

Kinder- und Jugendlichenpsychoanalyse:

– Geschichte, Grundkonzepte und Wirksamkeit

Child and Adolescent Psychoanalysis:

– History, basic concepts and efficacy

Sabine Sammer-Schreckenthaler

Kurzzusammenfassung

In diesem Überblicksartikel wird die reichhaltige Geschichte, theoretische Strömungen und moderne Weiterentwicklungen der Psychoanalyse von Kindern und Jugendlichen dargestellt. Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen werden beschrieben. Es wird auf zeitgemäße Konzepte, die Haltung des und der Psychoanalytikers*in betreffend sowie die Behandlungsstruktur, Veränderungsmechanismen und Techniken eingegangen. Darüber hinaus wird ein Bogen zu Wirksamkeitsstudien und Manualen der Kinderpsychoanalyse gespannt, um den Stellenwert ebendieser innerhalb der empirischen Forschung zu untersuchen. Abschließend finden sich Bemerkungen über die Auswirkungen auf die klinische Praxis und die Forschung.

Schlüsselwörter

Kinder, Jugendliche, psychoanalytische Konzepte, Veränderungsmechanismen

Abstract

This article reviews the rich history, theoretical currents, and modern advancements of psychoanalysis of children and adolescents. Differences and similarities in the treatment of children, adolescents, and adults are described. Contemporary concepts concerning the stance of the psychoanalyst, treatment structure, mechanisms of change, and techniques are discussed. In addition, this article briefly describes efficacy studies and manuals of child and adolescent psychoanalysis to examine their status within empirical research. Some concluding remarks are finally offered regarding the implications of what has been discussed for both clinical practice and research.

keywords

children, adolescents, psychoanalytic concepts, mechanisms of change

1. Einleitung

1909 erschien Sigmund Freuds (1856-1939) Kasuistik mit dem Titel „Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben“. Dieser Fall wurde später als der „kleine Hans“ berühmt und kann als erste psychoanalytische Behandlung eines Kindes gesehen werden, wenngleich Freuds Interesse sicherlich nicht der Behandlung von Kindern per se galt. Freud nutzte die Erzählungen des Vaters von Hans, um seine Theorien über die infantile Sexualität zu entwickeln und darzulegen. Auch in der Traumdeutung (1900) hebt Freud die Bedeutung der Beobachtungen, die er an Kindern machte, als unschätzbar wertvoll für die Ideen, die ihn zu seinen Theorien führten, hervor. Mit der psychoanalytischen Behandlung von Kindern beschäftigten sich allerdings die Frauen – was sicherlich auch dem Zeitgeist geschuldet war – und so stehen die Namen Anna Freud, Hermine Hug-Hellmuth und Melanie Klein als Begründerinnen der Kinderanalyse in den Geschichtsbüchern. An diesem Punkt soll auch der kurze geschichtliche Abriss dieses Artikels beginnen. Die Kinderanalyse hat seitdem eine enorme Entwicklung durchgemacht und wird klinisch-theoretisch und empirisch beforscht. Dieser Überblicksartikel spannt einen Bogen von der historischen Entwicklung der Kinderpsychoanalyse zu modernen theoretischen Ansichten und aktuellen empirischen Forschungsbestrebungen.

Bei der psychoanalytischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen handelt es sich um eine psychotherapeutische Methode, die vielfältig in Verwendung ist. Das Angebot erstreckt sich von Manualen, die für psychoanalytische Kurzzeitpsychotherapie ausformuliert wurden über psychoanalytisch-orientierte Elternberatung bis hin zu Psychotherapieprogrammen, welche den Fokus auf Mentalisierungsförderung und die Analyse von Übertragung und Gegenübertragung legen. Dieser Überblicksartikel soll einen kurzen historischen Überblick über die Psychoanalyse von Kindern und Jugendlichen geben, um die Theorieentwicklung über die Jahrzehnte nachvollziehen zu können. Zum anderen beschäftigt sich dieser Artikel mit psychoanalytischen Ideen über die Behandlungsstruktur, mögliche Veränderungsmechanismen und Besonderheiten der psychoanalytischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Um einen Eindruck von der empirischen Forschung der Kinder- und Jugendlichenpsychoanalyse zu gewinnen, werden am Ende eine kleine Auswahl von Wirksamkeitsstudien und psychoanalytischen Manualen beschrieben. So soll ein synthetisches Bild der Kinder- und Jugendlichenpsychoanalyse entstehen.

2. Historischer Abriss

2.1 Die Frauen der ersten Generation

Mit der Behandlung der Kinder durch Frauen kam auch die Diskussion der „Laienanalyse“ wieder auf, denn viele Psychoanalytikerinnen der ersten Generation waren keine Medizinerinnen. Es gab auch (weibliche) Stimmen, dass Frauen als Kinderpsychoanalytikerinnen besser geeignet seien, da sie sowieso die Erziehungsaufgaben erledigen würden und sich daher besser mit der Kindesentwicklung auskennen würden.

Hermine Hug-Hellmuth (1871-1924) gilt als Mitbegründerin der Kinderpsychoanalyse, auch wenn die Umstände ihres Todes – sie wurde von ihrem Ziehsohn ermordet, den sie zuvor jahrelang analysiert hatte – als Argument gegen Laienanalysen verwendet wurde. Dennoch sind ihre Beiträge mehr als erwähnenswert: Hug-Hellmuth (1994 [1920]), S. 9) schreibt, dass sowohl die Analyse von Erwachsenen als auch von Kindern dasselbe Ziel habe, nämlich seelische Gesundheit wiederzuerlangen. Außerdem sei eine psychoanalytische Behandlung von Kindern nicht nur zur Symptomreduktion gedacht, sondern

Die heilerziehliche Analyse darf sich nicht zufrieden geben, den jungen Menschen von seinem Leiden zu befreien, sie muß ihm auch moralische, ästhetische und soziale Werte geben. Ihr Objekt ist nicht der reife Mensch, der gesundet für sein Tun und Lassen einzustehen imstande ist, sondern das Kind, der Jugendliche, also Menschen die mitten im Entwicklungsgange stehend, unter der erzieherischen Führung des Analytikers zu zielbewußten willenskräftigen Menschen erstarken sollen. (Hug-Hellmuth, 1994 [1920]), S. 9)

Anna Freud, Sigmund Freuds jüngste Tochter, (1895--1992) kämpfte zeitlebens für das psychoanalytische Erbe ihres Vaters. Da Anna Freud Grundschullehrerin war, stellte sie auch immer wieder die Frage, welche pädagogischen Aufgaben der psychoanalytischen Behandlung von Kindern zufallen würden. Sie entwickelte die Grundpfeiler für die Ausbildung von Kinderpsychoanalytiker*innen und leitete ab 1935 bis zu ihrer Flucht vor den Nationalsozialisten 1938 das zugehörige Ausbildungsinstitut in Wien. Für Anna Freud stellten sich folgende Probleme bei der Behandlung von Kindern dar: Erstens würde Kindern die Krankheitseinsicht fehlen, zweitens kämen Kinder nicht freiwillig zur Behandlung und drittens – das größte Problem – sei der Ausfall der freien Assoziation.

