etc.), dass du das gerne mitnehmen möchtest, um dich an mich erinnern zu können.« Gerade wenn ein unsicheres Kind ein Übergangsobjekt sucht, sollte sein Wunsch angemessen erfüllt werden.

4. Die Behandlungstechnik

Die im Folgenden dargestellten zentralen behandlungstechnischen Aspekte der PaKT sind das Resultat mehrjähriger kurzzeittherapeutischen Arbeit mit Kindern in der kinderpsychiatrischen Klinik des Universitätsklinikums Leipzig. Diese Überlegungen wurden im Zuge neuer Erkenntnisse und Erfahrungen mehrfach ergänzt und überarbeitet, bis sie in der vorliegenden Form des »Triangle of Psychodynamic Constellations« (ToP, siehe unten) als zentrales Instrument des PaKT-Behandlungskonzepts vorlagen.

4.1 Der Fokus: »Triangle of Psychodynamic Constellations« (ToP)³

Der therapeutische Ansatz der PaKT zielt darauf ab, beobachtbares Verhalten und Symptome mit bisher un- oder vorbewussten Konflikten des Kindes und der Familie zu verbinden und ihr besseres Verständnis zu ermöglichen. Bei der Erarbeitung des psychodynamischen Fokus wird angestrebt, die komplexen Informationen, die Eltern, Kind und die Resonanz der Therapeutin liefern, so zu integrieren, dass ein Verständnis des Symptoms des Kindes als Ausdruck eines Beziehungsthemas mit zugrunde liegenden unbewussten Konflikten möglich wird. Das *Triangle of Psychodynamic Constellations (ToP)* orientiert sich an den oben beschriebenen Fokustheorien, erweitert diese aber um das aktuell beobachtbare Beziehungsgeschehen zwischen dem Kind und seinem sozialen Umfeld.

Zur Fokusformulierung werden zunächst Informationen aus den Erstgesprächen gesammelt, die den Eckpunkten des in Abb. 3 dargestellten Dreiecks zugeordnet werden: Symptome (wann immer möglich als Beziehungssymptome formuliert), Material aus den ersten Interviews des Kindes und der Eltern (Sprache, Spiel, Zeichnungen) und Charakteristika der sich entwickelnden Therapeutin-Kind-Eltern-Beziehung. Dabei wird das komplexe Zusammenspiel zwischen dem Erleben des Kindes und dem der Eltern, wie es sich der Therapeutin bei der Arbeit mit der Familie offenbart, integriert. Dieses Material wird auf der direkt beobachtbaren Ebene aufgenommen und mit den Überlegungen über unbewusste Grundkonflikte verbunden. In alle der im Folgenden dargestellten Beschreibungsebenen (Beziehungssymptom, Therapeutin-Kind-Eltern-Beziehung, Material des Kindes) geht die psychische Resonanz der Therapeutin als wichtiges Erkenntnisinstrument unmittelbar ein. Durch die eigene Resonanz werden ihr Erleben, Verstehen und therapeutisches Handeln maßgeblich beeinflusst.

Ausgehend vom Material der ersten fünf Stunden werden psychodynamische Hypothesen formuliert, in welchen die drei Ebenen des Dreiecks *Beziehungssymptom*, *Therapeutin-Kind-Eltern-Beziehung* und *Material des Kindes* integriert werden. In diese Hypothesenformulierung sollten möglichst Aspekte des

³ Eine vorläufige Darstellung des Fokuskonzepts der PaKT erfolgte in der Zeitschrift *Psychotherapeut* (vgl. Götken & von Klitzing, 2011).

Konflikts und der Abwehr (Angst/Abgewehrtes) sowie der Grad der Mentalisierung (Handeln/Körpersymptom/Vorstellung) und das Strukturniveau einfließen (Defizit/Ressource).

Im Folgenden soll das Vorgehen zur Fokusformulierung nach der fünften Stunde skizziert und später anhand von Fallbeispielen illustriert werden. Die Informationen, die die Therapeutin zu den drei Bereichen *Beziehungs-Symptom*, *Therapeutin-Kind-Eltern-Beziehung* und *Material des Kindes* im Rahmen der fünf ersten Sitzungen erhält, werden unter bestimmten Fragestellungen (siehe unten) zunächst gebündelt. Sie werden dann in die psychodynamischen Überlegungen zum aktuell wirksamen Beziehungskonflikt einbezogen. Resultat dieser psychodynamischen Überlegungen ist die Bildung einer Schnittmenge (ToP-Fokus) aus interpersonellen und intrapsychischen Konflikten des Kindes. Die Therapeutin kann sich dabei das unten dargestellte Schaubild zur Hilfe nehmen, um die verschiedenen Ebenen des Dreiecks zu einem ToP-Fokus zu integrieren. In regelmäßigen Fokalkonferenzen (möglichst nach jeweils fünf Therapiesitzungen) kann der Fokus in gemeinsamer Super- oder Intervention überprüft und gegebenenfalls modifiziert oder erweitert werden.

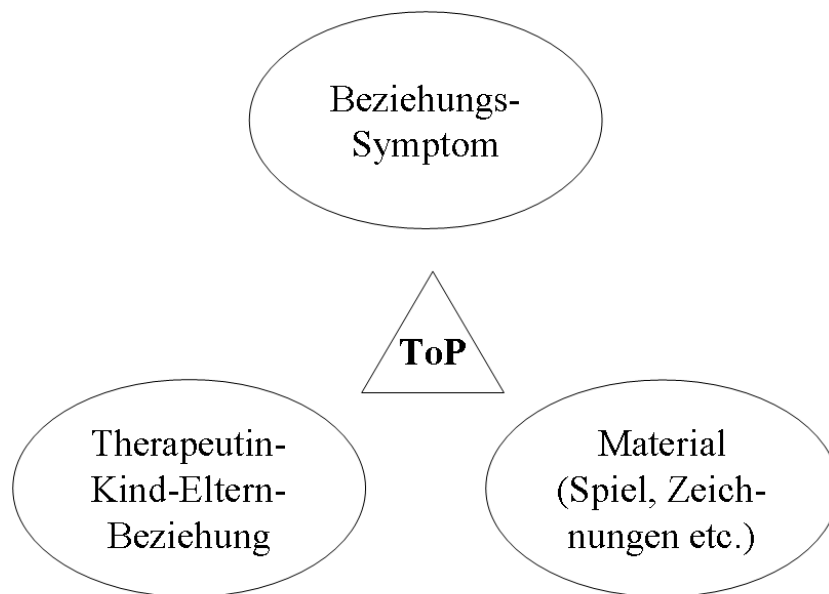


Abbildung 3: Triangle of Psychodynamic Constellations (ToP)

Beziehungs-Symptom: Die Formulierung der Symptomatik des Kindes als Beziehungssymptom zielt bereits darauf ab, sein Problem als Ausdruck intrapsychischer und interpersoneller Konflikte zu verstehen. Wir richten unsere Aufmerksamkeit dabei auf die genaue Schilderung der Probleme und Symptome durch die Eltern und das Kind: Was wird als Problem erachtet, in welchem situativen

Kontext tritt es auf und was wird nicht als problematisch erwähnt? Welche Bedeutung haben die geschilderten Symptome für die Eltern-Kind-Beziehung? In den ersten Sitzungen mit den Eltern gibt es die folgenden zentralen Fragestellungen:

- Wie lässt sich das Symptom des Kindes als Beziehungssymptom zwischen Eltern und Kind verstehen?
- Welche Affekte und Reaktionen erzeugen die geschilderten Symptome bei den Eltern (z. B. wenn das Kind bei einer Trennung intensiv zu weinen beginnt oder nachts einnässt)?
- Wie sprechen die Eltern über ihr Kind: eher teilnehmend und einfühlsam (empathisch) oder anklagend, verzweifelt oder schamerfüllt?

Therapeutin-Kind-Eltern-Beziehung: Ausgehend von unseren eigenen Gefühlen, Assoziationen und Reaktionen in der Interaktion mit dem Kind und seinen Eltern versuchen wir die sich entwickelnde Therapeutin-Kind-Eltern-Beziehung zu beschreiben. Wir gehen davon aus, dass der zentrale Konflikt in der sich entwickelnden frühen Phase der Übertragung zum Ausdruck kommt. Erkenntnisleitende Fragen für die Therapeutin hierbei sind:

- Wie tritt das Kind zu ihr in Kontakt? Ist es ihr sympathisch oder löst es ablehnende Gefühle bei ihr aus?
- Wie treten die Eltern zu ihr in Kontakt? Sind sie freundlich, erwartungs- und hoffnungsvoll oder defensiv-fordernd bis hin zu aggressiv-anklagend (mit Hinweisen auf die Projektion eigener Schuldgefühle)?
- Welche Gefühle lösen die Eltern in ihr aus?
- Identifiziert sie sich eher mit den Gefühlen des Kindes (gegenüber seinen Eltern) oder mit denen der Eltern (gegenüber ihrem Kind) oder kann sie beide Seiten integrieren?
- Nehmen die Eltern ihr Kind als getrennt von sich wahr, oder ist die elterliche Wahrnehmung des Kindes durch ein Bündel von elterlichen Projektionen verzerrt?
- Wie stehen pathologische Abwehr und/oder neurotische Fixierung des Kindes mit dem zentralen Konflikt der Eltern in Verbindung?

Material des Kindes: Unter »Material« werden im Rahmen der PaKT sowohl die Inhalte der Rede des Kindes, seines Spiels und seiner Gestaltung als auch die Art und Weise, wie das Kind die Beziehung zum Therapeuten gestaltet, verstanden:

- Wie verhält sich das Kind in den ersten Kontakten? Kommt es dem Therapeuten beispielsweise nah, oder spielt es eher zurückgezogen in der Ecke, ohne ihn zu involvieren?
- Wie spielt das Kind? Ist es laut oder leise, dynamisch oder monoton?
- Welche Inhalte dominieren die Rede, das Spiel oder die Zeichnungen, die das Kind liefert?
- Herrschen Schau- und Zeigelust vor, oder dominieren Scham und Versagensängste?
- Welche Partialtriebe (Oralität, Analität, Genitalität) werden im Material sichtbar?

- Wie sehr primärprozesshaft ist das Verhalten? Ist das Kind in der Lage, Impulse zu kontrollieren, oder funktioniert es eher primärprozesshaft?

Mitteilung des Fokus/der psychodynamischen Hypothese: Sowohl dem Kind als auch den Eltern wird der Fokus nach ToP an geeigneter Stelle in einer erlebnisnahen und alltagsnahen Sprache mitgeteilt. Wenn er den Eltern mitgeteilt wird, dann möglichst innerhalb des Kontextes, d.h. er sollte sich auf die zuvor geschilderten Beziehungsepisoden der Eltern mit dem Kind beziehen. Genauso wird auch bei der Mitteilung des Fokus an das Kind verfahren. Dabei ist es wichtig, dass der Fokus dem Kind direkt, z. B. auf eine Spielsituation bezogen, erklärt wird. Dies ist wichtig, damit sich für es ein emotionaler Bezug (emotionale Evidenz) zu seinem inneren Erleben ergibt. Die Fokusformulierung sollte sich an geeigneter Stelle im gemeinsamen Spiel, im Gespräch oder in der allgemeinen Interaktion direkt auf die Äußerungen des Kindes beziehen und sich derselben umgangssprachlichen Ausdrücke bedienen, die das Kind verwendet.

Die Gefahr des Mitagierens im Spiel: Während der Behandlung des Kindes ist die Gefahr des Mitagierens im freien Interaktionsspiel groß. Hierbei kommt es darauf an, nicht einfach mit dem Kind zu spielen, sondern stets zwischen einem Sich-hineinziehen-Lassen in die spezifische Weise, wie der Patient seinen zentralen Konflikt handelnd mit der Therapeutin aktualisiert, und einem Heraustreten aus der Szene, um das Handeln zu verstehen und nicht im Mitagieren unterzugehen, zu oszillieren. Dabei kommt der ständigen Strukturierung seitens der Therapeutin eine wichtige Funktion zu. Die Therapeutin sollte nicht im Handlungsdialog »untergehen« und ihre reflexive Funktion verlieren.

Der ToP-Fokus als Schnittmenge interpersoneller und intrapsychischer Konflikte: Der ToP-Fokus soll die Schnittmenge zwischen den interpersonellen Konflikten der Eltern mit dem Kind und der zentralen intrapsychischen Konfliktverarbeitung des Kindes abbilden. Er integriert die ersten Informationen, Impressionen und Gegenübertragungsgefühle zu einer psychodynamischen Hypothese, die möglichst prägnant formuliert werden sollte. Der ToP-Fokus soll die Verbindung zwischen dem Symptom des Kindes und dem zentralen transgenerationalen Konflikt zwischen Eltern und Kind herstellen. Für die Therapeutin dient der so formulierte ToP-Fokus im therapeutischen Prozess mit dem Kind als eine Art Matrix, vor deren Hintergrund ein Verstehen der Inhalte, die sich in den kindlichen Äußerungen, z. B. dem Spiel, offenbaren, und eine Verknüpfung mit den vor- bzw. unbewussten Konflikten der Eltern möglich werden. Die Fokusformulierung soll nun im Folgenden anhand zweier Fallbeispiele illustriert werden.

Fallbeispiel: Emmi, 6 Jahre

Beziehungssymptom: Die Mutter äußerte, Emmi sei »chronisch unzufrieden, meist gereizt und zickig«. Ständig ärgere sie sich und kämpfe mit allen, vor allem aber mit Mutter und Bruder darum, immer die Erste zu sein. Kleinigkeiten, wie z. B., dass die Mutter den Kühlschrank zugemacht habe, obwohl »Emmi dies vorher habe machen wollen«, lösten bei Emmi schon einen Wutanfall aus. Sie provoziere ständig Streit mit der Mutter. Andererseits zeige sie eine ausgeprägte Trennungsangst und klammere sich sehr stark an die Mutter. Besonders im Kontakt mit Fremden zeige sie große Angst.

Anamnese: Emmi war ein Wunschkind und wurde in den ersten zwei Lebensjahren besonders von Mutter und Großmutter (väterlicherseits) mit Liebe und Aufmerksamkeit überhäuft. Als die Mutter dann erneut schwanger war, habe diese Angst gehabt, sie könne dieses zweite Kind nicht so sehr lieben wie Emmi. Sie habe dann allerdings bereits direkt nach der Geburt des Bruders gemerkt, dass sie sehr wohl zwei Kinder lieben könne. Ihr sei jedoch sehr stark aufgefallen, dass Emmi (im Alter von 2;4 Jahren) wegen der Geburt des Bruders sehr böse auf sie war und dies nach wie vor sei. Die Mutter berichtete, sie sei im Nachhinein sehr ärgerlich darüber, dass sie kaum Zeit allein mit Emmi und dass sie bereits kurz nach Emmis Geburt immer den Eindruck gehabt habe, die Schwiegermutter würde ihr Emmi wegnehmen. Zur Großmutter väterlicherseits sei Emmis Bindung besonders stark. Man habe die ersten Jahre zusammen im Haus der Großeltern gewohnt, deren Firma die Familie einmal übernehmen werde.

Therapeutin-Kind-Eltern-Beziehung: Mutter und Tochter wirkten innig und verbunden, während sie ein Singspiel spielten. Als die Therapeutin ins Wartezimmer kam, um beide abzuholen, fühlte sie sich sogleich ausgeschlossen und erlebte sich selbst als intrusiv und störend. Emmi, die zuvor noch freudig spielte und dabei ausgelassen wirkte, wirkte plötzlich wie versteinert und weigerte sich, mit der Therapeutin in Kontakt zu treten. Sie reagierte nicht auf Ansprache und versteckte sich hinter der Mutter. Die Therapeutin fühlte sich dem Kind gegenüber als Eindringling in die harmonische Mutter-Kind-Dyade. Emmi forderte sogleich die volle Aufmerksamkeit von Mutter und Therapeutin, indem sie laut den Deckel des Puppenhauses, mit dem sie zu spielen begann, knallen ließ, als die Therapeutin versuchte, mit der Mutter ins Gespräch zu kommen.

Im Kontakt mit dem Vater: Auch mit dem Vater war es für die Therapeutin schwer, in Kontakt zu kommen. Zu den vereinbarten Terminen kam die Mutter ohne ihn, so als wolle sie lieber mit der Therapeutin allein sein. Zum zweiten Termin erschien er, obwohl dies anders vereinbart war. Er äußerte, mit ihm träten die Trotzanfälle bei Emmi eher selten auf. Er habe das Gefühl, die Mutter sei sehr inkonsequent und könne sich Emmi gegenüber nicht durchsetzen.

Im Kontakt mit der Mutter erlebte die Therapeutin eine junge attraktive Frau, die sehr ängstlich und angespannt wirkte, dabei sehr um Harmonie bemüht, mit großer Angst, etwas falsch zu machen. Es wirkte, als hätte die Mutter der Tochter gegenüber Schuldgefühle, wodurch Emmi die Mutter »im Griff zu haben« schien. Gleichzeitig erlebte die Therapeutin bei Emmis Mutter eine Art von Genugtuung, ja fast Schadenfreude darüber, dass Emmi sich weigerte, mit der Therapeutin allein zu sein. Insgesamt brachte die Familie bereits in den ersten Sitzungen das Setting durcheinander. Einmal erschien die Mutter allein, dann der Vater, obwohl eigentlich Sitzungen mit dem Kind geplant waren. Die Therapeutin erlebte es

so, als wäre ihr der Zugang zum Kind versperrt, als werde verhindert, dass sie mit dem Kind allein sei.

Auch fiel ihr auf, dass es der Mutter nicht gelang, zwischen sich und das Kind als begrenzendes Drittes ein »Nein« zu schieben. Spitz (1957) verstand das »Nein« als ersten Symbolgebrauch des Kindes. Insgesamt wirkte es so, als dürfte es keine Grenzen und keine Begrenzungen zwischen den Familienmitgliedern geben. Die Therapeutin erlebte sich selbst auch oft als den Eltern passiv ausgeliefert, wenn diese Terminabsprachen nicht einhielten oder das Setting dadurch durcheinanderbrachten, dass zu einem geplanten Elterngespräch (ohne Kind) plötzlich die Großmutter das Kind brachte, ohne dass die Eltern die Therapeutin zuvor informiert hätten.

Material: Emmi war sehr damit beschäftigt, die Mutter ganz für sich allein zu haben, und beäugte so sehr deren Aktivität, dass ihr kaum Raum für die Aufnahme eigener Aktivitäten blieb. Dabei flüsterte sie nur, was bei der Therapeutin den Eindruck erweckte, sie lasse nur den Kontakt zu Mutter und Vater zu und schließe sie, die Therapeutin, aus. So wirkte Emmi dabei wie »eine kleine Prinzessin«, um deren Gunst man erst einmal ausdauernd kämpfen musste, bevor sie jemandem Aufmerksamkeit schenkte. In der ersten Sitzung, die als Sitzung mit der ganzen Familie geplant war, dann jedoch ohne den Vater stattfand, da dieser »arbeiten musste«, griff Emmi die Mutter, die permanent um Harmonie bemüht war, mit dem großen Krokodil an, was dieser peinlich zu sein schien. Sie konnte dieses aggressive Spiel nicht erwidern, sondern lächelte hilflos. Als die Mutter das Zimmer verließ, wollte Emmi mit der Babypuppe ganz allein sein. Sie fütterte das Baby, gab ihm dabei viel zu viel, schlug der Babypuppe dann abrupt auf den Mund. »Wenn die Mama wiederkommt, dann lasse ich sie nicht rein«, äußerte Emmi plötzlich, was die Therapeutin im Vergleich zu dem anklammernden Verhalten, das Emmi vor Beginn der Stunde zeigte, als abrupten Wechsel erlebte. Als sie Memory spielte, gab es entweder nur »Mh«- (gute) oder »Bäh«- (böse) Kartenpaare. Als Emmi sich dem Spiel mit dem Puppenhaus zuwandte, fiel auf, dass sie versuchte, alle Figuren in gleichem Abstand voneinander im Haus Platz finden zu lassen. Dabei wohnten drei Generationen in einem Raum, so dass es sehr eng wirkte, aber auch »pseudoharmonisch« und geordnet.

ToP

(1) *Bedeutung der Symptome (Beziehungssymptom):* Möglicherweise brachte Emmi die Geburt des Bruders damit in Verbindung, dass die Mutter sie im Alter von 2;4 Jahren wegen ihrer entwicklungstypischen anal-sadistischen Impulse ablehnte und sich nun einem neuen Kind zuwandte. Da diese aggressiven Impulse gegenüber der Mutter bei Emmi die Angst verursachten, die Verbindung zur Mutter könnte nun durch ihre Wut zerrissen sein, klammerte Emmi sich extrem an die Mutter an. Gleichzeitig provozierte Emmi Ablehnung durch die Mutter, aber auch dadurch, dass sie permanent mit ihr und dem kleinen Bruder stritt.

(2) *Material:* Emmi fühlte sich im Alter von zwei Jahren durch die Geburt des kleinen Bruders »enthront«. Ausgeprägte aggressive Impulse gegenüber der Mutter konnten in der Folge von ihr noch nicht ausreichend integriert werden, so dass frühe Spaltungen vermutlich nicht überwunden werden konnten. Die im Spielmaterial enthaltene Szene mit der Babypuppe verweist möglicherweise auf diesen unbewussten Zusammenhang: Zuerst wurde

Emmi (durch die Babypuppe symbolisiert) viel zu viel gegeben, und dann kam die abrupte Entwöhnung und Versagung ihres narzisstischen Allmachtsanspruchs durch die Geburt des Bruders. Die abrupte Entwöhnung findet möglicherweise ihren symbolischen Ausdruck darin, dass Emmi »der Babypuppe abrupt auf den Mund schlug«.

(3) Therapeut-Kind-Eltern-Beziehung: Die Verbindung zur Mutter wurde von Emmi immer wieder auf die Probe gestellt, und so reinszenierte sie immer aufs Neue den Konflikt aus Trennung und Wiederannäherung, Zerstörung der Verbindung und Wiedergutmachung in einem permanenten Oszillieren zwischen paranoid-schizoider und depressiver Position. Auch die Therapeutin erlebte im Kontakt mit Emmi diese abrupten Wechsel: Einmal scheint Emmi sie nur als das gute Objekt wahrzunehmen, an das sie sich anklammert, dann wieder schlägt das Mädchen die Therapeutin abrupt und lehnt sie ab. Es wirkte auf sie, als kehrte in die Übertragungsbeziehung niemals Ruhe ein, als wäre sie ein ständiger Kampfschauplatz, und die Therapeutin erlebte sich selbst ständig »auf der Hut«.

Fokusformulierung gegenüber Emmi: »Du hast Angst, dass Mama dich nicht mehr so lieb hat wie vorher, daher verursachst du immer Streit, um auszuprobieren, ob sie dich trotzdem immer noch so lieb hat!«

Fokusformulierung gegenüber der Mutter: »Ich habe den Eindruck, dass es Ihnen schwerfällt, Grenzen zu setzen, weil sie sich Emmi gegenüber wegen der Geburt des kleinen Bruders schuldig fühlen. So, als hätten Sie Emmi etwas weggenommen. Daher geben Sie ihr ganz viel, muten ihr keine Grenzen und Begrenzungen zu, wodurch Emmi keine Erfahrungen mit Frustrationen machen kann. Vielleicht möchten Sie immer dabei sein, wenn Emmi zu mir kommt, und bewirken so, dass ich mich so fühle, wie Sie sich damals gefühlt haben, als Sie nicht mit Ihrem Kind allein sein konnten.«

Fokusformulierung gegenüber dem Vater: „Weil Sie materiell von Ihren Eltern abhängig sind, fällt es Ihnen schwer, innerhalb der Generationen die nötigen Grenzen zu ziehen. Sie merken, wie sehr Emmi nach Familienfesten durcheinandergerät und wie sehr die Kinder Sie als Vater und die Mutter als wichtigste Bezugspersonen brauchen, die auch in der Lage sind, Grenzen zu setzen.«

Fallbeispiel: Max, 5 Jahre⁴

Beziehungssymptom:

Max kam zur Behandlung, weil er im Kontakt mit anderen Kindern ängstlich war und wenig Interesse am gemeinsamen Spiel zeigte. Die anderen Kinder seien »so wild«, äußerte er. Vor Veränderungen hatte er Angst. Außerdem zeigte er ein gestörtes Essverhalten. Die Kinderärztin sei besorgt, »da er wegen des schlechten Essens nicht wachse«. Er sei schon immer ein schlechter Esser gewesen, äußerte die Mutter. Heute, im Alter von fünf Jahren, esse er nur Brötchen mit Leberwurst, Wiener Würstchen, Milch und Joghurt ohne stückigere Bestandteile. Mit wenigen Ausnahmen favorisiere er immer noch Breiartiges. Alles andere möge er nicht. Die Mahlzeiten dauerten jeweils länger als eine Stunde, manchmal sogar bis zu drei Stunden. Außerdem habe Max im Kindergarten häufig Wutausbrüche, dies könne man sich gar nicht vorstellen, denn zu Hause träten diese nicht auf.

Anamnese: Seine Eltern hatten sich getrennt, als Max 2;6 Jahre alt war. Die Mutter habe einen neuen Partner kennengelernt. Für den Vater sei dies ein »großer Schock« gewesen. Max habe »nie gefragt, wieso er nun nicht mehr mit dem Papa zusammenwohne«. Beim Stillen habe er die Brust »nicht gewollt«, äußerte die Mutter. Das Saugen sei ihm »zu anstrengend« gewesen, so glaube sie. Sie habe es daraufhin aufgegeben. Auch beim Trinken aus der Flasche habe er immer so gewirkt, als bereite ihm das Saugen große Mühe, woraufhin die Eltern das Loch in der Trinkflasche vergrößert hätten. Mit sechs Monaten habe sich bereits sein wählerisches Essverhalten gezeigt. Er habe schon beim Zufüttern eigentlich immer nur Breiartiges gewollt und habe es »gehasst«, wenn in der Nahrung »gröbere Stückchen« enthalten gewesen waren.

Therapeutin-Eltern-Kind-Beziehung: Im Kontakt mit der Therapeutin wirkten die Eltern so, als wären sie bemüht, trotz der Trennung den Eindruck einer Harmonie zu erwecken. Jeder habe mittlerweile wieder einen neuen Partner. Im Zuge der Trennung sei alles sehr harmonisch verlaufen, auch heute sei dies noch so. Diese Harmonie fiel auch in der Interaktion der Eltern miteinander gleich ins Auge. Es gab keine Spannungen. Alles wirkte sehr verstandesbetont und ausgeglichen. Die Mutter wirkte so, als sei sie sicher, mit der Wahl des neuen Partners den richtigen Entschluss getroffen zu haben. Der Vater wirkte so, als habe er sich damit abgefunden und hege deshalb keinen Groll mehr. Dabei erschien er dysphorisch und kraftlos. In den ersten Sitzungen fiel es der Therapeutin zunächst schwer zu glauben, dass dies wirklich so sein sollte, und sie fragte sich, wo die Wut des Vaters blieb, denn die musste doch vorhanden gewesen sein, zumal die Kindesmutter sich wegen eines anderen Mannes von ihm getrennt hatte. Alles lief relativ unemotional ab. In der Vater-Sohn-Interaktion wurde deutlich, dass der Vater große Schwierigkeiten hatte, Max zu begrenzen. Darauf angesprochen, äußerte der Vater, er habe immer Angst, wenn er Druck mache – auch was das Essen angehe –, dass Max dann sagen könnte: »Bei der Mama ist es viel schöner, ich möchte nicht mehr zum Papa gehen.« Auch habe er dem Jungen gegenüber Schuldgefühle wegen der Trennung. Er selbst, so der Vater, sei ohne seinen leiblichen Vater aufgewachsen, die Beziehung zum Stiefvater sei sehr distanziert gewesen.

⁴ Eine andere, kürzere Version dieses Fallbeispiels wurde in einem Buchbeitrag zur psychotherapeutischen Arbeit mit Vätern in der PaKT veröffentlicht (Göttken & von Klitzing, 2013).

Therapeutin-Kind-Beziehung: Max trat äußerst desinteressiert mit der Therapeutin in Kontakt und hatte insgesamt etwas deutlich Retentives. Er hielt alles zurück. Sein Vater berichtete von Obstipationen. Max habe ganz schön Mühe dabei, sein Geschäft zu verrichten. Bei der Therapeutin äußerte sich dieses Zurückhalten auch in einem vergeblichen Versuch, mit dem Kind verbal in Kontakt zu treten. Eine solche Kontaktaufnahme wurde vereitelt, indem er immer wieder sagte: »weiß nicht«, »hab keine Lust«, oder (grammatikalisch inkorrekt und damit „Babysprache“ nutzend: »Ich hasse immer so erzählen«. Bei der Therapeutin entstand der Eindruck, er wolle mit aller Macht etwas zurückhalten, sie solle keinen Zugang zu seinem Innenleben erhalten. Sein Spiel hatte zu Beginn der Stunden etwas Lustloses, Unmotiviertes und Unfokussiertes. Er verbarg sein Spiel vor ihr, indem er ihr den Rücken zukehrte. Später dann fand er Gefallen daran, sie mit kleinen Legosteinen »anzuschießen« und ihr dabei offensichtlich wehzutun. Enttäuscht war er, als sie bestimmte, dass die Stunde zu Ende war. Er würde so gern noch weiterspielen. Besonders ein Spiel, in welchem er eine Maus quälte und ihr kein Entrinnen aus einem kargen Gefängnis ermöglichte, verursachte ihm viel Lust. Die Therapeutin fühlte sich auf eine passive Position verwiesen, wurde beschossen und gequält, was Max augenscheinlich viel Lust bereitete.

Material (Sitzungen Nr. 4 und 5 mit Max): Max wirkte lustlos. Er lag meist auf dem Teppich, mit wenig Körperspannung. Er nörgelte still, mit dem Rücken zur Therapeutin gewandt. Er zeigte ihr nicht, was er tat, nahm unmotiviert Spielsachen, legte sie dann wieder weg, sprach dabei in einer Mischung aus Baby- und Geheimsprache, die sie nicht verstehen konnte, sodass sie sich ausgeschlossen fühlte. Wenn sie mit ihm in Kontakt kommen wollte, musste sie sich sehr um ihn bemühen. Ansonsten wirkte er zum Anfang der Stunde hinsichtlich eines Kontakts zu ihr äußerst desinteressiert.

Max wandte sich dem Puppenhaus zu und spielte »Das Klo saugt alles ein«. Er warf die bunten Steine, die Blumen symbolisieren sollten, in die Lego-Duplo-Toilette und machte dabei saugende Geräusche, die äußerst lustvoll klangen. Er sagte: »Die Toilette will alles auffressen«. Dann wandte er sich ab und ließ verschiedene Gegenstände des Inventars mit den bunten Blumensteinen schießen. Er sagte dabei: »Die Tür schießt auf«, und schoss wirklich mit einem bunten Stein gegen das Knie der Therapeutin und freute sich dabei, sie getroffen zu haben. Dies wurde dann noch einmal wiederholt, bis sie ihn begrenzte und sagte, dass es ihr wehtue, wenn er so wild gegen ihr Bein schieße. Daraufhin spielte er wieder nur mit der Spielzeugtoilette aus dem Lego-Duplo-Puppenhaus. Er bereitete dann wieder kleine heimliche Angriffe vor und schoss aus dem Hinterhalt auf die Therapeutin. Dabei freute er sich.

Max spielte nicht mit Figuren des Lego-Duplo-Hauses, sondern nur mit dem Inventar, mit den Möbeln, mit dem Aquarium, insbesondere mit Waschbecken und Toilette. Dann nahm er eine Schlingpflanze, die eigentlich zur Dekoration der »Terrasse« bestimmt war, bewegte die Pflanze und sagte dabei »huh huh«. So bekam diese »Schlingpflanze« plötzlich ein Eigenleben und hatte etwas sehr Bedrohliches. Dann wurde sie plötzlich von Max weggeschmissen, und er sagte: »Die ist tot«. Die »Schlingpflanze« blieb einfach in der Ecke liegen. Max forderte die Therapeutin bei alledem nicht zum Mitspielen auf, spielte aber selbst angeregt, so dass sie aufmerksam und interessiert zuschaute.

Dann entdeckte er plötzlich die kleine Maus und sagte: »Die Maus wohnt unterm Dach, die soll nur einen Balkon haben, die hat ein ganz leeres Haus, die wohnt da allein.« Die

Therapeutin sagte: »Ah, die Maus hat das ganze Haus für sich.« Max freute sich und sagte »ja«. Die Therapeutin erwiderte: »Du möchtest auch ein ganzes Haus für dich haben«. Max freute sich wieder, guckte sie verschwörerisch an und nickte. Daraufhin baute er das Legohaus um. Nichts war mehr wie bisher. Aus dem dreistöckigen Haus wurde plötzlich ein zweigeschossiges Haus. Immer wieder quetschte er die kleine Maus zwischen Fensterläden und einen selbstgebauten Schrank ein, sodass die Maus überhaupt keinen Platz hatte. Dann sagte er: »Das ist der Käfig von der Maus«, und spielte daraufhin lustvoll, dass die Maus immer wieder eingesperrt würde, dass die Polizei käme und die Maus einsperrte, dass die Maus nicht aus dem Gefängnis herausgehen dürfte und dass sie von „einem Sack“ aufgesogen würde und stürbe. Dies alles waren quälerische Attacken auf die kleine Maus.

Zum Ende der Stunde ließ er sich, obwohl die Therapeutin ihn lange auf das Stundenende vorbereitet hatte, wieder nicht begrenzen und wollte weiterspielen, da es doch gerade so viel Spaß mache. Die Therapeutin sagte zu ihm: »Max, du möchtest bestimmen, wann die Stunde zu Ende ist, nicht wahr?«

In der nächsten Stunde wandte sich Max erneut dem Puppenhaus zu und spielte auf repetitive Weise, dass ein Hubschrauber ins Untergeschoss des Hauses flöge und alles vernichtete (Figuren, Möbel, Autos). Alles flog durcheinander und am Ende war das ganze Haus zerstört. Der Hubschrauber »macht ganz viel Lärm und dreht ganz wild mit den Rotorblättern«, äußerte Max aufgeregt. Er fand seinen »Parkplatz« im Untergeschoss des Hauses, das nun jedoch in Unordnung geraten war und nichts Behagliches mehr bot. Auch von der Familie blieb keiner am Leben, alles blieb chaotisch und zerstört liegen. Max unternahm auch nichts gegen dieses Chaos und räumte auch nicht auf. Das eindrucksvolle Bild der Zerstörung blieb der Therapeutin, auch als die Stunde zu Ende war, innerlich präsent. Sie dachte gleich, dies sei möglicherweise ein Symbol für die Trennung der Eltern, als Max 2;6 Jahre alt gewesen war. Der neue Partner der Mutter musste ihm wie ein »Hubschrauber« erschienen sein, der gierig einfach die Mutter haben wollte, viel »phallischen Wind« machte und dadurch für Max die Zerstörung seiner Familie, also des Vertrauten, bewirkte. Für Max folgte die Zerstörung des Vertrauten, ein Ortswechsel, und er erlebte in der Folge einen Vater, der ihm verlassen und traurig erschien.

Fokusformulierung nach ToP (Integration der drei Dreiecke: Beziehungs-Symptom, Material und Therapeutin-Eltern-Kind-Beziehung)

(1) Bedeutung der Symptome in der Beziehung (»Beziehungssymptom«): Max' Essstörung im Alter von fünf Jahren ließ sich als Kompromiss zwischen dem Wunsch, groß und stark wie der Vater zu sein, und dem regressiven Wunsch, oral mittels »Babynahrung« versorgt zu werden, verstehen. Ödipal-phallische Wünsche verursachten bei Max so viel Angst, dass er lieber auf Wachstum verzichtete und klein und auf Babykost fixiert blieb, um die ödipale Konkurrenz mit dem von der Mutter verlassenen Vater zu vermeiden. Diesen hielt er somit mithilfe seines wählerischen Essverhaltens – und als Folge der väterlichen Sorgen um ihn – mit Extrawünschen in Bezug auf das Essen in Bewegung. So konnte er durch Regression auf den analen Modus der Bedürfnisbefriedigung den Vater (und auch die Mutter) ärgern und bewältigte auf diese Weise seine Angst vor ödipalen Themen.

(2) Spielszenen des Kindes (Material): Max' Verhalten, sein babyhaftes Sprechen sowie sein Spiel konnten als Regression verstanden werden. Er war in analen Themen des Bemächtigungstriebes, des Quälens und Befehlens, des Zurückhaltens verhaftet. Orale

Themen des Nehmens kamen auch oft vor, wohingegen phallische Themen wie das Feuerwehrauto oder lustvolles Konkurrieren oder Werben um die Therapeutin in der gemeinsamen Interaktion äußerst selten waren.

Der Fokus könnte hier lauten: Max ist auf den analen Modus der Triebbefriedigung fixiert. Etwas, was neu ist, macht ihm Angst. Max bewältigt diese Angst, indem er Neues vermeidet und an Vertrautem (breiartigem Essen, regressiver Sprache) festhält. Der Hubschrauber, der das (Puppen-)Haus zerstört und Chaos zurücklässt, kann als ein Symbol für die Trennung der Eltern verstanden werden.

(3) *Eltern-Kind-Therapeut-Beziehung*: Max konnte selbst keine (Körper-)Spannung aufbauen, um fokussiert und wissbegierig (phallisch) zu sein. Alles, was ihn anstrenge, vermied er, so berichteten die Eltern. Auch der Therapeutin erschien er als passiv, energie- und lustlos. Die Therapeutin erlebte den Vater als sehr gewährend und Konflikte mit Max und seiner Mutter vermeidend. Sie vermutete, dass auch Max den Vater als schwach und von der Mutter verlassen wahrnahm. Daher verursachte der Wunsch, selbst stark und »phallisch« zu sein, in ihm Angst vor Strafe durch den Vater. Diese Angst wurde durch eine regressive Bewegung in der Bildung eines Symptoms, der Essstörung, abgewehrt.

Zusammenfassung des Fokus in Bezug auf Max (intrapsychisch)

Festzustellen sind:

- anales Festhalten-Wollen als Abwehr der Angst vor Veränderung und Verlust,
- Angst vor eigenen oral-sadistischen und anal-sadistischen Impulsen,
- Angst vor Strafe durch den schwachen, verlassenen Vater wegen Max' ödipaler Wünsche,
- Abwehr der Angst durch Regression auf die orale und anale Stufe der Bedürfnisbefriedigung,
- in der Folge war Max gehemmt und nicht altersadäquat »phallisch«,
- durch die Abwehr entstand eine Entwicklungshemmung und Blockierung des (phallischen) Wisstriebes.

Fokusformulierung durch die Therapeutin

Fokusformulierung gegenüber Max: »Es macht dir Angst, wenn du isst wie andere Kinder in deinem Alter, weil du dann groß und stark wirst wie der Papa. Aber du hast Angst, dass der Papa dich dann nicht mehr mag, wenn du auch so groß und stark bist wie er. Du hast Angst, dass Papa dich jetzt nicht mehr mag, weil die Mama jetzt bei dir wohnt und nicht mehr mit dem Papa zusammenwohnt.«

»Es macht dir Angst wenn du etwas Neues isst, das du lecker findest, weil du es dann zerbeißen musst, und dann hast du Angst, dass du es dann kaputtmachst. So wie der Hubschrauber, wenn er im Haus landen möchte, auch alles kaputtmacht und so wie der H. [der neue Partner der Mutter], als er die Mama gern hatte. Da ist auch das Haus von der Mama, dem Papa und dir kaputtgegangen.«

Fokusformulierung gegenüber dem Vater (ToP-Symptombedeutung): »Max hält Sie durch sein wählerisches Essverhalten und Ihre Sorgen um ihn, zudem mit seinen Extrawünschen in Bewegung. Nach dem Auseinanderbrechen der Familie gab es nicht genügend Raum in Ihrer Familie, die Trennung zu betrauern. Die wütenden Gefühle ihrer Ex-Frau gegenüber haben sie zu verbergen versucht. Max trägt seinen Ärger nun auch verborgen aus, indem er mit Ihnen um das Essen kämpft. Max sucht Ihre Aufmerksamkeit und die Bestätigung, dass er groß und stark werden darf wie der Papa, wenn Sie ihm ausreichend Zeit widmen. Er wird vermutlich Ihr Insistieren in puncto Essverhalten als wohlthuend erleben.«

Fokusformulierung gegenüber der Mutter: »Max hat Angst, dass er wieder alles Vertraute verlieren könnte, wie damals im Zuge der Trennung. Daher vermeidet er Neues, besonders in seinem Essverhalten.«

4.2 Deutung, Übertragung und Gegenübertragung in der PaKT

Die Patienten, von denen Anna Freud berichtete, waren bemerkenswerte Tagträumer und zudem recht eloquent in der Schilderung ihrer Erlebnisse. Auch zeigte Anna Freud eindrucksvoll, wie die Kinder in der Lage waren, eine Verbindung zwischen neuen Erlebnissen und Erkenntnissen, die sie in der Analyse gewannen, herzustellen.

Viele der Patienten im Alter von vier bis zehn Jahren, die wir in der kinderpsychiatrischen Ambulanz des Universitätsklinikums Leipzig behandelt haben, sprechen hingegen wenig und drücken ihre zentralen Konflikte vielmehr nonverbal im Spiel und szenisch in der Interaktion aus. Auch müssen wir in der Kurzzeittherapie der Schwierigkeit begegnen, dass die Kinder sich erst einmal an die einsichtsfördernde Technik der Psychoanalyse gewöhnen müssen. Die Tatsache, dass die Behandlung auf einen Zeitraum von 20 bis 25 Stunden begrenzt ist, bedeutet, dass die Kinder gar nicht lange Gelegenheit haben, mit der analytischen Methode vertraut zu werden. Kaum haben sie sich daran gewöhnt, über ihr inneres Erleben zu sprechen, ist die Therapie auch schon wieder vorbei. Diesem Unterschied zur hochfrequenten Langzeitbehandlung wird im Rahmen der PaKT durch die Anwendung einer fokussierten Technik begegnet. Der behandelnde Therapeut muss daher viel mehr auf die Übertragung und Gegenübertragung achten, die sich bereits in den ersten Stunden entwickeln, er muss diese rasch und eingehend reflektieren und diese Reflexionen bereits in die Deutung des Konfliktfokus einfließen lassen, bevor das Kind sich an den psychoanalytischen Modus, Einfälle zuzulassen und diesen Bedeutung beizumessen, gewöhnen kann.

PaKT übernimmt die Arbeitsweise Melanie Kleins, dem kindlichen Spiel dauerhafte Aufmerksamkeit zu schenken und die Handlungen des Kindes in der Übertragung zu verstehen. Wie von Melanie Klein so wird auch im Rahmen von PaKT das Spiel als Ausdruck innerer Konflikte des Kindes verstanden, aber es wird nicht wie bei Klein alles, was das Kind tut, unmittelbar gedeutet, sondern die Spielinhalte werden vom Therapeuten zunächst gesammelt, um sie zu einem übergeordneten Thema, dem psychodynamischen Fokus oder ToP, zu bündeln. So

wie auch Anna Freud benötigt die Therapeutin im Rahmen der PaKT den regelmäßigen Kontakt zu den Eltern des Kindes, um ein umfassendes Bild von seinen Verhaltensweisen und Problemen zu gewinnen, da diese nicht zwingend in der therapeutischen Situation auftreten. Da, wo – verglichen mit den von den Eltern geschilderten – ähnliche Beziehungsmuster zur Analytikerin auftreten, sollte dies angesprochen werden. Die analytische Spieltechnik wird dabei genutzt, um unbewusste Wünsche und Konflikte des Kindes zu deuten. Dabei geht es bei PaKT zunächst eher um ein unablässiges Bemühen um Verständnis unbewusster Inhalte und nicht um ein unmittelbares Übersetzen jedes Inhalts, den das Kind liefert. Aus der kontinuierlichen Beobachtung und Reflexion des kindlichen Spiels wird der psychodynamische Fokus abgeleitet.

Der negativen Übertragung von Eltern und Kind kommt in der Kurzzeittherapie eine besondere Bedeutung zu. Es ist sehr wichtig, dass die Therapeutin sie bemerkt und permanent beobachtet, ob sie den Fortgang der Therapie behindert. Wenn negative Gefühle – wie etwa, wenn die Eltern ihre Schuldgefühle auf die Therapeutin projizieren – in Form von Vorwürfen auftreten, ist es wichtig, dass die Therapeutin diese negativen Einstellungen der Eltern auf ihre Bedeutung hin untersucht und sie in einer geeigneten Intervention mit ihnen durcharbeitet. Es ist wichtig, solchen Gefühlen Beachtung zu schenken. Werden negative Gefühle in der Gegenübertragung wahrgenommen, können sie auch mit den Eltern gemeinsam verstanden und dadurch abgemildert werden.

Ähnliches gilt für den Umgang mit der negativen Übertragung des Kindes. Sie sollte durch eine aktive, wohlwollende Technik in eine mild positive Übertragung verwandelt werden. Es bleibt nicht aus, dass eine negative Übertragung entsteht, besonders wenn das Unbewusste des Kindes sich der Bewusstwerdung beschämender Inhalte widersetzt und die Übertragung Ausdruck eines Widerstandes ist. Der permanente Kontakt mit den Eltern ist über die Elternarbeit hinaus auch für den Durcharbeitungsprozess des Kindes wichtig, denn die Therapeutin ist darauf angewiesen, von den Eltern Informationen über das problematische Verhalten und die Symptome des Kindes zu erhalten. Das Kind zeigt, auch wenn es auf die Analytikerin vielleicht inzwischen überwiegend positiv reagiert, das von uns als Beziehungssymptom verstandene problematische Verhalten nach wie vor in der häuslichen Umgebung mit den Eltern. Die Beziehung des Kindes zu den Eltern bleibt neben der Übertragungsbeziehung zur Therapeutin nach wie vor das Feld, auf welchem sich die Beziehungssymptome abbilden.

4.2.1 Spezifische Übertragungskonstellationen in der Behandlung von Kindern mit Depression und Angststörungen

Während der Behandlung mit PaKT entstehen spezifische Übertragungskonstellationen zwischen Kind und Therapeutin. Diese stellen oft eine große Herausforderung für die behandelnde Therapeutin dar. Wie Mentzos (2006) betont, haben depressive Patienten eine oft sehr spannungsvolle Beziehung zum Objekt. Oft wird das Objekt in der Übertragung zunächst idealisiert. Das Kind trägt dann Wünsche nach einer nur guten Beziehung zum Objekt in die Beziehung zu seiner Therapeutin. In der Konfrontation mit dem realen Objekt erlebt das Kind die Therapeutin in der Folge häufig als enttäuschend und wendet sich von ihr ab. Eine spannungsvolle Ambivalenz zum Objekt kann dann die Übertragungsbeziehung in der Behandlung dominieren. Die Gegenübertragung der Therapeutin wird bei der Behandlung von Kindern mit emotionalen Problemen und depressiven Störungen durch die für diese Patientengruppe typischen Wünsche an das nur gute Objekt, die Anklage gegenüber dem enttäuschenden Objekt und schließlich die Entwertung und Zerstörung des Objekts stark strapaziert (Windaus, 2007a).

Vor allem ist es wichtig, die aggressiven Attacken des Patienten, die vermutlich eine Folge der unbewussten Objektenttäuschung sind, auszuhalten, ohne dabei entstehende aggressive Gegenübertragungsgefühle handelnd in Gegenattacken umzuwandeln. Die Therapeutin kann für den Patienten zu einem zuverlässigen Objekt im Winnicottschen Sinn (Winnicott, 1947) werden, indem sie ihre Gegenübertragung reflektiert und somit erreicht, dass sich die negativen verinnerlichten Objektbeziehungserfahrungen des Patienten nicht wiederholen. Die stärkere Aktivität in der fokalen psychotherapeutischen Arbeit darf aber nicht zu einem Gegenagieren gegen die depressiven Affekte des Patienten führen. Eine Therapeutin, die die innere Leere, die das Kind erlebt, in konkordanter Identifizierung (Racker, 1970, vgl. Kap. 2.4.1) in ihrer Gegenübertragung erfährt, mag verleitet sein, diese unerträglichen Gefühle der emotionalen Taubheit durch ein aktives und hypomanisch verzerrtes Agieren abzuwehren. In einem solchen Fall würde sie möglicherweise ihre eigene Abwehr depressiven Erlebens rationalisieren, indem sie vorgibt, das Kind »aufheitern« zu wollen. Solche Übertragungskonstellationen müssen in jedem Fall in eingehender Supervision und analytischer Selbsterfahrung reflektiert werden. Nur durch die intensive Reflexion ihrer Gegenübertragung kann die Therapeutin solche depressiven Übertragungskonstellationen therapeutisch nutzbar machen. Dabei ist es wichtig, dass sie diese Zustände von emotionaler Taubheit und phantasierter Objektlosigkeit als eine wichtige Abwehrstrategie des Kindes versteht, die diesem vermutlich dazu diene, Zustände von Verlassenheit und Enttäuschung durch das Objekt psychisch zu überstehen.

Wichtig ist es auch, sich dem Kind immer wieder als Container für seine noch unverdauten Affekte zur Verfügung zu stellen, um derart die oft sehr negative Übertragung verstehen und benennen zu können. Es ist dabei hilfreich, sich vorzustellen, dass das Kind Abwehrmechanismen wie emotionale Taubheit und Leere nutzt, um die therapeutische Beziehung – so wie vermutlich vormals die Beziehung zu den primären Beziehungsobjekten – vor einem als destruktiv erlebten

Überschwemmt werden mit nicht gehaltenen aggressiven Impulsen zu schützen.

Wenn die Therapeutin die Aggression, die im Übertragungskontext entsteht, auch im Stundenmaterial aufmerksam aufspürt und so einem Verstehen zugänglich macht, kann das Kind eine neue Beziehungserfahrung machen, die hilft, alte Beziehungsmuster zu verändern. Letztlich geht es darum, dass es dem Patienten möglich werden kann, das gute Objekt trotz Aggressionen und Konflikten innerlich zu erhalten und nicht zu zerstören.

Die Wiederholung eines Oszillierens zwischen paranoid-schizoider und depressiver Position während der Behandlung mit PaKT kann so zu einem erneuten, diesmal geglückten Introjektionsprozess des guten Objekts führen, was positive und flexiblere Beziehungserfahrungen ermöglicht. Nur wenn sich die Therapeutin nicht enttäuscht vom Kind abwendet, wenn dieses sie in der paranoid-schizoiden Position attackiert, kann das Kind die Erfahrung machen, dass das Objekt seine destruktiven Attacken überlebt. Auch wenn die Therapeutin den Impuls, mit einer Gegenattacke zu reagieren, in ihrer Gegenübertragung oft verspüren mag, darf sie ihm auf keinen Fall nachgeben. Wie wichtig es für eine gelungene Integration guter und böser Selbstobjektrepräsentanzen ist, dass das Objekt trotz der unbewussten Aggression des Kindes diese Angriffe überlebt, hat uns Donald W. Winnicott gelehrt (Winnicott, 1947) (siehe auch Kap. 2.4.2: »Übertragung und Gegenübertragung in der Kinderanalyse«).

Die Arbeit an der Abwehr und am Abgewehrten steht auch in der Arbeit mit Kindern im Zentrum. Die Abwehr sollte neben ihrer Dysfunktionalität im Sinne einer Entwicklungshemmung immer auch in ihrer Schutzfunktion anerkannt werden. Es geht auch in der Behandlung mit PaKT darum, dass sich die bisherigen Bewältigungsmuster in der Übertragungsbeziehung »affektiv wirksam und szenisch evident aktualisieren« (vgl. Windaus, 2007a, S. 339). Eine Deutung muss nicht immer verbal vorgenommen werden, sondern kann auch im Spiel über eine bestimmte Handlung vermittelt werden. Somit kommt dem Therapieprozess eine besondere Bedeutung zu. Die Therapeutin vermittelt auch über non-verbale Kommunikation wie dem Tonfall ihrer Stimme, ob sie sich innerlich vom Kind abwendet oder ob sie neutral mit dem Kind verbunden bleibt und sich dem Verstehen seiner psychischen Innenwelt weiterhin widmen kann.

4.3 Die Bedeutung der infantilen Sexualität im therapeutischen Prozess

In Kapitel 2.1.1 wurde Freuds Triebtheorie in ihrer Relevanz für PaKT kurz umrissen. Die menschliche Entwicklung verläuft laut Freud in psychosexuellen Phasen, in denen der Trieb die Konstitution des Subjekts in Anlehnung an die ersten Erfahrungen mit dem eigenen Körper (den erogenen Zonen) gestaltet (Freud, 1905). So werden die Symptome des Kindes im Rahmen von PaKT auch vor dem Hintergrund der Konflikte innerhalb der psychosexuellen Entwicklung verstanden. Im Rahmen der PaKT wird davon ausgegangen, dass ein Kind aus Angst vor Konflikten, die neue psychosexuelle Phasen mit sich bringen, auf nicht mehr altersangemessene Entwicklungsphasen regredieren kann. Es kann auch auf einem

Modus der Triebbefriedigung fixiert bleiben, so dass es ihm nicht gelingt, eine weitere Stufe der psychosexuellen Entwicklung zu erreichen. Die psychosexuelle Entwicklung wird im Rahmen der PaKT als individuelles Triebchicksal verstanden, d. h. die individuelle Entwicklung des Menschen verläuft entlang von psychosexuellen Phasen, mit jeweils charakteristischen Erlebens- und Verhaltensmodalitäten. Dabei richtet sich der Trieb immer auf ein Objekt. Der Objektbezug wird durch Erlebnismodalitäten bestimmt, die von den Körperfunktionen abgeleitet sind. Frühe Erfahrungen, die im Zuge von Triebansprüchen und individuell erlebten Befriedigungsformen der oralen, analen und phallischen Phase gewonnen werden, begründen die individuelle Geschichte der libidinösen (Konflikt-)Dynamik.

Konflikte in der frühen oralen Phase der Bedürfnisbefriedigung können beispielsweise zu nachhaltigen Fixierungen auf diese Verhaltens- und Erlebensmodalität führen und später beim Individuum zu einer anhaltenden oralen Gier, einem unstillbaren Hunger und »Verschlingen« von Beziehungsobjekten oder »Dingen« führen. Eine orale Fixierung kann sich somit in der Maßlosigkeit eines Menschen in seinen Wünschen nach Versorgung durch das Objekt zeigen oder im weiteren Verlauf der Entwicklung auf eine unstillbare Gier nach Computerspielen oder Suchtmitteln verschoben werden. Wir gehen davon aus, dass Konflikte und Versagungen in dieser frühen Zeit des kindlichen Erlebens dauerhafte Auswirkungen auf die Entwicklung der Persönlichkeit mit ihren vorherrschenden Abwehrmechanismen haben.

Für die Therapeutin ist dabei von entscheidender Bedeutung, welche Elemente der infantilen Sexualität im kindlichen Spiel sichtbar werden und dass sie diese Ausdrucksformen unter Anwendung ihres psychoanalytischen Grundwissens versteht. Die kindliche Sexualität zeigt sich im Spiel und in der Interaktion oft unverhüllt und spontan. Dies können wir nutzen, um zu einem Verständnis der unbewussten Konflikte des Kindes und damit im weiteren Schritt zu einem Verständnis der interpersonellen Konflikte zu gelangen.

Es sollen nun Beispiele gegeben werden, wie sich Regressionen oder Fixierungen auf bestimmte psychosexuelle Positionen im kindlichen Spiel offenbaren können und wie die Therapeutin einschätzen kann, welches Thema der psychosexuellen Entwicklung gerade (in der Stunde oder in der speziellen Entwicklungsphase, in der sich das Kind befindet, oder in der spezifischen Phase der Übertragung) vorherrschend ist.

4.3.1 Oralität

Im Fallbeispiel Elisabeth, 6 Jahre (genauere Darstellung des Falles erfolgt in Kap. 5.3 des Manuals), zeigten sich zahlreiche orale Themen in den Spielinhalten der ersten Stunden, wie z. B. das Ausrauben eines Hauses, das Auffressen der Menschenfiguren durch Tierfiguren:

In Elisabeths Spiel bemächtigten sich die Tiere nach und nach des Inventars des Puppenhauses, um ihr eigenes Reich aufzubauen. Die Tiere begannen, das Puppenhaus auszurauben. Am Ende blieb den Menschen-Figuren nichts mehr. Ihr Haus war leer. Sie selbst waren machtlos und ausgeraubt (vgl. Kap. 5.3).

Die Therapeutin sollte solche Arten des Ausdrucks der infantilen Sexualität zunächst für sich wahrnehmen und darüber nachdenken, was dieses »Ausrauben des Hauses« in der Übertragungsbeziehung bedeuten könnte, bevor sie sie nach eingehender Reflexion im Prozess der Behandlung deutet.

In Bezug auf Elisabeth war anamnestisch bekannt, dass ihre Mutter während der frühen Entwicklung aufgrund der Trauer um ein zuvor verlorenes Kind depressiv und für Elisabeth emotional wenig erreichbar war, so wie ein »leeres Haus«. Die Therapeutin verstand das »Ausrauben des Hauses« im Spiel als Ausdruck einer frühen Phantasie, in der sich oral-sadistische Impulse gegen das enttäuschende frühe Objekt ausdrückten. Sie entschloss sich, die orale Aggression, die sich in Elisabeths Spiel ausdrückte, im Als-ob-Modus des Spiels zu benennen: »Die Tiere sind ganz wütend auf die Menschen und wollen sie auffressen und den Menschen alles wegnehmen.« Eine genetische Deutung in der Form: »Manchmal bist du auch so wütend auf deine Mutter, dass du ihr alles wegnehmen möchtest« (Verweis auf Elisabeths frühe Beziehung zur Mutter), erschien der Therapeutin als nicht angebracht, weil sie das Kind zu sehr destabilisieren könnte. Die Therapeutin konnte ihr Wissen um die psychosexuelle Entwicklung und die dafür typischen Phantasien in dieser Spielszene für ein Verständnis der Innenwelt des Kindes nutzen und so den gemeinsamen Verstehensprozess voranbringen, ohne dass hierfür eine verbale Deutung nötig gewesen wäre.

Orale Themen können sich außerdem in einem spezifischen Interaktionsstil des Kindes in der Übertragungsbeziehung zeigen: wenn das Kind beispielsweise besonders gierig ist, alles haben will oder wenn es in seinem Bedürfnis nach Zuwendung durch die Therapeutin unersättlich ist.

4.3.2 Analität

Anale Themen zeigen sich in der Therapie dadurch, dass das Kind besonders retentiv ist, beispielsweise nichts von sich erzählen mag, mit dem Rücken zur Therapeutin gewandt spielt und schweigt und auf Interaktionsangebote nicht reagiert, oder dass es besonders viel Lust an Themen des Quälens, Ärgerns und daran zeigt, sich des anderen im Spiel oder in der Interaktion zu bemächtigen.

Im Fallbeispiel Max, 5 Jahre (ausführlichere Darstellung in Kap. 4.1), erlebte die Therapeutin ein Kind, zu dem sie zunächst keinen Zugang fand:

Max trat äußerst desinteressiert mit der Therapeutin in Kontakt und hatte insgesamt etwas deutlich Retentives. Er hielt alles zurück. Sein Vater berichtete von Obstipationen. Max habe ganz schön Mühe dabei, sein Geschäft zu verrichten. Der Therapeutin gelang es kaum, mit dem Kind in Kontakt zu treten. Auf Fragen oder Vorschläge sagte Max: »weiß nicht«, »hab keine Lust« oder »ich hasse immer so zu erzählen«. Bei der Therapeutin entstand der Eindruck, dass er mit aller Macht etwas zurückhalten wolle und sie keinen Zugang zu seinem Innenleben erhalten sollte. Sein Spiel wirkte zu Beginn der Stunden lustlos, unmotiviert und unfokussiert. Er verbarg sein Inneres vor ihr. Später dann fand er Gefallen daran, sie mit den Lego-Duplo-Spielfiguren und Spielsteinen anzuschleudern und ihr dabei offensichtlich weh zu tun.

In diesem Fallbeispiel zeigt sich deutlich eine anale Fixierung. Eine solche Fixierung beispielsweise auf die anale Stufe der Libidoentwicklung dient nicht nur der Angstabwehr, sondern auch der Befriedigung analer Lust. Die Retention ermöglicht Max, der alles zurückhielt, eine Triebbefriedigung im analen Modus. Da ödipale Themen, z. B. mit dem Vater konkurrieren zu müssen, bei Max große Angst verursachten, blieb die Libido auf den analen Modus der Bedürfnisbefriedigung fixiert. Sadistische Kontrolle und Bemächtigung des Objekts blieben die Lustquellen des Kindes. Die weitere Triebentwicklung stagnierte somit. So kontrollierte Max seine Eltern, indem er nichts aß, alles Neue ablehnte und zu Obstipationen neigte. Diese Kontrolle zeigte sich auch in der Übertragung: Indem er nicht mit der Therapeutin sprach, verfügte er über eine Allmacht, alle (Eltern, Therapeutin) zu kontrollieren, was neben der Angstabwehr auch gleichzeitig der Befriedigung des anal-sadistischen Partialtriebs diente. Auch in Max' Spielinhalten zeigte sich immer wieder die lustvolle anal-sadistische Triebbefriedigung:

Dann sagte er: »Das ist der Käfig von der Maus«, und spielte daraufhin lustvoll, dass die Maus immer wieder eingesperrt wurde, dass die Polizei kam und die Maus einsperrte, dass die Maus nicht aus dem Gefängnis herausgehen durfte und dass sie in einen Sack eingesaugt wurde und starb. Dies alles waren quälereische Attacken auf die kleine Maus.

4.3.3 Schau- und Zeigelust

Freud beschrieb das Schauen und Geschaut-Werden als Ausdruck eines Partialtriebs, der in einer aktiven und passiven Form vorkommt (Freud, 1905). Es bereitet dem Kind in der phallischen Phase z. B. Lust zu schauen, wie die Genitalien der anderen aussehen und wie es um den Geschlechtsunterschied bestellt ist. Zu schauen, wie andere nackt sind, aber auch zu zeigen, wie phallisch man selber ist, und auch anzugeben mit dem, was man alles schon kann, sind wichtige Quellen der Lust in dieser Phase der psychosexuellen Entwicklung. Da dieser psychosexuelle Verhaltens- und Erlebensmodus sich aktiv und passiv darstellen kann, kann sowohl das Schauen als auch das Zeigen (Exhibitionieren) beim Kind gehemmt sein. Im

Fallbeispiel Sophie kam dieser Hemmung der Schau- und Zeigelust eine wichtige Bedeutung zu (vgl. die ausführliche Darstellung in Kap. 5.2 dieses Manuals):

Sophie (5 Jahre) wurde von ihren Eltern zur Therapie gebracht, weil sie große Angst hatte, sich in Gegenwart der Erzieher und anderen Kindergartenkinder zu exponieren. Sie verweigerte dann den Blickkontakt und war extrem schüchtern. Sie konnte sich nicht durchsetzen und gab im Spiel mit anderen Kindern immer klein bei.

In der Therapie überwand sie diese Hemmung rasch. Exhibitionistische Tendenzen kamen sogleich zum Vorschein. Sophie sprang wild durchs Zimmer, schlug Purzelbäume, ließ ein Spielzeug-Pferd wild durch das Zimmer springen. Dabei wollte sie, dass die Therapeutin zuschaute, wie toll sie schon turnen konnte. In diesem ausgelassenen Spiel wurde viel Zeigelust sichtbar, ganz im Gegensatz zu der Scham, die in exponierten Situationen zuvor immer dominiert hatte.

4.3.4 Phallizität

Phallische Themen zeigen sich in der Interaktion mit der Therapeutin in einem deutlichen Konkurrieren-Wollen, in Schau- und Zeigelust, in angeberischem Verhalten und in Neugier. In den Spielinhalten kommen phallische Themen beispielsweise durch Schwerter und Degen zum Ausdruck, die ein Kind zur Demonstration seiner Macht mit in die Stunden bringt, aber auch in der stolzen Demonstration: »Schau, was ich alles schon kann!« So hatte Julian (6 Jahre; vgl. die ausführliche Darstellung in Kap. 5.1 des Manuals), der in der Behandlung große Kastrationsangst zeigte, in eine Stunde, in der er erstmals über das Thema »Angst« sprach, das er zuvor immer abgewehrt hatte, zwei Gewehre mitgebracht, die er neben sich gelegt hatte. Auch das intensive Spiel mit hohen Türmen, Feuerwehrautos, schnellen Rennautos kann zeigen, dass der Trieb des Kindes (partiell) an den phallischen Modus der Triebbefriedigung gebunden ist.

Wenn solche Ausdrucksweisen der Triebbefriedigung benannt und (angesichts der Zeitdimension vorsichtig) gedeutet werden, so hat dies das Ziel, die solchermaßen im Rahmen der Regression pathologisch gebundene Triebenergie zu »entbinden«, so dass sie der weiteren Entwicklung des Kindes wieder zur Verfügung steht (De M'Uzan, 1994). So kann sich beispielsweise fixierte Schaulust eines Kindes in Wissensdurst umwandeln. Wichtig ist, das Interesse des Kindes am psychodynamischen Fokus so zu wecken, dass es die Neugier auf seine psychische Innenwelt oder auf die Objekte der Außenwelt, die es ängstigen, lenkt.

4.4 Die Elternarbeit

Der Elternarbeit kommt in der PaKT eine besondere Bedeutung zu. Sie wird im Rahmen von PaKT nicht als etwas nur Zusätzliches zur Arbeit mit dem Kind angesehen, sondern ist ein zentrales Instrument der therapeutischen Arbeit. Sie zielt darauf ab, die Mentalisierung der Eltern über ihr Kind und damit ihre Fähigkeit, das Kind als psychischen Akteur zu verstehen (Sharp & Fonagy, 2008), zu fördern. Hierbei geht es im Wesentlichen darum, das Verständnis der Eltern für die dem Verhalten des Kindes zugrunde liegenden mentalen Zustände, Motivationen und Konflikte zu verbessern. Diese sollen den Eltern anhand der Erörterung von Beziehungsepisoden, die sie bezüglich ihrer Interaktion mit dem Kind berichten, nahegebracht werden. Hierbei geht es auch darum, das Symptom des Kindes mit den Beziehungsproblemen und -konflikten sowie den eigenen Ängsten und Abwehrformationen der Eltern in Verbindung zu bringen. In den Sitzungen von Therapeutin und Eltern wird entsprechend mit *biografischem Material der Eltern, ihrer Schilderung von familialen Beziehungsepisoden sowie mit den in der Eltern-Kind-Interaktion beobachtbaren Beziehungsphänomenen* gearbeitet. Im Verlauf der Elterngespräche soll der Fokus als Beziehungsthema in einer alltagsnahen Sprache erarbeitet und beleuchtet werden. Dieser Fokus, der nach der 5. Stunde formuliert wird, soll dann in den Sitzungen 6, 10, 14, 18, 20 – ausgehend von den elterlichen Narrativen über Beziehungsepisoden mit dem Kind – mit den Eltern vertieft werden. Durch geeignete Deutungen soll die Einsicht der Eltern in die innere Welt des Kindes, die seinem Verhalten zugrunde liegt, verbessert werden. Hierbei sollen die Eltern in ihrer Fähigkeit und Bereitschaft, eine Perspektive einzunehmen, die innere Zustände, inneres Erleben und Motivationen des Kindes berücksichtigt, gefördert werden.

In der Geschichte der Kinderanalyse ist die Elternarbeit weitgehend vernachlässigt worden, da die Kinderanalyse sich stark an dem Vorbild der Erwachsenenanalyse orientierte und sich auf die individuelle Arbeit mit dem Kind fokussierte. Eine systematische Konzeptualisierung der Elternarbeit wurde in den ersten Jahren der Kinderanalyse kaum unternommen. Bei Anna Freud gab es immer wieder Hinweise darauf, dass sie die Bedeutung der Elternarbeit erkannte und sich der Schwierigkeiten und Widerstände, die sich aus ihr ergeben, sehr wohl bewusst war (Novick & Novick, 2009, S. 19).

Eine wichtige Ursache für die Vernachlässigung dieses Themas besteht vermutlich darin, dass Therapeuten in der Arbeit mit Kindern leicht der Versuchung erliegen, sich als eine »bessere Mutter«, bzw. als ein »besserer Vater« für das Kind zu fühlen. Dies führt in der Regel zu einer konflikthafter Beziehung mit den realen Eltern, die sich durch den als Bedrohung wahrgenommenen »Therapeuten als andere Elternfigur« entwertet fühlen können. Therapeuten wiederum können es als schmerzhaft empfinden, dass »ihr Kind« in der Realität noch Eltern hat, so dass sie diese möglicherweise abwerten und sich scheuen, mit den Eltern zu arbeiten. Es folgt daraus häufig eine Tendenz, sich nur auf das Kind zu konzentrieren und die Beziehung zu den Eltern mit den zahlreichen Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen zu vernachlässigen.

Ein weiteres Problem besteht in dem möglichen Neid der Eltern auf das Kind.

Dass sich die Eltern manchmal in ihrer Elternfunktion als insuffizient erleben und gleichzeitig selbst aufgrund häufig bestehender eigener Probleme sehr bedürftig sind, kann dazu führen, dass sie dem Kind seine Therapie und die Aufmerksamkeit, die es darin vonseiten der Therapeutin erhält, neiden.

Auch können sich Schuldgefühle der Eltern, dem Kind nicht genug gegeben zu haben bzw. derzeit nicht genug zu geben, einer produktiven psychotherapeutischen Arbeit oftmals hemmend entgegenstellen. Manche ungünstige Konstellation entsteht dadurch, dass Eltern die Frage der Schuld, unter der sie eigentlich selber leiden, externalisieren und auf die Therapeutin projizieren. In der Folge wird diese dann häufig als diejenige wahrgenommen, die »Schuld hat«, z. B. dass die Therapie stagniert oder die Probleme des Kindes sich nicht verbessern bzw. sogar verschlechtern. Wenn sich eine auf diese Weise entwickelnde negative Übertragung auf die Therapeutin nicht verstehen und beeinflussen lässt, gerät das Arbeitsbündnis zwischen ihr und den Eltern in Gefahr, welches aber benötigt wird, um das Symptom des Kindes als Ausdruck interpersoneller und intrapsychischer Konflikte verstehen und bearbeiten zu können.

Fallbeispiel: Jonas, 8 Jahre – unbewusster Neid der Eltern auf die Therapeutin

Jonas kam in die Behandlung, weil er unter depressiven Verstimmungen litt und mehrfach geäußert hatte, dass er nicht mehr leben möchte. Im Verlauf der Behandlung mit PaKT konnte die Therapeutin eine gute therapeutische Beziehung zu ihm aufbauen, und die Symptome verbesserten sich zusehends. Frau H., Jonas' Mutter, konnte trotz ihres großen Leidensdrucks die Erfolge in der Behandlung ihres Sohnes nicht anerkennen. Hier war der Neid auf die Therapeutin, die einen besseren Zugang zu ihrem Sohn zu bekommen schien als sie selbst, zu groß. Frau H. konnte den Erfolg der Behandlung (die emotionalen Symptome wie Ängstlichkeit und Depressivität, sogar suizidale Äußerungen reduzierten sich nach der Therapie deutlich, was ihr sogar von Jonas' Lehrern bestätigt wurde) nicht wahrnehmen bzw. der Therapeutin die Besserungen auch nicht als *deren Erfolg* zugestehen. Sie gönnte der Therapeutin ihren Erfolg nicht. Es durfte vermutlich nicht »sichtbar« werden, dass die Therapeutin eine gute Beziehung zu Jonas etablieren konnte, in der er sich positiv entwickeln konnte.

Die Mutter weigerte sich, obwohl sie zuvor immer regelmäßig die PaKT-Sitzungen wahrnahm, nach Abschluss der Therapie ein abschließendes Elterngespräch zu führen und an der Therapieevaluation teilzunehmen. Somit konnte diese negative Übertragungskonstellation nicht in einer gemeinsamen Sitzung bearbeitet und aufgelöst werden. Die Therapeutin vermutete aufgrund der vorigen Schilderungen der Mutter (die sie dazu veranlassten, bei dieser das Vorliegen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung anzunehmen), dass diese sehr durch eigene Ängste belastet war, den »Halt zu verlieren«, wie sie äußerte, und Beruf und Kindererziehung allein nicht mehr bewältigen zu können. Vermutlich wurde die diffuse Angst der Mutter vor dem Therapieende in Wut umgewandelt, die sie der Therapeutin zeigte, indem sie der letzten Sitzung einfach fernblieb. Dies vermutlich auch, da eine Trennung vom Objekt (der Therapeutin) nur durch dessen Entwertung ertragen werden kann. Auch wenn es vorher so vereinbart worden war, wurden von dieser Mutter 25 Stunden Kurzzeittherapie als nicht ausreichend erlebt – obwohl ihr Sohn sehr stark davon profitierte.

Fallbeispiel: Lucas, 9 Jahre

Lucas kam wegen Schulunlust, depressiver Gefühle und einer Reihe von psychosomatischen Beschwerden wie Bauch- und Kopfschmerzen zur Behandlung. Er war von Anfang an in der Therapie sehr engagiert, sehr kreativ in den Stunden, sprach gern über seine Träume, stellte seine inneren Konflikte auch im Spiel und den Zeichnungen dar, und auch die Elternarbeit lief gut.

Im Verlauf der Behandlung gingen seine Symptome zurück. Die Eltern initiierten einen Schulwechsel. In der neuen Schule lebte sich Lucas sehr gut ein und gestaltete seine Beziehungen zu Gleichaltrigen viel besser als in der vorigen. Ebenso akzeptierte er die Leistungsanforderungen besser und ging flexibler mit ihnen um. In den abschließenden Elternsitzungen konstatierten auch die Eltern eine erhebliche Besserung von Lucas' emotionalen Befindlichkeiten. Dabei betonte die Mutter, dass sie fest davon überzeugt sei, dass diese Verbesserung der neuen Schule zu verdanken und das Abklingen der psychosomatischen Beschwerden wohl Folge des von einem Homöopathen verschriebenen Pulvers sei.

Die Therapeutin fühlte sich zunächst gekränkt, weil die Mutter die Therapie und deren Erfolg nicht anerkannte und ernst nahm. Sie konnte aber auch verstehen, dass die Wahrnehmung, dass in der therapeutischen Beziehung ihres Sohnes mit der Therapeutin sich so etwas Positives entwickelt hatte, bei der Mutter Neidgefühle hervorgerufen hatte; dies führte dazu, dass sie die Bedeutung der Therapeutin für ihren Sohn und auch deren therapeutische Leistung praktisch negierte.

Dadurch, dass die Therapeutin diesen Zusammenhang verstand, konnte sie die Sichtweise der Mutter als Kompromiss akzeptieren. Sie begab sich nicht in einen rivalisierenden Streit mit der Mutter. Eine solche Form des agierten Neides wie in diesem Fallbeispiel ist im Grunde günstiger als in der ewigen Fallvignette, weil die Mutter ja die therapeutische Arbeit zulassen konnte, nur letztlich deren Bewertung als Erfolg auf einer bewussten Ebene vermied.

Anna Freud (A. Freud, 1967) definierte als Ziel der Kinderanalyse die Wiederherstellung einer progressiven Entwicklungsfähigkeit des Kindes. Novick und Novick (Novick & Novick, 2009) führen außerdem an, dass es ein wichtiges Ziel der Kinderanalyse sein könne, die Eltern erst einmal zu befähigen, ihre Elternschaft als wichtige eigene phasentypische Funktion zu entwickeln. Wichtiges Ziel der Elternarbeit nach Novick & Novick (2009) ist auch die Wiedergewinnung eines Kompetenzgefühls der Eltern, die Umformung von Schuldgefühlen der Eltern in nützliche Besorgnis und das Erlangen der Fähigkeit, ihr Kind als von sich getrennt wahrzunehmen. Das Ziel der Behandlung mit psychoanalytischer Kurzzeittherapie ist »nicht nur die Aufhebung der Entwicklungshemmung des Individuums, sondern auch die Zurückführung der Eltern-Kind-Beziehung zu ihrem Potential als lebenslange, positive Ressource für beide, Eltern und Kind« (von Klitzing, 2005, S. 118).

Anders als wenn sie selbst einen Analytiker für eine Therapie aufsuchen, begegnen Eltern der Therapeutin ihres Kindes nicht in erster Linie als einer Übertragungsfigur, sondern vor allem als einer realen Person. Dieser realen Person vertrauen sie ihr Kind mit dem Wunsch und der Hoffnung an, es von seinen

Problemen und Symptomen zu befreien. Trotzdem spielen in ihrer Beziehung darüber hinaus Übertragungsprozesse eine Rolle, ebenso wie bei der Therapeutin Gegenübertragungsreaktionen ausgelöst werden. Diese zu berücksichtigen und zumindest zum Teil auch zu bearbeiten, ohne dass wir uns mit den Elternfiguren in einer eigentlichen Psychotherapie befinden, stellt in der Kindertherapie eine besondere Herausforderung dar.

Tabelle 2: Aufgaben, die Eltern zu bewältigen haben (nach Novick & Novick, 2009, S. 234 f.)

- »In der Evaluationsphase [Diagnostikphase; Anm. d. Autoren] haben die Eltern die Aufgabe, verschiedene Transformationen in Gang zu bringen.
- Zu Beginn der Therapie des Kindes haben die Eltern die Aufgabe, ihrem Kind die Freiheit zu lassen, mit einem anderen Erwachsenen *zusammen zu sein*, und die körperliche Trennung zu akzeptieren.
- In der mittleren Phase haben die Eltern die Aufgabe, die gemeinsame Arbeit des Kindes mit einem anderen Menschen zuzulassen und auf diese Weise seine psychische Getrenntheit anzuerkennen.
- Die Freude an den Fortschritten des Kindes und deren Validierung sind die Aufgaben, die sich den Eltern in der Vorbereitung auf die Beendigungsphase stellen.
- Während der Beendigungsphase trauern die Eltern über den Verlust der Therapie, internalisieren die Aufgaben des therapeutischen Bündnisses und konsolidieren ihre eigene Entwicklung in der Phase der Elternschaft.
- Nach der Behandlung lassen die Eltern die Weiterentwicklung des Kindes zu und entwickeln sich ebenfalls weiter«.

Die Psychotherapie mit Kindern stellt hohe Ansprüche an die Motivation der Eltern und erfordert von ihnen ein hohes Maß an Compliance. Es ist für viele Eltern von Vorschul- und jungen Schulkindern das erste Mal, dass ihr Kind eine so intensive Beziehung zu einem anderen Erwachsenen aufbaut. Die physische Getrenntheit des Kindes und seine innere Separation zuzulassen und das Zusammensein mit einem anderen Erwachsenen zu akzeptieren, stellt für die Eltern eine große Herausforderung dar. Die Therapeutin sollte auf Ängste der Eltern, die hiermit in Zusammenhang stehen, eingestellt sein, sehr sensibel damit umgehen und sie angemessen »auffangen« bzw. auch aktiv ansprechen. Es ist nicht leicht für die Eltern, die Nähe des Kindes zur Therapeutin in der therapeutischen Arbeit mit dieser auszuhalten. Dennoch ist es oft wichtig, ihnen zu vermitteln, wie wichtig es für die Entwicklung des Kindes ist, dass sie ein Mehr an psychischer und physischer Separation ermöglichen (siehe hierzu das Fallbeispiel Julian in Kap. 5.1).

Auch stellt es zum Ende der Therapie für die Eltern eine Herausforderung dar, den Therapieerfolg und die Fortschritte des Kindes anzuerkennen. Dies kann gerade Eltern schwerfallen, die aufgrund eigener Schwierigkeiten Probleme damit haben, eine innere Repräsentanz des »guten Objekts« Therapeutin auch nach Ende der Behandlung in sich zu bewahren. Im obigen Fallbeispiel des 8-jährigen Jonas gelang es der Mutter aufgrund ihrer eigenen unbewussten Konflikte nicht, den Therapieerfolg zu konsolidieren und das »Gute«, das erreicht wurde, innerlich zu

repräsentieren. Zu sehr war sie durch Schuldgefühle dem Kind gegenüber und ihren Neid auf die Therapeutin sowie eigene Ängste, »den Halt zu verlieren« und Beruf und Kindererziehung allein nicht mehr bewältigen zu können, belastet.

Elternarbeit im Rahmen der PaKT bedient sich ebenso klassisch psychoanalytischer Arbeitsinstrumente wie die Therapie selbst: die Arbeit an der Abwehr, die Verbalisierung, die Einsicht, die Rekonstruktion, die Deutung sowie die Nutzung von Übertragung und Gegenübertragung bilden den Schwerpunkt der Arbeit. Zusätzlich werden Erklärungen entwicklungspsychologischer und psychodynamischer Zusammenhänge gegeben, wie beispielsweise, dass es »normal« ist, wenn ein 6-jähriges Mädchen sich für den Vater interessiert, altersentsprechend um ihn wirbt und mit der Mutter rivalisiert. Auch eine pädagogische Beratung sowie eine Unterstützung bei »drängenden« alltagsrelevanten Fragen und bei der Bewertung von alltäglichen Situationen werden angeboten.

Wichtig ist allerdings: Elternarbeit fokussiert nicht auf die individuellen Konflikte der Eltern selbst, sondern beschränkt sich auf die Konfliktthemen, die mit dem Symptom des Kindes in Verbindung stehen. Elternarbeit fokussiert auf die Eltern-Kind-Beziehung. Alles, was mit den Konflikten in der Eltern-Kind-Beziehung in einem Zusammenhang steht, findet im Rahmen der Intervention durch PaKT Beachtung. Somit werden nur die biografischen Informationen der Eltern bearbeitet, die mit der Elternschaft und dem Symptom des Kindes in Zusammenhang stehen. Sollten die Eltern selbst allzu belastet sein oder selbst psychische Symptome oder Störungen aufweisen, so ist es die Aufgabe einer individuellen psychotherapeutischen Behandlung des Vaters oder der Mutter, sich damit auseinanderzusetzen und auf den Individualkonflikt zu fokussieren. Im Folgenden soll das Vorgehen der Therapeutin, wenn sie von einer psychischen Störung eines Elternteils erfährt, illustriert werden.

Fallbeispiel: Lisa, 8 Jahre

Beziehungssymptom: Lisa wurde von ihrer Mutter in die Behandlung mit PaKT gebracht, weil sie es nicht zuließ, dass »die Mama weggeht«. Sie bekam dann Panikanfälle, schrie und weinte, selbst wenn die Mutter nur in den Garten ging, »um die Wäsche aufzuhängen«. Lisa stelle sich, so die Mutter, »manchmal so dumm an« und könne oft gar nichts mehr selbständig tun, »als wäre sie ein Baby«. Dies sei besonders seit der Geburt des kleinen Bruders so. Die Mutter fühlte sich durch Lisas unselbständiges anklammerndes Verhalten belästigt.

Anamnese: Das Symptom konnte im Kontext der biografischen Anamnese der Mutter als Beziehungssymptom verstanden werden. Lisas Mutter hatte in ihrer Kindheit traumatische Erfahrungen gemacht, die sie nicht verarbeiten konnte. Die Folge waren Intrusionen und Flashbacks, von denen sie der Therapeutin in den ersten Gesprächen vorsichtig erzählte. In diesen Flashbacks durchlebte sie die traumatischen Erlebnisse erneut und verspürte dabei große Angst. Die Angst vor den Flashbacks führte dazu, dass sie nicht allein sein konnte. Sie äußerte der Therapeutin gegenüber, dass sie sich entweder an Lisas Vater oder an ihre beiden Töchter anklammere.

Wenn sie Zeit mit ihren Kindern verbrachte, war sie ihnen gegenüber oft gefühlskalt und

abwesend oder auch impulsiv-aufbrausend und ungeduldig. Des Weiteren äußerte sie, dass sie Tätigkeiten wie Backen und Kochen in Anwesenheit der Kinder oftmals benutze, um sich von traumatischen Erinnerungen abzulenken. Sie sei dann »irgendwie nicht richtig da«.

Therapeut-Kind-Eltern-Beziehung: Im Kontakt mit der Mutter erlebte die Therapeutin eine freundliche, attraktive, sehr um Harmonie bemühte Frau. Sie vermutete, dass die Mutter anscheinend durch ihre auffällige körperliche Attraktivität gelernt hatte, Männer an sich zu binden, um nicht allein sein zu müssen: dies möglicherweise umso mehr, als sie, wie sie sagte, das Haus nur in Begleitung ihres Mannes verlassen könne und sich ihm gegenüber abhängig und bedürftig zeige. Die Therapeutin erlebte in ihrer psychischen Resonanz Mitgefühl für die Mutter, als diese von traumatischen Erlebnissen in der Kindheit erzählte. Wenn die Mutter allerdings Beziehungsepisoden mit den Kindern schilderte, verspürte die Therapeutin in ihrer sich entwickelnden Gegenübertragung Ärger auf die Mutter, weil sie den Eindruck hatte, dass diese den Kindern emotional nicht ausreichend zur Verfügung stand und vermutlich mit ihrem eigenen frühen vernachlässigenden Objekt identifiziert war.

Im Kontakt mit dem Vater bemerkte die Therapeutin gleich etwas irritiert, dass das Symptom der Mutter ihn offenbar nicht störte. Der Vater »hing an den Lippen« der Mutter, wenn diese etwas sagte und wirkte sehr verliebt und stolz, sie zur Frau zu haben. Insgesamt wirkte er dadurch seiner Frau gegenüber eher unterwürfig, wobei er vordergründig zu genießen schien, der Beschützer der Familie zu sein. Die Symptome des Kindes störten ihn in dem Maße, wie sie die Mutter störten, und es hatte den Anschein, als traue er sich nicht, seiner Frau gegenüber eine andere Position einzunehmen.

Im Kontakt mit Lisa erlebte die Therapeutin ein Mädchen, das sehr bedürftig war und sehr nach Aufmerksamkeit suchte. Besonders fiel der Therapeutin auf, dass Lisa altersinadäquat infantil war, z. B. hatte sie Schwierigkeiten, sich selbst die Schuhe zuzubinden. Die Therapeutin verspürte daraufhin auch Ärger auf die Mutter, dass sie dem Kind bei diesen wichtigen Autonomiestritten nicht hilfreich zur Seite gestanden hatte. Insgesamt wirkte Lisa im Kontakt aber auch leer, wenig lebendig und »abwesend«. Es schien, als wisse sie gar nicht, wie der Kontakt zu ihrer Mutter kontinuierlich weiterbestehen könnte, wenn diese nicht mit ihr, sondern mit »kochen und backen« beschäftigt war. In ihrer Gegenübertragung verspürte die Therapeutin oft enorme Müdigkeit und lähmende Leere, so dass sie Mühe hatte, eigene Gedanken zu entwickeln und diese frei zu entfalten.

