

Haar, Rüdiger

Die therapeutische Beziehung in der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie -Überlegungen zur Behandlungstechnik

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 34 (1985) 8, S. 303-309

urn:nbn:de:bsz-psydok- 31342

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Aus Praxis und Forschung

<i>Barthe, H.-J.</i> : Gruppenprozesse in der Teamsupervision – konstruktive und destruktive Effekte (Processes in the Course of Teamsupervision–Constructive and Destructive Effects)	142	<i>Hopf, H.H.</i> : Träume in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit präödipalen Störungen (Dreams in Psychotherapy of pre-oedipal-disturbed Children and Adolescents)	154
<i>Beck, B., Jungjohann, E.E.</i> : Zur Inanspruchnahme einer regionalen kinderpsychiatrischen Behandlungseinrichtung (A Longitudinal Study on Discharged Patients from a Residential Treatment Center for Children and Adolescents)	187	<i>Jorswieck, E.</i> : Verteilung von Mädchen und Jungen bei Kindern, die während Langzeitanalysen geboren wurden (The Distribution of Girls and Boys among Children born while longtime Analyses)	315
<i>Bovensiepen, G.</i> : Die Einleitung der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung durch das Familien-Erstinterview (The First Family-Interviews as Introduction to the Psychiatric Inpatient Treatment of Children and Adolescents)	172	<i>Kammerer, E., Göbel, D.</i> : Stationäre jugendpsychiatrische Therapie im Urteil der Patienten (Catamnestic Evaluation of an Adolescent Psychiatric Inpatient-Treatment)	123
<i>Braun, H.</i> : Sozialverteilung einiger Psychosomatosen im Kindes- und Jugendalter (Social Distribution of Some Psychosomatic Disorders in Childhood and Adolescence)	269	<i>Knöll, H.</i> : Zur Entwicklung der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in der Bundesrepublik Deutschland und Westberlin (On Development of Analytic Children and Juvenile Therapy in the Federal Republic of Germany and in West Berlin)	320
<i>Castell, R., Meier, R., Biener, A., Artner, K., Dilling, H., Weyerer, S.</i> : Sprach- und Intelligenzleistungen gegenüber sozialer Schicht und Familiensituation (Language and Intelligence Performance in 3–14 Years old Children Correlated to Social Background Variables)	120	<i>Kögler, M., Leipersberger, H.</i> : Integrierte Psychotherapie in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie – Die Bedeutung der Gruppenversammlung (Psychotherapy Integrated into Inpatient Child and Adolescent Psychiatry. The Significance of the Group Meeting)	9
<i>Dellisch, H.</i> : Zwei Formen einer frühen Störung der Eltern-Kindbeziehung und ihre Auswirkung auf die Schule (Two Forms of Early Interference in Parent-Child-Relationship and Their Consequences on the School Age Level)	256	<i>Krause, M.P.</i> : Stottern als Beziehungsstörung – Psychotherapeutische Arbeit mit Eltern stotternder Kinder (Stuttering as an Expression of Disturbed Parent-Children Relationship)	15
<i>Dühlsler, K.</i> : Von den Anfängen der Kinderpsychotherapie – aufgezeigt am Schicksal eines elternlosen Mädchens (The Beginning of Child Psychotherapy in Germany – Illustrated with the Case History of an Orphaned Girl)	317	<i>Kunz, D., Kremp, M., Kampe, H.</i> : Darstellung des Selbstkonzeptes Drogenabhängiger in ihren Lebensläufen (Selfconcept Variables in Personal Records of Drug Addicts)	219
<i>Fertsch-Röver-Berger, C.</i> : Familiendynamik und Lernstörungen (Family and Learning-disorders)	90	<i>Langenmayr, A.</i> : Geschwisterkonstellation aus empirischer und klinisch-psychologischer Sicht (Empirical and Clinical Aspects of Sibling Constellation)	254
<i>Flügge, I.</i> : Nach dem Terroranschlag auf eine Schulklasse (After a Murderous Assault in a School Class)	2	<i>Lehmkuhl, G., Bonney, H., Lehmkuhl, U.</i> : Wie beeinflussen Videoaufnahmen die Wahrnehmung familiärer Beziehungen? (How do Video Recordings influence the Perception of Family Relationships?)	32
<i>Friedrich, H.</i> : Chronisch kranke Kinder und ihre Familien (Children with Chronic Diseases and Their Families)	296	<i>v. Lüpke, H.</i> : Auffällige Motorik – Versuch einer Erweiterung der Perspektive (Unusual Motoricity–New Perspectives)	210
<i>Haar, R.</i> : Die therapeutische Beziehung in der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Überlegungen zur Behandlungstechnik (The Therapeutic Relationship in Analytic Child and Adolescent Psychotherapy)	303	<i>Meijer, A.</i> : Psychotherapie von adoleszenten Asthmapatienten (Psychotherapy of Adolescent Asthma Patients)	49
<i>Heigel-Evers, A., Heigl, F., Beck, W.</i> : Psychoanalytisch-interaktionelle Therapie bei Patienten mit präödipalen Störungsanteilen (Psychoanalytic Interaction Therapy with Patients Suffering from Disorders with Preodipal Components)	288	<i>Müller-Küppers, M.</i> : Der Kinderpsychiater als Vater – Der Vater als Kinderpsychiater (the Child Psychiatrist as a Father–the Father as a Child Psychiatrist)	309
<i>Hobrucker, B., Kühl, R.</i> : Eine Einschätzungsliste für Erzieher bei stationärer kinderpsychiatrischer Behandlung (Rating-List for Educators During a Stationary Treatment in a Child Psychiatry)	37	<i>Panagiotopoulos, P.</i> : Integrative Eltern-Kind-Therapie. Ein Modell zur Behandlung des Erziehungsprozesses (A Modell of Integrative Parents-Child-Therapy)	263
		<i>Paul, G.</i> : Möglichkeiten und Grenzen tagesklinischer Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Possibilities and Limits of Day-patient Treatment in Child Psychiatry)	84
		<i>Plassmann, R., Teising, M., Freyberger, H.</i> : Ein 'Mimikry'-Patient: Bericht über den Behandlungsversuch einer selbstgemachten Krankheit (The Mimicry Patient: A Report on the Attempt at Treating a Self-inflicted Illness)	133