Die Geschichte der Kinderanalyse ist im Grunde nichts anderes als eine endlose Kette von Versuchen, den Ausfall der freien Assoziation durch andere technische Hilfsmittel zu ersetzen. Freies Spiel mit der sogenannten ‚kleinen Welt‘, zeichnen, malen, modellieren, Phantasiespiele aller Art füllen die Behandlungsstunde in der Kinderanalyse und sollen dem Analytiker Material liefern, das zur Deutung verwendet werden kann. (Freud, 2016 [1965], S. 37)

Anna Freud räumte der Technik des Verbalisierens und Deutens einen großen Stellenwert ein, denn auf der Ebene der Technik würde sich in der Behandlung von Kindern und Erwachsenen kein Unterschied ergeben. Außerdem postulierte sie, dass Kinder keine Übertragungsneurosen ausbilden würden, sondern lediglich isolierte Übertragungsreaktionen. Dies ließe sich durch die Abhängigkeit von den Eltern erklären. Nach und nach rückte sie von dieser Position ab und die Analyse der Widerstände rückte theoretisch mehr in den Vordergrund. Anna Freud formulierte die sogenannten „Entwicklungslinien“ aus und schrieb ein psychoanalytisches Standardwerk über Abwehrmechanismen.

Melanie Klein (1882-1960) widmete ihr berufliches Leben der psychoanalytischen Arbeit mit Kindern und gilt als Begründerin der Spieltechnik in der Kinderpsychoanalyse. Kleins Theorien standen im Gegensatz zu Anna Freud, was zu erbitterten Diskussionen zwischen beiden führte. Klein widersprach Freud, was die Fähigkeit von Kindern eine Übertragungsneurose auszubilden betraf und war der

Meinung, dass das freie (non-direktive und non-utilitaristische) Spiel die freie Assoziation zur Gänze ersetzen würde.

Bei der Deutung der Worte sowie auch der Spieltätigkeit des Kindes wandte ich dieses Prinzip auf das Gemüt des Kindes an, da dessen Spiel und Aktivität, d. h. sein ganzes Gebaren, die Ausdrucksmittel für das sind, was der Erwachsene vorwiegend mit Worten ausdrückt. (Klein, 2011 [1962], S. 14)

Kinder können sich durch das Spiel mitteilen und geben so Hinweise auf vor- oder unbewusste Konflikte. Das Spiel ist die Sprache des Kindes, und durch Deutung des manifesten Spielinhaltes kann auf latente unbewusste Konflikte geschlossen werden.

Alle drei genannten Frauen betonten den entwicklungsfördernden Charakter der psychoanalytischen Behandlung von Kindern und die Wichtigkeit des kindlichen Spiels. In der ersten Generation der Kinderpsychoanalyse kam es zu einigen Grenzverletzungen, die später für viel Diskussionen sorgten: so analysierte Hug-Hellmuth ihren Ziehsohn (und späteren Mörder), Anna Freud wurde von ihrem Vater analysiert und Melanie Klein analysierte ihre eigenen Kinder. In der heutigen Zeit sind solche Vermischungen undenkbar und entsprechen nicht den ethischen Richtlinien.

2.2 Postkleinianer & Independent Group

Zwei Psychoanalytiker der sogenannten „independent group“ sollen in diesem kurzen – und unvollständigen – historischen Abriss noch Erwähnung finden: Wilfried Bion (1897-1979) und Donald W. Winnicott (1896-1971).

Bion entwickelte das „Container-Contained-Modell“: Die Idee dieses Modells ist, dass das Kind destruktive Gefühle (so genannte Betaelemente) in die Mutter/Pflegeperson projiziert. Die Mutter nimmt diese Gefühle in sich auf, verarbeitet und verdaut sie und kann sie als erträgliche Alphaelemente dem Kind mittels Spiegeln wieder zurückgeben. Dazu benötigt die Mutter die Fähigkeit der Rêverie, des träumerischen Ahnungsvermögens.

Using it in this restricted sense reverie is that state of mind which is open to the reception of any 'objects' from the loved object and is therefore capable of reception of the infant's projective identifications whether they are felt by the infant to be good or bad. In short, reverie is a factor of the mother's alpha-function. (Bion, 1962, S. 36)

Dieses Modell lässt sich aber nicht nur auf die Beziehung zwischen Säugling und Mutter anwenden, sondern auch auf die kindlichen, jugendlichen und erwachsenen Patient*innen und deren Psychoanalytiker*innen. Der oder die Psychoanalytiker*in versteht sich als Container, der oder die Betaelemente des oder der Analysand*in aufnehmen und verdauen kann, durch psychoanalytische Techniken gleichsam umwandelt und dem oder der Patient*in als Alphaelemente zurückgeben kann.

Winnicott formulierte Theorien über die mütterliche Fürsorge, die „good-enough-mother“, das „falsche Selbst“ und „Übergangsobjekte“. Diese Theorien haben auch in der heutigen kinderanalytischen Praxis ihren festen Platz. Auch der „intermediäre Raum“ stellt ein wichtiges

Konzept dar. Gemeint ist der potenzielle Raum, welcher zwischen Mutter und Kind (und auch zwischen Patient*in und Psychoanalytiker*in) durch Bezugnahme aufeinander Interaktion oder Spiel entsteht. Jede*r bringt seine Persönlichkeit und sein Unbewusstes mit ein, so wird dieser Raum mit einem schöpferischen Potenzial ausgestattet.

Psychotherapie geschieht dort, wo zwei Bereiche des Spielens sich überschneiden: der des Patienten und der des Therapeuten. Psychotherapie hat mit zwei Menschen zu tun, die miteinander spielen. Hieraus folgt, daß die Arbeit des Therapeuten dort, wo Spiel nicht möglich ist, darauf ausgerichtet ist, den Patienten aus einem Zustand, in dem er nicht spielen kann, in einen Zustand zu bringen, in dem er zu spielen im Stande ist. (Winnicott, 2010 [1971], S. 49).

2.3 Moderne Weiterentwicklungen: Bindungstheorie und Mentalisieren

Analog zu den theoretischen Strömungen der Psychoanalyse wie der Ich-Psychologie, der Selbst-Psychologie oder der französischen Schule, entwickeln sich auch die Konzepte und Ansätze für die Kinderpsychoanalyse weiter, repräsentiert durch jeweilige Vertreter*innen. Beeinflusst wurden diese Theorien auch durch die wachsenden Erkenntnisse der Säuglingsforschung sowie John Bowlbys (1907-1990) Bindungstheorie und -forschung. Die Bindungstheorie bildete den Grundpfeiler für eines der wichtigsten modernen Konzepte der Psychoanalyse und der Psychotherapie: das Mentalisieren.

Peter Fonagy et al. haben Anfang der 2000er-Jahre mit dem Konzept des „Mentalisierens“ ein neues und bahnbrechendes Modell der psychischen Entwicklung vorgestellt. Mentalisierung beschreibt die Fähigkeit, das (eigene und fremde) Verhalten aufgrund von Annahmen über einen mentalen Zustand zu interpretieren und zu verstehen – wissend, dass es nie die vollkommene Gewissheit darüber gibt, was in der anderen Person vorgehen mag. Mentalisierung hängt stark mit der Bildung von Selbst- und Fremdrepräsentanzen und der Entwicklung der komplexen Affektregulierung zusammen.

Mentalization or reflective function is the developmental acquisition that permits children to respond not only to another person's behavior, but to the child's conception of others' attitudes, intentions, or plans. Mentalization enables children to "read" other people's minds. By attributing mental states to others, children make people's behavior meaningful and predictable. As children learn to understand other people's behavior, they can flexibly activate, from the multiple sets of self-object representations they have organized on the basis of prior experience, the one(s) best suited to respond adaptively to particular relationships. (Fonagy & Target, 1998, S. 92)

Hier steht die Bedeutung des Unbewussten nicht mehr im Vordergrund, dennoch werden diese Theorien in einen starken Zusammenhang zur Psychoanalyse gesehen. Moderne Theorien beschäftigen sich mit der Fähigkeit des Mentalisierens, der Symbolisierung und der Bindung.