Material: Lisa bastelte in der ersten Stunde einen Drachen aus Papier, den sie ausdauernd bemalte. Sie versah den Drachen mit einem Bindfaden, den sie ganz fest an ihm befestigte, »damit er nicht wegfliegt«, wie sie wiederholt betonte. Es wurde deutlich, wie wichtig ihr diese Sicherungsmaßnahme gegen das Wegfliegen war. Die Therapeutin verstand den Drachen, als sie ihn betrachtete, als ein Symbol für Lisas Angst, dass sie nicht von der Mutter »gehalten« wurde (Winnicott, 1952) und somit ins »Nichts fliegen« könnte – losgelöst und dem Wind überlassen. Sie vermutete, dass Lisa die partiellen Besetzungsentzüge durch die Mutter – wenn diese durch Flashbacks, Intrusionen und depressive Verstimmungen abwesend war – als existenzielle Bedrohung erlebt hatte – aufgrund des mangelnden Containments ihrer frühen Ängste vonseiten der Mutter.

TOP-Fokus: Das Symptom des Kindes, nicht ohne die Mutter sein zu können, konnte in der Folge als mangelnde Fähigkeit verstanden werden, ein gutes inneres Objekt aufzubauen, das

auch bei realer Abwesenheit der Mutter innerlich erhalten blieb. Vermutlich war Lisa sehr früh solchen Besetzungszügen vonseiten der Mutter ausgesetzt gewesen, in denen Letztere keinen inneren psychischen Raum zur Verfügung hatte, in dem sie über ihre Tochter und deren Bedürfnisse reflektieren konnte. Die Angst, »dass Mama weg ist«, hatte somit für Lisa eine reale und existenziell bedrohliche Komponente, wenn die Mutter tatsächlich durch Flashbacks oder die Abwehr von traumaassoziierten Affekten psychisch absorbiert war. Da Lisa somit kein ausreichendes Containment ihrer frühen Affektzustände erhielt und folglich vermutlich auch nur unzureichend die Fähigkeit der Mutter, über ihre Affektzustände zu reflektieren, internalisieren konnte, blieb Lisa von der realen Anwesenheit des Objekts abhängig. Dies wurde interpersonell dadurch verstärkt, dass auch die Mutter von Lisas Anwesenheit abhängig war (besonders wenn der Vater nicht da war). So half die Mutter Lisa nicht bei den wichtigen Autonomieschritten wie dem Zubinden der Schuhe, da dies ein Symbol für ein »Aufstehen und Gehen«, also Autonomie, hätte sein können. Sofern diese aber ein Alleinsein der Mutter (womit sie den Flashbacks und Intrusionen ausgeliefert gewesen wäre) bedeutet hätte, drückt die Vernachlässigung des Kindes durch die Mutter auch eine Seite der Problematik der Mutter aus, nicht allein sein zu können, auch wenn sie gleichzeitig das anklammernde Verhalten der Tochter als störend erlebte.

Lisa gegenüber: »Du magst Mama nicht zeigen, dass du auch mal böse auf sie bist, weil du Angst hast, dass sie dann weggeht, und deshalb klammerst du dich ganz doll an Mama an und hältst sie fest.«

Dem Vater gegenüber: »Sie haben Angst, dass Ihre Frau, die Sie sehr schön finden und die Sie sehr lieben, Sie verlassen könnte. Deshalb empfinden Sie ihr anklammerndes und abhängiges Verhalten auch nicht als störend, obwohl es Sie als Familie doch sehr beeinträchtigt. Denn wenn ihre Frau das Haus nicht verlassen kann, müssen Sie auch keine Angst haben, dass sie Sie verlassen könnte, z. B. wegen eines anderen Mannes.«

Der Mutter gegenüber: »Ich denke, Lisas Angst, »dass Mama weg ist«, zeigt, dass sie gespürt hat, dass Sie tatsächlich immer wieder mit Ihren Erinnerungen zu kämpfen hatten und in solchen Momenten innerlich nicht frei und offen für die Bedürfnisse Ihres Kindes sein konnten und dann auch in gewisser Weise »weg waren«. Möglicherweise haben auch Sie Angst, dass Lisa weggeht und dass sie erneut jemanden verlieren. Indem Lisa nun die Angst hat, wegzugehen, schützt sie Sie damit gleichzeitig auch vor Ihren eigenen Ängsten vor dem Verlassenwerden.«

Verlauf: Die Therapeutin riet der Mutter in diesem Fall, eine individuelle psychotherapeutische Behandlung aufzunehmen, um die traumatischen Erlebnisse zu verarbeiten und dadurch auch für ihre Elternfunktion gestärkt zu werden. Parallel dazu wurde mit dem Kind in der Behandlung mit PaKT im Als-ob-Bereich des Spiels an seinen Ängsten vor dem »Ins-Nichts-Fallen, wenn die Mutter nicht da ist« und an seiner Regression hin zu infantilem, »babyhaftem« Verhalten gearbeitet. Letzteres konnte mit Eltern und Kind auch als Versuch des Kindes verstanden werden, die Aufmerksamkeit der Mutter dadurch zu erhalten, dass sie auch so klein und bedürftig war wie der kleine Bruder.

Der Fokus der therapeutischen Interventionen im Rahmen der Elternarbeit bei PaKT kann allerdings nur die interpersonelle Ebene zwischen Eltern und Kind sein. Sollten die Eltern aufgrund einer eigenen schweren psychischen Erkrankung (wie beispielsweise einer Posttraumatischen Belastungsstörung [PTBS] im oben genannten Beispiel oder einer schweren depressiven Episode) in der Ausübung ihrer Elternfunktion grundlegend beeinträchtigt sein, dann sollte die PaKT-Therapeutin sich während der Erstgespräche (oder auch später, wenn die Eltern ihre Probleme zunächst verbergen sollten) nicht scheuen, diese vermutete Diagnose den Eltern gegenüber auf einfühlsame Weise mitzuteilen und sie über entsprechende Hilfemöglichkeiten aufzuklären.

In der Bündelung zu einer psychodynamischen Hypothese dient der transgenerationale Fokus nach ToP dann als Fokus zur Behandlung der Symptome und Probleme des Kindes. Alles andere, was Eltern an individueller Konfliktdynamik oder individuellen maladaptiven Konfliktverarbeitungen mit in die kideranalytische Therapie bringen, findet keine direkte Berücksichtigung. Eine Mutter beispielsweise, die aufgrund einer grundlegenden Hemmung im Ausdruck ihrer aggressiven Impulse nicht in der Lage ist, sich gegenüber den Ansprüchen und Bedürfnissen ihrer Schwiegermutter durchzusetzen, mag dadurch in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt sein oder leidet möglicherweise unter einer Neigung zur Somatisierung in Form von Rückenschmerzen. Das individuelle Konflikt-Thema der Mutter »mangelnde Fähigkeit, Grenzen zu setzen« im Rahmen eines Konflikts »Autonomie versus Abhängigkeit« (OPD, 2009) findet in der Behandlung mit PaKT allerdings nur dort Berücksichtigung, wo es um die interpersonelle Dimension geht: Durch das permissive Erziehungsverhalten dieser Mutter werden die narzisstischen Größenphantasien ihres Kindes möglicherweise nicht ausreichend begrenzt, und obendrein gibt es kein Nein, das als Symbol die Grenzen zwischen Mutter und Kind definieren könnte. Somit ist die mangelnde Fähigkeit der Mutter, ein Nein zu äußern, in ihrer Auswirkung für die Entwicklung des Kindes zu berücksichtigen und nicht als individuelles Problem der Mutter. Psychoanalytische Elternarbeit ersetzt nicht die individuelle analytische Aufarbeitung der elterlichen Konflikte. Ebenso wenig kollidiert sie dann auch mit der individuellen psychoanalytischen Arbeit eines Elternteils, wenn dieser sich in eine individuelle therapeutische Behandlung, beispielsweise in eine Psychoanalyse, begibt.

4.4.1 Die Einbeziehung der Väter⁵

Für eine erfolgreiche Therapie ist es unerlässlich, dass der Vater des Kindes miteinbezogen wird. Viele Väter – insbesondere Väter von Trennungs- oder Scheidungskindern – sind sich ihrer Bedeutung für die psychische Entwicklung ihres Kindes auch heute noch nicht ausreichend bewusst. Väter sind doch immer noch allzu oft der Meinung, die Mütter wären für die emotionale Entwicklung und Förderung der Kinder alleine zuständig. Die Wirksamkeit einer

⁵ Eine andere, vorläufige Darstellung unserer Gedanken zur Einbeziehung der Väter im Rahmen der PaKT erfolgte in dem Buchbeitrag „Da fehlt etwas!“- Die Arbeit mit Vätern in der Psychoanalytischen Kurzzeittherapie für Kinder mit Depression und Angststörungen (PaKT) (Göttken & von Klitzing, 2013).

psychotherapeutischen Intervention hängt jedoch maßgeblich von der Arbeit mit dem Vater ab, insbesondere von seiner Fähigkeit, sich dem Kind als »drittes Objekt« konstant und verlässlich zur Verfügung zu stellen, um ihm die Separation von dem Objekt »Mutter« zu ermöglichen (Abelin, 1975). Die Geburt eines Kindes ist im Leben beider Eltern ein einschneidendes Erlebnis. Während sich zwischen Mutter und Kind aufgrund psychologischer und biologischer Prozesse (wie beispielsweise der Ausschüttung des »Bindungshormons« Oxytocin während des Stillens (siehe hierzu Nelson & Panksepp, 1998; Feldman et al. 2007; Kim et al. 2011)) nach der Geburt in den meisten Fällen eine enge, symbiotische Mutter-Kind-Beziehung einstellt, so ist es für Väter nicht immer leicht, ihre neue Rolle als Vater in dem Familiengefüge einzunehmen. Besonders Vätern, deren Kinder uns in den kinderpsychiatrischen Ambulanzen begegnen, gelingt es oftmals nicht in ausreichendem Maße, sich als wichtiges, triangulierendes drittes Objekt innerhalb der Mutter-Vater-Kind-Triade einzubringen. Diese Väter fühlen sich häufig aus der engen Mutter-Kind-Beziehung ausgeschlossen, bzw. schließen sich selbst aktiv aus, ohne mit dem Kind von Anfang an als drittes Objekt in Beziehung zu treten.

Indem sie bereits wenige Monate alte Säuglinge und Kleinkinder und ihre primären Bezugspersonen direkt beobachtete, erkannte Margaret Mahler (Mahler et al., 1975) die schwerwiegenden Folgen einer nicht geglückten Loslösung und Individuation. Ob eine Loslösung vom primären Objekt und die Individuation des Kindes gelingen können, hängt jedoch nicht nur von der Reaktion der Mutter (bzw. des primären Objekts) auf die Autonomiestrebungen des Kindes (ebd.), sondern ebenso von der triadischen Kompetenz des Vaters ab. Aber auch die Fähigkeit der Mutter, den Vater nicht aus der Beziehung zum Kind auszuschließen ist für die Separation des Kindes (d.h. die Loslösung des Kindes aus der symbiotischen Einheit mit der Mutter) von entscheidender Bedeutung (siehe Fallbeispiel Julian in Kapitel 5.1). So scheint das Kind mit vorwiegend symbiotischer Organisation die Mutter als Teil seiner Selbst zu behandeln. Es ist diesen Kindern laut Mahler nicht möglich, das Objekt als vom Selbst getrennt wahrzunehmen, sondern sie erleben es als mit sich selbst verschmolzen. Kindern, denen kein frühes triangulierendes Objekt zur Verfügung steht, fällt es besonders schwer, das Bild der Mutter als ein vom Selbst getrenntes Objekt in sich zu etablieren. Stattdessen erhalten sie, wie Mahler es beschrieb, die Spaltung zwischen guten und schlechten Teilobjekten aufrecht (ebd.). Diese Spaltung ist begleitet von introjektiven Phantasien mit dem Wunsch, sich das gute Objekt einzuverleiben und das schlechte auszustoßen.

Die Folge ist eine fundamentale Verkennung von Realität und Phantasie: »(...) wenn es keine Objektrepräsentanz der Außenwelt gibt, auf das sich das Subjekt verlassen kann, dann dienen der Bruch mit der Realität und der Rückzug in eine Innenwelt dem psychischen Überleben. Wir betrachteten diese regressive psychotische Abwehr, diesen sekundären Autismus als reparativen Wiederherstellungsversuch, da das Ich auf diese Weise versucht, wenn auch auf regressive Weise, das grandiose ozeanische Gefühl des Einsseins mit dem Objekt wiederherzustellen (...)« (Mahler & Gosliner, 1955, S. 210) (Übersetzung durch die Autoren).

Ist der Vater während des Prozesses der Separation von der Mutter enttäuschend oder nicht verlässlich als triangulierende Person verfügbar, so bleibt die Hinwendung

des Kindes zur äußeren Realität, die mit den Objekten geteilt werden kann, beeinträchtigt. In der Folge bleibt dem Kind nur die Möglichkeit, regressiv in der partiellen Ungeschiedenheit mit der Mutter zu verharren oder sich in einer Art Pseudo-Separation zwischen Dyade und Triade hin- und herzubewegen, ohne je eine reife Ödipalität zu erreichen. Dies hat folgenschwere Auswirkungen für die Entwicklung des Kindes und seiner Fähigkeit, stabile Selbst- und Objektgrenzen auszubilden. Aus derartigen Konstellationen der mangelnden Triangulierung des Kindes können laut Rupprecht-Schampera beispielsweise Borderline-Pathologien resultieren (Rupprecht-Schampera, 1995). Daher ist es wichtig, dass die Therapeutin in der Behandlung mit PaKT den Eltern gegenüber die Bedeutung des Vaters für die Entwicklung des Kindes betont, auch wenn, wie es häufig geschieht, zunächst eine alleinerziehende Mutter das Kind in die Behandlung bringt. Auch wenn dies zunächst als »unmöglich« dargestellt wird, so sollte der Vater des Kindes – wann immer möglich – mit in die Behandlung einbezogen werden. Wenn die Mutter einen solchen Kontakt ablehnt, sollte beharrlich darauf hingearbeitet werden, den Vater in die Behandlung einzubeziehen. Dies gelingt am ehesten, wenn im Rahmen der Elterngespräche mit der Mutter an ihren Ängsten vor dem Kontakt des Kindes mit dem Vater, ihren Wutgefühlen gegenüber dem Vater und ihren Gefühlen der Enttäuschung gearbeitet wird.

Fallbeispiel: Linus, 9 Jahre

Linus wurde wegen depressiver Verstimmungen zu uns in die Behandlung mit PaKT gebracht. Oft, so die Mutter, klage er sich an, er könne »gar nichts«. »Die da«, äußerte er, indem er während des Erstgesprächs auf die Mutter zeigte, »macht den kurzfristigsten Umzug der Welt.« In seiner ersten Stunde mit der Therapeutin allein baute er immer wieder mit den Lego-Duplo-Elementen »Häuser auf Rädern«.

Es wurde sehr schnell deutlich, wie sehr Linus seinen Vater als »Drittes Objekt«, als stabiles Haus »mit Fundament«, mit dem er sich identifizieren könnte, vermisste. Die Eltern waren nie ein Paar und der Vater lebte im Ausland.

Nach mehreren Versuchen und durch hartnäckiges Insistieren war es der Therapeutin möglich, seine Telefonnummer durch die Mutter in Erfahrung zu bringen. Indem die intensiven Gefühle von Enttäuschung und Ärger, welche die Mutter in Bezug auf den Vater empfand, im Rahmen der PaKT-Elterngespräche mit der Mutter bearbeitet wurden, konnte Letztere zustimmen, dass es für Linus wichtig war, zu seinem Vater Kontakt zu haben.

Deshalb rief die Therapeutin den Vater an und besprach Linus' Situation mit ihm. Der Vater war in der Folge sehr engagiert und war bereit, neben den regelmäßigen Kontakten mit dem Kind auch die Therapeutin zu einem gemeinsamen Gespräch aufzusuchen.

4.4.2 Der Umgang mit gegen die Therapeutin gerichteten feindseligen Vorwürfen und Entwertungen

Es ist im Umgang mit schweren Vorwürfen und Entwertungen vonseiten der Eltern wichtig, sich als Therapeutin bewusstzumachen, dass Eltern, die ihr Kind einer

psychotherapeutischen Behandlung zuführen wollen, dies in erster Linie tun, weil sie sich hilflos fühlen. Oft ist es eine Reaktion auf das Empfinden von Ohnmacht und Hilflosigkeit, sich in einer Abwehrbewegung mit feindseligen Omnipotenzphantasien gegen solche Gefühle zu schützen. Diese feindseligen Gefühle dem Kind gegenüber, das nicht mehr funktioniert, sind für die Eltern schwer zu ertragen und führen ihm gegenüber zu Schuldgefühlen.

Eine Möglichkeit, sich solcher unerträglichen Schuldgefühle und Selbstanklagen zu entledigen, besteht darin, die Aggressionen in die Außenwelt zu projizieren. Ein solcher primitiver Abwehrvorgang führt dazu, dass manche Eltern nicht *sich selbst* beschuldigen – *dies bleibt unbewusst* –, sondern *andere Personen wie Lehrer oder Therapeuten dafür verantwortlich machen, dass ihr Kind Probleme hat*. Die Behandlung sei »nicht richtig«, »die Therapeutin die falsche« oder »nicht kompetent genug«. Häufig verursachen diese unbewussten Schuldgefühle bei den Eltern auch große Angst davor, dass ihnen das Recht gar nicht zusteht, ein Kind großzuziehen, und dass man es ihnen möglicherweise wegnehmen könnte.

Es ist nicht einfach, angesichts dieser elterlichen Gefühle von Schuld und Versagen, der omnipotenten Abwehr und der Externalisierung dieser Gefühle mit den Eltern die nötige vertrauensvolle therapeutische Allianz zu bilden, die für das Gelingen der Behandlung unabdingbar ist. In diesem Zusammenhang ist es auch möglich, dass Eltern unbewusst zu verhindern versuchen, dass die Therapeutin eine vertrauens- und bedeutungsvolle Beziehung zum Kind aufbauen kann. In solchen Konstellationen streben Eltern unbewusst sogar ein Scheitern der Therapie an, indem sie deren Erfolge beispielsweise dadurch unterminieren, dass sie das Entstehen einer engen/guten Beziehung zur Therapeutin unmöglich machen (z. B. indem sie häufig Termine ausfallen lassen und dadurch verhindern, dass sich ein fruchtbarer therapeutischer Prozess entwickeln kann). So kann es sogar möglicherweise unbewusst von Eltern als Triumph empfunden werden, dass auch die Therapeutin nichts an den Problemen des Kindes ändern kann.

Tabelle 3: Hinweise zum Umgang mit an den Therapeuten gerichteten Vorwürfen

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">– Nehmen Sie diese Vorwürfe nicht persönlich, auch wenn Sie die Vorwürfe als ungerecht, ungerechtfertigt und sogar unverschämt empfinden!– Verstehen Sie sich selbst als Übertragungsobjekt!– Reagieren Sie nicht mit Kränkung und Rückzug, sondern versuchen Sie, die Vorwürfe der Eltern als Abwehr von unerträglichen Gefühlen bzw. Vorstellungen zu verstehen. |
|--|

Häufig tendieren Therapeutinnen in solchen Konstellationen dazu, sich allein auf das Kind zu konzentrieren und sich unbewusst mit dem Kind gegen die »bösen Eltern« zu verbünden. Es ist jedoch für eine gute Elternarbeit im Rahmen von PaKT unerlässlich, das Grundprinzip – nämlich unbewusste Konflikte, die dem beobachtbaren Verhalten zugrunde liegen, zu verstehen – auch auf die Eltern anzuwenden, besonders dort, wo sich dem Therapieerfolg eine negative Übertragung entgegenstellt.

Fallbeispiel: Jenny, 9 Jahre

Jennys Mutter war alleinerziehend und hatte in ihrer eigenen Kindheit eine strenge und rigide Mutter erlebt, die von ihr viel Ordnung und Disziplin verlangte und einen Verzicht auf das Triebhafte forderte. Der eigene Vater sei, so sagte er, »nie da gewesen«. Er stand der Mutter-Kind-Beziehung vermutlich nicht ausreichend triangulierend zur Verfügung. Die Mutter konnte im Verlauf der Therapie mit PaKT nicht ertragen, dass Jenny – aus ihrer Sicht – vonseiten der Therapeutin mehr empathische Zuwendung genoss als sie selbst (sie schloss dies aus der Anzahl der Elterngespräche, die etwa ein Viertel der Sitzungen mit dem Kind ausmachten). Sie beschwerte sich, es gebe nicht ausreichend Hilfestellung vonseiten der Therapeutin und nicht genug Gespräche mit ihr.

Die Therapeutin schloss aufgrund der biografischen Angaben der Mutter, dass diese auf ihre Tochter neidisch war. In der Folge wehrte die Mutter ihre Gefühle der Bedürftigkeit, dass sie auch einmal unbeschwert »spielen« wollte und nicht »immer alles allein schaffen müsste«, so wie ihre Tochter es in ihrer Phantasie bei der Therapeutin erlebte, dadurch ab, dass sie der Therapeutin schwere Vorwürfe machte: Die Therapie »bringe nichts« und »das Kind sei zu Hause immer noch sehr anstrengend«. Dies stand im Kontrast zu der von ihr selbst im Verlauf der Elterngespräche benannten und von den Lehrern bestätigten Verbesserung der zwanghaften und sozialphobischen Symptome ihrer Tochter. Die Mutter selbst erlebte sich so, als müsse sie »immer nur geben«. Sie sei zu zahlreichen diagnostischen Untersuchungen erschienen, bekäme aber im Gegenzug von der Therapeutin »keine Hilfe«. Erst als die Therapeutin ihre Gefühle der Wut und Enttäuschung der Mutter gegenüber in ihrer Gegenübertragung reflektierte und die Vorwürfe der Mutter als Abwehr deren eigener Wünsche nach Zuwendung und Hilfe verstehen konnte, konnte sie sich verstehend in die Mutter einfühlen und deren Gefühle deuten. Dadurch blieb der Kontakt zur Mutter erhalten und das Arbeitsbündnis wurde auch dadurch gestärkt, dass die Therapeutin der Mutter vermittelte, dass sie sie in ihrer Not ernst nahm. Sie sagte: »Ich habe den Eindruck, dass Sie das Gefühl haben, hier zu wenig Hilfe von mir zu bekommen, ein Gefühl, dass Sie möglicherweise aus der Beziehung zu Ihrer eigenen Mutter kennen. Sie ärgern sich über mich – so wie Sie sich damals über Ihre Mutter geärgert haben –, dass Sie immer alles allein machen müssen und dass kein Raum ist für Freude und Genuss.« Erst durch diese Deutung konnte die Mutter sich der Therapeutin anvertrauen, und diese konnte in der Folge eine Parallele zwischen den Problemen des Kindes und denen der Mutter herstellen. So konnte die negative Übertragung der Mutter auf die Therapeutin letztlich in eine progressive, entwicklungsfördernde Intervention transformiert werden.

Um die negative Übertragung der Eltern auf die Therapeutin zu verstehen, ist somit die Kenntnis der individuellen Biografie der Eltern, die sie in den Sitzungen 2 und 3 erhebt, unerlässlich!

Viele Aspekte der Elternarbeit im Rahmen der PaKT haben ihre theoretische Fundierung in der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie (Winnicott, Bion, Fonagy, Kernberg). Eine objektbeziehungstheoretische Perspektive bezieht die Bedeutung des anderen, des Objekts, in die Modelle der Ätiopathogenese und Therapie mit ein. Über die triebpsychologische Perspektive hinausgehend, beschreibt die Objektbeziehungstheorie auch die Antwort des anderen/des Objekts auf die triebbestimmte Aktivität des Subjekts. Diese anderen sind z. B. zunächst maßgeblich

die (biologischen oder sozialen) Eltern. Elterliche Repräsentationen und spezifische elterliche Konfliktlösungen beeinflussen die psychoemotionale und psychosexuelle Entwicklung des Kindes. Die Richtung dieser Beeinflussung basiert auf einem hierarchischen Prinzip: Eltern beeinflussen die Entwicklung der Persönlichkeit des Kindes und seiner psychischen Struktur maßgeblich, während der Einfluss des Kindes auf die Eltern keinen strukturbildenden Charakter hat.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang allerdings auch, dass wir zwar im Rahmen der Elternarbeit mit den Eltern als reale Personen arbeiten. Für das Verständnis der Symptomatik des Kindes ist es aus einer psychoanalytischen Perspektive allerdings unerlässlich, zwischen primärem Objekt und realer Person der Eltern zu unterscheiden. Das primäre Objekt ist nicht ausschließlich das während der frühen Kindheit erfahrene reale Objekt, sondern eine aus verschiedenen Facetten zusammengesetzte interne Repräsentanz des Kindes. Es setzt sich zusammen aus der Triebausstattung des Kindes – d. h. dem Maß an konstitutiver Aggressivität und Libido des Kindes, das sich auf das frühe Objekt richtet (Kernberg, 1974) –, der Persönlichkeit der Mutter und der des Vaters – also der Art und Weise, wie diese auf den Triebansturm des Kindes reagieren – sowie den Wünschen und Ängsten der Mutter/des Vaters, die aus eigenen Erfahrungen und Erinnerungsbildern aus der eigenen Kindheit resultieren (Fonagy et al., 2004). Diese Wünsche und Ängste der Eltern können die Mentalisierung der Eltern in Bezug auf ihr Kind entscheidend behindern und haben (nach Fonagy et al., 2004) die Etablierung einer falschen Selbstrepräsentanz des Kindes zur Folge.

Der Therapeut sollte besonders darauf achten, dass er sich nicht zu sehr mit dem Kind und seiner unbewussten Aggression gegen die Eltern als seine inneren Objekte identifiziert. Partielle Identifizierungen mit dem Subjektpol in der Übertragung fördern zwar die Empathie des Therapeuten mit dem Kind, sie können aber auch in seine Ablehnung der Eltern münden, was dem Therapieprozess nicht förderlich wäre.

4.5 Die therapeutischen Phasen der PaKT

Im Folgenden sollen Aufgaben, Techniken und allgemeine Charakteristika der verschiedenen Phasen des Behandlungskonzepts PaKT dargestellt werden.

4.5.1 Die Anfangsphase

In der Anfangsphase der Behandlung ist es die primäre Aufgabe der Therapeutin, eine gute therapeutische Allianz zu etablieren (Crits-Christoph et al., 1995). Zu diesem Ziel führen supportive Interventionen (Barber et al., 1996), wenn das Kind allzu ängstlich oder gehemmt ist. Grundsätzlich bestimmt der Patient, also in unserem Falle Eltern und Kind, das Thema der Stunde. Die Therapeutin exploriert die Stressoren, Wahrnehmungen und Gefühle, die das Auftreten der Symptome des Kindes begleiten. Sie ermutigt die Eltern und das Kind, in einer vertrauensvollen

Atmosphäre über ihre Beziehungen mit anderen Menschen zu sprechen, und versucht, das auch aus einer transgenerationalen Sicht wichtige Beziehungsthema als Konfliktfokus zu identifizieren und die Symptome darauf zu beziehen. Somit werden die Probleme des Kindes immer als Ausdruck dieser interpersonellen Probleme und intrapsychischen Konfliktthemen verstanden.

Tabelle 4: Die Anfangsphase (Sitzungen 1–5) – der psychopatho-logische/psychodynamische Befund

- *Beobachtung*: Kind im Kontext seiner Beziehungen (Eltern, Lehrer, Gleichaltriger etc.), Spielverhalten und Spielinhalte des Kindes
- *Diagnostischer Dialog mit dem Kind*: Dieser sollte unstrukturiert verlaufen und möglichst das Narrativ des Kindes ins Zentrum stellen; das Kind sollte nicht ausgefragt werden, es sollte kein Druck entstehen, Informationen gewinnen zu müssen. Wichtig ist dabei auch die Betrachtung des Übertragungsgeschehens.
- *Diagnostischer »Triolog« mit den Eltern*

In der Anfangsphase liegt die Aufgabe der Therapeutin darin, Hypothesen darüber zu generieren, welche Rolle die elterlichen Repräsentationen für die Symptomatik des Kindes spielen. Dabei richtet sie ihre Aufmerksamkeit gleichzeitig auf die Eltern (auf ihre Sorgen, auf die Rekonstruktion von deren Biografie sowie auf nonverbale Manifestationen des unbewussten Konfliktmaterials) sowie darauf, was das Kind sagt und tut. Die Therapeutin untersucht das Symptom des Kindes auch in seiner interpersonalen Funktion, die es für die Eltern hat. Die Symptome des Kindes können den Eltern beispielsweise auch zur Abwehr von Gefühlen der Angst und Depressivität sowie von Schuldgefühlen dienen. Ziel der Anfangsphase ist es, den Fokus so herauszuarbeiten, dass er nachvollziehbar macht, durch welchen transgenerationalen Konflikt ein Verständnis des Kindes durch die Eltern eingeschränkt wird. Ziel ist es letztlich, den aktuellen Konflikt des Kindes auch durch die Vergangenheit und Gegenwart der Eltern zu erklären, die elterliche Wahrnehmung des Kindes zu erweitern und die Empathie gegenüber diesem zu verbessern. Das folgende Beispiel soll zeigen, wie anhand eines einzigen Erstgesprächs mit Mutter und Kind durch szenisches Verstehen Informationen gewonnen werden können, die Hinweise auf einen zentralen ungelösten Schuldkonflikt des Kindes lieferten.

Fallbeispiel: Erstgespräch mit Vivien, 8 Jahre, und ihrer Mutter

Vivien ließ es nicht zu, dass die Therapeutin allein mit ihr sprach oder spielte. Sie ließ aber auch die Mutter nicht allein mit der Therapeutin sprechen. All die Spielsachen, die die Therapeutin ihr anbot, interessierten sie nicht. Sie saß mit am Tisch, ließ Mutter und Therapeutin nicht aus den Augen und wollte alles mitbekommen. Dafür verzichtete sie auf

lustvolles Explorieren der Spielsachen, die im Raum bereitstanden. Sie saß mit wenig Körperspannung auf dem Stuhl und belauschte Mutter und Therapeutin misstrauisch.

In der Gegenübertragung spürte die Therapeutin gleich einen Impuls, ihr aktiv, bemutternd und strukturierend zu begegnen, damit sie wie ein »kleiner zerbrechlicher Vogel« vor unangenehmen Gefühlen geschützt werde. Als die Therapeutin ihr erklärte, dass sie beim nächsten Mal gern allein mit ihr sprechen und spielen wolle, um sie kennenzulernen, reagierte sie, als hätte die Therapeutin sie angegriffen. Sie wendete sich ab, versteckte den Kopf hinter den Händen, weinte und zog sich von der Mutter und der Therapeutin durch Kontaktabbruch zurück. In der Gegenübertragung der Therapeutin entstand das quälende Gefühl, dem Kind gegenüber schuldig geworden zu sein, ohne zu wissen, warum.

Für den diagnostischen Prozess war diese Gegenübertragung von entscheidender Bedeutung. Die Therapeutin stellte sich aufgrund dieser irritierenden Gegenübertragung folgende Fragen: Warum löste Vivien beim Gegenüber solch ein starkes Gefühl aus? Was hatte diese Interaktion mit Viviens psychischer Innenwelt zu tun? War in der Gegenübertragung die Identifizierung mit dem Subjekt enthalten? Fühlte sich Vivien selbst wegen irgendetwas schuldig und konnte sie ihre unerträglichen Schuldgefühle nur bewältigen, indem sie sie mittels projektiver Identifizierung beim anderen platzierte? Hatte sie sich selbst möglicherweise als kleines Kind gefragt, als der Vater die Familie wegen einer anderen Frau verließ: Was habe ich Schlimmes getan, dass der Vater sich derart und plötzlich von der Mutter und von mir abwendet? Bin ich ein böses Kind? Die Therapeutin fragte sich des weiteren: Hatte der Vater – der, wie es hieß, zuvor sehr fürsorglich gegenüber Vivien war – die Familie möglicherweise verlassen, als seine Tochter sich im Alter von 2–3 Jahren auf dem Höhepunkt der Phase der anal-sadistischen Triebbefriedigung befand?

Diese Gedanken gaben der Therapeutin Hinweise, auf welche Informationen zur Generierung der psychodynamischen Hypothese sie in den anstehenden beiden Gesprächen mit der Mutter (Sitzungen 2 und 3 nach PaKT) besonders achten sollte.

Anmerkung: Ziel des Erstgesprächs nach PaKT ist es nicht, eine ausführliche Krankheitsanamnese inklusive testpsychologischer Diagnostik zu erheben! Es ist günstiger, wenn vor der Überweisung in eine PaKT schon eine eingehende Diagnostik mit symptomorientiertem Interview, psychopathologischem Befund, systematischer Anamnese und Testpsychologie erfolgt ist.

Die psychodynamische Untersuchungssituation dient der behandelnden Therapeutin dazu, sich von dem Kind und seiner möglicherweise konflikthafter Lebenssituation ein Bild zu machen und erste psychodynamische Hypothesen zu erstellen. Dabei wird ein psychodynamischer Befund erhoben, dem die folgenden, in Tabelle 5 dargestellte Fragen und Themen zugrunde liegen.

Tabelle 5: Der psychopathologische Befund (psychodynamisch):

<p><i>Trieb/Motivation (Primär-/Sekundär-Prozess)</i></p> <ul style="list-style-type: none">– Bindet sich der Trieb an eine bestimmte Position der infantilen Sexualität (oral, anal, phallisch-genital)?– Wie viel Triebaufschub ist dem Kind möglich?– Wie zäh und unflexibel ist die Form der Triebbefriedigung? <p>Über-Ich-Bildung</p> <ul style="list-style-type: none">– <i>Ich-Funktionen</i> (Vorstellungskraft, Erinnerung, Kognition, Synthese und Integration, Kontrolle der Motorik, Impulse, Wahrnehmungsfunktionen sowie der Fähigkeit zur Antizipation)– <i>Abwehrmechanismen</i>: eher reif oder unreif organisiert (Verdrängung oder Spaltung, Projektion vorherrschend)?– <i>Entwicklungslinien</i> nach Anna Freud (1965b): Sauberkeitsentwicklung, Spielfähigkeit, Spiel (phantasievoll oder monoton, zwanghaft?)– <i>Konfliktebenen</i>: intrapsychisch/interpersonell

4.5.1.1 Die Gestaltung der Anfangsphase – Sitzungen 4–5 mit dem Kind

Ein bewährtes Mittel, mit dem Kind und zu seiner inneren Welt in Kontakt zu kommen, ist das *Squiggle-Spiel* von Winnicott (Winnicott, 1971a), bei dem der Therapeut einen Kritzel zeichnet, den das Kind durch eine eigene Zeichnung ergänzt (und umgekehrt). Der Therapeut verknüpft diese spontanen Zeichnungen mit seinen eigenen, aus den inneren psychoanalytischen Arbeitsmodellen entwickelten Gedanken und versucht somit zu einem Verstehen der unbewussten Inhalte des Kindes zu gelangen, die sich in der Zeichnung offenbaren. Er kann auf diese Weise versuchen, mit dem Kind über seine unbewussten Wünsche und Ängste zu kommunizieren. Somit kann das Kind bereits im ersten Gespräch mit dem Therapeuten in einem intermediären Raum (Winnicott) mit der psychoanalytischen Methode vertraut gemacht werden und kann gleichzeitig die Erfahrung machen, dass es sich durch den Therapeuten verstanden fühlt.

Winnicott beschrieb das Squiggle-Spiel als eine einfache Weise, mit dem Kind – unter aufmerksamer Beobachtung des symbolischen Materials – in Kontakt zu kommen: »Was während dieses Spiels und des gesamten Gesprächs geschieht, hängt davon ab, wie die Erfahrung des Kindes und das dargebotene Material genutzt werden, und dazu bedarf es einer Theorie der emotionalen Entwicklung des Kindes und der Beziehung des Kindes zu den Umweltfaktoren, die einem in Fleisch und Blut übergegangen sein muß« (Winnicott, 1971a, S. 5).

Das Squiggle Spiel kann im Verlauf der ersten Sitzungen der PaKT genutzt werden, wenn die Abwehr des Kindes groß ist und es ihm schwerfällt, etwas über seine Innenwelt mitzuteilen. Wir erhalten durch das Squiggle-Spiel wichtige Informationen, die wir unter dem Gesichtspunkt *Material* bündeln, um zur Fokusformulierung nach ToP zu gelangen.

Erläuterung anhand eines Fallbeispiels: Ferdinand, 6 Jahre

Ferdinand, 6 Jahre alt, wurde von seinen Eltern zur Behandlung mit PaKT vorgestellt, weil er im Kindergarten derart extrem unter Wutanfällen litt, dass er wild um sich trat und andere Kinder schlug. Wenn er sich zurückgesetzt fühle oder von den Erziehern begrenzt werde, so die Eltern, beiße er sie so sehr, bis sie bluteten. Seine Mutter berichtete, sie hätten zehn Monate vor Ferdinands Geburt ein Kind adoptiert und sie sei nach seiner Geburt durch die Doppel-Belastung derart überfordert gewesen, dass sie sich oft nur noch weinend in sich zusammengekauert habe oder gereizt gewesen sei und gebrüllt habe.

Ferdinand strahlte, als er die Therapeutin sah und diese ihn aus dem Wartezimmer abholte. Die Mutter gestattete ihm, sich von ihr zu trennen, erst nachdem sie ihm zum Abschied noch einen Kuss abrang. Ferdinand fügte sich. Dann kam er mit der Therapeutin mit.

Er kam schnell mit der Therapeutin in Kontakt, sagte, er wolle heute Ball spielen. Dabei zog er sich die Schuhe auf dem Spielteppich entgegen der Regel nicht aus. Die Therapeutin dachte, er wolle damit zeigen, dass er die Schuhe anbehalten wollte, so dass er schnell wieder den Raum verlassen konnte. Ohne Schuhe auf dem Spielteppich zu spielen war ihm anscheinend unbehaglich. Er signalisierte der Therapeutin deutlich, dass er auf dem Boden mit dem Linoleum-Belag, auf dem er die Schuhe anbehalten durfte, mit ihr Ball spielen wollte. Die Therapeutin überlegte, dass ihm die Bewegung und die räumliche Distanz zu ihr im Ballspiel (sie standen ungefähr 2,5 m voneinander entfernt) angenehm zu sein schienen.

Ferdinand erzählte ihr, dass er Geburtstag hatte, freute sich, dass sie ihm gratulierte, und erzählte von seinen neuen Spielsachen. Die Therapeutin dachte dabei, es falle ihm leichter, mit ihr zu reden und sich auszutauschen, wenn er sich dabei bewegen und eine Distanz zu ihr wahren konnte.

Die Therapeutin schlug ihm das *Squiggle-Spiel* vor, erklärte es kurz, und sie fingen an.

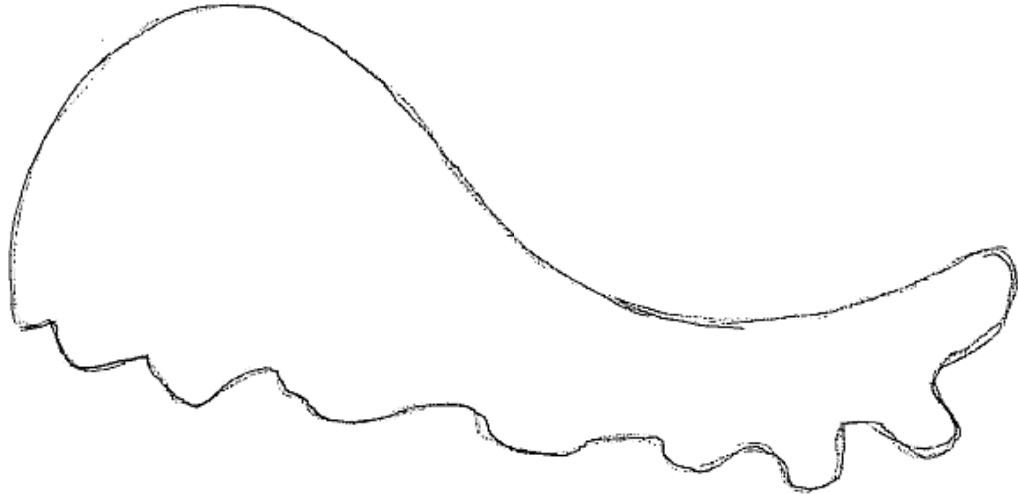


Abbildung 4: Ferdinands erste Squiggle-Zeichnung

Ferdinand malte aus ihrem ersten Kritzel eine »afrikanische Robbe in der Luft« – »eine Wolkenseerobbe«!, rief er dabei freudig aus. Die Therapeutin dachte, das Bild sehe wie ein Embryo aus, völlig weich und schutzlos schwebte die »Wolkenseerobbe« in der Luft, habe ihren Platz noch nicht gefunden. Ferdinand mochte nicht groß etwas dazu sagen und forderte die Therapeutin auf, gleich weiterzumachen.

Die Schutzlosigkeit der »Wolkenseerobbe« berührte die Therapeutin sehr, zeigte Ferdinand ihr doch damit auch, dass er sich oft so sehr ausgeliefert fühlte und dass seine rasende Wut und motorische Übererregtheit im Kindergarten oft ein Manöver darstellten, um dieser Angst »auseinanderzufallen« zu begegnen.

Die Therapeutin entwickelte ein Gefühl für diese frühe Angst Ferdinands vor dem Auseinanderfallen oder der Fragmentierung, wenn er sich durch seine überforderte Mutter nicht gehalten fühlte.

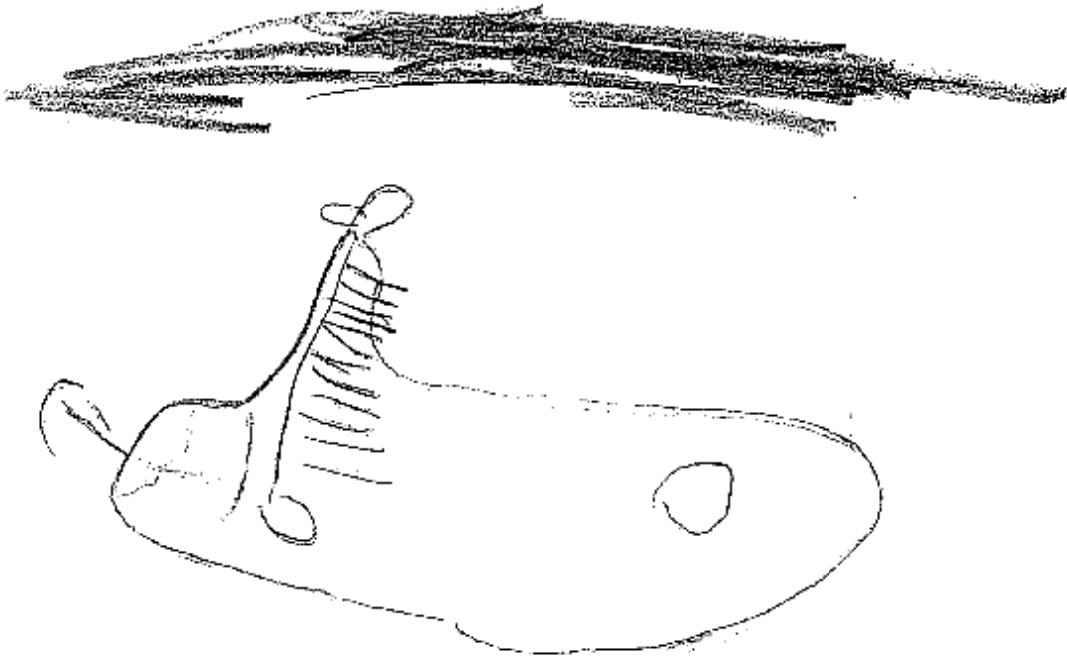


Abbildung 5: Ferdinands zweite Squiggle-Zeichnung

Aus dem zweiten Kritzel machte er ein U-Boot. In diesem befanden sich zwei Leute, die konnten »raus schauen aufs Land«. Einer konnte schauen und der andere steuerte das U-Boot.

Ferdinand schien sich selbst vor dem Untergang und dem Auseinanderfallen seiner psychischen Existenz retten zu wollen, indem er das Ruder übernahm.

Er erklärte der Therapeutin, wie derjenige, der auf das Land schaute, aus dem Guckloch die Treppe hinaufstieg, und zeigte ihr genau, wo der andere stand und das Steuer übernahm. Dann fiel ihm dabei eine Geschichte aus dem Fernsehen ein, dass nämlich zwei Trickfilm-Figuren mit einem Boot gefahren seien und die eine vergessen habe zu steuern. Dann habe man »fast eine Brücke gerammt«, äußerte Ferdinand ganz aufgeregt. Wenn man also seine Motorik stark einsetzt, um sein Ich zu schützen (wie Ferdinand das im Kindergarten tat), gab es die Gefahr des Zusammenstoßens mit dem Objekt. Die Objektlibido konnte also mit der Ich-Libido in Konflikt geraten.

Dann sagte er noch: »Oh, ich hab noch was vergessen, da sind noch Torpedolöcher, da können die schießen, die brauchen ja auch was zu essen, Robben und so.«

Das phallische »Schießen« erlaubte ihm also, die mangelnde Unterstützung durch die Mutter auszugleichen.

Gleichzeitig wünschte er sich scheinbar den Halt des steuernden Objekts, das ihm durch diese haltende Funktion erlaubte, frei zu explorieren, sich in der Welt umzuschauen, ohne sich zu sehr an etwas »festzubeißen« – wie im Kindergarten mit seinen Zähnen an der

Erzieherin –, um der Angst auseinanderzufallen rein defensiv zu begegnen.

War er dabei, sich aus der symbiotischen Beziehung zur Mutter hinauszubewegen? »Schießend« verteidigten sich die beiden Leute aus dem U-Boot gegen die Außenwelt, und schließlich musste man ja auch etwas zu essen besorgen, mit den Torpedos. Wenn man seine Impulse allerdings nicht »steuerte«, passierte ein Unfall, geschah ein destruktiver Zusammenstoß.

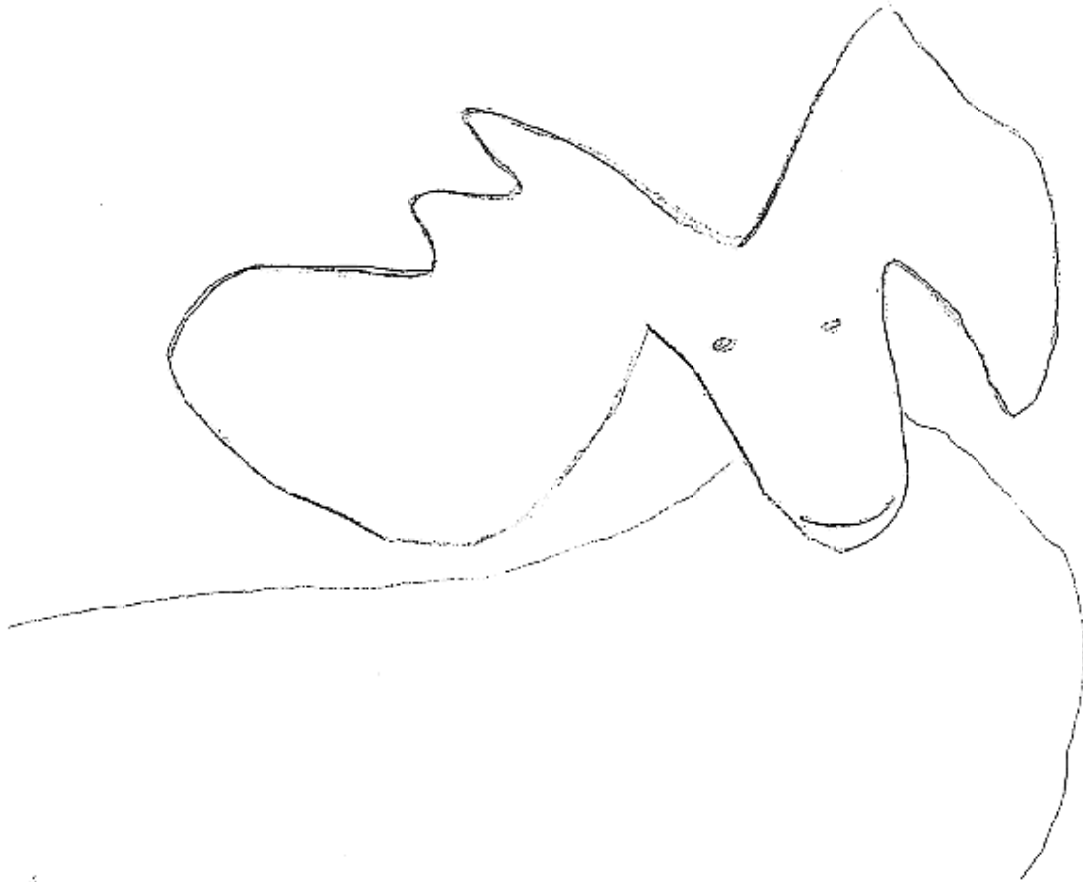


Abbildung 6: Ferdinands dritte Squiggle-Zeichnung

Aus dem dritten Kritzel malte Ferdinand eine »Hirschwolke«, die tatsächlich aussah wie ein Hirschgeweih. Er sagte dann aber: »Ich möchte jetzt nichts mehr erzählen«. Dieses Bild schien ihn zu ängstigen, er lenkte ab. Die Therapeutin versuchte, ihn zu motivieren, ihr etwas über den Hirsch oder die »Hirschwolke« zu erzählen – was ihm dazu einfalle und ob er Hirsche möge? Sie fing dabei gedankenverloren an, den Umriss eines Hirsches zu malen, mit Augen und einem Mund, und verstieß damit gegen ihre Regel. Sie ertappte sich dabei, intrusiv zu sein und ihn herauszufordern. Der Hirsch war mächtig und stark wie eine Vaterfigur. Ferdinand sagte: »Das ist langweilig«, und wollte ablenken. Er sagte dann:

»Beim Reden wird mir heiß im Bauch, das ist unangenehm«, und zeigte der Therapeutin seinen Bauch, während er ihn streichelte. Dann stand er auf und wollte weiter Ball spielen.

Dabei spielte er zunächst allein, relativ wild, und machte dabei mit seinen Schuhen schwarze Streifspuren auf dem Fußboden im Behandlungszimmer der Therapeutin. Als sie dies bemerkte, hielt er inne und beseitigte die Streifen dann akribisch mit seinem Finger. Sie deutete: »Du möchtest das wiedergutmachen, dass du so wild warst.« Ferdinand nickte. Er forderte sie dann auf, weiter mit ihm Ball zu spielen. Sie deutete ihm: »Ferdinand, es ist für dich einfacher, mit mir zu reden, wenn wir dabei etwas Entfernung voneinander haben und wenn du dich dabei bewegen kannst.« Ferdinand sagte: »Ja, aber das Kritzel-Spiel war trotzdem auch schön.«

Interpretation: Durch diese kurze Spiel-Sequenz erhielt die Therapeutin einen Einblick in Ferdinands innere Welt. Ferdinand beschäftigte das Thema der Identität und Abgegrenztheit sowie das der Nähe-Distanz-Regulation. Die Nähe zur Therapeutin durch Reden verursachte bei ihm körperliche Wärme, die Unbehagen bereitete. Dies konnte als Angst Ferdinands verstanden werden, wieder in eine Ungeschiedenheit vom Objekt zurückzufallen. Dies empfand er als äußerst beängstigend und prekär, war er doch gerade dabei, für sich die Bedeutung des (männlichen) Dritten zu eröffnen und sich seiner Identität außerhalb der symbiotischen Beziehung zur Mutter zu vergewissern. Der Vater erschien ihm dabei einerseits als Retter, andererseits aber auch als jemand, der auf bedrohliche Weise seine ödipalen Wünsche, mit der Mutter »allein im U-Boot« zu sein, verbot. Dabei ging es auch um die Frage der Regulierung (Steuerung) von Impulsen.

Fokusformulierung nach ToP

Fokusformulierung gegenüber Ferdinand: »Es ist wichtig für dich, zu wissen, wo dein Platz ist. Am liebsten möchtest du immer der Erste sein, sonst bekommst du Angst, dass du ganz verschwindest. Das macht dich wütend und du möchtest alle anderen von dir wegstoßen.«

Überlegungen zur Bedeutung des Symptoms in den familialen Beziehungen: Bereits nach der Geburt hatte es Ferdinand schwer, seinen Platz in der Familie zu finden, da bereits ein 10 Monate alter Säugling, seine Adoptivschwester, da war. Durch die Überforderung sowie durch die Schwierigkeiten, die die Mutter hinsichtlich der eigenen Abgrenzung gegenüber den Bedürfnissen der anderen hatte, konnten Ferdinands Impulse nicht genügend gehalten werden, und er erwarb in der Beziehung zur Mutter keine ausreichende Fähigkeit, seine Impulse zu regulieren. Durch sein impulsives körperlich-aggressives Verhalten stellte er die Grenze zwischen sich und dem Objekt wieder her. Eigentlich diente die Aggression der Angstabwehr und der (Wieder-) Herstellung von Ich-Grenzen.

Fokusformulierung gegenüber den Eltern: »Ferdinand schafft es, durch seine Wutanfälle alle weit auf Abstand zu bringen, da es ihm noch nicht ausreichend gelungen ist, sich altersentsprechend von der Mama abzulösen. Dieser aber wieder ganz nah und dabei klein und abhängig zu sein, macht ihm Angst. Eine solche Nähe zu Ihnen wird zudem dadurch erschwert, dass Sie als Mutter Ferdinand oft eher wie einen Erwachsenen behandeln und er Sie im Gegenzug respektlos behandelt, wenn er merkt, dass Sie sich hilflos und überfordert fühlen. Da ist es dann schwer für Ferdinand, seinen Platz zu finden und herauszufinden, ob er schon groß und mächtig wie der Vater ist oder noch klein und abhängig.«

4.5.2 Die mittlere Phase

Die erste Sitzung der mittleren Phase (Sitzung 6) ist ebenso wie die 10. Sitzung der Elternarbeit gewidmet. Es folgen jeweils drei Sitzungen mit dem Kind, in denen fokussiert an dem zentralen Konfliktfokus des Kindes gearbeitet werden soll. In der begleitenden Elternarbeit, die jede vierte Stunde stattfindet (6., 10., 14., 18., 22.), nutzt die Therapeutin die Erkenntnisse über das innere Erleben des Kindes, die sie in der bisherigen Arbeit mit Kind und Eltern gewonnen hat, um mit den Eltern an einem besseren Verständnis der Entwicklungsprobleme des Kindes zu arbeiten.

Tabelle 6: Die mittlere Phase (Sitzungen 6–19)

Psychotherapeutische Arbeit mit dem Kind

(Sitzungen 7, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 19 [20, 21, 23, 24, 25; die Sitzungen 20–25 sind Teil der Abschlussphase])

- Arbeit am Fokus (Durcharbeiten des zentralen Konflikts)
- Benennen des Fokus an geeigneter Stelle im freien Spiel
- Einkreisen des Fokus in der kindanalytischen Arbeit mit dem Kind, mit folgendem Hauptaugenmerk:
 - Wie stellt sich der Fokus im kindlichen Spiel dar?
 - Wie lässt er sich in Form einer verbalen Intervention dem Kind mitteilen?
 - Alternative Lösungsmöglichkeiten mit dem Kind im Als-ob-Modus des Spiels ausprobieren
- Sich dem Kind dabei sowohl als reales Objekt, Übertragungsobjekt und Entwicklungsobjekt zur Verfügung stellen
- Wichtig ist hier, das Kind auf die zeitliche Begrenztheit des therapeutischen Kontaktes vorzubereiten und dies in einer für das Kind verständlichen Sprache zu formulieren:
»Heute und nächste Woche haben wir noch Zeit, gemeinsam zu spielen und zu erzählen, aber dann haben wir unsere letzte Stunde und verabschieden uns wieder voneinander«

Begleitende Elternarbeit

(Sitzungen 6, 10, 14, 18 [22; Sitzung 22 ist Teil der Abschlussphase])

- Förderung der Einsicht der Eltern in innere mentale Zustände des Kindes (Mentalisierung) anhand von Beziehungsepisoden mit dem Kind
- Explizite Fokusformulierung in einer erlebnisnahen Deutung/Intervention in der therapeutischen Arbeit mit den Eltern
- Stärkung der Eltern in ihrer Elternfunktion

In der Arbeit mit dem Kind oszilliert die Therapeutin zwischen einer fokalen und einer afokalen Technik des psychoanalytischen Arbeitens. Sie taucht in das Spiel ein

und gibt sich in der träumerischen Einstimmung (»Revêrie«) (Bion, 1962a) ihren Assoziationen hin, um ihre Gedanken dann wieder zu einem Fokus zu bündeln und in einer Deutung zu formulieren. Während des Spiels fokussiert die Therapeutin auf die innere Realität des Kindes und seinen vorherrschenden Abwehrstil.

Dabei richtet die Therapeutin ihre Aufmerksamkeit immer auch auf das innere Erleben des Kindes, welches sie aus seinen sprachlichen Äußerungen, Erzählungen, Spielinhalten und seinem Beziehungsverhalten ableitet. Hierbei ist es für sie zentral, ein Verstehen dafür zu entwickeln, wie sich libidinöse und aggressive Impulse, unbewusste Wünsche und deren Abwehr im Spiel des Kindes abbilden. Ziel der therapeutischen Arbeit ist es, eine Verbindung zwischen den Konflikten des Kindes und den Konfliktthemen in der Beziehung zwischen Eltern und Kind herzustellen und aus dieser Verbindung einen Fokus abzuleiten. Die Verbindung zwischen Gefühlen (z. B.: »Ich bin traurig«), Gedanken (z. B.: »... weil, die Mama/die Kindergärtnerin die Schwester/die anderen Kinder lieber hat als mich«) und Symptom/Verhalten (z. B.: »... und deshalb schlage ich die anderen Kinder jetzt, damit ich wieder an erster Stelle bin«) soll im Spiel oder in Worten offengelegt und damit bewusstgemacht werden. Hierzu sollen im Spiel mit dem Kind verbale Interventionen darauf gerichtet sein, Gefühle und Wünsche zu artikulieren, was der Bewusstmachung der Konflikte dient.

4.5.3 Die Abschlussphase

4.5.3.1 Die Abschlussphase der Therapie mit den Eltern

Haben die Eltern die Zusammenarbeit mit der Therapeutin als hilfreich erlebt, so geht es jetzt darum, das Ende dieser hilfreichen Beziehung zu betrauern. Ohne die direkte Anwesenheit der Therapeutin, aber in Identifikation mit deren therapeutischen Funktion, ist es nun ihre elterliche Aufgabe, den Konsolidierungsprozess des bisher Erreichten weiter zu fördern.

Die zweitletzte Stunde findet als abschließendes Elterngespräch statt. Die Therapeutin bringt den Eltern gegenüber ihre Sicht der in der gemeinsamen Arbeit erreichten Entwicklungsfortschritte zum Ausdruck, benennt aber auch die noch bestehenden Entwicklungshemmungen sowie – im Rückblick – wichtige Etappen des therapeutischen Prozesses. Ebenso weist sie die Eltern auf möglicherweise anstehende schwierige Entwicklungsschritte hin. Wichtig ist hier, den Eltern zu vermitteln, dass der Blick auf die dem Symptom zugrunde liegenden Erlebens- und Verhaltensweisen des Kindes weiterhin wichtig ist, um dessen Entwicklung in eine progressive Richtung zu begleiten und zu fördern.

Tabelle 7: Die Abschlussphase (Sitzungen 19–25)

Inhalt der letzten gemeinsamen Sitzungen mit dem Kind:

- Den Abschied und das Ende der Therapie vorbereiten
- Den Fokus zusammenfassen
- Die Art, wie das Kind den Abschied gestaltet, sowie zugehörige Affekte (beispielsweise Enttäuschung, Trauer und Wut) explizit benennen!
- Häufig kommt es vor, dass das Kind den Abschiedsschmerz abwehrt, indem es z. B. in den letzten Stunden selbst häufig den Raum verlässt und die Therapeutin allein zurücklässt. Diese Verkehrung von passiv erlittenem Verlassenwerden in aktives Verlassen kann dem Kind durch Formulierungen gedeutet werden, wie: »Es macht dich traurig und wütend, dass wir uns heute das letzte Mal sehen und Du nicht wiederkommen kannst. Lieber möchtest du dann von mir wegrennen, damit ich nach dir suche und dich nicht vergesse!«

Abschlusssitzung im Therapeut-Kind-Setting: Aufgreifen und Bearbeiten des Fokusthemas/der Fokusthemen, gemeinsamer Rückblick und Blick in die Zukunft!

4.5.3.2 Abschlusssitzung im Therapeut-Kind-Setting

Nach dem letzten Elterngespräch (Sitzung 22) finden die letzten Sitzungen mit dem Kind statt. Die Funktion der abschließenden Sitzungen kann auf der symbolischen Ebene so verstanden werden, dass die Therapeutin danach das Kind den Eltern zurückgibt und ihnen damit zeigt, dass sie die nötige Kompetenz haben (»good enough«), um den gemeinsam begonnenen Weg nun mit ihrem Kind allein fortzuführen und die bisherigen Therapieerfolge weiterhin zu festigen. In der letzten Sitzung mit dem Kind ist es wichtig, an gemeinsam Erarbeitetes und Erlebtes anzuknüpfen und gleichzeitig das Thema »Abschied« direkt anzusprechen. Dabei ist es von Bedeutung, die individuelle Art und Weise, wie das Kind den Abschied gestaltet, einerseits vor dem Hintergrund seiner intrapsychischen Konflikte und von deren Ausdruck zu verstehen, andererseits dies auch als aktiven und meist progressiven Bewältigungsversuch anzuerkennen. Es ist wichtig, die Gestaltung des Abschieds mit dem Kind vor dem Hintergrund des erarbeiteten Fokus zu verstehen und mit dem Kind die dazugehörigen Affekte zu besprechen.

Erläuterung des Abschieds anhand eines Fallbeispiels: Lena, 8 Jahre

Lena litt unter depressiven Verstimmungen und einem instabilen Selbstwertgefühl, als sie ein Jahr nach der Trennung der Eltern die PaKT begann. Es wurde sehr schnell deutlich, dass ihre Mutter sich durch Lenas Vater ausgenutzt fühlte und bisher noch nicht ausreichend in der Lage war, Gefühle von Wut und Trauer ihm gegenüber zu verarbeiten. Der Vater war Lena gegenüber auch schon vor der Trennung unzuverlässig und selten erreichbar gewesen. Nach der Trennung brach er jedoch für mehr als ein halbes Jahr den Kontakt zu seiner Tochter vollständig ab. In der Folge entwickelte Lena eine gemischte internalisierend-

externalisierende Symptomatik, verbunden mit Selbstvorwürfen und Selbsterniedrigung, pathologischem Lügen, Konzentrationsschwierigkeiten und einer drastischen Verschlechterung ihrer schulischen Leistungen.

Verlauf: In der Übertragungsbeziehung zeigte Lena gleich von Beginn an in Reaktion auf nur geringfügige Verspätungen der Therapeutin großen Ärger und machte ihr heftige Vorwürfe. Im Verlauf entwickelte sich in der Übertragung ein sado-masochistisches Beziehungsmuster. Lena wollte der Therapeutin gefallen und unterwarf sich ihr devot. Die entsprechende Gegenübertragung, in der sie sich mächtig, erhaben und umworben fühlte, verstand die Therapeutin als eine Identifizierung mit Lenas Vater-Objekt. Im Kontrast zur Unterwerfung begann Lena daraufhin die Therapeutin zu quälen und versuchte sie zu unterwerfen, indem sie sie anwies, sie solle ihre Dienerin spielen und unvorhersehbare, nicht zu bewältigende Aufgaben erfüllen. Die Therapeutin fühlte sich in komplementärer Identifizierung in ihrer Gegenübertragung hilflos, minderwertig und verspürte verzweifelte Ärger. Die sich entfaltende Übertragung konnte genutzt werden, um einerseits Lenas Wunsch zu verstehen, vom Vater geliebt zu werden, und um andererseits ihren Ärger zu erkennen, dem Vater hilflos ausgeliefert zu sein und sich missachtet zu fühlen. Diesen Ärger wandte Lena gegen das Selbst, um die Beziehung zum Vater zu erhalten. So entwickelte sich eine introjektive Depression mit schweren Selbstvorwürfen und Selbstentwertung.

Einmal spielte sie im Behandlungszimmer mit Knete und Wasser und ließ sich nicht davon abbringen zu »matschen«. Die Grenzen, welche die Therapeutin setzte, missachtete sie und schmierte und kleckerte sehr, wobei die Therapeutin diesem Treiben zunächst hilflos ausgeliefert war. Lena wies die Therapeutin an, »die Dienerin« zu sein, welche der tyrannischen »Königin« (Lena) zu gehorchen hatte. Lena genoss es, die Therapeutin zu bekleckern und zu beschmieren. Diese konnte Lena in der Folge den Wunsch, sie zu ärgern, deuten und ihn auf ihren Ärger über den abwesenden, als unzuverlässig erleben, aber geliebten Vater beziehen.

Die Abschlussphase mit Lena: Fünf Stunden vor Therapieende hatte die Therapeutin gegenüber Lena und ihrer Mutter (und kurz danach auch dem Vater gegenüber) das Thema des Therapieabschlusses eingebracht. Zwei Stunden vor Therapieende merkte die Therapeutin bereits im Wartezimmer, als sie Lena abholte, dass sie ihr gegenüber einerseits devot und unsicher wirkte, andererseits aber zögerte mitzukommen. Die Therapeutin dachte gleich, dass Lena möglicherweise versuchte, das passiv erlebte Verlassenwerden durch eine aktive Haltung zu bewältigen, so dass die Therapeutin allein dastehen sollte und Lena es war, die nicht zu ihr kam. Ihre unterwürfige und brave Haltung deutete die Therapeutin ihr aber auch als Wunsch, dass die Therapie fortgesetzt werden möge, wenn sie doch nur lieb und brav wäre: »Ja, das ist doof, dass ich bald nicht mehr zu dir kommen kann«, äußerte Lena und schlug gleich vor »wieder matschen« zu spielen. Die Therapeutin sagte daraufhin: »Das ärgert dich so sehr, dass das hier bald zu Ende ist, dass du mich bematschen und ärgern und hier alles dreckig machen möchtest!«

Diese Handlungsimpulse konnten in den verbleibenden Stunden jedoch gut reguliert und gehalten werden. Der Therapeutin war es möglich, Lena gegenüber sowohl die Trauer als auch den Ärger zu benennen. Auch sie war traurig, war ihr dieses Mädchen, das so sehr in ihrem Selbstwert schwankte und seinen Ärger gegen den Vater so offenkundig gegen das Selbst wandte, doch auch sehr ans Herz gewachsen.

Lena insistierte zum Abschied darauf, dass die Therapeutin ihr etwas schenken sollte,

damit sie etwas von ihr mitnehmen könne. Die Therapeutin dachte an Schilderungen von Lenas Mutter und Lena selbst und deutete ihr: »Das ist ja wie beim Papa. Du möchtest immer, dass er dir etwas Schönes kauft. Dann hast du einen Beweis dafür, dass er dich ganz doll lieb hat. Und auch hier möchtest du, dass ich dir etwas schenke, damit ich dir beweise, dass ich an dich denke.« Die Therapeutin spürte Lenas Verzweiflung. Dem Mädchen kamen die Tränen und es nickte. Weiterhin beharrte es aber darauf, dass die Therapeutin ihm etwas mitgeben solle, und wartete auf sein Abschiedsgeschenk. Lena hatte der Therapeutin ja schließlich auch ein »gemaltes Bild und Schokolade« mitgebracht, so sagte sie. Die Therapeutin zögerte eine Weile und dachte dann aber, Lena schiene aufgrund ihrer großen Not auf das konkretistische Geschenk von ihr angewiesen zu sein. So blieb die Therapeutin, obwohl sie die Behandlung als erfolgreich einschätzte und das Vertrauen hatte, dass die Familie den Therapieerfolg anerkennen und konsolidieren würde, mit einem Schuldgefühl zurück, dem Kind nicht genug gegeben zu haben. Diese Gegenübertragung verstand die Therapeutin als eine Identifizierung mit dem Vater und auch als Ergebnis eines aggressiven Aktes vonseiten Lenas gegen den Vater, der sich in der Beziehung mit der Therapeutin wiederholte.

4.5.3.3 Unterschiedliche »Abschiedstypen«

Auch wenn man die Behandlungsdauer bereits ausführlich in den ersten Sitzungen mit Eltern und Kind besprochen hat, hat es sich in der Erfahrung mit der Anwendung der PaKT als sehr wichtig herausgestellt, spätestens fünf Stunden vor Ende der Therapie noch einmal mit den Eltern das nahende Therapieende anzusprechen und daran zu erinnern. Dabei kann – je nachdem, an welcher Stelle sich das Kind im Durcharbeitungsprozess befindet – die Therapeutin mit den Eltern zusammen die Entscheidung variabel treffen, wann genau im vorher vereinbarten Zeitrahmen von 20 bis 25 Stunden die Therapie beendet werden soll. Fünf Stunden vor dem geplanten Ende sollten Eltern und Kind noch einmal genau auf das Datum des letzten Termins hingewiesen werden, damit der Abschied ausreichend vorbereitet werden kann. In der Kurzzeittherapie sind Therapeutin, Kind und Eltern mit der Problematik des »langsamen Verstehens mit doppelter Geschwindigkeit« (Emanuel, 2011) konfrontiert. Das heißt, sie müssen der paradoxen Situation begegnen, dass sie sich einerseits auf die Haltung des genauen Hinschauens und Verstehens eingestellt haben, um dann, wenn der analytische Prozess einmal in Gang gekommen ist und das Kind und seine Eltern sich an das psychoanalytische Arbeiten gewöhnt haben, diesen Prozess auch bald wieder beenden zu müssen. Im Idealfall können die Eltern Vertrauen entwickeln, dass sie in der Lage sein werden, den Prozess des Verstehens und des Suchens von Bedeutung weiter fortzuführen. Dies ist unserer Erfahrung nach häufig bei Familien der Fall, deren Konflikte und Bearbeitung begrenzt waren und bei denen sich durch die Fokalarbeit die Symptomatik verbesserte (siehe die Fallbeispiele von Julian, Sophie und Elisabeth, Kap. 5.1–5.3 dieses Manuals).

In solchen Konstellationen kann auch die Gegenübertragung der Therapeutin am Therapieende positiv genutzt werden. Die Therapeutin verspürt meist keine Schuldgefühle und vertraut auf den weiteren Entwicklungsprozess des Kindes.

Solche Konstellationen zeigen ihr auch, dass die Indikation für eine psychoanalytische Kurzzeittherapie gegeben und ihre Einschätzung richtig war. Sie hat dann oft das Gefühl, das Ende der Therapie könnte auf folgende Formel gebracht werden: »Ich bin für eine Weile zu dieser Familie dazugekommen, habe den Entwicklungsprozess des Kindes begleitet, und nun gehe ich mit einem guten Gefühl wieder.«

Manchmal erleben wir in der Abschiedsphase aber auch Eltern, die von ausgeprägter Angst befallen werden, dass sie selbst oder das Kind das Erreichte nicht halten können. Manche Eltern wehren ihre Angst, von der Therapeutin verlassen zu werden, durch Ärger und Vorwürfe ab. Aber auch die Therapeutin spürt möglicherweise Schuldgefühle, der Familie nicht genug gegeben zu haben. Hier ist es wichtig, dass die Therapeutin ihre eigenen Schuldgefühle reflektiert und erkennt, dass die Kurzzeittherapie in diesem Fall noch nicht ausreichend war, sondern eher »ein Schnuppern« an der psychoanalytischen Methode und eine Vorbereitung für eine Langzeittherapie bedeutete. In der letzten Sitzung sollte den Eltern und dem Kind dann nicht die Botschaft vermittelt werden, dass die Therapie gescheitert sei (und die Therapeutin oder das Kind oder die Eltern daran »Schuld hätten«), sondern dass das Kind und seine Eltern wiederkommen können bzw. dass für das Kind eine Langzeittherapie organisiert werden kann, in der das bisher Erreichte vertiefend fortgeführt wird.

4.6 Zusammenfassende Betrachtungen zum therapeutischen Handeln nach PaKT

Die Informationen und bedeutsamen Einsichten aus den ersten Eltern-Gesprächen und den Sitzungen mit dem Kind (Narrative, Spielverhalten, Beziehungsepisoden mit dem Kind, Gegenübertragung) werden von der Therapeutin in *gleichschwebender Aufmerksamkeit* gesammelt.

Nach den fünf ersten Sitzungen bündelt die Therapeutin das gewonnene Material aus Erstgespräch, sich einstellender Gegenübertragung und Übertragung sowie den Informationen, die sie durch Elterngespräche und die Spielsituation mit dem Kind gewinnt (für Psychotherapeutinnen in Ausbildung wird der Fokus in der gemeinsamen intensiven Supervision während der »Fokalkonferenzen« nach der 5. Sitzung formuliert; weitere Fokalkonferenzen folgen nach der 10., 15. und 20. Sitzung). Bei der *Fokusformulierung* soll darauf geachtet werden, dass die intrapsychische Ebene des Kindes mit der interpersonellen Ebene zwischen Eltern und Kind verknüpft wird. Die psychodynamische Hypothese, die in einer Fokusformulierung ihren Niederschlag findet, soll die Schnittmenge zwischen interpersonellen Konflikten (Eltern–Kind) und intrapsychischen Konflikten des Kindes abbilden. Die Therapeutin integriert all diese Informationen, Impressionen und Gegenübertragungsgefühle zu einer psychodynamischen Hypothese, die möglichst prägnant und nachvollziehbar formuliert werden sollte und die somit eine Verbindung zwischen dem Symptom des Kindes und dem zentralen transgenerationalen Konflikt der Familie herstellt.

Der Fokus nach ToP wird den Eltern und dem Kind in den nächsten Sitzungen

mitgeteilt, in möglichst erlebnisnahe Formulierungen eingebracht und anhand von Beispielen erläutert. Nach dem Erstgespräch im Eltern-Kind-Setting werden ein oder zwei Sitzungen mit den Eltern und dann einige Sitzungen mit dem Kind durchgeführt, um dann zu einer Einschätzung und Behandlungsplanung zu gelangen. Im Rahmen des fokalen Vorgehens ist es wichtig, sich auf eine Konfliktebene zu konzentrieren. Dies bedeutet, dass der zentrale Konflikt, der sich in den ersten Gesprächen und Sitzungen mit dem Kind und seinen Eltern abzeichnet, zu einem Fokus integriert wird. Hierbei sind eine genaue Kenntnis der psychodynamischen Grundkonflikte und von deren Abwehr wichtig, um im Material des Kindes ungelöste Konflikte, einseitige Akzentuierungen oder Fixierungen der Persönlichkeit sowie rigide Abwehrformationen zu erkennen. Dabei geht es immer darum, hinter dem sich manifest zeigenden (Spiel-) Verhalten eine latente, unbewusste Ebene aus Triebwunsch und Abwehr anzunehmen, um zu verstehen, wie dieser Konflikt dem Symptom zugrunde liegt.

Ist der Fokus einmal formuliert, dient er der Therapeutin während der psychotherapeutischen Arbeit mit dem Kind als eine Art Matrix, vor deren Hintergrund ein Verstehen der Inhalte möglich wird, die sich im kindlichen Spiel offenbaren. Je präziser und genauer der Fokus formuliert ist, umso mehr deckt er sich mit den Themen, die im Verlauf des Durcharbeitungsprozesses auftauchen. Eine Regel hierbei ist: In der freien Assoziation und im freien Spiel der psychoanalytischen Arbeit mit dem Kind taucht Material auf, das auf zugrunde liegende unerledigte Entwicklungsthemen und offen gebliebene Konflikte verweist. Das, was unerledigt blieb, offenbart sich im analytischen Prozess. Der Fokus kann auch modifiziert, d. h. umformuliert werden, sobald durch neuere Erkenntnisse ein besseres Verstehen des Kindes möglich wird. Der Fokus dient der Therapeutin zunächst als innere Verständnishilfe. Wenn er den Eltern mitgeteilt wird, dann immer an einer Stelle, an der er sich auf die zuvor geschilderten Beziehungsepisoden der Eltern mit dem Kind bezieht. Genauso verfahren wir auch, wenn wir dem Kind den Fokus als verbale Deutung mitteilen. Er muss dem Kind gegenüber direkt auf eine Spielsituation bezogen werden und darf nicht zusammenhanglos einfach genannt werden, da sich sonst für das Kind keine emotionale Evidenz aus seinem inneren Erleben herstellen lässt.

Im weiteren Verlauf der Behandlung evaluiert die Therapeutin den gefundenen Fokus und modifiziert ihn gegebenenfalls. Dabei soll in kontinuierlicher Reflexion der drei Eckpunkte des Dreiecks aus Beziehungssymptom, Therapeut-Kind-Eltern-Beziehung und Material des Kindes *über das Kind* und seine Situation nachgedacht und der zentrale Konflikt, der aktuell zutage tritt, ausfindig gemacht werden. Durch die therapeutische Arbeit mit dem Kind soll dann dessen zentraler Konflikt durchgearbeitet werden und sollen somit seine Abwehr, seine Repräsentationen und seine Konfliktlösungen flexibilisiert werden. Ausgehend von psychoanalytischen Therapiekonzepten nehmen wir zwei Wirkfaktoren an: Zum einen zielt die Therapie auf eine Veränderung der mentalen Repräsentationen und damit der kognitiv-emotionalen Stile des Kindes ab, zum anderen soll durch regelmäßige psychoanalytisch orientierte Elternarbeit die Einsicht der Eltern in innere mentale Zustände des Kindes, also die Mentalisierung der Eltern in Bezug auf ihr Kind, verbessert werden.

Im Verlauf der Elterngespräche in den Sitzungen 6, 10, 14, 18, 22 wird der Fokus auch den Eltern als Beziehungsthema in einer alltagsnahen Sprache mitgeteilt. Anhand der elterlichen Narrative über Beziehungsepisoden mit dem Kind soll durch geeignete Deutungen die Einsicht der Eltern in die dem kindlichen Verhalten zugrunde liegende innere Welt des Kindes verbessert werden. Hierbei sollen die Eltern in ihrer Fähigkeit gefördert werden, eine Perspektive einzunehmen, die innere Zustände, inneres Erleben und Motivationen des Kindes berücksichtigt.

Das Modell »Triangle of Psychodynamic Constellations« (ToP) soll uns dabei helfen, einen Erkenntnisprozess zu strukturieren, in welchem wir die komplexen Informationen, die uns Eltern, Kind und unsere eigenen Wahrnehmungen liefern, so integrieren können, dass ein Verständnis des Symptoms des Kindes als Beziehungsthema mit zugrunde liegenden unbewussten Konflikten möglich wird. Die Therapeutin setzt sich in der kurzzeittherapeutischen Arbeit dabei immer der Notwendigkeit und zugleich der Schwierigkeit aus, dass sie den diagnostischen Prozess beschleunigen muss, ohne ihn dadurch derart behindern zu dürfen, dass sie durch dieses »Tempo« ihre Fähigkeit zur »Träumerei« (»revêrie«, Bion, 1962a) beeinträchtigt. Sie muss zunächst durch ihr psychoanalytisches Zuhören und Beobachten sowie ihre freischwebende Aufmerksamkeit die unbewussten und vorbewussten Konflikte erschließen, die sich an der Oberfläche des Materials darstellen, um dann mittels Anwendung einer fokalen Technik diese Konflikte durch eine relativ rasche Formulierung eines Fokus, der als psychodynamische Hypothese dient, zu »bündeln«. Dabei lässt sie sich einerseits vom Kind in dessen Spiel hineinziehen, tritt aber andererseits zu dem kindlichen Spiel und der gemeinsamen Interaktion in eine Distanz, um eine psychodynamische Verstehensebene zu ermöglichen.

4.7 Voraussetzungen aufseiten der behandelnden Therapeutin

Die Therapeuten, die PaKT durchführen, sollten bestimmte Voraussetzungen mitbringen. Da es sich um eine Kurzzeittherapie handelt, sollte ein Therapeut oder eine Therapeutin über die Fähigkeit verfügen, sich innerhalb eines kürzeren Zeitrahmens auf ein »beschleunigtes« Verstehen einzulassen, ohne dass ihre Fähigkeit zur Responsivität dadurch behindert würde. Das Psychotherapiekonzept der Psychoanalytischen Kurzzeittherapie (PaKT) orientiert sich an klassischen psychoanalytischen Behandlungsmethoden, unterscheidet sich aber in folgenden Punkten sehr deutlich davon:

- (1) Die Therapeutin ist in der psychoanalytischen Kurzzeittherapie – sowohl auf der Ebene der sprachlichen Äußerungen als auch auf der Ebene der Beobachtung der Therapeut-Kind-Interaktion (Eltern-Kind-Interaktion, Eltern-Therapeut-Interaktion) – weitaus aktiver, als es in der traditionellen psychoanalytischen Behandlung üblich ist. Ebenso wird auf der Grundlage der theoretischen Vorannahmen, welche die Therapie implizit begleiten, von der Therapeutin ein aktiveres Hinterfragen, Recherchieren und Formulieren von psychodynamischen Hypothesen erwartet, die

als Grundlage der Deutung dienen können.

(2) Außerdem arbeitet die Therapeutin selektiver. Sie limitiert ihre Deutungen auf die Ebene der Konflikte zwischen Mutter/Vater und Kind und deren Äquivalent in den Biographien von Mutter/Vater/Kind. Gleichzeitig schränkt sie ihre Deutungen in der therapeutischen Arbeit mit dem Kind auf dessen naheliegendste intrapsychische Konflikte ein.

PaKT sollte nur von Therapeutinnen durchgeführt werden, die in Psychoanalyse (möglichst von Kindern und Erwachsenen) ausgebildet sind. Auch Psychotherapeutinnen in Weiterbildung können mit PaKT arbeiten, sofern ihre Lehranalyse ausreichend fortgeschritten ist und sie die Behandlungserlaubnis haben, unter regelmäßiger Supervision eigene Behandlungen von Kindern durchzuführen. Die eigene Lehranalyse ist die Grundlage für eine gezielte, aber auch disziplinierte Nutzbarmachung der eigenen Gegenübertragung.

Für Therapeutinnen in Ausbildung schlagen wir eine Supervision in Fokalkonferenzen (Klüwer, 2005) vor. In diesen Fokalkonferenzen stellt jeweils eine Therapeutin ihren Fall vor. Im Rahmen der Supervision kann der von der Therapeutin gefundene psychodynamische Fokus evaluiert und gegebenenfalls modifiziert werden.

Eine besondere, in der Geschichte der Kinderpsychotherapie häufig vernachlässigte Voraussetzung für die Arbeit mit PaKT ist, dass die Therapeutin in der Lage ist, wechselseitige triadische Beziehungen zu den Familienmitgliedern einzugehen, und sich nicht ausschließlich in eine Beziehung zum Kind begibt. Es ist besonders wichtig für Kindertherapeutinnen, triadische Kompetenz zu entwickeln. Diese Kompetenz sollte in der Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin gefördert werden.

Wichtig für die Durchführung von PaKT ist eine psychoanalytische Grundausbildung der Therapeutin, da eine solide Kenntnis der Grundkonflikte des Subjekts, seiner Phantasien und mentalen Mechanismen sowie der Ausdrucksweisen der infantilen Sexualität eine Grundvoraussetzung psychoanalytischen Verstehens und Deutens ist. Ebenso wichtig ist auch die Fähigkeit zum fokalen Arbeiten, d. h. dazu, einen »roten Faden« zu bewahren und sich auf die zentralen Themen des Subjekts zu konzentrieren.

4.8 Limitationen eines kurzzeittherapeutischen Ansatzes

Mit der PaKT wurde ein Behandlungsleitfaden entwickelt, der sich mit einer Behandlungsdauer von 20 bis 25 Stunden und einer geringen Behandlungsfrequenz von einem Termin wöchentlich in die Tradition der psychoanalytischen Kurzzeittherapie fügt. Mit PaKT können Kinder mit verschiedensten Symptomen (Verhaltensstörungen, »Hyperaktivität«, neurotische Beziehungs- und Leistungsstörungen etc.) behandelt werden, sofern Angst und/oder depressive Verstimmungen an der Symptomentstehung wesentlich beteiligt sind. In den kinderpsychotherapeutischen Ambulanzen begegnen uns Kinder und ihre Eltern, die

von verschiedensten Schwierigkeiten und Problemen berichten. Häufig sind die Familien derart belastet, dass es schwerfällt, im Rahmen eines störungsspezifischen Vorgehens allein an der Beseitigung spezifischer Symptome zu arbeiten. Oft wissen die Kliniker angesichts der Fülle der von den Familien geschilderten Probleme und weil die Belastungen und Schwierigkeiten so komplex sind, gar nicht, welches Symptom sie als das Hauptsymptom und welche familiären und interpersonellen Probleme sie als das »Hauptproblem« definieren sollen.

Daher wird mit PaKT ein Konzept vorgelegt, dass besonders auch Psychotherapeutinnen in Ausbildung einen Behandlungsleitfaden »als erste Hilfe« bereitstellen soll, welcher einen Weg zu einem komplexen Problemverständnis weist und konkrete Handlungsanweisungen zur Verfügung stellt. Unter Zugrundelegung des ToP-Fokuskonzepts soll die Therapeutin in Ausbildung befähigt werden, ein tiefes und profundes Problemverständnis zu entwickeln, mit dem sie an der Durcharbeitung sowohl der intrapsychischen Probleme des Kindes als auch der interpersonellen Konflikte der Familie arbeiten kann, ohne den Fokus aus den Augen zu verlieren.