<i>Reinhard, H. G.</i> : Zur Daseinbewältigung bei Kindern mit Enkopresis (Coping Styles of Children with Encoresis)	183	Ehrungen	
<i>Schattner-Meinke, U.</i> : Über die psychoanalytische Behandlung eines 10jährigen Jungen mit Gilles de la Tourette-Syndrom (Psychoanalytic Treatment of a tenyear-old Boy suffering from Tourette's Syndrome)	57	<i>Thea Schönfelder</i> zum 60. Geburtstag	70
<i>Schernus, R.</i> : Erleiden und Gestalten bei Anfallskrankheiten im Kindesalter (Suffering and Construction on Convulsive (Epileptic) Illness Amongst Children)	19	<i>Manfred Müller-Küppers</i> zum 60. Geburtstag	71
<i>Schmitt, G. M.</i> : Psychotherapie der Pubertätsmagersucht aus der Sicht kognitiver Theorien (Treatment of Anorexia Nervosa from Point of View of Cognitive Theories)	176	<i>Curt Weinschenk</i> zum 80. Geburtstag	276
<i>Schweitzer, J., Weber, G.</i> : Scheidung als Familienkrise und klinisches Problem – Ein Überblick über die neuere nordamerikanische Literatur (Divorce as Family Crisis and Clinical Problem: A Survey on the American Letrature)	44	In memoriam: <i>Marianne Frostig</i>	277
<i>Schweitzer, J., Weber, G.</i> : Familientherapie mit Scheidungsfamilien: Ein Überblick (Family Therapy with Families of Divorce: A Survey)	96	<i>Rudolf Adam</i> zum 65. Geburtstag	286
<i>Steinhausen, H.-Ch.</i> : Das Selbstbild Jugendlicher (The Self-Image of Adolescents)	54	Buchbesprechungen	
<i>Thimm, D., Lang, R.</i> : Angst vor dem EEG – Beispiel einer systematischen Desensitivierung (Fear of EEG-Recording – An Example of Systematic Desensitization)	225	<i>Baake, D.</i> : Die 6- bis 12jährigen	200
<i>Zschiesche, S.</i> : Psychologische Probleme bei Kindern und Jugendlichen in der Kieferorthopädie (Psychologic Problems Caused by Defective Development of Teeth or Jaws in Children and Adolescents)	149	<i>Biener, K.</i> (Hrsg.): Selbstmorde bei Kindern und Jugendlichen	281
Pädagogik und Jugendhilfe		<i>Brezovsky, P.</i> : Diagnostik und Therapie selbstverletzenden Verhaltens	282
<i>Brunner, R.</i> : Über Versagung, optimale Versagung und Erziehung (Frustration, Optimum Frustration and Education)	63	<i>Buchholz, M. B.</i> : Psychoanalytische Methode und Familientherapie	23
<i>Hüffner, U., Mayr, T.</i> : Formen integrativer Arbeit im Elementarbereich – erste Eindrücke von der Situation in Bayern (Forms of Integrative Preschool Education – first Impressions of the Situation in Bavaria)	101	<i>Cremerius, J.</i> : Vom Handwerk des Psychoanalytikers. Das Werkzeug der psychoanalytischen Technik	279
<i>Imhof, M.</i> : Erziehung zur Konfliktfähigkeit mit Hilfe von Selbsterfahrungsarbeit in der Schule (Education towards the Ability to Conflict with the Ais of Encounter Groups in School)	231	<i>Datler, W.</i> (Hrsg.): Interdisziplinäre Aspekte der Sonder- und Heilpädagogik	245
<i>Schniedermeyer, P.</i> : Vergessene? – Jugendliche im Maßregelvollzug (The Forgotten Ones? – Adolescents under Corrective Punishment)	239	<i>Eggers, Ch.</i> (Hrsg.): Bindungen und Besitzdenken beim Kleinkind	75
Tagungsberichte		<i>Einsiedeln, W.</i> (Hrsg.): Aspekte des Kinderspiels	280
Kinder- und Jugendpsychiatrisches Symposium am 15. Mai 1985 in Berlin	195	<i>Farau, A., Cohn, R. C.</i> : Gelebte Geschichte der Psychotherapie. Zwei Perspektiven	247
Bericht über das internationale Symposium „Psychobiology and Early Development“ vom 21.–23. Januar 1985 in Berlin	243	<i>Friedmann, A.</i> : Leitfaden der Psychiatrie	25
2. Europäisches Symposium über Entwicklungsneurologie vom 15.–18. Mai 1985 in Hamburg	244	<i>Fritz, A.</i> : Kognitive und motivationale Ursachen der Lernschwäche von Kindern mit einer minimalen cerebralen Dysfunktion	248
		<i>Freundeskreis Peter-Jürgen Boock und die Fachgruppe Knast und Justiz der Grün- Alternativen Liste (GAL) Hamburg</i> (Hrsg.): Der Prozeß – Eine Dokumentation zum Prozeß gegen Peter-Jürgen Boock	113
		<i>Gäng, M.</i> : Heilpädagogisches Reiten	163
		<i>Gerlicher, K.</i> (Hrsg.): Schule – Elternhaus – Beratungsdienste	76
		<i>Goldstein, S., Solnit, A. J.</i> : Divorce and Your Child	24
		<i>Hafer, H.</i> : Die heimliche Droge – Naturphosphat	114
		<i>Hartmann, H. A., Haubl, R.</i> (Hrsg.): Psychologische Begutachtung	24
		<i>Heun, H.-D.</i> : Pflegekinder im Heim	28
		<i>Hurme, H.</i> : Life Changes during Childhood	161
		<i>Jaffe, D. T.</i> : Kräfte der Selbstheilung	27
		<i>Jäger, S.</i> : Der diagnostische Prozeß	246
		<i>Jäger, R. S., Horn, R., Ingenkamp, K.-H.</i> (Hrsg.): Tests und Trends Bd. IV	281
		<i>Jochimsen, R. P.</i> : Spiel- und Verhaltensgestörtenpädagogik	199
		<i>Klosinski, G.</i> : Warum Bhagwan? Auf der Suche nach Heimat, Geborgenheit und Liebe	249
		<i>Konrad, R.</i> : Erziehungsbereich Rhythmik. Entwurf einer Theorie	199
		<i>Lagenstein, I.</i> : Diagnostik und Therapie cerebraler Anfälle im Kindesalter	78
		<i>Lazarus, H.</i> : Ich kann, wenn ich will	326
		<i>Lempp, R.</i> (Hrsg.): Psychische Entwicklung und Schizophrenie	163