Zeitlich vor dem Prozess der Symbolisierung liegt die Entwicklung der Mentalisierung, welche quasi das Fundament für die Symbolisierung bildet. Unter Mentalisierung wird die Herausbildung der Fähigkeit verstanden, sich selbst als ein Wesen zu begreifen, dessen Verhalten von Wünschen, Überzeugungen, Gefühlen und Intentionen getragen ist und dem

Anderen ebenso Gefühle, Intentionen und Überzeugungen zu unterstellen. Mentalisierung kann sich nur entwickeln in einer und durch eine sichere Bindung. (Borowski et al., 2018, S. 21)

Das Konzept des Mentalisierens ist über den theoretischen Tellerrand der Psychoanalyse oder psychodynamisch orientierten Psychotherapieschulen ein wichtiger Bestandteil jeder psychotherapeutischen Behandlung, da psychische Aspekte des eigenen Verhaltens von Patient*in und Psychotherapeut*in gemeinsam reflektiert werden. Dies führt automatisch zu Annahmen über sich oder andere und zur Ausbildung neuer Narrative. Dieser Prozess ist jeder psychotherapeutischen Methode immanent. Außerdem werden Bindungserfahrungen, -muster und -stile innerhalb der psychotherapeutischen Beziehung reaktiviert und die Bindungssicherheit gesteigert.

Wichtig zu erwähnen, scheint mir in diesem Zusammenhang die Bedeutung der Ausbildung eines neuen selbstreflektierenden Narrativs, welches Kinder und Jugendliche durch eine psychoanalytische Behandlung über sich und innere Vorgänge gewinnen können und zu Veränderung innerhalb der Psychotherapie führen kann. Eine (Symbol-)Sprache über innere Vorgänge und Zustände zu erlangen ist besonders in Kindertherapien ein fundamentales Thema.

3. Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der psychoanalytischen Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen

Innerhalb der psychoanalytischen Community wurde immer wieder diskutiert, ob und inwieweit sich die Behandlung von Kindern zu der von Erwachsenen unterscheidet. Anna Freud und Melanie Klein führten erbitterte Diskussionen darüber, ob Kinder anders zu behandeln seien als Erwachsene. Didier Houzel (2000, S. 124ff) fasst die von Anna Freud genannten Besonderheiten der Kinderpsychoanalyse zusammen und diskutiert diese. Die erste Besonderheit beschäftigt sich mit der fehlenden Krankheitseinsicht der Kinder und somit auch mit der fehlenden Motivation, sich auf eine Behandlung einzulassen. Deshalb schlug Anna Freud eine „Vorbereitungsphase“ vor, in der der oder die Psychoanalytiker*in die Analyse sowie sich selbst dem Kinde möglichst interessant zu machen versuchen sollte. Dies wirft Fragen auf: „Erstens: Ist das Kind weniger gut darauf vorbereitet, sich auf eine psychoanalytische Kur einzulassen als der Erwachsene? Zweitens: Wie steht es mit dem therapeutischen Bündnis?“ (Houzel, 2000, S. 124) Houzel argumentiert, dass Kinder viel unvoreingenommener zu einer Behandlung kommen als viele Erwachsene, die meist schon einen langen Leidensweg hinter sich haben. Meiner klinischen Erfahrung nach können sich viele Kinder schnell auf eine Behandlung einlassen und erkennen das Potenzial eines psychotherapeutischen Bündnisses sehr gut. Genauso wie sich Unterschiede hinsichtlich Motivation, Vorwissen über Psychoanalyse/Psychotherapie oder den subjektiven Leidensdruck bei Erwachsenen zeigen, zeigen sich auch Unterschiede bei den Kindern. Es gibt sowohl Kinder, denen der Leidensdruck in der Familie keineswegs bewusst ist, als auch Kinder, die selbst sehr genau wissen, was sich verändern soll oder stark unter einer bestimmten Symptomatik leiden. In Bezug auf das psychotherapeutische Bündnis waren sich Anna Freud und Melanie Klein uneins: Freud vertrat eher die Ansicht, anfänglich mit dem Kind ein Interesse für die Psychoanalyse zu entwickeln, während Klein darauf fokussiert war, die analytische Situation zu etablieren. In der Praxis muss sowohl ein Bündnis mit den

Eltern/Bezugspersonen als auch mit dem Kind geschaffen werden. Dies ändert sich mit zunehmendem Alter des Kindes. Gerade bei Jugendlichen, bei denen Autonomiebestreben und Loslösungsprozesse im Vordergrund stehen, ist das Einbeziehen von Eltern/Bezugspersonen meistens nicht notwendig. Der Unterschied zur Behandlung von Erwachsenen besteht darin, nicht nur mit einer Person eine therapeutische Allianz einzugehen, sondern mit mehreren.

Den Kern der zweiten Besonderheit stellt der Ausfall der freien Assoziation dar. Kinder liegen nicht wie Erwachsene auf der Couch und bedienen sich nicht nur verbaler Äußerungen – dies ist aufgrund des Entwicklungsstandes gar nicht immer möglich. Bekanntlich ersetzen Spiel und spielerische Äußerung für Melanie Klein die freie Assoziation für Anna Freud nicht. Durch die psychoanalytische Metapsychologie ist es möglich, Äußerungen – egal welcher Art – psychoanalytisch zu verstehen und zu deuten. Diese Äußerungen können Spiel, Fantasie, (Tag-)Träume oder kreatives Gestalten sein. Durch die Aktivität in der Behandlung mit Kindern ergeben sich insofern Unterschiede, als dass die Spielassoziationen vielleicht wesentlich spontaner oder chaotischer sind als verbale Assoziationen von Erwachsenen.

Die dritte Besonderheit Anna Freuds beschäftigt sich mit dem Fehlen einer Übertragungsneurose und der libidinösen, emotionalen und realen Abhängigkeit der Kinder von ihren Eltern/Bezugspersonen. Hier ist zu bedenken, dass Kinder (genauso wie Erwachsene) innere Objekte und nicht reale Personen ihrer Geschichte mit in die Behandlung bringen. Houzel (2000, S. 130) führt den Einwand an, dass die Gefahr bestünde, Kinder könnten ihre Übertragung auf den oder die Psychoanalytiker*in auf die Eltern umlegen. Dies würde einem Kunstfehler gleichkommen, da die Eltern die Beziehung zu ihren Kindern als bedroht sehen könnten. Der vierte und letzte Einwand ist der Einfluss von pädagogischen oder erzieherischen Maßnahmen innerhalb der psychoanalytischen Behandlung mit Kindern. Dies sei durch ein schwächeres Über-Ich der Kinder begründet und der unbändigeren Triebhaftigkeit. Auch hier gilt es zwei Dinge zu bedenken: zum einen muss der oder die Psychoanalytiker*in Wächter*in über den psychotherapeutischen Rahmen sein und diesen auch halten und schützen können. Dies ist in meinem Verständnis insofern eine erzieherische Maßnahme, da auch die (beispielsweise zeitlichen) Grenzen dieses Raumes klar definiert sind.