Indem sie neben Angst- und depressiven Symptomen auch die begleitenden Verhaltensproblemen von Kindern einschließt, eignet sich PaKT zur Behandlung vieler Kinder und ihrer Familien, welche die kinderpsychiatrischen und kinderpsychotherapeutischen Ambulanzen und Sprechstunden aufsuchen. Häufig sind dies auch Kinder, die unter strukturellen Defiziten oder Mentalisierungsstörungen leiden. Erfahrene Kinderanalytiker werden sich fragen, warum wir mit PaKT ein Manual für eine Kurzzeittherapie vorstellen, wo sich strukturelle Veränderungen doch erfahrungsgemäß erst im Rahmen einer Langzeitbehandlung einstellen können.

Wir gehen davon aus, dass der unterschiedlichen Phänomenologie depressiver Symptome im Kindesalter unterschiedliche ätiologische Pfade zugrunde liegen. Ein depressives Erscheinungsbild kann Ausdruck sowohl eines neurotischen Konfliktgeschehens als auch einer Störung der Mentalisierungsfähigkeit, also einer strukturellen Störung sein. Insbesondere wenn emotionale Symptome mit starken familiären und individuellen Risikofaktoren assoziiert sind (z. B. psychische Erkrankung der Eltern, chronischer Familienkonflikt, anhaltende Vernachlässigung des Kindes), mag die Kurzzeittherapie möglicherweise nicht ausreichen und können längere therapeutische Interventionen notwendig werden. Bei Kindern, die starken psychosozialen Belastungsfaktoren ausgesetzt sind und die ihre Schwierigkeiten weniger mental repräsentieren, sondern eher in Handeln ausdrücken, kann die Wirksamkeit der Kurzzeittherapie möglicherweise geringer sein als bei solchen, deren Symptome mit einem klar abgrenzbaren Konflikt in Verbindung stehen (vgl. Target & Fonagy, 1994a). Grundsätzlich erfordern umfassendere strukturelle Veränderungen einen längerfristig ausgerichteten therapeutischen Ansatz. Dies konnte in zahlreichen Studien nachgewiesen werden.

Die in PaKT vorgegebene Strukturierung des therapeutischen Vorgehens ist zunächst auf 25 Stunden ausgelegt. Aber es ist durchaus auch möglich – und es soll dazu ermutigt werden –, diesen Ansatz auch auf Therapien mit höheren Stundenorientierungen (also höhere Frequenz und längere Dauer) anzuwenden. Bei Familien, für die eine Kurzzeittherapie nicht ausreicht, hat sich gezeigt, dass sie

dennoch von 20 bis 25 Stunden PaKT profitieren, was sich etwa in einem Rückgang der Symptome zeigt, auch wenn dieser Rückgang bei Kindern mit einem hohen Ausgangsniveau der Beeinträchtigung nach der Behandlung noch keine Störungsfreiheit gemäß den einschlägigen Diagnosedefinitionen (DSM-V, ICD-10) erreicht. Ziel von PaKT ist es, bei diesen Familien ihr Interesse und ihre Motivation für eine weiterführende, langfristige psychoanalytische Behandlung zu fördern.

Ein Grund, warum mit PaKT ein kurzzeittherapeutisches Verfahren zum Einsatz kommt, ist auch, dass unerfahrene Therapeutinnen und Therapeuten im kinderpsychiatrischen Versorgungssetting oft noch keine Erfahrung mit langfristigen psychotherapeutischen Behandlungen gesammelt haben und dennoch im Rahmen ihrer klinischen Tätigkeit psychotherapeutisch tätig werden müssen. Diesen Therapeutinnen und Therapeuten soll ein Handwerkszeug an die Hand gegeben werden, das sich der Komplexität psychoanalytischer Theorie und Praxis bedient, ohne diese zu verkürzen. Auch unerfahrene Therapeutinnen können – unter der Voraussetzung ausreichender eigener Lehranalyse und bei abgestimmter Einfühlung – in gleichschwebender Aufmerksamkeit ein Verständnis der unbewussten Konflikte des Kindes entwickeln und dessen Mentalisierung fördern.

Ein weiterer Grund für die Wahl des kurzzeittherapeutischen Settings bei PaKT ist, dass eine Kurzzeittherapie aufgrund ihrer günstigen Zeitökonomie besser systematisch erforschbar ist. PaKT eignet sich aufgrund der begrenzten Anzahl der Stunden gut für eine systematische empirische Überprüfung ihrer Wirksamkeit in (randomisierten) kontrollierten klinischen Studien.

4.9 Risiken und Nebenwirkungen von PaKT

4.9.1 Externalisierendes Verhalten des Kindes

Im Rahmen einer Behandlung mit PaKT kommt es häufig dazu, dass sich mit der Besserung der internalisierenden Symptome auch die Tendenz des Kindes verändert, interpersonelle Konflikte durch eine Wendung der Aggression gegen die eigene Person zu lösen. Dieser Prozess kann mit einer Zunahme von oppositionellem, externalisierendem Verhalten einhergehen.

Die Eltern sollten darauf vorbereitet werden, dass ihr Kind gereizter oder aggressiver wird, mit Wutanfällen reagiert oder sich möglicherweise gegen Anforderungen auflehnt. Sie sollten im Rahmen der Elterngespräche die Möglichkeit haben, von der Therapeutin Hilfe zu erhalten, wie sie mit diesem Verhalten umgehen können. Der Fokus sollte hier besonders auch auf die Frage gerichtet werden, für wen diese »Nebenwirkung« von PaKT unerwünscht ist. Das Kind kann durch eine solche Veränderung unter Umständen ausdrücken, dass es auf seine Umwelt mehr Einfluss nehmen und diese verändern möchte, was Ausdruck eines Entwicklungsfortschritts ist. Es fühlt sich somit den Konflikten mit seiner Umgebung

nicht mehr hilflos ausgeliefert. Daneben hat es in der Behandlung mit PaKT die Erfahrung gemacht, dass die Therapeutin seine aggressiven Impulsen aushält, und es versucht, diese Erfahrung nun auch mit seinen familialen Beziehungsobjekten zu wiederholen. Die Eltern sollten also darüber aufgeklärt werden, dass dieses Verhalten phasenweise zunehmen und dass dies einen wichtigen Entwicklungsfortschritt darstellen kann. Sollten Eltern den Autonomiestrebungen des Kindes hemmend gegenüberstehen, sollte dies in den Elterngesprächen bearbeitet werden. Möglicherweise haben sie Angst, dass das Kind sich zu weit von ihnen entfernen könnte.

4.9.2 Gefahr einer regressiven Desintegration des Kindes

Es kann vorkommen, dass das Kind auf eine Deutung hin desintegriert wird, deren Inhalte es ängstigen. Hierzu kann es beispielsweise kommen, wenn die Therapeutin bei einem Kind, das strukturelle Defizite in der Selbst-Objekt-Differenzierung aufweist, den Fokus zu früh auf ödipale Themen legt. Das Kind bringt hierfür noch nicht die strukturellen Voraussetzungen mit und droht zu desintegrieren und zu regredieren. Dies soll für die Therapeutin allerdings keinesfalls bedeuten, dass sie keine Deutungen geben darf. Vielmehr sollte sie nach jeder Deutung die Phase unmittelbar nach der Deutung genau beobachten. Gibt es Anzeichen dafür, dass das Kind die Deutung im Therapieprozess aufnehmen konnte? Oder gibt es Anzeichen, dass das Spiel entgleist oder das Kind seine Impulse nicht mehr kontrollieren kann? Es ist sehr wichtig, dass die Therapeutin genau beobachtet, was sie mit einer Deutung bewirkt. Es kann vorkommen, dass sie das Niveau, auf dem gedeutet werden kann, überschätzt und das Kind eine Deutung nicht integrieren kann. Daher kommt der Beobachtung dessen, was nach einer Deutung im Behandlungsraum zwischen Therapeutin und Kind geschieht, eine wichtige Bedeutung zu.

4.9.3 Verschlechterung einer bisher unerkannten Psychopathologie eines Elternteils

Eine bisher zu wenig beachtete elterliche Psychopathologie kann sich in seltenen Fällen verschärfen, so dass sich die Situation der Eltern destabilisiert und es so möglicherweise zu einem Abbruch der Therapie kommt. In den meisten Fällen bewirken die PaKT-Elterngespräche jedoch – auch bei bestehender elterlicher Psychopathologie – keine Verschlechterung der Situation der Eltern, sondern vielmehr eine Stabilisierung. Sie erhalten im Rahmen der Elterngespräche Unterstützung bei der Bewältigung ihrer Elternfunktion und werden damit deutlich entlastet.

4.9.4 Suizidalität

In der Regel verringert sich eine möglicherweise beim Kind vorhandene Suizidalität durch eine Behandlung mit PaKT. Suizidversuche im Kindesalter kommen selten vor. In sehr seltenen Fällen kann sich Suizidalität im Rahmen einer Behandlung mit PaKT jedoch verstärken. Sollte sich in der Übertragung eine negative therapeutische Reaktion mit überwiegend destruktiven Übertragungselementen entwickeln, sollten die destruktiven Impulse auf keinen Fall im Sinne einer Pseudoharmonie verschwiegen werden. Genetische Übertragungsdeutungen sind in einem solchen Falle nicht angebracht, da sie den Patienten destabilisieren könnten. Es ist dennoch von äußerster Wichtigkeit, die Aggression des Patienten zu benennen. Bei Hinweisen auf eine akute Suizidalität – bei auffallenden Verhaltensänderungen wie z. B. Vernachlässigung des Aussehens, Verschenken persönlicher Gegenstände, übermäßiger Beschäftigung mit dem Thema Tod – sollte die Therapeutin dies dem Kind gegenüber direkt ansprechen. Oftmals verringert sich die Suizidalität, wenn negative Gefühle des Kindes in der Übertragungsbeziehung angesprochen werden und das Kind eine therapeutische Beziehung erlebt, in der die Therapeutin ihm Wertschätzung und Anerkennung entgegenbringt und gleichzeitig genügend Raum für seine destruktiven Gefühle zur Verfügung stellt. Wichtig ist, dass die Therapeutin dem Kind gegenüber betont, dass sie sich für das Überleben der Beziehung einsetzt. Die Eltern sollten auf jeden Fall informiert werden, wenn beim Kind Suizidalität auftaucht. In schwerwiegenden Fällen von akuter Suizidalität sollte zum Schutz des Kindes gemeinsam mit den Eltern eine vorübergehende stationäre Behandlung des Kindes eingeleitet werden.

4.9.5 Gefahr einer Grenzverletzung

Kinder erleben in ihrer Therapeutin oftmals einen Menschen, der sich mit ihren Nöten, Ängsten, aber auch Wünschen beschäftigt. Dadurch entsteht rasch eine intensive Beziehung zur Therapeutin. Kinder sind in ihren Sympathiebekundungen der Therapeutin gegenüber besonders spontan und zeigen oftmals auch Wünsche nach körperlicher Nähe.

Hierbei besteht die Gefahr, dass die Therapeutin das Kind – aufgrund von bei ihr selbst nicht ausreichend aufgearbeiteten eigenen Wünschen nach Nähe und Zuwendung oder aufgrund eines eigenen unerfüllten Kinderwunsches – zu nah an sich heranlässt. Hierdurch kann es zu einer unangemessenen Intimität kommen, die von der Therapeutin ausgeht. Wenn ein Kind die Therapeutin als Übertragungsobjekt besetzt und große Nähewünsche äußert, kann es passieren, dass die Therapeutin sich in eine unangemessene Intimität zum Kind begibt, dies besonders, wenn sie ihre eigenen Wünsche und Bedürfnisse nicht ausreichend in Lehranalyse und/oder Supervision anspricht und reflektiert. So kann es geschehen, dass die Therapeutin beispielsweise einer Einladung zum Kindergeburtstag des Kindes nachkommt und eine zu große Nähe zum Kind und/oder seinen Eltern hergestellt wird.

Kinder in der mit PaKT behandelten Altersgruppe können beim Gegenüber leicht

den Wunsch wecken, dieses »niedliche kleine Mädchen/diesen niedlichen kleinen Jungen« zum eigenen Kind zu machen. Deshalb ist die Versuchung, die analytische Rolle und damit die Abstinenz zu verlassen, bei dieser Altersgruppe besonders groß – insbesondere auch, weil die Äußerungen der infantilen Sexualität etwas sehr Graduelles haben. Genauso graduell sind auch Formen des möglichen Übergriffes, vom narzisstischen bis zum manifest sexuellen Übergriff.

Diese Gefahr ist nicht für PaKT spezifisch, sondern besteht bei allen psychotherapeutischen Verfahren sowie bei jeglicher beziehungsorientierter Arbeit mit Kindern. Solche Therapien sollten immer nur innerhalb eines gut ausgebauten institutionalisierten Rahmens durchgeführt werden. Die Institutionalisierung der Psychotherapie ermöglicht die Überwachung ihrer ethischen Kriterien, wobei auf gar keinen Fall das Abstinenzgebot verletzt werden darf. Durch das enge Eingebunden-Sein der Therapeutinnen und Therapeuten in den Kreis der Kollegen und Supervisoren können die Gütekriterien der Ausbildung überwacht werden. Ausbildungskandidaten müssen daher auf diese Themen vorbereitet sein und durch ausführliche Selbsterfahrung in Lehranalysen und Kontrollanalysen ihre eigenen Bedürfnisse und Wünsche ausreichend reflektieren, damit sie der Versuchung, eine unangemessene Nähe zum Patienten herzustellen, nicht erliegen.

Darüber hinaus sollten Fachgesellschaften, Ausbildungsinstitute und klinische Einrichtungen, in deren Rahmen psychotherapeutisch mit Kindern gearbeitet wird, ein System von Vorgehensweisen und von Vertrauensleuten etablieren, die die Aufgabe haben, sich mit möglichen Beschwerden von Eltern, Kindern und Kollegen zu beschäftigen.

5. Fallbeispiele⁶

5.1 Fallbeispiel: Julian, 6 Jahre⁷

Symptomatik: Julian hatte ausgeprägte Angst, in den Kindergarten zu gehen. Häufig kam es dort zu dramatischen Szenen, bei denen er sich am Heizkörper festklammerte, weinte und sogar erbrach. Die Mutter berichtete außerdem von einem großen Desinteresse Julians, mit anderen Kindern zu spielen.

Anamnese: Julians Eltern hatten sich getrennt, als Julian ein Jahr alt war. Mutter und Sohn lebten zu zweit, die Mutter war nicht berufstätig und hatte keine abgeschlossene Berufsausbildung, trotz augenscheinlich überdurchschnittlicher Intelligenz. Es gab regelmäßigen Kontakt zum Vater, den die Mutter jedoch als desinteressiert und leicht apathisch beschrieb. Die Mutter sagte ganz offen, dass sie niemanden brauche, außer Julian, ihren »Sonnenschein«. Aus erster Ehe gebe es einen weiteren Sohn, zu dem sie kaum noch Kontakt habe. Dieser sei seit dem 15. Lebensjahr drogenabhängig.

Therapeut-Patient-Eltern-Beziehung und Gegenübertragung: Die Mutter sprach mit zarter Stimme sehr liebevoll und einfühlsam über ihr Kind. Gleichzeitig hatte sie etwas betont Autonomes und erlebte die Therapeutin ihr gegenüber oft als grenzüberschreitend und aggressiv. Sie äußerte, eine eigene Therapie habe sie nicht nötig, sie habe die traumatischen Erlebnisse aus Kindheit und Jugend schon alle »selbst verarbeitet«. In den Elterngesprächen ließ sie die Therapeutin kaum zu Wort kommen und führte die Sätze, die die Therapeutin begann, zu Ende. Dies löste bei der Therapeutin Wut aus. Sie fühlte sich machtlos, weil sie in der Mutter-Kind-Dyade keinen Platz fand. Auffällig war auch, dass die Mutter der Therapeutin gegenüber immer betonte, dass Julian ja nicht gern zu ihr komme. Die Therapeutin spürte die Eifersucht der Mutter, wenn Julian allein mit ihr war. Die Mutter platzte am Ende der ersten Stunden jedes Mal in den Behandlungsraum, um Julian herauszuholen, was die Therapeutin als Übergriff erlebte. Die Mutter schien es nicht auszuhalten, dass ihr Sohn bei der Therapeutin war, und ließ seine Separationserfahrungen nicht zu.

Vater und Mutter äußerten unabhängig voneinander, dass sie nicht gemeinsam zu den Elterngesprächen kommen wollten. Besonders die Mutter vermutete, der Vater sei in ihrer Anwesenheit allzu gehemmt, um offen mit der Therapeutin zu sprechen. So einigten sich Therapeutin und Eltern, dass neben den initialen Elterngesprächen mit der Mutter ebenfalls zwei Gespräche mit dem Vater stattfinden sollten. Dieser äußerte, er wolle darüber hinaus auch für Elterngespräche zur Verfügung stehen. Diese wurden von ihm in der Folge jedoch nur selten wahrgenommen, und die Therapeutin musste sich aktiv um Termine mit ihm

⁶ Die Namen der Kinder, die in den Fallgeschichten dieses Buches dargestellt werden, wie auch Angaben zu deren Familien wurden anonymisiert.

⁷ Eine andere Fassung dieses Fallbeispiels wurde bereits im Rahmen eines Zeitschriftenbeitrages der Zeitschrift *Kinderanalyse* veröffentlicht. Göttken, T. & von Klitzing, K. (2011). »Ich hasse den Kindergarten, weil da bin ich nicht alleine!« Psychoanalytische Kurzzeittherapie für Kinder mit emotionalen Symptomen und affektiven Störungen (PaKT). *Kinderanalyse*, 19 (3), 189–214.

bemühen, der seinerseits wenig Interesse an der Elternarbeit zeigte.

Der Vater war ein gutmütiger, großgewachsenen Mann, der liebevoll und interessiert von seinem Sohn sprach. Er berichtete, dass er sich bereits als Julian ein Säugling war von der Mutter aus der dyadischen Beziehung ausgeschlossen gefühlt habe. Jetzt bereue er, dass er das Sorgerecht damals abgegeben habe. Gleichzeitig erlebte die Therapeutin ihn in der Beziehung zu seinem Sohn als weitaus distanzierter als die Mutter und sie bekam ein Gefühl dafür, dass Julian vielleicht auch spürte, dass er für die Mutter eine weitaus existenziellere Bedeutung hatte als für den Vater, der sein eigenes Leben führte und recht abgegrenzt war. Auch fiel der Therapeutin auf, dass der Vater im Vergleich zur Mutter in der Beziehung zu ihr distanzierter und passiver war. So, als habe auch die Therapeutin nur eine geringe, wenn nicht sogar äußerst fragwürdige Bedeutung für ihn.

Julian zeigte der Therapeutin jedes Mal in Anwesenheit der Mutter, dass er nicht gern zu ihr kam. Wenn er dann aber mit ihr allein war, spürte sie seine Neugier und Lust am Kontakt. Dennoch signalisierte er der Therapeutin sogleich, dass ihre groben Lego-Duplo-Spielfiguren ihm nicht gut genug waren, er brachte seine eigenen mit, »die kleinen Legos für größere Kinder«. Obwohl altersadäquat, waren für ihn die größeren Figuren und Steine der Therapeutin scheinbar nicht von Interesse. Er signalisierte ihr deutlich, dass er nicht mit diesem kindischen Spielzeug spielen mochte.

Sowenig wie er Interesse an den Spielsachen der Therapeutin zeigen mochte, sowenig mochte er, dass seine Mutter merken könnte, dass er sich für die Therapeutin interessierte: Vor der zweiten Einzelstunde mit der Therapeutin sah er sie – von der Mutter unbemerkt – durch das Fenster im Warteraum begeistert und freudestrahlend an. In Anwesenheit der Mutter, während der Begrüßung, tat Julian mit einer entsprechenden Geste so, als ob er die Therapeutin erschießen würde, was die Mutter mit den folgenden Worten kommentierte: »Du sollst doch nicht auf Menschen schießen!« Dabei hatte die Therapeutin das Gefühl, dass die Mutter seine destruktive Geste ihr gegenüber offensichtlich doch sehr genoss.

Material: Im freien Spiel dominierte Julian die Therapeutin und verwies sie in eine passive und hilflose Position. Die Therapeutin durfte mit ihren Spielfiguren immer nur das ausführen, was er diktatorisch befahl, so dass sie sich wie ein Sklave in einer ausweglosen Situation fühlte. Wiederholt wurden ihre Figuren getauscht, erschossen, gequält und mit Bomben ermordet. Sie erlebte ein monotones, grausames Spiel, ohne Handlungsspielraum für sich. Julian war der Herr, der sie dominierte, und sie seine Sklavin, mit der er machen konnte, was er wollte. Es schien, als wären die Therapeutin und ihre Reaktionen für ihn nicht von Interesse. Sie fühlte sich aller ihrer Funktionen als Subjekt beraubt und erlebte sein wildes Spiel als einen Angriff auf ihre Denkfunktion.

Wenn die Therapeutin mit Julian sprechen wollte, dann kramte er laut in der Box, in der er seine Spielsachen mitgebracht hatte. Er versuchte, ihr Angst einzuflößen, indem er alles im Raum umherwarf und das Lego-Duplo-Puppenhaus lustvoll zerstörte. Immer wieder platzten Bomben und Kanonen. Er wies sie an, sie solle schweigen. Er verbot ihr, sich während der Stunden Notizen zu machen, sonst »gehe er weg«.

Therapeut-Kind-Beziehung (Übertragung): Julian wollte offenbar nicht zulassen, dass die Therapeutin für ihn in der Beziehung wichtig und damit in seinem Leben als dritte Person bedeutsam werde. Um seiner Angst vor ihr zu begegnen, machte er aus ihr ein sprachloses Partialobjekt, über das er verfügen konnte. Die Therapeutin überlegte, ob Julian seine Angst

im Rahmen einer Vaterübertragung auf sie abwehrte, indem er sie in einer Art Flucht nach vorne jeglicher phallischen Potenz beraubte. Julian schnitt ihr alles ab, was sie hatte. Er nahm ihr ihre Potenz, ihre Kompetenz und ihr zentrales Instrument: das gesprochene und geschriebene Wort. Er kastrierte die Therapeutin dadurch. Sie vermutete, dass er sie als den phallischen Vater zugleich suchte und fürchtete, als den symbolischen Dritten in der symbiotisch wirkenden Mutter-Kind-Dyade. Sie als dritte Person in Julians Beziehungswelt ebenso wie das gesprochene Wort als Drittes wurden von Julian nicht zugelassen.

Er wehrte seine eigene Kastrationsangst ab, indem er die Therapeutin kastrierte. Der Abwehrvorgang äußerte sich in einer Verkehrung von passiv in aktiv, wodurch das Bewusstwerden dieser Angst vermieden wurde. Julian vermied Erfahrungen mit dritten, triangulierenden Objekten (Therapeutin, andere Kinder, Kindergarten), um nicht mit der Kastrationsangst konfrontiert zu werden. In seiner Phantasie hatte er den realen Vater bereits in die Flucht geschlagen und fürchtete nun dessen Rache. Die potentielle Gefahr durch die Aggression des Gegenübers verursachte bei ihm große Angst. In einer kontraphobischen Abwehrbewegung machte er sich zu demjenigen, der begrenzte und die Therapeutin kontrollierte.

Er hatte Wut auf die Therapeutin, weil sie das Ende der Stunden und der Behandlung festlegte und so eine Begrenzung seiner primärprozesshaften Wünsche und kindlichen Allmachtsphantasien vornahm.

Theoretische Überlegungen: Nach Lacan erhält das Kind durch das »Nein des Vaters« (*le non du père*) und gleichzeitig den Namen des Vaters (*le nom du père*) einen Platz innerhalb der symbolischen Ordnung. Indem Lacan mit dieser Homophonie spielt, betont er die legislative und gleichzeitig prohibitive Funktion des symbolischen Vaters (Lacan, 1997).

Das Nein, also die Begrenzung durch den Vater anzunehmen, bedeutet nach Lacan für das Kind einerseits die Begrenzung seiner kindlichen Allmachtsphantasien und seines Anspruchs auf die Mutter, andererseits benennt der Vater das Kind aber auch, gibt ihm eine Position innerhalb der symbolischen Ordnung und verortet es innerhalb der Generations- und Geschlechtsgrenzen. Somit geht die Begrenzung mit einem Gewinn an Subjektivität und Relativierung in der Beziehung zur Mutter einher. Die Dyade verliert gleichzeitig ihre Gefahr, die Grenzen zwischen Subjekt und Objekt aufzulösen. Fragmentierungsängste, d. h. Ängste des Kindes, in der Verschmelzung mit der präödipalen Mutter die Kontur und eigene Begrenztheit wieder einzubüßen, werden durch die Präsenz des Vaters als symbolischen Dritten gemildert. Das Verortet-Werden innerhalb der symbolischen Ordnung wird aber nur dadurch verbürgt, dass das Kind seine inzestuösen Wünsche aufgibt und das Inzestverbot des Vaters anerkennt.

Der Ödipuskomplex ist nach Lacan als eine Metapher für die prohibitive und gleichzeitig legislative Funktion des phallischen Signifikanten zu verstehen. Er verweist auf das, was vom Subjekt verworfen werden muss, um Subjektstatus zu erhalten (Lacan, 1997). Der symbolische Vater stellt das Gesetz auf und reguliert damit das ödipale Begehren nach der Mutter. Damit mischt er sich in die dyadische Beziehung zur Mutter ein und führt eine notwendige symbolische Distanz zwischen Mutter und Kind ein. Da, wo der Name des Vaters ausgeschlossen oder verworfen wird, kann die Sprache oder das Verhältnis von Signifikant und Signifikat nicht sinnvoll sein. Dort, wo der Name des Vaters nicht anerkannt wird und die Beziehung zur Mutter keine Relativierung erhält, droht Sprachzerstörung und damit die Psychose.

Fokusformulierung

Julian und seine Mutter wehrten die sich entwickelnde Loslösung ab, indem sie ein Beziehungssymptom etablierten: die Angst vor dem Kindergarten. Hier korrespondierte das Unbewusste des Kindes mit dem Unbewussten der Mutter: Beide wünschten und fürchteten gleichzeitig, die präödipale innige Verschmelzung aufgeben zu müssen. Von daher war das Symptom des Kindes auch nicht allein Ausdruck der ödipalen Kastrationsangst angesichts eines möglichen strafenden Dritten (z. B. des Vaters), sondern auch Ausdruck der Angst der Mutter vor dem als unwiderruflich und existenziell bedrohlich erlebten Alleinsein, wenn das Kind sich Dritten – beispielsweise während des Besuchs des Kindergartens – zuwandte.

Julians Angst vor dem Kindergarten war die Angst vor dem Dritten, der ihn begrenzt, ihn aber damit auch in die symbolische Ordnung eingeführt hätte. In den Wünschen der Mutter sollte Julian ihr besserer Partner sein und alle negativen Erfahrungen in ihrem Leben wie ein »Messias« wiedergutmachen. Als Kind war er damit überfordert. Gleichzeitig fanden aber seine kindlichen Allmachts- und ödipalen Größenphantasien Bestätigung und keine ausreichende Begrenzung. Im Kindergarten sah er sein Größenselbst bedroht. Einer von vielen zu sein bedeutete für Julian Angst, war er doch für seine Mutter der wichtigste Mensch.

Die Angst vor dem begrenzenden Dritten – konkret dem Vater allgemein anderen Menschen –, aber auch die Welt der Symbole wurden von ihm abgewehrt, indem er sich weigerte, in den Kindergarten zu gehen, sich erbrach und äußerte: »Ich hasse den Kindergarten!«

Julians entwicklungshemmendes Symptom, nicht in den Kindergarten gehen zu können bzw. zu wollen, drückte auf eindrucksvolle Weise den Konflikt aus, in dem er sich befand. Der Vater und seine symbolische Bedeutung garantierten zwar Subjektstatus, d. h. Begrenztheit, relativierten das Kind jedoch in seiner Bedeutung als das einzige Objekt, das die Mutter liebte. Für Julian bedeutete die Anerkennung der Bedeutung des Dritten auch die Anerkennung von dessen Macht, die ihn in seinen kindlichen Omnipotenzphantasien begrenzte. In einem Trauerprozess hätte Julian dessen gewahr werden müssen, dass er nicht der einzige wichtige Mensch für die Mutter war. Da die Mutter jedoch keinen »Dritten« innerlich repräsentierte, sondern aufgrund ihrer traumatischen Erfahrungen mit »grenzüberschreitenden Dritten« die Beziehung zum Kind als die einzige Erfüllung im Leben ansah, gab es auch real niemanden, der diese Funktion für Mutter und Kind hätte übernehmen können. Julian hatte ein Ausgeschlossen-Sein aus dem ödipalen Dreieck und gleichzeitig auch das Gerettet-Werden aus der präödipalen Verschmelzung mit der Mutter nicht ausreichend erfahren. Daher löste die Erfahrung mit Dritten bei ihm massive Angst aus (z. B. davor, vom Dritten für seine Liebeswünsche gegenüber der Mutter bestraft zu werden), die von ihm kontraphobisch abgewehrt wurde, indem er seinem Gegenüber immer demonstrierte, dass er der Stärkere war.

Fokusformulierung gegenüber der Mutter: »Julian hat in seinem Leben noch nicht viele Erfahrungen mit anderen Personen außer Ihnen gemacht. Für Sie ist Ihr Sohn der Sonnenschein und er merkt auch, wie wichtig er für Ihr Leben ist. Dadurch, dass Sie mit Julian allein leben und keinen Partner und auch keine Arbeit haben, erlebt Julian sich als etwas ganz Besonderes. Er muss Sie mit niemandem teilen und ist immer mit Ihnen zusammen. Im Kindergarten ist er für die anderen weniger wichtig, und das spürt er auch.

Aus Mangel an Erfahrungen mit Dritten und damit an Erfahrungen, nicht immer im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen, vielmehr einer von vielen zu sein, ist der Kontakt mit Dritten, z. B. Gleichaltrigen, für Julian sehr ängstigend. Er hat dann Angst, beschämt zu werden und nicht mehr der Wichtigste zu sein. Auch ist er unsicher, wie er sich im Kontakt mit Gleichaltrigen verhalten soll, da er bisher kaum Erfahrungen mit anderen Kindern gemacht hat. Durch die Therapie macht Julian nun die Erfahrung mit einer dritten Person, mir als Therapeutin, die ihm nicht so vertraut ist wie Sie und für die er nicht der Wichtigste ist, so wie für Sie. Dies kann den Konflikt zunächst verstärken und bei Julian Angstgefühle verursachen.

Möglicherweise gibt es bei Ihnen auch den Wunsch, sich selbst und Julian vor der Welt da draußen, in der auch viel Schlechtes passiert, zu schützen. Nur mit ihm allein zu sein, auch wenn es Ihnen und auch Julian im ersten Moment als das Beste erscheinen mag, würde sich auf Julians Entwicklung aber sehr negativ auswirken. Es ist auch wichtig, dass Sie als Mutter dazu beitragen, dass Julian regelmäßigen Kontakt zu seinem Vater hat.«

Fokusformulierung gegenüber dem Vater: »Julian und seine Mutter, bei der er lebt, haben ein sehr inniges Verhältnis zueinander. Möglicherweise fühlen Sie sich aus der Beziehung der beiden zueinander ausgeschlossen. Weil es Sie verletzt, suchen Sie nicht aktiv den Kontakt zu ihrem Sohn. Sie sind für Julian als sein Vater aber neben der Mutter eine wichtige Person, die ihm die Welt zeigen kann und mit der er – je selbständiger er gegenüber der Mutter wird – für seine Entwicklung wichtige Erfahrungen machen kann. Sie sollten den Kontakt, wie Sie es ja selbst eigentlich auch wünschen, wieder aufnehmen und zu einem regelmäßigen Kontakt machen. Aber es kann auch sein, dass Julian der Kontakt zu Ihnen zuweilen Angst macht. Diese Angst können wir im Rahmen der Elterngespräche besprechen.«

Fokusformulierung gegenüber Julian: »Es macht dir Angst, wenn einer stärker ist als du, weil du dann denkst, dass du gar nichts Besonderes mehr und ganz klein bist. Darum hast du Angst, in den Kindergarten zu gehen, weil du Angst hast, jemand könnte stärker sein als du! Du kommst gerne zu mir zum Spielen, aber gleichzeitig macht es dir Angst, weil du dann nicht mehr total für deine Mutter da bist. Wenn ich mit dir reden will, hast du Angst, dass wir über all die schwierigen Gefühle sprechen und ich dann auch nicht mehr ganz für dich da bin, um dir deine Wünsche zu erfüllen.«

Behandlungsplanung: Zunächst wurden mentalisierungsfördernde Techniken angewendet, so dass Julian seine Angst vor dem Kontakt zur Therapeutin (dem phallischen Vater, dem Dritten) abbauen und Erfahrungen mit der Separation machen konnte. Hierzu wurden behutsam Affektzustände der Spielfiguren im Als-ob-Modus des Spiels benannt.

Die Therapeutin ließ sich bei permanenter Reflexion der Gegenübertragung involvieren, dabei behielt sie immer eine Einstimmung (attunement) auf den Kommunikations-Level des Kindes bei! Der Ärger, den sie in ihrer Gegenübertragung angesichts des zugemuteten Verlusts der eigenen Subjekthaftigkeit empfand, wurde zunächst innerlich repräsentiert und als konkordante Übertragung verstanden, um zum geeigneten Zeitpunkt in eine verbale Intervention gebracht zu werden. Dabei wurde der Ärger des Kindes verbalisiert, wenn es durch die Therapeutin Begrenzung erfuhr.

So benannte die Therapeutin in solchen Situationen Julian gegenüber wiederholt den

Fokus, indem sie ihn auf den Spielkontext anpasste, z. B.: »Wenn du immer der Stärkere bist und mich immer k.o. machen kannst, dann musst du ja gar keine Angst haben.« Gleichzeitig wurde in der regelmäßigen therapeutischen Arbeit der zentrale Konflikt (von Mutter und Kind) durch Verbalisierung der Angst vor Trennung/Kastrationsangst durchgearbeitet. Zudem stellte die Erfahrung der Trennung von der Mutter in der Therapie eine Art »Exposition« gegenüber dem Dritten dar.

In begleitender regelmäßiger Elternarbeit sollte mit der Mutter ein gemeinsames Verständnis erarbeitet werden, dass die Trennungsangst des Kindes auf einer eigenen Trennungsproblematik basierte, die bereits gegenüber dem ersten Sohn ihren Ausdruck fand. Vermutlich löste dieser Sohn einen Autonomie-Abhängigkeitskonflikt durch die Ausbildung einer Suchterkrankung.

Die Therapeutin versuchte mit der Mutter den Fokus zu erarbeiten, dass für Julian aus Mangel an Separations- und Autonomieerfahrungen und damit an Erfahrungen, nicht im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen, der Kontakt mit Dritten, z. B. Gleichaltrigen, ängstigend war.

Außerdem sollte die Mutter (und der Vater) in ihrer Elternfunktion gestärkt und beraten werden, um das Selbständigwerden Julians zu fördern. Dabei bot die Therapeutin der Mutter viel Verständnis für ihre Ängste vor dem Alleinsein und Halt (Containment) an. Außerdem förderte sie die Wahrnehmung der Mutter, Julians Entwicklung als eine zunehmende Getrenntheit und ein Selbständigwerden bzw. eine Unabhängigkeit von sich zu verstehen und auszuhalten.

Auf die Mitteilung des Fokus reagierte die Mutter zunächst mit viel Verständnis, so als spräche die Therapeutin etwas aus, was sie sich selbst schon gedacht hatte. Sie äußerte, sie fühle sich von anderen Menschen oft enttäuscht. Sie verstehe gut, dass sie Julian nicht festhalten könne, aber es falle ihr sehr schwer, er sei wie ein Teil von ihr. Sie merke selbst, wie sehr sie sich an Julian festklammere. Sie wisse, dass dies nicht gut sei, und habe auch Angst, dass Julian eine ähnliche Entwicklung nehmen könnte wie sein älterer, drogenabhängiger Bruder.

Recht bald nach den ersten Sitzungen berichtete sie der Therapeutin, sie habe einen neuen Partner, den Julian sofort in sein Herz geschlossen habe. Die Therapeutin war überrascht und fragte sich, ob die Mutter von dieser Beziehung berichtete, um ihr zu zeigen, dass sie gut mitarbeitete und nun Beziehungen zwischen Julian und Dritten zuließ. Es wirkte, als hätte die Mutter Schuldgefühle Julian gegenüber, weil sie merkte, dass sie durch ihre eigene Angst die Entwicklung ihres Sohnes hemmte. Nun wollte sie vermutlich alles wiedergutmachen, indem sie so schnell eine Beziehung zu einem Dritten einging? Die Beziehung zu dem neuen Partner hielt nur wenige Wochen. Die Therapeutin verstand diese abrupte Beziehungsaufnahme und -trennung als Agieren der Mutter. Es konnte in der Folge mit der Mutter erarbeitet werden, dass sie sich mit dieser Beziehung um »Normalität« in der Familie bemüht hatte, wie sie sagte. Sie wisse aber jetzt, dass das Problem tiefer sitze und dass sie eigentlich niemanden außer ihrem Sohn in ihrer Nähe haben wolle, eigentlich habe sie die neue Partnerschaft gar nicht wirklich gewollt. Der Therapeutin erschienen die negativ gefärbten Schilderungen dieses neuen Partners vonseiten der Mutter auch als eine Art sich selbst erfüllende Prophezeiung: erneut eine dritte Person, die enttäuschend war, so dass ihr unbewusstes dyadisches Beziehungsmuster, allein mit dem Sohn sei sie sicher und glücklich, bestätigt wurde. Sie äußerte diese Vermutung der Mutter gegenüber jedoch nicht, da sie

vermutete, dass dies zu einem so frühen Zeitpunkt und im Rahmen einer Kurzzeittherapie von der Mutter nicht sinnvoll verarbeitet und aufgegriffen werden könnte.

Der Vater fühlte sich durch die Mitteilung des Fokus ermutigt, den Kontakt zu seinem Sohn aktiv zu gestalten. Die Therapeutin hatte den Eindruck, dass es ihm guttat, dass sie seine wichtige Funktion als Vater betonte. Er äußerte die Vermutung, dass er sich aus Eifersucht auf die enge Beziehung zwischen Mutter und Sohn selbst aus deren Beziehung ausgeschlossen und seine Vaterfunktion – so als wolle er Mutter und Sohn dadurch bestrafen – vernachlässigt habe.

Julian reagierte in den ersten Stunden der Behandlung sehr abweisend, wenn die Therapeutin den Fokus benannte. Er ließ das gesprochene Wort weiterhin nicht zu und nahm der Therapeutin damit ihr wichtiges Behandlungsinstrument. Auch wenn er wiederholt sagte: »nicht reden, sonst geh ich«, spürte die Therapeutin ein zunehmendes Interesse Julians an ihr. Er konnte immer mehr zulassen, dass sie in der Beziehung für ihn wichtig wurde. Wenn sie ihm den Fokus benannte: »Wenn du immer der Stärkere bist, musst du keine Angst vor mir haben!«, entgegnete er nur: »Ich hab nie Angst.« Dennoch wünschte er sich mehr Kontakt zur Therapeutin und äußerte mehrfach den Wunsch, sie möge mit zu ihm nach Hause kommen und die Mutter und ihn besuchen. Die Therapeutin verstand dies als den Wunsch des Kindes nach einem dritten Objekt, dem er sich langsam annäherte, vor dem er aber auch immer noch Angst hatte.

Verlauf: In die erste Stunde der Behandlung brachte Julian einen kleinen Teddybären mit, setzte ihn auf den Stuhl und rückte diesen ganz nah an sich und die Therapeutin heran. Dabei gab er sich jedoch ganz »cool«. Die Therapeutin verstand diesen Teddy als ein Übergangsobjekt, das er zur Triangulierung mitbrachte, um die Not der Getrenntheit von der Mutter und die Angst vor der Therapeutin zu bewältigen. Die Therapeutin versuchte mit ihm über diesen kleinen Begleiter ins Gespräch zu kommen:

Therapeutin: »Der sitzt da und guckt zu?«

Julian, abwimmelnd: »Nee, der schläft ein bisschen!«

Im weiteren Verlauf brachte er eine Vielzahl von »Waffen« – wie Stöcke oder auch Spielzeug-Gewehre – mit, um der Therapeutin seine Macht zu demonstrieren.

Julians Abwehr gegen eine ängstigende Vaterübertragung, also dagegen, die symbolisierende Funktion anzuerkennen, zeigte sich bereits sehr eindrucksvoll in den ersten Stunden der Behandlung. Er raubte der Therapeutin immer wieder ihr zentrales Instrument, die Sprache, und kastrierte sie, indem er immer wieder darauf beharrte: »Nicht reden (schreiben), sonst geh ich.«

Ständig wies er die Therapeutin an, den Verfolgten, Geplagten, Gepeinigten zu spielen. Er warf Bomben nach ihr und es gab kein Entrinnen für sie. Die Therapeutin spielte mit und übernahm die Rolle des Verfolgten und versuchte zu fliehen: »Der findet mich nicht. Schnell, hier hin!« Julian erschoss sie dennoch spielerisch mit lustvoll-aggressivem Affekt und stieß dabei ein Schussgeräusch aus, das er mit Lachen kommentierte.

Die Therapeutin versuchte immer wieder an geeigneter Stelle Julians Angst vor ihr (und vor »dem Dritten«) zu deuten und den Fokus aufzugreifen:

Therapeutin: »Wenn du mich immer k.o. machen kannst, weil du ja immer der Stärkere bist, dann musst du gar keine Angst haben!«

Julian, keck: »Ich hab nie Angst! Ich hab bloß Angst vor Spinnen!«

Dabei schleuderte er eine Stoff-Ratte »cool« und in Richtung der Therapeutin.

In der Zwischenzeit erfuhr die Therapeutin von der Mutter, dass Julian inzwischen regelmäßig, wenn auch nicht gern in den Kindergarten ging.

Erst in einem späteren Stadium der Therapie wurde es Julian langsam möglich, *das Dritte* – die gesprochene Sprache, das Wort und den Kontakt mit der Therapeutin – zuzulassen.

Julian begann eine Stunde mit einem Gespräch über eine Legofigur, die er mitgebracht hatte und der Therapeutin zeigte. Sie saßen gemeinsam auf dem Teppichboden und betrachteten die Figur. Julian lenkte dabei das Gespräch. Es gelang der Therapeutin, mit ihm über seine Angst vor den Kindern im Kindergarten zu sprechen. Dabei wurde ihr deutlich, in welcher Not er geriet, wenn er ein Kind von vielen war und nicht der Besondere und Wichtigste, so wie bei der Mutter. Die Therapeutin versuchte ihm erneut seine hypomanische Abwehr von Angst zu deuten, indem sie sagte: »Wenn du nicht der Stärkste sein kannst und nicht der Einzige bist, dann macht dir das große Angst. Deshalb magst du nicht in den Kindergarten gehen.«

Im Folgenden soll nun der Behandlungsverlauf anhand einer konkreten Stunde dargestellt werden. Wichtiger als der explizite Dialog schien der Therapeutin immer wieder die emotionale Bewegung zwischen ihr und Julian zu sein, die ihr einen Hinweis darauf gab, dass Julian begann, sich partiell für sie als dritte Person und für die Worte des Verstehens als symbolisches Drittes zu interessieren.

Neben sich hatte Julian zwei Gewehre gelegt, die er in die Stunde mitgebracht hatte.

Julian: »Guck mal, hat der Roboter einen Kopf?« (*Die Therapeutin ließ sich involvieren.*)

Therapeutin: »Der hat einen Kopf. Der hat keinen Kopf! Doch!«

Julian: »Hat der Augen?«

Therapeutin: »Ich glaub, ja!«

Julian: »Hat der bloß Augen beim Kopf?« – »Ich zeig dir's mal! So, der hat keine Nase!« –
»Das ist ein Roboter!«

Therapeutin: »Die (Legofiguren) haben immer alle keine Nase!«

Julian: »Der sieht cool aus!«

Therapeutin: »Hast du den neu?«

Julian: »Ängstlich, oder?«

Therapeutin: »Der sieht ängstlich aus, findest du.«

Julian: »Hm. Der war bei den Einzelfiguren drinne!«

Therapeutin: »Hast du dir den ausgesucht?«

Julian: »Ja!«

Therapeutin: »Du hast dir den Ängstlichen ausgesucht!«

Julian: »Nee, meine Mama hat den einfach ausgesucht.«

(*Die Therapeutin überlegte, ob er seine Angst abwehrte, indem er der Mutter die Auswahl der ängstlichen Figur zuschob.*)

Julian: »Ja, aber man kann nicht sehen, wie der dann ist, der ist nämlich in einer Tüte!«

Therapeutin: »Guck mal, da hast du einen Ängstlichen bekommen, der aber von außen gar

nicht ängstlich aussieht, nur wenn man den Helm abnimmt, dann sieht man, dass der ängstlich ist.«

Julian: »Das Gesicht guckt bisschen grimmig.«

Therapeutin: »Bisschen grimmig, aber eigentlich hast du gesagt, der sieht ängstlich aus!«

Julian: »Guck mal, der hat überall Schrauben. Ne andere Hand.«

Therapeutin: »Der ist ja aus Metall. Wenn da eine Kugel dagegenknallt, dann merkt der das gar nicht.«

Julian: »Hm.«

Therapeutin: »Da hat der eine Schutzrüstung an.«

Julian: »Ja! Und guck mal. Ich mach die Hand ab, und dann kann der schießen!«

Therapeutin: „Ah. Die Hand ist eigentlich gar keine Hand, sondern ein Gewehr.«

(...)

Therapeutin: »Weißt du was, wenn wir so spielen, dann bist du immer der, der bestimmt, was gespielt wird.«

Julian (die Therapeutin auffordernd): »Ein Brett und ein 2-er (Steinchen)!«

Therapeutin: »Im Kindergarten hast du ja manchmal Angst vor den anderen Kindern. Da magst du ja nicht gerne hingehen.«

Julian: »Nee, ich hasse den Kindergarten! Der ist einfach scheiße! Guck mal auf die Uhr!«

(Die Therapeutin verstand diesen Hinweis auf ein möglicherweise nahendes Stundenende als sein Bedürfnis, sie zu begrenzen und nicht von ihr begrenzt zu werden.)

Therapeutin: »Ist noch nicht so weit!« – »Warum ist der Kindergarten denn scheiße? Kannst du da denn nicht so spielen wie hier?«

Julian: »Ich hasse die Kinder alle im Kindergarten! Weil da bin ich nicht alleine.«

Therapeutin: »Da bist du nicht alleine, ah, deswegen.«

Julian: »Ich will alleine sein.«

Therapeutin: »Du willst alleine sein.« – »Du magst am liebsten spielen, wenn du einen Erwachsenen für dich hast.«

Julian: »Kein Kind!« – »Also, hier kann man schon gucken, wie man das bauen kann!« *(Auf das Lego-Spiel fokussierend.)*

Therapeutin: »Wenn du alleine bist, dann bist du ja der, der alles bestimmen kann und der Einzige und deswegen hast du ja auch das kaputtgemacht, was das andere Mädchen geknetet hatte, weißt du noch?« *(Julian hatte einige Stunden zuvor eine Figur aus Knete, die ein anderes Kind geformt hatte, wütend zerstört, als er sie auf dem Sideboard der Therapeutin stehen sah.)*

Julian: »Ja.« *(Zerknirscht.)* »Ich hasse nämlich Mädchen. Du bist aber keins.«

Therapeutin: »Ich bin aber ein Mädchen.«

Julian: »Du bist aber schon erwachsen.«

Therapeutin: »Ich bin schon erwachsen, das stimmt!« – »Und bei Papa?«

Julian: »Guck mal, jetzt ist das eine richtige Kanone!«

Therapeutin: »Oh!«

(...)

Therapeutin: »Ich muss da grad noch mal drüber nachdenken, was du mir erzählt hast. Dass du ein Kind bist, das nicht gern in den Kindergarten geht, weil du da nicht der Wichtigste bist. Und das macht dir nicht so viel Spaß.«

Julian: »Hm. Die wollen gar nicht mit mir spielen!« *(Traurig)*

Therapeutin: »Die wollen gar nicht mit dir spielen?«

Julian: »Ja! Hm. Mit dir kann ich so gut spielen!«

Therapeutin: »Mit den anderen Kindern kannst du nicht so gut spielen. Oh.«

Julian: »Hm. Du guckst mal, ob du einen schwarzen 2-er findest!«

Einige Stunden vor dem Therapieende wies die Therapeutin Julian darauf hin, dass es nur noch wenige weitere Stunden geben werde. In der 21. Stunde betrat er das Behandlungszimmer und sagte sogleich sehr aufgeregt: »Ich bin so wütend. Ich möchte alles kaputtmachen hier drinnen.«

Die Therapeutin spürte seine Erregung, er schwitzte und zitterte sogar. Sie spürte, wie er seine Traurigkeit über das nahende Ende der gemeinsamen Zeit hinter seiner Wut verbarg. Die Therapeutin verstand seinen Ärger als Abwehr seiner Kastrationsangst, d. h. als Ärger darüber, dass sie diejenige war, die in die gemeinsamen Stunden eine Begrenzung einführte. Er akzeptierte nicht, dass sie ihn begrenzte. Also begann er, Dinge, die auf dem Sideboard umherstanden und von denen er annahm, sie seien der Therapeutin wichtig, zu zerstören. Er versuchte ihr Angst einzuflößen, indem er drohte, ein Glas, ein Geschenk einer Kollegin, das oben im Regal stand, und einige Patientenakten, die ebenfalls auf dem Sideboard lagen, zu zerstören. Die Therapeutin deutete ihm, dass er sich so sehr über sie und darüber, dass sie ihre Stunden bald beendete, ärgerte, dass er alles von ihr kaputtmachen wollte.

Durch die Sprache entstand eine Verbindung zwischen der Therapeutin und Julian. Nach seinen destruktiven Versuchen kam Julian auf die Therapeutin zu, um sich zu vergewissern, dass sie noch da war. Dabei versuchte er ihr im Kampf nah zu sein und schlug vor, dass sie mit dem großen Stoffkrokodil und dem »gefräßigen Frosch« kämpfen sollten. Dabei versuchte Julian, der Therapeutin mit einer großen Drohgebärde Angst einzuflößen. Er stand dabei aufrecht, während sie auf dem Teppich im Schneidersitz saß. Die Therapeutin sagte zu ihm: »So wütend bist du heute auf mich, dass du mir am liebsten ganz doll wehtun würdest.«
Julian: »Ja, weil ich hierherkommen musste, konnte ich gar nicht meine Erdbeeren [zu Hause] aufessen. Nachher werden die schlecht.« Er erlebte die Therapeutin als diejenige, die in seinen oralen Lustgewinn eine Begrenzung einführte.

In der letzten, der 23. Stunde der gemeinsamen therapeutischen Arbeit gelang es Julian gut, seinen Ärger über die Therapeutin und seine Nähewünsche ihr gegenüber zu regulieren. Dabei schwankte er in der Übertragung zwischen einer die Therapeutin dominierenden Position und einer, in der er sich ihr unterwarf und »brav« auf ihrem Schoß sitzen wollte. Indem er ihr – wie ein Erwachsener – vorschlug, was sie in der letzten Stunde spielen sollten, und nicht davon abließ, dass er mit ihr am Computer sitzen mochte, um sich mit ihr Legoanimationen auf der ihm bekannten Lego-Star-Wars-Homepage anzuschauen, focht er einen Machtkampf um Grenzen und Begrenzung aus. Die Therapeutin ging auf diesen ungewöhnlichen Wunsch ein, aber nicht ohne die Dauer auf 10 Minuten zu begrenzen. Sie bot ihm einen kleinen Kinderstuhl an, während sie auf ihrem großen Stuhl sitzend den Computer – ihr Instrument – betätigte. Julian aber mochte auf ihrem Schoß sitzen, wollte ihr ganz nah sein und dabei so wie sie das phallische Instrument, den Computer, betätigen. Ständig wollte er den Cursor bedienen und Funktionen, die er schon kannte, »anklicken«.

Julian führte einen Machtkampf mit der Therapeutin, erkannte aber schließlich ihre begrenzende Funktion an. Die Therapeutin war der Ansicht, er spüre, wie behaglich es auf dem Schoß des Papas sein könnte, wenn man mit Raumschiffen und Robotern auf fremden Planeten gemeinsam Abenteuer erlebte und dabei auch von dem mächtigen Papa beschützt würde. Kind zu sein und nicht Partnerersatz der Mutter erlaube eben auch, so zu sein, wie

man ist, mit seinen Ängsten, Schwächen und seiner Begrenztheit.

Julian zeigte zunächst kein Interesse an seinem realen Vater; und als dieser ihn einlud, ein Wochenende bei ihm zu verbringen, lehnte Julian zunächst ab. Seine Mutter begründete dies mit seiner anhaltenden Trennungsangst. Erst als die Therapeutin Julian deutete, dass er Angst habe, dass der Vater sich nicht so sehr für ihn interessieren könnte wie die Mutter und dass er Angst vor Heimweh und damit vor »schwach sein« habe, schien eine Veränderung einzutreten. »Der Papa hat zu nichts Lust, sagt die Mama immer«, äußerte Julian. Die Therapeutin erwiderte: »Und nun hast du Angst davor, dass der Papa auch keine Lust haben könnte, mit dir zu spielen. Aber gleichzeitig interessiert es dich auch sehr, mit Papa zu spielen und zu gucken, wo der Papa jetzt wohnt. Aber du hast auch Angst, dass der Papa dir nicht immer deine Wünsche erfüllt, so wie die Mama. Hier bei mir bist du aber auch geblieben, obwohl ich dir deine Wünsche nicht immer so erfülle, wie die Mama.« Wie sich am Anfang gezeigt hatte, musste die Therapeutin für Julian zumindest übergangsweise die Rolle des symbolischen Vaters übernehmen und ermöglichte ihm damit erste Erfahrungen mit Separation und Triangulierung. Hierzu gehörte auch, Julian kleine Frustrationen und damit ein Nein und eine Begrenzung seiner Omnipotenzphantasien und seiner Wünsche zuzumuten (z. B. durch das ihn jedes Mal wieder frustrierende, weil in seinem Spielfluss begrenzende Stundenende). Dies half ihm zunehmend dabei, eine Beziehungserfahrung zu machen, die ihm zeigte, dass zwei Menschen nicht eins waren und immer gleiche Wünsche hatten, auch wenn er dies mit seiner Mutter – die seine Wünsche fast nie frustrierte – so erlebte. Diese Erfahrungen mit dem symbolischen Dritten – die durch die Therapeutin als das triangulierende Dritte möglich wurden – halfen ihm, Ängste vor dritten Personen abzubauen, und erleichterten es ihm dann in der Folge, seinen eigenen Vater als triangulierendes Objekt zu nutzen.

Julian konnte dann im Verlauf der Behandlung sogar ganze Wochenenden mit dem Vater zusammen verbringen. Allerdings glich die Beziehung zum Vater eher einer weiteren dyadischen Beziehung. Die Mutter berichtete, Julian rufe sie nicht an und äußere gar nicht den Wunsch, sie telefonisch zu erreichen, wenn er beim Vater sei. Offenbar sei sie für ihn »aus den Augen, aus dem Sinn«. Verbringe er Zeit mit dem Vater, so klagte die Mutter, dann sei sie für ihren Sohn nicht mehr präsent. Auch könne er die Wiederbegegnung mit ihr nur schwer bewältigen. Er schaue dann immer weg. Sie glaube nun, sie werde durch den Sohn ausgeschlossen: »Einer wird bei uns scheinbar immer ausgeschlossen.«

Es sah so aus, als ob es für Julian wie für seine Mutter nach wie vor schwer war, die Getrenntheit vom Objekt zu bewältigen. Julian konnte offenbar das jeweils abwesende Objekt (z. B. Vater oder Mutter) nicht innerlich repräsentieren, weil er sich selbst noch als mit ihm verschmolzen erlebte.

Therapieende: Nach 23 Stunden wurde die Kurzzeittherapie beendet. Julian gelang es mittlerweile sogar, beim Fest des Kindergartens gemeinsam mit den anderen Kindern zu übernachten. Zwei Monate später sollte er eingeschult werden. Julian zeigte nach dem Ende der Therapie sowie zu einer Katamneseuntersuchung sechs Monate nach Therapieende keine Symptome einer Trennungsangst mehr. Seine Mutter berichtete der Therapeutin dankbar und stolz davon, dass Julian sich gut in die Klassengemeinschaft integriere und Spaß am Kontakt mit den anderen Kindern habe. Bei der Begrüßung fragte Julian die Therapeutin gleich keck: »Siehst du denn gar nicht, dass ich gewachsen bin?« Die Therapeutin dachte, Angriff sei

wohl für ihn die beste Verteidigung, und fragte sich auch, wie er wohl in der Schule mit der Begrenztheit der eigenen Fähigkeiten umgehen werde.

Manchmal, so die Mutter, gebe es Tage, da äußere er morgens, er habe Bauchschmerzen, was sie als Versuch Julians ansah, bei ihr bleiben zu wollen. Natürlich gebe sie dann nicht nach, erklärte sie, als wolle sie die Therapeutin beruhigen. Diese freute sich darüber, dass die zeitlich begrenzte Kurzzeittherapie sich für Mutter und Kind als entwicklungsfördernd herausgestellt hatte.

5.2 Fallbeispiel: Sophie, 5 Jahre

Beziehungssymptom: Sophies Eltern nahmen Kontakt zur kinderpsychiatrischen Ambulanz auf, da ihre Tochter oft unvermittelt zu weinen begann, »weil sie so traurig ist, aber nicht weiß, warum«, wie sie in solchen Situationen sagte. Außerdem habe sie große Angst, etwas falsch zu machen, insbesondere im Kindergarten die Aufgaben nicht perfekt erledigen zu können. Angespannt und voller Versagensangst breche sie dann in Tränen aus. Sie habe große Angst, in Gegenwart der Erzieher und anderer Kindergartenkinder in den Vordergrund zu treten. Sie verweigere dann den Blickkontakt und sei extrem schüchtern. Sie könne sich nicht durchsetzen und gebe im Spiel mit anderen Kindern immer »klein bei«. Auf einen Betreuerwechsel im Kindergarten habe sie mit enormer Trennungsangst reagiert. Oft sei es zu morgendlichen Szenen mit Trennungsangst gekommen, wenn die Mutter sie in den Kindergarten brachte. Dies war der Mutter unangenehm und peinlich.

Therapeut-Kind-Eltern-Beziehung: Die Mutter war eine hektische, leistungsorientierte Frau, die scheinbar sehr stark unter Druck stand, ihr Berufs- und Familienleben unter einen Hut zu bekommen. Sie klagte im Erstgespräch über mangelnde Freiheiten im Alltag. So sei sie von ihrer Chefin barsch abgeschmettert worden, als sie eine Arbeitszeitverkürzung gefordert hatte, um mehr Zeit für ihre Tochter zu haben. Die Mutter wirkte pedantisch und schien zwanghaft strukturiert. Sie vermittelte der Therapeutin das Bild einer Frau, die maximal eingespannt war und deren Leben außer Anforderungen keinen lustvollen Ausgleich zu kennen schien. Abends blieb für Sophie wenig Zeit. Es wurde rasch zu Abend gegessen und nach dem Anschauen einer kurzen Kindersendung im Fernsehen ging die Tochter dann ins Bett. Sophie wurde jeden Tag von ihrem Vater aus dem Kindergarten abgeholt und Vater und Tochter gingen dann raus zum Spielen.

Der Vater erschien der Therapeutin als ein sehr ruhiger, besonnener Mensch. Er wirkte weniger streng und verbissen und war ihr sympathisch. Er kam allerdings im ersten Elterngespräch kaum zu Wort. Das Gespräch wurde von der Mutter dominiert, die sich sehr zu bemühen schien, die Therapeutin für sich zu gewinnen. Es entstand der Eindruck, dass sie Angst habe, ausgeschlossen zu werden, wenn sie sich nicht überaus aktiv um die Kommunikation bemühe. Die Therapeutin spürte hinter diesem fast kindlich anmutenden Werben um Aufmerksamkeit die deutliche Angst der Mutter, der Ehemann könnte ihr vorgezogen werden und sie selbst werde abgelehnt und ausgeschlossen.

Anamnese: Sophie war ein »Schreikind« gewesen und schon seit ihrer Geburt immer »sehr empfindlich und sensibel«. Dennoch hatten die Eltern sie bereits im Alter von drei Monaten für acht Stunden am Tag in die Kinderkrippe gegeben. Sie habe sich dort nur schwer eingewöhnen können, trotzdem hielten Vater und Mutter an der vollen Berufstätigkeit fest. Die Therapeutin hatte bei der Anamneseerhebung den Eindruck, die Mutter identifiziere sich stark mit der als sensibel, schwach und ängstlich beschriebenen Tochter. Im Gegensatz zu dieser Angstdisposition gab es eine heftige Trotzphase im Alter von 2½ bis 3 Jahren, die »extrem« gewesen sei. Sophie habe wild um sich getreten und laut geschrien, woraufhin sie von den Eltern ins Zimmer gesperrt worden sei mit der Ankündigung: »Wenn du wieder lieb bist, darfst du wieder raus.«

Im Kontakt empfand die Therapeutin Sophie mit ihren langen gelockten Haaren als ein

zartes, hübsches Mädchen, das im Spiel ein großes Harmoniebedürfnis zeigte. Sophie war sehr darum bemüht, nichts falsch zu machen, sprach mit einer niedlichen, kindlichen Stimme und wirkte dabei sehr schüchtern. Die Therapeutin merkte, wie wichtig es Sophie war, ihr zu gefallen.

Material: In der ersten Sitzung wurden in Sophies Spiel insbesondere ödipale Themen sichtbar: Ein Prinz und eine Prinzessin küssten einander verliebt. Es gab zwar mehrere »Prinzessinnen«, die aber ausdrücklich nicht um den Prinzen konkurrierten. Alle Figuren waren sich immer einig und verzichteten lieber auf die Durchsetzung eigener Interessen, als sich zu streiten. Im Spiel zeigten sich auch Onnipotenzphantasien und Schau- und Zeigelust: Die Puppen tanzten, konnten fliegen und zeigten diese Fähigkeiten stolz den Zuschauern. Sophie malte ein Bild und beschrieb es: »Ich sitze hinter Papa im Auto, Mama fährt, wir fahren in den Urlaub und ein Koffer guckt raus.« Die Therapeutin erlebte in ihrer Gegenübertragung Freude und Lust beim Anblick des Bildes und dachte, Sophie erlebe die Mutter vermutlich als tonangebend. Sie verstand die Zeichnung als Ausdruck eines Wunsches. Sie überlegte, Sophie wünsche sich, dass jenseits des straffen Alltags mehr Zeit für das Verspielte, Lebendige sein solle und dass man ruhig mal »einen Koffer rausgucken« lassen dürfe und nicht immer alles ordentlich und perfekt sein müsse. Gleichzeitig interpretierte die Therapeutin den Koffer, der lustig »rausguckte«, auch als ein Symbol für die abgewehrte Zeigelust bei Sophie.

In der *zweiten Sitzung* mit Sophie alleine äußerte sie auf die Frage, was sie sich wünsche, wenn eine Fee käme und sie drei Wünsche frei hätte: »dass fünf Tage Wochenende ist und nur zwei Tage Kindergarten« und nicht umgekehrt wie in der Realität. Die Therapeutin spürte in ihrer Gegenübertragung tiefes Mitgefühl, weil Sophie den Alltag als derart wenig lust- und freudvoll erlebte und sie sich so sehr nach Zeit mit der Mutter sehnte und auch danach, ein Kind zu sein, das zum Spielen Zeit hatte. Dann spielte Sophie fürsorglich mit den Puppen, die gekämmt und gestreichelt wurden. Diese Harmonie wurde zum Ende der Stunde dann indirekt durchbrochen, indem Sophie plötzlich ein Bild malte und es der Therapeutin mit dem Kommentar zeigte: »Ich habe ein gruseliges Gespenst gemalt.« Dieses Gespenst hatte eine rosa Hülle und außerhalb dieser Hülle schien die Sonne. Innen drinnen jedoch wurde viel Hässliches aufbewahrt: rote Pickel, ein riesiges Maul und große schwarze Zähne. Es gab nur die Farben Rot und Schwarz. Die Therapeutin verstand dies als einen Hinweis Sophies, dass ihre libidinösen und aggressiven Impulse durch eine rosa Hülle nach außen abgeschirmt wurden. Die harmonische »rosa Fassade« interpretierte die Therapeutin als Symbol für Sophies aggressive Hemmung. Die rosa Fassade schützte davor, dass die schwarzen und roten (libidinösen und aggressiven) Impulse nach außen durchdrangen.

Die Therapeutin vermutete, bei Sophie sei das Verhältnis von Es und Über-Ich schon früh erstarrt, ohne dass ein stabiles, reifes Ich in der Lage war, zwischen beiden Ansprüchen zu vermitteln. Gleichzeitig verstand die Therapeutin Sophies Bild als einen an sie gerichteten Hinweis darauf, was da alles in Sophies psychischer Innenwelt schlummerte, und gleichzeitig auch als Test, ob die Therapeutin wohl mit diesem unheimlichen Gespenst der verdrängten Triebe umgehen könne.

Zur *nächsten Stunde* kam sie deutlich ausgelassener und griff die Therapeutin, sobald sie allein waren, abwechselnd mit Stoffpuppen, einer »Ratte« und einem »Hai«, an und lachte dabei. Sie sprang wild durchs Zimmer, schlug Purzelbäume und ließ eine Pferdefigur wild durchs Zimmer springen. In diesem ausgelassenen Spiel wurde viel Zeigelust sichtbar, ganz

im Gegensatz zu der Scham, die bei dem Kind in exponierten Situationen sonst immer dominierte. Die Therapeutin fragte sich: »Hat Sophie in der letzten Stunde erlebt, dass in unserer therapeutischen Beziehung auch mal ›ein Koffer rausgucken‹ darf?«

Sophie und »der überfüllte Bus«: In die nächste Stunde kam Sophie freudestrahlend – sie wurde, wie schon zur letzten Stunde, von ihrer Großmutter gebracht – und drückte der Therapeutin einen großen Strauß Maiglöckchen in die Hand. Während die Großmutter die Therapeutin in ein Gespräch verwickelte, setzte Sophie sich ordentlich an den Tisch, wackelte aber gleichzeitig ungeduldig unter dem Tisch mit den Füßen. Die Therapeutin begrenzte die Großmutter freundlich und richtete sich an Sophie mit den Worten: »Du kannst es gar nicht abwarten, anzufangen, traust dich aber nicht zu sagen, dass Oma endlich rausgehen soll.« Sophie nickte und wirkte dabei erstaunt, dass die Therapeutin dies aussprach. Sie begann sofort auf die Spiel-Figuren und Bausteine zuzugehen und allein zu bauen. Sie war aktiv, und die Therapeutin wurde in eine passive Funktion verwiesen, nicht beachtet, mit dem Gefühl, aus dem Spiel herauszufallen. Allmählich gewann in Sophies Spiel mit den Bauklötzen ein Bus Gestalt, den sie ausdauernd und akribisch immer wieder aufbaute, wenn er zusammenbrach. »Der Bus soll alle Menschen und Tiere mitnehmen«, äußerte sie. Der Therapeutin fiel die Arche Noah ein. Der Bus wuchs in die Höhe und wirkte statisch, unproportional und instabil. Er brach unter der Last der vielen Tiere und Menschen immer wieder zusammen. Es gab keinen Streit: Auch wenn die Insassen sich überhaupt nicht bewegen konnten, so fand doch jeder seinen, wenn auch äußerst unbequemen Platz. Auch Sophie hatte sich zum Spielen einen äußerst unbequemen Platz ausgesucht, saß eingengt und unbequem in einer Ecke. Sie baute den Bus, der immer wieder zusammenbrach, immer wieder akribisch auf. Ihr Spiel erhielt dadurch einen repetitiven Charakter, allerdings ohne Entwicklung. Sie versuchte immer von neuem – in trotziger Behauptung gegen den Zusammenbruch ihrer Konstruktion – etwas umzubauen. Der Bus kam nie zum Fahren. Ganz oben auf dem Bus saß auf einer sehr instabilen, aber exponierten Position ein kleines Mädchen. Diese Position imponierte gleich als die des Busfahrers, allerdings auch als die am meisten wackelige und gefährliche Position. Die Therapeutin vermutete, dass dort Sophie selbst saß.

Fokusformulierung nach ToP in der Behandlung von Sophie

Die Therapeutin leitete aus den Informationen, die sie aus dem *Beziehungssymptom*, der sich entfaltenden *Therapeut-Kind-Eltern-Beziehung* und dem *Material* des Kindes erhielt, folgendes Verständnis des transgenerationalen Konfliktthemas ab: Derjenige, der aktiv war, war schuldig. Die Mutter war in Sophies Bild und in der Wahrnehmung der Therapeutin die Aktive, die sich aber zu wenig um Sophie kümmerte und sich deshalb auch schuldig fühlte. Sie externalisierte dieses Schuldgefühl, indem sie beispielsweise ihren Chef oder das »kinderfeindliche System« im Allgemeinen anklagte. Passivität war aber auch eine gefährliche Position, da man in ihr ausgeschlossen zu werden drohte.

Die Abwehr gegen Aktivität und Aggressivität mündete in einer passiv-leidenden Position. So wurde die Depression zu einer Möglichkeit, nicht durch Aggressivität und Aktivsein (Phallisches) schuldig zu werden. Das, was Sophie im Alltagsleben Angst machte, nämlich sich zu zeigen, zu exponieren, schien im Spiel mit der Therapeutin große Lust zu verursachen: Sie spielte, ohne die Therapeutin zu involvieren. Diese wurde von Sophie auf die Funktion des Publikums reduziert. Die Therapeutin sollte schauen, wie toll Sophie

spielte, und wurde damit in die passive Position verwiesen. Die Therapeutin fühlte sich ausgeschlossen und dirigiert. Sie vermutete, es handele sich bei Sophie um eine ausgeprägte Abwehr von Schau- und Zeigelust, die vermutlich aus der Angst vor der ödipalen Konkurrenz mit der Mutter resultierte. Wenn Sophie allen zeigen würde, wie toll sie war, dann hatte sie Angst, die Mama könnte sie ablehnen. Auf die exponierte Position durch gehemmtes und extrem schüchternes Verhalten zu verzichten, bedeutete aber den Verlust phallischer Entwicklungskompetenz. Der Trieb wurde verdrängt und fand in dem Symptom eine Kompromissbildung.

Die Depression war so eine Abwehr gegen aggressiv-aktive Positionen. Es schien bei Sophie um eine Aggressivität zu gehen, die einmal da gewesen (z. B. in der ausgeprägten Trotzphase), ihr aber abhanden gekommen war. Diese Aggression wurde in einer Abwehrbewegung gegen das eigene Selbst gewandt (Wendung aggressiver Impulse gegen das Selbst). In Sophies Wahrnehmung waren die anderen Kinder oder diejenigen, die ihr etwas wegnahmen oder von ihr Aktivität forderten, die Aggressoren. Sie selbst war das hilflose Opfer, das »keine Zähne zeigen« konnte und dies im Sinne der Abwehr auch nicht durfte. Wer aggressiv-fordernd war, zeigen wollte, was er alles konnte und wollte, machte sich schuldig. Durch die Depression fand der Wunsch nach Bestrafung für aktive Positionen seinen Ausdruck.

Fokusformulierung gegenüber der Mutter: »Wenn Sie aktiv sind und arbeiten gehen, haben Sie den Eindruck, sich schuldig zu machen, da Sie jemand anderem, z. B. ihrem Kind, etwas wegnehmen. Also geben sie ihrer Chefin die Schuld, weil sie Ihnen keine familienfreundlicheren Arbeitszeiten genehmigt. Sie achten immer darauf, keine Fehler zu machen, und sind im Allgemeinen sehr kontrolliert. Dabei wünschen Sie sich auch, nicht immer für alles die Verantwortung übernehmen zu müssen und einfach Zeit zu haben, um mit ihrem Kind zu spielen. Andererseits macht es ihnen große Angst, nur zu spielen und nicht immer zu arbeiten, da sie Angst haben, sie könnten über etwas die Kontrolle verlieren.«

Fokusformulierung gegenüber dem Vater: »Sie fürchten sich davor, von Ihrer Frau abgelehnt zu werden, wenn Sie aktiv Ihre Beziehung zu Ihrer Tochter herausstellen. Um Konflikten aus dem Weg zu gehen, lassen Sie sich lieber von Ihrer Frau »mundtot« machen.«

Fokusformulierung gegenüber Sophie: »Wenn du dich immer versteckst und ein trauriges Kind bist, dann musst du keine Angst haben, mit Mama in Streit zu geraten, z. B. weil du so gerne auch mal mit dem Papa allein sein möchtest. Du schämst und versteckst dich, wo du doch eigentlich auf dich aufmerksam machen willst. Du glaubst, wenn du schüchtern, ängstlich und traurig bist, schützt du deine Eltern vor deiner Wut.«

Verlauf: In der folgenden Stunde kam Sophie zum ersten Mal die Treppe herauf und fragte die Therapeutin aktiv und fordernd: »Wann bin ich dran?« Während sie den Raum betrat, war sie spontaner als sonst, schaute sich um, nahm Handpuppen und spielte einfach damit. Die Therapeutin zeigte ihr, sie belehrend, mit welchen Spielsachen sie spielen konnten, und erklärte ihr, warum, und begrenzte sie damit auch gleichzeitig. Die Therapeutin wunderte sich über sich selbst, weil sie den Wunsch des Kindes ungewöhnlich deutlich und rasch begrenzt hatte. Sie verstand dies so, dass sie in der sich entwickelnden Übertragung zu dem Objekt wurde, das dem forschen, lebendigen, auch mitunter Grenzen überschreitenden

Treiben des Kindes ein rasches Ende setzte. Als die Therapeutin bemerkte, in welche Übertragungskonstellation (der komplementären Identifizierung nach Racker, 1953, s. Kap. 2.4.1) sie in diesem Fall mit Sophie geraten war, »sackte« Sophie auch schon förmlich in sich zusammen und wirkte wieder depressiv, karg, unlebendig und in sich zurückgezogen und spielte sogleich wieder monoton für sich allein. Es war so, als wiederholte sich in dieser Sequenz bereits das, was sie mit ihren Eltern erlebt hatte, dass nämlich das Lustvolle und Triebhafte begrenzt werden musste.

Während der Sitzung spielte sie dann wieder sehr monoton und zwanghaft. Alles musste dabei geordnet werden. Sie saß unbequem auf dem kalten Fußboden, anstatt auf dem Spielteppich. Die Therapeutin wurde dabei nicht involviert. Es entstand kein gemeinsames Spiel. Dass die Spielhemmung ein Kardinalsymptom der kindlichen Depression darstellt, fand die Therapeutin bei Sophie bestätigt. Deren akribischen Vorbereitungen nahmen so viel Zeit in Anspruch, dass keine Zeit und kein Raum für das Spiel blieben – ihr Spiel blieb auf gewisse Weise »stecken« und konnte sich nicht spontan entfalten.

So wies Sophie die Therapeutin an, diese solle »alle Dinge ordnen, alle Spiel-Figuren, die doppelt« seien. Bei der Therapeutin kam Langeweile auf und sie dachte: »Oh, ist das langweilig, alles ordnen zu müssen.« Sie fragte sich: War sie jetzt in konkordanter Identifizierung (Racker, 1953, s. Kap. 2.4.1) in der Übertragung mit der Position Sophies identifiziert, wenn diese ein ausgebranntes, »unlebendiges« Primärobjekt erlebte, mit dem sie spielen wollte, das aber nicht mit ihr spielte und unerreichbar und gewissermaßen »taub« für ihre Bedürfnisse war? War sie, die Therapeutin, nun in der Übertragung mit dem Subjektpol identifiziert und erlebte – wie Sophie – ein mütterliches Objekt in der Übertragung, das (nach einem anstrengenden Arbeitstag) für Sophies lebendige Wünsche unerreichbar blieb? Erlebte die Therapeutin in der Übertragung – so wie Sophie – eine Mutter, der das Lustvolle und Triebhafte nicht geheuer war, so wie das »rosa Gespenst«, das all die turbulenten Gefühle in sich verbarg?

Sophie wies die Therapeutin weiterhin an, sie solle die Gegenstände in Reihe und Glied aufbauen, während Sophie selbst etwas für das gemeinsame Spiel vorbereitete, was sie der Therapeutin jedoch nicht verriet. Diese erlebte Sophies Anweisungen, alles zu ordnen, sogleich als Strafe dafür, dass sie das Mädchen zu Beginn der Stunde so rasch begrenzt hatte. Waren Sophies Weinen vor dem Kindergarten und das plötzliche Weinen am Tag auch eine Weise, wie diese ihre Mutter bestrafen wollte, eine Form, wie Sophie der Mutter gegenüber ihre aggressiven Impulse zeigte und sie doch gleichzeitig gegen das Selbst wandte? Im weiteren Spielverlauf spürte die Therapeutin in ihrer Gegenübertragung extreme Müdigkeit und Langeweile und fühlte sich ausgeschlossen. Sophie bestimmte aktiv, was zu tun war, und nahm dadurch die dominante Position ein. Irgendwann, während sie etwas vorbereitete, setzte sie selbst im Spiel Regeln, die sie einhielt und die so viel Zeit in Anspruch nahmen, dass das Lustvolle keinen Raum mehr hatte.

Die Therapeutin wies sie darauf hin, dass die Stunde bald zu Ende sei, woraufhin Sophie trotzdem mit den Vorbereitungen weitermachte und ein riesengroßes Lego-Sofa baute. Die Therapeutin sagte ihr: »Sophie, wir spielen gar nicht zusammen, jeder spielt alleine«, woraufhin diese sagte: »Ah, du bist das wohl nicht gewöhnt, alleine zu spielen, ich muss immer alleine spielen. Ich bin das gewöhnt.«

Daraufhin kam sie mit der fertigen Sitzgelegenheit zur Therapeutin, mit dem zuvor konstruierten Lego-Sofa, und setzte zwei Spielfiguren hinein. Plötzlich merkte sie, dass das nicht ausreichte, und wollte, dass sie noch ein weiteres kleines Lego-Sofa bauten. Die

Therapeutin sagte: »Oh, das dauert aber lange, wenn wir das bauen wollen.« Sophie sagte: »Ja, das ist aber so. Lass uns das zusammen machen.« Sie bestimmte, dass jede Lücke innerhalb ihrer Lego-Konstruktion ganz akribisch mit Steinen ausgefüllt werden musste, und bestand darauf, dass das so gemacht wurde. In ihrer Gegenübertragung erlebte die Therapeutin sich erneut gezwungen, eine unlustvolle Tätigkeit auszuüben.

Als alle Vorbereitungen getroffen waren, fing Sophie plötzlich an zu spielen. Sie sagte: »Dies ist das Kätzchen«, und nahm eine Katzenfigur. Die Therapeutin sollte die Puppen nehmen und versuchen, damit die Katzen zu streicheln. Dabei griff Sophie sie im Spiel immer wieder an und biss sie. Sophie freute sich, wenn die Therapeutin »aua« und »oh« machte, und sagte: »Ich hab ja gar nicht gedacht, dass die Katze so beißen kann.« Die Therapeutin deutete: »Das kleine Kätzchen hat ganz viel Wut, so wie die Sophie manchmal ganz viel Wut hat, obwohl man es ihr gar nicht ansieht, weil sie so lieb aussieht und oft ganz traurig ist.« Sophie nickte und freute sich dabei und wurde immer ausgelassener. Sie wollte, dass dieses Spiel bis zum Ende der Stunde wiederholt wurde. Dann war sie wieder enttäuscht, dass die Stunde zu Ende war.

Für die Therapeutin wurde anhand der Übertragungselemente und der Spielinhalte deutlich, wie viele aggressive Impulse in Sophies zwanghaften Tun gebunden wurden. Diese Aggression konnte im Als-ob-Spiel Ausdruck finden. Sie suchte immer wieder Spielsituationen mit der Therapeutin auf, in denen die Puppen oder die »Knetmännchen« einander bekämpfen sollten. Dabei empfand sie viel Lust. Im alltäglichen Leben war Sophies Ausdruck von Aggressivität äußerst gehemmt. So berichtete die Mutter in den Elterngesprächen (von denen sie den Vater immer wieder ausschloss, auch wenn die Therapeutin darauf bestand, dass die Gespräche zu dritt stattfinden sollten), dass Sophie, die in der Zwischenzeit eingeschult worden war, sich selbst in der Schule strenge Regeln setze. Das Mädchen begann während des Unterrichts oft zu weinen, nur weil es dachte, es habe etwas noch nicht so schnell verstanden wie die anderen. Die Lehrerin sagte, Sophie würde sich nie von selbst melden. Aber wenn sie angesprochen werde, wisse sie immer alles.

Die Therapeutin überlegte: In der beschriebenen Stunde war Sophie zunächst diejenige gewesen, die ungestüm »mit dem Verbotenen spielen wollte«. Nachdem die Therapeutin sie begrenzt hatte, wurde das Spiel mühsam und unlustvoll und Sophie identifizierte sich mit der verbietenden Position, indem sie der Therapeutin alles Lustvolle versagte. Somit wies sie die Therapeutin in die Rolle der passiven Person, die gern ungeduldig und ungestüm wäre, so wie Sophie das selbst zu Beginn der Sitzung gewesen war. Sophie hingegen bestimmte nun in einem Abwehrvorgang, dass zunächst alle Aufgaben erledigt werden mussten, bevor das Spiel beginnen konnte. So wurde Sophie in der Übertragung zu dem mütterlichen Objekt, das alle lustvollen Impulse verbot.

Die Therapeutin benannte diese Bewegung in ihrer Beziehung: »Du machst ja immer, dass ich gar keinen Spaß beim Spielen haben kann, weil ich immer etwas tun muss. Ich kann so gar nicht gemeinsam mit dir spielen!« Die Therapeutin war erstaunt, auf welche Weise Sophie diese Intervention annahm. Sie sagte: »Das kenne ich auch. Abends bin ich immer so traurig, wenn ich mit Mama spielen möchte, aber sie hat immer keine Zeit und ist immer nur müde!« Die Therapeutin: »Das macht dich traurig und auch wütend, aber du traust dich nur zu zeigen, dass du traurig bist. Wenn du wütend bist, hast du Angst, dass Mama dich nicht mehr mag und gar nicht mehr mit dir spielt.«

So konnten in den nächsten Sitzungen immer wieder Sophies Gefühle der Enttäuschung und Wut der Mutter gegenüber benannt werden. Auf diese Weise gelang es der Therapeutin

auch, die schwierigen Situationen morgens bei der Trennung von der Mutter vor der Schule (früher Kindergarten) zu verstehen. Einerseits drückte sich so der Wunsch aus, bei der Mutter zu bleiben und Zeit mit ihr zu verbringen, die so rar war. Andererseits drückte Sophie auf diese Weise auch ihre Wut aus, indem sie die Mutter ärgerte, der diese Szenen peinlich waren, wenn Sophie weinte und schrie und sich morgens nicht »abgeben ließ«.

Auch in den *Elterngesprächen* wurde dieses Konfliktthema bearbeitet. Die Elterngespräche fanden erst dann gemeinsam mit dem Vater statt, nachdem die Therapeutin der Mutter gegenüber deren Angst deutete, in der Dreierkonstellation von Therapeutin und ihrem Ehemann ausgeschlossen zu werden. Die Mutter äußerte, diese Angst habe sie schon immer gehabt. In ihrer Kindheit hatte sie z. B. Angst, die Eltern könnten ihre kleine Schwester bevorzugen und sie werde somit ausgeschlossen. Diese Deutung und das Gespräch über die Gefühle von Ausgeschlossenheit bewirkten eine Veränderung. Die Ermahnungen und Bitten, den Vater doch bitte mitzubringen, die von der Mutter zuvor nur durch Ausreden beantwortet worden waren, führten jetzt zum Erfolg.

In den gemeinsamen Elternsitzungen erklärte die Therapeutin den Eltern, dass Sophies plötzliches Weinen Ausdruck sowohl ihrer Traurigkeit als auch ihrer Enttäuschungswut darüber war, dass die Eltern, insbesondere die Mutter, so wenig Zeit für sie hatten. Ihren Ärger darüber, dass sie sich stets anpassen und perfekt funktionieren müsse, wende sie dabei meist gegen das Selbst. Dabei würden wichtige entwicklungspezifische Bedürfnisse gehemmt. Dass die Angst bei Sophie groß sei, die Mutter besonders dann zu verlieren, wenn sie den Wunsch hatte, einmal mit dem Vater allein zu sein, führe zu einer entsprechenden Verdrängung von Wünschen, die Spaß und Lust bereiteten, wie beispielsweise in der Schule oder im Kindergarten zu zeigen, wie viele tolle Dinge sie schon könne, und damit auch ein bisschen anzugeben.

Die Therapeutin freute sich, dass diese Deutung von Sophies Konflikt bei den Eltern auf sehr positive Resonanz stieß. Die Mutter erklärte, sie kenne das von sich selbst. Als Kind habe sie die Gunst der Eltern erhalten wollen, indem sie immer versucht habe, alles perfekt zu machen – im Gegensatz zu der kleinen Schwester, die so wild gewesen sei. Sie sehe ja heute, dass sie mit dieser Strategie nicht glücklich geworden sei, und erlebe sich im Vergleich mit der Schwester, aber auch mit Arbeitskollegen immer noch als benachteiligt.

In den Sitzungen mit Sophie allein benannte die Therapeutin den Konflikt in Spielmomenten, in welchen die Spielprotagonisten sich beispielsweise schämten und Angst vor Strafe und Verlust zeigten sowie äußerst passiv waren. Auch wenn negative Übertragungselemente auftauchten, wurden sie von der Therapeutin sofort benannt, damit Sophie die Erfahrung machen konnte, dass aggressive Impulse der Therapeutin gegenüber nicht zu einem Abbruch der Beziehung führten.