<i>Mangold, B.</i> : Psychosomatik nicht epileptischer Anfälle	26	<i>Simon, F.B., Stierlin, H.</i> : Die Sprache der Familientherapie – Ein Vokabular	110
<i>Michaelis, R., Nolte, R., Buchwald-Saal, M., Haas, G.H.</i> (Hrsg.): Entwicklungsneurologie	325	<i>Tinbergen, N., Tinbergen, E.A.</i> : Autismus bei Kindern	110
<i>Mortier, W.</i> (Hrsg.): Moderne Diagnostik und Therapie bei Kindern	246	<i>Voß, R.</i> (Hrsg.): Helfen ... aber nicht auf Rezept	246
<i>Nissen, G.</i> (Hrsg.): Psychiatrie des Schulalters	200	<i>Westphal, R.</i> : Kreativitätsfördernde Methoden in der Beratungsarbeit	326
<i>Pascher, W., Bauer, H.</i> (Hrsg.): Differentialdiagnose von Sprach-, Stimm- und Hörstörungen	201	<i>Ziehe, T.</i> : Pubertät und Narzißmus	324
<i>Petermann, F., Petermann, U.</i> : Training mit aggressiven Kindern	78	Diskussion/Leserbriefe: 73, 161, 196	
<i>Seifert, W.</i> : Der Charakter und seine Geschichten – Psychodiagnostik mit dem thematischen Apperzeptions-test (TAT)	26	Mitteilungen: 29, 80, 115, 165, 202, 250, 283, 328	