Ein deutlicher Unterschied in der Behandlung zu Erwachsenen stellt für mich der Entwicklungsstand des Kindes dar, auf den in vielerlei Hinsicht eingegangen werden muss. Zum einen, die psychotherapeutische Allianz betreffend, zum anderen die Aufklärung über den psychotherapeutischen Rahmen oder Zustimmung. Klar ist auch, dass der Entwicklungsstand in die Diagnostik mit einbezogen werden muss und dass möglicherweise für die Eltern beunruhigendes Verhalten Teil eines Entwicklungsprozesses sein kann. Hier ist psychoanalytisch-orientierte Erziehungsberatung sinnvoll und nicht eine Behandlung des Kindes.

Meines Erachtens gibt es mehr Gemeinsamkeiten in der Behandlung von Kindern und Erwachsenen als Unterschiede. Die Analyse der Übertragung und Gegenübertragung spielt genauso eine wesentliche Rolle. Einzig der Modus der Mitteilung erweitert sich bei der Behandlung von Kindern durch das Spiel und freie Gestalten. Verbale und nonverbale Äußerungen sind sowohl in der Behandlung von Kindern als auch von Erwachsenen die gewählte Kommunikationsform. Der oder die Kinderpsychoanalytiker*in muss sich auf eine kindliche Ausdrucksform und -sprache einstellen, in der ebenso frei assoziiert wird.

4. Kinderpsychoanalyse heute – Haltung, Behandlungsstruktur und psychotherapeutische Veränderung

Die Haltung des oder der Psychoanalytiker*in betreffend gibt es drei wichtige Grundpfeiler: Abstinenz, Neutralität und die gleichschwebende Aufmerksamkeit. Die gleichschwebende Aufmerksamkeit beschreibt eine wache, aufnahmefähige, aber nicht drängende Haltung, in der sich der oder die Psychoanalytiker*in auf nichts Bestimmtes konzentriert bzw. auch nicht geneigt ist, bestimmte Details unbedingt zu erinnern, ähnlich dem träumerischen Ahnungsvermögen von Bion (siehe Kapitel 2.2 Postkleinianer & Independent Group). Es ist ein Zustand, geprägt von „Wachheit, Offenheit, Gelassenheit, Aufmerksamkeit und lebendigem Kontakt mit dem Patienten und mit sich selbst.“ (Wittenberger, 2016, S. 78) Kinder reagieren unterschiedlich auf diese Haltung des oder der Psychoanalytiker*in. Manche genießen es, mit einem Erwachsenen zusammen zu sein, der keine Führung übernimmt, andere wiederum reagieren verängstigt ob dieser angenommenen Leere. Es kommt zu einer Oszillation zwischen einer reflektierenden, nachdenklichen Position und mitagierenden, mitspielenden Handlungen. Die Behandlungen sind wesentlich aktiver als die klassische Behandlung von Erwachsenen.

Das Prinzip der Abstinenz soll einerseits dem oder der Patient*in die Möglichkeit verwehren, sich Ersatzbefriedigung zu verschaffen und andererseits den oder die Patient*in davor schützen, dass Psychoanalytiker*innen ihre Wünsche durch die Patient*innen befriedigen. Falsch verstanden ist das Konzept der Abstinenz, wenn die Haltung als kalt, unnahbar oder distanziert interpretiert wird. Dies würde eine Beziehungsaufnahme zum oder zur kindlichen oder jugendlichen Patient*in verunmöglichen. Authentizität und Wärme gehen durch eine abstinente Haltung nicht verloren. Das Prinzip der Abstinenz zu wahren sorgt auch dafür, seine „vielgerichtete Parteilichkeit“ innerhalb der Familie aufrecht erhalten zu können. „Bei dieser Grundhaltung bemühen sich Therapeuten darum, im Verlaufe der Behandlung die familiäre bzw. Paarsituation aus der Perspektive jedes Familienmitgliedes zu sehen, die jeweilige Sichtweise zu verstehen und den anderen Familienmitgliedern verständlich zu machen.“ (Reich, Massing & Cierpka, 2007, S. 95)

Das Prinzip der Abstinenz steht nicht im Gegensatz zum oftmals beschriebenen und klinisch erwünschten Prozess der korrektiven, emotionalen Erfahrung („corrective emotional experience“). Bereits 1950 beschrieb Alexander (S. 1065ff) diesen Prozess als Wirkfaktor psychoanalytischer Arbeit. Dabei handelt es sich um affektives Durcharbeiten und Wiederholen innerhalb der Übertragungsbeziehung zwischen Psychotherapeut*in und Patient*in. Während der oder die Psychoanalytiker*in bei der Behandlung eines Erwachsenen versucht, eher Projektionsfläche zu bleiben, ist er oder sie in der Behandlung von Kindern wesentlich aktiver. In beiden Fällen müssen sich der oder die Psychoanalytiker*in in das Übertragungsangebot des oder der Patient*in verstricken lassen, um Konflikte sichtbar zu machen und den Weg für eine emotional-korrektive Erfahrung zu ebnen. Diese intrapsychischen oder interpersonellen Konflikte können so als psychotherapeutisches Material bearbeitet werden und führen im besten Fall zu einer emotional-korrektiven Erfahrung oder struktureller Integration. Eine korrektive emotionale Erfahrung geht über eine Ersatzbefriedigung weit hinaus.

Das Prinzip der Neutralität heißt hingegen, dass „wir den Kindern nicht unsere Wertmaßstäbe aufdrücken, denn dann würden sie sich an uns anpassen oder auch gegen uns rebellieren, anstatt ihr eigenes wahres Selbst (Winnicott, 1974) zu entdecken.“ (Wittenberger, 2016, S. 80)

Die Verschwiegenheitspflicht in Österreich geregelt durch §15 Psychotherapiegesetz, definiert eindeutig die Wahrung von Geheimnissen, die dem oder der Behandler*in oder Hilfspersonen bekannt werden und ist eine Grundvoraussetzung für jede psychotherapeutische Behandlung. Ausnahmen davon sind durch eine Anzeige oder Mitteilungspflicht (§15 (3) Psychotherapiegesetz) geregelt. „Ob und welche Informationen oder Stimmungen vom Therapeuten zwischen den Stunden mit dem Kind und den Stunden mit den Eltern transportiert werden, ist eine behandlungstechnische Frage (Familiendynamik) und eine Einschätzung der Verantwortung (Selbstgefährdung).“ (Borowski et al., 2018, S. 38f)

Von diesen Entscheidungen, die individuell für jede Behandlungssituation zu treffen sind, hängt der Erfolg maßgeblich ab. Bei der Behandlung von Kindern muss der oder die Psychoanalytiker*in bereit sein, sich als Objekt verwenden zu lassen. Der oder die Psychoanalytiker*in stellt sich dem Kind als Objekt zur Verfügung, welches es gebrauchen kann, um Zugang zur innerpsychischen Welt zu finden. Gemeinsam werden intensive Gefühle durchlebt, die von der oder dem Psychoanalytiker*in benannt und ausgehalten werden. Dabei bleibt der oder die Psychoanalytiker*in abstinent, um das Kind und die Beziehung nicht zu missbrauchen oder umgekehrt das Kind als Objekt zu verwenden. Der oder die Psychoanalytiker*in verhält sich ähnlich einem oder einer Diener*in, die das freie Spiel des Kindes ermöglicht, aber auch begrenzt, sodass es nicht zu ausufernd oder gefährlich für die Beteiligten werden kann. Diez Grieser (2021) fasst die Haltung so zusammen:

In der psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern liegt die Betonung auf der Gestaltung passender Beziehungsangebote im Hier und Jetzt, die durch eine offene, neugierige Haltung der Psychotherapeutin und durch ein gemeinsames und kreatives Erkunden der inneren und äußeren Welt der Patientinnen geprägt sind. Dabei stehen weniger die Inhalte als vielmehr der Prozess im Zentrum sowie das Erleben des therapeutischen Raumes als einen sicheren Ort. (S. 302)

Wie auch bei der psychoanalytischen Therapie von Erwachsenen gibt es einen klaren Rahmen, der allen Beteiligten der Behandlung mitgeteilt wird bzw. dessen Einhaltung auch von dem oder der Psychoanalytiker*in überwacht wird. Vereinbarungen über Dauer, Frequenz, Örtlichkeit, Termine, Honorar, Ausfallshonorare oder Urlaubs- und Abwesenheitsankündigungen gehören zu diesen Punkten, genauso wie Aufklärung über die Verschwiegenheitspflicht. Diese Punkte müssen allen Beteiligten verständlich gemacht werden, also auch den Kindern in alters- und entwicklungsadäquater Form.

Ein Ausagieren am psychotherapeutischen Rahmen kann sich dadurch zeigen, dass Eltern das Kind zu spät zur ausgemachten Stunde bringen oder Kinder das Ende der Sitzung nicht akzeptieren können. Beim ersteren Fall gilt es zu eruieren, von wem der Widerstand ausgeht: den Eltern, dem Kind oder beiden? Wenn der zeitliche Rahmen angegriffen wird und Kinder sich nicht aus dem Spiel lösen können, steht der oder die Behandler*in vor der Herausforderung, den Rahmen konsequent zu

bewahren, ohne den eigenen Ärger auszuagieren. Es gibt viele Szenarien, wie der psychotherapeutische Rahmen infrage gestellt werden kann: Manche Kinder können nicht mit dem oder der Psychoanalytiker*in im Raum bleiben, andere wiederum möchten am Ende der Stunde nicht gehen und finden immer wieder kreative Möglichkeiten, die Zeit zu verlängern. Oder auch auf der Seite der Eltern: Gespräche zwischen „Türe und Angel“ werden gesucht, die die Zeit des Kindes limitieren oder die Pausen verkürzen, Eltern möchten unbedingt vor dem Therapiezimmer warten oder rufen zwischen den Terminen häufig an. Ob am Rahmen etwas ausagiert wird, hat auch diagnostischen Wert: „Je schwerer die Störung, desto stärker wird am Rahmen gerüttelt.“ (Wittenberger, 2016, S. 66)

Die Frequenz der Behandlung reicht von einem bis zu mehreren Terminen pro Woche. In der Praxis zeigt sich oft, dass nur ein Termin pro Woche möglich ist. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn Institutionen oder Krankenkassen die Behandlung finanzieren. Diese geben teilweise auch die Frequenzen für Elterngespräche vor. Grundsätzlich finden die Psychotherapiesitzungen mit dem Kind allein statt, begleitet von Elterngesprächen. Wie und in welcher Funktion Eltern bzw. das Umfeld des Kindes miteinbezogen werden soll, muss individuell entschieden werden.

Wie kann Veränderung innerhalb der psychoanalytischen Behandlung erzielt werden? Hier handelt es sich um einen äußerst komplexen Vorgang. Für die klassische Psychoanalyse formulierte Freud das Ziel der psychoanalytischen Behandlung folgendermaßen: „Wo Es war, soll Ich werden.“ (Freud, 1989 [1933], S. 516) – dies wurde zu einem Grundsatz der Psychoanalyse. Mit den beiden topischen Modellen versuchte er zu erklären, wie sich psychotherapeutische Veränderung im psychischen Apparat auswirkt. Das Es als Triebpol der Persönlichkeit soll mit psychischen Mittel erforscht und mehr in das Ich integriert werden oder in Freuds zweitem topischen Modell ausgedrückt: Der Zugang zum Unbewussten bzw. zu Abkömmlingen dessen soll gefunden werden, um verdrängte Konflikte wieder bewusst zu machen.

Mittlerweile ist der Fokus innerhalb der Behandlung beziehungsorientierter ausgerichtet. Der oder die Psychoanalytiker*in schafft Konditionen, um dem oder der Patient*in neue Beziehungserfahrungen zu ermöglichen und gleichsam „auszuprobieren“. Dies geschieht durch den Aufbau einer tragfähigen psychotherapeutischen Beziehung, einen sicheren Rahmen und die Wahrung der oben genannten Prinzipien die psychoanalytische Behandlung betreffend. Die daraus entstehende Übertragungsbeziehung wird von dem oder der Psychoanalytiker*in aufgenommen und gedeutet. „Ausgehend davon, dass die analytische Situation nicht länger als unilaterale, objektive analytische Beobachtung des (regredierten) Analysanden verstanden werden kann, weil die Analytikerin den analytischen Prozess aktiv mitgestaltet, greifen Madleine und Willy Baranger in den 1960er-Jahren auf die Gestaltpsychologie zurück, um die analytische Situation neu zu definieren: . . . Die psychoanalytische Situation verstehen sie also als gemeinsame Kreation des analytischen Paares, die sich als Feld konstituiert, als unbewusste Phantasie, die sich darin entfalten, an denen Patient und Analytikerin in ihrer ganzen Subjektivität beteiligt sind.“ (Diercks, 2018, S. 116) Die fortwährende theoretische Weiterentwicklung der Psychoanalyse zeigt sich auf vielen Ebenen und bezieht sich nicht nur auf die Beziehung zwischen Patient*in und Psychoanalytiker*in. Eagle (2011) beschreibt in seinem Buch die Veränderungen innerhalb der psychoanalytischen Theorie anhand der Konzeptionen über die Psyche, die Objektbeziehungen, die Psychopathologie und die Behandlungssituation.

Although there are differences in how these contemporary psychoanalytic theories address the fundamental topics listed above, there are a number of themes that recur: a rejection of drive theory, a relative de-emphasis of insight and self-knowledge, reconceptualization of unconscious processes and defense, de-emphasis of inner conflict, a reconceptualization of transference and countertransference, alteration of the analytic stance, and an emphasis on environmental failure. (S. preface – xii)

Diese theoretischen Weiterentwicklungen gibt es auch in der psychoanalytischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Fiala-Preinsperger (2018) zählt auf, welche Aspekte im heutigen Verständnis im Fokus der psychoanalytischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen stehen: „a) die Arbeit im hier und jetzt; b) positive und negative Übertragungen; c) die Gegenübertragung; d) Deutungen.“ (S. 805) Sich des Konzeptes der Mentalisierung bedienend, könnte man die psychoanalytische Situation so beschreiben: Psychische Verletzungen, die nicht von dem oder der Patient*in mentalisiert werden können, führen zu einem Leidensdruck. Dadurch dass der oder die Psychoanalytiker*in psychische Anteile des oder der Patient*in, sich selbst und der Beziehung zwischen beiden mentalisiert, verbessert sich die Mentalisierungsfähigkeit des oder der Patient*in. Dies führt zu funktionelleren Beziehungsmustern und lässt sich analog auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen umlegen: Kinder werden bei Kinderpsychoanalytiker*innen vorgestellt, wenn Symptome die Grenze des Ertragbaren überschritten haben, also die psychische Entwicklung blockiert ist. Die Psychoanalyse soll diese Entwicklung wieder in Gang bringen.