Im Verlauf der Behandlung wurde der dargestellte Konflikt benannt und, jeweils auf die konkrete Spielsituation bezogen, dem Kind gegenüber in kontextabhängigen und kindgerechten Formulierungen gedeutet. So sagte die Therapeutin beispielsweise einmal, indem sie zunächst Sophies Spiel beschrieb und dann deutete: »*Die Prinzessin möchte lieber nicht zeigen, dass sie in den Prinzen verliebt ist, weil sie Angst hat, dass die andere Prinzessin sie dann nicht mehr mag. So versteckt sie sich lieber hinter dem Vorhang und ist »mucksmäuschenstill*«.« Sophie nickte daraufhin, wirkte ganz eingeschüchtert und sagte leise: »Ja«, so als wäre sie mit der Spielfigur der vermeidenden und sich versteckenden Prinzessin identifiziert. Die Therapeutin deutete daraufhin: »Das ist ja wie bei dir, wenn du Angst hast, dass die Mama dich nicht mehr mag, weil du den Papa so gern hast und am

liebsten ganz allein mit ihm wärst.« Verlegen, aber auch etwas erleichtert nickte Sophie. Dann sprang sie plötzlich auf und schlug einen Purzelbaum. Die Therapeutin vermutete, dass sie mit dieser Übersprungshandlung stolz zeigte, wie gut und gern sie sich eigentlich bewegen könnte, und benannte dies.

Nach 25 Stunden PaKT zeigte Sophie weder Trennungsangst noch anhaltende Traurigkeit mit plötzlichem Weinen oder Versagensängste. Sophie gestattete sich ihre Zeigelust daraufhin sogar im Kontext ihrer Peers, indem sie »Gruppenleiterin« ihrer »Mädchenclique« wurde. Einige Zeit nach Ende der Behandlung mit PaKT schrieb die Mutter in einem Brief an die Therapeutin, Sophie habe sich prächtig entwickelt. Sie sei nun sogar Klassensprecherin.

5.3 Fallbeispiel: Elisabeth, 6 Jahre

Beziehungssymptom: Elisabeths Mutter äußerte, ihre Tochter spreche nicht außerhalb des familiären Kontextes. Elisabeths Großmutter habe vermutet, es handle sich bei ihr um Mutismus oder sogar Autismus, und habe daher den Eltern geraten, Elisabeth in unserer Ambulanz vorzustellen.

Die Eltern berichteten im Erstkontakt, Elisabeth habe bereits im Alter von 1½ Jahren begonnen, immer wieder ihren Kopf auf die harte Fläche eines Holzstuhles zu schlagen. Hierfür habe sie sogar wiederholt das Stuhlkissen entfernt. Die Mutter äußerte die Vermutung, dass sie dies bereits als Kleinkind tat, damit es beim Schlagen richtig »schön hart« war. Insgesamt sei Elisabeth sehr menschen scheu, könne stundenlang alleine spielen, ohne mit anderen Kontakt aufzunehmen. Ihre kleine Schwester (vier Jahre jünger) sei hierin genau das Gegenteil: offen, kontaktfreudig und herzlich. Im Kindergarten scheue Elisabeth sich extrem, etwas vorzuführen, empfinde große Scham insbesondere beim Sport. Besonders wenn Erzieher oder Eltern Druck machten, trotze sie, indem sie sich verweigere.

Neben der Scham, sich zu zeigen oder etwas zu sagen, spürten die Eltern bei Elisabeth eine große Lust am »Machtkampf«. Sie beharre auch machtvoll darauf, nachts noch im Ehebett der Eltern zu schlafen. Dort nasse sie regelmäßig ein, so dass der Mutter mit dem Abziehen des Bettzeugs viel Arbeit entstehe.

Therapeut-Kind-Eltern-Beziehung: Im Kontakt erlebte die Therapeutin die Mutter als sehr um Harmonie bemüht und freundlich. Die Mutter, eine stille, beherrschte und disziplinierte Frau, die ihrer Berufstätigkeit gern nachging, sprach mit ruhiger Stimme. Sie legte scheinbar wenig Wert auf ihre äußere Erscheinung, war schlicht gekleidet und wirkte etwas blass und unscheinbar. Die Therapeutin erlebte im ersten Kontakt mit der Mutter bei sich ein Gefühl, wonach die Mutter ihr etwas verbarg, wofür sie sich zu schämen schien. Die Therapeutin vermutete ein Familiengeheimnis oder Familien-Tabu. Tatsächlich berichtete die Mutter in der nächsten Stunde, also im ersten Gespräch mit der Therapeutin ohne das Kind, dass sie nach Elisabeths Geburt an einer postpartalen Depression erkrankt sei, woraufhin es ihr sehr schwergefallen sei, Elisabeth anzunehmen. Das Kind sei ihr so fremd gewesen und sie habe sich taub und irgendwie »wie tot« gefühlt.

In ihrer Gegenübertragung spürte die Therapeutin ein starkes Gefühl der Traurigkeit über diesen unglücklichen Beginn der Beziehung zwischen Elisabeth und ihrer Mutter und sie hatte den Eindruck, dass die Mutter Elisabeth gegenüber deshalb große Schuldgefühle hatte. Die Mutter erzählte, sie stamme selbst aus einer Familie, in der über Gefühle nicht gesprochen werde, ihre eigene Mutter sei immer sehr streng und leistungsorientiert gewesen. Sie habe sich an deren Leistungsanforderungen immer angepasst und sich nie getraut, den Eltern gegenüber Wutgefühle zu zeigen. Mit ihrem Ehemann sei sie nun sehr glücklich und bewohne mit ihm und den Kindern ein großes Haus.

Im Kontakt erlebte die Therapeutin den Vater als einen freundlichen und intelligenten Mann, der stolz auf seine Frau und seine Kinder war und betonte, dass er keinen »intellektuellen« Beruf ausübe wie die Mutter. Er verbringe viel Zeit mit den Kindern. Er schien die Situation bis auf das nächtliche Einnässen als nicht so dramatisch zu erleben. Es ärgere ihn manchmal, dass die Mutter Elisabeth allzu sehr nachgebe, wenn diese Nacht für Nacht im elterlichen Bett schlafen wolle und hierin keine Begrenzung erfahre.

Kontakt mit Elisabeth: Die Therapeutin lernte im Erstkontakt ein hübsches Mädchen kennen, das sehr schüchtern wirkte und sie zunächst auffällig ignorierte. Der Therapeutin fiel auf, dass Elisabeth sie während der ersten Begegnung nicht anschaute, obwohl die Therapeutin sich sehr für sie interessierte. Dieses Ignoriert- und Abgewiesen-Werden stand also in deutlichem Gegensatz zu ihrem eigenen sehr großen Interesse an dem Kind und bewirkte in der ersten Szene bei der Therapeutin einen schmerzvollen und traurigen Affekt.

Anamnese: Die Mutter berichtete im ersten Elterngespräch sofort vom Tod ihres ersten Kindes. Elisa sei eine Woche nach der Geburt plötzlich verstorben. Der plötzliche Tod sei für die Familie ein großer Schock gewesen. Sie, die Mutter, habe sich direkt danach wieder in die Berufstätigkeit begeben und versucht, sich durch Arbeit abzulenken. Sie sei dann ein Jahr später wieder schwanger geworden und habe Elisabeth zur Welt gebracht. Sie habe nie so richtig um den Verlust der ersten Tochter getrauert, sondern sich eher als Kompensation »in die Arbeit gestürzt«. Elisabeth sei sehr unruhig gewesen, habe »viel geschrien« und »schlecht getrunken«, woraufhin sie, die Mutter, recht rasch abgestillt habe und auf die Ernährung durch die Flasche umgestiegen sei. Bereits im Alter von sieben Monaten sei Elisabeth tagsüber für acht Stunden in die Fremdbetreuung in die Kinderkrippe gekommen. Sie habe sich in ihren Augen »gut eingewöhnt«, sei damals »nicht auffällig« gewesen.

Die Therapeutin verspürte bei dieser Schilderung eine Irritation und Ärger angesichts dieses offenkundigen Widerspruchs zwischen früher Überforderung dieses Kindes und scheinbarer »Krippentauglichkeit«. Sie vermutete, dass Elisabeth sich angesichts der frühen Verlusterlebnisse vermutlich in einer Art narzisstischem Rückzug in sich selbst begeben hatte und dass sie im Alter von sieben Monaten niemandem ihre Not vermitteln können. Nach außen wirkte sie somit zunächst pflegeleicht, bis sie im Alter von 1;5 Jahren psychomotorisch in der Lage war, sich selbst zu verletzen, was den Eltern dann auffallen musste.

Der Ärger der Therapeutin verstärkte sich noch, als sie erfuhr, dass es die Großmutter war, die bemerkte, dass Elisabeths Entwicklung nicht normal verlief, woraufhin sie die Eltern drängte, Elisabeths Symptomatik in der Kinderpsychiatrie abklären zu lassen. Die Therapeutin hatte den Eindruck, die Großmutter würde genauer hinschauen, was das Kind brauchte, als die Eltern. Sie war es auch, die Elisabeth statt der Eltern im weiteren Verlauf häufig zu den Therapiesitzungen brachte.

Material: Während der ersten Sitzung im Therapeut-Kind-Eltern-Setting setzte sich Elisabeth auf den Spielteppich und begann spontan mit den Figuren des *Scenotest* ausdauernd und genau das Haus, in dem ihre Familie wohnte, und mehrere Ställe für die Tiere zu bauen. Der Therapeutin fiel gleich auf, dass diese Ställe keinen Ausgang hatten. Elisabeth zog Mauern, und jedes Tier bekam seinen eigenen Stall. Einen Austausch zwischen den Tieren oder unter den Menschen gab es nicht. Dabei sprach auch Elisabeth nicht mit der Therapeutin. Als diese fragte: »Ist das euer Haus?«, nickte sie, indem sie die Therapeutin mit großen Augen freudig anstrahlte, als freue sie sich darüber, dass die Therapeutin dies erkannt hatte. Dabei wirkte Elisabeth in ihrem Spiel wie von den Eltern abgekapselt, die mit der Therapeutin am Tisch saßen. Zwischendurch setzte sie sich kurz spontan bei der Mutter oder dem Vater auf den Schoß und tauschte Zärtlichkeiten mit diesen aus, um dann wieder abrupt in ihre eigene Welt zu versinken.

Im Verlauf der ersten beiden Kontakte (Sitzung 4 und 5) mit Elisabeth allein ergab sich

eine interessante Entwicklung:

In der ersten Stunde (Sitzung 4) wandte sie sich sofort den Lego-Duplo-Figuren zu. Elisabeth spielte allein mit den Tierfiguren und wies die Therapeutin dann stumm, aber bestimmt an, sie solle die »Menschen-Figuren« spielen. Es wirkte so, als wolle Elisabeth die Menschen-Figuren nicht einmal berühren, weil sie ihr fremd waren und bereits das Berühren dieser Figuren ihr unangenehm war. Im Spiel entwickelte sich nun ein unermüdlicher Kampf der »Menschen gegen die Tiere«. Die Menschen hatten dabei allerdings keine Chance. Jede ihrer Aktivitäten wurde bestraft. Alles wurde ihnen weggenommen wie z. B. ihre Autos und ihre »Schätze«. Sobald die Menschen sich bewegten, wurden sie unnachgiebig von den Tieren bestraft. In ihrer Gegenübertragung spürte die Therapeutin, dass es ihr schwerfiel, eigene Gedanken zu entwickeln und frei über diese zu verfügen. Sie erlebte sich in ein Geschehen mitgerissen, das von Elisabeth dominiert wurde. Die Therapeutin erlebte dieses rasante Übertragungsgeschehen als einen Angriff auf ihre Denkfunktion und fragte sich, was dies zu bedeuten habe. Während der Kampfszenen, die Elisabeth im Spiel stattfinden ließ, spritzte viel Blut, wenn die Tiere die Menschen auffraßen. Die Spielfiguren, mit denen die Therapeutin spielte, wurden immer wieder brutal attackiert. Manchmal verletzte Elisabeth die Therapeutin dabei in ihrem ungestümen Spiel sogar leicht. Ihre Figuren kratzten die Therapeutin einmal im Zuge ihrer Attacken am Handrücken. Manchmal tat es der Therapeutin sogar körperlich leicht weh und sie fühlte sich angespannt und war bedacht, sich zu schützen. Sie begrenzte Elisabeth, indem sie sie aufforderte, sich selbst und die Therapeutin im Spiel nicht zu verletzen (s. Kap. 3.4 Die Bedeutung des Settings).

Zum Ende des Spiels wurden alle Menschen getötet. Elisabeth begründete dies so: »Weil sie Autos haben, die für die Tiere gefährlich sind. Außerdem haben die Menschen das wilde Pferd verhaftet, und das ist jetzt die Strafe.« Die Therapeutin stand am Ende mit leeren Händen und lauter toten, auf dem Boden verstreuten Spielfiguren da und sah sich einer in Reih und Glied aufgestellten, bedrohlichen »Tierarmee« gegenüber. In ihrer Gegenübertragung fühlte sie sich in diesem Spiel hilflos und den verfolgenden Objekten ohnmächtig ausgeliefert. Sie verstand dies so, dass Elisabeth mittels projektiver Identifizierung ihre eigenen paranoid-schizoiden Ängste bei der Therapeutin unterbrachte. Indem die Therapeutin sich anstelle von Elisabeth verfolgt und ausgeliefert fühlte, konnte das Mädchen diese unerträglichen und ängstigenden Gefühle durch Externalisierung loswerden und ihr Inneres auf diese Weise vor ihnen schützen.

In der dritten Stunde griff Elisabeth dieses Spiel gleich wieder auf und nahm einen leeren Pappkarton. Zunächst nahm sie eine kleine Figur und nannte sie, wie ihre kleine Schwester, Elisa. Elisa schob Linda, das kleine Kätzchen, in einer Schubkarre in Richtung des Pappkartons. Elisabeth kommentierte: »Das ist Linda, die kleine Katze. Die ist schon gestorben, so wie meine Schwester. Die sind jetzt zusammen im Himmel.« Die Therapeutin fragte: »Wie heißt denn deine Schwester?« Elisabeth sagte: »Luise.« Die Therapeutin entgegnete: »Ich dachte, deine Schwester heißt Elisa.« »Stimmt«, sagte Elisabeth nachdenklich, »fast so wie ich.« Die Therapeutin staunte über diesen plötzlichen intensiven Bezug des Kindes zu ihrer toten Schwester, die sie ja nur aus den Erzählungen der Eltern kannte. Gleichzeitig war sie irritiert, dass Elisabeth zunächst den Namen ihrer Mutter für diese tote Schwester benutzte: Luise. Was hatte das zu bedeuten? Erlebte sie ihre Mutter aktuell auch als abwesend oder hatte sie ihre Mutter in ihrer frühen Entwicklung sogar auch manchmal wie »tot« erlebt, weil diese in ihrer depressiven Erstarrung und in der unbewältigten Trauer um die erstgeborene Tochter unnahbar und unerreichbar war?

Elisabeth nahm das Spiel unvermittelt wieder auf. Sie fügte Elisa und dem Kätzchen noch »Papa Johann« hinzu, und die Therapeutin sollte erneut die Menschen-Figuren spielen.

Plötzlich schloss sich das Kätzchen Linda übermütig mit dem Hund zusammen und baute sich eine Höhle aus Pappkarton, die nach und nach mit dem Inventar des Hauses gefüllt wurde, das eigentlich den Menschen gehörte. Das Spiel wurde immer wilder. Die Tiere ließen sich nicht in die Karten schauen. Wenn die Therapeutin die Menschen-Figuren neugierig danach spähen ließ, was die Tiere dort veranstalteten, wurden ihre Spiel-Figuren so brutal und unnachgiebig aufgefressen, dass ihr ein kalter Schauer den Rücken hinunterlief angesichts dieser rohen und unnachgiebigen Aggressivität.

Die Therapeutin war irritiert, dass eine Mutter-Spielfigur fehlte, und fügte zum Bruder und zum Vater eine »Mutter-Figur« hinzu und benannte dies. Daraufhin sagte Elisabeth plötzlich ganz betroffen: »Nein, Mama soll nicht mitspielen«, woraufhin sie die Mama-Figur nahm und sie zurück ins Dachgeschoss des Hauses steckte: »Dann wird sie ja noch trauriger, wenn sie das hier sieht.« Die Therapeutin war erstaunt und überlegte, dass es Elisabeth scheinbar sehr wichtig war, dass der Mutter all das Wilde und Destruktive, das in ihrer psychischen Innenwelt existierte, nicht zugemutet wurde. Sie vermutete, Elisabeth habe Angst, die Mutter durch ihre Wutgefühle zu zerstören.

Nach und nach bemächtigten sich die Tiere des Inventars des Puppenhauses, um ihr eigenes Reich aufzubauen. Es waren wieder die Tiere, die dieses Ausrauben durchführten. Am Ende blieb den Menschen-Figuren nichts mehr. Ihr Haus war leer. Sie selbst waren erneut machtlos und ausgeraubt. Die Therapeutin verstand dieses Ausrauben des Hauses als Ausdruck früher unbewusster oral-sadistischer Angriffe auf den Körper des enttäuschenden, versagenden und abwesenden »bösen« mütterlichen Körpers. Sie erinnerte sich an die Schilderungen der Mutter, dass sie Elisabeth die Brust vorenthielt, die somit für Elisabeth vermutlich zum frühen abwesenden bösen »Partialobjekt« wurde.

In der nächsten Stunde erzählte Elisabeth stolz und provozierend, dass sie im Kindergarten nur mit Jungs spielen möge, und forderte die Therapeutin auf, diese solle »die Jungs« spielen. Sie sollte sie im Auto platzieren, und »die Jungs« sollten dann zur »Geburtstagsfeier« fahren. Elisabeth erklärte: »Die wollen mit dem Auto da hinfahren, weil die Katze ein kleines Kind bekommen hat. Die wollen da hin zum Geburtstag.« Die Therapeutin wurde sodann wieder in eine Beobachterperspektive verwiesen und Elisabeth spielte »die Tiere feiern Geburtstag«. Dabei stellte sie alle Tiere, die Kühe, Schafe und Pferde, in einer Reihe im Halbkreis auf und gab dabei jedem Tier, das einzeln vorgestellt wurde, einen eigenen Namen. Die Therapeutin dachte bei dieser Szene an die Geburt des Jesuskindes und an die Hirten und die heiligen drei Könige, die ehrfürchtig die Geburt ihres Messias bestaunten. Elisabeth sagte: »Die Katze Mimi hat ein kleines Kätzchen bekommen«, und zeigte daraufhin, dass die anderen, die Menschenkinder, noch etwas Abstand halten mussten und noch nicht nach vorne zu dem Kind vortreten durften.

Die Therapeutin versuchte dabei, die triadische Position einzunehmen, und fragte sich, was diese eindrucksvolle Szene wohl bedeuten konnte. Dabei fiel ihr auf, dass es sich dabei scheinbar um die Geburt eines ganz besonderen Kindes handelte, des Katzenkindes, und dass Elisabeth anscheinend wollte, dass diese Geburt gebührend gefeiert werde, wie bei dem Jesuskind, das aus aller Welt ganz viel Besuch bekam. Alle sollten andächtig schauen und das Baby bestaunen. Hierbei fiel der Therapeutin der Bezug zu Elisabeths eigener Geburt ein, die von dem Verlust der ersten Tochter der Eltern, ihrer Schwester Elisa, überschattet war.

So fiel der Therapeutin dann auch auf, dass die Spielfiguren im Spiel alle einen besonderen Namen hatten und dadurch voneinander abgegrenzt wurden. Sie deutete Elisabeth dies: »Du möchtest, dass jeder einen unterschiedlichen Namen hat, und jeder, der einen unterschiedlichen Namen hat, ist eine unterschiedliche Person.« Elisabeth schaute die Therapeutin mit großen Augen an und nickte.

Das Spiel ging rasant weiter. Elisabeth führte eine neue Figur ein: das Mäuschen. Dabei wirkte es, als würde dieses »Hans Bockrott« genannte kleine Mäuschen immer wieder an den Menschen Rache nehmen. Das Mäuschen täuschte die Menschen, indem es vorgab, es sei ein anderes Mäuschen, ein »ganz liebes Mäuschen«, und plötzlich doch die Menschen-Figuren aus dem Hinterhalt angriff.

Die Therapeutin kündigte das Stundenende rechtzeitig an und Elisabeth wirkte enttäuscht, dass die Stunde schon so früh vorbei war.

Dabei wurde ihr Spiel zum Ende hin wilder und sie versuchte, die Therapeutin zu dominieren und zu provozieren, indem sie zu ihr sagte, sie solle verschiedene Gegenstände, die Elisabeth durch den Raum warf, einsammeln. Dabei warf sie dann auch ihre eigenen Schuhe und rief ausgelassen zur Therapeutin: »Hol dies, hol das!«

Die Therapeutin begrenzte sie, indem sie sagte, dass die Stunde zu Ende sei. Elisabeth wollte sich dann noch von der Therapeutin die Schuhe zubinden lassen, obwohl sie dies schon lange selbst beherrschte. Die Therapeutin verstand dies als einen analen Machtkampf, der Elisabeth sehr viel Lust bereitete, aber gleichzeitig auch als Ausdruck des regressiven Wunsches, wieder ein Baby zu sein.

Nach der Stunde dachte die Therapeutin, wie verschlossen der Zugang der kleinen Elisabeth zu der mit ihrer Trauer absorbierten Mutter wohl gewesen sein mochte. Wie sehr schützte sie nun sich und die Mutter vor ihren mörderischen Impulsen, indem sie sich von den Objekten abwandte und sich in ihren anobjektalen autistoiden Schutzraum zurückzog und nicht mehr sprach. In den Stunden wollte sie, dass die Therapeutin sie finde und dass diese ihre Geburt feiere und nicht, wie vormals die Mutter, ihre Ankunft und ihre Anwesenheit durch einen Schleier der Trauer kaum vernehme. Es wurde der Therapeutin sehr verständlich, warum Elisabeth das Triebhafte einsperrte, damit sie die traurige Mutter nicht verlor, wenn sie sie mit ihren aggressiven Impulsen attackierte.

Wie wichtig diese aggressiven Impulse für die Selbstentwicklung und Konturierung des Selbst sind, zeigte uns Winnicott (Winnicott, 1969, s. Kap. 2.1.4: Die Objektbeziehungstheorie von Donald W. Winnicott). Erst wenn die Mutter die aggressiven Attacken des Kindes aushält und überlebt, wird es dem Kind möglich, die Mutter als Ganzes wahrzunehmen und nicht nur als Bündel seiner eigenen Projektionen. Nur wenn das Primärobjekt die destruktiven Attacken des Säuglings überlebt, wird es für den Säugling als von sich selbst getrennt erlebbar. Gleichzeitig erlebt auch der Säugling sich selbst dadurch zunehmend als von dem frühen Objekt getrennt. Das Objekt ist dadurch der primärnarzisstischen omnipotenten Kontrolle entzogen und wird für das Subjekt mit seinen ihm selbst innewohnenden und nicht nur projizierten Eigenschaften erlebbar (Winnicott, 1969).

Dieser Prozess hat nach Winnicott entscheidende Folgen für die Differenzierung der Selbst-Objekt-Grenzen: Das Kind kann das Objekt verwenden und nicht nur seine Projektionen bei ihm unterbringen. Durch diese differenziertere Fremdwahrnehmung kann es auch zu einer integrierteren Selbstwahrnehmung gelangen. Aggressive Impulse und das Erleben dieser motorischen Aktionen, die den Widerstand des Objekts hervorrufen, das

jedoch auf diese Aggression nicht mit Gegenaggression oder Kontaktabbruch reagiert, sind nach Winnicott für die Subjektentwicklung des Kindes essentiell.

Die Therapeutin dachte, dass Elisabeth diese Entwicklung in ihrem wilden Spiel vermutlich mit ihr nachholte. Anders als Melanie Klein richtete Winnicott seinen Blick nicht allein auf die Welt der inneren Objekte, sondern schenkte der Reaktion des realen Objekts besondere Aufmerksamkeit. Die Therapeutin bemerkte im Spiel mit Elisabeth einen raschen Wechsel zwischen libidinösen Übertragungspositionen, in denen Elisabeth sich ihr annäherte, und aggressiven Übertragungselementen, in denen Elisabeth die Therapeutin verfolgte und bekämpfen wollte.

Sie verstand dies mit Melanie Klein (s. Kap. 2.1.3: Die Objektbeziehungstheorie Melanie Kleins) als ein Abwechseln libidinöser und aggressiver Impulse, die sich in der Übertragung gegen die Therapeutin richteten. Während dieses Oszillierens zwischen paranoid-schizoider und Ansätzen einer depressiven Position (z. B. die Maus »Hans Bockrott« versus das verschämt wirkende Kätzchen) musste sie die Therapeutin allerdings kontrollieren, indem sie sie in Schach hielt und die primärnarzisstische omnipotente Kontrolle über sie und das gemeinsame Spiel übernahm.

Fokusformulierung

In ihrer psychischen Resonanz, die sich in den ersten fünf Sitzungen entwickelte, fiel der Therapeutin am deutlichsten die Irritation auf, die sie dabei empfand, als sie erfuhr, dass Elisabeths Name den Namen der toten Schwester in sich trug: Elisa. Die Therapeutin war in ihrer Gegenübertragung sehr überrascht darüber und fragte sich, ob die Mutter den Tod des ersten Kindes wohl verleugnet hatte, indem sie dem zweiten Kind den Namen des ersten gab. Sie vermutete auch, dass die Mutter sich unbewusst vielleicht sogar wegen des Todes des ersten Kindes schuldig fühlte und sich Vorwürfe machte, weil sie dessen Tod nicht hatte verhindern können. Sie vermutete auch, dass die Mutter sich schuldig fühlte, Elisabeth nach der Geburt nicht angenommen zu haben, weil der Schatten des toten Kindes gleichsam über Elisabeth lag und die frühe Mutter-Kind-Interaktion verdunkelte. Möglicherweise wusste sie, dass da etwas zwischen Mutter und Kind für immer verloren war, und glaubte, diesen Verlust nicht wiedergutmachen zu können. Vermutlich waren es diese Schuldgefühle wegen ihrer eigenen frühen unbewussten destruktiven Gefühle Elisabeth gegenüber, die sie nun daran hinderten, ihrer Tochter altersangemessene Begrenzungen zuzumuten, wie z. B. im eigenen Bett zu übernachten.

Der Therapeutin fielen in Elisabeths Spiel zwei Konfliktthemen auf, die sich zu einem transgenerationalen Fokus integrieren ließen:

Elisabeth war mit dem Thema des Eigenen und der Identität beschäftigt. Mit diesem war ein weiteres Thema, das des Umgangs mit aggressiven Impulsen, verbunden. Es schien ihr sehr wichtig zu sein, ein »eigenes Reich«, das der Tiere, aufzubauen und damit etwas zu haben, zu dem niemand sonst Zutritt hatte. Elisabeth wurde von einer Mutter geboren, die von der Trauer um ihr erstes Kind okkupiert war. Sogar die Langform von dessen Namen »Elisa« musste Elisabeth nun für immer tragen. Die tote Schwester war omnipräsent. Der Mutter, in der unbewältigten Trauer um dieses erste Kind gefangen, fiel es schwer, für Elisabeth zu einem Objekt zu werden, das den kindlichen aggressiven Impulsen standhielt. Sie war möglicherweise so sehr durch die Trauer um das verlorene Kind belastet, dass es ihr nicht gelang, in träumerischer Einstimmung (»revêrie«, Bion, 1962a, s. Kap. 2.1.5: Das Modell »Container-Contained« von Wilfred R. Bion) die projektiven Identifizierungen des

Kindes aufzunehmen und all das Destruktive zu verdauen und zu containen, was der Säugling externalisierte. So konnte sie dem Kind vermutlich nicht dabei helfen, seine archaischen destruktiven Impulse in die Entwicklung zu integrieren und zu symbolisieren. Aus Angst, die depressive Mutter zu zerstören, wandte Elisabeth die aggressiven Impulse – die eigentlich in der frühkindlichen Entwicklung dem Körper der Mutter galten – gegen sich selbst. Im Alter von 1½ Jahren äußerte sich dies in autoaggressivem Verhalten. Im Alter von 5 Jahren fanden diese destruktiven Gefühle und Phantasien nur noch abgewehrt im Symptom des nächtlichen Einnässens ihren Ausdruck. Sie beschmutzte durch die nächtliche Enuresis regelmäßig das »Nest« der Eltern. Dadurch wurde sowohl der frühe unbewusste Wunsch befriedigt, den Körper der Mutter durch ihre urethrale Macht zu zerstören, als auch der ödipale Wunsch, den Vater für sich zu haben und die Vereinigung der Eltern unter Ausschluss des Selbst zu verhindern.

Am Tag wirkte Elisabeth wie von der Welt abgeschieden, unlebendig und unerreichbar, wie das »tote Kind im Himmel« – so als hätte sich Elisabeth mit der toten Schwester, Elisa, identifiziert. Im Spiel äußerten sich die aggressiven Impulse gegen die Mutter im beharrlichen, lustvollen Ausrauben des Hauses, das als ein Symbol für den mütterlichen Körper angesehen werden konnte. Schuldgefühle kamen auf, als diese destruktiven Inhalte zum Bewusstsein vordrangen. Im Spiel musste der Mutter-Figur sogleich der Anblick dieses aggressiven Treibens erspart werden.

Auf einer transgenerationalen Ebene wurde außerdem deutlich, dass Elisabeths Mutter selbst ebenfalls keine ausreichende Möglichkeit gehabt hatte, Aggressionen in der Beziehung zu ihrer eigenen Mutter auszudrücken. Die Therapeutin nahm an, dass auch Elisabeths Mutter destruktive Persönlichkeitsanteile nicht ausreichend symbolisieren konnte und aggressive Impulse vermutlich sehr stark abgewehrt werden mussten, um das Objekt zu schützen, indem sie gegen das Selbst gewandt wurden.

Fokus Elisabeth: Der transgenerationale Fokus kann auf folgende Formel gebracht werden: Wenn Elisabeth ihren aggressiven Impulsen der Mutter gegenüber nachgab, hatte sie Angst, damit die schwache und traurige Mutter zu zerstören. Daher war sie lieber selbst schwach und ängstlich und von den Objekten libidinös abgewandt, um sich der Liebe der Mutter zu versichern. In ihrer eigenen von den Menschen abgewandten Welt fand sie einen Kompromiss: In der Abkehr von den Objekten durch die emotionale Starre blieb ihre eigene Identität erhalten. Gleichzeitig konnte die »Überlebensschuld« abgewehrt werden, statt der toten Schwester am Leben zu sein, indem Elisabeth sich mit der toten Schwester identifizierte und tot und für die Eltern unerreichbar war. Indem Elisabeth nicht sprach, libidinös »eingefroren« und für die Objekte unerreichbar war, blieben diese erhalten und wurden nicht durch andrängende aggressive Impulse des Kindes zerstört.

Fokusformulierung gegenüber Elisabeth: »Du hast Angst, dass die Mama dich nicht mehr mag, wenn sie merkt, wie wütend du manchmal bist. Deswegen baust du einen Zaun um dich herum, so wie bei den Tieren im Stall. Du spielst meist allein und redest nicht, weil du Angst hast, dass du Mama und Papa wehtun könntest, wenn deine Wutgefühle erst mal rauskommen.«

Behandlungsplanung für die Therapeut-Kind-Sitzungen: Die therapeutische Arbeit mit Elisabeth sollte in der Arbeit an den Ängsten vor Aggressionen gegenüber dem Objekt

bestehen. Dabei kam der Übertragungsbeziehung eine entscheidende Rolle zu. Indem Elisabeth in der Therapeutin ein Objekt erlebte, das ihre destruktiven Impulse überlebte, konnte sie aggressive Impulse zunehmend als zu sich selbst gehörig erleben und im weiteren Verlauf in ihre Persönlichkeit integrieren. Gleichzeitig sollte dadurch Identität gefördert werden, indem sie verschiedene Gefühle und Impulse als zu sich selbst gehörig erleben konnte. Beziehungen gewannen eine differenziertere Qualität. Dadurch konnte auch die Differenzierung der Selbst-Objekt-Grenzen gefördert werden.

Fokusformulierung gegenüber der Mutter: »Elisabeth konnte aggressive Impulse nicht in das Bild von sich selber integrieren, aus Angst, Sie, die Mutter, wollten nicht die »böse« Elisabeth, sondern die »gute«, arme Elisa, die jetzt aber leider im Himmel ist. Deshalb hat Elisabeth sich zunehmend in eine unlebendige Schutzhülle zurückgezogen, damit sie nicht wild und altersangemessen trotzig wird. Eigentlich wünscht sich Elisabeth, auch mit Ihnen manchmal wild zu sein und dass Sie sich auch mal mit ihr streiten.«

Fokusformulierung gegenüber dem Vater: »Sie spüren, dass es wichtig ist, Elisabeth altersangemessen zu behandeln und ihr auch einmal Begrenzungen zuzumuten. Sie merken auch, dass es für Elisabeths Entwicklung nicht förderlich ist, wenn Konflikte immer vermieden werden. Aber auch Sie scheuen den Konflikt mit Ihrer Frau, indem sie Ihr nicht zu sagen wagen, dass das Ehebett doch Ihrer beider Bereich bleiben und das Kind in seinem eigenen Bett schlafen sollte. Für Elisabeths Entwicklung ist es wichtig zu wissen, dass sie nicht abgelehnt wird, wenn sie auch einmal wild und ausgelassen spielt oder einen ›Dickkopf‹ hat.«

Behandlungsplan für die Elterngespräche: In der Arbeit mit den Eltern, insbesondere der Mutter, wurde der Fokus auf die Hemmung aggressiver Impulse gelegt und auch auf deren Verleugnung bei der Tochter. Es sollte mit der Mutter behutsam erarbeitet werden, wie sehr die unbewältigte Trauer um die erstgeborene Tochter die freie Entwicklung von Elisabeth als ihrem eigenständigen zweiten Kind behindert hat.

Der Vater sollte von der Therapeutin ermutigt werden, seinem spontanen gesunden Impuls, die Tochter altersangemessen zu begrenzen, nachzukommen. Sie ermunterte ihn auch, seiner Frau gegenüber auf die Erfüllung seiner Bedürfnisse zu achten und das gemeinsame Ehebett wieder für sich zu haben, statt sich enttäuscht zurückzuziehen. Der Vater wurde auf diese Weise in seiner Elternfunktion gestärkt und konnte so für Elisabeth triangulierend zur Verfügung stehen. So wurde für Elisabeth die Aggression, die mit dem Abwenden von der Mutter einherging, zunehmend ertragbar und konnte in die Persönlichkeitsentwicklung integriert werden.

Verlauf – mittlere Phase: Die im Folgenden beschriebene Stunde war die erste Stunde, nachdem Elisabeth eingeschult worden war. Sie war sehr stolz, nun ein Schulkind zu sein. Elisabeth stieg gleich ins Spiel ein, spielte ausgelassen und wild. Sie sagte: »Bei mir geht alles um Jungs«, nannte verschiedene Namen, und die Therapeutin sollte diese Namen aufschreiben. Dabei war sie sehr kokett und erzählte alles, was sie schon in der Schule gelernt hat.

Sie war sehr spontan, dabei auch übergriffig und wollte gleich auf das Stundenverlaufsblatt der Therapeutin schreiben. Elisabeth schrieb darauf: »Mia«, »Mimi«,

»Nini« – geschickt und sauber. Sie gab sich jungenhaft und sagte dann ausgelassen, fast schreiend: »Jungs, noch mehr Jungs, Jungs brauch ich.«

Dann stellte sie die Lego-Duplo-Spielfiguren in eine Reihe und wies die Therapeutin an, sich die Namen, die sie den kleinen Spielfiguren gab, zu merken. Die Therapeutin sollte sie sich aufschreiben, damit sie sie nicht vergaß. Elisabeth nannte sie: Alex, Paul, Flori, Anton, Peter, Oskar. Dabei war nicht klar, ob die Namen frei erfunden waren oder ob es sich um »Jungs« handelte, die sie mittlerweile aus der Schule kannte. Das Spieltempo war sehr rasch, die Therapeutin kam mit ihrem Verstehen kaum mit und erlebte dieses Tempo als »Angriff« auf ihre Denkfunktion. Sie hatte Mühe, einen inneren Raum zu bewahren, in dem sie zu eigenen Gedanken kommen konnte, die sie frei bewegen konnte. Die Therapeutin bemerkte, wie Elisabeth versuchte, sie in Schach zu halten, damit sie ihr mit ihren Deutungen nicht gefährlich werden konnte.

Dann kam plötzlich eine Maus ins Spiel, eine kleine Maus. Elisabeth nannte sie »Hans Bockrott«. Die Therapeutin dachte bei diesem Namen an »bankrott«, daran, leer und ohne Mittel dazustehen, konnte diesen Gedanken aber nicht weiterführen, da Elisabeth wild tobte und sodann wie eine Spinne krabbelte. Dabei wollte sie, dass die Therapeutin auch so krabbele wie sie selbst, und suchte dabei Körperkontakt, indem sie unter der Therapeutin hindurchkrabbelte.

Im Spiel fiel auf, dass die kleine Maus »Hans Bockrott«, obwohl sie so klein war, das größte Aggressionspotential in sich trug und es ihr eigentlich immer nur darum ging, die Handlungen der anderen Spiel-Figuren zu stören. So griff sie alle an und biss sie. Das Spiel bereitete Elisabeth offensichtlich große Lust.

Eine Sitzung später (Sitzung Nr. 11, da Sitzung Nr. 10 einem Elterngespräch diente) stürmte Elisabeth ins Behandlungszimmer, warf ausgelassen ihre Jacke umher und fragte die Therapeutin sofort ungestüm: »Rate mal, wo Thomas wohnt! Thomas ist mein Freund.« Dann warf sie sich auf den Teppich und spielte: »Heute regnet es Eiscreme«, und tobte herum. Die Therapeutin sagte: »Heute kann alles fliegen, die Jacke kann fliegen, die Eiscreme fliegt vom Himmel.« Elisabeth sagte: »Ja ich kann auch fliegen, manchmal träume ich auch, dass ich fliegen kann«, und teilte der Therapeutin damit mit, wie omnipotent sie war. Die Therapeutin freute sich über diesen Anflug von Zeigelust und lebendigen Omnipotenzphantasien, aber das Blatt wendete sich sogleich:

Plötzlich »biss« Elisabeth die Therapeutin mit einer Ratte aus Stoff, dann wurde diese vom Frosch gebissen und verschluckt. Elisabeth freute sich, zeigte der Therapeutin, dass der Frosch die Ratte gefressen hatte. Dann bemerkte sie plötzlich, dass ein anderes Kind, das in der Zwischenzeit zwischen ihren beiden Stunden da gewesen war, das Lego-Duplo-Haus umgebaut hatte. Es sah nun ganz anders aus als vorher. Sie fragte vorwurfsvoll: »Wo ist das Haus, wer hat das umgebaut?« Sie machte sich daran, wieder ihr eigenes Haus aufzubauen. Die Therapeutin dachte, Elisabeth wolle das Haus so bauen, wie es zunächst war, und verstand dies als Ausdruck ihrer Angst, sie könnte das Objekt (durch das Haus symbolisiert) mit ihren primärnarzisstischen, paranoid-schizoiden Attacken zerstört haben. Die Therapeutin bemerkte aber, dass Elisabeth nun bei erneutem Aufbauen einen ganz anderen Stil für das Haus wählte als zuvor.

Dabei überforderte sie sich derart, dass immer wieder die Platten und die Wände sowie die Türen und die Fenster nicht zusammenpassten. Elisabeth war jedoch energisch und zeigte großes Durchhaltevermögen. Sie hatte sich scheinbar in den Kopf gesetzt, ihr eigenes Haus zu bauen, und deswegen probierte sie auch alle Varianten aus, die ihr gefielen. Sie bat die

Therapeutin um Kooperation, gab aber immer selbst die Anweisungen, was zu tun war. Die Therapeutin deutete: »Elisabeth, du möchtest dein eigenes Haus bauen und nicht so, wie es vorher immer war, du möchtest dein eigenes Haus.« Elisabeth nickte und sagte: »Ja, so wie ich es will.«

Dann schafften sie es, gemeinsam sogar ein Dach zu bauen. Plötzlich sagte Elisabeth: »Ich stell hier eine Kerze hin oben auf das Dach, wenn die oben auf der Terrasse Sexy machen wollen, dann haben die wenigstens eine Kerze.« Dabei lachte sie und es wirkte auch gleichzeitig wie ein Test, wie die Therapeutin wohl darauf reagieren würde. Die Therapeutin deutete: »Die Kerze soll es hell machen, damit du sehen kannst, wie die ›Sexy‹ machen.« Elisabeth lachte verlegen, aber gleichzeitig lustvoll und wich aus, indem sie plötzlich mit einem Singspiel anfang, bei dem sie sich auf die Oberschenkel klopfte und die Therapeutin zum Mitsingen aufforderte. Das Lied klang wie: »We will, we will rock you«. Dies wirkte wie eine Übersprungshandlung als Abwehr des vorherigen ödipalen Themas des Zuschauens bei der elterlichen Vereinigung, dem »Sexy«-Machen. Die Therapeutin erlebte sich in ihrer Gegenübertragung bei der Bedeutung von »rock you!« lustvoll amüsiert und dachte dabei an die Bedeutung von Wachrütteln. Wollte Elisabeth das frühe Objekt, die „tote Mutter“, in der Übertragung wachrütteln und damit aus der depressiven Erstarrung befreien? Gleichzeitig wunderte sie sich, dass Elisabeth sich diese Bedeutung von »We will rock you« unbewusst vermittelt hatte, obwohl sie der englischen Sprache noch nicht mächtig war.

Plötzlich griff Elisabeth das Sex-Thema wieder auf und sagte: »Der Staubsauger will mit dem Schornstein Sex machen«, und wies die Therapeutin an, den Staubsauger auf das Dach zu stellen. Dann nahm sie ihn auf und ahmte eine »sexy« Geste nach. Dann sagte sie: »Da unten im Haus die zwei Tanten wollen Sex machen, mit den Tischen, die wollen Sexy machen mit den Tischen.« Und dann sagte sie: »Heute dreht sich alles um Sexy«, und fügte hinzu: »Ich möchte Sex machen.« Die Therapeutin dachte: »Der zuvor eingezäunte Trieb wurde nun in dem gemeinsamen Raum der therapeutischen Situation freigelassen und bewegt sich dort nun ungehindert und ungestüm.« Sie deutete: »Das interessiert dich auch sehr, was die Mama und der Papa machen, und deshalb möchtest du am liebsten auch immer nachts bei ihnen schlafen, weil du auch nicht möchtest, dass Mama mit dem Papa allein ist, weil du den Papa für dich allein haben willst!«

Elisabeth verließ daraufhin den Spielteppich und bewegte sich in den Bereich des Zimmers, von dem sie wusste, dass er nicht zum Spielen vorgesehen war. Es war dies der für die Kinder tabuisierte »Bereich der Erwachsenen« mit Schreibtisch, Computer und Couch. Elisabeth setzte sich frech auf die Couch, auf der die Therapeutin ihre erwachsenen Patienten behandelte. Dort nahm sie die Handpuppen und wies die Therapeutin an, sie solle die große Puppe spielen und sie sei die kleine. Plötzlich fragte Elisabeth die Therapeutin mit der Puppe: »Wollen wir Sex machen? Komm, wir machen Sexy.« Dann küssten sich die Puppen und dann sagte sie: »So, die machen jetzt hu hu hu«, und sang dabei ganz laut, und die Therapeutin sollte auch ganz laut singen und heulen und »hu hu hu« machen. Die Therapeutin verstand dies trotz der augenscheinlich ödipalen Themen in der Übertragung auch als ausgeprägten Nähe-Wunsch an das mütterliche Objekt. Elisabeth wollte ihr körperlich ganz nah sein und möglicherweise ausprobieren, ob dies noch möglich war, trotz der ödipalen Konkurrenz um den Vater.

Die Therapeutin wies Elisabeth auf das nahende Stundenende hin, und dies geriet erneut – wie schon in den Stunden zuvor – zu einem Drama. Elisabeth war ganz enttäuscht und sagte: »Och Mann, ich würde viel lieber den ganzen Tag mit dir spielen, von morgens bis

abends.« Die Therapeutin sagte daraufhin: »Du möchtest selbst bestimmen, wann unser Spiel zu Ende ist, stimmt's? Das ärgert dich jetzt, dass es schon wieder zu Ende ist.« Elisabeth nickte. Plötzlich sagte sie: »Ah, ich soll ja heute noch mit Mama Kuchen backen für morgen. Da komme ich dann auch mit Mama mit«, und die Therapeutin sagte: »Ah, es freut dich, dass du nachher noch mit Mama zusammen Kuchen backen kannst, dann ist das gar nicht mehr so schlimm, dass du jetzt hier gleich gehen musst. Es ist dir wichtig, ganz nah bei Mama zu sein, auch wenn du hier so wild spielst.«

Sogleich versuchte Elisabeth, die Grenzen der Therapeutin auszuloten, indem sie wild durch den Raum tobte und nicht sofort die Schuhe anzog, wie die Therapeutin sie gebeten hatte. Die Therapeutin musste sie mehrmals auffordern, und Elisabeth suchte dabei Körperkontakt, während sie versuchte, mit der Therapeutin zu toben. Diese begrenzte sie jedoch, und Elisabeth bat sie noch einmal, ihr die Schleife vom Schnürsenkel zuzubinden. Die Therapeutin deutete: »Du wünschst dir hier manchmal, ein kleines Baby zu sein, um das ich mich kümmere, weil es noch so klein ist.« Elisabeth nickte. Dann ging sie aus dem Behandlungszimmer hinaus, drehte sich nach ein paar Schritten noch einmal um und erhaschte einen Blick der Therapeutin, so, als würde sie sich vergewissern, dass diese trotz ihrer destruktiven »Attacken« gegen sie und trotz der libidinösen Wünsche noch da war.

Kurze Zeit später, nach ca. zwei Minuten, klopfte es noch einmal an der Tür und die Großmutter fragte nach einem neuen Termin. Die Therapeutin wunderte sich und erlebte dies als Vorwand der Großmutter, da es immer einen festen Termin gab. Dabei fragte die Großmutter: »Hat Elisabeth denn heute gut mitgemacht?« In dem Kontext wirkte die Frage für die Therapeutin fast wie aus einer anderen Welt gestellt und als dem ausgelassenen wilden Treiben der Stunde nicht angemessen. Die Therapeutin verwies freundlich auf das nächste Elterngespräch und verabschiedete sich.

Dabei erinnerte sich die Therapeutin erneut daran, dass Elisabeth mit der Eingangsdiagnose Mutismus zu ihr gebracht worden war und kaum objektgerichtetes Interesse gezeigt hatte, sondern vornehmlich allein oder zu Hause mit den Tieren gespielt hatte. Plötzlich tauchte nicht nur das Thema der eigenen Grenzen, der Identität in der Beziehung zum Objekt, in Variationen auf, sondern auch ihr Interesse an dem, was sie »Sexy machen« nannte, was die Eltern miteinander machten, wenn sie ausgeschlossen war, besonders nachts. Elisabeth wollte das auch machen und zeigte der Therapeutin sehr offensiv ihr Interesse an »Jungs«. Dabei gab es keine weiblichen Konkurrentinnen. Nur sie selbst und die Jungs. Sie musste »die Jungs« in ihrem Als-ob-Spiel mit niemandem teilen, hatte sie nur für sich. Der Fokus, sich im Zaum halten zu müssen und so die Mutter vor den eigenen Aggressionen zu schützen, begegnete ihr hier somit erneut, vermittelt durch Themen der Ödipalität und der Phallizität. In der Therapeutin hatte sie ein Gegenüber, das nicht um den Verlust der Schwester trauerte. Ihr konnte sie mittlerweile das Triebhafte in sich zumuten.

Die Nähe zur Therapeutin durfte aber offensichtlich auch nicht allzu groß werden. Sonst bekam sie Angst vor dem Verlust der eigenen Umgrenztheit, und es wurden Ängste ausgelöst, die Selbst- und Objektgrenzen zu verlieren. Das wilde Spiel wurde von ihr jedoch offensichtlich auch genutzt, um Wünsche nach präödipler Nähe zum Objekt kontraphobisch abzuwehren. Indem sie die Therapeutin durch ihr wildes, gehetztes Spielverhalten außer Atem in den rasanten Spielfluss involvierte, nahm Elisabeth ihr auch die Möglichkeit, zu reflektieren, zu fühlen und zu deuten. Sie hielt die Therapeutin damit »in Schach« und auf Abstand, damit diese ihr nicht zu nahe kommen konnte. Möglicherweise wehrte sie so auch intensive Wünsche ab, mit der Therapeutin in der Übertragung zu verschmelzen.

Vor der 13. Stunde holte die Therapeutin Elisabeth im Wartezimmer ab. Elisabeth zeigte der Therapeutin stolz, was sie schon alles konnte. Die Oma gab kurz Auskunft, es laufe alles sehr gut, bis auf die Tatsache, dass Elisabeth manchmal ein »bissel aggressiv gegen ihre kleine Schwester« sei, »aber das wollen wir ja so«, fügte sie hinzu.

Elisabeth stürmte ins Behandlungszimmer und hielt dann von innen die Tür zu, so dass die Therapeutin nicht hineinkam. »Aha«, dachte diese, »Elisabeth ist also heute in ›Ärgerlaune‹, sie möchte die Position der Therapeutin übernehmen.« Die Therapeutin dachte, Elisabeth wolle sie mit dieser Geste, die Tür zu versperren, in der Übertragung nicht in ihren inneren, psychischen Raum hineinlassen. Die Therapeutin verstand dies als Identifizierung mit dem Subjektpol in der Übertragung und überlegte, dass Elisabeth mittels dieser Handlung unbewusst ihre eigenen Gefühle, nicht zum frühen Objekt durchzudringen und keinen Zugang zu haben, mittels projektiver Identifizierung bei der Therapeutin unterbrachte. Diese sollte sich nun fühlen wie sie, als sie zu der postpartal depressiven Mutter auch keinen Zugang erhalten hatte.

Elisabeth ließ die Therapeutin dann dennoch rein und wollte als Erstes mit zwei Spielfiguren »die liebe und die böse Fee« spielen. Sie selbst wollte die Rolle der »bösen Fee« spielen. Wollte sie testen, wie die Therapeutin reagierte, wenn sie mal »böse« war? Ob die Therapeutin dieses »Böse« in ihr aushalten konnte? Die Therapeutin deutete ihr: »Du möchtest sehen, ob ich dich auch noch mag, wenn du hier zu mir auch mal böse bist!« Elisabeth nickte leicht und wandte sich dann sofort von der Therapeutin ab und dem Raum zu.

Dann nahm sie sich kurz eine Pflanze aus Lego-Duplo und sagte: »Komm, wir spielen Dornröschen.« Die Stunde war sehr dynamisch. Es ging alles sehr schnell. Elisabeth hatte scheinbar sehr viel Energie und großen Bewegungsdrang. Die Therapeutin sagte: »Du hast aber heute viel Energie, du musst dich ja ständig bewegen, weil du mich aufwecken willst, wie Dornröschen, weil du Angst hast, dass ich sonst gar nicht lebendig mit dir spielen mag.« Elisabeth schlug vor, dass sie wieder eine »Spinne« spielen sollten, eine »Yoga-Übung«, bei der sich auch die Therapeutin bewegen sollte. Diese ging aber nicht darauf ein, sich, wie Elisabeth es wünschte, mit ihr zu »verknäulen« und zu »verstricken«, und sagte: »Wenn wir uns hier so verwickeln, kann man ja gar nicht mehr erkennen, wer ich bin und wer du bist.« »Stimmt«, sagte Elisabeth, »das ist nicht gut, aber das macht auch ganz viel Spaß!« Die Therapeutin sagte: »Du wünschst dir, ganz nah bei mir zu sein, aber es macht dir auch Angst, dass du dann nicht mehr weißt, wer ich bin und wer du bist. Dabei ist es dir immer so wichtig, dass jeder ein Einzelner ist und einen eigenen Namen hat.« Elisabeth nickte daraufhin ernst.

Elisabeth spielte daraufhin wild und sprang durch den Raum. Dann begab sie sich kurz zu den Spielfiguren, und als die Therapeutin sich zu ihr wandte, um an ihrem Spiel teilzunehmen, fuhr Elisabeth sie barsch an: »Hab doch gesagt, wir spielen doch nicht Dornröschen.« Ihre Wildheit hatte etwas Ausgelassen-Genussvolles und die Therapeutin hatte den Eindruck, dass sie auch ein wenig testen wollte, wie sehr die Therapeutin sie aushielt, ob sie in der Beziehung zur Therapeutin so sein durfte.

Plötzlich äußerte sie in ihrem wilden Spiel relativ unvermittelt: »Ich möchte jetzt Busen.« »Guck doch mal bei deinem schwarzen Popo, da sind Busen drin«, sagte sie dann und lachte ausgelassen. Dann tobte sie durch den Raum und sagte: »Busen, Busen, richtig fette Busen, ich will Busen.« Ihr Spiel erhielt eine wilde, ungestüme Qualität. Sie zog ihren Pulli hoch

und sagte: »Hier ist mein Busen, ich will, dass der so groß ist wie der von der Mama!« Sie kam auf die Therapeutin zu, wollte scheinbar in diese »hineinkriechen« und fragte: »Wo sind deine Busen?« Dabei tastete sie den Rücken der Therapeutin ab und versuchte unter ihren Pulli zu gelangen. Die Therapeutin war froh, dass Elisabeth nicht ihre Brust abtastete. Sie erlebte Elisabeths Verhalten als grenzüberschreitend, was ihr unangenehm war, und begrenzte sie daraufhin, indem sie sagte: »Das interessiert dich ganz doll, wo mein Busen ist, aber ich möchte dich bitten, dass du jetzt aufhörst, weil mir das wehtut, wenn du so wild mit mir bist.« Dabei versuchte die Therapeutin, nicht allzu begrenzend, aber auch nicht zu gewährend zu sein. Elisabeth akzeptierte die Grenze und die Erklärung und spielte weiter. Das Oszillieren zwischen dem Wunsch, sich das gute Objekt einzuverleiben, und dem Wunsch, das böse Objekt auszuspüren, kippte wieder in Richtung einer paranoid-schizoiden Position. Die Abwesenheit des guten Objekts bzw. die Anwesenheit des frustrierenden Objekts wurde dann gleich von Elisabeth mit einer »Attacke« beantwortet.

Elisabeth nahm sich das große Stoff-Krokodil und sagte: »Jetzt wird die zerfleischt, die Beute!«, und legte sich auf das Krokodil. Dabei robbte sie durch den Raum während sie auf dem Krokodil lag. Indes spielte sie »ein wildes Tier, das seine Beute zerfleischt«, und biss dabei immer wieder ausgelassen und wild in das Krokodil hinein, versuchte es zu bändigen und behielt immer die Oberhand. Es wurde deutlich, dass dies eine Form von lustvoller Nähe war, dass das Jagen und Kämpfen Elisabeth sehr viel Spaß machte.

Mitten im wilden Spiel hielt sie inne, holte plötzlich das Malpapier aus dem Regal hervor und fragte: »Wollen wir malen spielen?« Sie legte das Papier und die Stifte auf den Tisch, ging dann aber doch wieder zu dem wilden Spiel mit dem »Ball und dem Krokodil« über. So, als wollte sie der Therapeutin damit anbieten, wieder das liebe, devote Kätzchen zu sein. Die Therapeutin nahm diese dominante Rolle, die Elisabeth ihr in der Übertragung zuwies, nicht an, woraufhin Elisabeth von dem Vorschlag abließ zu malen und ihr lustvolles Spiel wieder aufnahm. Der Therapeutin fiel ein, dass Elisabeths Mutter ihr gegenüber in Elisabeths Anwesenheit erwähnt hatte, wie sehr es sie freue, wenn Elisabeth »so schön« male, leider sei dies jedoch so selten. Wollte Elisabeth der Therapeutin nun auf diese Weise wie der Mutter gefallen, weil sie in der Übertragung annahm, auch die Therapeutin freue es, wenn sie »so schön male«?

Im weiteren Verlauf der Stunde war die Therapeutin wieder auf die Rolle der Zuschauerin verwiesen. Als sie dann sagte: »Elisabeth hat aber heute große Lust zu kämpfen«, kippte die zuvor ausgelassene Stimmung wieder und Elisabeth wollte plötzlich wieder »ein liebes Kätzchen« sein. Durch das Benennen war ihr das eigene Verhalten scheinbar als so bedrohlich vorgekommen, dass sie es nun wieder vor der Therapeutin verbergen wollte. So geriet sie plötzlich wieder in die gegenteilige Rolle und spielte ein »liebes, kleines Kätzchen«, das miaute und die Therapeutin mit großen Augen hilflos anschaute. Die Therapeutin dachte gleich, dieses liebe, devote Kätzchen sei die mutistische Elisabeth, die das böse Kätzchen in sich eingesperrt hatte, um die Mutter nicht zu verletzen. Nun spielte sie »apportieren« und zeigte der Therapeutin dabei, dass sie ganz brav sein wollte. Sie brachte der Therapeutin einen Ball, den diese werfen sollte, holte ihn immer wieder wie ein Hund und legte ihn ihr vor die Füße.

Zunächst spielte sie »brav« und devot »apportieren« und begab sich damit in eine unterwürfige Position. Die Therapeutin sollte bestimmen, was zu tun war. Nach und nach wurde das Kätzchen jedoch frecher, ließ sich den Ball nicht mehr nehmen und kämpfte um ihn. Elisabeth wies die Therapeutin dann an, dass das Stoff-Krokodil dem Kätzchen den Ball

wegnehmen sollte. Die Therapeutin sollte dabei mit dem Krokodil immer wieder versuchen, ihr (bzw. dem Kätzchen) den Ball wegzunehmen. Dabei verteidigte Elisabeth ihren Ball lustvoll und griff das Krokodil immer wieder an.

Das Spiel ging nun einige Zeit so weiter. Elisabeth robbte mit dem Krokodil durch den Raum, die Therapeutin sollte immer wieder angreifen, Elisabeth verteidigte und gewann, besiegte das Krokodil. Dabei sah Elisabeth aus, als wäre sie mit dem Krokodil verwoben.

Als die Stunde zu Ende war und Elisabeth schon die Schnürsenkel zugebunden hatte, fragte sie die Therapeutin in einem vorwurfsvollen Ton: »Warum haben wir nicht gemalt?«, und zeigte dabei auf das leere Papier, das auf dem Tisch lag. Die Therapeutin antwortete: »Weil du lieber das andere spielen wolltest, mit dem Ball und dem Krokodil.« Elisabeth sagte zur Therapeutin: »Du hättest den Ball ja weglegen können.« Die Therapeutin verstand dies so, dass Elisabeth damit versuchte, die Verantwortung für das wilde Treiben, das zuvor in der Stunde stattfand, der Therapeutin zuzuschieben. Sie brachte dabei ihre eigenen aggressiven Impulse projektiv bei der Therapeutin unter, damit sie nicht Teil ihrer selbst waren. Die Therapeutin war es nun, die durch diesen projektiven Abwehrvorgang das Wilde, Aggressive spielen sollte, so dass Elisabeth nicht mehr »die Böse« verkörperte. Die Therapeutin benannte erneut den Fokus, indem sie daraufhin zu Elisabeth sagte: »Du hast Angst, dass ich dich nicht mehr mag, wenn du so wild spielst. So wie du Angst hast, dass Mama dich nicht mehr mag, wenn du wütende Gefühle hast.« Elisabeth hörte aufmerksam zu und nickte.

In den *begleitenden Elterngesprächen* konnte gemeinsam mit den Eltern an einem Verständnis dafür gearbeitet werden, warum Elisabeth sich innerhalb der Familie und auch in den anderen sozialen Bezügen so sehr abschottete. Die Mutter verstand zunehmend, dass ihr Elisabeth nach der Geburt unnahbar und fremd erschien, weil sie selbst postpartal depressiv war und – durch die eigene Trauer absorbiert- nicht gleich eine enge Mutter-Kind-Beziehung zu ihr aufbauen konnte. Dies wiederum verstärkte bei ihr Schuldgefühle. Sie erkannte mithilfe der Therapeutin auch, dass sie für Elisabeth oft abwesend und unlebendig erschienen sein muss, als jemand, dem die Tochter sich nicht mit ihrer wilden, wütenden Seite zumuten konnte. Sie verstand, dass Elisabeth ihr fremd blieb, gerade weil Mutter und Tochter sich in der Folge gegenseitig bezüglich ihrer aggressiven Impulsen »schonten« und die normalen Konflikte um Entwöhnung und Frustration nicht miteinander austrugen. Indem Elisabeth (aber auch die Mutter) sich zunehmend traute, in ihrer Interaktion dem anderen mehr Aggressives zuzumuten, erlebte die Mutter Elisabeth als immer »greifbarer«, nicht mehr so fremd und zu ihrer eigenen Welt gehörend und konnte sich besser in sie einfühlen. Zunehmend konnte die Mutter im Verlauf der Therapie mit PaKT auch Parallelen zu sich selbst als Kind erkennen.

Die Therapeutin erfuhr im Rahmen der Elterngespräche dann, dass sich Elisabeth sehr gut entwickelte. In der Schule traute sie sich immer mehr zu und schloss zunächst einmal mit einigen »Jungs« in der Gruppe Freundschaft. Auch spielte sie gern Flöte und hatte sogar darauf bestanden, dass sie beim Adventskonzert der Schule vor Publikum etwas »Eigenes« vorspielte.

Abschiedsphase: Einige Stunden vor dem Therapieende fiel der Therapeutin auf, dass es Elisabeth anscheinend wichtig war, dass die Therapeutin und sie – auch wenn es in den Stunden immer wieder einen Wechsel von aggressiven und libidinösen Übertragungselementen gab – »im Guten« auseinandergingen. Die Therapeutin erlebte es so,

dass Elisabeth, auch wenn sie die Therapeutin im Spiel wild attackierte, sich zum Ende der Stunde immer wieder vergewisserte, dass diese ihre Angriffe überlebt hatte und als Objekt erhalten geblieben war.

Besonders eindrucksvoll gestaltete Elisabeth die letzte Stunde. Bereits in der Vorbereitung auf diesen ihr anscheinend sehr wichtigen Abschied fragte sie die Therapeutin wiederholt, was diese gerne »spielen möge« oder welche Süßigkeiten oder Kekse sie gern esse. Sie hatte schon einige Stunden vorher angekündigt, dass sie zum Abschied etwas ganz Besonderes mit der Therapeutin unternehmen wollte. Die Therapeutin verstand dies folgendermaßen: So sehr, wie sie sich ihre erste Begegnung mit dem Objekt nach ihrer eigenen Geburt als einen besonderen Akt wünschte, der im Spiel während der ersten Sitzungen durch das Ritual der »Geburt des Kätzchens« symbolisiert wurde, so wichtig war es Elisabeth auch, die Loslösung und Trennung vom Objekt als einen wichtigen psychischen Akt zu gestalten. Elisabeth zeigte der Therapeutin, dass dieser wichtige psychische Akt der Trennung vom Objekt einer besonderen Aufmerksamkeit und eines entsprechenden Rituals bedurfte. Die Trennung vom Objekt ist ein schmerzhafter Prozess und bedarf einer langsamen Vorbereitung. Die Therapeutin überlegte, dass Elisabeth sich wünschte, dass ihr die Trennung vom Objekt nicht einfach ohne Vorbereitung zugemutet wurde, so wie damals, als sie im Alter von sieben Monaten plötzlich ohne Eingewöhnungszeit die Krippe besuchen musste. Sie wollte nicht mehr, dass sich die Trennung vom Objekt schleichend und unauffällig vollzog. Damit nahm sie aktiv in die Hand, was ihr im Alter von sieben Monaten bei der abrupten, von den Eltern als »unauffällig« betrachteten Krippenunterbringung versagt geblieben war.

Zur letzten gemeinsamen Stunde (Stunde 23) brachte Elisabeth kleine »Ponyfiguren« mit, die alle einen Namen erhielten, und die Therapeutin sollte sich von jeder einzelnen verabschieden. Dafür hatte sie mühsam zunächst alle 12 Ponynamen einzeln auswendig zu lernen! Außerdem brachte Elisabeth selbstgebackene Muffins mit, die sie gemeinsam verspeisen sollten. Die Therapeutin verstand dies so, dass Elisabeth wünschte, dass beide gemeinsam etwas in sich aufnahmen, das in ihrem inneren psychischen Raum erhalten bleiben sollte, auch nachdem sie sich verabschiedet hatten. Es sollte etwas bleiben, ein »gutes inneres Objekt«. Die Therapeutin bemerkte sehr deutlich, dass es Elisabeth sehr wichtig war, dass sie sich im Guten verabschiedeten – trotz der Angriffe auf die Therapeutin und trotz der Kämpfe, die Elisabeth mit der Therapeutin in der Übertragung ausgefochten hatte – und dass sie beide diese Kämpfe überlebt hatten. Elisabeth schien durch die Behandlung mit PaKT trotz der kurzen Behandlungsdauer zu einer besseren Integration guter und böser Selbst- und Objektanteile gelangt zu sein und schien sich dem Objekt nun auch mit ihren triebhaften Seiten zumuten zu können.

Zum Katamnesezeitpunkt berichtete Elisabeths Mutter, dass Elisabeth sich »wunderbar entwickelt« habe. Sie spiele nun Geige und genieße es, anderen auch in der Öffentlichkeit vorzuspielen. Außerdem habe sie nun zwei gute Freundinnen.

IV. Empirischer Teil A – Die Wirksamkeit der psychoanalytischen Kurzzeittherapie (PaKT)

6. Planung und Durchführung der kontrollierten klinischen Studie

Im Folgenden wird die Studie zur Erfassung der Wirksamkeit von psychoanalytischer Kurzzeittherapie für Kinder im Alter von 4 bis 10 Jahren in der Planung und Durchführung beschrieben. Hierzu sollen sowohl die Konzeption, das Design und die konkrete Durchführung beschrieben und begründet werden, als auch die übergeordnete Fragestellung anhand von forschungsleitenden Hypothesen konkretisiert werden. Die Forschungsmethoden orientierten sich an dem aktuellen Stand der Psychotherapieforschung (vgl. Kazdin, 2010). Innerhalb der Psychotherapieforschung lässt sich die Studie in die Tradition der Ergebnisforschung einordnen. In dem empirischen Teil dieser Arbeit findet eine ausführliche Darstellung der Studie zur Evaluation der Wirksamkeit von PaKT statt. Eine Kurzfassung der wichtigsten Ergebnisse der vorliegenden Studie wurde im März 2014 in der Zeitschrift *Psychotherapy* veröffentlicht (siehe Göttken, White, Klein, & von Klitzing 2014). Die Darstellung weiterer explorativer Analysen erfolgte etwas später im selben Jahr in der Zeitschrift *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* (Müller-Göttken, White, von Klitzing & Klein, 2014) und wird unverändert im Rahmen dieser publikationsbasierten Dissertation unter Punkt B weiter unten angefügt.

6.1 Theoretischer Hintergrund

Angststörungen stellen die häufigsten psychischen Störungen des Kindesalters dar (Cartwright-Hatton, et al., 2006). Ohne frühe Interventionen persistieren Angststörungen oftmals, oder werden im weiteren Verlauf durch depressive Störungen ersetzt (Kovacs & Devlin, 1998; Pine, et al., 1998). So wie depressive Störungen im Kindesalter gehen Angststörungen meist mit schwerwiegenden sozialen und schulischen Leistungsminderungen einher (Essau, et al., 2000). Aktuelle Studien berichten bereits im Vorschulalter von hohen Prävalenzraten für Angststörungen, die mit denen im späteren Kindesalter vergleichbar sind (siehe Kapitel 1) (Egger & Angold, 2006; Lavigne, et al., 1998). Vom Vorschulalter bis zur Adoleszenz treten Angststörungen oft mit komorbiden depressiven Störungen auf (Sterba, et al., 2007), was einerseits die weitere Entwicklung dieser Kinder behindert, und andererseits die Wirksamkeit früher Interventionen verringert (Langley, Bergman, McCracken, & Piacentini, 2004; Rapee, et al., 2013). Aktuelle Studien berichten von einer Punktprävalenz für Angststörungen von 1,5% und depressiven Störungen von 2,0% bei Vorschulkindern und einer Punktprävalenz von 3,3% bei Schulkindern (Brotman, et al., 2006; Bufferd, et al., 2011; Wichstrøm, et al., 2012). Laut einer aktuellen Studie aus Deutschland weisen ca. 5% der 7-17 Jährigen eine hohe depressive Symptomatik mit Beeinträchtigung auf (Bettge, et al., 2008). Diese

epidemiologischen Daten zeigen, dass ein großer Bedarf an altersadäquaten Behandlungsverfahren besteht. Entwicklungspsychologisch adaptierte Interventionsstrategien sollten für die betroffenen Kinder und ihre Familien anhaltende Diagnosefreiheit bewirken und darüber hinaus die weitere psychische, soziale und kognitive Entwicklung befördern.

Es gibt aktuell mehrere kontrollierte Studien, die die Wirksamkeit von Cognitiv Behavioraler Therapie (CBT) bei Jugendlichen und Kindern von 8-18 Jahren belegen (Hudson, et al., 2009; Kendall, et al., 2008; Silverman, et al., 2009; Silverman, et al., 2008). Allerdings gibt es auch im Bereich der Verhaltenstherapie bis zum heutigen Tag nur sehr wenige Studien, die sich mit dem Vorschulalter und jungen Schulalter beschäftigen. Darüber hinaus gibt es Hinweise dass diese CBT Interventionen erst wirksam werden können, sobald sich das konkret operatorische Denken in der mittleren Kindheit gefestigt hat (Barrett, 2000; Grave & Blissett, 2004; Reynolds, Wilson, Austin, & Hooper, 2012). Dies sind Voraussetzungen, über die besonders jüngere Kinder noch nicht verfügen. Die wenigen existierenden Studien belegen jedoch die Wirksamkeit von entwicklungspsychologisch adaptierter CBT für Kinder unter acht Jahren (Creswell, et al., 2010; Hirshfeld-Becker, et al., 2010; Minde, et al., 2010; Monga, et al., 2009). Mit einigen erwähnenswerten Ausnahmen gründen CBT Manuale im jungen und mittleren Kindesalter jedoch maßgeblich auf Eltern zentrierten Interventionen. In der Tat konnten Waters und Kollegen zeigen, dass eine CBT Intervention für Kinder, die nur aus Eltern-Sitzungen besteht, im Vergleich zu einer Behandlung im Eltern-Kind-Setting gleichwertige Effekte erzielte (Waters, Ford, Wharton, & Cobham, 2009). Insgesamt lässt sich dennoch feststellen, dass trotz der erwiesenen, guten Wirksamkeit von CBT im Kindesalter noch ungefähr 40% der Kinder im Anschluss an eine Behandlung mit CBT eine Angststörungen aufweisen (Albano & Kendall, 2002). Dabei scheint besonders bei jüngeren Kindern die Wirksamkeit von CBT geringer zu sein als bei älteren Kindern, wie aktuelle Metaanalysen für Angst (Reynolds, et al., 2012) und Depression zeigen konnten (Weisz, et al., 2006). Allerdings gibt es auch im Bereich der CBT aktuell keine randomisierte kontrollierte Studie, durch die die Wirksamkeit cognitiv behavioraler Verfahren für depressive und Angststörungen im Vorschulalter belegt werden könnte (Luby, 2013). Es kann daher davon ausgegangen werden, dass psychodynamische Behandlungsansätze – die primär auf Emotionen fokussieren, ängstigende Emotionen explorieren und dysfunktionale Beziehungsmuster im Spiel und in der Interaktion identifizieren (Shedler, 2010) und mit weniger kognitiven Voraussetzungen an die Kinder auskommen – eine Bereicherung für die derzeitige klinische Praxis darstellen. Aktuelle Übersichtsartikel und Metanalysen weisen darüber hinaus auf die Wirksamkeit von psychodynamischen Behandlungsverfahren für Kinder im Alter von 6-17 Jahren mit Angststörungen und depressiven Störungen hin (Abbass, et al., 2013; Midgley & Kennedy, 2011; Palmer, Nascimiento, & Fonagy, 2013). Auch wenn es vielversprechende Studien zur Wirksamkeit psychodynamischer Verfahren für Kinder unter 11 Jahren gibt (Target & Fonagy, 1994b), so gibt es doch – verglichen mit der Menge an Wirksamkeitsstudien aus dem Bereich der CBT – sehr wenige Wirksamkeitsstudien für psychodynamische Psychotherapie für Kinder mit Angststörungen und Depression. Obwohl die wenigen existierenden Studien einen wichtigen ersten Schritt auf dem Weg der Wirksamkeitsforschung im Bereich der

psychodynamischen Psychotherapie für Kinder darstellen, weisen sie jedoch häufig bestimmte Limitationen auf, z. B. das Versäumnis, klare störungsspezifische Einschlusskriterien zu formulieren, einen Mangel an entwicklungspsychologisch adaptierten, gut systematisierten Behandlungsmanualen, einen Mangel an klar definierten Kontrollbedingungen, und weithin akzeptierten, reliablen und validen Untersuchungsinstrumenten (z. B. die Verwendung eines Multi-Informantenansatzes und standardisierte diagnostische Interviews) (Horn, et al., 2005; Kronmüller, et al., 2005; Muratori, et al., 2005; Muratori, et al., 2003; Smyrnios & Kirkby, 1993; Target & Fonagy, 1994b).

Vor dem Hintergrund dieser vielversprechenden, auf internalisierende Störungen im Schul- und Jugendalter fokussierenden Studien (Abbass, et al., 2013; Muratori, et al., 2003; Muratori, et al., 2002; Palmer, et al., 2013; Trowell, et al., 2007) und der Notwendigkeit, die Wirksamkeit von psychodynamischer Psychotherapie im Vorschul- und jungen Schulalter zu überprüfen, wurde von der Autorin das – in den Kapiteln 1 bis 5 dargestellte – Behandlungsmanual mit dem Titel „Psychoanalytische Kurzzeittherapie für Kinder (englisch: Manual for Short-Term Psychoanalytic Child Therapy (PaKT)“ (Göttken & von Klitzing, 2014) entwickelt. PaKT ist ein an den aktuellen kinderanalytischen Standards (AACAP, 2012) orientierter emotionsfokussierter Behandlungsleitfaden für Vorschulkinder und junge Schulkinder.

6.2 Fragestellungen und Hypothesen

Das Hauptziel der vorliegenden Studie ist die Überprüfung der Wirksamkeit von PaKT zur Behandlung von Angststörungen im Vergleich zu einer Wartekontrollgruppe anhand eines breiten Spektrums von Instrumenten, die Angststörungen und Symptome sowohl kategorial als auch dimensional unter Anwendung eines Multi-Informanten Ansatzes erfassen sollen (Kraemer, et al., 2003). Neben der diagnostischen Remission und Symptomreduktion sollen im Rahmen explorativer Analysen ebenfalls Ergebnismaße untersucht werden, die mit dem zentralen Konstrukt des Therapieansatzes PaKT in Verbindung stehen. So sieht ein zentraler Wirkfaktor von PaKT die Verbesserung der elterlichen reflexiven Kompetenz über ihr Kind im Sinne einer Verbesserung der elterlichen Feinfühligkeit und Responsivität durch begleitende Elternarbeit vor.

Levy und Kollegen (Levy, et al., 2006) konnten zeigen, dass besonders die aufdeckende, einsichtsfördernde Methode der Psychoanalyse im Vergleich zu rein supportiven oder verhaltenstherapeutischen Interventionen geeignet ist, die Mentalisierungsfähigkeiten von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen verbessern. Sharp und Fonagy (Sharp & Fonagy, 2008) betonen den Zusammenhang von geringer elterlicher Mentalisierungsfähigkeit und Psychopathologie in der Kindheit. Bereits in einer der ersten Studien, die sich diesem Zusammenhang widmete, konnte belegt werden, dass die Mentalisierungsfähigkeit der Eltern – gemessen an der Anzahl von mentalistischen Beschreibungen ihrer eigenen Kindheit während des pränatal durchgeführten Adult Attachment Interviews (AAI) die Wahrscheinlichkeit für eine sichere Bindung des Kindes (im Alter von 12 und 18

Monaten) vorhersagte (Fonagy, Steele, & Steele, 1991). Slade definiert elterliche Mentalisierung über das Kind aus einer psychoanalytischen Perspektive in diesem Zusammenhang als sowohl kognitiven Prozess im Sinne von Einsicht oder Perspektivenübernahme als auch emotionalen Prozess im Sinne der Fähigkeit die eigenen und die Emotionen des Kindes zu ertragen, zu regulieren und in ihrer ganzen Bandbreite auf eine nicht-defensive Weise zu erfahren, ohne davon überwältigt zu werden und sich zurückzuziehen (Slade, 2005). Somit zielt eine weitere Fragestellung der vorliegenden Studie auf die Frage, ob sich nach einer Behandlung mit PaKT auch ein Effekt auf die Mentalisierungsfähigkeit der Eltern über ihr Kind erzielen lässt (Sharp & Fonagy, 2008).

Des Weiteren stellt neben der sofortigen diagnostischen Remission nach einer psychotherapeutischen Behandlung auch die Stabilität der Behandlungseffekte ein Schlüsselkriterium für die Wirksamkeit eines Behandlungsverfahrens dar. Die wenigen existierenden Wirksamkeitsstudien im Bereich der psychodynamischen Psychotherapie weisen auf stabile Behandlungseffekte hin, die sogar zum Katamnesezeitpunkt noch zunehmen (*sleeper effects*) und mit einer geringeren Tendenz der mit psychodynamischer Psychotherapie behandelten Patienten (im Vergleich zu den Kontrollprobanden) einhergehen, weitere Behandlungsangebote in Anspruch zu nehmen (Muratori, et al., 2005; Muratori, et al., 2003; Trowell, et al., 2007). Aus diesem Grund stellt die Erfassung der Wirksamkeit von PaKT zum Follow-up Zeitpunkt (6 Monate nach Behandlungsende) ein weiteres Ziel der Studie dar.

Es werden folgende forschungsleitende Hypothesen formuliert:

H1: Nach einer Behandlung mit PaKT kommt es zu einer signifikanten diagnostischen Remission.

H2: Nach einer Behandlung mit PaKT zeigt sich in der Behandlungsgruppe im Vergleich zur Wartekontrollgruppe eine signifikante Symptomreduktion sowohl auf der Ebene internalisierender und externalisierender Symptome, als auch auf der Ebene des Gesamtproblemwerts im Elternurteil.

H3: Nach einer Behandlung mit PaKT zeigen sich in der Selbstauskunft der Kinder weniger internalisierende und externalisierende Symptome.

H4: Nach einer Behandlung mit PaKT zeigt sich im Lehrer/Erzieher Urteil eine signifikante Symptomreduktion sowohl auf der Ebene internalisierender und externalisierender Symptome, als auch auf der Ebene des Gesamtproblemwerts.

Explorative Analysen:

Bisherige Studien konnten Veränderungen der Mentalisierung nur nach höherfrequenten direkten Erwachseneninterventionen nachweisen (Levy et al., 2006). Da die PaKT jedoch nur jede vierte Stunde für die Elternarbeit vorsieht (insgesamt 5-6 Sitzungen), ist ein direkter Einfluss auf die elterliche Mentalisierungsfähigkeit nicht unmittelbar zu erwarten. Eine mögliche Veränderung der mütterlichen Mentalisierung über ihr Kind soll dennoch explorativ untersucht werden.

In einer weiteren explorativen Analyse soll der Frage nachgegangen werden, ob es einen Zusammenhang zwischen der Ausprägung der Reflexiven Kompetenz der Mütter vor der Therapie mit dem Symptommrückgang der Kinder gibt. Hierzu soll für

alle Symptomskalen die Differenz der Ausprägung der Symptome vor und nach der Therapie mit PaKT berechnet und mit dem Ausmaß der Reflexiven Kompetenz der Mütter vor der Therapie korreliert werden (bivariate Korrelation nach Pearson). Die Darstellung dieser Untersuchung erfolgt separat unter V. in Kapitel 10 im empirischen Teil B dieser Dissertation.

6.3 Konzeption der Studie

Es handelt sich bei der vorliegenden Studie um eine „quasi-experimentelle“ (Kazdin, 2010, S. 169) klinische Studie in einem ambulanten kinderpsychiatrischen Versorgungssetting. PaKT wurde im Rahmen dieses quasi-experimentellen Studiendesigns an einer Stichprobe von 30 Kindern zwischen 4 und 10 Jahren mit der Diagnose einer DSM-IV Angststörung überprüft. Wie es für neue Interventionsprogramme üblich ist, diente eine Wartekontrollgruppe als Kontrollbedingung. Die Zuweisung der Familien erfolgte quasi-randomisiert auf der Basis der Verfügbarkeit eines freien Therapieplatzes. Da nur insgesamt 8 Studientherapeuten an der Studie teilnahmen, konnte keine randomisierte Zuweisung erfolgen. Gleichzeitig wurde auf diese Weise ein möglicher störender Einfluss des Studiendesigns auf die Leistungen unserer psychotherapeutischen Ambulanz minimiert. Diese Art der Zuweisung der Patienten an die Behandlungsbedingungen ist zudem dafür bekannt, Therapieeffekte hervorzubringen, die mit denen aus randomisierten Kontrollgruppenstudien vergleichbar sind (Leichsenring, 2004; Shadish, Matt, Navarro, & Phillips, 2000).

Aufgrund der hohen Standardisierung und Kontrolle der Studienbedingungen weist die Studie ein für klinische Studien hohes Maß an interner Validität auf. Gleichzeitig wurde die Studie im klinischen Versorgungsalltag durchgeführt, in dem es auch unter naturalistischen Bedingungen häufig zu Wartezeiten für einen Psychotherapieplatz kommt. Auch diagnostische Untersuchungen vor der Therapie und Nachuntersuchungen nach Ende der Therapie sind im Rahmen der universitären kinderpsychiatrischen Versorgung Routine. Somit wurde durch die Untersuchung kaum Einfluss auf die Studienteilnehmer sowie den Ablauf des Zuweisungsprozesses genommen, wodurch neben der hohen internen Validität auch eine hinreichend gute ökologische Validität der Studie gegeben war.

6.3.1 Hintergrundtheorien und Definition der Stichprobe

Angststörungen stellen die häufigste psychische Störung im Kindesalter dar (Cartwright-Hatton, et al., 2006). Die Diagnostik und Behandlung emotionaler Störungen im Vorschul- und jungen Schulalter stellt jedoch eine besondere fachliche Herausforderung dar (Wiefel, et al., 2007). Zum einen werden die internalisierenden Symptome von Kindern mit emotionalen Störungen in Kindergarten und Grundschule von Eltern, Erziehern, Lehrern und Kinderärzten häufig nicht

wahrgenommen. Zum anderen treten besonders bei Jungen in diesem Alter Ängste und depressives Erleben häufig nur latent hinter externalisierendem Verhalten wie beispielsweise einer vordergründigen Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-(ADHS) Diagnose in Erscheinung, so dass viele dieser Kinder oftmals nicht angemessen behandelt werden. Gleichzeitig finden psychodynamische Behandlungsansätze in der kinderpsychiatrischen Versorgung breite Anwendung, sind aber bisher weder ausreichend überprüft noch systematisiert worden. So lag beispielsweise einschlägigen Wirksamkeitsstudien für psychodynamische Psychotherapie – wie der Studie von Muratori und Kollegen (Muratori, et al., 2003) – kein Behandlungsmanual zugrunde. Dies führt dazu, dass besonders junge Assistenzärzte und Psychologische Psychotherapeuten in Ausbildung im Rahmen ihrer klinischen Tätigkeit vor besonderen praktischen Schwierigkeiten stehen. Während die Behandlung Jugendlicher für sie aufgrund der Elaborierung der Sprache und des konkret operatorischen Denkens Jugendlicher für diese jungen Kliniker in Ausbildung nach eigener Aussage weniger schwierig ist, ist die psychodynamische Behandlung von Vorschul- und Grundschulkindern mit der charakteristischen Fokussierung auf das Spiel und den raschen Handlungsdialog (Klüwer, 1983) sowie die intensive begleitende Elternarbeit für sie oft eine besondere Herausforderung.

Vor diesem Hintergrund erscheint die Auswahl von Kindern von 4 bis 10 Jahren als besonders geeignet. Es sollten daher 30 Kinder zwischen 4 und 10 Jahren in die Studie eingeschlossen werden, die (hauptsächlich von Pädiatern) an die kinderpsychiatrische Ambulanz des Universitätsklinikums Leipzig überwiesen wurden. Überweisungsgründe waren besonders schüchternes, ängstliches oder sorgenvolles Verhalten und/oder Wutanfälle, sowie oppositionelles und aggressives Verhalten, das von internalisierenden Symptomen wie dysphorischer Stimmung oder verschiedenen Angstsymptomen begleitet war.

Um in die Studie eingeschlossen zu werden, mussten die Kinder die Kriterien für eine DSM-IV Angststörung erfüllen (American Psychiatric Association, 2002). Ausschlusskriterien waren: (a) eine aktive Psychose, akute Suizidalität, oder Alkohol, oder Substanzmittelabusus eines Elternteils; (b) erhebliche kognitive Leistungs-minderung (IQ < 70); oder (c) aktuelle oder bereits zurückliegende kinderpsychiatrische oder kinderpsychotherapeutische Behandlungen. Die Studie wurde von der Ethikkommission der Universität Leipzig/ Medizinische Fakultät genehmigt.

6.3.2 Das Setting der Studie

Die Studie wurde an der Ambulanz der Universität Leipzig, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie- Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters durchgeführt.

Diese Ambulanz wird von einem in Kinderanalyse und Erwachsenenanalyse ausgebildeten Chefarzt, dem Direktor der Klinik, sowie von einem in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie für Kinder- und Jugendliche ausgebildeten Oberarzt, geleitet. Daneben stellen mehrere Fachärzte für Kinderpsychiatrie, Psychologische Psychotherapeuten und Assistenzärzte sowie

Psychologische Psychotherapeuten in Ausbildung die psychotherapeutische Versorgung im Rahmen der Ambulanz bereit. Neben der kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Ambulanz verfügt die Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Leipzig noch über vier kinder- und jugendpsychiatrische Stationen und eine Tagesklinik, so dass bei Bedarf auch eine stationäre oder teilstationäre Behandlung in Anspruch genommen werden kann. Des Weiteren findet eine rege Forschungsaktivität im Rahmen zahlreicher Drittmittelprojekte (z. B. DFG-bzw. BMBF-gefördert zur Erfassung der Psychopathologie emotionaler Störungen im Kindesalter) statt. Die Trägerschaft des Universitätsklinikums Leipzig gehört dem Land Sachsen. Die Universitätsklinik stellt neben dem Parkkrankenhaus Leipzig die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung für die Stadt Leipzig bereit.