Die therapeutische Beziehung in der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Überlegungen zur Behandlungstechnik

Von Rüdiger Haar

Zusammenfassung

In dem Beitrag wird die Beziehung des Kindes zum Psychotherapeuten als Entwicklungsprozeß geschildert, der in drei Stufen vor sich geht:

1. Auf der Ebene der Realbeziehung,
2. auf der Externalisierungsebene der Beziehung und
3. auf der Übertragungsebene der Beziehung.

Auf diesen drei verschiedenen Ebenen ist ein unterschiedlicher Umgang des Therapeuten mit dem Kind nötig. Die entsprechende Behandlungstechnik soll dargestellt werden.

1 Das Modell der Beziehungsebenen

Schon in einem früheren Aufsatz wurde vom Verfasser ein Modell der Beobachtung von Beziehungsformen in der analytischen Kinderpsychotherapie dargestellt (Haar 1983), in dem für die Strukturierung der Beobachtung des Kindes drei unterschiedliche, wenn auch nicht getrennte Ebenen der Beziehung postuliert wurden:

1. die Realebene der Beziehung, die den Umgang des Kindes mit der realen Situation und der eigentümlichen Person des Therapeuten (einschließlich seiner beruflichen Rolle) darstellt,
2. die Externalisierungsebene der Beziehung, auf der das Kind Selbstaspekte (Vorstellungen, Normen, Triebanteile) auf den Therapeuten überträgt und so Erfahrung im Umgang mit ihnen erwirbt und
3. die Übertragungsebene der Beziehung, auf der das Kind Objektrepräsentanzen (Beziehungsmuster aus der frühen Eltern-Kind-Beziehung) auf den Therapeuten überträgt und auch einen zentralen Triebkonflikt als Beziehungsgeschehen erleben kann¹.

Im Prozeß einer analytischen Kinderpsychotherapie rücken die genannten Beziehungsebenen unterschiedlich stark in den Vordergrund: zu Beginn die Realebene, darauf die Externalisierungsebene und schließlich die Übertragungsebene. Da es sich um fiktiv getrennte Bereiche handelt, lassen sie sich nicht voneinander isolieren, und eine exakte Differenzierung ist nicht immer möglich. Als gedankliche Strukturierung ermöglichen sie aber eine gute Beobachtung des Beziehungsgeschehens und eine entsprechend gezielte Behandlungstechnik.