Um dieses Ziel zu erreichen, werden psychoanalytische Techniken angewandt, die bestimmte psychische Prozesse in Gang bringen sollen. Psychoanalytische Techniken sind, neben der psychoanalytischen Haltung und den Grundregeln, Deutung (der Übertragungsbeziehung und Gegenübertragungsreaktionen, Träumen, Fantasien etc.), Verbalisieren, non-direktives und non-utilitaristisches Spiel, Analysieren von Widerständen und Abwehrmechanismen oder Spiegeln. Diese Techniken sollen zu Prozessen der Regression (und Neubeginn), des Erinnerns, der Rekonstruktion, des Durcharbeitens, des Wiederholens, des Ausagierens, der Einsicht und schließlich der Integration führen.

Dabei ist die Technik des Spielens in der psychoanalytischen Behandlung von Kindern das zentrale Kommunikationsmittel. Die oben genannten psychischen Prozesse manifestieren sich über das freie Spiel. „Playing safely is a prerequisite for affect regulation. Exaggeration and dramatization offer important opportunities for children to get to know their emotional life and to experiment with boundaries: what is inside and what is outside.“ (Bateman & Fonagy, 2012, S. 153)

Eine unschätzbar wichtige Rolle kommt dabei den Eltern bzw. den Pflegepersonen des Kindes zu. „Es gibt kein Kind ohne Eltern und keine Eltern ohne Kind – in dieser Binsenweisheit oder scheinbar redundanten Feststellung drückt sich aus, was wir auch als Schicksal des menschlichen Wesens beschreiben könnten.“ (Götz, 2018, S. 830) Dieses Zitat lehnt sich an eine Fußnote Winnicotts in seinem Text „The maturational processes and the facilitating environment“ (1994 [1965]) an und lautet wie folgt: „I once said: ‘There is no such thing as an infant’, meaning, of course, that whenever one finds an infant one finds maternal care, and without maternal care there would be no infant.“ (S. 39) Die oben formulierten Aspekte über die psychoanalytische Beziehung/Situation muss also auch die

Eltern einschließen: Die psychoanalytische Behandlung spielt sich im Dreieck Kind-Eltern-Psychoanalytiker*in (triadischer Raum) ab, aufseiten des Kindes und der Eltern können psychische Anteile nicht mentalisiert werden, die die Entwicklung des Kindes blockieren. Der oder die Psychoanalytiker*in versucht durch die Wahrung des Rahmens den Einsatz von Techniken der Reflexion der Übertragungsbeziehungen (auch zu den Eltern) diese Anteile gemeinsam mit allen Beteiligten zu mentalisieren und die psychische Weiterentwicklung des Kindes zu ermöglichen.

Die Therapie mit Kindern und Jugendlichen unterscheidet sich in manchen Bereichen sehr deutlich von der Arbeit mit Erwachsenen, nicht jedoch in ihrem Grundverständnis, fortwährend darum bemüht zu sein, alles Dargestellte und Gesprochene als Ausdruck von Gedanken, Wünschen und Phantasien zu erkennen, zu verstehen und zu deuten. (Fiala-Preinsperger, 2018, S. 800)

5. Wirksamkeitsstudien und psychoanalytische Behandlungsmanuale

In vielerlei Hinsicht steckt die empirische Forschung der Kinder- und Jugendlichenpsychoanalyse und/oder -psychotherapie noch in den sprichwörtlichen Kinderschuhen. Die Psychotherapieforschung beschäftigt und beschäftigt sich noch immer mit der Frage nach der Wirksamkeit von Psychotherapie. Mittlerweile wandelt sich das Interesse mehr zu Fragestellungen hin, warum und wie Psychotherapie wirkt. Dieser paradigmatische Wechsel bildet sich auch langsam in der Forschung von Kinder- und Jugendlichenpsychoanalyse ab. Göttken und Klitzing (2015, S. 36) weisen jedoch darauf hin, dass weiterhin ein Mangel an wissenschaftlichen Nachweisen für die Wirksamkeit von psychodynamischen Psychotherapien (vor allem im Vergleich zu kognitiv-behavioralen Psychotherapie) besteht. Ich möchte hier einen unsystematischen, kurzen Querschnitt von Wirksamkeitsstudien beschreiben. Außerdem stelle ich in aller Kürze zwei psychoanalytische Behandlungsmanuale vor.

2005 wurden drei Studien, die die Wirksamkeit von psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern störungsspezifisch untersuchten, durchgeführt. Folgende Störungen wurden dabei miteinbezogen: Verhaltensstörung (Winkelmann et al., 2005, S. 598ff), Depression (Horn et al., 2005, S. 578ff) und Angststörungen (Kronmüller et al., 2005, S.559ff). Alle Studien wurden mit Wartekontrollgruppendesign durchgeführt und alle drei belegten die Wirksamkeit von psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie. Ein Blick in das Psychotherapiekonzept, welches allen genannten Studien zugrunde liegt, zeigt, dass ein Therapiefokus erarbeitet wurde, der die zentrale unbewusste Konfliktsituation darstellt bzw. in dem sich der zentrale Beziehungskonflikt abbildet. Die Bearbeitung dieses Fokus findet in der psychotherapeutischen Beziehung auf einer kindlich-adäquaten Ebene und im Spiel- und Gestaltungsprozess statt. „Die zum Einsatz kommenden Interventionstechniken sind strukturbezogen bis hin zu expressiv deutend und am Fokus orientiert. Im Rahmen des Therapiemanuals wurden anhand der drei Behandlungsabschnitte Kennenlernen, Durcharbeiten und Abschied nehmen [...]“ (Winkelmann et al. 2005, S. 602)

Außerdem spielt die Elternarbeit eine bedeutende Rolle. Implizit werden auch hier die psychotherapeutische Beziehung sowie das Erkennen und Herausarbeiten von unbewussten Konflikten als essenziell angesehen. Freies Spiel und Gestaltung bilden das Mittel zum Zweck. Dies

heben auch Muratori et al. (2001) in der Darlegung des verwendeten psychotherapeutischen Konzepts in einer ihrer Wirksamkeitsstudie von psychoanalytischer Kurzzeittherapie bei Kindern hervor:

Our model is differentiated by both the setting and the technique, even though there is a common conceptual psychodynamic framework. The differences are to be linked to childhood specificity where symptoms often serve a dual function, expressing both individual and family dynamics. The presence in therapy of child and parents is a specific efficacy factor to the therapeutic process, allowing the therapist to act simultaneously on the parent, on the child and on their symptomatic interactions. (S. 29)

In dieser Studie wurden dreißig Kinder zwischen sechs bis zehn Jahren mit emotionalen Störungen während und nach der Behandlung untersucht, die Kontrollgruppe erhielt keine Behandlung bzw. andere Behandlungen. Es zeigte sich, dass die psychoanalytische Kurzzeittherapie effektiv ist, aber dass in beiden Untersuchungsgruppen das globale Funktionsniveau der Kinder sich verbesserte.

Midgley & Kennedy (2011, S. 232) widersprechen der Meinung von Göttken und Klitzing (2015, S. 36), dass psychoanalytische Psychotherapie zu wenig empirisch und evidenzbasiert beforscht wäre. Sie führten eine systematische Überprüfung („systematic review“) von Wirksamkeitsstudien durch und identifizierten 34 Studien, die ihren Einschlusskriterien entsprachen. Davon waren neun Studien randomisierte Kontrollstudien. Obwohl die Stichprobengröße manchmal nicht ausreichend war oder Kontrollgruppen fehlten, gibt es eindeutige Beweise, dass psychoanalytische Psychotherapie für Kinder und Jugendliche effektiv ist. Trotzdem gäbe es noch großen Bedarf an weiteren Untersuchungen und Studien.