Die Patienten, die sich in der Ambulanz des Universitätsklinikums vorstellen, repräsentieren das breite Spektrum Kinder- und Jugendpsychiatrischer Störungen mit einer Dominanz des Schulalters und Jugendalters im Vergleich zum Vorschul- oder jungen Schulalter. Nur ein geringer Teil der Eltern stellt sich bereits im frühen Kindesalter (beispielsweise wegen Fütterstörungen oder Regulationsstörungen) mit ihren Kindern vor.

Dennoch gibt es auch besonders im Vorschulalter eine Häufung psychischer Störungen, die sich zur Diagnostik und Behandlung in der Ambulanz vorstellen. Häufig werden die Eltern durch die Erzieher im Kindergarten auf das mögliche Vorhandensein einer psychischen Störung ihres Kindes aufmerksam gemacht. Meist werden psycho-emotionale Störungen mit externalisierender Verhaltenskomponente, aber auch mit vornehmlich internalisierendem Verhalten (wie z. B. extremer Schüchternheit, Mutismus, oder rezidivierendem Weinen) jedoch erst mit dem Schuleintritt von Lehrern und Eltern bemerkt. Von Kinderärzten werden sie daraufhin zur kinderpsychiatrischen Diagnostik und Behandlung an die Ambulanz der Kinderpsychiatrie des Universitätsklinikums überwiesen.

6.3.3 Studiendesign

Vor dem Hintergrund der geschilderten Referenztheorien und der dargestellten Datenlage zur Wirksamkeit von psychodynamischer Psychotherapie im Kindesalter soll die Wirksamkeit der Psychoanalytischen Kurzzeittherapie für Kinder im Alter von 4 bis 10 Jahren mit emotionalen Störungen (PaKT) zur Behandlung von Angststörungen im Vergleich zu einer Wartekontrollgruppe anhand eines breiten Spektrums von Instrumenten überprüft werden. Dabei sollen Angststörungen und Symptome sowohl kategorial als auch dimensional erfasst werden.

Die in die Studie eingeschlossenen Kinder und ihre Eltern sollten zu Baseline und direkt nach der Behandlung mit PaKT sowie zu einem 6-Monats Follow-up Termin untersucht werden. Während der ersten telefonischen Kontaktaufnahme der Eltern mit der Ambulanz des Universitätsklinikums führten Mitarbeiter der Klinik ein Telefon-Screening-Interview mit der Skala emotionale Symptome des Strengths and Difficulties Questionnaires (SDQ) (Goodman, 1997) durch, bei dem die Eltern nach

dem Vorhandensein von internalisierenden Symptomen befragt wurden. Die Eltern, deren Kinder zu der definierten Altersgruppe gehörten und in diesem Screening emotionale Symptome im auffälligen Bereich zeigten, wurden zu einer ersten Untersuchung mit einem diagnostischen Interview eingeladen. Im Anschluss an diese erste Untersuchung wurden die oben dargestellten Einschlusskriterien überprüft. Durch den Coloured Progressive Matrizen-Test (CPM) wurde außerdem das kognitive Leistungsniveau des Kindes erfasst, um erhebliche kognitive Leistungsminderungen der Kinder auszuschließen.

Die Familien (N = 30), die die Einschlusskriterien erfüllten, wurden entweder sofort einem Therapieplatz zugewiesen und begannen die Behandlung direkt, oder sie wurden – falls gerade kein freier Therapieplatz verfügbar war – der Wartekontrollgruppe (mit einer Wartezeit von mindestens 3 Monaten) zugeführt. Die Gruppenzuweisung erfolgte dadurch nicht im strengen Sinne randomisiert, sondern in Abhängigkeit von der Verfügbarkeit eines freien Therapieplatzes. Die PaKT wurde von acht Psychologen und Assistenzärzten durchgeführt, die sich in psychotherapeutischer Ausbildung befanden und an einer entsprechenden PaKT Manuals Schulung teilgenommen hatten. Drop-Outs wurden systematisch erfasst und dokumentiert (siehe Abbildung 7).

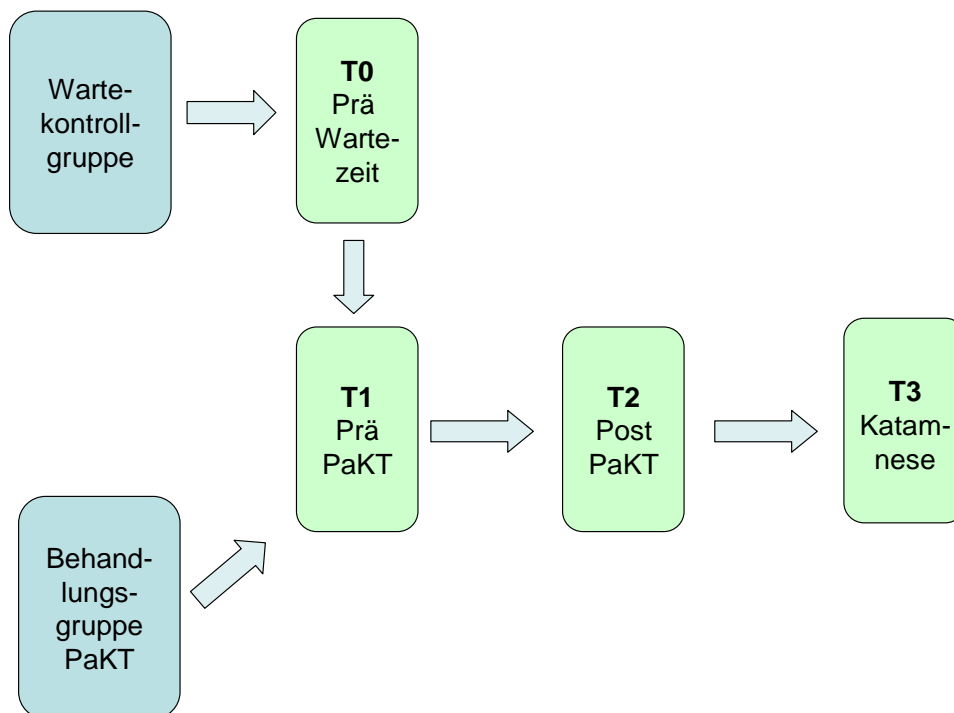


Abbildung 7: Studiendesign

Baseline Untersuchung

Die Familien der Wartekontrollgruppe wurden vor der Wartezeit mit dem strukturierten klinischen Interview, dem Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA) (Egger & Angold, 2004a) befragt. Des Weiteren wurden die Eltern gebeten, die Fragebögen zur Erfassung der Symptome auszufüllen. Hierzu wurden der Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Goodman, 2010) und die Child Behavior Checklist (CBCL) eingesetzt (Achenbach, 1991). Direkt vor Beginn der Behandlung mit PaKT wurden alle Familien (Teilnehmer der direkten Behandlungsgruppe sowie der Wartekontrollgruppe) untersucht (Wartekontrollgruppe und Behandlungsgruppe PaKT). Vor der Therapie wurden die Mütter mit dem strukturierten Interview befragt. Außerdem wurde das Parent Development Interview (Slade, 2005; Slade, et al., 2003) (PDI) zur Erfassung der reflexiven Kompetenz (Fonagy, et al., 1998; Slade, Bernbach, Grienberger, Levy, & Locker, 2005) über ihr Kind mit den Müttern durchgeführt. Des Weiteren füllten die Eltern und Erzieher die Symptomskalen der oben genannten Fragebögen aus. Das Kind wurde mit dem Berkeley Puppet Interview (BPI) (Measelle, Ablow, Cowan, & Cowan, 1998) nach der Einschätzung seiner Symptombelastung befragt.

Kurzbeschreibung der Intervention PaKT

PaKT besteht aus 20-25 Sitzungen mit einer Stundenfrequenz von 1 Stunde pro Woche (siehe Kapitel 1 bis 4 der vorliegenden Arbeit). Die Sitzungen finden in einem Erstgespräch mit Eltern und Kind, dann im weiteren Verlauf als Sitzungen mit dem Kind alleine, oder Sitzungen mit den Eltern in der begleitenden Elternarbeit statt (vgl. Götken & von Klitzing, 2014). Im Rahmen dieser Sitzungen erarbeiten und bearbeiten Therapeut, Eltern und Kind gemeinsam ein Beziehungsthema (auf der Ebene interpersoneller Beziehungen, als auch auf der Ebene interner Repräsentationen), das dem Symptom des Kindes und den hierdurch möglicherweise dysfunktionalen Familienbeziehungen zugrunde liegt. Ziel der individuellen Sitzungen mit dem Kind ist es, dem Kind bei der Durcharbeitung seines zentralen Konfliktes in freiem Spiel zu helfen. Während der 5 bis 6 Elternsitzungen (jede 4. Sitzung) erarbeitet der Therapeut mit den Eltern ein Verständnis für die zum Teil unbewussten Bedeutungen, die sich möglicherweise hinter dem Symptom des Kindes verbergen können. Dabei nutzt der Therapeut fortlaufend die sich in ihm im Rahmen der Therapeut-Kind-Eltern-Beziehung entwickelnde Gegenübertragung, um sein Verständnis für dem Symptom zugrundeliegende unbewusste intrapsychische und interpersonelle Konflikte von Eltern und Kind zu vertiefen (Freud, 1912; Racker, 1970).

Die therapeutischen Prinzipien stehen in Einklang mit den Praxisparametern für Psychodynamische Psychotherapie der American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP, 2012). PaKT zielt darauf, dem Kind dabei zu helfen die maladaptiven Abwehrmechanismen zu verringern, die der Entwicklung seine internalisierenden Symptome zugrunde liegen und die mit einer gesunden psychischen Entwicklung des Kindes kollidieren. Zusätzlich dazu zielt PaKT darauf ab, die Eltern-Kind-Beziehung zu verbessern, indem sie durch Förderung der

elterlichen Mentalisierungsfähigkeit, die elterliche Reflexive Kompetenz über das Kind sowie die elterliche Feinfühligkeit unterstützt.

T2 und Follow-Up Untersuchung

Die Mütter der Kinder wurden direkt nach dem Ende der Behandlung mit PaKT erneut mit dem strukturierten klinischen Interview (PAPA) befragt. Außerdem wurde das PDI mit den Müttern durchgeführt. Eltern und Erzieher füllten die Symptomskalen der Fragebögen, sowie die Evaluationsbögen (FBB) aus, während die Kinder mit dem BPI interviewt wurden. Sechs Monate nachdem die psychotherapeutische Behandlung zu Ende war, wurden alle Familien erneut eingeladen, um mit einer gekürzten Variante des PAPA Interviews, das alle relevanten internalisierenden Störungen abdeckt, befragt zu werden. Zusätzlich füllten alle Eltern und Lehrer/Erzieher zum Post-PaKT und Follow-up Zeitpunkt die Symptomskalen der obengenannten Fragebögen aus, während die Kinder erneut mit dem BPI interviewt wurden.

6.3.4 Statistische Analysen

Die dichotome Anwesenheit/Abwesenheit von Angststörungen auf kategorialer Ebene und die dimensionale Erfassung von internalisierenden, externalisierenden Symptomen und Gesamtproblemwert (SDQ, CBCL) im Elternurteil dienen als primäre Ergebnis-Maße. Alle anderen Instrumente inklusive der Selbstausskunft der Kinder und das Lehrer-/Erzieher-Urteil dienen als sekundäre Ergebnis-Maße, da diese Daten lediglich zum Prä-, Post-PaKT und Follow-up Messzeitpunkt verfügbar sind (jedoch nicht direkt vor der Wartezeit). χ^2 -Tests dienen als statistische Tests für kategoriale Maße und mixed-design ANOVAs und repeated measures ANOVA für dimensionale Maße. Es sollen zunächst in der Ergebnisdarstellung die Analysen der Ergebnisse der 27 nachuntersuchten Kinder („per protocol“ (PP) Analysen) berichtet werden. Um den Einfluss von Drop-Outs zu berücksichtigen und die Effekte der Studie nicht zu überschätzen, werden im Falle von Therapieabbrüchen Intent-to-treat (ITT)-Analysen (mittels der „last observation carried forward (LOCF)“ Methode; Committee for Proprietary Medicinal Products, 2001, White, Horton, Carpenter, & Pocock, 2011) durchgeführt. Zur Signifikanzprüfung wird $\alpha = .05$ festgesetzt. Die Testung erfolgte – wie für Psychotherapiestudien in der aktuellen Literatur üblich (vgl. Minde, et al., 2010; Monga, et al., 2009) – konservativ zweiseitig.

Teststärke:

Bei $N=30$ wird vor allem mit Fehlern 2. Art (β -Fehler; d. h. Unterschiede oder Assoziationen, die existieren, werden nicht erkannt) und weniger mit Fehlern 1. Art (α -Fehler; d. h. Unterschiede oder Assoziationen werden angenommen, obwohl sie nicht existieren) zu rechnen sein. Um sicher zu gehen, dass die Hypothesen getestet und vorhandene Veränderungen über die Zeit bzw. Unterschiede zwischen Gruppen aufgedeckt werden können, wurden Power-Kalkulationen mittels G*Power 3.03

(Erdfelder, Faul, & Buchner, 1996; Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) vorgenommen.

Hypothesen 1, 2, 3, 4: Bei $N=30$, $\alpha=.05$ (zweiseitig) und mittlerer Effektgröße ($f = 0.25$, Meßwiederholung 3 Zeitpunkte) ergibt sich eine Teststärke von .84 für Prä-Post-Follow-up-Vergleiche (ANOVA repeated measures within-between interactions) bezogen auf Veränderungen der Symptomatik (gerichtete Hypothesen). Insgesamt wird also bei einer Gesamtstichprobe von $N = 30$ eine gute Teststärke für die Veränderungsmessung erreicht.

6.4 Forschungsinstrumente

6.4.1 Das Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA)

Das Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA) (Egger & Angold, 2004b; Egger, et al., 2004) dient der kategorialen Erfassung affektiver Störungen und emotionaler Symptome mittels eines strukturierten Interviews mit einem Elternteil. Das PAPA ist ein diagnostisches Instrument, das für die Altersspanne von 2 bis 5 Jahren konzipiert wurde, auf dem Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA) aufbaut und inhaltlich und strukturell auf die speziellen Symptome und Verhaltensweisen sehr junger Kinder zugeschnitten ist. Das PAPA integriert die altersgruppenspezifischen DSM-IV Diagnosen, Items aus dem DC: 0-3 ZERO TO THREE (2005) und die Forschungskriterien des Research Diagnostic Criteria-Preschool Age (RDC-PA). Es untersucht die Intensität, Häufigkeit, Dauer, und das erstmalige Auftreten aller relevanten Störungen nach DSM-IV. Das PAPA hat sich als reliables Instrument zur standardisierten Erhebung von psychiatrischen Symptomen und Diagnosen im Vorschulalter erwiesen (Egger, et al., 2006). Das Forschungsteam der vorliegenden Studie wurde durch die Autoren des Instruments in diesem Verfahren trainiert und zertifiziert, so dass das PAPA in der vorliegenden Studie sowie in einer weiteren von der Deutschen Forschungs Gemeinschaft (DFG) geförderten Studie an unserem Zentrum erstmalig im deutschen Sprachraum angewendet werden konnte. Um die Vergleichbarkeit zu ermöglichen, benutzten wir das gleiche diagnostische Interview (PAPA) für die gesamte Stichprobe. Die Inter-Rater Reliabilität hinsichtlich der Hauptdiagnosen wird anhand von 10% aller Prä-Post und Follow-up Interviews bestimmt. Die Autorin dieser Dissertation und weitere wissenschaftliche Mitarbeiter wurden intensiv durch die Autoren des PAPA geschult.

6.4.2 Der Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

Der Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ (Goodman, 1997) ist ein weit verbreiteter Fragebogen zur dimensionalen Erfassung emotionaler und verhaltensbezogener Symptome sowie prosozialen Verhaltens bei Kindern im Alter von 4 bis 16 Jahren durch Eltern und Lehrer/Erzieher anhand von 25 Items. Die

Einschätzung bezieht sich dabei auf die letzten sechs Monate und erfolgt mittels einer dreistufigen Antwortskala (0 = nicht zutreffend, 1 = teilweise zutreffend und 2 = eindeutig zutreffend) (siehe Anhang A). Aus den einzelnen Items lassen sich die Subskalen emotionale Probleme, Verhaltensprobleme, Hyperaktivität, Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen sowie prosoziales Verhalten bilden. Die ersten vier genannten Subskalen können zu einem Gesamtproblemwert zusammengefasst werden. In der vorliegenden Studie wurden Stärken und Schwächen der Kinder anhand von 3 Skalen erfasst: emotionale Probleme (z. B. „Hat viele Sorgen, erscheint oft bedrückt.“), Verhaltensprobleme (z. B. „Hat oft Wutanfälle, ist aufbrausend“; „Streitet sich oft mit anderen Kindern oder schikaniert sie.“) und Gesamtproblemwert (Summe der Einzelskalen abzüglich der Skala prosoziales Verhalten). Besonders die Subskala emotionale Probleme spielt für die vorliegende Studie eine zentrale Rolle und soll daher in der Auswertung neben dem Gesamtproblemwert genau betrachtet werden (siehe Kapitel 8.2, primäre und sekundäre Ergebnis-Maße). Für die Subskala emotionale Probleme können maximal 10 Punkte errechnet werden. Der Gesamtproblemwert kann sich auf maximal 40 Punkte belaufen. Die Höhe der Punktzahl bestimmt das Ausmaß der Problematik. Anhand der deutschen Norm- und Cut-off-Werte (siehe Tabelle 8 und 9; Koglin, Barquero, Mayer, Scheithauer, & Petermann, 2007; Woerner, et al., 2002b) können Kategorisierungen in „unauffällig“, „grenzwertig“ und „auffällig“ vorgenommen werden. Diese Cut-Off-Werte wurden so gewählt, dass 80% einer repräsentativen deutschen Stichprobe als unauffällig, ca. 10% als grenzwertig und ca. 10% als auffällig eingestuft werden.

Tabelle 8: Cut-off-Werte für die deutsche Form des SDQ-Elternfragebogens nach Woerner et al. 2002:

SDQ Skala	unauffällig	Grenzwertig	Auffällig
Gesamtproblemwert	0-12	13-15	16-40
Emotionale Probleme	0-3	4	5-10
Verhaltensprobleme	0-3	4	5-10

Tabelle 9: Cut-off-Werte für die deutsche Form des SDQ-Lehrerfragebogens nach Koglin et al. (2007):

SDQ Skala	unauffällig	grenzwertig	auffällig
Gesamtproblemwert	0-13	14-17	18-40
Emotionale Probleme	0-2	4	5-10
Verhaltensprobleme	0-3	4	5-10

Der SDQ ist aufgrund seiner Kürze bei Eltern und Erziehern gut akzeptiert. Der SDQ korreliert hoch mit der umfangreicheren Child Behavior Checklist von Achenbach (1991; Goodman & Scott, 1999; Klasen, et al., 2000) und ist in deutscher Version sowie in vielen weiteren Sprachen verfügbar. Der SDQ wurde bereits in deutschsprachigen repräsentativen Studien eingesetzt (Hölling, Erhart, Ravens-Sieberer, & Schlack, 2007). Eine Normierung der Eltern- und Lehrer-Version erfolgte an einer britischen Stichprobe (Meltzer, Gatward, Goodman, & Ford, 2000). Eine Normierung der deutschen Elternversion liegt vor (Klasen, Woerner, Rothenberger, & Goodman, 2003; Klein, Otto, Fuchs, Zenger, & von Klitzing, 2012; Rothenberger, Becker, Erhart, Wille, & Ravens-Sieberer, 2008; Woerner, et al., 2002b). In einer aktuellen Studie konnten die Gütekriterien des SDQ anhand einer Stichprobe deutscher Vorschulkinder erneut bestätigt werden. Die interne Konsistenz nahm für die Subskalen Werte von $\alpha = .58$ bis $\alpha = .79$ an. Die Skala Gesamtproblemwert wies eine interne Konsistenz von $\alpha = .79$ auf (Klein, et al., 2012). Der SDQ vermag in internationalen Studien zwischen nicht-klinischen und klinischen Stichproben zu diskriminieren (Bourdon, Goodman, Rae, Simpson, & Koretz, 2005; Goodman, 1997; Goodman & Scott, 1999; Klasen, et al., 2003). Das Ausmaß der internen Konsistenz der Skalen variiert von mittel bis hoch (Bourdon, et al., 2005; Goodman, 2001). Angaben zur Konstruktvalidität, gemessen an der Übereinstimmung mit klinischen Diagnosen und der Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten, fallen zufriedenstellend aus (Bourdon, et al., 2005; Goodman, 2001).

6.4.3 Die Child Behavior Checklist (CBCL)

Die Child Behavior Checklist (CBCL/4–18; Achenbach, 1991) ist ein weit verbreiteter reliabler und valider Fragebogen zur dimensionalen Erfassung von emotionalen und Verhaltensproblemen bei Kindern im Alter von 4 bis 18 Jahren. Der Fragebogen liegt in verschiedenen Versionen (Eltern, Lehrer/Erzieher, Kind/Jugendlicher) vor. In der vorliegenden Studie dienten die Eltern als Informanten.

Der Fragebogen besteht aus zwei Teilen. Im ersten Teil treffen die Eltern anhand von 20 Items Aussagen bezüglich der Kompetenzen ihres Kindes. Anschließend beurteilen sie mithilfe von 118 Items das Vorhandensein verschiedener Symptome auf einer dreistufigen Skala (0 = nicht zutreffend, 1 = etwas oder manchmal zutreffend, 2 = genau oder häufig zutreffend) (siehe Anhang B). Der Beurteilung wird das Verhalten und Erleben der Kinder in den letzten 6 Monaten zugrundegelegt. Aus dem ersten Teil des Fragebogens lassen sich drei Skalen zur psychosozialen Kompetenz des Kindes (Aktivität, soziale- und schulische Kompetenz) ableiten. Teil zwei ermöglicht die Berechnung verschiedener Syndromskalen (Angst/Depressivität, Sozialer Rückzug, Soziale Probleme, Körperliche Beschwerden, Schizoid/Zwanghaft, Aufmerksamkeitsstörung, Dissoziales Verhalten, Aggressives Verhalten). Aus den Skalen Angst/Depressivität, Sozialer Rückzug und Körperliche Beschwerden lässt sich ein übergeordneter Wert für Internalisierende Probleme

ermitteln. Ein Wert für Externalisierende Probleme kann mithilfe der Syndromskalen Aggressives und Dissoziales Verhalten gebildet werden. Auch ein Gesamtproblemwert lässt sich ermitteln. Dieser Gesamtwert und die Skala Internalisierende Probleme, sowie Externalisierende Probleme sind für die vorliegende Studie von zentraler Relevanz (siehe Kapitel 8.2, primäre Ergebnis-Maße). Für die vorliegende Studie wurden des Weiteren als sekundäre Ergebnismaße die Subskalen der Skala Internalisierende Probleme (Angst/ Depression, Sozialer Rückzug) angewendet.

Für die deutsche Version der CBCL liegen Normen (Prozentränge und T-Werte) aus einer repräsentativen Stichprobe (N = 2900) der Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist vor (1998), die eine kategoriale Einteilung in „unauffällig“ (T < 60), „grenzwertig“ (T = 60-63) und „auffällig“ (T > 63) erlauben. Die Cut-off Werte für die einzelnen in der vorliegenden Untersuchung Verwendung findenden Skalen sind in den Tabelle 10 und 11 dargestellt. Für den CBCL liegen laut Handbuch von 1998 unterschiedliche Normen für Jungen und Mädchen vor. Die angegebenen Normen beziehen sich auf den Alterbereich 4 bis 11 Jahre. Die internen Konsistenzen für die übergeordneten Skalen verzeichnen Werte von $r > .85$ (vgl. Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998; Achenbach, 1991). Die CBCL haben sich als ein valides und reliables Instrument zur Erfassung der Kompetenzen und Probleme von Kindern und Jugendlichen im Alter von 4 to 18 Jahren erwiesen (Achenbach & Rescorla, 2003; Schmeck, et al., 2001).

Tabelle 10: Cut-off-Werte für die deutsche Form der CBCL für Mädchen nach Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998):

CBCL Skala	unauffällig	grenzwertig	Auffällig
Sozialer Rückzug	0-5	6-7	8-18
Angst/Depressivität	0-6	7-9	10-28
Internalisierend	0-7	8-10	11-64
Externalisierend	0-9	10-13	14-66
Gesamtproblemwert	0-26	27-36	37-236

Tabelle 11: Cut-off-Werte für die deutsche Form der CBCL für Jungen nach Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998):

CBCL Skala	unauffällig	grenzwertig	auffällig
Sozialer Rückzug	0-4	5-6	7-18
Angst/Depressivität	0-6	7-10	11-28
Internalisierend	0-7	8-9	10-64
Externalisierend	0-12	13-16	17-66
Gesamtproblemwert	0-28	29-37	37-236

6.4.4 Das Berkeley Puppet Interview (BPI)

Das Berkeley Puppet Interview, BPI (Measelle, et al., 1998) ist ein Strukturiertes Handpuppeninterview zur Erfassung der Selbstwahrnehmung des Kindes mittels 57 Items. Im Interview werden zwei identische Handpuppen verwendet, die mit dem Kind in einen möglichst natürlichen Dialog treten sollen, der dem eines Dialogs zwischen Gleichaltrigen nahekommen soll. Jeweils eine Puppe beschreibt eine bestimmte Erlebensweise (z. B. „Ich bin ein trauriges Kind“) und die andere Puppe eine gegenteilige Selbstwahrnehmung (z. B. „Ich bin kein trauriges Kind“). Die Puppen bitten dann das Kind, eine entsprechende Aussage über sich selbst zu machen („Und wie ist es bei Dir?“/„Und Du?“). Das Kind kann dann entweder verbal äußern, welcher der Puppen es sich im Selbstempfinden näher fühlt, oder non-verbal, indem es auf eine der Puppen zeigt. Das Interview wird auf Video aufgenommen und es erfolgt eine Einschätzung der Antworten auf einer 7-Punkte-Skala durch unabhängige Rater. Das BPI hat sich als ein Instrument mit hoher interner Konsistenz, moderater Stabilität und moderater externaler Validität erwiesen (Measelle, et al., 1998). Es gibt positiv und negativ ausgerichtete Items, die gleichmässig auf die Puppen verteilt sind, um so einer Identifikation des Kindes mit einer der Puppen vorzubeugen. Jedes Item wird auf einer 7-stufigen Likert-Skala kodiert (1-3 = starke bis schwache Übereinstimmung mit der negativen Aussage, 4 = weder positiv noch negativ, 5-7 = starke bis schwache Übereinstimmung mit der positiven Aussage) (siehe Anhang C).

Es können acht Skalen gebildet werden: Depression, Trennungsangst, Überängstlichkeit, Oppositionelles Verhalten, offene Aggression gegenüber Gleichaltrigen, Verhaltensprobleme, Peer-Bullying und Akzeptanz/ Ablehnung durch Peers. Für die vorliegende Studie wurden folgende Unterskalen verwendet: Depression, Trennungsangst, Überängstlichkeit, Oppositionelles Verhalten und Offene Aggression gegenüber Gleichaltrigen. Für die vorliegende Studie wurden die ursprünglichen BPI-Subskalen aggregiert. Die übergeordnete Skala „Internalisierung“ umfasst die Unterskalen Depression, Trennungsangst und Überängstlichkeit (z. B. „Ich bin kein glückliches Kind“, „Ich habe Angst, dass Mama und Papa weggehen und nie mehr zurückkommen“, „Ich mache mir Sorgen, dass schlimme Sachen passieren werden“; 20 Items). Die übergeordnete Skala „Externalisierung“ umfasst die Unterskalen Oppositionelles Verhalten und Offene Aggression gegenüber Gleichaltrigen (z. B. „Wenn ich wütend werde, dann flippe ich aus“, „Ich haue oft andere Kinder“; 13 Items). Das Team der vorliegenden Studie wurde intensiv in dem BPI geschult und unterzog sich einer Reliabilitätsprüfung. Das BPI wurde somit von trainierten und reliablen wissenschaftlichen Hilfskräften durchgeführt. Measelle et al. (1998) wiesen in einer Längsschnittuntersuchung mit Vorschulkindern eine hohe interne Konsistenz von .70 in jeder Skala über zwei Jahre hinweg (Vorschule/Kindergarten/1. Schuljahr) nach. Sie fanden außerdem eine moderate Stabilität (1 Jahr: $r = .51$; 2 Jahre: $r = .29$) sowie eine moderate externe Validität (Korrelation zwischen kindlicher Selbstwahrnehmung und Fremdwahrnehmung (Eltern- und Lehrerurteil): $r = .30$). Des Weiteren konnten sie eine hohe Interraterreliabilität ($> 95\%$) nachweisen. In einer aktuellen Studie von Rongoot und Kollegen (2013) konnten die psychometrischen Eigenschaften des BPI

anhand einer großen Stichprobe von 6375 Kindern im Alter von 5-7 Jahren erhoben werden. Das BPI weist eine gute Konstruktvalidität auf. Mittels konfirmatorischer Faktorenanalyse konnte eine Übereinstimmung von 50 Items des BPI mit 8 latenten Faktoren ermittelt werden (Depression, Trennungsangst, Überängstlichkeit, Oppositionelles Verhalten, offene Aggression gegenüber Gleichaltrigen, Verhaltensprobleme, Peer-Bullying und Akzeptanz/ Ablehnung durch Peers). Des Weiteren wiesen die Autoren eine hohe Reliabilität der drei übergeordneten Skalen nach. Dabei erwiesen sich die Skalen Internalisierung, Externalisierung und Peer Beziehungen als homogene Konstrukte ($\alpha = .68-.79$) (Ringoot, et al., 2013).

6.4.5 Das Parent Development Interview (PDI)

Die Mütter wurden mit dem Parent Development Interview, PDI, (Slade, 2005; Slade, et al., 2003) interviewt. Das PDI ist ein Instrument zur Erfassung der mentalen Repräsentationen eines Elternteils in Bezug auf das Kind, in Bezug auf sich selbst als Elternteil und in Bezug auf ihre Beziehung zum Kind. Dabei wird die Fähigkeit der primären Bezugsperson, über ihr Kind zu reflektieren von der Autorin des PDI wie folgt definiert:

„A mother’s capacity to hold in her own mind a representation of her child as having feelings, desires, and intentions allows the child to discover his own internal experience via his mother’s representation of it; this re-presentation takes place in different ways at different stages of the child’s development and of the mother-child interaction. It is the mother’s observations of the moment to moment changes in the child’s mental state, and her representation of these first in gesture and action, and later in words and play, that is at the heart of sensitive caregiving, and is crucial to the child’s ultimately developing mentalizing capacities of his own” (Slade, 2005, S. 271).

Wie Fonagy und Kollegen (1991) zeigen konnten, ist die Kompetenz der Eltern, über die mentalen Zustände des Kindes zu reflektieren, entscheidend für die Ausbildung einer sicheren Bindung des Kindes (Fonagy, et al., 1991) sowie emotional-kognitiver Fähigkeiten (Fonagy, Redfern, & Charman, 1997; Harris, 1989) im Vorschulalter. Fonagy und Kollegen maßen die Reflexive Kompetenz eines Individuums anhand einer Skala (Reflective Functioning Skala, (Fonagy, et al., 1998)), die für das Adult Attachment Interview entwickelt wurde. Reflexive Kompetenz wird somit anhand der erinnerten eigenen Eltern-Kind-Beziehung anhand der Narrative des AAI erhoben. Das PDI ist angelehnt an das Adult Attachment Interview (AAI; (George, Kaplan, & Main, 1984)), dient jedoch der direkten Erfassung reflexiver Prozesse der Eltern im Kontext der aktuellen Eltern-Kind-Beziehung (Slade, Aber, et al., 2005) anhand einer an das PDI adaptierten Reflexiven-Kompetenz-Skala (Slade, Bernbach, et al., 2005). Das PDI ist ein semi-strukturiertes Interview, das sowohl Fragen enthält, die es dem Untersuchten ermöglichen, oder ihn dazu verpflichten, seine Reflexive Kompetenz zu demonstrieren. Daher wurden vier sogenannte Pflichtfragen (Fonagy, et al., 1998) aus dem AAI (George, et al., 1984) in das PDI integriert, eine weitere Frage aus dem „Working Model of the Child Interview“ (Benoit, Zeanah, Parker, Nicholson, & Coolbear, 1997; Zeanah & Benoit, 1995), sowie Elemente des „Object

Relations Inventory“ (Blatt, Chevron, Quinlan, Schaffer, & Wein, 1992). Im Gegensatz zum AAI kann das PDI nicht genutzt werden, um Bindungsklassifikationen der Eltern zu erheben. Der Ablauf des PDI gliedert sich in 7 Teile. Zunächst werden a) Fragen bezüglich der elterlichen Wahrnehmung des Kindes gestellt („Could you get us started by choosing three adjectives of your child“?, oder „What do you like most of your child?“). Dann b) folgen Fragen zur elterlichen Wahrnehmung ihrer Beziehung zum Kind („How do you think your relationship with your child is affecting his/her development?“), c) zu ihrer affektiven Erfahrung von Elternschaft („How has having a child changed you?“), d) zur eigenen Familiengeschichte der Eltern („Did you ever feel rejected or hurt (physically or emotionally) by your parents as a young child?“), d) Fragen zu den Dimensionen Abhängigkeit und Unabhängigkeit im Kontext der aktuellen Eltern-Kind-Beziehung“ („What happens when he/she can't do things on his/her own?“), e) Fragen zu den Dimensionen Trennung/Verlust („Has there ever been a time in your child's life when you felt, as if you were losing him/her just a little bit? What did that feel like for you?“), f) Fragen die einen Rückblick, bzw. Ausblick ermöglichen sollen („How do you think about the relationship you and your child will have when your child is an adult?“). Erste Untersuchungen zur Konstruktvalidität und prädiktiven Validität wurden durchgeführt. Eine Untersuchung von Hermelin-Kuttner (1998) zeigte, dass die Flexibilität der mütterlichen Selbstrepräsentanz ein geringes Ausmaß an Ärger, aber ein hohes Ausmaß an Trennungsangst im PDI vorhersagte, wenn die Kinder 10 Monate alt waren. Dabei zeigten sich wenig mütterlicher Ärger und viel Trennungsangst im Alter von 10 Monaten als für diese Entwicklungsphase des Kindes adaptiv (Hermelin-Kuttner, 1998). Steele und Kollegen konnten anhand des PDI's mit Adoptiveltern zeigen, dass Eltern von Kindern, die spät adoptiert wurden, ein höheres Ausmaß an Ärger, Feindseligkeit, Hilfebedürftigkeit zeigten und ihr Adoptivkind als aggressiver, zurückgezogener, kontrollierender und überfreundlicher beschrieben, als Eltern, die ihre Kinder bereits im Säuglingsalter adoptieren konnten (Steele, 2003). Das PDI dauert – je nach Antwortverhalten der Eltern – ungefähr 90 Minuten (Interview-Leitfaden siehe Anhang D).

In der vorliegenden Studie wurde das PDI nur mit den Müttern bzw. Pflegemüttern durchgeführt, da 50% der Kinder mit einer alleinerziehenden Mutter zusammenlebten und – da Väter oftmals wenig oder zu Beginn der Studie oftmals gar keinen Kontakt zu ihren Kindern hatten – die Mütter daher an den Untersuchungen teilnahmen. Alle PDI Untersuchungen wurden auf Video aufgenommen und anschließend von einer unabhängigen reliablen und zertifizierten Raterin codiert. Die Codiererin war zu den Forschungshypothesen, den Messzeitpunkten, sowie den Behandlungskonditionen (direkte Behandlungsgruppe vs. Wartekontrollgruppe) verblindet. Das Training zur Durchführung des PDI mit entsprechender Reflexiver-Kompetenz Scoring Methode wurde am Anna Freud Zentrum in London absolviert. Die Autorin dieser Dissertation und zwei weitere wissenschaftliche Mitarbeiter nahmen an dieser Schulung teil.

6.4.6 Die Reflexive Kompetenz-Skala (RK)

Anhand der Narrative der Eltern - erhoben mittels des PDI - wird die Reflexive Kompetenz des Elternteils anhand der für das PDI adaptierten RK-Skala (Slade, Bernbach, et al., 2005) von Fonagy und Kollegen (Fonagy, et al., 1998) nach vier zentralen Kategorien kodiert: 1) Wahrnehmung des Charakters mentaler Zustände 2) Fähigkeit, einen Bezug zwischen Verhaltensebene und zugrundeliegenden mentalen Zuständen herzustellen, 3) Erkennen der Abhängigkeit mentaler Zustände vom Entwicklungsstand des Kindes und 4) Wahrnehmung und Bezug nehmen auf mentale Zustände und innerpsychische Befindlichkeiten des Interviewers. Dabei wird die Wertung zunächst anhand der Anzahl und Qualität der in einer Textpassage enthaltenen Kategorien vergeben. Einen Überblick über die verschiedenen Kategorien vermittelt die Kategorientabelle im Anhang E.

Die Reflexive Kompetenz wird anhand einer 11-stufigen Skala kodiert. Die Wertungen 5-9 (durchschnittlich bis hohe Reflexive Kompetenz) wird vergeben, wenn sich die Textpassagen durch ein hohes Ausmaß an Elaboriertheit, Originalität und Perspektivenverschränkung auszeichnen. Die Narrative sollten daher die oben genannten Kategorien 1-4 enthalten und menschliches Verhalten mentalistisch erklären (siehe Kategorientabelle in Anhang E). Da einige Fragen des PDI affektiv erregende Themen ansprechen, wird die Demonstration Reflexiver Kompetenz ausdrücklich anhand schmerzhafter oder belastender Themenkomplexe mit einer hohen Wertung gewürdigt. Folgende, von der Autorin dieser Dissertation übersetzte Textpassage aus dem Kodierhandbuch des PDI (Slade, Bernbach, et al., 2005) ist ein Beispiel für eine außergewöhnliche Reflexive Kompetenz einer Mutter (Wertung 9): „Als er krank war, wachte er immer nachts auf, und um zu verhindern, dass er weiter aufwachte, mussten wir ihn schreien lassen. Ich konnte das nicht ertragen, ich meine, mir war klar, dass er mich nie wieder lieben würde und dass er mich hassen würde und dass ich die gemeinste Person der Welt wäre und dass er nicht glauben konnte, dass ich ihn nicht hören konnte. Also, wir ließen ihn normalerweise nicht schreien. Während des Tages hätten wir immer versucht und wir hätten ihn hochgenommen, wir hätten versucht herauszufinden, was falsch war oder wir hätten ihn beruhigt. So ist das definitiv das einzige Mal der Täuschung gewesen. Ich weiß, dass er mich morgens immer mag, also wird er mir dieses nicht vorhalten, aber mein Gefühl ist, dass er einfach so wütend sein muss und so aufgebracht und dass er das nicht verstehen kann, weil das so untypisch für uns ist“ (Slade, 2005, S.281, Übersetzung durch die Autorin). Wenn mentalistische Beschreibungen zwar vorhanden, jedoch weniger elaboriert sind und nicht die Regulation komplexerer (z. B. ambivalenter) Erfahrungen ermöglichen und nicht in einen kausalen Zusammenhang gebracht werden können, wird die Wertung 5 vergeben (z. B.: „Er war sehr aufgeregt und ich hatte sogleich den Eindruck, er konnte nicht verstehen, warum ich ihn nicht vom Babysitter abholen konnte“). Die Wertungen 0-3 (niedrige oder abwesende Reflexive Kompetenz) werden dann vergeben, wenn die interviewte Person eigenes oder fremdes Verhalten nicht-mentalistisch erklärt (z. B. wenn eine Mutter auf die Frage, was sie an ihrem Kind am liebsten möge, antwortet: „Es ist schön mit ihm zusammen zu sein und zu beobachten, wie er Dinge tut“(1), oder „Er weint, aber es geht ihm gut (0)“). Die Wertung einer 3 wird vergeben, wenn zwar Ansätze zu einem

mentalistischen Erklären vorhanden sind, diese jedoch nicht nachvollziehbar in eine Geschichte eingebettet werden, so dass sie klischeeartig, oberflächlich oder banal wirken (z. B. „Er denkt, er sei der Boss“). Die Wertung -1 (negative Reflexive Kompetenz) wird vergeben, wenn es sich bei den Äußerungen des Untersuchten um dezidiert nicht-reflektive, feindselige oder bizarre Antworten handelt die auf nicht-integrierte oder fragmentierte Reflexive Kompetenz hinweisen (z. B. : „Er ist nur ein Baby, also wie können wir uns ähnlich sein? Sie haben ihn getroffen. Ich verstehe nicht, wie sie mir solch eine Frage stellen können“). Die geraden Zahlen dienen dabei als Zwischenkategorien, wenn die Zuordnungen zu den soeben beschriebenen ungeraden Kategorien nicht möglich ist. Die Gesamtwertung der Reflexiven Kompetenz ermittelt anhand des PDI ergibt sich nicht als arithmetisches Mittel der einzelnen Fragen oder Kategorien. Vielmehr wird ein Gesamteindruck („Overall Score“) des Interviews ermittelt. Dabei erhöhen Höchstwerte an demonstrierter Reflektiver Kompetenz den Gesamtwert, während negative Wertungen den Gesamtwert verschlechtern. In Ausnahmefällen können auch gerade Zahlen den Gesamtwert bilden, wenn sich das Ergebnis nicht eindeutig den verschiedenen Kategorien zuordnen lässt.

Eltern mit einem hohen Ausmaß an Reflexiver Kompetenz – erhoben mittels der RK-Skala (Fonagy, et al., 1998) – erfassen dabei laut Slade „das komplexe Zusammenspiel zwischen ihren eigenen mentalen Zuständen und denen des Kindes, sowie zwischen ihrer eigenen innerpsychischen Erfahrung und ihrem Verhalten sowie der des Kindes und seines Verhaltens“ (Slade, 2005, S. 279, Übersetzung durch die Autorin). Ein reflexiver Elternteil nutzt ein solches Verständnis eigener und fremder mentaler Zustände, um sein Verhalten zu steuern. Somit ist die Reflexive Kompetenz für ein feinfühlig abgestimmtes Elternverhalten essentiell (ebd.).

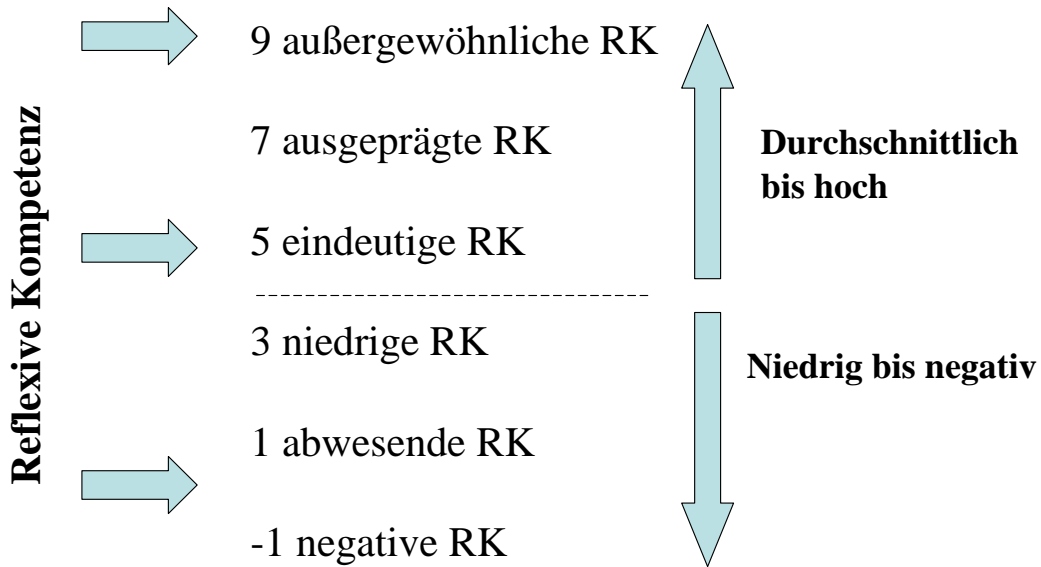


Abbildung 8: Die Reflexive Kompetenz-Skala nach Slade et al. (2005)

6.4.7 Die Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung (FBB)

Die Akzeptanz der Behandlung wurde anhand des Elternurteils und Therapeutenurteils mit den *Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung* erfasst (Mattejat, 1999). Die FBB ermöglichen die Erfassung der subjektiven Versorgungsqualität unabhängig vom eingesetzten Therapieverfahren. Es liegen drei verschiedenen Fragebögen für die Beurteilergruppen Therapeut, Eltern und Patient vor. Alle drei Versionen von Fragebögen ermöglichen Beurteilungen der beiden Behandlungsaspekte Ergebnisqualität (Behandlungserfolg) und Prozessqualität (Behandlungsverlauf). Die FBB erfassen die Beurteilung der Behandlung anhand einer 5-Punkt Skala (0 = schlecht, 1 = unzureichend, 2 = mäßig, 3 = gut, 4 = sehr gut) (Mattejat, 1999). Für die vorliegende Untersuchung wurde die Gesamtbeurteilung (Summe der Subskalen) der Elternurteile (FBB-E) und Therapeutenurteile (FBB-T) berechnet (siehe Anhang J).

Die interne Konsistenz liegt für die verschiedenen Subskalen der drei Fragebogenversionen im Mittel bei über $\alpha = .80$ (Cronbachs Alpha). Des Weiteren konnte für einen Wiederholungszeitraum von 17 Monaten eine Retestreliabilität zwischen $r = .68$ und $r = .77$ ermittelt werden. Des Weiteren konnte die Konstruktvalidität anhand faktorenanalytischer Analysen bestätigt werden.

6.4.8 Die Child Psychotherapy Q-Set Methode als Adhärenzmaß

Um Aussagen darüber treffen zu können, wie sehr die Therapeuten sich in ihren Interventionsstrategien und therapeutischen Haltungen an die Vorgaben des Manuals gehalten haben, wurde ein PaKT-Adhärenz-Prototyp zugrundegelegt, der in Anlehnung an die Child Psychotherapy Q-Set Technik (CPQ) (Schneider & Jones, 2009), entwickelt wurde.

Das Child-Psychotherapy-Q-Set Verfahren (CPQ; Schneider & Jones, 2009) stellt eine Adaptation des Psychotherapy Process Q-Sets (PQS; (Jones, 1985, 2000)) dar. Durch die Methode des CPQ können komplexe Psychotherapieprozesse bei Kindern im Alter von 3 bis 13 Jahren erfasst werden (vgl. Schneider, Midgley, & Duncan, 2010). Der CPQ besteht aus hundert Items (siehe Anhang F), die sich in die folgenden drei Kategorien einteilen lassen: 1. Einstellungen, Gefühle, Erfahrungen und Verhalten des Kindes; 2. Einstellungen und Verhalten des Therapeuten und 3. Therapeut-Kind-Interaktionen. Der genaue Inhalt der Items (mit Beispielen) wird in einem Kodiermanual (siehe Anhang F) beschrieben. Durch die detaillierte Beschreibung jedes Items wird deren Eindeutigkeit und damit die Reliabilität bei der Einschätzung von Therapiesitzungen gewährleistet (vgl. Schneider, 2004). Für jede zu analysierende Therapiesitzung werden die hundert Items (in Form von Karten) neun Kategorien zugeordnet. Dabei erfolgt die Zuordnung von „am Uncharakteristischsten“ (most uncharacteristic) (Kategorie 1) bis zu „am Charakteristischsten“ (most characteristic) (Kategorie 9). Die Zwischenkategorien (2 bis 8) stellen eine konstante Abstufung zwischen den Extrempolen (1 und 9) und der neutralen mittleren Kategorie (5) dar. Die Anzahl der Items pro Kategorie ist – wie für Q-Set-Verfahren üblich – beim CPQ in Form einer Normalverteilung festgelegt. Diese so genannte „forced choice“-Verteilung (siehe Anhang G) (Schneider, 2004, S. 32) der Items erlaubt Vergleiche der einzelnen Items im Kontext der gesamten Verteilung und beugt auf diese Weise einseitigen Antworttendenzen vor. Durch die zahlreichen Items des CPQs ist eine umfassende Beschreibung des Therapieprozesses gewährleistet. Darüber hinaus lässt sich mit der Methode die Übereinstimmung von einzelnen Therapiesitzungen, die zuvor auf Video aufgenommen wurden, mit einem spezifischen Behandlungsverfahren ermitteln. Hierzu kann eine „ideale“, manualtreue Therapiesitzung eines konkreten Therapieverfahrens wie der PaKT Behandlung in Form eines Prototypen anhand der Q-Set Methode festgelegt werden. Somit ist es möglich, diesen prototypischen Q-Sort des PaKT Manuals zu erstellen und diesen mit den zu analysierenden Therapiesitzungen zu vergleichen. Dieses Vorgehen diente in der vorliegenden Studie der Erfassung der Manualtreue der Therapeuten. Im folgenden Abschnitt wird die Vorgehensweise und das Arbeiten mit einem solchen Prototyp genauer erläutert. Das Manual *Psychoanalytische Kurzzeittherapie (PAKT) für Kinder im Alter von 4 bis 10 Jahren mit emotionalen Störungen* (Göttken & von Klitzing, 2013) diente den Therapeuten im Rahmen des Projekts als Handlungsleitfaden ihrer Therapien. Zur Überprüfung der Manualtreue wurden die Sitzungen der PaKT-Studie in regelmäßigen Abständen (jede 5. und 10. Sitzung) auf Video dokumentiert und in einer wöchentlich stattfindenden Supervision diskutiert. Die Kamera war dabei in jeder Behandlungsstunde mit dem Kind anwesend, so dass das behandelte Kind nicht

wusste, dass jeweils nur die 5. und 10. Stunde aufgezeichnet wurden. Um die Adhärenz der Studientherapeuten mit dem PaKT Manual zu untersuchen, wurde ein Prototyp der PaKT Behandlung mittels der CPQ-Technik erstellt. Als Erstautorin des PaKT Manuals legte ich – im Anschluss an eine Schulung und erste Reliabilitätsprüfung durch die Autorin des Instruments am Anna Freud Centrum in London – einen Child Psychotherapy Q-Sort, der die Charakteristika der Behandlung nach dem PaKT Manual widerspiegelt (siehe Anhang H). Ein Vergleich der im Rahmen der Studie von den Studientherapeuten durchgeführten Therapiestunden mit diesem Prototypen ermöglichte eine Einschätzung der Manualtreue der Therapeuten. Manualtreue liegt vor, wenn eine hinreichende Übereinstimmung (Intra-Class-Correlation (ICC) von $\geq .70$, (vgl. Hill & Lambert, 2004) mit dem PaKT-Prototypen erzielt wurde.

6.5 Durchführung der Studie

6.5.1 Ablauf der Studie

Die Rekrutierung der Patientenstichprobe fand von Juli 2009 bis Juni 2012 statt. Die klinische Stichprobe von Kindern im Alter von 4 bis 10 Jahren mit DSM-IV Angststörungen wurde vor der Wartezeit (Wartekontrollgruppe), vor Beginn der Therapie mit PaKT und direkt nach Ende der Therapie, sowie 6 Monate nach Therapieende (Follow-up) untersucht. Der Ablauf der Studie wird im Folgenden unter Berücksichtigung der Standards und Nomenklatur des CONSORT Statements („Consolidated Standards of Reporting Trials“: Gemeinsame Standards für die Beschreibung von Studien, Übersetzung durch die Autorin, siehe Altman et al. 2001) in Abbildung 9 zunächst grafisch in englischer Sprache dargestellt, bevor er im Detail erarbeitet wird.

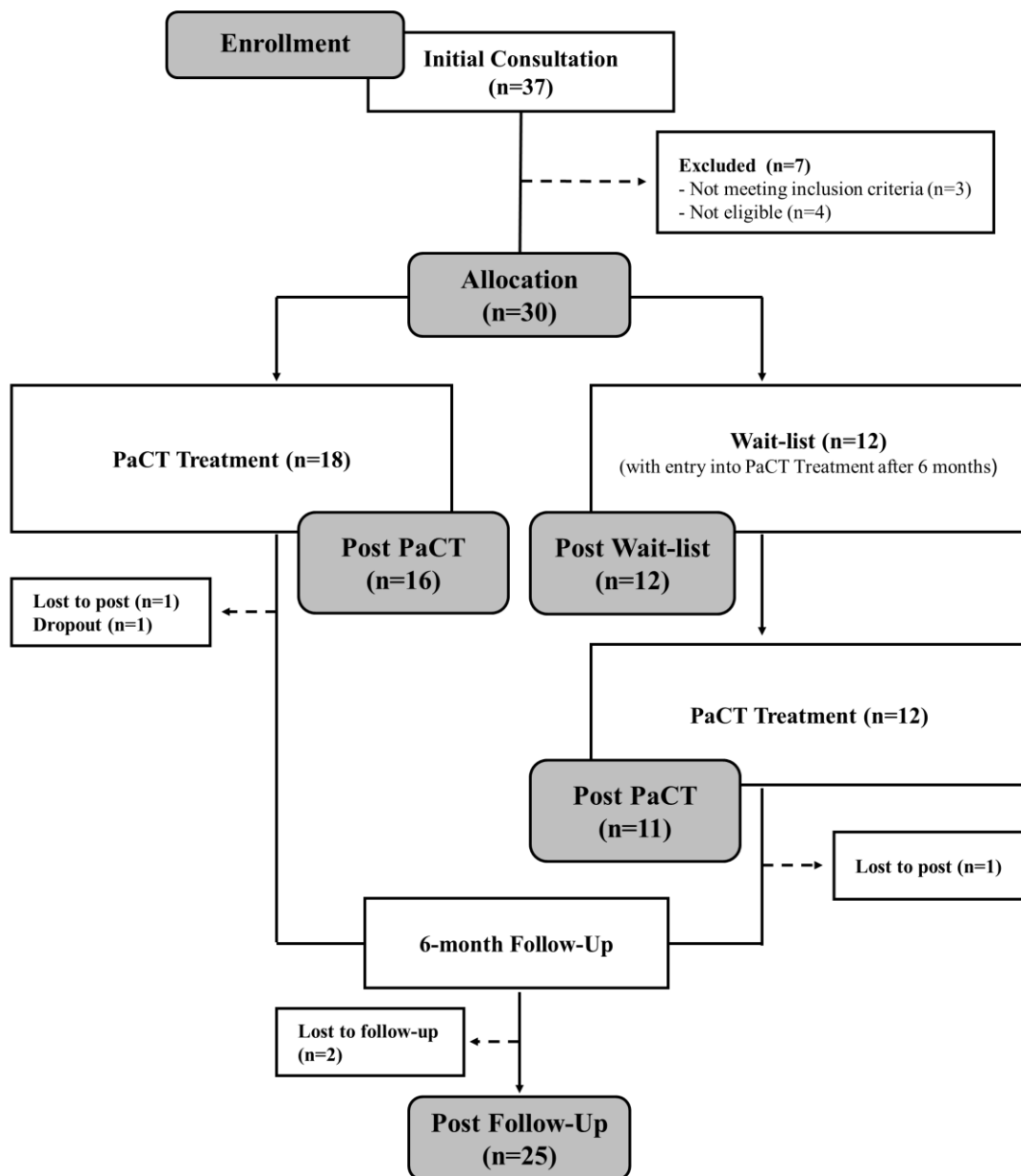


Abbildung 9: Consort Diagramm

Von 52 Kindern, die im Rahmen des Screenings durch das Telefoninterview auffällige Werte im Bereich emotionaler Symptome aufwiesen, wurden 37 Eltern zu einem ersten diagnostischen Interview mit dem PAPA eingeladen. Im Anschluss an dieses erste Interview wurden 7 Kinder aus der Studie ausgeschlossen, weil sie entweder nicht die Kriterien für eine DSM-IV Angststörung erfüllten ($n = 3$), oder weil sie, aufgrund von schweren Sorgerechtsstreitigkeiten der Eltern nicht in die Studie eingeschlossen werden konnten ($n = 4$). Alle Eltern- und Kinderhebungen wurden auf Video aufgenommen, um das Codieren zu erleichtern und um die

Reliabilitätsprüfung der Rater zu ermöglichen. Die verbleibenden Kinder (N = 30) wurden entweder der Behandlungsgruppe, oder der Wartekontrollgruppe zugewiesen, je nachdem, ob es freie Therapeutenkapazitäten gab. Die Behandlung wurde von acht Psychologen und Kinderpsychiatern durchgeführt, die sich in Ausbildung in Psychodynamischer Psychotherapie für Kinder- und Jugendliche befanden. Um PaKT im Rahmen der Studie als Studientherapeuten durchführen zu können, mussten sie zuvor an einer viertägigen PaKT-Manualschulung teilnehmen. Sofern ein freier Therapieplatz vorhanden war, begann das Kind direkt mit der PaKT Behandlung, nachdem die Voruntersuchung (T1) abgeschlossen war (n = 18). Im Falle, dass kein freier Therapieplatz verfügbar war, wurde das Kind nach Abschluss der Voruntersuchung (T0) der Wartekontrollgruppe zugewiesen und begann dann nach einer mindestens 3-monatigen Wartezeit nach Abschluss einer zweiten Untersuchung, der T1 Untersuchung, die Behandlung mit PaKT (n = 12). Es konnte kein Hinweis für systematischen Bias gefunden werden, der auf diese Form der Gruppenzuweisung zurückgeführt werden könnte (siehe Ergebnisteil Kapitel 7.1-7.3 und Tabellen 12-15). Der prozentuale Anteil von Drop-Outs von Prä zu Post an der gesamten Stichprobe betrug 10% (n = 3). In der Behandlungsgruppe musste ein Kind wegen Verschlechterung der externalisierenden Symptomatik stationär aufgenommen werden, direkt nachdem es die Behandlung mit PaKT begonnen hatte (Drop-Out). Ein Studienteilnehmer aus der Behandlungsgruppe und ein Studienteilnehmer aus der Wartekontrollgruppe beendeten zwar die Behandlung mit PaKT, nahmen aber nicht an der Nachuntersuchung teil (lost to post). Zum 6-Monats Follow-up, konnten 25 Familien untersucht werden. Die Eltern von zwei Studienteilnehmern (die der direkten Behandlungsgruppe zugeordnet waren), nahmen mit der Begründung von Zeitproblemen nicht an der Follow-up Untersuchung teil (lost to follow-up).

Alle diagnostischen Interviews wurden von einem Doktoranden durchgeführt, der weder Teil des therapeutischen Teams war, noch über jegliche Informationen über den Verlauf der Therapien verfügte. Da er jedoch wusste, ob die Familien vor Beginn der Wartezeit, zum ersten (Prä), zweiten (Post) oder dritten Untersuchungszeitpunkt (Follow-up) kamen, konnte er nicht für die Behandlungsbedingung (Behandlungsgruppe oder Wartekontrollgruppe) verblindet werden. Da sowohl die Schulung im PAPA Interview als auch die Reliabilitätsprüfung sehr aufwendig waren, konnten aufgrund limitierter Fördergelder nicht mehrere Interviewer ausgebildet werden, um in dieser Hinsicht Verblindung zu gewährleisten. Aus dem gleichen Grund konnten nur zwei wissenschaftliche Hilfskräfte ausgebildet werden, um die Puppeninterviews mit den Kindern durchzuführen. Demzufolge wussten die wissenschaftlichen Hilfskräfte jeweils, ob sie eine Prä-, Post oder Follow-up Untersuchung durchführten. Jedoch waren auch sie weder Teil des therapeutischen Teams, noch wussten sie, ob die Kinder, die sie untersuchten, aus der Behandlungsgruppe oder der Wartekontrollgruppe stammten, d.h., sie konnten hinsichtlich der Behandlungsbedingung (Behandlungsgruppe oder Wartekontrollgruppe) verblindet werden.

6.5.2 Therapiedauer

Die Behandlung umfasste im Mittel 21,72 Sitzungen (SD = 2,80 Sitzungen) in 40,96 Wochen (SD = 9,62 Wochen). Demgegenüber betrug die durchschnittliche Dauer der Wartezeit 16,39 Wochen (SD = 2,51 Wochen) bevor die Behandlung begonnen wurde. Die Behandlung dauerte somit im Schnitt 24,57 Wochen länger als die Wartezeit.

Aufgrund der signifikant längeren Behandlungsdauer im Vergleich zur Dauer der Wartezeit, wurden Zusammenhänge zwischen Behandlungsdauer und Behandlungsergebnissen auf allen dimensional Instrumenten überprüft, um zu untersuchen, ob eine längere Behandlungsdauer ein Prädiktor für besseren Therapieerfolg war. Die ermittelten Korrelationen waren alle nicht signifikant und sehr niedrig (alle $r_s < .10$, alle p -Werte $> .65$).

6.5.3 Ausbildungsstand der behandelnden Therapeuten

Die Behandlungen wurden durch acht Psychologen und Kinderpsychiater durchgeführt, die sich in Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und analytischer Psychotherapie für Kinder und Jugendliche befanden. Diese Studientherapeuten hatten zuvor an einer 4-tägigen PaKT-Manualschulung teilgenommen. Von diesen acht behandelnden Studientherapeuten hatten zwei Therapeuten keine oder nur minimale Vorerfahrungen in der psychodynamischen Behandlung von Kindern. Demgegenüber hatten vier Studientherapeuten zuvor wenigstens einige Jahre Erfahrung mit anderen Formen der psychodynamischen Psychotherapie (z. B. mit psychodynamischer Psychotherapie mit Erwachsenen oder kinderpsychiatrischen Behandlungen), während zwei Studientherapeuten bereits ein fortgeschrittenes Ausbildungslevel mit viel Erfahrung in der psychodynamischen Behandlung von Kinder- und Jugendlichen aufwiesen.

7. Ausgangsmerkmale der Untersuchungsgruppen – eine deskriptive Analyse

7.1 Diagnosen

Zur Baseline Untersuchung (vor Beginn der Therapie bzw. vor Beginn der Wartezeit) hatten 100% der Kinder die Diagnose einer Angststörung nach DSM-IV, davon 17 Kinder aus der Behandlungsgruppe (ein Datensatz musste gelöscht werden, da die Eltern des Drop-Outs darum baten) und 12 Kinder aus der Wartekontrollgruppe. Die einzelnen DSM-IV Diagnosen verteilten sich in der Behandlungsgruppe wie folgt: Spezifische Phobie ($n = 14$; 77,8%), Generalisierte

Angststörung (n = 14; 77,8%), Soziale Phobie (n = 8; 44,4%), Trennungsangst (n = 0; 0%), Panickattacken (n= 3; 16,7%), Agoraphobie (n = 1; 5,6%), Selektiver Mutismus (n = 0; 0%). In der Wartekontrollgruppe verteilten sich die einzelnen DSM-IV Diagnosen folgendermaßen: Spezifische Phobie (n = 6; 50%), Generalisierte Angststörung (n = 12; 100%), Soziale Phobie (n = 4; 33,3%), Trennungsangst (n = 0; 0%), Panikattacken (n= 3; 25%), Agoraphobie (n = 0; 0%), Selektiver Mutismus (n = 1; 8,3%). Komorbide depressive Störungen lagen insgesamt bei 10 (34%) Kindern vor, davon in der Behandlungsgruppe: Major Depression (n = 2; 11,1%), Depression not other specified (n = 5; 27,8%), Dysthymia Diagnose (n = 1; 5,6%). Die Verteilung der einzelnen depressiven Störungen in der Wartekontrollgruppe war folgendermaßen: Major Depression (n = 2, 16,7%), Depression not other specified (n = 1; 8,3%), Dysthymia Diagnose (n = 2, 16,7%) (siehe *Tabelle 12*).

Der Gesamtanteil an DSM-IV Angststörungen und Depression in der gesamten Stichprobe (n = 29) zum Ausgangspunkt der Untersuchung (T0 für die Wartekontrollgruppe bzw. T1 für die Behandlungsgruppe) betrug: Angststörung allgemein („Any Anxiety Disorder“) (n = 29; 100%), Generalisierte Angststörung (n = 27; 93,10%), Soziale Phobie (n = 12; 41,32 %), Spezifische Phobie (n = 22; 75,80%), Depression (n = 11; 34,50%). Die Generalisierte Angststörung war mit über 90% somit die häufigste Angststörung in der vorliegenden Stichprobe. Auch komorbide Depressionen waren bei fast 35% der Kinder der untersuchten klinischen Stichprobe vorhanden.

Tabelle 12: Diagnoseverteilung in der Stichprobe vor der Behandlung (Prä)

	Behandlungs- Gruppe (n=18)	Wartekontroll- Gruppe (n=12)
Angststörungen (%) (“Any Anxiety Disorder”)	17 (1 fehlend 5,6%*)	12 (100%)
<u>Anxiety Disorders:</u>		
Spezifische Phobie	14 (77,8%)	6 (50%)
Generalisierte Angststörung	14 (77,8%)	12 (100%)
Soziale Phobie	8 (44,4%)	4 (33,3%)
Trennungsangst	0 (0%)	0 (0%)
Panikattacken	3 (16,7%)	3 (25%)
Agoraphobie	1 (5,6%)	0 (0%)
Selektiver Mutismus	0 (0%)	1 (8,3%)
<u>Depression</u>		
Major Depression	2 (11,1%)	2 (16,7%)
Depression nicht anders Spezifiziert	5 (27,8%)	1 (8,3%)
Dysthymia Diagnose	1 (5,6%)	2 (16,7%)

Anmerkung: * Die fehlenden Daten waren die des Drop-Outs (Eltern baten um Löschen des Datensatzes).

7.2 Symptombelastung

Im Folgenden soll die Symptombelastung der Kinder zu Beginn der Untersuchung auf den primären und sekundären Ergebnis-Maßen dargestellt werden. Zum Ausgangspunkt der Untersuchung zeigten die Kinder im Elternurteil auf der SDQ Skala Emotionale Probleme in beiden Gruppen auffällige Werte (Behandlungsgruppe PaKT: $M = 5,94$; Wartekontrollgruppe $M = 5,67$). Auf der SDQ Skala Verhaltensprobleme zeigten die Kinder in beiden Gruppen Werte im unauffälligen Bereich (Behandlungsgruppe PaKT: $M = 3,38$; Wartekontrollgruppe $M = 3,50$). Die SDQ Skala Gesamtproblemwert zeigte im Elternurteil für beide Gruppen Werte im auffälligen Bereich (Behandlungsgruppe PaKT: $M = 17,37$; Wartekontrollgruppe $M = 15,92$).

Da für den CBCL unterschiedliche Grenzwerte für Jungen und Mädchen vorliegen und 60% der Kinder in der vorliegenden Stichprobe männlichen Geschlechts

sind, habe ich mich entschieden, für die Darstellung der Ergebnisse und die Diskussion die Grenzwerte der Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998) für Jungen zugrunde zu legen. Somit erfolgt die Einteilung in unauffällig, grenzwertig und auffällig im Hinblick auf die Gesamtstichprobe konservativ. Zum Ausgangspunkt der Untersuchung zeigten die Kinder im Elternurteil auf der CBCL Skala Internalisierende Probleme in beiden Gruppen auffällige Werte (Behandlungsgruppe PaKT: $M = 17,06$; Wartekontrollgruppe $M = 20,83$). Auf der CBCL Subskala Sozialer Rückzug zeigten die Kinder in beiden Gruppen Werte im grenzwertigen Bereich (Behandlungsgruppe PaKT: $M = 6,56$; Wartekontrollgruppe $M = 6,17$). Auf der CBCL Subskala Angst/Depression zeigten die Kinder in der Behandlungsgruppe Werte im grenzwertigen Bereich, in der Wartekontrollgruppe hingegen im auffälligen Bereich (Behandlungsgruppe PaKT: $M = 9,50$; Wartekontrollgruppe $M = 11,83$). Zum Ausgangspunkt der Untersuchung zeigten die Kinder im Elternurteil auf der CBCL Skala Externalisierende Probleme in der Behandlungsgruppe grenzwertige Werte an der Grenze zum auffälligen Bereich sowie in der Wartekontrollgruppe Werte im auffälligen Bereich (Behandlungsgruppe PaKT: $M = 16,75$; Wartekontrollgruppe $M = 17,08$). Der CBCL Gesamtwert zeigte in beiden Gruppen Werte im auffälligen Bereich (Behandlungsgruppe PaKT: $M = 50,81$; Wartekontrollgruppe $M = 57,08$). Die Unterschiede in den Gruppen vor Behandlungsbeginn waren auf keiner der Skalen signifikant.

Die Symptombelastung der Kinder in den jeweiligen Gruppen wird in *Tabelle 15* dargestellt (siehe Mittelwerte und Standardabweichungen der einzelnen SDQ und CBCL-Skalen).

7.3 Soziodemographische Merkmale

Im Folgenden sollen die soziodemografischen Merkmale der Stichprobe dargestellt werden. Es handelte sich um Vorschulkinder und junge Schulkinder aus Leipzig und naher Umgebung (maximal 1 Stunde Fahrzeit mit dem Auto). Die Kinder waren im Durchschnitt 84,79 Monate (7,06 Jahre) alt (Altersspanne 52-122 Monate; $SD = 17,39$). Insgesamt nahmen 12 Mädchen (40%) und 18 Jungen (60%) an der Studie teil. 12 Kinder (40%, 3 Mädchen und 9 Jungen) lebten mit beiden biologischen Eltern zusammen, 15 Kinder (50%, 6 Mädchen und 9 Jungen) lebten bei einem alleinerziehenden Elternteil. Drei Kinder (10%, 1 Junge und 2 Mädchen) lebten in einer Pflegefamilie. Der Anteil der Kinder, die nicht mit beiden leiblichen Eltern zusammenlebte (60% der Kinder) war somit im Vergleich zu den Kindern, die bei beiden leiblichen Eltern lebten (40%) um den Faktor 1,5 erhöht. *Tabelle 13* zeigt die Variablen Alter, Geschlecht und Familienstatus getrennt nach Gruppenzugehörigkeit.

Tabelle 13: Alter, Geschlecht und Familienstatus in der Untersuchungsstichprobe

Demographische Daten	Behandlungsgruppe (n = 18)	Wartekontrollgruppe (n = 12)
Alter (Mittelwert)	84,83 Monate (Spanne 61-122; SD = 18,76)	84,75 Monate (Spanne 52 -112; SD = 16,02)
Geschlecht	Jungen 11 (61,1%) Mädchen 7 (38,9%)	Jungen 7 (58,3%) Mädchen 5 (41,7%)
Familienstatus		
Alleinerziehend	8 (44,4%)	7 (58,3%)
Pflegefamilie	1 (5,6%)	2 (16,7%)
Intakte Familie	9 (50,4%)	3 (25,0%)

Bildungsstand der Eltern:

Insgesamt verfügten 3 Mütter über keinen Schulabschluss (10%). Die Mutter eines Kindes (3,3%) besuchte die Förderschule; über einen Hauptschulabschluss verfügten insgesamt 3 Mütter (10%). 10 Mütter hatten einen Realschulabschluss (33,3%), insgesamt 7 Mütter hatten ein Abitur (23,3%) und 6 Mütter verfügten über einen Hochschulabschluss (20%). Der Bildungsstand der Mütter getrennt nach Gruppenzugehörigkeit wird in *Tabelle 14* dargestellt.

Insgesamt verfügten 4 Väter über keinen Schulabschluss (13,3%). Keiner der Väter (0%) hatte die Förderschule besucht; über einen Hauptschulabschluss verfügten insgesamt 3 Väter (10%). 10 Väter hatten einen Realschulabschluss (33,3%), insgesamt 1 Vater hatten ein Abitur (3,3%) und 8 Väter verfügten über einen Hochschulabschluss (26,7%). Der Bildungsstand der Väter getrennt nach Gruppenzugehörigkeit wird in *Tabelle 14* dargestellt.

Tabelle 14: Bildungsstand der Eltern:

Bildungsstand, Mutter	<i>N</i> = 18 (0 fehlend)	<i>N</i> = 12 (0 fehlend)
Kein Schulabschluss	0 (0,0%)	3 (25,0%)
Förderschule	1 (5,6%)	0 (0,0%)
Hauptschule	3 (16,7%)	0 (0,0%)
Realschule	6 (33,3%)	4 (33,3%)
Abitur	4 (22,2%)	3 (25,0%)
Hochschulabschluss	4 (22,2%)	2 (16,7%)
Bildungsstand, Vater	<i>N</i> = 16 (2 fehlend 11,1%)	<i>N</i> = 10 (2 fehlend 16,7%)
Kein Schulabschluss	3 (16,7%)	1 (8,3%)
Förderschule	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Hauptschule	3 (1,7%)	0 (0,0%)
Realschule	5 (27,8%)	5 (41,7%)
Abitur	0 (0,0%)	1 (8,3%)
Hochschulabschluss	5 (27,8%)	3 (25,0%)

T-Tests und Chi-Quadrat-Tests konnten zeigen, dass sich die Gruppen weder in den Diagnosen, Symptomen, noch in den demografischen Ausgangsmerkmalen signifikant voneinander unterscheiden.

8. Ergebnisse - Statistische Analyse der Prä-Post-Follow-up Untersuchungen

8.1 Diagnostische Remission

Im Folgenden sollen die Prä-Post-Ergebnisse auf den kategorialen Variablen dargestellt werden. Hierzu werden die mit dem Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA) (Egger & Angold, 2004a) erhobenen DSM-IV Diagnosen vor der Therapie mit denen nach der Therapie verglichen. Dabei wird sowohl die diagnostische Remission nach der Behandlung mit PaKT für die gesamte Stichprobe (siehe Kapitel 8.1.1), als auch die Veränderung auf der Ebene der Diagnosen im Gruppevergleich (siehe Kapitel 8.1.2) und die Veränderung der Diagnosen zum Follow-up Messzeitpunkt berichtet (Kapitel 8.1.3).

8.1.1 Diagnosen Prä-Post

Nach einer Behandlung mit PaKT zeigten 66,67% (n = 18) der Kinder, die an der Nachuntersuchung teilnahmen (n = 27) eine komplette diagnostische Remission (siehe *Abbildung 10*; $\chi^2(1, N = 27) = 27,00, p < .001$). Um den Therapieeffekt nicht zu überschätzen wurden Intent-to-treat Analysen (ITT) mittels der „last observation carried forward Methode“ durchgeführt (White, et al., 2011). Im Rahmen der ITT Analysen waren 59,88% (n = 18) der Kinder nach einer Behandlung mit PaKT diagnosefrei ($\chi^2(1, N = 30) = 25,71, p < .001$).

Von den 27 Kindern, die an der Nachuntersuchung teilnahmen, zeigten alle Kinder (n = 27) vor der Behandlung eine Angststörung (PAPA Kategorie: „Any Anxiety“), während nach der Behandlung nur noch 9 Kinder diese Diagnose aufwiesen. Von diesen 27 nach der Therapie untersuchten Kindern wiesen ferner 25 Kinder vor der Behandlung eine Generalisierte Angststörung auf, während nach der Therapie nur noch 7 Kinder die Kriterien für diese Störung erfüllten. Während 22 der nachuntersuchten Kinder vor der Therapie die Diagnose einer Spezifischen Phobie hatten, waren dies nach der Therapie nur noch 9 Kinder. Von den 12 Kindern, die vor der Therapie die Diagnose einer Sozialen Phobie erhielten, hatten nach der Therapie mit PaKT nur noch 5 Kinder diese Diagnose. Von den 10 nachuntersuchten Kindern, die komorbid die Diagnose einer Depression erhielten, hatten nach der Behandlung nur noch 2 Kinder diese Diagnose (der grafische Prä-Post Vergleich der Diagnosen erfolgt in *Abbildung 10*)

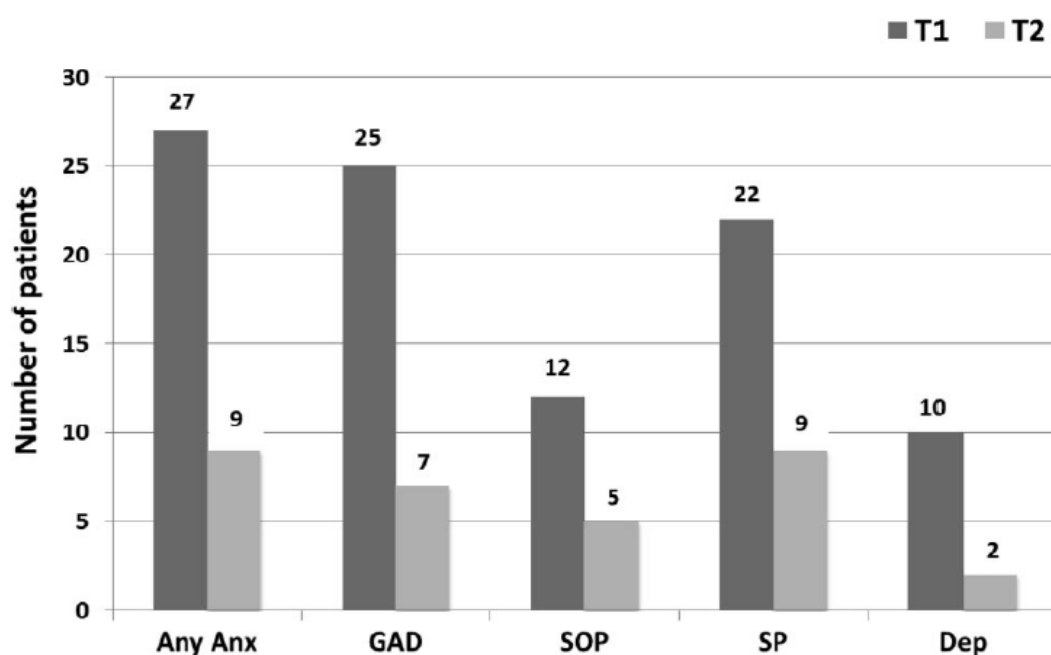


Abbildung 10: Diagnosen vor und nach der Behandlung mit PaKT

Anmerkung: Any Anx = PAPA Diagnose: „Any Anxiety Disorder; GAD = PAPA Diagnose: „Generalisierte Angststörung“; SOP = PAPA Diagnose: „Soziale Phobie“; SP = PAPA Diagnose: Spezifische Phobie; Dep = PAPA Diagnose: „Depression“ (enthält die Diagnosen: „Major Depression“, „Depression Nicht Anders Spezifiziert“ und „Dysthymia“).

8.1.2 Diagnostische Remission im Gruppenvergleich

Nach der Wartezeit behielten alle Kinder der Wartekontrollgruppe (n = 12, 100%) ihre Diagnosen, während 12 Kinder (75%) aus der Behandlungsgruppe nach der Behandlung mit PaKT keine DSM-IV Diagnose mehr aufwiesen ($\chi^2(1, N = 16) = 15,27, p < .001$). Dieser diagnostische Rückgang in der Behandlungsgruppe im Vergleich zur Wartekontrollgruppe ist statistisch signifikant.

8.1.3 Diagnosen zum Follow-up Messzeitpunkt

Sechs Monate nach Ende der Behandlung konnten 22 Kinder mit dem PAPA nachuntersucht werden (n = 14 aus der direkten Behandlungsgruppe und n = 11 aus der Wartekontrollgruppe). Zum Follow-up Messzeitpunkt zeigten 22 der nachuntersuchten Kinder (n = 25) keine DSM-IV Diagnose mehr ($\chi^2(1, N = 25) = 39.28$), $p < .001$).

8.2 Symptomveränderungen

Im Folgenden werden die Symptomveränderungen auf den primären und sekundären Ergebnismaßen dargestellt.

8.2.1 Symptomveränderungen im Gruppenvergleich im Elternurteil

Um mögliche Interaktionseffekte zu testen, wurden mixed-design ANOVAs mit dem Faktor Zeit (Z) (Prä, Post) als Innersubjektfaktor und dem Faktor Gruppenzugehörigkeit (G) (direkte Behandlungsgruppe, Wartekontrollgruppe) als Zwischengruppenfaktor gerechnet.

Für die Skala Emotionale Symptome des SDQ ergab sich eine signifikante Veränderung über die Zeit, sowie ein signifikanter Interaktionseffekt (GxZ). Die Behandlungsgruppe zeigte einen signifikant stärkeren Symptomrückgang zum zweiten Messzeitpunkt (Post) als die Wartekontrollgruppe. Dabei erreichte die Behandlungsgruppe auf der SDQ Skala Emotionale Probleme nach der Behandlung mit PaKT im Durchschnitt Werte im unauffälligen Bereich (M = 3,31). Das gleiche Ergebnismuster zeigte sich für die SDQ Skala Gesamtproblemwert. Für die Skala Gesamtproblemwert des SDQ ergab sich ein signifikanter Haupteffekt für den Faktor Zeit, der ebenfalls durch einen signifikanten Interaktionseffekt (GxZ) relativiert wurde. Die Behandlungsgruppe zeigte einen signifikant stärkeren Symptomrückgang zum zweiten Messzeitpunkt (Post) als die Wartekontrollgruppe. Der Gesamtproblemwert des SDQ reduzierte sich in der Behandlungsgruppe um 4,43 Rohwertpunkte auf 12,94 Rohwertpunkte und gelangte somit in den unauffälligen Bereich. Das gleiche Ergebnismuster zeigte sich für die CBCL Skalen Internalisierende Probleme, CBCL Sozialer Rückzug und CBCL Gesamtproblemwert. Für die CBCL Subskala Depression/Angst zeigte sich in der Analyse ein signifikanter Haupteffekt für den Faktor Zeit und nur ein Trend in Richtung Signifikanz für einen Interaktionseffekt (GxZ). Für die CBCL Skala Externalisierende Probleme zeigte sich hingegen ein gegenläufiges Muster. Es konnte kein signifikanter Haupteffekt gemessen werden, jedoch ein signifikanter Interaktionseffekt GXT. Die SDQ Skala Verhaltensprobleme zeigte keine signifikanten Effekte. Die Ergebnisse, F, p und η^2 Werte sind in *Tabelle 15*

dargestellt (für eine grafische Darstellung der Interaktionseffekte, sowie der Cut-off Werte auf den Hauptergebnis-Instrumenten siehe *Abbildung 11*).

Alle Haupteffekte blieben auch in Intent-to-Treat-Analysen (ITT) signifikant. Für die Skala CBCL Gesamtproblemwert zeigte sich ein signifikanter Interaktionseffekt GxZ $F(1, 29) = 7.18$, $p = .012$, $\eta_p^2 = .20$. Hingegen zeigte sich in den ITT-Analysen für alle anderen Hauptergebnismaße lediglich ein statistischer Trend in Richtung Signifikanz (SDQ Emotionale Symptome: $F(1, 29) = 3.78$, $p = .062$, $\eta_p^2 = .12$; SDQ Gesamtproblemwert: $F(1, 29) = 3.34$, $p = .078$, $\eta_p^2 = .11$; CBCL Internalisierende Probleme: $F(1, 29) = 3.74$, $p = .063$, $\eta_p^2 = .12$).