¹ Diese Einteilung stellt eine Weiterentwicklung der in der Gruppenpsychotherapie angewandten Beobachtung dar, wie sie von Heigl-Evers und Heigl (1973) dargestellt wurde und vom Verfasser in der Gruppenpsychotherapie von Kindern und Jugendlichen erprobt wurde. (Haar 1980, 1981; Haar, Zauner, Zech 1979).

1.1 Der Umgang mit dem Kind auf der Realebene der Beziehung

Zu Beginn einer Behandlung nutzt das Kind in der Regel die reifsten Möglichkeiten, die es für eine Beziehungsaufnahme erworben hat. Es beurteilt den Therapeuten nach unterschiedlichen Rollenvorstellungen und dementsprechenden Kriterien (Mann – Frau, groß – klein, als – jung, streng – freizügig usw.). Genau wie der Therapeut (allerdings mit noch differenzierteren Kriterien) sich ein Bild von ihm zu machen versucht, tut es das Kind. Die Vorinformationen, die es, meistens von den Eltern, bekommen hat, gehören zum Bild dazu: es soll zum Arzt, zum Psychologen, in die Beratungsstelle kommen, es soll gesundgemacht, untersucht, behandelt werden. Andere Kinder haben gesagt, daß Ärzte mit Spritzen stechen, daß Psychologen einen in die Klapsmühle schicken können, daß, wer Behandlung braucht, dumm ist etc.

Nun sitzt es einem Erwachsenen, also einem schon durch Alter, Größe und Autorität Überlegenem gegenüber. Die Beziehung, die es zu ihm aufbaut, ist von den genannten Faktoren beeinflusst. Auch die Frage der Motivation zur Behandlung ist zunächst von dem Realbild abhängig. Das Verhalten des Kindes entspricht weitgehend seinem Bild vom Therapeuten. Es kann schweigen und macht damit gleich zu Anfang demonstrativ deutlich, daß es hier nichts zu sagen habe, daß es die Eltern sind, die Probleme haben, daß es selbst nicht herkommen wollte. Es kann in Identifikation mit dem erwarteten Angriff des Erwachsenen selbst aggressiv werden, ihn zu provozieren, ihn auf Abstand zu halten versuchen. Es kann sich resignativ unter die Macht des Großen fügen und alle Fragen abwarten und beantworten, um keinen Ärger zu kriegen, wobei es sich sorgsam vor zuviel Nähe schützt. Es kann auch vertrauensvoll oder distanzlos auf den „Onkel“ oder die „Tante“ zugehen, ohne die Fremdheit und Neuartigkeit der Beziehung zu sehen.

Die Wahrnehmungsfähigkeit des Kindes gegenüber dem erwachsenen Therapeuten sollte gerade in der Anfangssituation nicht unterschätzt werden. Der Therapeut ist sich nicht immer der realistischen Einschätzung durch das Kind bewußt. Er geht vielleicht davon aus, daß das Kind Hilfe braucht und will, ist u.U. enttäuscht, wenn sein Angebot dazu ausgeschlagen wird. Die Einfühlung in die innere Einstellung des Kindes ist aber von entscheidender Bedeutung dafür, ob eine Kooperation zustande kommt oder sich das Urteil bzw. Vorurteil des Kindes verfestigt und es zwar brav kommt, aber die Beziehung nicht zu einer Therapie nutzen kann. Deshalb ist es wichtig, daß sich der Therapeut fragt: Wie sieht mich das Kind? Wie ist seine Reaktion auf mich zu erklären?

Oft empfiehlt es sich, das Kind auf die averbalen Signale (verschlossener Gesichtsausdruck, angelassene

Jacke, abschätzender Blick, feindseliger Gesichtsausdruck, trotziges Schweigen) anzusprechen. Der Therapeut zeigt ihm damit den Willen zum Verständnis und gibt ihm die Möglichkeit, sich zu erklären. Diese Möglichkeit wird nahezu immer wahrgenommen und bildet die Einleitung eines Gespräches. Fragen nach dem, was das Kind über den Therapeuten gehört hat oder was nach seiner eigenen Meinung – unabhängig von den Eltern – ihm das Leben schwer macht, können später besprochen werden.