One positive message taken from this review is that the amount of research investigating the efficacy and/or the effectiveness of psychodynamic psychotherapy with children and adolescents has increased decade by decade from the 1970s through to the present day, so that we are beginning to gain some understanding of ‘what works for whom’ in regard to psychodynamic treatments for children and young people. (Midgley & Kennedy, 2011, S. 250)

Eine Metaanalyse von Abbass et al. (2013, S. 863ff) untersuchte psychoanalytische Kurzzeitpsychotherapie für Kinder und Jugendliche. Dabei nutzte die Autorenschaft elf Studien mit insgesamt 655 Patient*innen mit verschiedenen Störungen. Es zeigten sich mittlere bis deutliche Verbesserungen in fast allen erfassten Dimensionen sowie Verbesserungen von somatischen und emotionalen Symptomen. Die Auswirkungen und Effektivität zeigt sich insgesamt ähnlich wie bei vergleichbaren Kurzzeitpsychotherapien.

STPP [psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie, Anmerkung der Verfasserin] did not separate from what were mostly robust treatment comparators, but there were some subgroup differences. Robust ($g = 1.07$, 95% CI = 0.80-1.34) within group effect sizes were observed suggesting the treatment may be effective. These effects increased in follow up compared to post treatment (overall, $g = 0.24$, 95% CI = 0.00-0.48), suggesting a tendency toward increased gains. Heterogeneity was high across most analyses, suggesting that these data need be interpreted with caution. (Abbass et al., 2013, S. 863)

Der Manualisierung von psychoanalytischen Behandlungskonzepten standen Psychoanalytiker*innen lange Zeit eher distanziert gegenüber. Mittlerweile gibt es jedoch eine Reihe von manualisierten, psychoanalytischen Therapieprogrammen. Dadurch werden Wirksamkeitsstudien einfacher durchführbar. Ich möchte hier zwei Therapiemanuale exemplarisch anführen: „Transference-Focused-Psychotherapy für Jugendliche (TFP-A)“ und „Psychoanalytischen Kurzzeitherapie mit Kindern (PaKT)“.

Durch randomisierte Studien gut untersucht ist die Wirksamkeit der „Transference-Focused-Psychotherapy“ von Otto F. Kernberg zur Behandlung von Borderline- und Persönlichkeitsstörungen. Hier wurden Weiterentwicklungen und Adaptionen für Jugendliche angestellt und ebenfalls untersucht. Besonders an der Erweiterung des Manuals TFP-A ist die Arbeit und Einbeziehung der Eltern bzw. der Institutionen, in denen die Jugendlichen untergebracht sind. Eine Auflistung aller (Outcome-)Studien der TFP und TFP-A gibt es auf der Webseite der International Society for Transference Focused Psychotherapy (<https://istfp.org/publications/articles-book-chapters/outcome/>). Allerdings finden sich auch hier noch keine randomisierten Studien für Kinder oder Jugendliche, Einzelfallberichte existieren allerdings. Normandin et al. sowie weitere Arbeitsgruppen forschen aktuell an der Effektivität von TFP-A. Die Behandlung durch TFP-A zielt auf folgende Veränderung ab: “The effective integration of the adolescent’s self-concept and his concept of significant others, that is, the development of a normal ego identity corresponding to a normal adolescent developmental stage, will facilitate the adolescent’s resumption of normal psychological growth.” (Normandin et al., 2014, S. 353)

Beim zweiten angesprochenen Manual handelt es sich um ein Behandlungsmanual zur psychoanalytischen Kurzzeittherapie mit Kindern (PaKT) von Tanja Göttken und Kai von Klitzing (2015). Das Manual basiert theoretisch auf Konzepten der klassischen Kinderanalyse, der Triebtheorie, der Objektbeziehungstheorie und dem konfliktzentrierten Vorgehen bei Fokaltherapie. Ziel ist es, ein symptombezogenes Beziehungsthema herauszuarbeiten. Nach den ersten fünf Sitzungen soll eine psychodynamische Hypothese formuliert werden, „in welche die drei Ebenen des Dreiecks Beziehungssymptom, Therapeutin-Kind-Eltern-Beziehung und Material des Kindes integriert werden können.“ (Göttken & von Klitzing, 2015, S. 123) Im freien Spiel sollen die Konflikte verstanden und bearbeitet werden. Mentalisierung soll bei strukturschwachen Kindern gefördert werden und begleitende Elternarbeit ist ein wichtiger Bestandteil der Behandlung.

Der kinderanalytische Ansatz von PaKT zielt darauf (sic), die im Rahmen des Internalisierungsprozesses gegen das Selbst gewandte Aggression in gemeinsamer psychischer Arbeit kennenzulernen und sie bewusst zu machen. 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. (Göttken & von Klitzing, 2015, S. 124)

Weiters gehen die Autor*innen davon aus, dass sich Mangel- und Enttäuschungserfahrungen in der Übertragungssituation widerspiegeln werden und durch die Erfahrung in der Übertragungsbeziehung der Konflikt gelöst werden kann. So würden die Kinder erfahren, dass das Gegenüber nicht mit reaktiver Aggression oder Kontaktabbruch auf eigene Aggression reagiert. Außerdem soll der oder die Psychoanalytiker*in durch die „triadische Position eine Verstehensebene“ (Göttken & von Klitzing, 2015, S. 124) einführen, die bei der Symbolisierung des Symptoms hilft. Man könnte daraus schließen,

dass folgende Wirkfaktoren implizit und explizit angenommen werden: psychotherapeutische Beziehung und die Analyse der daraus entstehenden Übertragungsbeziehung, emotional-korrektive Erfahrungen, triadische Erfahrungen und die Förderung der Symbolisierungs- und Mentalisierungsfähigkeit durch freies Spiel.

6. Schlussfolgerung

Die Geschichte der Kinderpsychoanalyse erstreckt sich auf mittlerweile über hundert Jahre und ist reich an diagnostischen, entwicklungspsychologischen und behandlingstechnischen Theorien, die in diesem Artikel nur kurz gestreift werden konnten. Es zeigen sich einige Gemeinsamkeiten mit der Behandlung von Erwachsenen, vor allem auf der behandlingstechnischen Ebene. Gemeint sind Techniken wie Deutung (von Träumen, verbalen Äußerungen, etc.), Bearbeitung, der (Gegen-)Übertragungsbeziehung, Verbalisieren, Spiegeln etc. Dadurch sollen Prozesse des Erinnerens, Durcharbeitens, Wiederholens und Mentalisierens angeregt werden. Einzig das non-direktive und non-utilitaristische (Symbol-)Spiel der Kinder sowohl als Kommunikationsmedium, aber auch als entwicklungsfördernder, schöpferischer Prozess erweitern das behandlingstechnische Spektrum der Kinderpsychoanalyse. Auch die Einbeziehung von Eltern und/oder anderen Pflegepersonen ist eine spezifische Herausforderung der Kinderpsychoanalyse. Die Behandlung von Kindern stellt sich spontaner und aktiver dar als die psychoanalytische Behandlung von Erwachsenen.