Tabelle 15: Symptomveränderungen in den beiden Gruppen für die CBCL und SDQ Syndromskalen

	ANOVA (df = 28)					
	Prä	Post	Zeit	G x T		
	M (SD)	M (SD)	F	η^2	F	η^2
SDQ Emotionale Probleme			23.62***	.48	5.50*	.18
PaKT	5,94 (2,35)	3,31 (2,39)				
Wartekontrollgruppe	5,67 (2,54)	4,75 (2,20)				
SDQ Verhaltensprobleme						
PaKT	3,38 (2,19)	2,81 (2,29)	2.90	.10	0.06	.00
Wartekontrollgruppe	3,50 (2,02)	3,08 (2,19)				
SDQ Gesamtproblemwert			10.80**	.29	4.32*	.14
PaKT	17,37 (6,64)	12,94 (7,70)				
Wartekontrollgruppe	15,92 (6,35)	14,92 (5,55)				
CBCL Internalisierend			23.50***	.48	5.43*	.17
PaKT	17,06 (8,09)	9,94 (5,52)				
Wartekontrollgruppe	20,83 (10,04)	18,33 (9,87)				
CBCL Sozialer Rückzug			17.17***	.40	9.24**	.26
PaKT	6,56 (3,09)	3,31 (2,58)				
Wartekontrollgruppe	6,17 (4,37)	5,67 (3,80)				
CBCL Angst/Depression			20.32***	.44	3.34 ⁺	.11
PaKT	9,50 (5,50)	5,56 (3,52)				
Wartekontrollgruppe	11,83 (5,52)	10,17 (6,09)				
CBCL Externalisierend			2.98	.10	5.46*	.17
PaKT	16,75 (10,66)	12,88 (9,14)				
Wartekontrollgruppe	17,08 (8,65)	17,67 (7,80)				
CBCL Gesamtproblemwert			21.99***	.47	9.87**	.28
PaKT	50,81 (23,88)	34,38 (19,80)				
Wartekontrollgruppe	57,08 (26,24)	53,83 (21,91)				

Anmerkung: SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire, CBCL = Child Behavior Checklist, ANOVA = univariate Varianzanalyse.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$ (zweiseitig); ⁺ $p < .10$

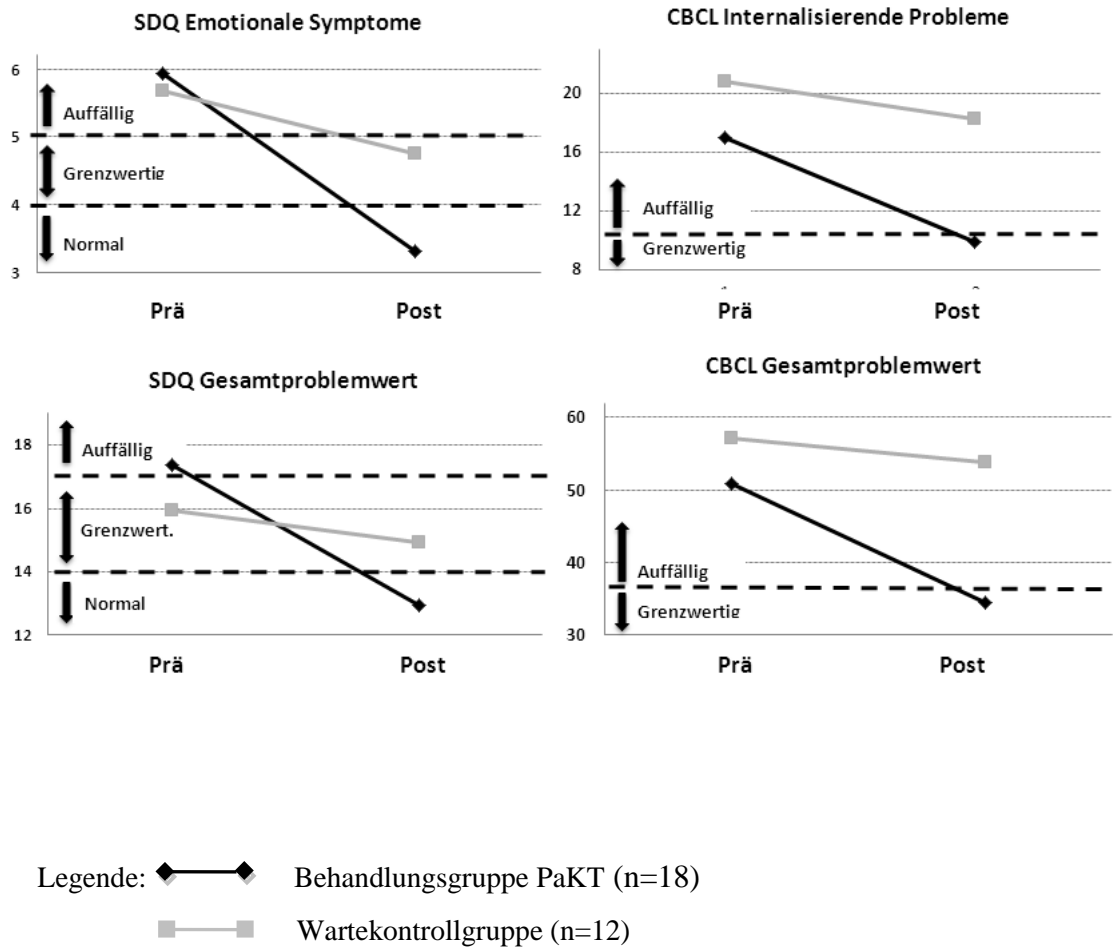


Abbildung 11: Interaktionseffekte und Haupteffekte auf den Hauptergebnisvariablen

Auf der CBCL Skala Internalisierende Probleme erreichten die Kinder der Behandlungsgruppe nach der Therapie im Durchschnitt Werte im grenzwertigen Bereich im Vergleich zu Werten im auffälligen Bereich vor der Therapie. Auf der CBCL Skala Sozialer Rückzug erreichten die Kinder der Behandlungsgruppe Werte im unauffälligen Bereich. Vor der Therapie hingegen hatten sie Werte im grenzwertigen Bereich. Auf der CBCL Skala Angst/Depression zeigte sich ein Symptomrückgang um 3,94 Rohwertpunkte auf 5,56 Rohwertpunkte und damit ein Wert im unauffälligen Bereich. Auf der CBCL Skala Externalisierende Probleme zeigte sich ein Symptomrückgang um 3,87 Rohwertpunkte auf 12,88 und somit

ebenfalls ein Wert, der im unauffälligen Bereich liegt. Auf der CBCL Skala Gesamtproblemwert verzeichnete die Behandlungsgruppe einen Symptomrückgang von Prä PaKT 50,81 Rohwertpunkten (auffällig) zu Post PaKT 34,38 Rohwertpunkten und gelangte somit von einem auffälligen Ergebnis vor der Therapie in den grenzwertigen Bereich. Abschließend ist festzustellen, dass die Kinder der Behandlungsgruppe auf allen relevanten Symptomskalen im Durchschnitt unterhalb des klinisch auffälligen Cut-off Wertes gelangten.

8.2.2 Symptomveränderungen im Prä-Post-Vergleich im Elternurteil

Neben den Gruppenvergleichen für die primären Ergebnis-Maße im Elternurteil wurden ebenso Prä-Post Vergleiche für die gesamte Stichprobe der nachuntersuchten Kinder ($n = 27$) gerechnet. Hierzu wurden Varianzanalysen mit wiederholten Messungen (Prä-Post) gerechnet. Hierbei zeigte sich nach einer Behandlung mit PaKT eine signifikante Symptomreduktion für die SDQ Skalen Emotionale Symptome ($p < .001$) und Gesamtproblemwert ($p < .001$), und ein Trend hin zu Signifikanz für die SDQ Skala Verhaltensprobleme ($p = .060$).

Für die CBCL Skalen Internalisierende Probleme ($p < .001$), Sozialer Rückzug ($p < .001$), Angst/Depression ($p = .001$), Externalisierende Probleme ($p < .001$), sowie Gesamtproblemwert ($p < .001$) zeigte sich eine signifikante Reduktion der Symptome im Vergleich zum ersten Messzeitpunkt direkt vor Beginn der Therapie mit PaKT. Die Ergebnisse, F , p und η^2 Werte sind in *Tabelle 16* dargestellt.

Tabelle 16: Mittelwerte der Prä-Post und Follow-up Daten im Elternurteil für die gesamte Prä-Post-Follow up Stichprobe (n = 27)

	Prä	Post	Follow-up	ANOVA	F	p	η^2
	M (SD)	M (SD)	M (SD)				
<i>Elternurteil</i>							
SDQ Emotionale Probl.	5,48 (2,34)	3,41 (2,04)	3,00 (2,13)	T1→ T2 ²	22.23	<.001	.46
				T2→ T3 ⁶	1.44	.243	.06
				T1→ T3 ⁶	20.79	<.001	.49
SDQ Verhaltensprobl.	3,26 (2,19)	2,74 (2,07)	2,43 (1,64)	T1→ T2 ²	3.87	.060	.13
				T2→ T3 ⁶	0.75	.396	.03
				T1→ T3 ⁸	7.05	.014	.24
SDQ Gesamtprobleme	16,52 (6,24)	12,85 (6,60)	11,57 (6,35)	T1→ T2 ²	18.95	<.001	.42
				T2→ T3 ⁶	1.61	.217	.07
				T1→ T3 ⁶	26.68	<.001	.55
CBCL Internalisierend	17,42 (8,69)	10,69 (5,27)	9,32 (6,52)	T1→ T2 ¹	25.10	<.001	.50
				T2→ T3 ⁴	1.65	.214	.08
				T1→ T3 ⁵	27.19	<.001	.56
CBCL Sozialer Rückzug	6,27 (3,30)	3,65 (2,64)	3,26 (2,82)	T1→ T2 ¹	20.76	<.001	.45
				T2→ T3 ⁵	2.87	.105	.12
				T1→ T3 ⁶	36.35	<.001	.62
CBCL Angst/Depression	9,65 (5,78)	6,42 (3,47)	4,91 (3,97)	T1→ T2 ¹	13.50	.001	.35
				T2→ T3 ⁵	2.60	.122	.11
				T1→ T3 ⁶	23.14	<.001	.51
CBCL Externalisierend	17,12 (9,52)	12,77 (8,04)	12,09 (9,21)	T1→ T2 ¹	17.90	<.001	.42
				T2→ T3 ⁵	0.28	.604	.01
				T1→ T3 ⁶	6.74	.017	.23
CBCL Gesamtprobleme	51,19 (22,11)	34,35 (16,71)	32,13 (19,95)	T1→ T2 ¹	41.63	<.001	.63
				T2→ T3 ⁵	1.06	.316	.04
				T1→ T3 ⁶	38.44	<.001	.64

Anmerkung: Varianzanalyse mit Messwiederholung; df =17-26; ¹ N = 26; ² N = 27; ³ N = 24; ⁴ N = 21; ⁵ N = 22; ⁶ N = 23; ⁷ N = 18; ⁸ N = 19; ⁹ N = 20

8.2.3 Symptomveränderungen zum Follow-up Messzeitpunkt im Elternurteil

Um die Stabilität der Behandlungseffekte zum Follow-up Zeitpunkt zu erfassen, wurden Varianzanalysen mit wiederholten Messungen (Prä-Follow-up) gerechnet. Diese Analysen zeigten auch zum Follow-up Zeitpunkt einen signifikanten Behandlungseffekt für die SDQ Skala Emotionale Symptome ($p < .001$). Vergleichbare Ergebnisse zum Follow-up-Messzeitpunkt im Elternurteil wurden auch auf den Skalen SDQ Verhaltensprobleme ($p = .014$), SDQ Gesamtproblemwert ($p < .001$), CBCL Internalisierende Probleme ($p < .001$), CBCL Angst/Depression ($p < .001$), CBCL Sozialer Rückzug ($p < .001$), CBCL Externalisierende Probleme ($p = .017$) und CBCL Gesamtproblemwert ($p < .001$) erzielt. Die Ergebnisse, F , p und η^2 Werte sind in *Tabelle 16* dargestellt.

8.2.4 Symptomveränderungen im Prä-Post-Vergleich im Lehrerurteil

Wie in *Tabelle 17* dargestellt ist, wurden Varianzanalysen mit wiederholten Messzeitpunkten (Prä-Post) für alle SDQ Subskalen gerechnet, um Behandlungseffekte nach der Therapie auch im Lehrer/Erzieher-Urteil zu erfassen. Diese Analyse zeigte einen signifikanten Behandlungseffekt auf den SDQ Subskalen Emotionale Probleme ($p = .009$), Verhaltenprobleme ($p < .001$) und Gesamtproblemwert ($p = .009$). Diese Behandlungseffekte bleiben auch in ITT-Analysen signifikant. Die Ergebnisse, F , p und η^2 Werte sind in *Tabelle 17* dargestellt.

8.2.5 Symptomveränderungen zum Follow-up Messzeitpunkt im Lehrerurteil

Um die Stabilität der Behandlungseffekte zum Follow-up Zeitpunkt zu erfassen, wurden Varianzanalysen mit wiederholten Messungen (Prä-Follow-up) gerechnet. Diese Analysen zeigten auch zum Follow-up Messzeitpunkt im Lehrerurteil einen signifikanten Behandlungseffekt für die SDQ Skalen Emotionale Symptome ($p = .019$) und Gesamtproblemwert ($p = .005$). Auf der SDQ Skala Verhaltensprobleme ($p = .294$) zeigte sich zum Follow-up Zeitpunkt allerdings kein signifikanter Behandlungseffekt im Lehrer/ Erzieher-Urteil mehr. Insgesamt zeigten die Kinder im Lehrer/Erzieher-Urteil zu Beginn, nach der Behandlung und 6 Monate nach Ende der Therapie auf der Skala Verhaltensprobleme Werte im unauffälligen Bereich. Dies bedeutet, dass zu Beginn der Behandlung von den Lehrern/Erziehern nur ein Item von fünf der SDQ Skala Verhaltensprobleme mit „eindeutig zutreffend“ beantwortet ($M = 2,08$) wurde. Demgegenüber wurden nach der Therapie nur ein Item von fünf mit „teilweise zutreffend“ beantwortet ($M = 1,00$). Die Ergebnisse, F , p und η^2 Werte sind in *Tabelle 17* dargestellt.

Tabelle 17: Mittelwerte der Prä-Post und Follow-up Daten im Lehrer-/Erzieherurteil für die gesamte Prä-Post-Follow up Stichprobe (n = 27)

	Prä M (SD)	Post M (SD)	Follow- Up M (SD)	ANOVA			
				Mess Zeitpunkt Vergleich	F	p	η^2
Lehrer/ Erzieherurteil							
SDQ Emotionale Probl.	3,83 (2,62)	2,38 (2,06)	2,68 (2,58)	T1 → T2 ³	8.27	.009	.26
				T2 → T3 ⁷	0.00	1.00	.00
				T1 → T3 ⁸	6.68	.019	.06
SDQ Verhaltensprobl.	2,08 (2,30)	1,00 (1,45)	1,20 (2,29)	T1 → T2 ³	6.36	<.001	.68
				T2 → T3 ⁸	1.31	.268	.07
				T1 → T3 ⁹	1.16	.294	.06
SDQ Gesamtprobleme	12,63 (7,84)	8,79 (5,44)	8,11 (6,12)	T1 → T2 ³	8.13	.009	.26
				T2 → T3 ⁷	0.03	.869	.00
				T1 → T3 ⁸	9.97	.005	.36

Anmerkung: Varianzanalyse mit Messwiederholung; df = 17-26; ¹ N = 26; ² N = 27; ³ N = 24; ⁴ N = 21; ⁵ N = 22; ⁶ N = 23; ⁷ N = 18; ⁸ N = 19; ⁹ N = 20

8.2.6 Symptomveränderungen im Prä-Post-Vergleich in der Selbstausskunft des Kindes

Wie aus *Tabelle 18* ersichtlich, wurden Varianzanalysen mit Messwiederholungen (Prä, Post) gerechnet um den Behandlungseffekt in der Selbstausskunft der Kinder zu erfassen. Hierbei zeigte sich ein signifikanter Behandlungseffekt auf der BPI Skala „Internalisierung“ und ein Trend in Richtung Signifikanz auf der Skala „Externalisierung“. Die Ergebnisse, F, p und η^2 Werte sind in *Tabelle 18* dargestellt.

Tabelle 18: Mittelwerte der Prä-Post und Follow-up Daten in der Selbstauskunft der Kinder für die gesamte Prä-Post-Follow-up Stichprobe (n = 27)

	Prä	Post	Follow- Up	Messzeit- Punkt Vergleich	ANOVA		η^2
					F	p	
Kind	M (SD)	M (SD)	M (SD)				
BPI Internalisierung	3,48 (0,83)	3,07 (0,67)	3,10 (0,62)	T1→ T2 ³	5.60	.027	.20
				T2→ T3 ⁴	0.14	.717	.01
				T1→ T3 ⁴	2.17	.156	.10
BPI Externalisierung	2,65 (0,70)	2,41(0,47)	2,41 (0,60)	T1→ T2 ³	3.91	.060	.15
				T2→ T3 ⁴	0.14	.712	.01
				T1→ T3 ⁴	1.60	.219	.07

Anmerkung: Varianzanalyse mit Messwiederholung; df = 17-26; ¹ N = 26; ² N = 27; ³ N = 24; ⁴ N = 21; ⁵ N = 22; ⁶ N = 23; ⁷ N = 18; ⁸ N = 19; ⁹ N = 20

8.2.7 Symptomveränderungen zum Follow-up Messzeitpunkt in der Selbstauskunft des Kindes

Um die Stabilität der Behandlungseffekte zum Follow-up Zeitpunkt zu erfassen, wurden Varianzanalysen mit wiederholten Messungen (Prä-Follow-up) gerechnet. Diese Analysen zeigten zum Follow-up Messzeitpunkt weder auf der BPI Skala Internalisierung, noch auf der BPI Skala Externalisierung signifikante Effekte zum 6 Monats-Katamnese-Zeitpunkt. Die Ergebnisse, F, p und η^2 Werte sind in *Tabelle 18* dargestellt)

8.2.8 Symptomveränderungen im Post-Therapie-Follow-up Intervall

Um die Veränderungen in dem Zeitintervall nach der Therapie (von Post (T2) zu Follow-up (T3)) zu erfassen, wurden Varianzanalysen mit Messwiederholungen mit allen relevanten Eltern-, Lehrer/Erzieher und Kind Symptomskalen durchgeführt. Keine dieser Analysen (Post, Follow-up) zeigte signifikante Veränderungen (für Daten, F, p und η^2 Werte siehe *Tabellen 16 bis 18*).

8.3 Die Reflexive Kompetenz der Mütter

Es konnten 25 Parent Development Interviews (PDI) (Slade, Aber, et al., 2005) vor und nach der Therapie ausgewertet und anhand der Reflexiven Kompetenz Scoring-Methode (Slade, Bernbach, et al., 2005) kodiert werden.

8.3.1 Reflexive Kompetenz der Mütter vor der Behandlung

Vor der Therapie betrug der Gesamtwert der Reflexiven Kompetenz der Mütter im Mittel 4,64 (SD: 1,52). Mit der Median Split Methode wurde die Gesamtstichprobe aufgeteilt in Mütter mit niedriger Reflexiver Kompetenz (bis einschließlich des RK Rohwertes 4) und hoher Reflexiver Kompetenz (ab dem RK Rohwert 5). Vor der Therapie zeigten 11 Mütter (44,0%) eine niedrige Reflexive Kompetenz, während 14 Mütter (56%) eine hohe Reflexive Kompetenz aufwiesen.

8.3.2 PDI-RK Auswertungsbeispiele

Um die Art der Auswertung des Parent Development Interviews und die Codierung der Reflexiven Kompetenz nach Slade et al. (2005) transparenter zu machen, sollen im Folgenden Auswertungsbeispiele für die verschiedenen Wertungen dargestellt werden, die zu der Frage „Nicht auf einer Wellenlänge mit dem Kind“ („not clicked“) des PDI gegeben worden sind. Die Antworten auf die Fragen -1 bis 0 ist dabei nicht enthalten, da für die Pflicht-Frage „not clicked“ keine RK Wertung niedriger als 1 vergeben wurde. Die Antworten der Wertungen 1-9 stammen aus verschiedenen Interviews. Ich beginne mit der niedrigsten Wertung, um auf diese Weise die unterschiedliche Verwendung mentaler Befindlichkeiten zur Erklärung menschlichen Verhaltens aufzuzeigen. Die Darstellung dient der Illustration der Kodierung und wird an dieser Stelle nicht inhaltlich ausgewertet oder kommentiert.

Der Übersichtlichkeit halber habe ich auf die Darstellung der Zwischenwertungen (gerade Zahlen, Wertungen 2-8) verzichtet. Bei den Wertungen ab Stufe 5 (eindeutige RK) wird die Art der deutlich vorhandenen RK anhand verschiedener Kategorien gemäß des Auswertungsbogens von Ronchi (siehe Anhang E) kategorisiert. Diese in den Textpassagen differenzierten Wertungen werden in Klammern angegeben. Da eine systematische Darstellung und Interpretation der Einzelwertungen den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde, verzichte ich auf die ausführliche Darstellung der Kodierungen im Einzelnen, sondern beschränke mich auf die Darstellung des RK Gesamtwertes einer Textpassage. Die Frage sowie Kommentare der Interviewerin sind zur besseren Übersicht im Folgenden fett gedruckt.

Abwesende Reflexive Kompetenz (Wertung 1):

Interviewerin (I): Gut, dann beschreiben Sie mir bitte eine Situation, auch in der letzten Woche, in der Sie und „Name1“ wirklich nicht auf einer Wellenlänge waren

Kindesmutter (KM): Also eigentlich keine also „...“ wüsst ich jetzt „...“ wüsst ich jetzt eigentlich nicht.

I: Gab's keine?

KM: Ne, also wo Sie sich uneins waren irgendwie über was gestritten haben oder dergleichen? Ja, ja über die sechs, also wo sie in Sachkunde, ich meinte abends nochmal „lies dir nochmal alles durch“, Mh ja dann wollte sie aber nicht und dann hat sie in der Arbeit ne sechs geschrieben Mh und wie war's dann als Sie die zurück gebracht hat? Na die hat gesagt, dass sie ne sechs hat Mh und dann hat sie es abends nochmal durchgelesen, und überlegt alles und da hat sie geweint Mh wie haben Sie sich dabei gefühlt in der Situation, als sie's zurück gebracht hat oder geweint hat? Ja eigentlich nicht gut also „...“ Aha (räuspert) wie denken Sie, hat sich „Name1“ gefühlt? Na die hat sich auch bissel geärgert über die schlechte Note Hat sich geärgert mh „...“

Niedrige Reflexive Kompetenz (Wertung 3):

I: Beschreiben Sie mir bitte jetzt eine Situation in der letzten Woche, in der Sie und "Name" wirklich nicht auf einer Wellenlänge waren.

KM: (15 Sekunden Pause) Also richtig schlimme Situationen fallen mir jetzt nicht ein Hmm das sind immer so kleine Dinge, ja wo so ein bisschen „...“ ja da könnt ich zum Beispiel von heute morgen: ähm er hat lange geschlafen Hmm und weil er ja die OP hatte, hab ich ihm auch lange schlafen gelassen und dann steht er auf „...“ und ich sage ihm „...“) und dann kamen drei Sachen auf einmal: einmal ein dienstliches Telefonat, was unbedingt sein musste, „Name“ stand auf zu dem Zeitpunkt und ein paar Minuten klingelte es noch an der Tür, kam noch jemand, die (unverständlich) hilft (schaut nach unten) Hmm und ich habe zu „Name“ gesagt, er soll sich anziehen und sich ähm die Zähne putzen und dann ist er in mein Arbeitszimmer gegangen und hat dort was rausgesucht, hat an mein Zeug rumgesticksert und sich da irgend etwas genommen Hmm und eben nicht angezogen und ähm da ist es dann eben immer wieder so: dann guck ich wieder hin, da macht er wieder was völlig anderes Hmm als das, was er soll und hach (seufzt, steckt Zunge raus) Hmm und wie haben Sie sich dabei gefühlt? ... ähmm da fühle ich mich genervt Hmm und ein bissl resigniert, dass er da nicht so selbstständig seine Sachen macht. Und wie denken Sie, hat sich „Name“ gefühlt? „...“ ich denke, er hat das gar nicht so richtig mitbekommen. Hmm. Okay. (lacht) Er wundert sich da manchmal, warum ich da so anderer Meinung bin. Ja okay.

Eindeutige Reflexive Kompetenz (5):

I: Beschreiben Sie mir jetzt bitte eine Situation – wie Sie schon geahnt hatten – ähm in der Sie und „Name“ wirklich nicht auf einer Wellenlänge waren.

KM: Ja also das ist, ist halt manchmal, ne, dass wir so, was mir eben jetzt vor Augen war, wo ich auch nicht ganz genau wusste, was ist da jetzt wieder: Wir sind ja mit

den Schlitten, mit 2 Schlitten und 6 Kinder vom Kindergarten zum „Bezeichnung 1“-Museum, ne, und dann musste ich natürlich immer zusehen, dass nicht alle sich auf die Schlitten gesetzt haben, sondern immer zweie ziehen, einer drauf. Weil mehr, anders ging's nicht, ne. *Ja*. Und da musste halt immer mal abgewechselt werden, und da war der „Name“ nur einmal dann enttäuscht, weil er mal aufstehen musste und laufen, und was macht er? Dann läuft er einfach vorne weg. Saust mir davon, rennt, wo ich noch Angst haben musste, dass er jetzt das Kind ist, was sich jetzt vor's Auto wirft, ne. *Hm*. Und da saß er dann an der, an der Ampel, so auf so einem Schneehaufen, und die anderen Kindern schon von weitem gerufen „Name, geh zurück, das ist doch gefährlich, du sitzt zu nah an der Straße“. Und da habe ich mir eben gedacht, habe ich mich halt dann gefreut, dass nur mein Kind so einen Blödsinn macht, ne, und nicht die anderen. Weil da hätte nicht, bei „Name“ war ich mir relativ sicher, dass er wirklich da sitzen bleibt und nicht jetzt auch noch über die Straße rennt, aber wenn das jetzt z. B. ein anderes Kind gemacht hätte, die ich jetzt nicht so gut einschätzen kann, dann wäre ich ganz schön, mit meinen 6 Kindern, die ich mir da – es war ja bloß 800 m zu laufen, aber trotzdem – da war ich so, ärgerlich schon. *Hmhm*. *Und wie haben Sie sich gefühlt?* Äh na dann schon verunsichert gefühlt. *Hmhm*. Also jetzt nicht schuldig, weil ich hab's bestimmt gut aufgeteilt, ich hab jetzt nicht den „Name“ als einzigen da irgendwie aufstehen lassen, und ja, vielleicht kurz auch ängstlich, dass tatsächlich was passiert, dass mir jetzt eben die anderen Kinder auch davon rennen. *Hmm*. *Und was denken Sie, wie hat sich „Name“ gefühlt?* Das würde ich gerne mal wissen! Weiß ich nicht. Weiß ich nicht. Ich denk der hat sich da, der war halt mal 5 Minuten nicht da der Chef, dass er nun als Geburtstagskind auch noch die ganzen Schlittensitze erobert, und vielleicht hat ihn das nicht 5 Minuten nicht der Chef ja, naja war ja nicht so, war ja nicht mal – das könnte ich mir vorstellen (B3).

Ausgeprägte Reflexive Kompetenz (7):

I: Beschreiben Sie mir jetzt eine Situation in der letzten Woche, in der Sie und „Name“ wirklich nicht auf einer Wellenlänge waren.

KM: *Hmm*, ach, ah ja, mm, er war ja bei seinem Papa, und er findet es völlig richtig, einen Termin zu verpassen. Er ist ja auch ein Kind, einen Termin zu verpassen, der wichtig ist. Es ging um seinen Zahnarzt-Termin und er findet es völlig in Ordnung zu sagen „na wir haben halt verschlafen, das ist nicht so schlimm und wir brauchen da auch nicht bescheid sagen.“ *Hmm hm*. Mm, das entspricht absolut nicht dem, was ich denke, weil er kaputte Zähne hat, ist unglaublich wichtig gewesen jetzt den Termin wahrzunehmen und er mir dann heute z. B. gesagt hat „der Zahn hier oben ist immer noch nicht da“. Und er ist vor 2 Jahren dadrauf gefallen, der Zahn wurde Ende letzten Jahres gezogen, oder war das dieses Jahr, das weiß ich gar nicht mehr, mm Dezember oder Januar, und seitdem hat sich da nichts getan, außer dass das komisch aussieht. Und ich wollte einfach, dass der Zahnarzt sich das nochmal anguckt. Ja, er findet das halt in Ordnung, da nicht hinzugehen (etwas ironisch), da sind wir absolut nicht auf einer Wellenlänge. *Hmhm*. *hmhm*. *Hmhm*. Ja, aber das kommt immer drauf an, wie die Erwachsenen ihm das beibringen und da der Papa das in Ordnung findet, jeden Tag zu verschlafen und bis Mittags im Bett zu liegen, kann ich ihm da nicht

wirklich einen Vorwurf machen (C4). *Hmhm.* Hmm. *Und wie haben Sie sich gefühlt?* Ich war wütend, also ich hab ihn telefonisch dann nicht erreicht. Als ich den nächsten Tag ihn dann drauf angesprochen hab, wurde ich abgewimmelt wegen dem Thema, der „Name“ hat mir dann erzählt, dass sie gar nicht beim Zahnarzt waren. Und das macht mich unglaublich wütig, wütend, wir haben uns ja letzte Woche Donnerstag hier getroffen und ich musste „Name“ dann von seinem Papa entgegennehmen, das war viertel 2, um 2 hatten wir den Termin. Und da hab ich dann gefragt, ob er schon was gegessen hat und das einzigste, was er bis dahin gegessen hat, war ein Eis. Und mit kaputten Zähnen mittags, das erste Essen Eis, das einzigste, mm da bin ich dann einfach wütend, das macht mich wütend. Wenn er dann nicht zum Zahnarzt geht, ja, macht's die Sache nicht wirklich besser. *Hmhm.* *Und wie denken Sie hat sich „Name“ gefühlt?* Ich weiß nicht, mm, ihm ist das egal, ihm ist das in dem Moment wichtig, was sein Papa sagt. Der sagt „ja, wir haben Zeit für Schlafen, ist ja nicht so schlimm.“ Ja, ich denk, er versteht mich schon, dass das wichtig ist, weil er, wenn er jetzt Zahnschmerzen bekommt, was sehr wahrscheinlich ist, ich ihm nicht helfen kann (B3). Das sieht der schon ein, dann, wenn ich ihm das später sage (C3), aber der kindliche Trieb sagt „ich wollte doch aber viel lieber spielen“. *Hmhm.* Ich wollte doch viel lieber Fernsehen gucken, ich wollte viel lieber nicht zum Zahnarzt gehen. *Hmhm.* Ist klar, er mag das nicht. Hm. Wer mag das schon. Ich mag das auch nicht, muss trotzdem gehen. *Hmhm.* Das ist halt so. Ja.

Außergewöhnliche Reflexive Kompetenz (9):

I: Beschreiben Sie mir jetzt bitte eine Situation, in der letzten Woche, in der Sie und „Name“ wirklich nicht auf einer Wellenlänge waren.

KM: Ich weiß nicht, wie schlimm es wirklich war, ich war ja nicht dabei, aber das wär auch alles zu klären gewesen, also „Name“ meinte dann, sie hätte ihn geärgert vorher. „Was“ hat er nicht gesagt. Äh und dann entspann sich daraus, also mit, mit dem Teil der Situation kann man ja eigentlich gut umgehen, das ist eben so und dann so, aber daraus entspann sich dann eben bei ihm so ne, so ne Wut, mit der er, was ich meinte eben, nicht so richtig wusste, wohin. Also dann war dann glaube ich auch kurz danach Abendbrot, da wollte er dann eben nicht mitessen, und genau, und sind wir, stimmt, ich hatte Eierkuchen gemacht, und die, dann, kam mein Mann ein bisschen später, er kam dann zum Abendbrot dazu, und, also er provozierte mit einem nach dem nächsten. Also erst wollte er nicht mitessen, dann wollte er unbedingt den letzten Eierkuchen und den nicht teilen mit der „Person 1“, und hats Apfelmus alle gemacht, ohne nochmal zu fragen, wer noch was möchte, und äh und da merkte man, da ist einfach immer so ne Provokation drin, er will jetzt irgendwas rauslassen stellvertretend, und und oder will ne Reaktion hervorrufen, die dann auch kam, also man, kann man ja auch so nicht durchgehen lassen. Bis es eben dahin kam, dass wir ihn aus der Küche geworfen haben. Wo wir gesagt haben „so, jetzt musst du bitte gehen“ und dann hat er eben seinen Teller genommen und gegangen, „Nee, Teller bleibt hier“, äh, war wieder ein Konflikt, und dann ist er ohne Teller gegangen und ich hab auch „na dann kannst du gleich ins Bett gehen“. Das hat er dann auch gemacht. *Hmhm.* Ist dann aber noch aufgestanden und hat dann, ich glaube sogar noch geduscht oder was, und dann wars dann irgendwie für einen Moment wieder –

ich glaub dann war's okay, dann also nachdem er dann in sein Zimmer gegangen ist, war's okay, und dann kam so das normale Abend-, so duschen, äh Zähneputzen, und dann hab ich mich nochmal zu ihm ans Bett gesetzt und habe gesagt „Mensch, wär doch kein Ding gewesen, hät't du einfach gesagt, ich will jetzt mal für 5 Minuten meine Ruhe haben“, wär völlig okay, wär überhaupt nüscht passiert, äh, hmm. Und da kam dann das Gespräch „ja, aber die Person 1 äh mag mich nicht“ und was ich vorhin schon gesagt hab. Also das schloss sich da an.

(B1, B3, B5).

I: Okay ich verstehe. Gut. Und wie haben Sie sich gefühlt in der Situation? Also das war ne lange Situation, aber, was würden Sie sagen, wie Sie sich gefühlt haben in der Situation?

KM: Na es ist immer so, dass ich, dass ich in der Situation, ähmm, auf die Provokationen, ja in, also wenn ich mir das rückblickend angucke, bin ich natürlich genau auf die Provokationen eingestiegen, die er gebaut hat. (B6).

8.3.3 RK Prä-Post Vergleiche

Vor der Therapie betrug die Reflexive Kompetenz der Mütter über ihr Kind im Mittel 4,64 (SD: 1,52). Dies entspricht einem Gesamtwert, der etwas unterhalb des Rohwertes für eine „eindeutige Reflexive Kompetenz“ (Wertung 5) liegt, jedoch mit Werten gesunder Populationen vergleichbar ist (Taubner, Hörz et al. 2013). Nach der Therapie mit PaKT betrug die Reflexive Kompetenz der Mütter über ihr Kind im Durchschnitt 4,60 (SD: 1,44). Dies entspricht ebenfalls einem Gesamtwert, der etwas unterhalb des Rohwertes für eine „eindeutige Reflexive Kompetenz“ liegt.

Um den Behandlungseffekt auf die Reflexive Kompetenz der Mütter zu erfassen, wurden Varianzanalysen mit Messwiederholungen (Prä, Post) gerechnet. Hierbei zeigte sich kein signifikanter Behandlungseffekt ($F = .038$; $p = .846$; $\eta_p^2 = .002$). Weitere explorative Analysen hinsichtlich des Einflusses der Reflexiven Kompetenz der Mütter auf den Therapieerfolg wurden durchgeführt. Diese werden in Teil V. Kapitel 10 ausführlich dargestellt.

8.4 Therapiezufriedenheit

Insgesamt beurteilten sowohl die Eltern als auch die Therapeuten die Behandlung im Mittel als gut. Das Elternurteil in den Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung (FBB-E) zeigte eine gute Beurteilung der Behandlung ($M = 3,11$; $SD = .75$); die Einschätzung der Behandlung durch die Therapeuten (FBB-T) selbst ergab ein moderates bis gutes Urteil ($M = 2,35$; $SD = .40$).

8.5 Adhärenz

Eine ebenfalls von der Autorin des Instruments der CPQ-Technik geschulte wissenschaftliche Hilfskraft ratete eine Stichprobe von 53 aus 58 verfügbaren Sitzungen anhand der CPQ Technik (Sitzung 5 und Sitzung 10 über alle Therapien; 5 Videos waren wegen Datenverlusts nicht mehr verfügbar; ein Kind verließ die Studie bevor ein erstes Video hätte aufgenommen werden können (Drop-Out)). Die mittlere Korrelation der anhand der Videos mit dem Child Psychotherapy Q-Set gerateten Behandlungssitzungen ($n = 53$, über alle 8 Therapeuten) mit dem PaKT- Prototypen betrug $M_r = .78$ (range: $r_s = .70-.80$; $p < .001$; zwei-seitig). Die Übereinstimmung der Therapeuten mit dem PaKT-Prototypen ist in Anhang I dargestellt. Therapeuten mit hohem Ausbildungsstand zeigten im Vergleich zu Therapeuten mit niedrigem Ausbildungsstand keine höhere Übereinstimmung mit dem PaKT-Prototypen.

8.6 Inanspruchnahme weiterer Therapien

Vor (Prä), während und nach (Post) der Behandlung mit PaKT erhielt keines der Kinder Medikation oder andere Therapieverfahren. Zum Follow-up Messzeitpunkt gab eine Familie an, in der Zwischenzeit weitere therapeutische Maßnahmen in Anspruch genommen zu haben.

8.7 Drop-Out Rate

Ein Kind brach die Teilnahme an der Studie nach der dritten Therapiesitzung ab, da eine stationäre Aufnahme wegen einer Verschlechterung einer externalisierenden Symptomatik notwendig wurde (Drop-Out: $n = 1$). Dies entspricht einer Drop-Out Rate von nur 3,3%. Da jedoch zwei weitere Kinder (hiervon sowohl ein Kind aus der direkten Behandlungsgruppe, als auch ein weiteres Kind aus der Wartekontrollgruppe) nicht an der Nachuntersuchung (Post PaKT) teilnahmen, obwohl sie die Therapie bis zum Ende absolviert hatten, erhöht sich die Drop-Out Rate auf 10% ($n=3$).

8.8 Einfluss von Therapeutenfaktoren auf den Therapieerfolg

Um den Einfluss von Therapeuteneffekten zu überprüfen, wurden nach Anwendung Hierarchisch Linearer Modellierung (HLM) nach der Methode von Woltman, Feldstain, MacKay und Rocchi (Woltman, Feldstain, MacKay, & Rocchi, 2012) aus der Ausgabe Intraklassen Korrelations Koeffizienten (intraclass correlation coefficients (ICCs)) berechnet. Die primären Ergebnis-Maße SDQ Emotionale Probleme und SDQ Gesamtproblemwert wiesen auf keine systematischen

Unterschiede zwischen den Therapeuten hin. Gleichmaßen wurde kein systematischer Therapeuteneffekt auf der CBCL Skala Gesamtproblemwert und internalisierende Probleme aufgedeckt, nachdem Unterschiede in den Ausgangswerten vor der Therapie mit in der Analyse berücksichtigt wurden (alle $ICC=.001$).

9. Diskussion der Ergebnisse und Schlussfolgerungen

In diesem Kapitel werden zunächst die Ergebnisse der deskriptiven und statistischen Analyse (siehe Kapitel 7 und Kapitel 8) vor dem Hintergrund der Forschungsfragen und forschungsleitenden Hypothesen erarbeitet und diskutiert. Daraus sollen Schlussfolgerungen für weiterführende Forschungsbemühungen und klinische Praxis abgeleitet werden.

9.1 Allgemeine Diskussion der Ergebnisse

Im Folgenden soll die zentrale Forschungsfrage dieser Studie untersucht werden: Lässt sich die Wirksamkeit von PaKT zur Behandlung von Angststörungen im Vergleich zu einer Wartekontrollgruppe anhand der vorliegenden Untersuchung belegen? Dabei gilt es, die Veränderungen auf der Ebene der Diagnosen als auch die Veränderungen auf Symptomebene sowie die Veränderungen der Mentalisierungsfähigkeit der Mütter hinsichtlich ihrer Verursachung zu diskutieren.

Dabei ist die Diskussion der Frage, ob sich die beobachteten Veränderungen der abhängigen Variable (Diagnosen, Symptome, Mentalisierungsfähigkeit) tatsächlich kausal auf die Variation der unabhängigen Variable (Behandlung mit PaKT) zurückführen lassen, oder ein Effekt anderer nicht kontrollierter Variablen sind, von zentraler Relevanz. Im Folgenden werden die einzelnen forschungsleitenden Hypothesen noch einmal vorgestellt und vor dem Hintergrund der vorliegenden Ergebnisse diskutiert.

Hypothese 1: Nach einer Behandlung mit PaKT kommt es zu einer signifikanten diagnostischen Remission.

Entsprechend der forschungsleitenden Hypothese konnte nach einer Behandlung mit PaKT im Vergleich zur Wartekontrollgruppe eine signifikante diagnostische Remission gemessen werden. Die Ausprägung der Diagnosen in der

Behandlungsgruppe im Vergleich zur Wartekontrollgruppe entspricht den Erwartungen, die in Hypothese 1 formuliert wurden.

Nach einer Behandlung mit PaKT zeigten 66,67% der Kinder, die an der Nachuntersuchung teilnahmen eine komplette diagnostische Remission. Diese war auch in Intent-to-treat Analysen robust (59,88%). Von den 27 Kindern, die an der Nachuntersuchung teilnahmen, wiesen nach der Behandlung nur noch 9 Kinder (33,33%) die Diagnose einer Angststörung auf. Darüber hinaus zeigten im Gruppenvergleich 12 Kinder (100%) der Wartekontrollgruppe nach der Wartezeit noch die Diagnose einer Angststörung, während 12 Kinder (75%) aus der Behandlungsgruppe nach der Behandlung mit PaKT keine DSM-IV Diagnose mehr zeigten.

Die diagnostische Remissionsrate nach einer Behandlung mit PaKT (66,67% der Kinder) war somit hoch und ist vergleichbar mit den Ergebnissen aus aktuellen CBT Studien (Hirshfeld-Becker et al., 2010), wobei die Ergebnisse der vorliegenden Studie noch um positive Ergebnisse in Bezug auf komorbide depressive Störungen erweitert wurden. Es konnte auf der Ebene der Diagnosen eine signifikante Remission im Vergleich zur Wartekontrollgruppe erzielt werden.

Hypothese 2: Nach einer Behandlung mit PaKT zeigt sich in der Behandlungsgruppe im Vergleich zur Wartekontrollgruppe eine signifikante Symptomreduktion sowohl auf der Ebene internalisierender und externalisierender Symptome, als auch auf der Ebene des Gesamtproblemwerts im Elternurteil.

Entsprechend der forschungsleitenden zweiten Hypothese konnte nach einer Behandlung mit PaKT im Vergleich zur Wartekontrollgruppe eine signifikante Symptomreduktion auf nahezu allen primären Outcome-Maßen erzielt werden. Sowohl im CBCL als auch im SDQ zeigte sich auf den Skalen Emotionale Probleme, bzw. Internalisierende Probleme, sowie im Gesamtproblemwert der Kinder eine signifikante Symptomreduktion im Vergleich zur Wartekontrollgruppe. Lediglich die SDQ Subskala Verhaltensprobleme zeigte keine signifikante Symptomreduktion, während die CBCL Subskala Externalisierende Probleme zwar keinen Haupteffekt, wohl aber einen Interaktionseffekt Gruppe x Zeit zeigte. Bei genauerer Betrachtung der Ausgangswerte (Prä) für die SDQ Skala Verhaltensprobleme (siehe *Abbildung 11*) fällt auf, dass die Patienten sowohl in der Behandlungsgruppe mit einem Mittelwert von 3,38 als auch in der Wartekontrollgruppe mit einem Mittelwert von 3,50 Werte unterhalb des Cut-Off Wertes (Skalenwert 4) und daher im unauffälligen Bereich zeigten. Es kann daher für die Skala Verhaltensprobleme davon ausgegangen werden, dass ein Bodeneffekt vorlag, durch den signifikante Veränderungen zum zweiten Messzeitpunkt verhindert wurden. Die Patienten wiesen auch zum zweiten Messzeitpunkt (Post) sowohl in der Behandlungsgruppe ($M = 2,81$) als auch in der Wartekontrollgruppe ($M = 3,08$) unauffällige Werte unterhalb des Cut-Offs auf. Für die Behandlungsgruppe ergab sich somit ein Symptomrückgang von nur 0,57 Rohwertpunkten, während sich in der Wartekontrollgruppe ein Symptomrückgang von 0,42 Rohwertpunkten zeigte. Somit konnte weder ein Effekt des Faktors Zeit,

noch ein Effekt des Faktors Gruppenzugehörigkeit auf die Veränderung in den SDQ Verhaltensproblemen nachgewiesen werden. Für die CBCL Subskala Externalisierende Probleme zeigte sich bei genauer Betrachtung der Daten in der Behandlungsgruppe ein Symptommrückgang von Prä ($M = 16,75$) nach Post PaKT ($M = 12,88$) um 3,87 Rohwertpunkte, während die Wartekontrollgruppe sich von Prä ($M = 17,08$) zu Post ($M = 17,67$) sogar um 0,59 Rohwertpunkte verschlechterte. Diese gegenläufige, wenn auch schwache Symptomveränderung in den Gruppen erklärt, warum ein Effekt des Faktors Zeit nicht signifikant wurde, wohl aber ein großer Effekt ($\eta_p^2 = .17$) des Faktors Gruppenzugehörigkeit.

Dabei blieben die Ergebnisse auch in ITT-Analysen auf allen primären und sekundären Outcome-Maßen im Elternurteil im mittleren und hohen Bereich, auch wenn alle relevanten Symptomskalen bis auf die CBCL Skala Gesamtprobleme lediglich einen Trend in Richtung Signifikanz zeigten (mit $p = .062$ bis $p = .078$). Im Vergleich zur Wartekontrollgruppe zeigte sich im Elternurteil auf den Skalen internalisierende Probleme hohe Effekte von Prä PaKT zu Post PaKT, was darauf hinweist, dass eine Spontanremission der Behandlungsgruppe als Bias sehr unwahrscheinlich ist. Die Behandlungseffekte zeigten sich auch auf der Ebene externalisierender Symptome, wodurch in der vorliegenden Studie Breitband-Effekte von psychodynamischer Kurzzeittherapie für Kinder, die in anderen Studien berichtet wurden, repliziert werden konnten (Abbass, et al., 2013; Muratori, et al., 2003; Palmer, et al., 2013). Sowohl auf der Ebene internalisierender als auch externalisierender Symptome als auch im Bereich des Gesamtproblemwertes gelangten die Kinder nach einer Behandlung mit PaKT im Mittel unterhalb des klinischen Cut-Offs in den unauffälligen bis grenzwertigen Bereich der Symptomausprägung.

Hypothese 3: Nach einer Behandlung mit PaKT zeigen sich in der Selbstauskunft der Kinder weniger internalisierende Symptome.

Da für die Selbstauskunft der Kinder keine Daten vor Beginn der Wartezeit verfügbar waren, konnten Prä-Post Vergleiche für die Selbstauskunft der Kinder lediglich im Innersubjekt-Vergleich herangezogen werden. Dieser Prä-Post-Vergleich ergab eine signifikante Symptomreduktion nach der Behandlung mit PaKT. Sowohl auf der Ebene der Belastung mit internalisierenden Symptomen als auch auf der Ebene der Belastung mit externalisierenden Symptomen äußerten die Kinder einen signifikanten Symptommrückgang nach einer Behandlung mit PaKT.

Hypothese 4: Nach einer Behandlung mit PaKT zeigte sich im Lehrer-/Erzieher-Urteil eine signifikante Symptomreduktion sowohl auf der Ebene internalisierender und externalisierender Symptome, als auch auf der Ebene des Gesamtproblemwerts.

Da für die Einschätzung der Symptome der Kinder durch die Lehrer/ Erzieher keine Daten vor Beginn der Wartezeit verfügbar waren, konnten Prä-Post Vergleiche für die Auskunft der Lehrer/Erzieher lediglich im Innersubjekt-Vergleich herangezogen werden. Dieser Prä-Post-Vergleich ergab eine signifikante Symptomreduktion nach der Behandlung mit PaKT. Sowohl auf der Ebene der Belastung mit internalisierenden Symptomen als auch auf der Ebene der Belastung mit externalisierenden Symptomen sowie im Bereich der Gesamtbelastung zeigte sich im Lehrer-/Erzieher-Urteil eine signifikante Symptomreduktion nach einer Behandlung mit PaKT. Dabei konnten große Effektstärken auf den Skalen emotionale Symptome, Verhaltensprobleme und Gesamtproblemwert erzielt werden (von $\eta^2 = .26$ bis $\eta^2 = .68$). Diese Effekte bleiben auch gegenüber ITT-Analysen robust. Generell fällt dabei jedoch auf, dass die Lehrer-/Erzieher im Vergleich zu den Eltern die Kinder auf allen drei SDQ Subskalen als weniger belastet einschätzen als die Eltern. Dies zeigt möglicherweise, dass die Erzieher-/Lehrer das Problemverhalten der Kinder nicht in einem solchen Ausmaß erleben, wie die Eltern. Bemerkenswert ist hingegen, dass sowohl Eltern, als auch Erzieher auf der Ebene des SDQ Gesamtproblemwertes einen ähnlichen Symptomrückgang nach der Therapie von 3,67 Rohwertpunkten (Elternurteil) bzw. 3,84 Rohwertpunkten (Lehrer/Erzieher-Urteil) berichten (siehe Tabelle 17 und 18).

Explorative Analysen zur Mentalisierung der Mütter über ihr Kind:

Es konnte keine signifikante Verbesserung der Reflexiven Kompetenz der Mütter nach der Behandlung mit PaKT nachgewiesen werden. Die im Rahmen von PaKT durchgeführten 5-6 Sitzungen Elternarbeit zeigen somit hinsichtlich einer Verbesserung der Mentalisierung der Mütter über ihr Kind keinen nachweisbaren Effekt. Für eine nachhaltige Veränderung der Mentalisierung der Eltern über ihr Kind sind möglicherweise längere und intensivere Interventionen notwendig. Da es einen Zusammenhang zwischen Mentalisierungsfähigkeit und Strukturniveau eines Individuums gibt (siehe Kapitel 2.2.1.5 dieser Dissertation) ist anzunehmen dass eine Veränderung der Mentalisierung – ebenso wie strukturelle Veränderungen auch – einer längerfristigen und intensiveren Intervention bedürfen (vgl. Levy et al., 2006). Ein nachhaltiger positiver Effekt auf die elterliche Mentalisierungsfähigkeit bezüglich ihres Kindes ließe sich möglicherweise durch mentalisierungsbasierte therapiebegleitende „Elterntrainings“ erzielen. Dieses Ergebnis könnte ebenso auf eine eingeschränkte Veränderungssensitivität des PDI hinweisen. Dieser Befund deckt sich mit einer persönlichen Mitteilung der Autorin des Instruments während der Internationalen Konferenz der Society for Research in Child Development (SRCD) 2013 in Seattle, die bereits auf die „eingeschränkte Veränderungssensitivität des PDI“ hinwies. Eine ausführliche Diskussion der Ergebnisse zur Reflexiven Kompetenz der Mütter erfolgt in Kapitel 10.

Nicht unberücksichtigt sollte die Tatsache sein, dass die psychoanalytische Kurzzeittherapie für Kinder (PaKT) in einem kinderpsychiatrischen

Versorgungssetting getestet wurde und somit eine Population von Kindern mit Angststörungen untersucht wurde, die ein hohes Maß an komorbiden depressiven Störungen und externalisierenden Symptomen aufwies – eine klinisch relevante Patientengruppe, die als besonders schwer erfolgreich zu behandeln gilt (Rapee, et al., 2013). Während sowohl die Theorie (Barret, 2000) als auch metaanalytische Daten (Reynolds, et al., 2012) darauf hinweisen, dass die Wirksamkeit von CBT Manualen durch das Alter der untersuchten Kinder und der damit verbundenen kognitiven Entwicklung zunimmt, oder bei jüngeren Kindern durch elternbezogene Interventionen mediiert ist (Waters, et al., 2009), benötigt das PaKT Manual keine solchen Voraussetzungen. Da es als kindzentrierte Intervention direkt auf die Veränderung maladaptiver Abwehrmechanismen und inflexibler kognitiver Stile zielt, kann es ohne große Voraussetzungen auf Seiten der Kinder bereits mit Vorschulkindern angewendet werden. Daher erweitert PaKT das Angebot an bisher verfügbaren evidenz-basierten Interventionen um ein kindzentriertes, emotionsfokussiertes Behandlungsverfahren, das speziell auf die Bedürfnisse von Vorschul- und Schulkindern zugeschnitten ist. Es ist wichtig, abschließend festzustellen, dass sich die Behandlungseffekte nach einer Behandlung mit PaKT auf der Ebene multipler Informanten als stabil erwiesen (Interviewer, Eltern, Lehrer/Erzieher, Kinder).

Neben der sofortigen diagnostischen Remission und Symptomreduktion nach einer psychotherapeutischen Behandlung stellt auch die Stabilität der Behandlungseffekte ein wichtiges Kriterium für die Wirksamkeit einer Intervention dar. Wirksamkeitsstudien im Bereich der psychodynamischen Psychotherapie weisen auf stabile Behandlungseffekte hin, die sogar zum Katamnesezeitpunkt noch zunehmen (*sleepers effects*) (Muratori, et al., 2005; Muratori, et al., 2003; Trowell, et al., 2007). Daher stellte die Erfassung der Wirksamkeit von PaKT zum Follow-up Zeitpunkt (6 Monate nach Behandlungsende) ein weiteres Ziel der vorliegenden Studie dar.

Die Untersuchungsergebnisse zeigen, dass die diagnostische Remission und der Symptomrückgang auf den relevanten Symptomskalen (bis auf die SDQ Skala Verhaltensprobleme im Lehrer/Erzieher-Urteil) auch zum 6-monats Follow-up sowohl im Kliniker-Urteil als auch im Eltern und Lehrer/Erzieher-Urteil stabil blieben. Im Gegensatz zu anderen Forschergruppen (Muratori, et al., 2003; Trowell, et al., 2007), konnte in der vorliegenden Studie jedoch im Follow-up Intervall keine weitere Verbesserung (*sleepers effects*) im Vergleich zur Nachuntersuchung nach der Therapie mit PaKT nachgewiesen werden. Da in der vorliegenden Studie eine jüngere Kohorte untersucht wurde und bereits direkt nach der Behandlung mit PaKT große Effekte erzielt wurden, liegt der Schluss nahe, dass besonders bei jüngeren Kindern möglicherweise sehr rasch Effekte durch psychodynamische Psychotherapie erzielt werden können. Dieser Befund ergibt sich möglicherweise daraus, dass internalisierenden Störungen bei jüngeren Kindern noch flexiblere und modifizierbare Abwehrmechanismen zugrunde liegen, als dies bei älteren Kindern und Jugendlichen der Fall ist. Außerdem ist es auch möglich, dass durch die großen Behandlungseffekte direkt nach der Intervention eine Begrenzung nach oben hinsichtlich zusätzlicher Effekte im Follow-up Intervall verursacht wurde. Diese Möglichkeit sollte durch weitere Forschung untersucht werden. Trotz der Tatsache,

dass die vorliegende Untersuchung Langzeit-Effekte im Eltern- und Lehrer-/Erzieher-Urteil nachweisen konnte, konnten die Behandlungseffekte in der Selbstauskunft der Kinder nicht erhalten bleiben. Möglicherweise ist hierfür die zu geringe Power der vorliegenden Studie verantwortlich. Eine alternative Erklärung wäre auch, dass eine Subgruppe von Kindern tatsächlich weiterführende Therapie benötigt, um in der Selbstauskunft stabile Ergebnisse im Langzeit-Intervall zu berichten. Weitere Forschungsbemühungen sind notwendig, um diesen Umstand zu erklären. Auch auf der SDQ Skala Verhaltensprobleme im Lehrer-/Erzieher-Urteil zeigte sich zum Follow-up Termin ($M = 1,20$) keine weitere Verbesserung, sondern eine leichte Verschlechterung im Vergleich zur Nachuntersuchung ($M = 1,00$) direkt nach einer Behandlung mit PaKT von 0,20 Rohwertpunkten. Da dies jedoch minimale Veränderungen sind und die Kinder von den Lehrern/Erziehern auch vor der Therapie ($M = 2,08$) als unauffällig im Bereich der Verhaltensprobleme eingeschätzt wurden, kann davon ausgegangen werden, dass ein Bodeneffekt vorlag der weitere Veränderungen auf Symptomebene unwahrscheinlich machte. Dieses Ergebnis wird dadurch kontrastiert, dass der Vergleich (Prä, Follow-up) auf den Skalen emotionale Probleme und Gesamtwertwert signifikante Langzeiteffekte zeigte. Das geringe Vorhandensein von Verhaltensproblemen im Lehrer-/ Erzieher-Urteil untermauert auch die Spezifität der Stichprobe, in der internalisierende Probleme auch in den dimensional Messinstrumenten dominieren.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sowohl Eltern, als auch Lehrer-/Erzieher und Kinder signifikante Symptomveränderungen mit Effektstärken im mittleren bis großen Bereich einschätzten. Letztlich lag die Beurteilung der Behandlung durch Eltern und Therapeuten im moderaten bis guten Bereich, was einerseits auf eine gute Akzeptanz der Behandlung durch die Eltern hinweist und andererseits auch zeigt, dass die behandelnden Studientherapeuten die Anwendung und Handhabbarkeit des Manuals als befriedigend bis gut einschätzten. Möglicherweise gibt es bei den im Mittel relativ unerfahrenen Studientherapeuten auch eine Tendenz, die eigene therapeutische Leistung als geringer einzuschätzen, als sie tatsächlich war. Die anhand der Videoaufzeichnungen erhobenen Einschätzungen der Manualtreue ergaben eine gute Übereinstimmung mit dem PaKT Manual. Die Sitzungen unerfahrener Therapeuten zeigten dabei in der Analyse mit dem CPQ-Verfahren keine geringere Übereinstimmung mit dem PaKT-Manual als die erfahrenerer Therapeuten. Im Gegensatz zu der weitverbreiteten Meinung, dass psychodynamische Verfahren Zeit- und kostenintensiver Ausbildung bedürfen, weist dieser Befund darauf hin, dass das PaKT Manual gut für relativ unerfahrene Therapeuten in Ausbildung geeignet ist, wenn sie an einer entsprechenden 4-tägigen Schulung teilnehmen und kontinuierlich ihre Fälle in der einmal wöchentlich stattfindenden Supervisionsgruppe supervidieren lassen. Gleichzeitig ist das PaKT Manual im Allgemeinen repräsentativ für zeitlich begrenzte psychodynamische Verfahren in der Tradition der Kurzzeittherapie.

9.2 Limitationen

Im Folgenden sollen die Limitationen der vorliegenden Studie erarbeitet und diskutiert werden.

Erstens wurde die vorliegende Studie in einem klinischen Versorgungssetting mittels eines „quasi-experimentellen Designs“ (Kazdin, 2010, S. 169) durchgeführt. Obwohl dieses Design wegen der mangelnden randomisierten Zuweisung der Probanden die interne Validität einer Untersuchung herabsetzt, erhöht es im Gegensatz dazu die externe Validität, da die Daten unter klinisch repräsentativen Bedingungen erhoben werden. Tatsächlich wird in Reviews und metaanalytischen Befunden sogar von vergleichbaren Effekten für quasi-experimentelle Designs und randomisierten Kontrollgruppen Studien berichtet (Leichsenring, 2004; Shadish et al., 2000). In der vorliegenden Studie basierte die Zuweisung der Patienten zu den Gruppen allein auf der Verfügbarkeit eines freien Therapieplatzes im ambulanten kinderpsychiatrischen Versorgungssetting und nähert sich daher einer randomisierten Zuweisung an. Die Tatsache, dass zu Beginn der Untersuchung keine Unterschiede auf den Ergebnis-Maßen oder demographischen Ausgangsmerkmalen der Probanden zwischen den Gruppen auftraten, unterstützt umso mehr die Vermutung, dass die Gruppenzuweisung keinem systematischen Bias unterlag. Es erscheint in der Tat sehr unplausibel, dass die erzielten Effekte im Vergleich zur Wartekontrollgruppe auf systematischen Bias durch Gruppenzuweisung zurückzuführen sein sollen, da die Behandlungseffekte in der Wartekontrollgruppe gleichermaßen auftraten, nachdem sie die Behandlung mit PaKT erhielten. Die Patienten der direkten Behandlungsgruppe waren durch die Gruppenzuweisung vor Beginn der Behandlung hinsichtlich der Möglichkeit einer Symptomreduktion oder diagnostischen Remission somit gegenüber der Wartekontrollgruppe in keinem erkennbaren Vorteil.

Zweitens war die Dauer der Behandlung weitaus länger als die Dauer der Wartezeit, was Spontanremissionen in der Behandlungsgruppe wahrscheinlicher macht. Die relativ kurze Dauer der Kontrollbedingung im Vergleich zur Behandlungsbedingung zeichnet in der Tat viele Studien aus, die eine Wartelistenkontrollgruppe als Kontrollbedingung nutzen (z. B. Kendall, 1994; Kendall et al., 1997; Target & Fonagy, 2005). Obwohl das PaKT Behandlungsmanual keine Veränderung der Sitzungsanzahl (und Frequenz) vorsieht, gab es eine große Varianz in der Behandlungslänge (in Wochen), da es bei einigen Familien zu häufigen Stundenabsagen (häufig wegen der bei emotionalen Störungen anzutreffenden alterstypischen Somatisierungsneigung der Kinder) kam. Es war in der vorliegenden Studie nicht möglich, dies zu kompensieren, indem die Wartezeit angepasst worden wäre. Auf diese Weise wäre die Behandlung den Kindern aus der Wartegruppe für lange Zeit vorenthalten worden, was aus ethischer Sicht nicht zu verantworten gewesen wäre. Dennoch dauerte die Wartezeit in der vorliegenden Studie um einiges länger, als in den meisten Studien mit einer von Pädiatern überwiesenen, klinischen Stichprobe. Daher bot dieses Design ausreichend Zeit, um die Spontanremissionen von Angststörungen im Kindesalter zu erfassen. Entscheidend ist, dass keiner der Fälle aus der Wartekontrollgruppe nach dem Wartezeit-Intervall eine diagnostische Remission zeigte, was ein Beleg für die Schwere und Chronizität der Symptome in der vorliegenden Stichprobe ist. Darüber

hinaus gab es keinen Zusammenhang zwischen Behandlungsdauer (in Wochen) und Veränderungen auf den Ergebnis-Maßen, was einen Einfluss von Spontanremission noch unwahrscheinlicher macht. Obwohl dieser Faktor nicht gänzlich ausgeschlossen werden kann, zeigt doch die Literatur zu klinisch relevanten schweren Angststörungen, insbesondere der Generalisierten Angststörung (die mehr als 90% der vorliegenden Stichprobe betrifft), dass diese Störungen zeitlich überdauern und sehr geringe Raten an Spontanremission zeigen (Cantwell & Baker, 1989; Cohen, Cohen, & Brook, 1993; Last, Perrin, Hersen, & Kazdin, 1996; Lavigne, et al., 1998).

Drittens wies die Stichprobe der vorliegenden Untersuchung eine geringe ethnische Vielfalt auf, was einerseits die Population in der ostdeutschen Großstadt repräsentiert, aus der die Stichprobe stammt, andererseits aber die Generalisierbarkeit auf andere ethnische Gruppen einschränkt. Daher könnten Modifikationen an dem Behandlungsmanual notwendig sein, um das PaKT Manual auch in anderen, multi-ethnischen Populationen anzuwenden.

Viertens war die vorliegende Studie aufgrund der geringen Stichprobengröße lediglich ausreichend gepowert, um mittlere bis große Behandlungseffekte aufzudecken. Auf diese Weise wurden Ergebnismuster hervorgebracht, die sich einerseits durch moderate Effektgrößen auszeichneten, die andererseits aber bei den angewendeten konservativen zwei-seitigen Intent-to-Treat Analysen (mit „Last Observation Carried Forward Technik“, vgl. White et al. 2011) nicht signifikant wurden, sondern lediglich die Grenze zur statistischen Signifikanz erreichten. Dennoch kann dieser Nachteil zum einen durch die Tatsache, dass keines der Ergebnisse auf den Outcome-Maßen geringer ausfiel, als zumindest die Grenze statistischer Signifikanz zu erreichen und zum anderen durch die Gesamtheit der positiven Ergebnisse abgeschwächt werden.

Letztlich konnten die Untersucher, die die Erfassung der Diagnosen und Symptome durchführten, aufgrund der dem Wartekontrollgruppen-Design innewohnenden Limitationen nicht gänzlich bezüglich der Behandlungsbedingungen verblindet werden. Dennoch waren weder der Untersucher, der die diagnostischen Interviews mit den Eltern durchführte, noch die Untersucher, die die Kinder anhand des Puppeninterviews interviewten, Teil des therapeutischen Teams und über den Verlauf der Behandlungen informiert. Zumindest konnten die Untersucherinnen, die die Puppeninterviews mit den Kindern durchführten, hinsichtlich der Behandlungsbedingung (direkte Behandlungsgruppe vs. Wartekontrollgruppe) verblindet werden. Außerdem ist ein Interviewer-Bias angesichts des hohen Grades an Strukturierung, der durch die diagnostischen und Symptom-Maße vorgegeben ist, sehr unwahrscheinlich.

V. Empirischer Teil B – Die reflexive Kompetenz der Mütter als Prädiktor des Therapieerfolgs

10. Reflexive Kompetenz der Mütter als Prädiktor des Therapieerfolgs mit Psychoanalytischer Kurzzeittherapie (PaKT) für Kinder im Alter von 4-10 Jahren

In der folgenden Studie soll die Bedeutung der mütterlichen Mentalisierungsfähigkeit für die Wirksamkeit und Umsetzung von psychoanalytischer Kurzzeittherapie untersucht werden. Diese Studie wurde bereits in der Zeitschrift *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* veröffentlicht (siehe Müller-Göttken, White, von Klitzing & Klein, 2014). Da ich das Manuskript unverändert in Gänze anfügen werde, lassen sich einige wenige Überschneidungen mit den Instrument- und Ergebnisdarstellungen aus Teil IV, dem empirischen Teil A dieser Dissertation nicht vermeiden. Diese betreffen die Prä-Post-Ergebnisse der mütterlichen Reflexiven Kompetenz, erhoben anhand des Parent-Development Interviews, sowie einige wenige Aspekte aus dem zuvor in Kapitel 9 dargestellten Diskussionsteil.

10.1 Theoretischer Hintergrund

Die Fähigkeit zur Mentalisierung hat sich jüngst als wichtiger Risikofaktor für verschiedene psychiatrische Störungsbilder sowie als Prädiktor für den Behandlungserfolg bei psychodynamisch orientierter Psychotherapie erwiesen (Katznelson, 2014). Mentalisierung bezeichnet dabei die „Fähigkeit, das eigene Verhalten oder das Verhalten anderer Menschen durch Zuschreibung mentaler Zustände zu interpretieren“ (Fonagy, Gergely, Jurist, Target, 2002). Dieser Begriff wurde auf der Basis zahlreicher zumeist psychoanalytisch und entwicklungspsychologisch geprägter Theorien entwickelt (Holmes, 2005). Laut Fonagy und Kollegen (2002) bildet sich das Fundament der Mentalisierungsfähigkeit bereits im Säuglingsalter in der sozialen Interaktion mit Bezugspersonen heraus. Dabei wird das dem sich entwickelnden Individuum angeborene Potenzial zur Mentalisierung erst mittels kontingenter und markierter Affektspiegelung durch die Bezugsperson ermöglicht. Somit ist eine kontingente (d. h. passende und zuverlässige) Reaktion der Bezugsperson auf die primären (v. a. negativen) Affektzustände des Säuglings sowohl für das Selbsterleben als auch für das Verständnis und die Regulation der eigenen Affekte von entscheidender Bedeutung. Markierung der gespiegelten Affekte (z. B. regulierte Übertreibung des Primäraffekts des Säuglings) sowie andere pädagogische Signale der Bezugspersonen (z. B. hohe Stimmlage) ermöglichen es dabei dem Säugling, die gespiegelten Affekte als auf ihn bezogen zu begreifen (statt als Affektausdruck der Bezugsperson selbst) (Gergely & Unoka, 2008). Gelingt der Bezugsperson diese Spiegelung in ausreichendem Maße, bilden sich beim Säugling laut Fonagy und Kollegen (2002) sekundäre Repräsentationen der eigenen Affekte heraus, die sich bei künftigen Affektzuständen regulierend auswirken können (z. B. da der Säugling

lernt, dass die eigenen Affekte wahrgenommen werden und darauf passend reagiert wird) und einen Grundstein für die psychische Gesundheit des heranwachsenden Kindes legen.

Im Einklang mit diesen Überlegungen wurde die elterliche Mentalisierung zunächst als Prädiktor für eine sichere Bindungsbeziehung untersucht. Dabei erwies sich die vorgeburtliche Kompetenz der Eltern, über die mentalen Zustände des Kindes zu reflektieren, als entscheidend für die spätere Ausprägung einer sicheren Bindung des Kindes (Fonagy, Steele, Steele, Moran, Higgitt, 1991), die wiederum emotional-kognitive und affekt-regulative Fähigkeiten im Vorschulalter und Schulalter vorhersagt (Fonagy, Redfern, Charman, 1997; White, Wu, Borelli, Mayes, Crowley, 2013; White et al., 2012). Fonagy und Kollegen (1991) maßen die Reflexive Kompetenz (RK) eines Individuums anhand einer Skala (Reflective Functioning Skala; Fonagy, Target, Steele, Steele, 1998), die für das Adult Attachment Interview (AAI; George, Kaplan, Main, 1996) entwickelt wurde, um die Mentalisierungsfähigkeit des Individuums messbar zu machen. RK wird somit anhand der erinnerten eigenen Eltern-Kind-Beziehung mittels der Narrative des AAI erhoben. Nachfolgende Untersuchungen mithilfe des Parent Development Interviews (PDI) (Slade et al., 2005), welches Narrative des Elternteils zur aktuellen Eltern-Kind Beziehung evoziert, um die elterliche RK zu erfassen (Slade, Bernbach, Grienberger, Levy, Locker, 2005), konnten belegen, dass eine erhöhte RK speziell in Bezug auf das eigene Kind ebenfalls einen Prädiktor einer sicheren Bindung darstellt (Slade, Grienberger, Bernbach, Levy, Locker, 2005). Darüber hinaus konnte dieselbe Forschergruppe nachweisen, dass der Effekt der RK auf Bindung zum Teil indirekt durch mütterliche Reaktionsweisen bei negativen Affekten des Säuglings mediiert wird (Grienberger, Kelly, Slade, 2005).

Der von Fonagy und Kollegen postulierte Zusammenhang zwischen Mentalisierung und verschiedenen Formen der Psychopathologie gilt mittlerweile ebenfalls als weitreichend empirisch belegt (Katznelson, 2014). Mehrere Untersuchungen konnten zeigen, dass Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung (v. a. wenn sie ebenfalls Kindesmisshandlung erfuhren) über eine signifikant niedrigere RK als gesunde und klinische Kontrollen verfügen (Fonagy et al., 1996). Des Weiteren haben bereits mehrere Studien Zusammenhänge zwischen klinisch relevantem aggressiven bzw. externalisierendem Verhalten und niedrigerer RK berichtet (Levinson & Fonagy, 2004; Möller, Falkenström, Holmqvist Larsson, Holmqvist, 2014; Taubner, White, Zimmermann, Fonagy, Nolte, 2013). Straftäter in geschlossenem Vollzug zeigten beispielsweise im Vergleich zu einer gematchten Patientengruppe und gesunden Kontrollen eine besonders niedrige RK (Levinson & Fonagy, 2004). Darüber hinaus bestand ein spezifischer Zusammenhang zwischen niedrigerer RK und der Schwere der Tat. Ähnliche Assoziationen zwischen proaktiver jedoch nicht reaktiver Aggression und niedrigerer RK (Taubner, White et al., 2013) sowie zwischen externalisierendem Verhalten und niedrigerer Perspektivenübernahme in Geschichtenergänzungen (Hill, Fonagy, Lancaster, Broyden, 2007; Hill, Murray, Leidecker, Sharp, 2008) konnten bereits bei Kindern und Jugendlichen nachgewiesen werden. Diese Zusammenhänge werden teils auf ein vermindertes Einfühlungsvermögen in die psychischen Konsequenzen des eigenen Handelns für das Opfer der Aggression zurückgeführt, welches

wiederum aggressives Handeln fördern könnte (Blair, 2005). Seit langem wird dem elterlichen Perspektivenübernahme- und Empathievermögen eine entscheidende Rolle bei der Vermittlung dieser Effekte beigemessen (Feshbach, 1987).

Bei den bisher wenigen Studien zu internalisierenden Störungen (Angst und Depression) ergab sich dagegen ein heterogenes Bild. Einerseits berichten Fischer-Kern und Kollegen (2013) eine deutlich reduzierte RK bei Patienten mit klinischer Depression im Vergleich zu Kontrollen. Andererseits zeigten zwei weitere Untersuchungen an depressiven Patienten RK-Werte im Normbereich und keinerlei Hinweise für eine global reduzierte RK im Vergleich zu Kontrollen (Karlsson & Kermott, 2006; Taubner, Kessler, Buchheim, Kächele, Staun, 2011). Jedoch zeigte sich bei Taubner und Kollegen (2011) in der Patientengruppe speziell bei Verlustthemen eine Reduktion der RK. Ein vergleichbares Resultat konnte ebenfalls mit Patienten, die unter Panikstörung litten, erzielt werden, sodass ihre RK spezifisch bei panikrelevanten Themen abnahm (Rudden, Milrod, Target, Ackerman, Graf, 2006). Zum Zusammenhang zwischen Mentalisierung und internalisierenden Störungen im Kindesalter sind den Autoren der vorliegenden Arbeit jedoch keine Studien bekannt.

Hinsichtlich der Studienlage zur Rolle der Mentalisierung in der Kinderpsychotherapie herrscht ebenfalls ein deutliches Forschungsdefizit vor. Dies ist auch deshalb besonders überraschend, da bereits in den Anfängen der Formulierung der Mentalisierungstheorie Fallstudien zur möglicherweise zentralen Rolle der Mentalisierung in der Kinderpsychotherapie entstanden sind (Fonagy & Target, 1996a). Möglicherweise ist diese Forschungslücke auf Unklarheiten bei der Erfassung der Mentalisierungsfähigkeit vor allem bei jungen Kindern zurückführbar. Zwar wurden bereits Versuche unternommen, Aspekte der kindlichen Mentalisierungsfähigkeit zu erfassen (Fonagy, et al., 1997; Fonagy, Steele, Steele, Holder, 1997; Hill et al., 2008; Juen, Schick, Cierpka, Benecke, 2009), aber bisher ist die Vergleichbarkeit dieser Maße mit der RK noch umstritten. Des Weiteren schließt sich angesichts des nachgewiesenen Zusammenhangs zwischen der elterlichen Mentalisierungsfähigkeit und der Bindungsentwicklung (Fonagy et al., 1991) und sozialen Kognition des Kindes (Meins et al., 2002) unmittelbar die Frage nach der Rolle der elterlichen Mentalisierungsfähigkeit bei der Wirksamkeit von Kinderpsychotherapie an. Da die RK zur Erfassung der Mentalisierung bei Erwachsenen bereits in zahlreichen Studien validiert wurde und mittlerweile auch größere Untersuchungen zur Faktorstruktur und Test-Retest Reliabilität des Maßes vorliegen (Taubner, Hörz et al., 2013), bot sich die elterliche RK in der vorliegenden Studie als gut geeignet für eine erste Untersuchung in diesem Feld an.

In der Psychotherapieforschung bei Erwachsenen haben sich primär zwei mögliche Wirkungsweisen der Mentalisierung auf den Psychotherapieprozess herauskristallisiert. Auf der einen Seite erwies sich die RK vor Therapiebeginn als Prädiktor des Therapieerfolgs bzw. einer beschleunigten Verbesserung der psychischen Belastung oder des psychosozialen Funktionsniveaus (Gullestad, Johansen, Høglend, Karterud, Wilberg, 2012; Müller, Kaufhold, Overbeck, Grabhorn, 2006; Taubner et al., 2011). Zum anderen hat sich die RK zumindest in zwei von insgesamt vier Studien auch als Mediator des Behandlungserfolgs von psychodynamischen Psychotherapien erwiesen (siehe Katznelson, 2014).

Symptomreduktionen scheinen somit bei psychodynamischen Verfahren indirekt durch eine Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeit vermittelt zu werden.

Aufbauend auf dieser Studienlage soll in der vorliegenden Studie der Einfluss der elterlichen RK auf die Wirksamkeit der von Göttken und von Klitzing (2014) entwickelten Psychoanalytischen Kurzzeittherapie (PaKT) für Kinder untersucht werden. Diese manualisierte Therapieform hat sich bereits im Rahmen eines Ambulanzsettings mit Kindern mit diagnostizierten Angststörungen im Alter von 4-10 Jahren im Vergleich zu einer Wartekontrollgruppe als wirksam erwiesen (Göttken, White, Klein, von Klitzing, 2014). Symptomreduktionen ergaben sich dabei nachhaltig sowohl auf der Ebene der internalisierenden Probleme als auch der komorbid auftretenden externalisierenden Probleme unmittelbar sowie 6 Monate nach Therapieende. Im Rahmen dieser Studie wurde die RK der Mütter mittels des PDIs vor und nach der Therapie erfasst und soll nun im Folgenden in Beziehung zum Therapieerfolg unmittelbar nach der Therapie und im sechsmonatigen Follow-Up gesetzt werden. Da der Großteil der insgesamt 20-25 PaKT Sitzungen im Einzelsetting mit dem Kind einmal pro Woche stattfand und nur ca. 5-6 Sitzungen auf die Elternarbeit entfielen, konnte kein direkter Einfluss auf die elterliche RK erwartet werden. Bisherige Studien hatten Veränderungen der RK nur nach höherfrequenten direkten Erwachseneninterventionen gezeigt (Levy et al., 2006). Eine mögliche Veränderung der mütterlichen RK wurde dennoch explorativ untersucht. Weiterhin wurde im Einklang mit den obengenannten Studien im Erwachsenenalter (Gullestad et al., 2012; Müller et al., 2006; Taubner et al., 2011) eine Beziehung zwischen dem mütterlichen Ausgangswert der RK vor PaKT und der Symptomveränderung des Kindes nach PaKT angenommen. Im Vergleich zu Kindern von Müttern mit niedriger RK zu Therapiebeginn erwarteten wir einen stärkeren Symptomrückgang bei Kindern, deren Mütter vor Therapiebeginn eine hohe RK aufwiesen, da diese womöglich den Therapieerfolg besser unterstützen und tolerieren können. Angesichts der deutlich klareren Evidenzbasis hinsichtlich niedrigerer Mentalisierung bei externalisierenden Problemen wurde primär ein Zusammenhang mit einer Symptomreduktion der externalisierenden Komorbidität und nur sekundär ein Effekt auf die internalisierende Hauptsymptomatik prädiiziert.

10.2 Methode

10.2.1 Stichprobe

Siebenunddreißig Kinder im Alter von 4-10 Jahren wurden an die kinder- und jugendpsychiatrische Ambulanz der Universitätsklinik überwiesen. Um eingeschlossen zu werden, mussten die Kinder die Kriterien für eine Angststörung nach DSM-IV erfüllen, die durch einen geschulten Interviewer (LOW) mittels des Preschool Age Psychiatric Assessments (Egger & Angold, 2004) diagnostiziert wurde (n = 30). In der vorliegenden Untersuchung wurden ausschließlich Familien berücksichtigt, die PaKT vollständig abgeschlossen hatten und bei denen sowohl ein

PDI vor Therapiebeginn als auch nach Therapieende vorlag (N = 25). Die Stichprobe bestand zu 40% (n = 10) aus Mädchen. Das Durchschnittsalter der Kinder betrug 7,04 Jahre (SD = 2,17).

10.2.3 Psychoanalytische Kurzzeitherapie (PaKT)

Die manualisierte Psychoanalytische Kurzzeittherapie (PaKT) für Kinder von 4-10 Jahren (Göttken & von Klitzing, 2008; 2011; 2014) umfasst fokalthérapeutische (Klüwer, 2005) sowie mentalisierungs-basierte Aspekte (Verheugt-Pleiter, Zevalkink, Schmeets, 2008). PaKT findet im Rahmen von 20-25 psychotherapeutischen Sitzungen in wechselnden Settings (Therapeut-Eltern-Kind, Kind alleine, Eltern alleine) statt, in denen ein Beziehungsthema bearbeitet wird, das dem Symptom zugrunde liegt. Aufbauend auf psychoanalytischen Therapiekonzepten werden zwei Wirkfaktoren angenommen: Einerseits richtet die Therapie ihren Fokus auf eine Veränderung der mentalen Repräsentationen und den damit verbundenen kognitiv-emotionalen Stilen des Kindes. Andererseits zielen psychoanalytisch orientierte Elternsitzungen darauf ab, die Einsicht der Eltern in psychische Zustände des Kindes, also die Mentalisierung der Eltern bezüglich ihres Kindes zu fördern.

10.2.4 Instrumente

Parent Development Interview (PDI). Das Parent Development Interview, PDI (Slade, Aber et al., 2005) ist ein semistrukturiertes Interview zur Erfassung der mentalen Repräsentationen eines Elternteils in Bezug auf das Kind, in Bezug auf sich selbst als Elternteil und in Bezug auf ihre Beziehung zum Kind. Das PDI ist angelehnt an das Adult Attachment Interview (George et al., 1996), dient jedoch der direkten Erfassung reflexiver Prozesse der Eltern im Kontext der aktuellen Eltern-Kind-Beziehung anhand einer eigens für das PDI adaptierten Reflexiven-Kompetenz-Skala (Slade, Bernbach et al., 2005). Die Mütter wurden von zwei verschiedenen Interviewern vor und nach PaKT interviewt, sodass beide Interviewer jede Mutter jeweils nur einmal interviewten.

In der vorliegenden Studie wurde das PDI nur mit den Müttern bzw. Pflegemüttern durchgeführt, da 50% der Kinder mit einer alleinerziehenden Mutter zusammenlebten und – da Väter wenig oder zu Beginn der Therapie oftmals gar keinen Kontakt zu ihren Kindern hatten – die Mütter an den Untersuchungen teilnahmen. Alle PDI Untersuchungen wurden auf Video aufgenommen, transkribiert und anschließend von einer unabhängigen, reliablen und zertifizierten Raterin codiert. Die Kodiererin war hinsichtlich der Forschungshypothesen, den Messzeitpunkten, sowie den Behandlungskonditionen (direkte Behandlungsgruppe vs. Wartekontrollgruppe) verblindet. Das Training zur Durchführung des PDI mit entsprechender Reflexiver-Kompetenz Scoring Methode wurde am Anna-Freud-Zentrum in London absolviert.

Reflexive Kompetenz-Skala (RK). Anhand der Narrative der Eltern – erhoben mittels des PDI – wird die Reflexive Kompetenz des Elternteils anhand der für das PDI adaptierten RK-Skala (Slade, Bernbach et al., 2005) von Fonagy und Kollegen (Fonagy et al., 1998) nach vier zentralen Kriterien kodiert: a) Wahrnehmung des Charakters mentaler Zustände, b) Fähigkeit, einen Bezug zwischen Verhaltensebene und zugrundeliegenden mentalen Zuständen herzustellen, c) Erkennen der Abhängigkeit mentaler Zustände vom Entwicklungsstand des Kindes und d) Wahrnehmung und Bezug nehmen auf mentale Zustände und innerpsychische Befindlichkeiten des Interviewers. Der Hauptunterschied zur mittels des AAI erfassten RK liegt dabei im Fokus des Interviews auf die aktuelle Eltern-Kind Beziehung. Dies ermöglicht eine beziehungsspezifischere Erfassung der mütterlichen RK in Bezug auf das Kind. Im Unterschied zum AAI, spielen dabei zurückliegende Kindheitserfahrungen des Interviewten eine weniger große Rolle. Darüber hinaus wird bei der Erfassung der RK explizit die Fähigkeit des Elternteils, seinem Kind psychische Zustände gemäß des Entwicklungsstands zu unterstellen, gemessen (siehe z. B. Kriterium c.).

Die Reflexive Kompetenz wird anhand einer reliablen und validen 11-stufigen Skala von -1 bis 9 kodiert (Taubner, Hörz et al., 2013). Eine durchschnittliche bis hohe Reflexive Kompetenz (4-9) wird vergeben, wenn sich die Textpassagen durch ein hohes Ausmaß an Elaboriertheit, Originalität und Perspektivenverschränkung auszeichnen. Die Narrative sollten daher die oben genannten Kategorien a) – d) enthalten und menschliches Verhalten mittels Zuschreibung mentaler Zustände erklären. Da einige Fragen des PDI emotional belastende Themen ansprechen, wird die Demonstration Reflexiver Kompetenz ausdrücklich anhand schmerzhafter oder belastender Themenkomplexe mit einer hohen Wertung gewürdigt. Die Wertungen 0-3 (niedrige oder abwesende Reflexive Kompetenz) werden dann vergeben, wenn die interviewte Person eigenes oder fremdes Verhalten ohne Bezugnahme auf mentale Zustände erklärt. Die Wertung -1 (negative Reflexive Kompetenz) wird vergeben, wenn es sich bei den Äußerungen des Untersuchten um dezidiert nicht-reflexive, feindselige oder bizarre Antworten handelt, die auf nicht-integrierte oder fragmentierte Reflexive Kompetenz hinweisen.

Child Behavior Checklist (CBCL). Die weitverbreitete und sehr gut validierte Child Behavior Checklist (Achenbach, 1991; Achenbach & Rescorla, 2003; Schmeck et al., 2001) wurde vor und nach PaKT sowie zum sechsmonatigen Follow-Up durch die Mütter ausgefüllt. Die CBCL umfasst 113 Items und generiert übergeordnete Skalen zur Einschätzung der Gesamprobleme, der externalisierenden und internalisierenden Probleme sowie mehrere Subskalen (u. a. Aggressives Verhalten, Dissoziales Verhalten, Aufmerksamkeitsstörung, Angst/Depression, Sozialer Rückzug).

10.2.5 Datenanalyse

Zur Untersuchung unserer Fragestellungen wurden folgende statistische Verfahren angewendet: Pearson Korrelationen sowie Varianzanalysen mit Messwiederholung.

10.3 Ergebnisse

10.3.1 Externalisierendes und internalisierendes Verhalten der Kinder sowie Zusammenhang zwischen Reflexiver Kompetenz der Mütter und Symptombelastung der Kinder

Die Mütter stuften internalisierendes Verhalten ihrer Kinder in 18 Fällen (72%) als auffällig, in 6 Fällen (24%) als grenzwertig und in einem Fall (4%) als unauffällig ein. Des Weiteren wiesen vor der Behandlung 14 Kinder (56%) einen auffälligen, 3 Kinder (12%) einen grenzwertigen und 8 Kinder (32%) einen unauffälligen Wert für externalisierendes Verhalten auf. Die Korrelation zwischen internalisierenden und externalisierenden Symptomen betrug in dieser Stichprobe zum 1. Messzeitpunkt $r = .456$ ($p = .022$), zum 2. Messzeitpunkt $r = .235$ ($p = .268$) und zum 3. Messzeitpunkt $r = .524$ ($p = .012$).

Die Zusammenhänge zwischen der Ausprägung der Reflexiven Kompetenz der Mütter vor und nach der Therapie und der Symptombelastung der Kinder (Pearson Korrelationen), sind in *Tabelle 19* aufgeführt. Die mütterliche RK vor der Therapie korrelierte signifikant negativ mit externalisierenden Problemen zu t_2 und t_3 sowie mit dem Gesamtproblemwert t_3 , d. h. je höher die RK der Mütter vor der Therapie, desto niedriger waren externalisierende Probleme und der Gesamtproblemwert nach der Therapie ausgeprägt.

10.3.2 Prä-Post Vergleiche Reflexive Kompetenz

Vor der Therapie betrug die Reflexive Kompetenz der Mütter über ihr Kind im Mittel 4.64 (SD = 1.52). Dies entspricht einem Gesamtwert, der etwas unterhalb des Rohwertes für eine „eindeutige Reflexive Kompetenz“ (Wertung 5) liegt, aber vergleichbar mit Werten gesunder Populationen ist (Taubner, Hörz, et al., 2013). Nach der Therapie mit PaKT betrug die Reflexive Kompetenz der Mütter über ihr Kind im Mittel 4.60 (SD = 1.44). Die Pearson Korrelation zwischen Prä- und Postwerten der RK betrug $r = .77$ ($p < .001$). Um den möglichen Behandlungseffekt auf die RK der Mütter zu erfassen, wurde eine Varianzanalyse mit Messwiederholung (Prä, Post) gerechnet. Hierbei zeigte sich keine signifikante Veränderung, $F(1, 24) = 0.038$; $p = .846$; $\eta_p^2 = .002$.