Der Therapeut sollte einerseits offen mit seinen Affekten umgehen und sie dem Kind zugänglich machen, wenn das für das realistische Bild des Kindes am Beginn einer Therapie wichtig ist und eine Verstärkung seiner Ich-Funktionen (Wahrnehmung, Realitätsprüfung etc.) und seines Selbstbewußtseins bewirkt. Er sollte dann auch nicht zögern, ihm seine Meinung direkt und orientierend zu sagen.

So wäre es m.E. unklug, einem Kind, das mich am Beginn einer Therapie angreift und Teile des Inventars zu zerstören droht, mit interpretativen Äußerungen zu begegnen („Du möchtest wohl den großen Mann spielen“). Das Kind würde sich nicht ernst genommen fühlen und würde kein Vertrauen zu diesem „nur redenden“ Erwachsenen entwickeln können. Zu Beginn einer Behandlung will das Kind den Erwachsenen ausloten, will seine Grenzen und Stärken testen, will vergleichen zwischen den erzieherischen Möglichkeiten der Eltern und denen des Therapeuten. Es möchte dann auch eine direkte Auseinandersetzung und erzwingt sie nötigenfalls. Auch hier ist der Analytiker als Vertreter der Realität angesprochen. Er muß „nein“ sagen können, wenn das Kind über die weit gefaßten Grenzen der Handlungsfreiheit im Spielraum hinauschießt, er muß u. U. sogar recht resolut zugreifen können, wenn das Kind schnell agiert und sich und andere gefährdet bzw. dem Raum und seinem Inventar willkürlich schweren Schaden zufügt.

Es kann in der Behandlung von Kindern zu Einleitungsphasen von einem Vierteljahr kommen, in denen das Kind mit dem Therapeuten auf der Realebene der Beziehung „kämpft“ und realistische Reaktionen von seiner Seite erwartet, die ihm zunächst repressiv oder jedenfalls pädagogisch dirigierend erscheinen und keine therapeutische Qualität zu haben scheinen. Das Bild des verständnisvoll die Entfaltung ermöglichenden Kinderpsychotherapeuten kommt dabei ins Wanken. Für das Kind aber ist die Erfahrung der realen Persönlichkeit des Therapeuten genau so wichtig wie seine Fähigkeit, sich selbst zurückzunehmen und den Vorstellungen des Kindes Raum zu geben. Der Analytiker muß zeigen können, daß er die Beziehungen des Ichs zur äußeren Welt im Blick hat. Er muß sich damit in die Erlebniswelt des Kindes einfühlen, sich zu seinem Bundesgenossen machen, die Kräfte der Steuerung unterstützen, zu einer klareren Unterscheidung zwischen Realität und Phantasie, zwischen widerstreitenden Gefühlen, entgegengesetzten Kräften und der inneren und äußeren Welt des Kindes beitragen. Diese Stützung des entwicklungsgemäß unreifen kindli-

chen Ichs ist für sich gesehen keine analytische Psychotherapie. Andererseits kann sich das Kind oder der Jugendliche nur innerhalb einer so hergestellten tragfähigen realen Beziehung den Übertragungsreaktionen in der Analyse stellen, wie viele Behandler festgestellt haben (Frankl u. Hellmann 1969; Geleerd 1957; Müller-Pozzi 1980).

Die pädagogische Meisterung der Situation darf also nicht Selbstzweck sein. Ziel des ersten Behandlungsteils muß es sein, daß das Kind Vertrauen in die Stetigkeit, Offenheit, Stärke und therapeutische Kraft des Analytikers gewinnt und eine Zusammenarbeit mit ihm anstrebt, um die vielen Sorgen seines Alltagslebens mit ihm zu teilen und Hilfe zu bekommen. Dieses Streben führt schließlich zu einem Arbeitsbündnis, das eine Zusammenarbeit auch dann ermöglicht, wenn in der Weiterentwicklung der therapeutischen Beziehung Übertragungsreaktionen (auch negativer Art) zunehmen, sich intensiver Widerstand gegen eine aufdeckende Analyse zeigt und die Fortführung der Therapie in Frage gestellt ist. Oft gerät in solchen Behandlungskrisen die reale Beziehung wieder in den Vordergrund.