Immer wieder wird bemängelt, dass die Studienlage in der Forschung der Kinder- und Jugendlichenpsychoanalyse zu dünn wäre. Die Durchführung von weiteren Wirksamkeitsstudien ist sicherlich notwendig, um den Status der psychoanalytischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen weiterhin zu festigen. Dies hat zum einen Vorteile auf einer berufspolitischen Ebene (beispielsweise bei Verhandlungen mit Kostenträgern oder Krankenkassen), zum anderen handelt es sich um einen Eckpfeiler der Psychotherapiewissenschaft.

Auch die Entwicklung von psychoanalytischen Manualen hat einige Vorteile: (Wirksamkeits-)Studien durchzuführen, wird vereinfacht bzw. können Ergebnisse verschiedener Studien, die unter Zuhilfenahme desselben Manuals durchgeführt wurden, verglichen werden. Auch in der Ausbildung von Kandidat*innen können Manuale hilfreich sein, da theoretische Grundkonzepte für die klinische Praxis sichtbar gemacht werden. Hier zeigt sich auch der Bezug und der Nutzen zur klinischen Praxis deutlich. Effektstärken an sich sind für den klinischen Alltag wenig relevant, die theoretische und praktische Konzeption von Therapieprogrammen aber umso mehr.

Fragen, welche Techniken welche erwünschten klinischen Prozesse auslösen und wie diese zu komplexer psychotherapeutischer Veränderung führen, sind äußerst spannend und werden die Forschungslandschaft – über die Frage nach der Wirksamkeit weit hinaus gehend – in den nächsten Jahren innerhalb der Prozessforschung beschäftigen.

Literatur

- 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 & Adolescent Psychiatry* 52(8), 863–875. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.05.014>
- Alexander, F. (2007 [1950]). Analysis of the therapeutic factors in psychoanalytic treatment. *Psychoanalytic Quarterly* LXXVI, 1065–1083. <https://doi.org/10.1002/j.2167-4086.2007.tb00293.x>
- Bateman A., W. & Fonagy P. (2012). *Handbook in Mental Health Practice*. Arlington: American Psychiatric Publishing Inc.
- Bion, W. R. (1962). *Learning from Experience*. London: Tavistock.
- Borowski, D., Hopf, H., Hüller, T., von der Marwitz, T. & Schäberle, H. (2018). Psychoanalytische Grundbegriffe. In Adler-Corman, P., Röpke, C. & Timmermann, H. (Hrsg). *Psychoanalytische Leitlinien der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* (S. 11–52) Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.
- Diercks, C. (2018). Grundlegende psychoanalytische Modelle. In: Burian, W. & Grossman-Garger, B. (Hg.) (2018). *Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie Band I Grundlagen und Rahmenbedingungen*. Wien und Berlin: Mandelbaum Verlag.
- Diez Grieser, M.T. (2021). Wege zur Überwindung des Äquivalenzmodus in Kinder- und Jugendpsychotherapien. *Kinderanalyse* 29(4), 301–320. <https://doi.org/10.21706/ka-29-4-301>.
- Eagle, M.N. (2011). *From Classical to Contemporary Psychoanalysis: A Critique and Integration* (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203868553>
- Fiala-Preinsperger, S. (2018). Übertragung/Gegenübertragung und Deutung in der psychoanalytisch orientieren Kindertherapie. In: Burian, W. & Grossman-Garger, B. (Hg.) (2018). *Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie Band IV Anwendungen*. Wien und Berlin: Mandelbaum Verlag.
- Fonagy, P., & Target, M. (1998). Mentalization and the changing aims of child psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues* 8(1), 87–114. <https://doi.org/10.1080/10481889809539235>
- Freud, A. (1965/2018). *Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Freud, S. (1933/1989). Die Zerlegung der psychischen Persönlichkeit. In: Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse und Neue Folge. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag.
- Freud, S. (1909/2000). *Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Freud, S. (1900/2010). *Die Traumdeutung*. Hamburg: Nikol Verlag.
- Göttken, T. & von Klitzing, K. (2015). *Psychoanalytische Kurzzeittherapie mit Kindern (PaKT) Ein Behandlungsmanual*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Götz, S. (2018). Psychoanalytisch orientiertes Arbeiten mit Eltern. In: Burian, W. & Grossman-Garger, B. (Hg.) (2018). *Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie Band IV Anwendungen*. Wien und Berlin: Mandelbaum Verlag.
- 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), S. 578–597 <http://hdl.handle.net/20.500.11780/2863>
- Houzel, D. (2000). Besonderheiten der Kinder-Psychoanalyse. *Kinderanalyse* 8(2), S. 120–136.
- Hug-Hellmuth, H. (1920/1994). Zur Technik der Kinderanalyse. *Kinderanalyse* 2(1), S. 9–27.
- Klein, M. (1962/2011). *Das Seelenleben des Kleinkindes*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kronmüller, K.T., Polstelnicu, I., Hartmann, M., Stefini, A., Geiser-Elze, A., Gerhold, M., Horn, H. & Winkelmann, K. (2005) Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 54(7), S. 559–577. <http://hdl.handle.net/20.500.11780/2861>
- Midgley, N., Kennedy, E. (2011). Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: a critical review of the evidence base. *Journal of Child Psychotherapy* 37(3), 232–260. <https://doi.org/10.1080/0075417x.2011.614738>
- Muratori, F., Picchi, L., Casella, C., Tancredi, R., Milone, A., & Patarnello, M. G. (2001). Efficacy of Brief Dynamic Psychotherapy for Children with Emotional Disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics* 71(1), 28–38. <https://doi.org/10.1159/000049341>
- Normandin, L., Ensink, K., Yeomans, F.E., Kernberg, O.F. (2014). Transference-Focused Psychotherapy for Personality Disorders in Adolescence. In: Sharp, C., Tackett J. (2014). *Handbook of Borderline Personality Disorder in Children and Adolescents*. New York: Springer.
- Psychotherapiegesetz (1990). *Bundesgesetz vom 7. Juni 1990 über die Ausübung der Psychotherapie (Psychotherapiegesetz)* StF: BGBl. Nr. 361/1990 (NR: GP XVII RV 1256 AB 1389 S. 146. BR: AB 3896 S. 531.).
- Reich, G., Massing, A. & Cierpka, M. (2007). *Praxis der psychoanalytischen Familien- und Paartherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Winkelmann, K., Stefini, A., Hartmann, M., Geiser-Elze, A., Kronmüller, A., Schenkenbach, C., Horn, H., & Kronmüller, K. T. (2005) Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Verhaltensstörungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 54(7), S. 598–614. <http://hdl.handle.net/20.500.11780/2864>
- Winnicott, D.W. (1965/1994). *The maturational processes and the facilitating environment. Studies in the theory of emotional development*. Madison: International University Press Inc.
- Winnicott, D. W. (1971/2010). *Vom Spiel zur Kreativität*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Wittenberger, A. (2016). *Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern*. Stuttgart: Kohlhammer.

Angaben zur Autorin

Mag.^a Sabine Schreckenthaler
Adresse: Leonard Bernstein Straße 4-6/9/2b; 1220 Wien
Tel.: +43 (0) 681 819 09496
E-Mail: sabine.sammer@psychotherapie1220.at

Sabine Sammer-Schreckenthaler ist Psychotherapeutin (Psychoanalyse) für Kinder, Jugendliche und Erwachsene in freier Praxis im 22. Wiener Gemeindebezirk, Psychotherapeutische Gutachterin, Vizepräsidentin der Vereinigung österreichischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.