Tabelle 19: Zusammenhänge zwischen der Ausprägung der Reflexiven Kompetenz der Mütter vor und nach der Therapie und der Symptombelastung der Kinder, Korrelationen nach Pearson

*p < .05, **p < .01, ***p < .001, †p < .10

	<i>PDI-RK T1</i>	<i>PDI-RK T2</i>
CBCL Internalisierend T1	.03	.03
CBCL Externalisierend T1	-.10	-.06
CBCL Gesamtproblemwert T1	-.18	-.14
CBCL Internalisierend T2	.12	.33
CBCL Externalisierend T2	-.44*	-.23
CBCL Gesamtproblemwert T2	-.37†	-.09
CBCL Internalisierend T3	-.25	-.10
CBCL Externalisierend T3	-.48*	-.27
CBCL Gesamtproblemwert T3	-.53*	-.29

10.3.3 Zusammenhang von Reflexiver Kompetenz der Mütter und Symptomreduktion der Kinder

Um zu überprüfen, ob ein Zusammenhang zwischen der Ausprägung der Reflexiven Kompetenz der Mütter vor der Therapie und dem Symptomrückgang der Kinder besteht, wurden für die Symptomskalen des CBCL Differenzwerte⁸ zwischen Post- und Prätherapie sowie zwischen Follow-Up und Prätherapie Zeitpunkten gebildet und mit dem Ausmaß der RK der Mütter vor der Therapie korreliert. Hierbei wurden die Prätherapie-Werte jeweils von den Posttherapie- bzw. Follow-Up-Werten abgezogen. Je stärker demzufolge die Abnahme der Symptome ausfiel, desto negativer sind die Differenzwerte.

Es konnte für die CBCL Skalen Externalisierendes, Aggressives und Dissoziales Verhalten eine negative Korrelation zwischen dem Ausmaß an RK der Mütter vor der Therapie und der Symptomveränderung der Kinder nach PaKT ermittelt werden. Des Weiteren wurde eine negative Korrelation zwischen der RK der Mütter und der Veränderung der CBCL Skalen Externalisierendes und Dissoziales Verhalten, sowie bei der Gesamtauffälligkeit der Kinder nach dem Follow-Up verzeichnet. D.h. je besser die Mütter zu Beginn der Therapie über ihr Kind reflektieren konnten, umso ausgeprägter war der Rückgang des externalisierenden, aggressiven und dissozialen Verhaltens nach PaKT sowie des externalisierenden und dissozialen Verhaltens und der Gesamtauffälligkeit nach dem Follow-Up. Dieser Zusammenhang ließ sich für die anderen CBCL Symptomskalen nicht nachweisen (siehe *Tabelle 20*).

Um mögliche Interaktionseffekte zu testen, wurde zunächst die Gesamtstichprobe mittels Median Split Methode in zwei Gruppen aufgeteilt: Mütter mit niedriger bis durchschnittlicher Reflexiver Kompetenz (RK 1-4) und Mütter mit durchschnittlicher bis hoher Reflexiver Kompetenz (RK 5-9). Vor der Therapie zeigten 11 Mütter

⁸ Die hier präsentierten Berechnungen wurden ebenfalls unter Verwendung von Regressionsresiduen anstelle der Differenzwerte durchgeführt. Dabei zeigte sich das gleiche Ergebnis, auch bei gleichzeitiger Kontrolle von Geschlecht und Alter des Kindes.

(44,0%) eine niedrige bis durchschnittliche Reflexive Kompetenz, während 14 Mütter (56%) eine durchschnittliche bis hohe Reflexive Kompetenz aufwiesen.

Pro Symptombereich wurde nun eine univariate Varianzanalyse mit dem Zeitpunkt (Prä, Post bzw. Prä, Follow-Up) als Innersubjektfaktor und Gruppenzugehörigkeit (niedrige bis durchschnittliche Reflexive Kompetenz vs. durchschnittliche bis hohe Reflexive Kompetenz) als Zwischengruppenfaktor gerechnet. Für die CBCL Skalen Externalisierende Probleme und Aggressives Verhalten ergaben sich signifikante Interaktionseffekte (Gruppenzugehörigkeit x Zeitpunkt), sowohl für Prä-Post- als auch für Prä-Follow-Up-Vergleiche. Die Gruppe der Kinder, deren Mütter vor der Behandlung mit PaKT ein durchschnittliches bis hohes Ausmaß an Reflexiver Kompetenz aufwiesen, zeigte einen stärkeren Symptomrückgang nach der Therapie, als Kinder, deren Mütter eine niedrige bis durchschnittliche Reflexive Kompetenz besaßen. Dieser Effekt konnte nicht für andere Symptomskalen des CBCL nachgewiesen werden (siehe *Tabelle 21*).

Tabelle 20: Zusammenhang zwischen der Ausprägung der Reflexiven Kompetenz der Mütter vor der Therapie und dem Symptomrückgang der Kinder, Differenz T2-T1 (N=25), Differenz T3-T2 (N=22), Korrelationen nach Pearson

	Differenz T2-T1 M (SD)	r	Differenz T3-T1 M (SD)	r
Internalisierend	-6.50 (7.05)	.02	6.05 (6.80)	-.30
Minimum	-22		-5	
Maximum	5		22	
Sozialer Rückzug	-20.63 (3.02)	-.02	-2.91 (2.47)	-.23
Minimum	-10		-7	
Maximum	2		2	
Angst/Depression	-3.13 (4.60)	.09	-4.36 (4.61)	-.38 [†]
Minimum	-11		-15	
Maximum	6		7	
Externalisierend	-3.92 (5.06)	-.56**	-3.86 (8.66)	-.45*
Minimum	-12		-17	
Maximum	7		22	
Aggression	-3.29 (4.09)	-.51*	-3.27 (7.23)	-.42*
Minimum	-11		-14	
Maximum	6		19	
Dissozialität	-0.63 (1.61)	-.47*	-0.59 (1.82)	-.50*
Minimum	-4		-4	
Maximum	2		3	
Aufmerksamkeit	-0.71 (2.16)	-.09	-0.64 (2.50)	-.29
Minimum	-5		-5	
Maxim	3		4	
Gesamtprobleme	-16.13 (13.62)	-.19	-17.73 (15.81)	-.47*
Minimum	-44		-49	
Maximum	7		10	

*p < .05, **p < .01, ***p < .001, [†]p < .10

Tabelle 21: Symptommrückgang (CBCL) von T1 zu T2 und von T1 zu T3 der Kinder in den verschiedenen Gruppen von Müttern mit niedriger bis durchschnittlicher („RK niedrig“) oder durchschnittlicher bis hoher („RK hoch“) Reflexiver Kompetenz

	<i>Prä</i>	<i>Post</i>	<i>Follow-Up</i>	<i>Time</i>	<i>Prä-Post</i>		<i>Prä-Follow-Up</i>		
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η_p^2	<i>F</i>	<i>p</i>	η_p^2
<i>Internalisierend</i>				0.34	.569	.015	0.36	.560	.018
RK niedrig	17.50 (9.18)	10.00 (5.38)	10.70 (7.69)						
RK hoch	17.64 (9.04)	11.86 (5.17)	8.50 (5.28)						
<i>Sozialer Rückz.</i>				22.00	.921	.000	0.03	.855	.002
RK niedrig	6.50 (3.56)	3.80 (2.74)	4.00 (3.13)						
RK hoch	6.36 (3.27)	3.79 (2.75)	2.92 (2.50)						
<i>Angst/Depress</i>				1.13	.300	.049	0.97	.336	.046
RK niedrig	9.80 (7.21)	5.50 (3.72)	6.00 (4.76)						
RK hoch	9.64 (4.92)	7.36 (3.23)	4.33 (3.17)						
<i>Externalisier.</i>				9.50	.005	.302	5.70	.027	.222
RK niedrig	18.20 (11.91)	17.50 (9.70)	17.60 (9.68)						
RK hoch	17.50 (9.70)	9.64 (5.53)	6.92 (6.24)						
<i>Aggression</i>				10.48	.004	.323	5.83	.026	.226
RK niedrig	15.30 (9.35)	14.70 (7.56)	14.90 (8.58)						
RK hoch	13.50 (6.61)	8.29 (4.46)	6.00 (5.17)						
<i>Dissozialität</i>				1.89	.183	.079	2.89	.105	.126
RK niedrig	2.90 (2.89)	2.80 (2.30)	2.70 (1.64)						
RK hoch	2.36 (2.27)	1.36 (1.34)	0.92 (1.24)						
<i>Aufmerksamkeit</i>				0.04	.841	.002	1.20	.286	.057
RK niedrig	7.40 (2.88)	6.80 (3.43)	7.90 (4.51)						
RK hoch	4.57 (2.93)	3.79 (2.83)	3.00 (3.30)						
<i>Gesamtproblem</i>				0.24	.632	.011	2.69	.116	.119
RK niedrig	57.40 (25.74)	42.90 (20.80)	44.80 (20.85)						
RK hoch	47.14 (20.81)	29.81 (11.81)	22.08 (13.38)						

ANOVA, df = 24 (T1-T2), df = 21 (T1-T3)

10.4. Diskussion

Die vorliegende Studie konnte die elterliche reflexive Kompetenz (RK) als Prädiktor des Psychotherapieerfolgs im Rahmen der Psychoanalytischen Kurzzeittherapie für Kinder (PaKT; Göttken & von Klitzing, 2014) teilweise bestätigen. Zwar wurde im Vergleich zu Kindern mit Müttern, die eine niedrigere RK aufwiesen, keine stärkere Reduktion der internalisierenden Hauptsymptomatik als bei Kindern, deren Mütter eine höhere RK zeigten, dokumentiert. Jedoch ergab sich beim Vergleich der beiden Gruppen eine deutlich stärkere Verbesserung der komorbiden externalisierenden Symptomatik, vor Allem im Hinblick auf aggressives Verhalten sowohl unmittelbar nach Therapieende als auch im sechsmonatigen Follow-Up. Diese Ergebnisse konnten auch mittels signifikanter negativer Korrelationen zwischen der elterlichen RK vor Therapiebeginn und (1.) der Prä-post Veränderung des externalisierenden, aggressiven und dissozialen Verhaltens und (2.) der Prä-Follow-Up Veränderung des externalisierenden und dissozialen Verhaltens sowie der Gesamtauffälligkeit belegt werden.

Es konnte keine Verbesserung der Reflexiven Kompetenz der Mütter nach der Behandlung mit PaKT nachgewiesen werden. Die im Rahmen von PaKT durchgeführten 5-6 Sitzungen Elternarbeit zeigen somit hinsichtlich einer Verbesserung der Mentalisierung der Mütter über ihr Kind keinen nachweisbaren Effekt. Dieses Ergebnis deckt sich mit anderen Befunden, die keine signifikanten Veränderungen der RK durch Kurzzeit-Interventionen nachweisen konnten (siehe Katznelson, 2014). Bislang konnten Verbesserungen der RK nur in direkten, längeren und intensiveren Interventionen mit erwachsenen Patientenpopulationen nachgewiesen werden (Levy et al., 2006; Rudden et al., 2006). Da es einen Zusammenhang zwischen Mentalisierungsfähigkeit und Strukturniveau eines Individuums gibt (Müller et al., 2006) ist anzunehmen, dass eine nachhaltige Veränderung der Mentalisierung – ebenso wie strukturelle Veränderungen – einer längerfristigen und intensiveren Intervention bedürfen.

Der differenzielle Effekt des elterlichen RK-Ausgangswerts auf die Verbesserung der externalisierenden Symptomatik des Kindes nach PaKT befindet sich im Einklang mit der Literatur zur zentralen Rolle der Mentalisierung bei externalisierenden psychiatrischen Krankheitsbildern (Hill et al., 2007; Levinson u. Fonagy, 2004; Möller et al., 2014; Taubner, White et al., 2013). Die aktuellen Befunde erweitern dieses Feld, indem sie andeuten, dass sich eine hohe elterliche RK positiv auf die Behandlung externalisierender Symptome auswirken könnte. Zugleich scheint mittels PaKT die Behandlung internalisierender Symptomatik größtenteils unabhängig von der elterlichen RK zu gelingen.

Diese Ergebnisse könnten durch eine Reihe von Mechanismen erklärt werden, die in künftigen Untersuchungen einer empirischen Prüfung zugeführt werden sollten. Zunächst weist dieser Befund darauf hin, dass Mütter mit einem hohen Ausmaß an RK vor der Therapie das Interventionsangebot PaKT möglicherweise besonders gut für sich nutzen konnten. Wie bereits durch Wirksamkeitsstudien mit Erwachsenen angedeutet wurde (Taubner et al., 2011), könnte eine hohe RK die Entwicklung der therapeutischen Allianz mit den Eltern begünstigen, sodass sich der positive Einfluss von PaKT auf externalisierende Probleme über die Eltern besser entfalten kann.

Möglicherweise konnten diese Mütter die Kindinterventionen der Therapeuten im Rahmen von PaKT besonders gut aufnehmen und unterstützen. Angesichts der großen Bedeutung des Einbezugs von Eltern im Falle von Behandlungen externalisierender Störungsbilder im frühen Kindesalter (Eyberg, Nelson, Boggs, 2008), unterstreicht dieses Ergebnis ebenfalls die Bedeutsamkeit der Eltern im Falle der Behandlung von externalisierenden Symptomen mittels PaKT. PaKT-Therapeuten könnten mit der Unterstützung von Eltern mit hoher RK externalisierende Kinder hinsichtlich der psychischen Konsequenzen ihrer aggressiven Handlungen für andere sensibilisieren und somit eine Reduktion externalisierender Verhaltensweisen bewirken.

Im Umkehrschluss weist dieses Ergebnis gleichzeitig darauf hin, dass im Falle einer niedrigen elterlichen RK bei der Behandlung externalisierender Symptomatik mittels PaKT eine Anpassung der Verfahrensweise der Therapeuten angezeigt sein könnte. Insbesondere Mütter, die vor der Behandlung mit PaKT ein niedriges Ausmaß an Reflexiver Kompetenz aufweisen, sollten ergänzende Interventionsangebote bekommen. Diese Flexibilität in der Vorgehensweise ist bereits im PaKT Manual angelegt, sodass bei Bedarf Elternsitzungen vorgeschaltet werden können, die u. a. eine Verbesserung der elterlichen Mentalisierungsfähigkeit zum Ziel haben (Göttken & von Klitzing, 2014). Eine zusätzliche Erweiterung des Elternmoduls von PaKT um strukturbezogene psychotherapeutische Techniken im Sinne der Techniken der Mentalisierungsbasierten Psychotherapie sollte in Erwägung gezogen werden. Weiterhin könnte insbesondere in Fällen schwerwiegender elterlicher Psychopathologie auch ein Rückgriff auf längerfristige direkte Interventionen mit den Eltern erfolgen, die nachgewiesenermaßen die elterliche RK verbessern (Levy et al., 2006; Rudden et al., 2006).

Andererseits könnte eine hohe RK auf eine weniger refraktäre und weniger persistente externalisierende Störung der Kinder selbst hinweisen, die eine Behandlung mit PaKT begünstigt haben könnte. Da elterliche soziale Kognition bereits mehrfach als Prädiktor der kindlichen sozialen Kognition impliziert wurde (Fonagy, Steele et al., 1997; McQuaid, Bigelow, McLaughlin, MacLean, 2008; Meins et al., 2002), ist es denkbar, dass die elterliche RK als Proxy für die kindliche soziale Kognition dienen und somit Letztere für die Ergebnisse ausschlaggebend sein könnte. Zugleich könnte ebenfalls eine hohe mütterliche RK die Sensibilität der Mütter bezüglich externalisierender Symptome ihres Kindes verstärken, sodass sowohl Auffälligkeiten als auch Veränderungen dieser Auffälligkeiten besser wahrgenommen werden können.

Der Befund, dass der soeben diskutierte positive Zusammenhang zwischen Reflexiver Kompetenz und Symptomrückgang nur in Bezug auf externalisierendes, aggressives und dissoziales Verhalten sowie die Gesamtauffälligkeit, nicht aber hinsichtlich internalisierender Symptome gefunden werden konnte, könnte dahingehend interpretiert werden, dass die Prognose der Behandlung von internalisierenden Symptomen mit PaKT gut ist, auch wenn die Eltern nicht gut über ihr Kind reflektieren können. Eine eingeschränkte Mentalisierungsfähigkeit der Eltern ist somit kein Prädiktor für einen negativen Therapieerfolg bei internalisierenden Symptomen. Möglicherweise wirkt sich PaKT auf internalisierende Symptome weniger über die mentalisierungsfördernde Elternarbeit

innerhalb der 5-6 Elternsitzungen aus, als über kindzentrierte Interventionen im Rahmen der Einzelsitzungen mit dem Kind.

10.5 Limitationen

Aufgrund der Stichprobengröße und des Studiendesigns ist auf die Vorläufigkeit dieser Ergebnisse hinzuweisen. So könnte sich die elterliche RK in größeren Untersuchungen noch als Prädiktor der Behandlung (spezifischer) internalisierender Symptome erweisen. Da sich hochfrequente psychodynamische Verfahren erwiesenermaßen besser zur Behandlung externalisierender Symptome eignen (Fonagy & Target, 1996b), wäre es darüber hinaus möglich, dass mittels einer höherfrequenten Form von psychodynamischer Psychotherapie als PaKT externalisierende Symptome bei Kindern von Eltern mit niedriger RK ebenfalls erfolgreich behandelt werden können. Des Weiteren bildeten klinisch relevante internalisierende Störungen in der vorliegenden Studie das Einschlusskriterium, was zur Folge hatte, dass Kinder nur zum Teil klinisch relevante externalisierende Probleme zeigten und wenn diese vorlagen, dann ausschließlich in komorbider Form. Es bleibt daher abzuwarten, ob sich die vorliegenden Effekte ebenfalls auf Stichproben mit ausschließlich klinisch relevanten sowie reinen externalisierenden Störungen generalisieren lassen. Des Weiteren konnte mittels dieses Studiendesigns zwar eine Prädiktion jedoch kein Moderationseffekt nachgewiesen werden, da die Effekte nicht innerhalb einer Kontrollgruppe untersucht wurden. Daher kann nicht ausgeschlossen werden, dass eine höhere mütterliche RK bei Kindern zunächst nur die Spontanremission der externalisierenden Symptomatik begünstigt. Da die Stabilität externalisierender Symptome bekanntermaßen in Abhängigkeit des Schweregrads variiert (Loeber, Burke, Lahey, Winters, Zera, 2000), wäre auch hier eine Untersuchung an ausschließlich klinisch relevanten externalisierenden Störungen sinnvoll. Weiterhin ist es möglich, dass die Höhe der mütterlichen RK auf die Einschätzung der kindlichen externalisierender Symptome auswirkt, beispielsweise dass Auffälligkeiten und ihre Veränderungen bei hoher RK besser wahrgenommen werden. Dies konnte in dem vorliegenden Design ebenfalls nicht kontrolliert werden und bedarf der weiteren Forschung.

10.6 Fazit für die Praxis

Diese Studie liefert erste Hinweise auf die Bedeutung der elterlichen Mentalisierungsfähigkeit für die Wirksamkeit und Umsetzung von psychodynamischen Kurzzeittherapien im Kindesalter. Die aktuellen Befunde weisen darauf hin, dass sich eine hohe elterliche RK positiv auf die Behandlung kindlicher externalisierender Symptome auswirkt. Möglicherweise begünstigt eine hohe RK die Entwicklung der therapeutischen Allianz mit den Eltern, sodass sich der positive Einfluss von PaKT auf externalisierende Symptome über die Eltern besser entfalten

kann. Gleichzeitig scheint die Behandlung internalisierender Symptomatik mittels PaKT unabhängig von der elterlichen RK zu gelingen. Wir schließen daraus, dass insbesondere Mütter, die ein niedriges Ausmaß an Reflexiver Kompetenz aufweisen, vor Beginn der Behandlung des Kindes mit PaKT besondere ergänzende Interventionsangebote bekommen sollten. Diese Flexibilität in der Vorgehensweise ist bereits im PaKT-Manual angelegt, sodass bei Bedarf Elternsitzungen der Therapie vorgeschaltet werden können, die u.a. eine Verbesserung der elterlichen Mentalisierungsfähigkeit zum Ziel haben. Eine solche Vorbereitung der Eltern ist auch für andere psychotherapeutische Interventionen im Kindesalter zu prüfen.

Weiterhin sind Folgeuntersuchungen nötig, um die RK der Eltern vor Therapiebeginn eindeutig als ein Indikationskriterium für unterschiedliche psychotherapeutische Herangehensweisen bei Störungen im Kindesalter zu belegen. Die gründliche Erforschung von Indikationskriterien trägt der alljährlich wiederkehrenden Frage „What works for whom?“ Rechnung (Fonagy, Target, Cottrell, Phillips, Kurtz, 2005), und könnte letztendlich den Übergang zu einer evidenzbasierten Personalisierung der psychotherapeutischen Versorgung einläuten.

VI. Allgemeine Diskussion

11. Allgemeine Diskussion der Studienergebnisse

Im Rahmen der nun folgenden Gesamtdiskussion soll die zentrale Forschungsfrage dieser Studie, ob sich die Wirksamkeit von PaKT zur Behandlung von Angststörungen im Vergleich zu einer Wartekontrollgruppe anhand der vorliegenden Untersuchung belegen lässt, untersucht werden. Dabei ist die Diskussion der Frage, ob sich die beobachteten Veränderungen der abhängigen Variable (Diagnosen, Symptome) tatsächlich kausal auf die Variation der unabhängigen Variable (Behandlung mit PaKT) zurückführen lassen, oder ein Effekt anderer nicht kontrollierter Variablen sind, von zentraler Relevanz. In diesem Zusammenhang sind einige Überschneidungen mit den jeweiligen Diskussionsteilen aus den Teilen IV. und V. dieser Dissertation unvermeidlich, um einen abschließenden Gesamtüberblick über die Studie zu ermöglichen.

11.1 Übersicht über die Forschungskriterien der American Psychological Association

Bevor die Ergebnisse der im Rahmen dieser Dissertation vorgestellten Studie einer abschließenden kritischen Diskussion unterzogen werden, möchte ich eine kurze Übersicht über die Entwicklung von Forschungskriterien der Psychotherapieforschung voranstellen, die in den letzten Jahrzehnten erfolgte.

Historisch gesehen war es die Unzufriedenheit mit der mangelnden Evidenzbasierung gängiger klinischer Praxis, welche die Bewegung der „Evidenzbasierten Medizin“ hervorbrachte (siehe Eddy, 2005). Grundlage für klinische Entscheidungsprozesse sollten von nun an randomisierte Kontrollgruppenstudien darstellen. Diese Forderung brachte die Unzufriedenheit darüber zum Ausdruck, dass sich ärztliche Handlungs- und Entscheidungskompetenz bis dahin vornehmlich aus klinischer Erfahrung ableitete. Der Therapieforscher Donald Klein (1997) beschreibt das Problem dieses klinischen Selbstverständnisses damit, dass Therapien über lange Zeit hinweg anhand einfacher Prä-Post Studiendesigns als nachgewiesen galten. Somit galten Therapien allein aufgrund der Tatsache als wirksam, dass die Patienten angaben, sich nach der Behandlung besser zu fühlen, als vorher. Wissenschaftstheoretisch stellt diese aus einer zeitlichen Aufeinanderfolge von Ereignissen abgeleitete Kausalität von Ereignissen einen Fehlschluss dar. Klein (ebd.) weist auf zwei konkurrierende Hypothesen für einen von Patienten angegebenen Symptomrückgang hin, die durch dieses Prä-Post-Design allein nicht ausgeschlossen werden können. Zum einen hätte der Symptomrückgang durch sogenannte Spontanremission verursacht sein können, d. h. es wäre ebenso möglich, dass der Patient alleine, ohne äußere Hilfe genesen wäre. Darüber hinaus

können Symptomverbesserungen im Kindesalter beispielsweise durch Reifungsprozesse begründet sein. Eine entwicklungsgerechte Zunahme der Fähigkeit zur Emotionsregulation allein könnte somit dafür verantwortlich sein, dass Kinder besser dazu in der Lage sind, ihre Ängste zu überwinden. Die vielzitierte Kritik von Eysenck (1952) behauptete sogar, dass Psychotherapie nicht wirksamer sei, als „das bloße Voranschreiten der Zeit“ („mere passage of time“).

Psychotherapieforschung muss daher eine Forschungsmethodik zur Anwendung bringen, die dazu geeignet ist, den Effekt eines Behandlungsverfahrens gegenüber der Möglichkeit der Spontanremission im Verlauf der Zeit zu überprüfen. Daneben muss sie sich der Herausforderung stellen, nachzuweisen, dass eine spezifische Intervention tatsächlich wirksamer ist, als eine beliebige, ähnlich glaubwürdige Behandlung. Aus diesem Grund untersucht die Psychotherapieprozessforschung den Einfluss unterschiedlicher Wirkfaktoren auf die anhand entsprechender Wirksamkeits-Studien gemessenen Veränderungen (Benecke, 2014). Dies umfasst den Nachweis der Wirksamkeit der angenommenen spezifischen Wirkfaktoren eines Behandlungsverfahrens. Ein einfaches Prä-Post-Design ohne Kontrollgruppe erlaubt keine Rückschlüsse darüber, ob die Behandlung und nicht allein der Faktor Zeit ursächlich für Symptomrückgänge war.

Da eine Studienstichprobe unsystematischen Selektionskriterien unterliegt, ist eine Kontrolle von Einflussvariablen wie Intelligenz der Probanden, Alter, Geschlecht, Komorbidität und Bildungsstand der Eltern (im Bereich der Kindertherapie) unerlässlich. Aus diesem Grund gilt die randomisierte Zuweisung der Studienprobanden im Rahmen eines randomisierten Kontrollgruppendesigns mittlerweile als Standard, um Effekte des Faktors Gruppenzugehörigkeit nachzuweisen. Zu den weiteren zur Zeit gültigen methodischen Ansprüchen an Psychotherapiestudien gehören neben dem Vorhandensein einer Kontrollgruppe, die ausreichende Stichprobengröße, Störungsspezifität, Manualisierung des Interventionsprogramms, sowie präzise, durch unabhängige Rater vorgenommene Ergebnisbewertung (Kazdin, 2010). In Deutschland stellt das Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie einen Kriterienkatalog zur Beurteilung der Qualität von Psychotherapiestudien bereit (Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie, 2010)

Wie bereits in Kapitel 1.3 dieser Dissertation ausgeführt wurde, erarbeitete die aus der Bewegung der „Evidenzbasierten Medizin“ hervorgegangene »Task Force« der American Psychological Association (APA) Kriterien für sogenannte »Empirically Supported Treatments« (ESTs), um den Evidenzgrad einer psychotherapeutischen Intervention besser beurteilen zu können (Chambless & Hollon, 1998). Gemäß dieser Kriterien erhalten randomisiert-kontrollierte Studien (RCTs) den höchsten Evidenzgrad. Um als »gut bestätigt« (*well-established*) klassifiziert zu werden, muss eine Behandlungsform entweder in mindestens zwei randomisierten Kontrollgruppenstudien (von unabhängigen Forschergruppen) gegenüber einer aktiven Kontroll- bzw. Plazebobehandlung eine signifikant größere Symptomreduktion erzielen (Kriterium 1a) oder sich in einer Studie mit einer bereits bestätigten Behandlung als gleichwertig erweisen (Kriterium 1b). Kriterium 2 fordert, dass die Behandlung nach einem Manual stattfand und Kriterium 3, dass die Spezifizierung von Patientencharakteristika (z. B. Diagnosen) mittels validierter (diagnostischer) Instrumente erfolgte. Dieses Kriterium 3 leitete sich aus der Forderung ab, dass

mittels langfristiger Forschungsbemühungen eine störungsspezifische Passung zwischen Patientencharakteristika und Behandlungsmethode im Sinne einer »individualisierten Medizin« angestrebt werden sollte. Kriterium 4 sieht eine Überprüfung durch unabhängige Forschergruppen vor (Chambless & Ollendick, 2001).

Laut den oben genannten APA-Kriterien gilt eine Behandlungsform des Weiteren als »wahrscheinlich wirksam« (*probably efficacious*), wenn sie sich in zwei randomisierten Kontrollgruppenstudien gegenüber einer Wartekontrollgruppe als überlegen erweist oder wenn die Forschungsergebnisse die Kriterien 1 bis 3 erfüllen, nicht aber von unabhängigen Forschergruppen stammen. Eine weitere Kategorie »womöglich wirksam« (*possibly efficacious*) umfasst all jene Behandlungsformen, welche ihre Wirksamkeit bisher nur in einer einzigen randomisierten Kontrollgruppenstudie und nur gegenüber einer Warteliste erweisen konnten.

Für alle weiteren Studien, die nicht den methodischen Ansprüchen dieser Kriterien entsprechen (z. B. keine Vergleichsgruppe, keine Randomisierung, kein Manual), wurde die Kategorie 4 »experimentelle Behandlung« gebildet, welche vielversprechend, aber nicht ausreichend belegt ist.

Auch wenn eine kritische Diskussion dieser Kriterien den Rahmen dieser Dissertation sprengen würde, so sei an dieser Stelle zumindest darauf hingewiesen, dass sie bereits von renommierten Psychotherapieforschern in Zweifel gezogen werden (siehe Orlinsky, 2008). Ein weiterer Kritikpunkt ist, dass mittels dieser Kriterien weder eine ganzheitliche Bewertung der Studienqualität noch die eigentliche Therapiequalität festgestellt werden kann, worauf Midgley & Kennedy (2011) sowie Fonagy und Kollegen (2005) hinweisen. Zudem bleiben durch diese Kriterien zentrale Aspekte zur Beurteilung der Wirksamkeit eines Therapieverfahrens (z. B. Langzeitwirkung, sogenannte *sleeper effects*) unberücksichtigt. Des Weiteren besteht eine zentrale Schwierigkeit darin, gängige Therapieverfahren wie zum Beispiel die Langzeittherapie überhaupt mittels eines streng randomisierten Kontrollgruppendesigns zu überprüfen. Für die psychodynamischen Langzeittherapien stellen die APA-Kriterien eine schwer zu überwindende Hürde auf dem Weg zu einem Wirksamkeitsnachweis dar, weshalb bisher nur sehr wenige Wirksamkeitsstudien unter Anwendung eines RCT-Designs für diesen Bereich vorliegen (vgl. Benecke, 2014).

Die PaKT Studie orientierte sich in Planung und Durchführung an diesem Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (2010), sowie an den soeben dargestellten Forschungskriterien der APA (Chambless & Hollon, 1998). Als im Jahr 2008 mit der Planung und Durchführung dieser Studie begonnen wurde, fanden psychodynamische Verfahren zur Behandlung von Angststörungen im Kindesalter in einschlägigen Übersichtsarbeiten zur Wirksamkeit von Psychotherapie im Kindesalter keine Erwähnung (siehe Bachmann, 2008). Dies wurde mit methodischen Limitationen dieser Studien begründet, die vom Psychotherapieforscher Kazdin (1978) einmal als „Designsünden“ bezeichnet wurden. Bei genauerem Hinsehen lässt sich tatsächlich eine Tendenz psychodynamischer Studien im Kindesalter erkennen, methodische Schwächen aufzuweisen, die aufgrund der Nichterfüllung der APA-Kriterien zu dieser mangelnden Sichtbarkeit in Übersichtsarbeiten führt. Allen voran ist dies zunächst

die mangelnde vollständige Randomisierung der Gruppenzuweisung, die selbst Studien, die ansonsten hohen methodischen Ansprüchen genügen (z. B. Muratori et al., 2003, 2005; Kronmüller et al., 2005) in der Gesamtbewertung abwerten. Außerdem ist eine Einschränkung psychodynamischer Studien, dass die Behandlung häufig ohne Manualisierung und somit nicht ausreichend objektivierbar durchgeführt wurde (Szapocznik et al., 1989). Eine weitere Schwäche psychodynamischer Wirksamkeits-Studien des Kindesalters stellt die Tatsache dar, dass eine Kontrollgruppe gar nicht vorhanden (Target & Fonagy 1994a) oder nicht ausreichend definiert war, wie beispielsweise bei Muratori und Kollegen (2003), deren Kontrollgruppe eine derartig große Heterogenität aufwies, dass sie kaum von einer Wartelistenkontrollgruppe zu unterscheiden war (51% der Probanden der „Usual-Care“-Kontrollbedingung nahmen bis zum Follow-up keine Behandlung in Anspruch). Eine weitere Einschränkung stellte die unzureichende Eingrenzung der Stichprobe dar. Angst und Depression wurden häufig nicht störungsspezifisch untersucht, sondern als „Internalisierende Störungen“ (Szapocznik et al. 1989; Muratori, 2003) zusammengefasst.

11.2 Diskussion der Ergebnisse – Empirischer Teil A

Im Folgenden sollen die Ergebnisse der in Kapitel IV dieser Dissertation dargestellten Studie kurz zusammengefasst werden, bevor sie einer ausführlichen abschließenden Diskussion unterzogen werden.

Das speziell für Vorschul- und junge Schulkinder entwickelte Therapiekonzept PaKT wurde an einer Stichprobe von Kindern mit DSM-IV Angststörungen in der entsprechenden Altergruppe (4-10 Jahre) in einem ambulanten Setting überprüft. Die in die Studie eingeschlossenen Kinder und ihre Eltern wurden zu Baseline und direkt nach der Behandlung mit PaKT sowie zu einem 6-Monats Follow-up Termin untersucht. Die Familien (N = 30), die die Einschlusskriterien erfüllen, wurden entweder sofort einem Therapieplatz zugewiesen und begannen die Behandlung direkt, oder sie wurden – falls gerade kein freier Therapieplatz verfügbar war – der Wartekontrollgruppe (mit einer Wartezeit von mindestens 3 Monaten) zugeführt. Die Gruppenzuweisung erfolgte dadurch nicht im strengen Sinne randomisiert, sondern in Abhängigkeit von der Verfügbarkeit eines freien Therapieplatzes. Die PaKT wurde von acht Psychologen und Assistenzärzten durchgeführt, die sich in psychotherapeutischer Ausbildung befanden und an einer entsprechenden PaKT Manuals Schulung teilgenommen hatten. Drop-Outs wurden systematisch erfasst und dokumentiert. Somit ähnelte das Studiendesign hinsichtlich der „quasi-experimentellen“ (vgl. Kazdin, 2010, S. 169) Zuweisung der Probanden der Studie von Muratori und Kollegen (2003). Der prozentuale Anteil von Drop-Outs an der gesamten Stichprobe betrug 10% und war damit vergleichbar mit den in der Literatur berichteten Raten (z. B. Kendall, 1997).

Hauptergebnisse:

Diagnostische Remission

Mit einer diagnostischen Remissionsrate von 66,67% (ITT: 59,88%) der primären Angststörung erwies sich PaKT als wirksam. Diese Remissionsrate erhöhte sich zum Follow-Up Messzeitpunkt noch auf 88,02%. Im Vergleich zur Wartekontrollgruppe, in der keines der Kinder eine diagnostische Remission aufwies, war dieser Rückgang in der Behandlungsgruppe (75% der Kinder der Behandlungsgruppe) statistisch signifikant (siehe Kapitel 8.1.2).

Between-Vergleiche

Symptomreduktion in Elternurteil

Interaktionseffekte der Faktoren Gruppenzugehörigkeit und Zeit (GxZ) waren auf den primären Ergebnismaßen signifikant. Sowohl auf den Skalen SDQ Emotionale Probleme, SDQ Gesamtproblemwert als auch auf den Skalen CBCL Internalisierende Probleme, CBCL Sozialer Rückzug als auch CBCL Gesamtproblemwert zeigte die Behandlungsgruppe PaKT einen signifikant stärkeren Symptomrückgang als die Wartekontrollgruppe. Für die CBCL Subskala Angst/Depression ergab sich allerdings lediglich ein Trend in Richtung Signifikanz. Für die CBCL Skala Externalisierende Probleme zeigte sich hingegen ein gegenläufiges Muster. Es konnte kein signifikanter Haupteffekt gemessen werden, jedoch ein signifikanter Interaktionseffekt GXT. Die SDQ Skala Verhaltensprobleme zeigte keine signifikanten Effekte. Die Ergebnisse, F, p und η^2 Werte sind in *Tabelle 15* dargestellt (für eine grafische Darstellung der Interaktionseffekte, sowie der Cut-off Werte auf den Hauptergebnis-Instrumenten sei an dieser Stelle erneut auf *Abbildung 11* verwiesen). Bei genauerer Betrachtung der Ausgangswerte (Prä) für die SDQ Skala Verhaltensprobleme fällt auf, dass die Patienten sowohl in der Behandlungsgruppe mit einem Mittelwert von 3,38 als auch in der Wartekontrollgruppe mit einem Mittelwert von 3,50 Werte unterhalb des Cut-Off Wertes (Skalenwert 4) und daher im unauffälligen Bereich zeigten. Es kann daher für die Skala Verhaltensprobleme davon ausgegangen werden, dass ein Bodeneffekt vorlag, durch den signifikante Veränderungen zum zweiten Messzeitpunkt verhindert wurden. Die Patienten wiesen auch zum zweiten Messzeitpunkt (Post) sowohl in der Behandlungsgruppe (M = 2,81) als auch in der Wartekontrollgruppe (M = 3,08) unauffällige Werte unterhalb des Cut-Offs auf. Für die Behandlungsgruppe ergab sich somit ein Symptomrückgang von nur 0,57 Rohwertpunkten, während sich in der Wartekontrollgruppe ein Symptomrückgang von 0,42 Rohwertpunkten zeigte. Somit konnte weder ein Effekt des Faktors Zeit, noch ein Effekt des Faktors Gruppenzugehörigkeit auf die Veränderung in den SDQ Verhaltensproblemen nachgewiesen werden. Für die CBCL Subskala Externalisierende Probleme zeigte sich bei genauer Betrachtung der Daten in der Behandlungsgruppe ein Symptomrückgang von Prä (M = 16,75) nach Post PaKT (M = 12,88) um 3,87 Rohwertpunkte, während die Wartekontrollgruppe sich von Prä (M = 17,08) zu Post (M = 17,67) sogar um 0,59 Rohwertpunkte verschlechterte. Diese gegenläufige, wenn auch schwache Symptomveränderung in den Gruppen erklärt, warum ein

Effekt des Faktors Zeit nicht signifikant wurde, wohl aber ein großer Effekt ($\eta_p^2 = .17$) des Faktors Gruppenzugehörigkeit.

Dabei blieben die Ergebnisse auch in ITT-Analysen auf allen primären und sekundären Outcome-Maßen im Elternurteil im mittleren und hohen Bereich, auch wenn alle relevanten Symptomskalen bis auf die CBCL Skala Gesamtprobleme lediglich einen Trend in Richtung Signifikanz zeigten (mit $p = .062$ bis $p = .078$).

Im Vergleich zur Wartekontrollgruppe zeigte sich im Elternurteil auf den Skalen internalisierende Probleme hohe Effekte von Prä PaKT zu Post PaKT, was darauf hinweist, dass eine Spontanremission der Behandlungsgruppe als Bias sehr unwahrscheinlich ist. Die Behandlungseffekte zeigten sich auch auf der Ebene externalisierender Symptome, wodurch in der vorliegenden Studie Breitband-Effekte von psychodynamischer Kurzzeittherapie für Kinder, die in anderen Studien berichtet wurden, repliziert werden konnten (Abbass, et al., 2013; Muratori, et al., 2003; Palmer, et al., 2013). Sowohl auf der Ebene internalisierender als auch externalisierender Symptome als auch im Bereich des Gesamtproblemwertes gelangten die Kinder nach einer Behandlung mit PaKT im Mittel unterhalb des klinischen Cut-Offs in den unauffälligen bis grenzwertigen Bereich der Symptomausprägung.

Prä-Post-Vergleiche

Des Weiteren war ein signifikanter Symptomrückgang auf den Berkeley Puppet Interviews (BPI) mit den Kindern als auch auf den SDQ-Lehrerfragebögen zu verzeichnen. Da diese Daten aus Kostengründen nicht vor der Wartezeit erhoben wurden, konnten sie nicht für einen Gruppenvergleich, sondern lediglich im Innersubjekt-Vergleich für einen Prä-Post-Vergleich herangezogen werden.

Symptomreduktion aus Sicht der Kinder

Der Prä-Post-Vergleich mittels des BPI ergab eine signifikante Symptomreduktion nach der Behandlung mit PaKT. Sowohl auf der Ebene der Belastung mit internalisierenden Symptomen als auch auf der Ebene der Belastung mit externalisierenden Symptomen äußerten die Kinder einen signifikanten Symptomrückgang nach einer Behandlung mit PaKT.

Symptomreduktion aus Sicht der Lehrer/Erzieher

Der Prä-Post-Vergleich mittels der SDQ-Lehrerfragebögen ergab eine signifikante Symptomreduktion nach der Behandlung mit PaKT. Sowohl auf der Ebene der Belastung mit internalisierenden Symptomen als auch auf der Ebene der Belastung mit externalisierenden Symptomen sowie im Bereich der Gesamtbelastung zeigte sich im Lehrer-/Erzieher-Urteil eine signifikante Symptomreduktion nach einer Behandlung mit PaKT. Dabei konnten große Effektstärken auf den Skalen emotionale Symptome, Verhaltensprobleme und Gesamtproblemwert erzielt werden.

Ein wichtiges Charakteristikum der vorliegenden Wirksamkeitsstudie ist die Tatsache, dass die psychoanalytische Kurzzeittherapie für Kinder (PaKT) in einem kinderpsychiatrischen Versorgungssetting getestet wurde und somit eine Population von Kindern mit Angststörungen untersucht wurde, die ein hohes Maß an komorbiden depressiven Störungen und externalisierenden Symptomen aufwies – eine klinisch relevante Patientengruppe, die als besonders schwer erfolgreich zu behandeln gilt (Rapee, et al., 2013). Während sowohl die Theorie (Barret, 2000) als auch metaanalytische Daten (Reynolds, et al., 2012) darauf hinweisen, dass die Wirksamkeit von CBT Manualen durch das Alter der untersuchten Kinder und der damit verbundenen kognitiven Entwicklung zunimmt, oder bei jüngeren Kindern durch elternbezogene Interventionen vermittelt ist (Waters, et al., 2009), benötigt das PaKT Manual keine solchen Voraussetzungen. Da es als kindzentrierte Intervention direkt auf die Veränderung maladaptiver Abwehrmechanismen und inflexibler kognitiver Stile zielt, kann es ohne große Voraussetzungen auf Seiten der Kinder bereits mit Vorschulkindern angewendet werden. Daher erweitert PaKT das Angebot an bisher verfügbaren evidenz-basierten Interventionen um ein kindzentriertes, emotions-fokussiertes Behandlungsverfahren, das speziell auf die Bedürfnisse von Vorschul- und Schulkindern zugeschnitten ist. Es ist wichtig, abschließend festzustellen, dass sich die Behandlungseffekte nach einer Behandlung mit PaKT auf der Ebene multipler Informanten als stabil erwiesen (Interviewer, Eltern, Lehrer/Erzieher, Kinder).

Die Untersuchungsergebnisse zeigen, dass die diagnostische Remission und der Symptomrückgang auf den relevanten Symptomskalen (bis auf die SDQ Skala Verhaltensprobleme im Lehrer/Erzieher-Urteil) auch zum 6-monats Follow-up sowohl im Kliniker-Urteil als auch im Eltern und Lehrer/Erzieher-Urteil stabil blieben. Im Gegensatz zu anderen Forschergruppen (Muratori, et al., 2003; Trowell, et al., 2007), konnte in der vorliegenden Studie jedoch im Follow-up Intervall keine weitere Verbesserung (*sleepers effects*) im Vergleich zur Nachuntersuchung nach der Therapie mit PaKT nachgewiesen werden. Da in der vorliegenden Studie eine jüngere Kohorte untersucht wurde und bereits direkt nach der Behandlung mit PaKT große Effekte erzielt wurden, liegt der Schluss nahe, dass besonders bei jüngeren Kindern möglicherweise sehr rasch Effekte durch psychodynamische Psychotherapie erzielt werden können. Dieser Befund ergibt sich möglicherweise daraus, dass internalisierenden Störungen bei jüngeren Kindern noch flexiblere und modifizierbare Abwehrmechanismen zugrunde liegen, als dies bei älteren Kindern und Jugendlichen der Fall ist. Außerdem ist es auch möglich, dass durch die großen Behandlungseffekte direkt nach der Intervention eine Begrenzung nach oben hinsichtlich zusätzlicher Effekte im Follow-up Intervall verursacht wurde. Diese Möglichkeit sollte durch weitere Forschung untersucht werden. Trotz der Tatsache, dass die vorliegende Untersuchung Langzeit-Effekte im Eltern- und Lehrer-/Erzieher-Urteil nachweisen konnte, konnten die Behandlungseffekte in der Selbstauskunft der Kinder nicht erhalten bleiben. Möglicherweise ist hierfür die zu geringe Power der vorliegenden Studie verantwortlich. Eine alternative Erklärung wäre auch, dass eine Subgruppe von Kindern tatsächlich weiterführende Therapie benötigt, um in der Selbstauskunft stabile Ergebnisse im Langzeit-Intervall zu berichten. Weitere Forschungsbemühungen sind notwendig, um diesen Umstand zu

erklären. Auch auf der SDQ Skala Verhaltensprobleme im Lehrer-/Erzieher-Urteil zeigte sich zum Follow-up Termin ($M = 1,20$) keine weitere Verbesserung, sondern eine leichte Verschlechterung im Vergleich zur Nachuntersuchung ($M = 1,00$) direkt nach einer Behandlung mit PaKT von 0,20 Rohwertpunkten. Da dies jedoch minimale Veränderungen sind und die Kinder von den Lehrern/Erziehern auch vor der Therapie ($M = 2,08$) als unauffällig im Bereich der Verhaltensprobleme eingeschätzt wurden, kann davon ausgegangen werden, dass ein Bodeneffekt vorlag der weitere Veränderungen auf Symptomebene unwahrscheinlich machte. Dieses Ergebnis wird dadurch kontrastiert, dass der Vergleich (Prä, Follow-up) auf den Skalen emotionale Probleme und Gesamtwertwert signifikante Langzeiteffekte zeigte. Das geringe Vorhandensein von Verhaltensproblemen im Lehrer-/Erzieher-Urteil untermauert auch die Spezifität der Stichprobe, in der internalisierende Probleme auch in den dimensional Messinstrumenten dominieren.

Adhärenz

Die anhand der Videoaufzeichnungen erhobenen Einschätzungen der Manualtreue ergaben eine gute Übereinstimmung mit dem PaKT Manual. Im Gegensatz zu der weitverbreiteten Meinung, dass psychodynamische Verfahren Zeit- und kostenintensiver Ausbildung bedürfen, weist dieser Befund darauf hin, dass das PaKT-Manual gut für relativ unerfahrenere Therapeuten in Ausbildung geeignet ist, wenn sie an einer entsprechenden 4-tägigen Schulung teilnehmen. Gleichzeitig ist das PaKT Manual im Allgemeinen repräsentativ für zeitlich begrenzte psychodynamische Verfahren in der Tradition der Kurzzeittherapie.

11.3 Diskussion der Ergebnisse – Empirischer Teil B

Im V. Teil dieser Dissertation wurde die Bedeutung der mütterlichen Mentalisierungsfähigkeit für die Wirksamkeit und Umsetzung von psychoanalytischer Kurzzeittherapie untersucht (siehe Kapitel 10). Ausgangspunkt dieser Untersuchung war der Befund, dass sich die Fähigkeit zur Mentalisierung als wichtiger Risikofaktor für verschiedene psychiatrische Störungsbilder sowie als Prädiktor für den Behandlungserfolg bei psychodynamisch orientierter Psychotherapie erwiesen hat (Katznelson, 2014). Des Weiteren wurde unlängst der Zusammenhang von geringer elterlicher Mentalisierungsfähigkeit und Psychopathologie in der Kindheit betont (Sharp & Fonagy, 2008). Bisherige Studien konnten Veränderungen der Mentalisierung allerdings nur nach höher-frequenten direkten Erwachseneninterventionen nachweisen (Levy et al., 2006). Da die PaKT jedoch nur jede vierte Stunde für die Elternarbeit vorsieht (insgesamt 5-6 Sitzungen), konnte kein direkter Einfluss auf die elterliche Mentalisierungsfähigkeit erwartet werden. Eine mögliche Veränderung der mütterlichen Mentalisierung über ihr Kind sollte dennoch explorativ untersucht werden. Hierzu wurde die Reflexive Kompetenz (RK) der Mütter anhand des Parent Development Interviews (PDI; Slade, 2005) erhoben. Im Rahmen dieser explorativen Analyse wurde der Frage nachgegangen, ob

es einen Zusammenhang zwischen der Ausprägung der Reflexiven Kompetenz der Mütter vor der Therapie und dem Symptomrückgang der Kinder gibt.

Ergebnisse der explorativen Analysen:

Prä-Post-Vergleiche Reflexive Kompetenz

Es konnte keine Verbesserung der Reflexiven Kompetenz der Mütter nach der Behandlung mit PaKT nachgewiesen werden. Die im Rahmen von PaKT durchgeführten 5-6 Sitzungen Elternarbeit zeigen somit hinsichtlich einer Verbesserung der Mentalisierung der Mütter über ihr Kind keinen nachweisbaren Effekt. Dieses Ergebnis deckt sich mit anderen Befunden, die keine signifikanten Veränderungen der RK durch Kurzzeit-Interventionen nachweisen konnten (siehe Katznelson, 2014). Bislang konnten Verbesserungen der RK nur in direkten, längeren und intensiveren Interventionen mit erwachsenen Patientenpopulationen nachgewiesen werden (Levy et al., 2006; Rudden et al., 2006). Da es einen Zusammenhang zwischen Mentalisierungsfähigkeit und Strukturniveau eines Individuums gibt (Müller et al., 2006) ist anzunehmen, dass eine nachhaltige Veränderung der Mentalisierung – ebenso wie strukturelle Veränderungen – einer längerfristigen und intensiveren Intervention bedürfen.

Zusammenhang von Reflexiver Kompetenz der Mütter und Symptomrückgang der Kinder

Für die CBCL Skalen Externalisierende Probleme und Aggressives Verhalten ergaben sich signifikante Interaktionseffekte (Gruppenzugehörigkeit x Zeitpunkt), sowohl für Prä-Post- als auch für Prä-Follow-Up-Vergleiche. Die Gruppe der Kinder, deren Mütter vor der Behandlung mit PaKT ein durchschnittliches bis hohes Ausmaß an Reflexiver Kompetenz aufwiesen, zeigte einen stärkeren Symptomrückgang nach der Therapie, als Kinder, deren Mütter eine niedrige bis durchschnittliche Reflexive Kompetenz besaßen. Dieser Effekt bestätigte sich auch anhand negativer Korrelationen zwischen dem Ausmaß der Reflexiven Kompetenz der Mütter vor der Therapie und dem Rückgang der externalisierenden Symptomatik nach der Therapie.

Der differenzielle Effekt des elterlichen RK-Ausgangswerts auf die Verbesserung der externalisierenden Symptomatik des Kindes nach PaKT befindet sich im Einklang mit der Literatur zur zentralen Rolle der Mentalisierung bei externalisierenden psychiatrischen Krankheitsbildern (Hill et al., 2007; Levinson u. Fonagy, 2004; Möller et al., 2014; Taubner, White et al., 2013). Die aktuellen Befunde erweitern dieses Feld, indem sie andeuten, dass eine hohe elterliche RK einen positiven Effekt auf die Behandlung externalisierender Symptome haben könnte. Zugleich scheint mittels PaKT die Behandlung internalisierender Symptomatik größtenteils unabhängig von der elterlichen RK zu gelingen. Diese Ergebnisse könnten durch eine Reihe von Mechanismen erklärt werden, die in künftigen Untersuchungen einer empirischen Prüfung zugeführt werden sollten (siehe Kapitel 10.4).

Diese Studie liefert erste Hinweise auf die Bedeutung der elterlichen Mentalisierungsfähigkeit für die Wirksamkeit und Umsetzung von psychodynamischen Kurzzeittherapien im Kindesalter. Die aktuellen Befunde weisen darauf hin, dass sich eine hohe elterliche RK positiv auf die Behandlung kindlicher

externalisierender Symptome auswirkt. Möglicherweise begünstigt eine hohe RK die Entwicklung der therapeutischen Allianz mit den Eltern, sodass sich der positive Einfluss von PaKT auf externalisierende Symptome über die Eltern besser entfalten kann. Gleichzeitig scheint die Behandlung internalisierender Symptomatik mittels PaKT unabhängig von der elterlichen RK zu gelingen. Es kann daraus geschlossen werden, dass insbesondere Mütter, die ein niedriges Ausmaß an Reflexiver Kompetenz aufweisen, vor Beginn der Behandlung des Kindes mit PaKT besondere ergänzende Interventionsangebote bekommen sollten. Diese Flexibilität in der Vorgehensweise ist bereits im PaKT-Manual angelegt, so dass bei Bedarf Elternsitzungen der Therapie vorgeschaltet werden können, die u. a. eine Verbesserung der elterlichen Mentalisierungsfähigkeit zum Ziel haben. Weiterhin sind Folgeuntersuchungen nötig, um die RK der Eltern vor Therapiebeginn eindeutig als ein Indikationskriterium für unterschiedliche psychotherapeutische Herangehensweisen bei Störungen im Kindesalter zu belegen.

An dieser Stelle sollen noch einmal die oben bereits erwähnten Limitationen der im Rahmen dieser explorativen Analysen erhaltenen Ergebnisse zur RK der Mütter aufgeführt werden. Aufgrund der Stichprobengröße und des Studiendesigns ist auf die Vorläufigkeit dieser Ergebnisse zur mütterlichen Reflexiven Kompetenz (RK) hinzuweisen. So könnte sich die elterliche RK in größeren Untersuchungen noch als Prädiktor der Behandlung (spezifischer) internalisierender Symptome erweisen. Da sich hochfrequente psychodynamische Verfahren erwiesenermaßen besser zur Behandlung externalisierender Symptome eignen (Fonagy & Target, 1996b), wäre es darüber hinaus möglich, dass mittels einer höher-frequenten Form von psychodynamischer Psychotherapie als PaKT externalisierende Symptome bei Kindern von Eltern mit niedriger RK ebenfalls erfolgreich behandelt werden können. Des Weiteren bildeten klinisch relevante internalisierende Störungen in der vorliegenden Studie das Einschlusskriterium, was zur Folge hatte, dass Kinder nur zum Teil klinisch relevante externalisierende Probleme zeigten und wenn diese vorlagen, dann ausschließlich in komorbider Form. Es bleibt daher abzuwarten, ob sich die vorliegenden Effekte ebenfalls auf Stichproben mit ausschließlich klinisch relevanten sowie reinen externalisierenden Störungen generalisieren lassen. Außerdem konnte mittels dieses Studiendesigns zwar eine Prädiktion jedoch kein Moderationseffekt nachgewiesen werden, da die Effekte nicht innerhalb einer Kontrollgruppe untersucht wurden. Daher kann nicht ausgeschlossen werden, dass eine höhere mütterliche RK bei Kindern zunächst nur die Spontanremission der externalisierenden Symptomatik begünstigt. Da die Stabilität externalisierender Symptome bekanntermaßen in Abhängigkeit des Schweregrads variiert (Loeber, Burke, Lahey, Winters, Zera, 2000), wäre auch hier eine Untersuchung an ausschließlich klinisch relevanten externalisierenden Störungen sinnvoll. Weiterhin ist es möglich, dass sich die Höhe der mütterlichen RK auf die Einschätzung der kindlichen externalisierender Symptome auswirkt. So ist es beispielsweise denkbar, dass Auffälligkeiten und ihre Veränderungen bei hoher RK besser wahrgenommen werden. Dies konnte in dem vorliegenden Design ebenfalls nicht kontrolliert werden und bedarf der weiteren Forschung.

11.4 Limitationen

Erstens besteht aus der Perspektive der APA-Kriterien (Chambless & Hollon, 1998) eine zentrale Einschränkung der vorliegenden PaKT-Studie in der fehlenden Randomisierung, da somit statistisch gesehen die Forderung nach Gruppengleichheit vor der Therapie nicht erfüllt ist. Dennoch lässt sich für die Studie aufwertend anmerken, dass die Zuweisung zu den Behandlungsbedingungen allein nach dem Prinzip der zufälligen Verfügbarkeit eines Therapieplatzes und daher „quasi-experimentell“ (Kazdin, 2010, S. 169) erfolgte. Die beiden Gruppen (Behandlungsgruppe PaKT vs. Wartekontrollgruppe) wiesen vor der Therapie keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich demografischer oder symptomatischer Variablen auf. Ein systematischer Bias durch diese Art der „quasi-experimentellen“ (ebd.) Zuweisung zu den Behandlungsbedingungen kann daher weitestgehend ausgeschlossen werden. Es erscheint in der Tat sehr unplausibel, dass die erzielten Effekte im Vergleich zur Wartekontrollgruppe auf systematischen Bias durch Gruppenzuweisung zurückzuführen sein sollen, da die Behandlungseffekte in der Wartekontrollgruppe gleichermaßen auftraten, nachdem sie die Behandlung mit PaKT erhielten. Die Patienten der direkten Behandlungsgruppe waren durch die Gruppenzuweisung vor Beginn der Behandlung hinsichtlich der Möglichkeit einer Symptomreduktion oder diagnostischen Remission somit gegenüber der Wartekontrollgruppe in keinem erkennbaren Vorteil. Obwohl dieses Design wegen der mangelnden randomisierten Zuweisung der Probanden die interne Validität einer Untersuchung herabsetzt, erhöht es im Gegensatz dazu die externe Validität, da die Daten unter klinisch repräsentativen Bedingungen erhoben werden. Tatsächlich wird in Reviews und metaanalytischen Befunden sogar von vergleichbaren Effekten für „quasi-experimentelle“ Designs und randomisierten Kontrollgruppen-Studien berichtet (Leichsenring, 2004; Shadish et al., 2000).

Zweitens war die Dauer der Behandlung weitaus länger als die Dauer der Wartezeit, was Spontanremissionen in der Behandlungsgruppe wahrscheinlicher macht. Die relativ kurze Dauer der Kontrollbedingung im Vergleich zur Behandlungsbedingung zeichnet in der Tat viele Studien aus, die eine Wartelistenkontrollgruppe als Kontrollbedingung nutzen (z. B. Kendall, 1994; Kendall et al., 1997; Target & Fonagy, 2005). Entscheidend ist hier offenbar, dass keiner der Fälle aus der Wartekontrollgruppe nach dem Wartezeit-Intervall eine diagnostische Remission zeigte, was ein Beleg für die Schwere und Chronizität der Symptome in der vorliegenden Stichprobe ist. Darüber hinaus gab es keinen Zusammenhang zwischen Behandlungsdauer (in Wochen) und Veränderungen auf den Ergebnis-Maßen, was einen Einfluss von Spontanremission noch unwahrscheinlicher macht. Obwohl dieser Faktor nicht gänzlich ausgeschlossen werden kann, zeigt doch die Literatur zu klinisch relevanten schweren Angststörungen, insbesondere der Generalisierten Angststörung (die mehr als 90% der vorliegenden Stichprobe betrifft), dass diese Störungen zeitlich überdauern und sehr geringe Raten an Spontanremission zeigen (Cantwell & Baker, 1989; Cohen, Cohen, & Brook, 1993; Last, Perrin, Hersen, & Kazdin, 1996; Lavigne, et al., 1998).

Drittens wies die Stichprobe der vorliegenden Untersuchung eine geringe ethnische Vielfalt auf. Dies repräsentiert zwar einerseits die Population in der

ostdeutschen Großstadt, aus der die Stichprobe stammt, andererseits schränkt es jedoch die Generalisierbarkeit auf andere ethnische Gruppen ein. Daher könnten Modifikationen an dem Behandlungsmanual notwendig sein, um das PaKT Manual auch in anderen, multi-ethnischen Populationen anzuwenden.

Viertens war die vorliegende Studie aufgrund der geringen Stichprobengröße lediglich ausreichend gepowert, um mittlere bis große Behandlungseffekte aufzudecken. Auf diese Weise wurden Ergebnismuster hervorgebracht, die sich einerseits durch moderate Effektgrößen auszeichneten, die andererseits aber bei den angewendeten konservativen zwei-seitigen Intent-to-Treat Analysen (mit „Last Observation Carried Forward Technik“, vgl. White et al. 2011) nicht signifikant wurden, sondern lediglich die Grenze zur statistischen Signifikanz erreichten. Dennoch kann dieser Nachteil zum einen durch die Tatsache, dass keines der Ergebnisse auf den Outcome-Maßen geringer ausfiel, als zumindest die Grenze statistischer Signifikanz zu erreichen und zum anderen durch die Gesamtheit der positiven Ergebnisse abgeschwächt werden.

Fünftens konnten die Untersucher, die die Erfassung der Diagnosen und Symptome durchführten, aufgrund der dem Wartekontrollgruppen-Design innewohnenden Limitationen nicht gänzlich bezüglich der Behandlungsbedingungen verblindet werden. Dennoch waren weder der Untersucher, der die diagnostischen Interviews mit den Eltern durchführte, noch die Untersucher, die die Kinder anhand des Puppeninterviews interviewten, Teil des therapeutischen Teams und über den Verlauf der Behandlungen informiert. Zumindest konnten die Untersucherinnen, die die Puppeninterviews mit den Kindern durchführten, hinsichtlich der Behandlungsbedingung (direkte Behandlungsgruppe vs. Wartekontrollgruppe) verblindet werden. Außerdem ist ein Interviewer-Bias angesichts des hohen Grades an Strukturierung, der durch die diagnostischen und Symptom-Maße vorgegeben ist, sehr unwahrscheinlich.

Letztlich ergeben sich aus der Wahl der Kontrollgruppe Einschränkungen hinsichtlich der Interpretierbarkeit der Prä-Post-Vergleiche, die nur im Innersubjektvergleich vorgenommen werden konnten. Als Kontrollbedingung diente bei der vorliegenden Studie eine Wartelistenkontrollgruppe. Da den Probanden nach Ablauf der Wartezeit aus ethischen Gründen eine Behandlung nicht vorenthalten werden kann, standen zum Follow-up Messzeitpunkt keine Daten aus der Kontrollbedingung zur Verfügung. Aus diesem Grund ermöglicht das Wartelistenkontrollgruppendesign zwar Gruppenvergleiche zum Messzeitpunkt nach der Therapie (Post), unklar ist jedoch, ob die Effekte zum Follow-up Messzeitpunkt denen einer möglichen Spontanremission überlegen sind. Der Gruppenvergleich der vorliegenden Studie konnte einen Effekt der Intervention PaKT auf die Symptomreduktion direkt nach der Therapie nachweisen, allerdings nicht zum Follow-up Messzeitpunkt. Somit kann die Stabilität der Symptomreduktionen auf den Hauptergebnismaßen zum Katamnesezeitpunkt aus wissenschaftstheoretischer Sicht streng genommen nicht auf die PaKT Intervention zurückgeführt werden.

Abschließend sollen vor dem Hintergrund der vorliegenden Ergebnisse und Limitationen Schlussfolgerungen für weiterführende Forschungsbemühungen und klinische Praxis abgeleitet werden, die in einem Ausblick kritisch diskutiert werden sollen.

11.5 Ausblick

Im Folgenden sollen Einschränkungen, die durch das Wartelistenkontrollgruppendesign bedingt sind, kritisch diskutiert werden. Für den Evidenzgrad „gut bestätigt“ nach APA-Kriterien reicht der Vergleich eines Therapiemanuals mit einer Wartekontrollgruppe somit nicht aus. Neben den oben erwähnten Schwächen des Wartelistenkontrollgruppendesigns, Follow-up Effekte nachzuweisen (vgl. Kazdin, 2010), betrifft eine der Hauptschwächen dieses Designs die mangelnde Spezifität des Wirksamkeitsnachweises. Durch ein Wartelistenkontrollgruppendesign bleibt weitestgehend unklar, ob tatsächlich die im Manual definierten, spezifischen Interventionen als spezifische Wirkfaktoren als ursächlich für die Symptomreduktionen angenommen werden können, oder ob sogenannte „allgemeine unspezifische Wirkfaktoren“ (Kazdin, 2010, S. 191) wie z. B. Erwartungseffekte, allgemeine Zuwendung durch den Therapeuten, die therapeutische Beziehung, oder im Rahmen der Intervention erfolgte Psychoedukation die Symptomreduktion bewirkten.

Aufgrund dieser Schwäche des Wartekontrollgruppendesigns werden von den APA-Kriterien (Chambless & Hollon, 1998) für die Kategorie „gut bestätigt“ mindestens zwei in unabhängigen Studien erfolgte Vergleiche mit aktiver Kontrollgruppe gefordert. Um einen spezifischen Effekt des Behandlungsmanuals gegenüber einer Kontrollbedingung nachweisen zu können, müssten im Idealfall alle angenommenen Wirkfaktoren isoliert werden (Heimberg, 1997). Eine derartige Placebobedingung müsste den Faktor „Zeit, die mit dem Therapeuten verbracht wurde“ im Sinne der Sitzungsfrequenz, der Sitzungs-Dauer und Behandlungslänge insgesamt nachahmen.

Im Folgenden soll exemplarisch eine Studie kurz dargestellt werden, die eine Placebobedingung anwendete, die jedoch bei der Anwendung dieser Kontrollbedingung weitere methodische Schwierigkeiten erkannte. In einer der ersten Studien bei Angststörungen im Alter von 6-16 Jahren (Silverman et al., 1999) wurden zwei CBT-Behandlungsformen (1. Kontingenzmanagement und 2. Selbstkontrolle nach dem „Coping Cat“-Konzept von Kendall, 1997) mit einer Placebobedingung (edukative Unterstützung im Vortragsstil) verglichen. In der Studie konnte weder ein signifikanter Gruppenunterschied der beiden Behandlungsbedingungen, noch ein Gruppenunterschied zwischen einer der Behandlungsbedingungen und der Placebobedingung nachgewiesen werden. Dieses Ausbleiben von Effekten wurde von den Autoren der Studie kritisch diskutiert und auf die unerwartet hohe Wirksamkeit der Placebobedingung zurückgeführt. So könnte es im Rahmen der psychoedukativen Placebobedingung zu unkontrollierter und unintendierter Vermittlung von CBT-spezifischen Interventionen gekommen sein, durch die möglicherweise die Gruppenunterschiede aufgehoben wurden (Silverman et al., 1999).

Eine derartige im Rahmen der oben dargestellten APA-Kriterien vorgetragene Forderung nach einer Placebobehandlung als Kontrollbedingung stellt Wirksamkeitsstudien vor große Herausforderungen und erweist sich im klinischen Versorgungsalltag als schwierig durchzuführen. Der Schweregrad der Symptomatik und die Beeinträchtigung durch diese lässt es im klinischen Versorgungsalltag nicht

zu, die Patienten einer Behandlungsbedingung zuzuweisen, die keine angenommenen Wirkfaktoren beinhaltet und dies auch noch bis zu einem Katamnesezeitpunkt (z. B. 6 Monate nach Therapieende) durchzuhalten. Die übliche Wartezeit bei Wartekontrollgruppen beträgt im Durchschnitt 3-4 Monate und erlaubt somit bestenfalls den Gruppenvergleich mit einer Kurzzeittherapieintervention. Eine längere Wartezeit ist ethisch nicht vertretbar. Da die Probanden im Anschluss an die Wartezeit ebenfalls die Behandlung erhalten, erlaubt dieses Design keinen Gruppenvergleich zum Katamnesezeitpunkt. Ebenso können Patienten aus der Placebobedingung nicht unbehandelt bleiben und müssen ebenfalls im Anschluss an die Placebobedingung behandelt werden.

Eine Möglichkeit, diese Schwierigkeit zu umgehen, besteht in der häufig angewandten Methode, eine Behandlungsbedingung „Treatment as Usual“ (TAU) anzuwenden, in der die aktiven, manualspezifischen Interventionen nicht enthalten sein dürfen (siehe Muratori et al. 2003). Eine der vielen Schwierigkeiten, die diese Abwandlung der Placebobedingung mit sich bringt, ist die Tatsache, dass das „Treatment as Usual“ im klinischen Versorgungsalltag in Abhängigkeit individueller Therapeutenfaktoren (wie Ausbildungsverfahren, Ausmaß der Intergration verschiedener Therapieverfahren im Sinne eines eklektizistischen Therapeutenverhaltens) mehr oder weniger viel der zu untersuchenden Therapieprogramme enthält. Ein „Treatment as Usual“ kontrolliert die aktiven Wirkfaktoren der Interventionsbedingung somit zu wenig und kann damit im Gruppenvergleich streng genommen nicht als Nachweis für diese herangezogen werden. Gleichwohl eignet sich eine „Usual Care“-Kontrollbedingung, um Vergleiche zum Follow-Up Messzeitpunkt zu ermöglichen (siehe Muratori, 2003). Diese Kontrollbedingung erlaubt – solange sie nicht vollkommen von aktiven Wirkfaktoren der Behandlungsgruppe bereinigt wurde, was in der Praxis schwer umsetzbar ist – zwar keine Rückschlüsse auf das „was wirkt“, es sind jedoch Vergleiche zum Follow-up Messzeitpunkt möglich, da den Patienten die sonst in der klinischen Versorgungspraxis übliche Behandlung zugeführt wird und nichts vorenthalten wird, was einem so langen Vergleichszeitraum aus ethischen Gesichtspunkten sonst widersprechen würde. Auch wenn die aktiven Ingredienzien der beiden Behandlungsarme („Brief Psychodynamic Psychotherapy (BPP)“ und „Usual Care“ (UC) von Muratori und Kollegen (2003) nicht ausreichend detailliert dargestellt wurden, so konnten Muratori und Kollegen (2003) mittels eines solchen Studiendesigns dennoch beeindruckende Effekte zum Follow-Up Messzeitpunkt nachweisen. Die Bedingung „Usual Care“ zeichnete sich bei Muratori und Kollegen durch hohe Heterogenität aus, da den Patienten keine Behandlung angeboten wurde, sondern die Probanden sich selbst um anderweitige Therapien kümmerten. Dabei nahmen 48% der UC-Bedingung eine Behandlung unterschiedlichster verfügbarer Therapieformen auf, während 51% der UC-Bedingung keine Behandlung in Anspruch nahm. Zum Messzeitpunkt unmittelbar nach der Behandlung mit BPP zeigte sich im Gruppenvergleich keine Überlegenheit von BPP gegenüber UC. Jedoch konnten Muratori und Kollegen anhand eines kontrollierten Follow-up eindeutig einen Effekt der BPP auf die Symptomreduktion und Globale Anpassung der Kinder der BPP nachweisen, der durch Spontanremission nicht erklärbar war. Aus ökonomischer Perspektive besonders bedeutsam war dabei das Ergebnis, dass

diese den psychodynamischen Verfahren häufig nachgesagten *sleepier effects* sich nicht nur auf der Ebene der durch die Eltern vorgenommenen Symptomeinschätzungen und klinischen Interviews niederschlugen, sondern auch in dem Umstand zum Tragen kamen, dass nur 10,3% der Probanden der BPP-Bedingung zum zwei Jahres Follow-up Termin weitere Behandlung in Anspruch genommen hatten, während dies für 34,5% der UC-Bedingung zutraf.

Eine Alternative zum „Treatment as Usual“ stellt die Schaffung von Kontrollbedingungen dar, die um die spezifischen Wirkfaktoren des zu untersuchenden Interventionsprogramms weitestgehend bereinigt wurden und die dem Patienten dennoch Support und therapeutische Zuwendung liefern. Diese Kontrollbedingungen werden „Aufmerksamkeits-Placebo“-Kontrollgruppen genannt („Attention-Placebo“, siehe Kazdin, 2010, S. 191). Im Bereich der Wirksamkeitsstudien für Angststörungen im Kindesalter wurde dies von Hudson und Kollegen (2009) mittels ihrer Kontrollbedingung (Group Support and Attention, GAS) angewendet. Ohne CBT-spezifische Elemente wie Psychoedukation zu enthalten, bestand diese Kontrollbedingung lediglich darin, den Kindern (Durchschnittsalter 10,2 Jahre) einen haltenden Rahmen zur Verfügung zu stellen, in dem Ängste und andere Emotionen zum Ausdruck gebracht werden können.

Die kritische Auseinandersetzung mit den Vor- und Nachteilen verschiedener Arten von Kontrollbedingungen sollte die Grundlage für weiterführende Forschungsbemühungen bilden. Streng genommen ist in den APA Kriterien eine Art Hierarchie enthalten, die zunächst den Vergleich eines neuen Interventionsprogramms mit einer Wartekontrollgruppe vorsieht, bevor das Manual mittels einer aktiven Kontrollgruppe überprüft werden sollte. Ein nächster Schritt zur Überprüfung des PaKT Manuals besteht somit zunächst in der Überprüfung der Wirksamkeit für Angststörungen anhand eines Randomisierten Kontrollgruppen-designs. Im Anschluss daran sollte PaKT einem Gruppenvergleich mit einer geeigneten aktiven Kontrollgruppe unterzogen werden.

11.6 Psychoanalytische Kurzzeittherapie mit Kindern – Manualentwicklung

Letztlich möchte ich diese Gesamtdiskussion mit einigen zusammenfassenden Ausführungen zur Manualentwicklung (siehe Teil II und III dieser Dissertation) abschließen. Die Psychoanalytische Kurzzeittherapie mit Kindern (PaKT) wurde als störungsspezifisches, altersadäquates, manualisiertes psychodynamisches Interventionsprogramm für Kinder konzipiert, die wegen Ängsten und Depressionen in den kinderpsychiatrischen und kinderpsychotherapeutischen Ambulanzen vorstellig werden. Der Behandlungsansatz PaKT integriert neben der klassischen Kinderanalyse die Konzepte der Triebpsychologie sowie der Objektbeziehungstheorie und verknüpft sie mit dem konfliktzentrierten Vorgehen der Fokalthherapie (Klüwer, 2005). Darüber hinaus folgt PaKT den Praxis-Parametern, die von der American Association of Child and Adolescent Psychiatry formuliert wurden (Kernberg et al., 2012). Das Interventionsprogramm umfasst 20 bis 25 psychotherapeutische Sitzungen in wechselnden Settings (Eltern-Kind, Kind alleine,

Eltern alleine), in welchen ein dem Symptom zugrunde liegendes Beziehungsthema erarbeitet und bearbeitet wird. Dieses Beziehungsthema stellt als psychodynamische Hypothese des Aktuallkonflikts den Fokus der Behandlung dar. Dieser psychodynamische Fokus wird anhand eines systematisierten Leitfadens unter Berücksichtigung der Informationen aus verschiedenen Informationsquellen als »Triangle of Psychodynamic Constellations« (ToP, siehe Kapitel 4.1) konzipiert. In alle der dargestellten Beschreibungsebenen (*Beziehungssymptom, Therapeutin-Kind-Eltern-Beziehung, Material des Kindes*) geht unmittelbar die Gegenübertragung der Therapeutin als wichtiges Erkenntnisinstrument ein. Durch die eigene Resonanz werden ihr Erleben, Verstehen und therapeutisches Handeln maßgeblich beeinflusst. Der Therapieprozess in den Sitzungen mit dem Kind dient dazu, dessen zentralen Konflikt in freiem Spiel mit ihm zu verstehen und zu bearbeiten. Je nach Strukturniveau des Kindes werden ergänzend mentalisierungsfördernde Techniken angewandt. Begleitende Elternarbeit soll die Eltern-Kind-Beziehung verbessern, die elterliche Feinfühligkeit sowie die Mentalisierung der Eltern in Bezug auf ihr Kind fördern.

Erste Erfahrungen mit der Anwendbarkeit des Manuals zeigten, dass ebenso Kinder mit verschiedensten Symptomen (wie beispielsweise Verhaltensproblemen oder Hyperaktivität, neurotischen Beziehungs- und Leistungsstörungen etc.) erfolgreich mit PaKT behandelt werden können, sofern Angst und/oder depressive Verstimmungen an der Symptomentstehung wesentlich beteiligt sind. Dies gründet zum einen in der hohen Komorbidität von Angststörungen mit Depression im Vorschul- und jungen Schulalter (Sterba et al., 2007) und andererseits auch in der klinischen Erfahrung, dass Verhaltensprobleme wie oppositionelles Verhalten oder Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störungen (ADHS) oft bei genauerer Betrachtung durch fundierte psychoanalytische Diagnostik sehr wohl mit emotionalen Symptomen einhergehen. Aus diesem Grund widmet sich das PaKT-Manual ebenfalls Kindern, deren emotionale Probleme latent – hinter externalisierenden Symptomen verborgen – in Erscheinung treten. Umso bedeutsamer erscheint daher der empirische Befund dieser Dissertation, dass sich durch eine Behandlung mit PaKT nicht nur ein Effekt auf internalisierende Symptome erzielen ließ, sondern auch ein Breitbandeffekt auf die externalisierende Symptomatik nachweisen ließ, der in signifikanten Symptomverbesserungen seinen Ausdruck fand.

Das Ziel der Manualentwicklung bestand unter anderem darin, die Handhabbarkeit psychodynamischer Psychotherapie mit Kindern im klinischen Versorgungsalltag für junge unerfahrene Therapeuten zu verbessern, ohne die Komplexität, die sich in psychoanalytischen Konzepten verdichtet, zu verkürzen. Daneben stand angesichts des Mangels eines solchen störungsspezifischen Behandlungsmanuals für Angst und Depression im Vorschul- und jungen Schulalter abgesehen von diesen behandlungspraktischen Erwägungen auch die Möglichkeit der empirischen Überprüfbarkeit eines psychoanalytisch orientierten Manuals im Vordergrund.

Auf der theoretischen Ebene erschien es mir besonders wichtig, das aus empirischen Befunden und psychoanalytischer Theorie abgeleitete Wissen um die Entstehungsbedingungen und -mechanismen depressiver und Angststörungen für ein

störungsspezifisches Behandlungsmanual nutzbar zu machen. Hinsichtlich verschiedener ätiologischer Modelle sollten die verschiedenen psychoanalytischen Therapieschulen integriert werden, um ein besseres Verständnis individueller Entwicklungsbedingungen von Kindern mit emotionalen Störungen zu ermöglichen. Daneben lag der Fokus auf einem integrativen theoretischen Ansatz, der die Relevanz bio-psycho-sozialer Störungsmodelle hervorhebt und sie nicht mit psychoanalytischem Denken kontrastiert (siehe Fazit des Kapitels 1.2.2). Das PaKT-Manual soll nicht nur das Wissen um störungsspezifische Aspekte von Angst und Depression vertiefen, sondern auch den Blick für emotionale Symptome schärfen, die dem oft als problematisch wahrgenommenen (externalisierenden) Verhalten von Kindern mit strukturellen Störungen zugrunde liegen.

Nach gründlicher Lektüre psychoanalytischer Modelle zu Angst und Depression wurde im theoretischen Teil des Manuals ein ätiologisches Modell erarbeitet, welches Angst und Depression auf den verschiedenen strukturellen Integrationsniveaus zu konzeptualisieren imstande ist. Wurde von der Psychoanalyse über lange Zeit hinweg die neurotische Angst im Sinne der Freudschen Konzeptualisierung (1909) als Ausdruck eines Abwehrvorgangs betont, so kann heute davon ausgegangen werden, dass beispielsweise der Störungskategorie der „Generalisierten Angststörung“ oder der Angst im Rahmen einer Borderlinepersönlichkeitsstörung (Dulz, 1999) andere ätiologische Modelle zugrunde gelegt werden müssen, als ein neurotisches Konfliktgeschehen. Aus der klinischen Beobachtung, dass es häufig Kinder mit sogenannten „frühen Störungen“ sind, die uns im klinischen Alltag konsultieren, wurde die Notwendigkeit abgeleitet, die frühe, prä-ödipale Dimension von Angst stärker zu fokussieren. Einen besonderen Schwerpunkt innerhalb des Theorieteils dieses Manuals bilden daher die Modelle von Winnicott und Bion.

Das Winnicottsche Konzept des „genügend guten mütterlichen Haltens“ (Winnicott, 1960b) durch die frühe Säuglingspflege liefert ein Verständnis für Ängste auf mäßigem oder niedrigem Strukturniveau wie beispielsweise der generalisierten Angststörung oder der frei flottierenden diffusen Angst als ein Leitsymptom der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Dulz, 1999). Bions Modell (Bion, 1962a) fördert das Verständnis dafür, wie wichtig es ist, dass der Therapeut sich dem Kind als Container zur Verfügung stellt, in welchem unverdauliche, konkretistische, noch nicht symbolisierbare Affektzustände des Kindes »verdaut« werden können und somit verstehbar werden. Die entwicklungspsychologisch frühe Angst, der das Kind durch ein Versagen der mütterlichen Alpha-Funktion ausgesetzt ist, beschreibt Bion beispielsweise als eine namenlose Angst (*nameless dread*, siehe Kapitel 2.3.2).

In Bezug auf die Entstehung von depressiven Störungen erweist sich ebenfalls eine Unterscheidung zwischen einem neurotischen und einem strukturell beeinträchtigten Niveau depressiver Phänomenologie als sinnvoll (siehe Taylor, 2005). Erfahrungen wie Zurückweisung von Seiten der Eltern, früher realer Objektverlust (z. B. durch Tod oder Trennung) oder psychische Abwesenheit eines körperlich anwesenden Objekts (z. B. durch eine Depression des betreffenden Elternteils; vgl. Green, 2004) bilden den Kern eines psychoanalytischen Verständnisses depressiver Erkrankungen. Psychoanalytische Modelle der Depressionsgenese betrachten die intrapsychische Dynamik von Trennung und

Verlust (Abraham, 1924; Freud, 1917) sowie die interpersonelle Dynamik der physischen und psychischen An- und Abwesenheit des primären Objektes (siehe Kapitel 2.3.1).

Ein zentrales Anliegen des innerhalb dieser Dissertation entwickelten Manuals bestand darin, unbewusste Prozesse, die im Rahmen der therapeutischen Beziehung zwischen Therapeut-Kind-Eltern wirksam werden, durch geeignete Konzeptualisierung einem psychoanalytischen Verstehen zuzufügen. Dies kann selbstverständlich nur in Ergänzung zu einer tiefenpsychologisch orientierten oder psychoanalytischen Ausbildung erfolgen. Der Versuch, die Komplexität psychoanalytischer Konzepte in einem Handbuch für Kurzzeittherapie mit Kindern zu verdichten, lässt sich nicht ohne unvermeidbare Verkürzungen umsetzen. Dennoch spricht die gute Anwendbarkeit und erste Wirksamkeitsprüfung dafür, dass sich die Essenz psychoanalytischen Verstehens durch das Manual und die entsprechende Manuals Schulung gut vermitteln lässt. Dies konnte auch im Rahmen der Adhärenzprüfung durch die hohe Übereinstimmung der unerfahrenen Studientherapeuten mit dem PaKT-Prototypen des Child-Psychotherapy-Q-Sort (CPQ) nachgewiesen werden (siehe Teil IV dieser Dissertation). Die Wirksamkeit der PaKT konnte im ambulanten Setting erfolgreich überprüft werden. Die Frage, ob es tatsächlich die für ein psychoanalytisches Verfahren spezifischen Wirkfaktoren der PaKT waren, durch die Symptomreduktionen bei den Kindern hervorgerufen wurden, kann jedoch erst durch zukünftige weiterführende Forschungsbemühungen zuverlässig beantwortet werden.

11.7 Fazit

Zusammenfassend lässt sich schlussfolgern, dass die vorliegende Studie vorläufig die Wirksamkeit von PaKT als ein altersadäquates Behandlungsverfahren für Vorschul- und junge Schulkinder im Alter von 4-10 Jahren mit schwerwiegenden Angststörungen belegt. Die Generalisierung der Studienergebnisse auf die entsprechende Patientenpopulation außerhalb des Studiensettings ist daher – wie oben erarbeitet wurde – zulässig. Die Einschränkungen der internen Validität durch mangelnde randomisierte Zuweisung zu den Behandlungsgruppen konnte weitestgehend ausgeglichen werden. Es kann kein systematischer Bias durch die Gruppenzuweisung angenommen werden. Die Gruppen unterschieden sich vor der Behandlung mit PaKT weder in den Diagnosen, Symptomen, noch in den demografischen Ausgangsmerkmalen signifikant voneinander. Daher kann davon ausgegangen werden, dass die erzielten Effekte auf die Behandlung zurückgeführt werden können. Weitere Studien sind nötig, um die Evidenz des vorliegenden Verfahrens weiter zu unterstützen und um unter Anwendung eines verbesserten Studiendesigns einen höheren Evidenzgrad nach den Kriterien der APA zu erreichen (Chambless & Hollon, 1998).

Durch die vorliegende Untersuchung kann PaKT als „experimentelle Behandlung“ (Kategorie 4 nach Chambless und Hollon 1998) eingestuft werden, da die Wirksamkeit nur in einer nicht-randomisierten klinischen Studie nachgewiesen

wurde. Somit ist sie nach oben genannten Kriterien „vielversprechend, aber noch nicht ausreichend belegt“. Gleichzeitig erwies sich PaKT als erfolgreich in der Behandlung komorbider depressiver und externalisierender Symptomkonstellationen. Dies weist auf die für psychodynamische Verfahren charakteristischen Breitbandeffekte hin. Möglicherweise ist dies auch ein Hinweis für die durch eine Behandlung mit PaKT erfolgte Verbesserung der Symbolisierungsfähigkeit der Kinder, die sich auf den Symptomfragebögen in einer Abnahme impulsiven Verhaltens äußert. Die vorliegende Studie konnte die Wirksamkeit von PaKT auf mehreren Ebenen belegen. Sowohl für internalisierende Symptome, als auch für externalisierende Symptome und die Gesamtproblembelastung der Kinder zeigte sich im Multi-Informanten-Urteil ein starker Behandlungseffekt von PaKT.