1.2 Externalisierung von Anteilen des Selbst durch das Kind und ihre Integration mit Hilfe des Therapeuten

Wenn das Kind auf diese Weise ein eigenes Interesse an der therapeutischen Beziehung gewonnen hat und ein Arbeitsbündnis entstanden ist, verläßt es bald die vorwiegend realitätsgebundene Beziehungsebene. Es vernachlässigt vertrauensvoll den Gebrauch der Ich-Funktionen und regrediert in ein Stadium, das der Phantasie und dem Wunsch mehr Raum läßt. Es wendet sich dem Spiel, dem Träumen, dem Malen und Bauen zu. Häufig ist schlagartig in einer Stunde auch die Beziehung eine andere: das Kind weist dem Therapeuten eine Rolle zu, es überträgt Anteile des eigenen Erlebens auf ihn. Diese Übertragung ist nicht ganz gleichzusetzen mit der klassischen Form der „charakteristischen Ersetzung einer früheren Person durch die Person des Arztes“ (Freud 1949, S. 279). Diese kann man als Objektdimension der Übertragung im Gegensatz zur Subjektdimension beschreiben (vgl. Moeller 1977 S. 146), in der Selbstaspekte vom Patienten auf den Analytiker übertragen werden. Die Regression des Kindes mobilisiert zunächst die Äußerung solcher Selbstaspekte. Das Kind steuert dazu eine spezifische Qualität der Beziehung an, die hier die Externalisierungsebene der Beziehung genannt wird (vgl. Haar 1983). Anteile der kindlichen Persönlichkeit werden dabei auf den Analytiker übertragen, der als äußerer Vertreter innerer Instanzen gebraucht wird (vgl. A. Freud 1968, S. 48 f.).

König (1982, S. 79) hat dies als „projektive Identifikation“ im Anschluß an Klein (1946) und Ogden (1979) weiter beschrieben. Danach wird jedwelche Übertragung eines Selbstanteils oder eines inneren Objekts von Signalen begleitet, die die Person, auf die übertragen wird, veranlassen sollen, die Übertragung durch ihr Verhalten zu

bestätigen². Dieser „interaktionelle Anteil der Übertragung“ impliziert, daß der Patient den Therapeuten dazu zu bewegen versucht, mit ihm Vergangenes immer wieder zu wiederholen. Wenn sich der Therapeut dem widersetzt, erschwert er die Übertragung. Er muß aber, um korrigierende emotionale Erfahrungen zu ermöglichen, die Diskrepanz zwischen seinem realen So-sein und den projizierten Objekten aufrechterhalten (König, 1982, S. 79).

Für die Behandlung des Kindes ergibt sich in gleicher Weise ein Abwägen zwischen der Ablehnung von Rollenzuteilung und dem unbekümmerten Mitagieren bei Spielen, die sich dann wiederholen. Zwischen diesen entgegengesetzten Polen bewegt sich der Kinderpsychotherapeut. Er muß deshalb in seiner Haltung flexibel zwischen diagnostischer Distanz und empathischem Miterleben hin- und hergehen und dem Kind Anteil an dieser Fähigkeit geben.

In jeder Therapie mit einem Kind ist zu beobachten, wie es in ein Spiel versinkt und sich ganz den begleitenden Phantasien hingibt, die Tagtraumcharakter haben können. Dem Therapeuten wird dabei selten nur die Zuschauerrolle zugeteilt. Oft genug muß er mit auf dem Boden herumkrabbeln, eine besondere Sprechform übernehmen oder sich als Opfer für aktive Phantasiespiele zur Verfügung stellen. Mit komplizierten Konjunktivsätzen wird ihm schon von 4 bis 5jährigen Kindern sein Part zugeschrieben: „Du müsstest jetzt Angst haben und weinen!“, „Du hättest jetzt wohl gesagt: geht von der Burg weg!“, „Du wärest im Spiel ein Polizist und müsstest versuchen, mich zu fangen!“, „Du wärest jetzt mal ein Dieb und würdest den Laden ausrauben“ usw. Je jünger das Kind ist, desto eher wird sich dem Therapeuten zeigen, daß Wunsch und Realität bei dem folgenden Rollenspiel ineinanderfließen, daß es dem Kind nicht zu jeder Zeit möglich ist, zwischen Innen- und Außenwelt zu unterscheiden (vgl. Eißler 1966, S. 843). Dies macht die Beobachtung des Spiels und eine Beteiligung an der Rollendarstellung reizvoll, die technische Beeinflussung aber schwierig. Zum einen besteht die oben erwähnte Gefahr, daß es zu einer bloßen Wiederholung früherer Erlebnisse mit einem für kurze Zeit wirksamen kathartischen Effekt kommt, wenn der Therapeut nicht eine Weiterentwicklung fördert, indem er dem Kind seine Beobachtung zur Verfügung stellt. Andererseits muß er dies auf eine Weise tun, die nicht den Spielfluß unterbricht und nicht distanziert-belehrend wirkt, sondern als Hilfestellung für das steuernde Ich angenommen werden kann. Die Aufgabe besteht darin, die im Rollenspiel dargestellten Aspekte eines Konflikts (der Triebhaftigkeit des Krokodils und der Strenge des Polizisten) für das Kind deutlich werden zu lassen und ihm eine rücknehmende, korrigierende Integration zu ermöglichen (vielleicht mit Hilfe des Lösun-