Eine Verbesserung der Reflexiven Kompetenz der Mütter durch die im Rahmen von PaKT stattgefundenen Elterngespräche (fünf bis sechs Sitzungen) konnte nicht nachgewiesen werden. Dennoch zeigte sich ein positiver Zusammenhang zwischen der RK der Mütter und einer Abnahme externalisierender Symptome der Kinder. Somit liefern die im Rahmen dieser Studie (siehe Empirischer Teil B) durchgeführten explorativen Analysen erste Hinweise auf die Bedeutung der elterlichen Mentalisierungsfähigkeit für die Wirksamkeit und Umsetzung von psychodynamischen Kurzzeittherapien im Kindesalter. Die aktuellen Befunde weisen darauf hin, dass sich eine hohe elterliche RK positiv auf die Behandlung kindlicher externalisierender Symptome auswirkt. Möglicherweise begünstigt eine hohe RK die Entwicklung der therapeutischen Allianz mit den Eltern, sodass sich der positive Einfluss von PaKT auf externalisierende Symptome über die Eltern besser entfalten kann. Gleichzeitig scheint die Behandlung internalisierender Symptomatik mittels PaKT unabhängig von der elterlichen RK zu gelingen. Es kann daraus geschlossen werden, dass insbesondere Mütter, die ein niedriges Ausmaß an Reflexiver Kompetenz aufweisen, vor Beginn der Behandlung des Kindes mit PaKT besondere ergänzende Interventionsangebote bekommen sollten. Diese Flexibilität in der Vorgehensweise ist bereits im PaKT-Manual (siehe Kap. 3.2.1.2 „Elternmodul“) angelegt, sodass bei Bedarf Elternsitzungen der Therapie vorgeschaltet werden können, die u. a. eine Verbesserung der elterlichen Mentalisierung zum Ziel haben. Weiterhin sind Folgeuntersuchungen nötig, um die RK der Eltern vor Therapiebeginn eindeutig als ein Indikationskriterium für unterschiedliche psychotherapeutische Herangehensweisen bei Störungen im Kindesalter zu belegen.

Das PaKT-Manual kann somit als eine altersadäquate, effektive Methode zur Behandlung kindlicher Angststörungen angesehen werden. Solange die Replikation der Befunde noch nicht erfolgt ist, vermag die PaKT-Intervention allerdings auch den Bestand an verfügbaren, evidenz-basierten gut erforschten kognitiv-behavioralen Behandlungsverfahren um eine kindzentrierte emotionsbasierte Intervention zu bereichern. In einem nächsten Schritt sollten die vorliegenden Ergebnisse bezüglich der Wirksamkeit psychodynamischer Psychotherapie im Vorschul- und jungen Schulalter anhand von sorgfältig randomisierten und gut geplanten Kontrollbedingungen mit größeren Stichproben in multi-zentrischen Studien erweitert werden. Da Kinder mit emotionalen Störungen häufig chronische Krankheitsverläufe zeigen, ist eine frühe Intervention wie PaKT von großer gesundheitspolitischer Bedeutung.

Literatur

- AACAP. (2012). OFFICIAL ACTION. Practice Parameter for Psychodynamic Psychotherapy With Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(5), 541–557.
- Abbass, A. A., Rabung, S., Leichsenring, F., Refseth, J. S. & Midgley, N. (2013). Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: A meta-analysis of short-term psychodynamic models. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52, 863–875.
- Abelin, E. (1971). The role of the father in the separation-individuation process. In: J. B. McDevitt & C. F. Settlage (Hrsg.), *Separation – individuation*. New York: International Universities Press, S. 229–252.
- Abelin, E. (1975). Some further observations and comments on the earliest role of the father. *International Journal of Psycho-Analysis*, 56, 293–302.
- Abraham, K. (1912). Ansätze zur psychoanalytischen Erforschung und Behandlung des manisch-depressiven Irreseins und verwandter Zustände. *Zentralblatt für Psychoanalyse und Psychotherapie*, 2, 302–315.
- Abraham, K. (1924). *Versuch einer Entwicklungsgeschichte der Libido auf Grund der Psychoanalyse seelischer Störungen*. (Neue Arbeiten zur ärztlichen Psychoanalyse. Hg. von Sigmund Freud, Heft II) Leipzig, Wien, Zürich: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.
- Achenbach, T., & Rescorla, L. (2003). *Manual for the ASEBA adult forms & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Ainsworth, M., Blehard, M., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Albano, A. M. & Kendall, P. C. (2002). Cognitive behavioral therapy for children and adolescents with anxiety disorders: Clinical research advances. *International Review of Psychiatry*, 14 (2), 129–134.
- Allen, J. G., Fonagy, P. & Bateman, A. W. (2011). *Mentalisieren in der therapeutischen Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Alsaker, F. & Gutzwiller-Helfenfinger, E. (2009). Social behavior and peer relationships of victims, bully-victims, and bullies in kindergarten. In: S. R. Jimerson, S. M. Swearer & D. L. Espelage (Hrsg.), *The international handbook of school bullying*. New York: Routledge, S. 87–100.
- Altman, D.G., Schulz, K. F., Moher, D., Egger, M., Davidoff, F., Elbourne, D., Gotzsche, P. C., Lang, T. (2001). The Revised CONSORT Statement for Reporting Randomized Trials: Explanation and Elaboration. *Annals of Internal Medicine*, 134, 663.
- Angold, A. & Costello, E. J. (2000). The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39, 39–48.
- Angold, A. & Costello, E. J. (2006). Puberty and depression. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 15 (4), 919–37.

- Angold, A., Costello, E. J. & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40 (1), 57–87.
- Argelander, H. (1970). *Das Erstinterview in der Psychotherapie*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Astington, J. W. & Jenkins, J. M. (1995). Theory of mind development and social understanding. *Cognition and Emotion*, 9 (2–3), 151–165.
- Bachmann, M., Bachmann, C., Rief, W. & Mattejat, F. (2008). Wirksamkeit psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungen bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen. Eine systematische Auswertung der Ergebnisse von Metaanalysen und Reviews. Teil I: Angststörungen und depressive Störungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 36 (5), 309–320.
- Balint, M., Ornstein, P., & Balint, E. (1973). *Fokaltherapie: Ein Beispiel angewandter Psychoanalyse* Frankfurt a. M. : Suhrkamp.
- Barber, J. P., Crits-Christoph, P. & Luborsky, L. (1996). Effects of therapist adherence and competence on patient outcome in brief dynamic therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (3), 619–622.
- Baron-Cohen, S. (1995). *Mindblindness: An essay on autism and theory of mind*. Cambridge, MA: Bradford, MIT Press.
- Baron-Cohen, S., Tager-Flusberg, H. & Cohen, D. J. (Hrsg.) (1993). *Understanding other minds: Perspectives from autism*. Oxford: Oxford University Press.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y. & Plumb, I. (2001). The »Reading the Mind in the Eyes« test revised version: A study with normal adults, and adults with Asperger Syndrome or high-functioning autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 241–251.
- Barret, P.M.(2000). Treatment of childhood anxiety: Developmental aspects. *Clinical Psychology Review*, 20, 479-494.
- Baumeister-Duru, A., Hofmann, H., Timmermann, H. & Wulf, A. (2013). *Psychoanalytische Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen und Depression. Behandlungsmanual*. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel.
- Bauriedl, T. (1980). *Beziehungsanalyse: Das dialektisch-emanzipatorische Prinzip der Psychoanalyse und seine Konsequenzen für die psychoanalytische Familientherapie*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Bayer, J. K., Sanson, A. V. & Hemphill, S. A. (2006). Children's moods, fears, and worries: Development of an early childhood parent questionnaire. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 14 (1), 41–49.
- Beebe, B., Jaffe, J. & Lachmann, F. M. (1992). A dyadic systems view of communication. In: N. Skolnick & S. Warshaw (Hrsg.), *Relational perspectives in psychoanalysis*. Hillsdale NJ: Analytic Press, S. 61–82.
- Beebe, B., Lachmann, F. & Jaffe, J. (1997). Mother-infant interaction structures and presymbolic self- and object representations. *Psychoanalytic Dialogues*, 7 (2), 133–182.
- Beelmann, A., Stemmler, M., Losel, F. & Jaursch, S. (2007). The development of externalizing behavior problems in the transition from pre- to elementary school age: Risk effects of maternal and paternal parenting. *Kindheit und Entwicklung*, 16 (4), 229–239.
- Beidel, D. C. Turner, S. M. & Morris, T. L. (2000). Behavioral Treatment of childhood social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (6), 1072-1080.

- Belsky, J., Hsieh, K. H., & Crnic, K. (1998). Mothering, fathering, and infant negativity as antecedents of boys' externalizing problems and inhibition at age 3 years: Differential susceptibility to rearing experience? *Development and Psychopathology*, 10, 301–319.
- Belsky, J., Bakermans-Kranenburg, M. J. & van IJzendoorn, M. H. (2007). For better and for worse: Differential susceptibility to environmental influences. *Current Directions in Psychological Science*, 16, 300–304.
- Benecke, C. (2014). *Klinische Psychologie und Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch.* Stuttgart: Kohlhammer.
- Benoit, D., Zeanah, C. H., Parker, K. C. H., Nicholson, E., & Coolbear, J. (1997). "Working Model of the Child Interview": Infant Clinical Status Related to Maternal Perceptions. *Infant Mental Health Journal*, 18(1), 107-121.
- Bettes, B. A. (1988). Maternal depression and motherese: Temporal and intentional features. *Child Development*, 59, 1089–1096.
- Bettge, S., Wille, N., Barkmann, C., Schulte-Markwort, M. & Ravens-Sieberer, U. (2008). Depressive symptoms of children and adolescents in a German representative sample: Results of the BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17, 71–81.
- Beyer, T. & Furniss, T. (2007). Child psychiatric symptoms in primary school. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42 (9), 753–758.
- Beyer, T., Postert, C., Müller, J. M. & Furniss, T. (2012). Prognosis and continuity of child mental health problems from preschool to primary school: Results of a four-year longitudinal study. *Child Psychiatry and Human Development*, 43, 533–543.
- Bick, E. (1968). Das Hauterleben in frühen Objektbeziehungen. In: E. Bott-Spillius (Hrsg.), *Melanie Klein Heute. Entwicklungen in Theorie und Praxis.* Bd. 1: *Beiträge zur Theorie.* 3. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta 2002, S. 236–240.
- Bion, W. R. (1959). Angriffe auf Verbindungen. In: E. Bott-Spillius (Hrsg.), *Melanie Klein Heute. Entwicklungen in Theorie und Praxis.* Bd. 1: *Beiträge zur Theorie.* 3. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta 2002, S. 110–129.
- Bion, W. R. (1962a). *Lernen durch Erfahrung.* Frankfurt a. M.: Suhrkamp 1992.
- Bion, W. R. (1962b). Eine Theorie des Denkens. In: E. Bott Spillius (Hrsg.), *Melanie Klein Heute. Entwicklungen in Theorie und Praxis.* Bd. 1: *Beiträge zur Theorie.* 3. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta 2002, S. 225–235.
- Bion, W. R. (1963). *Elemente der Psychoanalyse.* Frankfurt a. M.: Suhrkamp 1992.
- Blanz, B. (2003). Angststörungen. In: B. Herpertz-Dahlmann, F. Resch, M. Schulte-Markwort & A. Warnke (Hrsg.), *Entwicklungspsychiatrie. Biopsychosoziale Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen.* Stuttgart: Schattauer, S. 592–608.
- Blatt, S. J. (1995). Representational structures in psychopathology. In: D. Cicchetti & S. L. Toth (Hrsg.), *Emotion, cognition, and representation.* (Rochester symposium on developmental psychopathology, 6) Rochester, NY: University of Rochester Press, S. 1–33.
- Blatt, S. J. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, clinical and research perspectives.* Washington, DC: American Psychological Association (APA).
- Blatt, S. J. & Shahar, G. (2004). Psychoanalysis – with whom, for what, and how? Comparisons with psychotherapy. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 52, 393–447.
- Blatt, S., Luyten, P., & Corveleyn, J. (2005). Zur Entwicklung eines dynamischen Interaktionsmodells der Depression. *Psyche - Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre*

- Anwendungen*, 59(9/10), 864-891.
- Blos, P. (1983). *Adoleszenz. Eine psychoanalytische Interpretation*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bohleber, W. (2002). Editorial. Psychoanalyse und Entwicklungsforschung. *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 56, 803–808.
- Bohlin, G., Bengtsgard, K. & Andersson, K. (2000). Social inhibition and overfriendliness as related to socioemotional functioning in 7- and 8-year-old children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29 (3), 414–423.
- Boothe, B. (1992). The unavailable relationship, the capacity to be alone and the female oedipal development. *International Forum of Psychoanalysis*, 1, 104–109.
- Boothe, B. & Heigl-Evers, A. (1996). *Psychoanalyse der frühen weiblichen Entwicklung*. München: Ernst Reinhardt.
- Borens, R. (1993). »... Vater sein dagegen sehr«. *Zeitschrift für psychoanalytische Theorie und Praxis*, 8 (1), 19–31.
- Bosquet, M. & Egeland, B. (2006). The development and maintenance of anxiety symptoms from infancy through adolescence in a longitudinal sample. *Development and Psychopathology*, 18 (2), 517–550.
- Bourdon, K. H., Goodman, R., Rae, D. S., Simpson, G., & Koretz, D. S. (2005). The Strengths and Difficulties Questionnaire: U.S. Normative Data and Psychometric Properties. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(6), 557-564.
- Bowlby, J. (1969). *Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kinder-Beziehung* (Bindung und Verlust, Bd. 1) München: Kindler.
- Bram, A. D. & Gabbard, G. O. (2001). Potential space and reflective functioning. *International Journal of Psychoanalysis*, 82, 685–746.
- Bramesfeld, A. & Stoppe, G. (2006). Einführung. In: G. Stoppe, A. Bramesfeld & F.-W. Schwartz (Hrsg.), *Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven*. Berlin: Springer, S. 1–12.
- Bretherton, I. & Oppenheim, D. (2003). The MacArthur Story Stem Battery: Development, administration, reliability, validity, and reflections about meaning. In: R. N. Emde, D. P. Wolf & D. Oppenheim (Hrsg.), *Revealing the inner worlds of young children. The MacArthur Story Stem Battery and parent-child-narratives*. New York: Oxford University Press, S. 55–80.
- Brickman, H. R. (1993). »Between the devil and the deep blue sea«: The dyad and the triad in psychoanalytic thought. *International Journal of Psychoanalysis*, 74, 905–915.
- Brotman, M. A., Schmajuk, M., Rich, B. A., Dickstein, D. P., Guyer, A. E., Costello, E. J. et al. (2006). Prevalence, clinical correlates, and longitudinal course of severe mood dysregulation in children. *Biological Psychiatry*, 60 (9), 991–997.
- Buchholz, M. (1990). Die Rotation der Triade. *Forum der Psychoanalyse*, 6, 116–134.
- Bufferd, S. J., Dougherty, L. R., Carlson, G. A. & Klein, D. N. (2011). Parent-reported mental health in preschoolers: Findings using a diagnostic interview. *Comprehensive Psychiatry*, 52, 359–369.
- Caldji, C., Diorio, J. & Meaney, M. J. (2003). Variations in maternal care alter GABA(A) receptor subunit expression in brain regions associated with fear. *Neuropsychopharmacology Review*, 28, 1950–1959.

- Cantwell, D. P., & Baker, L. (1989). Stability and natural history of DSM-III childhood diagnoses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28(5), 691-700.
- Cartwright-Hatton, S., McNicol, K. & Doubleday, E. (2006). Anxiety in a neglected population: Prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clinical Psychology Review*, 26, 817–833.
- Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T. E., Taylor, A., Craig, I. W., Harrington, H. et al. (2003). Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 301 (5631), 386–389.
- Chambless, D. L. & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (1), 7–18.
- Chambless, D. L. & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Reviews of Psychology*, 52 (1), 685–716.
- Chethik, M. (1989). *Techniques of child therapy. Psychodynamic strategies*. New York/London: Guilford-Press.
- Cierpka, M., Hirschmüller, B., Israel, A., Jahn-Joksches, G., von Kalckreuth, B., Knott, M., Stasch, M., Wiesler, C. & Windaus, E. (2007). Manual zur psychoanalytischen Behandlung von Regulationsstörungen, psychischen und psychosomatischen Störungen bei Säuglingen und Kleinkindern unter Verwendung des Fokuskonzeptes. In: M. Cierpka & E. Windaus (Hrsg.), *Psychoanalytische Säuglings-Kleinkind-Eltern-Psychotherapie. Konzepte – Leitlinien – Manual* (Schriften zur Psychotherapie und Psychoanalyse von Kindern und Jugendlichen, Bd. 13) Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel, S. 87–214.
- Cohen, P., Cohen, J., & Brook, J. (1993). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence, II: Persistence of disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 869-877.
- Cohn, J. & Tronick, E. (1988). Mother-infant face-to-face interaction: Influence is bidirectional and unrelated to periodic cycles in either partner's behavior. *Developmental Psychology*, 24 (3), 386–392.
- Cohn, J. F., Matias, R., Tronick, E. Z., Conell, D. & Lyons-Ruth, K. (1986). Face to face interactions of depressed mothers and their infants In: E. Z. Tronick & T. Field (Hrsg.), *Maternal depression and infant disturbance*. San Francisco: Jossey-Bass, S. 31–45.
- Committee for Proprietary Medical Products (2001). Points to consider on missing data www.emea.europa.eu/pdfs/human/ewp/177699EN.pdf.
- Creswell, C., Hentges, F., Parkinson, M., Sheffield, P., Willetts, L. & Cooper, P. (2010). Feasibility of guided cognitive behavior therapy (CBT) self-help for childhood anxiety disorders in primary care. *Mental Health in Family Medicine*, 7, 49–57.
- Crits-Christoph, P., Crits-Christoph, K., Wolf-Palacio, D., Fichter, M. & Rudick, D. (1995). Brief supportive-expressive psychodynamic therapy for generalized anxiety disorder. In: J. P. Barber & P. Crits-Christoph (Hrsg.), *Dynamic therapies for psychiatric disorders (Axis I)*. New York, NY: Basic Books, S. 43–83.
- Damasch, F. & Metzger, H. G. (1999). Die Suche nach der Differenz – Zur Bedeutung des Vaters in der familialen Triade. *Zeitschrift für psychoanalytische Theorie und Praxis*, 14 (3), 284–307.
- Deater-Deckard, K. (2001). Annotation: Recent research examining the role of peer relationships in the development of psychopathology. *Journal of Child Psychology and*

- Psychiatry and Allied Disciplines*, 42 (5), 565–579.
- Deater-Deckard, K., Dodge, K. A., Bates, J. E. & Pettit, G. S. (1998). Multiple risk factors in the development of externalizing behavior problems: Group and individual differences. *Development and Psychopathology*, 10 (3), 469–493.
- Deutsch, H. (1925). *Psychoanalyse der weiblichen Sexualfunktionen*. Wien: Psychoanalytischer Verlag.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.) (2011). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F)*. Klinisch-diagnostische Leitlinien. 8. überarbeitete Auflage, Göttingen: Hans Huber.
- Dreyer, K.-A. & Schmidt, M. G. (Hrsg.) (2008). *Niederfrequente psychoanalytische Psychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Dulz, B. (1999). Wut oder Angst – welcher Affekt ist bei Borderline-Störungen der zentrale? *Persönlichkeitsstörungen – Theorie und Therapie*, 3, 30–35.
- Eddy, D. M. (2005). Evidence-Based Medicine: a Unified Approach. *Health Affairs*, 24(1), 9-17.
- Egger, H. L., Ascher, B. H., & Angold, A. (2004). *The Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA)*. Durham, NC: Center for Developmental Epidemiology, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Duke University Medical Center.
- Egger, H. L. & Angold, A. (2004). The Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA): A structured parent interview for diagnosing psychiatric disorders in preschool children. In: R. DelCarmen-Wiggins & A. Carter (Hrsg.), *Handbook of infant, toddler, and preschool mental health assessment*. New York: Oxford University Press, S. 223–243.
- Egger, H. L. & Angold, A. (2006). Common emotional and behavioral disorders in preschool children: Presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 313–337.
- Egger, H. L., Erkanli, A., Keeler, G., Potts, E., Walter, B. K., & Angold, A. (2006a). Test-retest reliability of the Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(5), 538-549.
- Elberling, H., Linneberg, A., Olsen, E. M., Goodmann, R. & Stovgaard, A. M. (2010). The prevalence of the SDQ-measured mental health problems at age 5–7 years and identification of predictors from birth to preschool age in a Danish birth cohort: The Copenhagen child cohort 2000. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19, 725–735.
- Ellis, B. J., Boyce, W. T., Belsky, J., Bakermans-Kranenburg, M. J. & van IJzendoorn, M. H. (2011). Differential susceptibility to the environment: An evolutionary-neurodevelopmental theory. *Development and Psychopathology*, 23, 7–28.
- Emanuel, L. (2011). Beobachtung, Reflexion, Containment: Psychoanalytisches Arbeiten mit Kindern unter 5 Jahren. *Kinderanalyse*, 19 (3), 215–240.
- Emde, R. N. (2003). RDC-PA: A major step forward and some issues. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42 (12), 1513–1516.
- Emde, R. N. (2009). From ego to »we-go«: Neurobiology and questions for psychoanalysis. Commentary on papers by Threvarthen Gallese, Ammaniti & Trentini. *Psychoanalytic Dialogues*, 19, 556–564.
- Erdfelder, E., Faul, F., & Buchner, A. (1996). GPower: A general power analysis program. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 28, 1-11.
- Eron, L. D. & Huesman, L. R. (1984). The relation of prosocial behavior to the development of aggression and psychopathology. *Aggressive Behavior*, 10 (3), 201–211.

- Essau, C. A., Conradt, J. & Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 14 (3), 263–279.
- Eyberg, S. M., Nelson, M. M., Boggs, S. R. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 215-237.
- Eysenck, H. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 16, 319-324.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191.
- Feldman, R., Weller, A., Zagoory-Shannon, O., & Levine, A. (2007). Evidence for a neuroendocrinological foundation of human affiliation: plasma oxytocin levels across pregnancy and the postpartum period predict mother-infant bonding. *Psychological Science*, 18(11), 965-970.
- Feshbach, N. D. (1987). Parental empathy and child adjustment/ maladjustment. In N. Eisenberg, J. Strayer (Hrsg.), *Empathy and its development* (pp. 271-291). New York: Cambridge University Press.
- Field, T. (1995). Infants of depressed mothers. *Infant Behavior & Development*, 18, 1–13.
- Field, T. (1998). Maternal depression effects on infants and early interventions. *Preventive Medicine*, 27 (2), 200–203.
- Fischer-Kern, M., Fonagy, P., Kapusta, N. D., Luyten, P., Boss, S., Naderer, A., Blüml, V., Leithner, K. (2013). Mentalizing in female inpatients with major depressive disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201, 202-207.
- Fivaz-Depeursinge, E. & Corboz-Warnery, A. (1999). *The primary triangle*. New York: Basic Books.
- Fivaz-Depeursinge, E., Lavanchy-Scaiola, C. & Favez, N. (2010). The young infant's triangular communication in the family: Access to threesome intersubjectivity? Conceptual considerations and case illustrations. *Psychoanalytic Dialogues*, 20 (2), 125–140.
- Flinn, M. V. & England, B. G. (1995). Childhood stress and family environment. *Current Anthropology*, 36 (5), 854–866.
- Fonagy, P. (1995). Playing with reality – the development of psychic reality and its malfunction in borderline personalities. *International Journal of Psycho-Analysis*, 76, 39–44.
- Fonagy, P. (2006). The mentalization-focused approach to social development. In: P. Fonagy & J. G. Allen (Hrsg.), *Handbook of mentalization-based treatment*. West Sussex: John Wiley and Sons, S. 53–100.
- Fonagy, P. (2008). The mentalization-focused approach to social development. In: Bush, F. N. (Hrsg.), *Mentalization*. New York: The Analytic Press, S. 3–56.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. & Target, M. (2004). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M., Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 22-31.

- Fonagy, P., Redfern, S., & Charman, T. (1997). The relationship between belief-desire reasoning and a projective measure of attachment security (SAT). *British Journal of Developmental Psychology*, 15, 51-61.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. & Higgitt, A. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12, 201-217.
- Fonagy, P., Steele, H., & Steele, M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development*, 62(5), 891-905.
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H. & Steele, M. (1998). *Reflective-functioning manual, version 5.0 for application to adult attachment interviews. Version November 1998*. London: University College London.
- Fonagy, P., Steele, H., Steele, M., Holder, J. (1997). Attachment and theory of mind: Overlapping constructs? Association of Child Psychology and Psychiatry Occasional Papers, 14, 31-40.
- Fonagy, P. & Target, M. (1994). The efficacy of psychoanalysis for children with disruptive disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33 (1); 45-55.
- Fonagy, P. & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679-700.
- Fonagy, P., Target, M. (1996a). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *The International Journal of Psychoanalysis*, 77, 217-233.
- Fonagy, P., Target, M. (1996b). Predictors of outcome in child psychoanalysis: A retrospective study of 763 cases at The Anna Freud Centre. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 44, 27-77.
- Fonagy, P. & Target, M. (2000). Mentalisation and the changing aims of child psychoanalysis. In: K. von Klitzing, P. Tyson & D. Bürgin (Hrsg.), *Psychoanalysis in childhood and adolescence*. Basel: Karger, S. 129-139.
- Fonagy, P., Target, M., Cottrell, D., Phillips, J., & Kurtz, Z. (2002). Problems of evidence in child mental health outcomes. In P. Fonagy, M. Target, D. Cottrell, J. Phillips & Z. Kurtz (Eds.), *What works for whom? A critical review of treatments for children and adolescents* (Vol. 1, pp. 16-37). London: Guilford.
- Fonagy, P., Target, M., Cottrell, D., Phillips, J., Kurtz, Z. (2005). *What works for whom? A critical review of treatments for children and adolescents*. London: Guilford.
- Frascarolo, F., Favez, N., Carneiro, C. & Fivaz-Depeursinge, E. (2004). Hierarchy of interactive functions in father-mother-baby three-way games. *Infant and Child Development*, 13 (4), 301-322.
- Freud, A. (1936). Das Ich und die Abwehrmechanismen. In: *Die Schriften der Anna Freud*. Bd. 1: 1922-1936. München: Kindler 1980, S. 193-355.
- Freud, A. (1943). Memorandum. Über die Auswirkungen der gegenwärtigen Kontroversen auf die Ausbildung der Kandidaten von Anna Freud. In: P. King & R. Steiner (Hrsg.), *Die Freud/Klein-Kontroversen 1941-1945. Zweiter Band*. Stuttgart: Klett-Cotta 2000, S. 53-60.
- Freud, A. (1945). Indications for child analysis. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 1, 127-149.
- Freud, A. (1965a). Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung. In: *Die Schriften der Anna*

- Freud, S. (1965). *Freud. Bd. 8: 1965. München: Kindler 1980.*
- Freud, A. (1965b). Psychische Entwicklungslinien. In: *Die Schriften der Anna Freud. Bd. 8: 1965. Frankfurt a. M.: Fischer, S. 2182–2212.*
- Freud, A. (1967). Indikationsstellung in der Kinderanalyse. *Psyche, 21, 233–253.*
- Freud, A. (1995). *Einführung in die Technik der Kinderanalyse. Sonderausgabe zum 100. Geburtstag von Anna Freud. München: Ernst Reinhardt.*
- Freud, S. (1895). Über die Berechtigung, von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomkomplex als »Angst-Neurose« abzutrennen. *GW, Bd. I, S. 315–342.*
- Freud, S. (1900). Die Traumdeutung, *GW, Bd. II/III.*
- Freud, S. (1905). Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie, *GW, Bd. V, S. 33–145.*
- Freud, S. (1909). Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben. *GW, Bd. VII, S. 241–377.*
- Freud, S. (1910). Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie. *GW, Bd. VIII, S. 104–115.*
- Freud, S. (1912). Zur Dynamik der Übertragung. *GW, Bd. VIII, S. 364–374.*
- Freud, S. (1914). Zur Einführung des Narzißmus. *GW, Bd. X, S. 137–170.*
- Freud, S. (1915). Die Verdrängung. *GW, Bd. X, S. 248–261.*
- Freud, S. (1917). Trauer und Melancholie. *GW, Bd. X, S. 428–446.*
- Freud, S. (1923). Das Ich und das Es. *GW, Bd. XIII, S. 237–289.*
- Freud, S. (1924). Der Untergang des Ödipuskomplexes. *GW, Bd. XIII, S. 395–402.*
- Freud, S. (1926). Hemmung, Symptom und Angst. *GW, Bd. XIV, S. 111–205.*
- Freud, S. (1927). Nachwort zur »Frage der Laienanalyse«. *GW, Bd. XIV, S. 287–296.*
- Freud, S. (1933). Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse *GW, Bd. XV.*
- Fuchs, S., Klein, A. M., Otto, Y. & von Klitzing, K. (2013). Prevalence of emotional and behavioral symptoms and their imPaKT on daily life activities in a community sample of preschool children. *Child Psychiatry and Human Development, 44 (4), 493–503.*
- Furniss, T., Beyer, T. & Guggenmos, J. (2006). Prevalence of behavioural and emotional problems among six-years-old preschool children. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 41 (5), 394–399.*
- Gast, L. (1996). Himmel und Hölle, Paradies und Schreckenskammer. Die Idee der Subjektgenese im phantasmatischen Raum bei Freud und Klein. *Luzifer-Amor, 9 (17), 167–187.*
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1984). The Adult-Attachment-Interview. Unpublished protocol (3rd edition). University of California.
- George, C., Kaplan, N., Main, M. (1996). Adult Attachment Interview. Department of Psychology, University of California, Berkeley.
- Gergely, G. & Unoka, Z. (2008). *Attachment and mentalization in humans. The development of the affective self.* New York: Other Press.
- Gergely, G., Unoka, Z. (2008). Attachment, affect-regulation, and mentalization: The developmental origins of the representational self. In C. Sharp, P. Fonagy, I. M. Goodyer (Hrsg.), *Social cognition and developmental psychopathology* (pp. 305-342). New York: Oxford University Press.
- Gergely, G. & Watson, J. S. (1996). The social biofeedback theory on parental affect mirroring: The development of emotional self-awareness and self-control in infancy. *International Journal of Psychoanalysis, 77, 1181–1212.*

- Gibbons, R. D., Brown, C. H., Hur, K., Marcus, S. M., Bhaumik, D. K., Erkens, J. A., et al. (2007). Early evidence on the effects of regulators' suicidality warnings on SSRI prescriptions and suicide in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, *164*(9), 1356-1363.
- Goodman, G. (2010). The Impact of Parent, Child, and Therapist Mental Representations on Attachment-Based Intervention with Prepubertal Children. *Clinical Social Work Journal*, *38*(1), 73-84.
- Goodman, R. (1997). The strengths and difficulties questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *38* (5), 581-586.
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *40* (11), 1337-1345.
- Goodman, R., & Scott, S. (1999). Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: Is small beautiful? *Journal of abnormal child psychology*, *27*(1), 17-24.
- Gopnik, A. (1993). How we know our minds – the illusion of 1st-person knowledge of intentionality. *Behavioral and Brain Sciences*, *16* (1), 1-14.
- Gopnik, A. & Meltzoff, A. (1993). Imitation, cultural learning and the origins of theory of mind. *Behavioral and Brain Sciences*, *16* (3), 521-523.
- Göttken, T. (2013). Depression im Kindesalter als Psychosomatose der Emotionsregulierung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, *62*, 793-812.
- Göttken, T., von Klitzing, K. (2008). Psychoanalytische Kurzzeittherapie (PaKT) für Kinder im Alter von 4-10 Jahren mit Depression und Angststörungen. Unveröffentlichtes Therapiemanual. Leipzig: Universität Leipzig.
- Göttken, T. & von Klitzing, K. (2010). „Ich hasse den Kindergarten, weil da bin ich nicht alleine!“ Psychoanalytische Kurzzeittherapie für Kinder mit emotionalen Symptomen und affektiven Störungen (PaKT). *Kinderanalyse*, *19*(3), 189-214.
- Göttken, T. & von Klitzing, K. (2010). Psychoanalytische Kurzzeittherapie für Kinder von 4 bis 10 Jahren – Behandlung emotionaler Symptome und affektiver Störungen. *Psychotherapeut*, *56* (5), 417-426.
- Göttken, T., & von Klitzing, K. (2013). „Da fehlt etwas!“ – Die Arbeit mit Vätern in der psychoanalytischen Kurzzeittherapie für Kinder mit Depression und Angststörungen (PaKT). In H. Walter & H. Hierdeis (Hrsg.), *Väter in der Psychotherapie. Der Dritte im Bunde?* Stuttgart: Schattauer.
- Göttken, T., White, L. O., Klein, A. M. & von Klitzing, K. (2014). Short-term psychoanalytic child therapy for anxious children: a pilot study. *Psychotherapy*, *51* (1), 148-158.
- Göttken, T. & von Klitzing, K. (2014). *Manual for Short-Term Psychoanalytic Child Therapy*. London: Karnac Books.
- Göttken, T. & von Klitzing, K. (2015). *Psychoanalytische Kurzzeittherapie mit Kindern (PaKT). Ein Behandlungsmanual*. Stuttgart. Klett-Cotta.
- Göttken, T., White, L. O., Klein, A. M. & von Klitzing, K. (2014). Short-term psychoanalytic child therapy for anxious children: A pilot study. *Psychotherapy*, *51* (1), 148-58.
- Gottman, J. M. (1981). *Time-series analysis: A comprehensive introduction for social scientists*. Cambridge u. a: Cambridge University Press.

- Granger, D. A., Weisz, J. R., McCracken, J. T., Ikeda, S. C. & Douglas, P. (1996). Reciprocal influences among adrenocortical activation, psychosocial processes, and the behavioral adjustment of clinic-referred children. *Child Development*, 67 (6), 3250–3262.
- Grave, J. & Blisset, J. (2004). Is cognitive behaviour therapy developmentally appropriate for young children? A critical review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 24, 399–420.
- Green, A. (2004). *Die tote Mutter. Psychoanalytische Studien zu Lebensnarzissmus und Todesnarzissmus*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Green, J. (2006). Annotation: The therapeutic alliance – a significant but neglected variable in child mental health treatment studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(5), 425–435.
- Grienenberger, J., Kelly, K., Slade, A. (2005). Maternal reflective functioning, mother-infant affective communication, and infant attachment: Exploring the link between mental states and observed caregiving behavior in the intergenerational transmission of attachment. *Attachment and Human Development*, 7, 299–311.
- Gullestad, F. S., Johansen, M. S., Høglend, P., Karterud, S., Wilberg, T. (2012). Mentalization as a moderator of treatment effects: Findings from a randomized clinical trial for personality disorders. *Psychotherapy Research*, 23, 674–689.
- Hahlweg, K., Heinrichs, N., Bertram, H., Kuschel, A. & Widdecke, N. (2008). Körperliche Bestrafung: Prävalenz und Einfluss auf die psychische Entwicklung bei Vorschulkindern. *Kindheit und Entwicklung*, 17 (1), 46–56.
- Hariri, A. R., Mattay, V. S. & Tessitore, A. (2002). Serotonin transporter genetic variation and the response of the human amygdala. *Science*, 297, 400–403.
- Harris, P. L. (1989). *Children and Emotion*. Oxford: Basil Blackwell.
- Hartmann, M., Kronmüller, K. T., Horn, H., Reck, C., Backenstraß, M., Neumann, K. et al. (2000). Wirkfaktoren in der analytischen Kurzzeittherapie bei Kindern und Jugendlichen. *Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*, 31, 123–152.
- Harvey, S. T. & Pun, P. P. K. (2007). Analysis of positive Edinburgh depression scale referrals to a consultation liaison psychiatry service in a two-year period. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16, 161–167.
- Hastings, P. D., Sullivan, C., McShane, K. E., Utendale, W. T., Coplan, R. J. & Vyncke, J. D. (2008). Parental socialization, vagal regulation, and preschoolers' anxious difficulties: Direct mothers and moderated fathers. *Child Development*, 79 (1), 45–64.
- Hastings, P. D., Zahn-Waxler, C., Robinson, J., Usher, B. & Bridges, D. (2000). The development of concern for others in children with behavioral problems. *Developmental Psychology*, 36, 531–546.
- Hatzinger, M., Brand, S., Perren, S., von Wyl, A., von Klitzing, K. & Holsboer-Trachsler, E. (2007). Hypothalamic-pituitary-adrenocortical (HPA) activity in kindergarten children: Importance of gender and associations with behavioral/emotional difficulties. *Journal of Psychiatric Research*, 41 (10), 861–870.
- Hay, D. F. & Pawlby, S. (2003). Prosocial development in relation to children's and mothers' psychological problems. *Child Development*, 74 (5), 1314–1327.
- Hay, D. F., Payne, A. & Chadwick, A. (2004). Peer relations in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45 (1), 84–108.
- Heimann, P. (1950). On counter-transference. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 31, 81–84.

- Heimann, P. (1964). Bemerkungen zur Gegenübertragung. *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse*, 18, 483–493.
- Heimberg, R. (1997). The use of pill placebo as a control strategy in the evaluation of psychotherapy: Reply to Klein. *Prevention and Treatment*, 1 (1), http://www.apa.org/treatment/voll/97_a91.html.
- Hermlin-Kuttner, H. (1998). Maternal ego-flexibility and the process of adaptation to motherhood: conscious and unconscious aspects. Unpublished doctoral dissertation. . The City University of New York.
- Hill, C. E., & Lambert, M. J. (2004). Methodological Issues in Studying Psychotherapy Process and Outcomes. In M. L. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 84-135). New York: Wiley & Sons.
- Hill, J., Fonagy, P., Lancaster, G., Broyden, N. (2007). Aggression and intentionality in narrative responses to conflict and distress story stems: An investigation of boys with disruptive behaviour problems. *Attachment and Human Development*, 9, 223-237.
- Hill, J., Murray, L., Leidecker, V., Sharp, H. (2008). The dynamics of threat, fear and intentionality in the conduct disorders: longitudinal findings in the children of women with post-natal depression. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 363, 2529-2541.
- Hirshfeld-Becker, D. R., Masek, B., Henin, A., Blakely, L. R., Pollock-Wurman, R. A., McQuade, J., DePetrillo, L., Briesch, J., Ollendick, T. H., Rosenbaum, J. F. & Biederman, J. (2010). Cognitive behavioral therapy for 4-to 7-year-old children with anxiety disorders: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78 (4), 498–510.
- Hölling, H., Erhart, M., Ravens-Sieberer, U., & Schlack, R. (2007). Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50, 784-793.
- Holmes, J. (2005). Notes on mentalizing - old hat, or new wine. *British Journal of Psychotherapy*, 22, 179-198.
- Holsboer, F. & Barden, N. (1996). Antidepressants and hypothalamic pituitary adrenocortical regulation. *Endocrine Reviews*, 17 (2), 187–205.
- Horn, H., Geiser-Elze, A., Reck, C., Hartmann, M., Stefini, A., Victor, D., Winkelmann, K. & Kronmüller K.-T. (2005). Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Depressionen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 54 (7), 578–597.
- Horney, K. (1926). The flight from womanhood: The masculinity-complex in women as viewed by men and by women. *International Journal of Psycho-Analysis*, 7, 324–339.
- Hudson, J. L., Rapee, R. M., Deveney, C., Schniering, C. A., Lyneham, H. J. & Bovopoulos, N. (2009). Cognitive-behavioral treatment versus an active control for children and adolescents with anxiety disorders: A randomized trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48 (5), 533–544.
- Ialongo, N. S., Edelsohn, G. & Kellam, S. G. (2001). A further look at the prognostic power of young children's reports of depressed mood and feelings. *Child Development*, 72 (3), 736–747.
- Ialongo, N., Edelsohn, G., Werthamerlarsson, L., Crockett, L. & Kellam, S. (1995). The significance of self-reported anxious symptoms in first-grade children – predicton to

- anxious symptoms and adaptive functioning in 5th grade. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 36 (3), 427–437.
- Ihle, W. & Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau*, 53 (4), 159–169.
- Ihle, W., Esser, G., Schmidt, M. H. & Blanz, B. (2000). Prävalenz, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede psychischer Störungen vom Grundschul- bis ins frühe Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29 (4), 263–275.
- Isaacs, S. (1948). The nature and function of phantasy. *International Journal of Psycho-Analysis*, 29, 73–97.
- Ising, M., Kunzel, H. E., Binder, E. B., Nickel, T., Modell, S. & Holsboer, F. (2005). The combined dexamethasone/CRH test as a potential surrogate marker in depression. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 29 (6), 1085–1093.
- Ising, M. (2012). Stresshormonregulation und Depressionsrisiko – Perspektiven für die antidepressive Behandlung. <http://www.mpg.de/4752810/Antidepressive> (Zugriff: 17.2.2015).
- Jacobson, E. (1943). Depression — The Oedipus Conflict in the Development of Depressive Mechanisms. *Psychoanalytic Quarterly*, 12, 541-560.
- Jacobson, E. (1946). The effect of disappointment on Ego and Super-Ego formation normal and depressive development. *Psychoanalytic Review*, 33, 129-147.
- Jaffe, J., Beebe, B., Feldstein, S., Crown, C. & Jasnow, M. (2001). *Rhythms of dialogue in infancy*. (Monographs of the Society for Research in Child Development, 66,2) Boston u. a.: Blackwell.
- Jessop, D. S. & Turner-Cobb, J. M. (2008). Measurement and meaning of salivary cortisol: A focus on health and disease in children. *Stress – the International Journal on the Biology of Stress*, 11, 1–14.
- Jones, E. (1935). Early female sexuality. *International Journal of Psycho-Analysis*, 16, 263–273.
- Jones, E. E. (2000). *Therapeutic action, A guide to psychoanalytic therapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Jongbloed-Schurig, U. (2001). Die Fokalkonferenz. *Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*, 32, 209–332.
- Juen, F., Schick, A., Cierpka, M., Benecke, C. (2009). Verhaltensprobleme und das Erkennen mentaler Zustände im Vorschulalter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 58, 407-418.
- Karlsson, R., Kermott, A. (2006). Reflective-functioning during the process in brief psychotherapies. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 65-84.
- Kasen, S., Cohen, P., Brook, J. S. & Hartmark, C. (1996). A multiple-risk interaction model: Effects of temperament and divorce on psychiatric disorders in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 121–150.
- Kashani, J. H., Allan, W. D., Beck, N. C., Jr., Bledsoe, Y. & Reid, J. C. (1997). Dysthymic disorder in clinically referred preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (10), 1426–1433.
- Katznelson, H. (2014). Reflective functioning: A review. *Clinical Psychology Review*, 34, 107-117.

- Kaufman, J., Yang, B. Z., Douglas-Palumberi, H., Houshyar, S., Lipschitz, D., Krystal, J. H. et al. (2004). Social supports and serotonin transporter gene moderate depression in maltreated children. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 101 (49), 17316–17321.
- Kazdin, A. (1978). *History of Behaviour Modifikation: Experimental Foundation of Contemporary Research*. Baltimore, MD: University Park Press.
- Kazdin, A. (2007). Child Psychotherapy research: issues and opportunities. In L. C. Mayes, P. Fonagy & M. Target (Eds.), *Developmental Science and Psychoanalysis: Integration and innovation* (193-217). London, UK: Karnac Books.
- Kazdin, A. (2010). *Research Design in Clinical Psychology*. Boston: Allyn & Bacon.
- Keiley, M. K., Bates, J. E., Dodge, K. A. & Pettit, G. S. (2000). A cross-domain growth analysis: Externalizing and internalizing behaviors during 8 years of childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28 (2), 161–179.
- Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children – results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62, 100-110.
- Kendall, P.C. Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S.M., Southam-Gerow, M., Henin, A., & Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 366-380.
- Kendall, P. C., Hudson, J. L., Gosch, E., Flannery-Schroeder, E. & Suveg, C. (2008). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered youth: A randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 76 (2), 282–297.
- Kennedy, H. (1979). The role of insight in child-analysis. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, Supplement 27, 9–28.
- Kernberg, O. (1975). *Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus* (8. Aufl. 1995). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Kernberg, O. (1984). *Schwere Persönlichkeitsstörungen. Theorie, Diagnose, Behandlungsstrategien* (4. Aufl. 1992). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kernberg, O. (2000). Borderline-Persönlichkeitsorganisation und Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen. In: O. F. Kernberg, B. Dulz & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart, New York: Schattauer, S. 45–56.
- Kernberg, P. F., Ritvo, R., Keable, H., American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) & Committee on Quality Issues (CQI) (2012). Practice parameter for psychodynamic psychotherapy with children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51 (5), 541–557.
- Kessler, R. C., Demler, O., Frank, R. G., Olfson, M., Pincus, H. A., Walters, E. E. et al. (2005). Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *New England Journal of Medicine*, 352 (24), 2515–2523.
- Kim, P., Feldman, R., Mayes, L., Eicher, V., & Thompson, N. (2011). Breastfeeding, brain activation to own infant cry, and maternal sensitivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(8), 907-915.
- Klasen, H., Woerner, W., Rothenberger, A., & Goodman, R. (2003). Die deutsche Fassung des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) - Übersicht und Bewertung erster Validierungs- und Normierungsbefunde. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 491-502.

- Klasen, H., Woerner, W., Wolke, D., Meyer, R., Overmeyer, S., Kaschnitz, W., et al. (2000). Comparing the German versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) and the Child Behavior Checklist. *European Child and Adolescent Psychiatry*.
- Klein, A. M., Otto, Y., Fuchs, S., Zenger, M. & von Klitzing, K. (2013). Psychometric properties of the parent-rated SDQ in preschoolers. *European Journal of Psychological Assessment*, 29 (2), 96–104.
- Klein, A. M., Otto, Y., Fuchs, S., Reibiger, I. & von Klitzing, K. (im Druck). A prospective study of behavioral and emotional symptoms in preschoolers. *European Child and Adolescent Psychiatry*.
- Klein, M. (1928). Early stages of oedipus conflict. *International Journal of Psycho-Analysis*, 9, 167–180.
- Klein, M. (1946). Bemerkungen über einige schizoide Mechanismen. In: Dies., *Das Seelenleben des Kleinkindes und andere Beiträge zur Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett-Cotta 1997, S. 131–163.
- Klein, M. (1960a). Über das Seelenleben des Kleinkindes. Einige theoretische Betrachtungen. In: Dies., *Das Seelenleben des Kleinkindes und andere Beiträge zur Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett-Cotta 1997, S. 187–224.
- Klein, M. (1960b). Zur Psychogenese der manisch depressiven Zustände. In: Dies., *Das Seelenleben des Kleinkindes und andere Beiträge zur Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett-Cotta 1997, S. 55–94.
- Klüwer, R. (1983). Agieren und Mitagieren. *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 37, 828–840.
- Klüwer, R. (2005). *Erweiterte Studien zur Fokalthherapie*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Koglin, U., Barquero, B., Mayer, H., Scheithauer, H., & Petermann, H. (2007). Deutsche Version des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu): Psychometrische Qualität der Lehrer-/Erziehverversion für Kindergartenkinder. *Diagnostica*, 53 (4), 175–183.
- Kohut, H. (1977). *Die Heilung des Selbst*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp 1981.
- Kovacs, M. & Devlin, B. (1998). Internalizing disorders in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 39 (1), 47–63.
- Kraemer, H. C., Measelle, J. R., Ablow, J. C., Essex, M. J., Boyce, W. T., & Kupfer, D. J. (2003). A new approach to integrating data from multiple informants in psychiatric assessment and research: mixing and matching contexts and perspectives. *American Journal of Psychiatry*, 160(9), 1566–1577.
- Kroes, M., Kalff, A. C., Steyaert, J., Kessels, A. G. H., Feron, F. J. M., Hendriksen, J. G. M. et al. (2002). A longitudinal community study: Do psychosocial risk factors and child behavior checklist scores at 5 years of age predict psychiatric diagnoses at a later age? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41 (8), 955–963.
- Kronmüller, K. T., Postelnicu, L., Hartmann, M., Stefini, A., Geiser-Elze, A., Gerhold, M., Hildegard, H. & Winkelmann, K. (2005). Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 54 (7), 559–577.
- Küchenhoff, J. (2005). *Psychodynamische Kurz- und Fokalthherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Lacan, J. (1953). Funktion und Feld des Sprechens und der Sprache in der Psychoanalyse. In: Ders. (Hrsg.), *Schriften*. 1. Aufl. Olten: Walter, S. 71–169.
- Lacan, J. (1997). *Das Seminar. Buch 3 (1955-1956): Die Psychosen*. Weinheim und Berlin:

Quadriga.

- Lahey, B. B., Schwab-Stone, M., Goodman, S. H., Waldman, I. D., Canino, G., Rathouz, P. J. et al. (2000). Age and gender differences in oppositional behavior and conduct problems: A cross-sectional household study of middle childhood and adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*, 109 (3), 488–503.
- Langley, A. K., Bergman, R. L., McCracken, J., & Piacentini, J. C. (2004). Impairment in childhood anxiety disorders: preliminary examination of the child anxiety imPaKT scale-parent version. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 14:, 105–114.
- Last, C. G., Perrin, S., Hersen, M., & Kazdin, A. E. (1996). A prospective study of childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(11), 1502-1510.
- Lavigne, J. V., Arend, R., Rosenbaum, D., Binns, H. J., Christoffel Kaufer, K., Burns, A., et al. (1998a). Mental health service use among young children receiving pediatric primary care. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(11), 1175-1183.
- Lavigne, J. V., Arend, R., Rosenbaum, D., Binns, H. J., Kaufer Christoffel, K., & Gibbons, R. D. (1998b). Psychiatric disorders with onset in the preschool years: I. Stability of diagnoses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(12), 1246-1254.
- Leichsenring, F. (2004). Randomized controlled vs. naturalistic studies. A new research agenda. *Bulletin of the Menninger Clinics*, 68, 115-129.
- Lesch, K. P., Bengel, D. & Heils, A. (1996). Association of anxiety-related traits with a polymorphism in the serotonin transporter gene regulatory regio. *Science*, 274, 1527–1531.
- Leuzinger-Bohleber, M. (2010). Depression und Neuroplastizität: Psychoanalytische Klinik und Forschung. Eine Einführung. In M. Leuzinger-Bohleber, K. Röckerath & L. V. Strauss (Hrsg.), *Depression und Neuroplastizität. Psychoanalytische Klinik und Forschung* (pp. 7-30). Frankfurt a. M. : Brandes & Apsel.
- Levinson, A., Fonagy, P. (2004). Offending and attachment: The relationship between interpersonal awareness and offending in a prison population with psychiatric disorder. *Canadian Journal of Psychoanalysis/Revue Canadienne de Psychanalyse*, 12, 225-251.
- Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J. S., Weber, M., Clarkin, J. F., et al. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1027-1040.
- Liu, D., Diorio, J., Day, J. C., Francis, D. D. & Meaney, M. J. (2000). Maternal care, hippocampal synaptogenesis and cognitive development in rats. *Nature Neuroscience*, 3 (8), 799–806.
- Liu, D., Diorio, J., Tannenbaum, B., Caldji, C., Francis, C., Freedman, A. et al. (1997). Maternal care, hippocampal glucocorticoid receptors and hypothalamic-pituitary adrenal responses to stress. *Science*, 277, 1659–1662.
- Loeber, R., Burke, J. D., Lahey, B. B., Winters, A., Zera, M. (2000). Oppositional defiant and conduct disorder: A review of the past 10 years, Part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1468-1484.
- Löchel, E. (2013). Ringen um psychoanalytische Haltung. *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 67 (12), 1168–1190.

- Lorenzer, A. (1970). *Sprachzerstörung und Rekonstruktion. Vorarbeiten zu einer Metatheorie der Psychoanalyse*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Luby, J. L. (2013). Treatment of anxiety and depression in the preschool period. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52 (4), 346–58.
- Luby, J. L., Heffelfinger, A. K., Mrakotsky, C., Hessler, M. J., Brown, K. M. & Hildebrand, T. (2002). Preschool major depressive disorder: Preliminary validation for developmentally modified DSM-IV criteria. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41 (8), 928–37.
- Luby, J. L., Heffelfinger, A. K., Mrakotsky, C., Brown, K. M., Hessler, M. J., Wallis, J. M. et al. (2003). The clinical picture of depression in preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42 (3), 340–348.
- Luby, J. L., Si, X., Belden, A. C., Tandon, M. & Spitznagel, E. (2009). Preschool depression. Homotypic continuity and course over 24 months. *Archives of General Psychiatry*, 66, 897–905.
- Lucia, V. C. & Breslau, N. (2006). Family cohesion and children's behavior problems: A longitudinal investigation. *Psychiatry Research*, 141 (2), 141–149.
- Lyons, J. S., Uziel-Miller, N. D., Reyes, F. & Sokol, P. T. (2000). Strengths of children and adolescents in residential settings: Prevalence and associations with psychopathology and discharge placement. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39 (2), 176–181.
- Mahler, M. & Gosliner, B. (1955). On symbiotic child psychosis: Genetic, dynamic and restitutive aspects. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 10, 195–212.
- Mahler, M., Pine, F. & Bergman, A. (1975). *Die psychische Geburt des Menschen. Symbiose und Individuation*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Main, M., Kaplan, N. & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. In: I. Bretherton & E. Waters (Hrsg.), *Growing points of attachment theory and research*. (Monographs of the Society for Research in Child Development 50, 1/2) Chicago: The University of Chicago Press, S. 66–104.
- Malan, D. (1965). *Psychoanalytische Kurzzeittherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Malatesta, C. Z., Culver, C., Tesman, J. R. & Shepard, B. (1989). *The development of emotion expression during the first two years of life*. (Monographs of the Society for Research in Child Development, 54,1) Chicago, Ill.: The University of Chicago Press, 1–104 (Diskussion: 105–136).
- Mattejat, F. R., H. (1999). *Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung (FBB). Manual*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- McArdle, P., Prosser, J. & Kolvin, I. (2004). Prevalence of psychiatric disorder: With and without psychosocial impairment. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13 (6), 347–353.
- McBurnett, K., Lahey, B. B., Rathouz, P. J. & Loeber, R. (2000). Low salivary cortisol and persistent aggression in boys referred for disruptive behavior. *Archives of General Psychiatry*, 57 (1), 38–43.
- McCauley, E., Myers, K., Mitchell, J., Calderon, R., Schloredt, K. & Treder, R. (1993). Depression in young people: Initial presentation and clinical course. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52 (43), 250–259.
- McDonnell, M. A. & Glod, C. (2003). Prevalence of psychopathology in preschool-age children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 16 (4), 141–152.

- McEwen, B. S. (2002). Protective and damaging effects of stress mediators: The good and bad sides of the response to stress. *Metabolism*, 51 (6), 2–4.
- McGowan, P. O., Sasaki, A., D'Alessio, A. C., Dymov, S., Labonte, B., Szyf, M. et al. (2009). Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nature Neuroscience*, 12 (3), 342–348.
- McHale, J. P. & Rasmussen, J. L. (1998). Coparental and family group-level dynamics during infancy: Early family precursors of child and family functioning during preschool. *Development and Psychopathology*, 10, 39–59.
- McQuaid, N., Bigelow, A. E., McLaughlin, J., MacLean, K. (2008). Maternal mental state language and preschool children's attachment security: Relation to children's mental state language and expressions of emotional understanding. *Social Development*, 17, 61-83.
- Measelle, J. R., Ablow, J. C., Cowan, P. A., & Cowan, C. P. (1998). Assessing young children's views of their academic, social, and emotional lives: An evaluation of the self-perception scales of the Berkeley puppet interview. *Child Development*, 69(6), 1556-1576.
- Meins, E., Fernyhough, C., Wainwright, R., Gupta, M. D., Fradley, E., Tuckey, M. (2002). Maternal mind-mindedness and attachment security as predictors of theory of mind understanding. *Child Development*, 73, 1715-1726.
- Meltzer, H., Gatward, R., Goodman, R., & Ford, F. (2000). *Mental health of children and adolescents in Great Britain*. London: The Stationery Office (www.sdqinfo.com).
- Meltzoff, A. N. (2002). Imitation as a mechanism of social cognition: Origins of empathy, theory of mind, and the representation of action. In: U. Goswami (Hrsg.), *Handbook of childhood cognitive development*. Oxford:: Blackwell, S. 6–25.
- Menninger, K. A. & Holzman, P. S. (1958). *Theorie der psychoanalytischen Technik*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Mentzos, S. (2006). *Depression und Manie. Psychodynamik und Therapie affektiver Störungen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Mesman, J., Bongers, I. L. & Koot, H. M. (2001). Preschool developmental pathways to preadolescent internalizing and externalizing problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42 (5), 679–689.
- Midgley, N. & Kennedy, E. (2011). Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: A critical review of the evidence base. *Journal of Child Psychotherapy*, 37 (3), 1–29.
- Minde, K., Roy, J., Bezonsky, R. & Hashemi, A. (2010). The effectiveness of CBT in 3–7 year old anxious children: Preliminary data. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 19, 109–115.
- Möller, C., Falkenström, F., Holmqvist Larsson, M., Holmqvist, R. (2014). Mentalizing in young offenders. *Psychoanalytic Psychology*, 31, 84-99.
- Monga, S., Young, A. & Owens, M. (2009). Evaluating a cognitive behavioral therapy group program for anxious five to seven year old children: A pilot study. *Depression and Anxiety*, 26, 243–250.
- Morton, J. & Frith, U. (1995). Causal modeling: A structural approach to developmental psychology. In: D. Cicchetti & D. J. Cohen (Hrsg.), *Developmental psychopathology*. Bd. 1: *Theory and Methods*. New York: John Wiley, S. 357–390.
- Moss, H. B., Vanyukov, M. M. & Marti, C. S. (1995). Salivary cortisol responses and the risk for substance abuse in prepubertal boys. *Biological Psychiatry*, 38, 547–555.

- Müller, C., Kaufhold, J., Overbeck, G., Grabhorn, R. (2006). The importance of reflective functioning to the diagnosis of psychic structure. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79, 485-494.
- Müller-Göttken, T., White, L. O., von Klitzing, K., & Klein, A. (2014). Reflexive Kompetenz der Mütter als Prädiktor des Therapieerfolgs mit Psychoanalytischer Kurzzeittherapie im Alter von 4 bis 10 Jahren. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 63, 795-811.
- Mun, E. Y., Fitzgerald, H. E., Von Eye, A., Puttler, L. I. & Zucker, R. A. (2001). Temperamental characteristics as predictors of externalizing and internalizing child behavior problems in the contexts of high and low parental psychopathology. *Infant Mental Health Journal*, 22 (3), 393-415.
- Muratori, F., Picchi, L., Casella, C., Tancredi, R., Milone, A. & Patarnello, M. G. (2002). Efficacy of brief dynamic psychotherapy for children with emotional disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71 (1), 28-38.
- Muratori, F., Picchi, L., Bruni, G., Patarnello, M. & Romagnoli, G. (2003). A two-year follow-up of psychodynamic psychotherapy for internalizing disorders in children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42 (3), 331-339.
- Muratori, F., Picchi, L., Apicella, F., Salvadori, F., Espasa, F. P., Ferretti, D. et al. (2005). Psychodynamic psychotherapy for separation anxiety disorders in children. *Depression and Anxiety*, 21 (1), 45-46.
- Muris, P., Meesters, C. & van den Berg, F. (2003). The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) – Further evidence for its reliability and validity in a community sample of Dutch children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12 (1), 1-8.
- Murray, L., & Trevarthen, C. (1986). The infant's role in mother-infant communications. *Journal of Child Language*, 13, 15-29.
- Murray, L., Fiori-Cowley, A., Hooper, R. & Cooper, P. (1996). The imPaKT of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. *Child Development*, 67 (5), 2512-2526.
- M'Uzan, M. de (1994). *La bouche de l'inconscient*. Mayenne: Edition Gallimard.
- Nelson, E. E., Panksepp, J. (1998). Brain substrates of mother-infant attachment: Contributions of Opioids, Oxytocin, and Norepinephrine. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 22 (3), 437-452.
- Novick, J. & Novick, K. (2009). *Elternarbeit in der Kinderpsychoanalyse*. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel.
- Ogden, T. H. (1987). The transitional oedipal relationship in female development. *International Journal of Psycho-Analysis*, 68, 485-498.
- Olino, T. M., Pettit, J. W., Klein, D. N., Allen, N. B., Seeley, J. R. & Lewinsohn, P. M. (2008). Influence of parental and grandparental major depressive disorder on behavior problems in early childhood: A three-generation study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47 (1), 53-60.
- OPD (2009). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung*. Bern: Hans Huber.
- OPD-KJ-2 (2013). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter*. Bern: Hans Huber.

- Orlinsky, D. (2008). Die nächsten 10 Jahre Psychotherapieforschung. Eine Kritik des herrschenden Forschungsparadigmas mit Korrekturvorschlägen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 58, 345-354.
- Palmer, R., Nasciminto, L. N., & Fonagy, P. (2013). The State of the evidence base for psychodynamic psychotherapy for children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 22(2), 149-214.
- Papoušek, H. & Papoušek, M. (1983). Biological basis of social interactions: Implications of research for understanding of behavioural deviance. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 24, 117-129.
- Papoušek, M. (1989). Frühe Phasen der Eltern-Kind Beziehungen. Ergebnisse der entwicklungspsychobiologischen Forschung. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik*, 34, 109-122.
- Perner, J., Leekam, S. R. & Wimmer, H. (1987). Three-year-olds' difficulty with false belief: A case for a conceptual deficit. *British Journal of Developmental Psychology*, 5 (2), 125-137.
- Perren, S., Groeben, M., Stadelmann, S. & von Klitzing, K. (2008). Selbst- und fremdbezogene soziale Kompetenzen: Auswirkungen auf das emotionale Befinden. In: T. Malti & S. Perren (Hrsg.), *Soziale Kompetenz bei Kindern und Jugendlichen: Entwicklungsprozesse und Förderungsmöglichkeiten*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 89-106.
- Perren, S., Stadelmann, S., von Wyl, A. & von Klitzing, K. (2007). Pathways of behavioural and emotional symptoms in kindergarten children: What is the role of pro-social behaviour? *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16 (4), 209-214.
- Pine, D., Cohen, P., Gurley, D., Brooks, J. & Ma, Y. (1998). Risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 55, 56-64.
- Premack, D. G. & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and Brain Sciences*, 1, 515-526.
- Racker, H. (1953). A contribution on the problem of counter-transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 34, 313-324.
- Racker, H. (1970). *Übertragung und Gegenübertragung*. München: Ernst Reinhardt.
- Rao, U., Weissman, M. M., Martin, J. A. & Hammond, R. W. (1993). Childhood depression and risk of suicide: A preliminary report of a longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32 (1), 21-27.
- Rapee, R. M., Lyneham, H. J., Hudson, J. L., Kangas, M., Wuthrich, V. M., & Schniering, C. A. (2013). Effect of comorbidity on treatment of anxious children and adolescents: results from a large, combined sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(1), 47-56.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S., & Erhart, M. (2006). Modul Psychische Gesundheit (BELLA-Studie). *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 49, 1057-1058.
- Reynolds, S., Wilson, C., Austin, J. & Hooper, L. (2012). Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 32 (4), 251-262.
- Ringoot, A. P., Jansen, P. W., Steenweg-de Graaff, J., Measelle, J. R., van der Ende, J., & Raat, H. e. a. (2013). Young children's self-reported emotional, behavioral, and peer problems: The Berkeley Puppet Interview. *Psychological Assessment*, 25(4), 1273-1285.

- Roberts, R. E., Lewinsohn, P. M. & Seeley, J. R. (1991). Screening for adolescent depression – a comparison of depression scales. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30 (1), 58–66.
- Rothenberger, A., Becker, A., Erhart, M., Wille, N., & Ravens-Sieberer, U. (2008). Psychometric properties of the parent Strengths and Difficulties Questionnaire in the general population of German children and adolescents: results of the BELLA study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17, 99-105.
- Rudden, M., Milrod, B., Target, M., Ackerman, S., Graf, E. (2006). Reflective functioning in panic disorder patients: A pilot study. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 54, 1339-1343.
- Rudolf, G. (2009). *Strukturbezogene Psychotherapie: Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Rupprecht-Schampera, U. (1995). The concept of »early triangulation« as a key to a unified model of hysteria. *International Journal of Psycho-Analysis*, 76, 457–473. (Das Konzept der »frühen Triangulierung« als Schlüssel zu einem einheitlichen Modell der Hysterie. *Psyche*, 1997,51, 637-64.)
- Rutter, M. (2008). *Genetic effects on environmental vulnerability to disease*. Chichester, UK: Wiley.
- Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (2003). Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV-TR. Göttingen: Hogrefe.
- Scheeringa, M., Anders, T., Boris, N., Carter, A., Chatoor-Koch, I., Egger, H. et al. (2003). Research diagnostic criteria for infants and preschool children: The process and empirical support. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42 (12), 1504–1512.
- Schmeck, K., Poustka, F., Döpfner, M., Plück, J., Berner, W., Lehmkuhl, G., et al. (2001). Discriminant validity of the Child Behaviour Checklist CBCL-4/18 in German samples. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 10(4), 240-247.
- Schmidt, L. A., Fox, N. A., Rubin, K. H., Sternberg, E. M., Gold, P. W., Smith, C. C. et al. (1997). Behavioral and neuroendocrine responses in shy children. *Developmental Psychobiology*, 30 (2), 127–140.
- Schneider, C. (2004). The development of the child psychotherapy Q-Set. Doctoral dissertation, University of California, Berkeley. *Berkeley. Dissertation Abstracts International*, 65(2-B), 1039.
- Schneider, C., & Jones, E. (2009). *Child Psychotherapy Q-Set*. Berkeley: University of California.
- Schneider, C., Midgley, N., & Duncan, A. (2010). A "motion-portrait" of a psychodynamic treatment of an eleven-year-old girl: Exploring interrelations of psychotherapy process and outcome using the Child Psychotherapy Q-Set *Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy*, 9, 94-107.
- Schore, A. (2009). *Affektregulation und die Reorganisation des Selbst*. 2. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: Freeman.
- Shadish, W., Matt, G., Navarro, A., & Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 126(4), 512-529.

- Sharp, C. & Fonagy, P. (2008). The parent's capacity to treat the child as a psychological agent: Constructs, measures and implications for developmental psychopathology. *Social Development*, 17 (3), 737–754.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65 (2), 98–109.
- Shoal, G. D., Giancola, P. R. & Kirillova, G. P. (2003). Salivary cortisol, personality, and aggressive behavior in adolescent boys: A 5-year longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42 (9), 1101–1107.
- Siegenthaler, E., Munder, T. & Egger, M. (2011). Effect of preventive interventions in mentally ill parents on the mental health of the offspring: Systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51 (1), 8–17.
- Silverman, W. K., Kurtines, W. M., Jaccard, J. & Pina, A. (2009). Directionality of change in youth anxiety treatment involving parents: An initial examination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77 (3), 474–485.
- Silverman, W. K., Pina, A. A. & Viswesvaran, C. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37 (1), 105–130.
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment and Human Development*, 7 (3), 269–281.
- Slade, A., Aber, L., Berger, B., Bresgi, I., Kaplan, M., Mayes, L., et al. (2003). Parent Development Interview Revised (PDI-R2). Final revision May, 2005. The City College of New York.
- Slade, A., Bernbach, E., Grienenberger, J., Levy, D. W., & Locker, A. (2005). Addendum to Reflective Functioning Scoring Manual for use with the Parent Development Interview (PDI-R).
- Slade, A., Grienenberger, J., Bernbach, E., Levy, D. & Locker, A. (2005). Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: A preliminary study. *Attachment and Human Development*, 7 (3), 283–298.
- Smyrnios, K. X. & Kirkby, R. J. (1993). Long-term comparison of brief versus unlimited psychodynamic treatments with children and their parents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (6), 1020–1027.
- Soulé, M. (1983). Das Kind im Kopf - das imaginäre Kind. Sein strukturierender Wert im Austausch zwischen Mutter und Kind. In: Jochen Storck (Hrsg.) *Neue Wege im Verständnis der allerfrühesten Entwicklung des Kindes. Erkenntnisse der Psychopathologie des Säuglingsalters*. Stuttgart: Klett-Cotta, 20-80.
- Sourander, A. (2001). Emotional and behavioural problems in a sample of Finnish three-year-olds. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 10 (2), 98–104.
- Spitz, R. A. (1957). *Nein und Ja. Die Ursprünge der menschlichen Kommunikation*. Stuttgart: Klett (Stuttgart: Klett-Cotta 4. Aufl. 1992).
- Spitz, R. A. & Wolf, K. M. (1946). Anaclitic depression: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*, 24, 313–342.
- Spitz, R. (1988). *Vom Dialog. Studien über den Ursprung der menschlichen Kommunikation und ihrer Rolle in der Persönlichkeitsbildung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Staufenberg, A. M. (2011). *Zur Psychoanalyse der ADHS*. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel.

- Steele, M. (2003). A longitudinal study of previously maltreated children: attachment representation and adoption. Paper presented at the conference Developmental Science and Psychoanalysis: Integration and Innovation, December 2003. Yale Child Study Centre
- Sterba, S., Egger, H. L. & Angold, A. (2007). Diagnostic specificity and nonspecificity in the dimensions of preschool psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48 (10), 1005–1013.
- Stern, D. (1994). One way to build a clinically relevant baby. *Infant Mental Health Journal*, 15, 9–25.
- Stern, D. (2010). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. 10. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Target, M. & Fonagy, P. (1994a). The efficacy of psychoanalysis for children – prediction of outcome in a developmental context. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33 (8), 1134–1144.
- Target, M. & Fonagy, P. (1994b). The efficacy of psychoanalysis for children with emotional disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33 (3), 361–371.
- Target, M. & Fonagy, P. (2005). The psychological treatment of child and adolescent psychiatric disorders. In: A. Roth & P. Fonagy (Eds.), *What works for whom? A critical review of psychotherapy research* (Vol. 2., pp. 385-424). New York: Guilford Press.
- Taubner, S., Hörz, S., Fischer-Kern, M., Doering, S., Buchheim, A., Zimmermann, J. (2013). Internal structure of the Reflective Functioning Scale. *Psychological Assessment*, 25, 127-135.
- Taubner, S., Kessler, H., Buchheim, A., Kächele, H., Staun, L. (2011). The role of mentalization in the psychoanalytic treatment of chronic depression. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 74, 49-57.
- Taubner, S., White, L. O., Zimmermann, J., Fonagy, P., Nolte, T. (2013). Attachment-related mentalization moderates the relationship between psychopathic traits and proactive aggression in adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41, 929-938.
- Taylor, D. (2005). Klinische Probleme chronischer, refraktärer oder »behandlungsresistenter« Depression. *Psyche – Zeitschrift Für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 59 (9–10), 843–863.
- Teti, D., Gelfand, D. M., Messinger, D. & Russell, I. (1995). Maternal depression and the quality of early attachment: An examination of infants, preschoolers, and their mothers. *Developmental Psychology*, 31 (3), 364–376.
- Tronick, E. & Cohn, J. F. (1989). Infant-mother face-to-face interaction. Age and gender differences in coordination and the occurrence of miscoordination. *Child Development*, 60, 85–92.
- Tronick, E. & Reck, C. (2009). Infants of depressed mothers. *Harvard Review of Psychiatry*, 17 (2), 147–156.
- Trowell, J. & Etchegoyen, A. (Hrsg.) (2002). *The importance of fathers – a psychoanalytic re-evaluation*. Hove: Brunner-Routledge.
- Trowell, J., Joffe, I., Campbell, J., Clemente, C., Almqvist, F., Soininen, M. et al. (2007). Childhood depression: A place for psychotherapy – an outcome study comparing individual psychodynamic psychotherapy and family therapy. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16 (3), 157–167.
- Uher, R. & McGuffin, P. (2008). The moderation by the serotonin transporter gene of environmental adversity in the aetiology of mental illness: Review and methodological

- analysis. *Molecular Psychiatry*, 13 (2), 131–146.
- van IJzendoorn, M. H., Caspers, K., Bakermans-Kranenburg, M. J., Beach, S. R. H. & Philibert, R. (2010). Methylation matters: Interaction between methylation density and serotonin transporter genotype predicts unresolved loss or trauma. *Biological Psychiatry*, 68 (5), 405–407.
- van Leeuwen, K., Meerschaert, T., Bosmans, G., De Medts, L. & Braet, C. (2006). The strengths and difficulties questionnaire in a community sample of young children in Flanders. *European Journal of Psychological Assessment*, 22 (3), 189–197.
- Verheugt-Pleiter, A. J. E., Zevalkink, J. & Schmeets, M. G. J. (2008). *Mentalizing in child therapy. Guidelines for clinical practitioners*. London: Karnac Books.
- von Klitzing, K., & Stadelmann, S. (2011). Das Kind in der triadischen Beziehungswelt. *Psyche*, 65 (9-10), 953-972.
- von Klitzing, K. (2005). Rivalen oder Bündnispartner? Die Rolle der Eltern bei der analytischen Arbeit mit Kindern. *Kinderanalyse*, 13 (2), 113–122.
- von Klitzing, K. (2008). Depressionen im Kindes- und Jugendalter. *Kinder- und Jugendmedizin*, 8, 18–23.
- von Klitzing, K. & Bürgin, D. (2005). Parental capacities for triadic relationships during pregnancy: Early predictors of children's behavioral and representational functioning at preschool age. *Infant Mental Health Journal*, 26 (1), 19–39.
- von Klitzing, K., Simoni, H., Amsler, F. & Bürgin, D. (1999a). The role of the father in early family interactions. *Infant Mental Health Journal*, 20, 222–237.
- von Klitzing, K., Simoni, H. & Bürgin, D. (1999b). Child development and early triadic relationships. *International Journal of Psycho-Analysis*, 80 (1), 71–89.
- von Klitzing, K., Perren, S., Klein, A. M., Stadelmann, S., White, L. S., Groeben, M. et al. (2012). The interaction of social risk factors and HPA axis dysregulation in predicting emotional symptoms of five- and six-year-old children. *Journal of Psychiatric Research*, 46, 290–297.
- von Klitzing, K., White, L. O., Otto, Y., Fuchs, S., Egger, H. L. & Klein, A. M. (2014). Depressive comorbidity in preschool anxiety disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55 (10), 1107–16.
- Vreeburg, S. A., Hoogendijk, W. J. G., van Pelt, J., DeRijk, R. H., Verhagen, J. C. M., van Dyck, R. et al. (2009). Major depressive disorder and hypothalamic-pituitary-adrenal axis activity results from a large cohort study. *Archives of General Psychiatry*, 66 (6), 617–626.
- Waters, A. M., Ford, L. A., Wharton, T. A., & Cobham, V. E. (2009). Cognitive-behavioral therapy for young children with anxiety disorders: Comparison of a child+ parent condition versus a parent only condition. *Behaviour Research and Therapy*, 47(8), 654-662.
- Weaver, I. C. G., Cervoni, N., Champagne, F. A., D'Alessio, A. C., Sharma, S., Seckl, J. R. et al. (2004). Epigenetic programming by maternal behavior. *Nature Neuroscience*, 7 (8), 847–854.
- Weisz, J. R., McCarty, C. A. & Valeri, S. M. (2006). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 132 (1), 132–149.
- Whaley, S. E., Pinto, A. & Sigman, M. (1999). Characterizing interactions between anxious mothers and their children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67 (6), 826–836.

- White, L. O., Wu, J., Borelli, J. L., Mayes, L. C., Crowley, M. J. (2013). Play it again: Neural responses to reunion with excluders predicted by attachment patterns. *Developmental Science*, 16, 850-863.
- White, L. O., Wu, J., Borelli, J. L., Rutherford, H. J. V., David, D. H., Kim-Cohen, J., Mayes, L. C., Crowley, M. J. (2012). Attachment dismissal predicts frontal slow-wave ERPs during rejection by unfamiliar peers. *Emotion*, 12, 690-700.
- White, I. R., Horton, N. J., Carpenter, J., & Pocock, S. J. (2011). Strategy for intention to treat analysis in randomised trials with missing outcome data. *British Medical Journal*, 342, 910-912.
- Wichstrøm, L., Berg-Nielsen, T. S., Angold, A., Egger, H. L., Solheim, E. & Sveen, T. H. (2012). Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53 (6), 695–705.
- Wiefel, A., Titze, K., Kuntze, L., Winter, M., Seither, C., Witte, B. et al. (2007). Diagnostik und Klassifikation von Verhaltensauffälligkeiten bei Säuglingen und Kleinkindern von 0–5 Jahren. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56 (1), 59–81.
- Wiegand-Grefe, S., Geers, P., Petermann, F. & Plass, A. (2011a). Kinder psychisch kranker Eltern: Merkmale elterlicher psychiatrischer Erkrankung und Gesundheit der Kinder aus Elternsicht. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie*, 79 (1), 32–40.
- Wiegand-Grefe, S., Halverscheid, S. & Plaß-Christl, A. (2011b). *Kinder und ihre psychisch kranken Eltern. Familienorientierte Prävention – Der CHIMPs-Beratungsansatz*. Stuttgart: Hogrefe.
- Windaus, E. (2006). Psychoanalytische Kurz- und Fokalthherapie bei Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern. *Kinderanalyse*, 14 (4), 335–365.
- Windaus, E. (2007a). Depressionen im Kindes- und Jugendalter. *Kinderanalyse*, 15 (4), 327–343.
- Windaus, E. (2007b). Psychoanalytische Kurz- und Fokalthherapie bei Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern. In: H. Hopf & E. Windaus (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zur, zum Psychologischen Psychotherapeuten und für die ärztliche Weiterbildung*. Bd. 5: *Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. München: CIP-Medien, S. 535–551.
- Winnicott, D. W. (1947). Haß in der Gegenübertragung. In: Ders., *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse*. München: Kindler 1976, S. 75–88.
- Winnicott, D. W. (1952). Angst gepaart mit Unsicherheit. In: Ders., *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse*. München: Kindler 1976, S. 124–129.
- Winnicott, D. W. (1953). Übergangsobjekte und Übergangsphänomene. In: Ders., *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse*. München: Kindler 1976, S. 293–312.
- Winnicott, D. W. (1960a). Ich-Verzerrung in Form des wahren und falschen Selbst. In: Ders., *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. Gießen: Psychosozial-Verlag 2002, S. 182–199.
- Winnicott, D. W. (1960b). Die Theorie von der Beziehung zwischen Mutter und Kind. In: Ders., *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. Gießen: Psychosozial-Verlag 2002, S. 47–71.
- Winnicott, D. W. (1962). Ich-Integration in der Entwicklung des Kindes. In: Ders., *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. Gießen: Psychosozial-Verlag 2002, S. 73–81.
- Winnicott, D. W. (1964). What about fathers. In: Ders., *The child, the family, and the outside world*. Reading: Addison-Wesley 1987, S. 113–118.

- Winnicott, D. W. (1967). Die Spiegelfunktion von Mutter und Familie in der kindlichen Entwicklung. In: Ders., *Vom Spiel zur Kreativität*. Stuttgart: Klett-Cotta 13. Aufl. 2012, S. 128–135.
- Winnicott, D. W. (1969). Objektverwendung und Identifizierung. In: Ders., *Vom Spiel zur Kreativität*. Stuttgart: Klett-Cotta 13. Aufl. 2012, S. 101–110.
- Winnicott, D. W. (1971a). *Die therapeutische Arbeit mit dem Kind*. München: Kindler.
- Winnicott, D. W. (1971b). Spielen – eine theoretische Darstellung. In: Ders., *Vom Spiel zur Kreativität*. Stuttgart: Klett-Cotta 13. Aufl. 2012, S. 49–64.
- Winnicott, D. W. (1980). *Piggle. Eine Kinderanalyse*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Winnicott, D. W. (2002). *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2010). Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nach § 11 PschThG. Verfahrensregeln zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Methoden und Verfahren der Psychotherapie. Version 2.8. www.wbpsychotherapie.de/downloads/methodenpapier28.pdf.
- Wittchen, H. U. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15 (4), 357–376.
- Woerner, W., Becker, A., Friedrich, C., Klasen, H., Goodman, R. & Rothenberger, A. (2002). Normierung und Evaluation der deutschen Elternversion des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Ergebnisse einer repräsentativen Felderhebung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 30 (2), 105–112.
- Woerner, W., Fleitlich-Bilyk, B., Martinussen, R., Fletcher, J., Cucchiaro, G., Dalgalarondo, P. et al. (2004). The Strengths and Difficulties Questionnaire overseas: Evaluations and applications of the SDQ beyond Europe. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13, Supplement 2, II47–II54.
- Woltman, H., Feldstain, A., MacKay, J. C., & Rocchi, M. (2012). An introduction to hierarchical linear modeling. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*, 8(1), 52–69.
- Wood, J. J., McLeod, B. D., Sigman, M., Hwang, W. C. & Chu, B. C. (2003). Parenting and childhood anxiety: Theory, empirical findings, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and allied disciplines*, 44 (1), 134–151.
- Youngblade, L. & Dunn, J. (1995). Individual differences in young children's pretend play with mother and sibling: Links to relationships and understanding of other people's feelings and beliefs. *Child Development*, 66, 1472–1492.
- Zahn-Waxler, C., Klimes-Dougan, B. & Slattery, M. J. (2000). Internalizing problems of childhood and adolescence: Prospects, pitfalls, and progress in understanding the development of anxiety and depression. *Development and Psychopathology*, 12 (3), 443–466.
- Zeanah, C. H., & Benoit, D. (1995). Clinical applications of a parent perception interview in infant mental health. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 4, 539–554.
- ZERO TO THREE. (2005). *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: Revised edition (DC:0-3R)* Washington, DC: ZERO TO THREE Press.

VII. Abbildungsverzeichnis

- Abbildung 1: Die Entwicklung des mentalen Apparates in Anlehnung an Bion (1962, 1963), Seite 53
- Abbildung 2: Die Entstehung des „fremden Selbst“ in Anlehnung an Fonagy (Fonagy, 2006, S. 81), Seite 66
- Abbildung 3: Triangle of Psychodynamic Constellations (ToP), Seite 123
- Abbildung 4: Erste Squiggle Zeichnung, Ferdinand, 6 Jahre, Seite 158
- Abbildung 5: Zweite Squiggle Zeichnung, Ferdinand, 6 Jahre, Seite 159
- Abbildung 6: Dritte Squiggle Zeichnung, Ferdinand, 6 Jahre, Seite 160
- Abbildung 7: Studiendesign, Seite 218
- Abbildung 8: Die Reflexive Kompetenz Skala nach Slade et al., 2005, Seite 230
- Abbildung 9: Consort Diagramm, Seite 233
- Abbildung 10: Diagnosen vor und nach der Behandlung mit PaKT, Seite 242
- Abbildung 11: Interaktionseffekte und Haupteffekte auf den Hauptergebnisvariablen, Seiten 246

VIII. Tabellenverzeichnis

- Tabelle 1: Die Therapiephasen der PaKT, Seite 104
- Tabelle 2: Aufgaben, die Eltern zu bewältigen haben (nach Novick & Novick, 2005), Seite 144
- Tabelle 3: Hinweise zum Umgang mit gegen den Therapeuten gerichteten Vorwürfen, Seite 151
- Tabelle 4: Die Anfangsphase (Sitzungen 1-5), Seite 154
- Tabelle 5: Der psychopathologische Befund (psychodynamisch), Seite 156
- Tabelle 6: Die Mittlere Phase (Sitzungen 6-19), Seite 162
- Tabelle 7: Die Abschlussphase (Sitzungen 19-25), Seite 164
- Tabelle 8: Cut-off-Werte für die deutsche Form des SDQ-Elternfragebogens nach Woerner et al. (2002), Seite 222
- Tabelle 9: Cut-off-Werte für die deutsche Form des SDQ-Lehrerfragebogens nach Koglin et al. (2007), Seite 222
- Tabelle 10: Cut-off-Werte für die deutsche Form der CBCL für Mädchen nach Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998), Seite 224
- Tabelle 11: Cut-off-Werte für die deutsche Form der CBCL für Jungen nach Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998), Seite 224
- Tabelle 12: Diagnoseverteilung in der Stichprobe vor der Behandlung (Prä), Seite 237
- Tabelle 13: Alter, Geschlecht und Familienstatus in der Untersuchungsstichprobe, Seite 239
- Tabelle 14: Bildungsstand der Eltern, Seite 240
- Tabelle 15: Symptomveränderungen in den beiden Gruppen für die CBCL und SDQ Syndromskalen, Seite 245
- Tabelle 16: Mittelwerte der Prä-Post und Follow-up Daten im Elternurteil für die gesamte Prä-Post-Follow up Stichprobe (n = 27), Seite 248
- Tabelle 17: Mittelwerte der Prä-Post und Follow-up Daten im Lehrer-/ Erzieherurteil die gesamte Prä-Post-Follow up Stichprobe (n = 27), Seite 250
- Tabelle 18: Mittelwerte der Prä-Post und Follow-up Daten in der Selbstauskunft der Kinder für die gesamte Prä-Post-Follow-up Stichprobe (n = 27), Seite 251
- Tabelle 19: Zusammenhänge zwischen der Ausprägung der Reflexiven Kompetenz der Mütter vor und nach der Therapie und der Symptombelastung der Kinder, Korrelationen nach Pearson, Seite 273
- Tabelle 20: Zusammenhang zwischen der Ausprägung der Reflexiven Kompetenz der Mütter vor der Therapie und dem Symptomrückgang der Kinder, Differenz T2-T1 (N=25), Differenz T3-T2 (N=22), Korrelationen nach Pearson, Seite 274
- Tabelle 21: Symptomrückgang (CBCL) von T1 zu T2 und von T1 zu T3 der Kinder in den verschiedenen Gruppen von Müttern mit niedriger bis durchschnittlicher („RK niedrig“) oder durchschnittlicher bis hoher („RK hoch“) Reflexiver Kompetenz, Seite 275

IX. Anhang

Der Anhang beinhaltet sämtliche Instrumente und Materialien der vorliegenden Arbeit. Er dient der Transparentmachung und besseren Nachvollziehbarkeit der beschriebenen Arbeitsschritte und Interpretationen. Auf einer separaten Datei befinden sich die folgenden Dokumente:

A: SDQ Items

B: CBCL Items

C: BPI Items

D: Interview Leitfaden PDI

E: Kategorientabelle RK

F: CPQ Items und Kodiermanual

G: „Forced Choice Verteilung“ CPQ

H: PaKT Prototyp-CPQ

I: Übereinstimmung der Therapeuten mit dem PaKT-Prototypen

X. Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Dissertation selbständig, ohne unerlaubte Hilfe Dritter angefertigt und andere als in der Dissertation angegebene Hilfsmittel nicht benutzt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten Schriften entnommen sind, habe ich als solche kenntlich gemacht. Dritte waren an der inhaltlich-materiellen Erstellung der Dissertation nicht beteiligt; insbesondere habe ich hierfür nicht die Hilfe eines Promotionsberaters in Anspruch genommen. Kein Teil dieser Arbeit ist in einem anderen Promotions- oder Habilitationsverfahren verwendet worden.

Berlin, den

Unterschrift.....

Die Disputation fand am 18.7.2017 an der Universität Kassel statt.