gen anbietenden Kaspers). Das Kind kann nach gelungener therapeutischer Intervention akzeptieren, daß in ihm orale Gier ist, aber auch der starke Drang, diese im Zaum zu halten und zu kontrollieren, und daß es die Kraft eines Kaspers hat, mit Unbeschwertheit und Gelassenheit das Krokodil in den Zoo und den sehr gestrengen Polizisten zu seinem Schreibtisch zurückzubringen.

An welcher Stelle des Spiels der Therapeut sich zurückhält und an welcher er interveniert, hängt dabei von der Konfliktlage jedes einzelnen Kindes ab. Es kann sehr gut möglich sein, daß er gezwungen ist, Verständnis für den Gesetzgeber zu zeigen, wenn eine „wohlwollende neutrale Haltung“ dem Kind den Eindruck vermitteln würde, daß es erlaubt ist, verdrängte Impulse in Handlungen umzusetzen. Die Technik des Kinderpsychotherapeuten (wie die des Psychoanalytikers überhaupt) ist nur dann sinnvoll und effektiv, wenn sie auf die spezifische Struktur des Kindes oder Jugendlichen bezogen wird. In diesem Rahmen kann eine Intervention bei dem eine Kind angemessen, bei einem anderen aber ungünstig sein (vgl. Eißler 1966, S. 844f.). In jedem Fall hat der Kinderpsychotherapeut eine Art „diplomatischen Einfluß“ auf die Übertragung, wie es Thomä (1984) für die Psychoanalyse von Erwachsenen auch beschreibt. Er bemüht sich, das dargestellte Spielfeld von Impulsen, Normen und Steuerungsversuchen zu überschauen und hat auch mögliche Konfliktlösungen vor Augen. Diese Fähigkeit des Therapeuten wird vom Kind gespürt und das Spiel als Externalisierung eigener Erlebnisanteile wird um so plastischer, als das Kind sich darauf verlassen kann, daß der Erwachsene die andere Seite übernimmt, gleichzeitig den Überblick über das Konfliktgeschehen hat und dem Kind helfen kann, am Ende alle Aspekte in das Selbst zu integrieren. Der Therapeut spielt also mit, läßt sich als Darsteller von Selbstaspekten des Kindes verwenden, behält aber mit diagnostischer Distanz den Überblick über das Externalisierungsgeschehen. Mit seinen Interventionen befähigt er das Kind, die widerstrebenden Erlebensweisen als eigene anzuerkennen und anzunehmen, dadurch eine Ich-Stärkung zu erfahren und den neurotischen Zwiespalt zu überwinden.

1.3 Die Übertragungsbeziehung und die Antwort des Therapeuten

Die Arbeit mit dem Kind auf der Übertragungsebene der Beziehung ist vom Wiederaufleben der früheren Beziehungsatmosphäre beim Kind und dem Versuch des Therapeuten geprägt, seine antwortenden Gefühle zu ordnen, von der persönlichen Übertragung zu differenzieren und dem Kind in verschiedener Form zugänglich zu machen, so daß es mit Staunen eine Klärung und Korrektur früherer emotionaler Erlebnisse erfährt.

Mit dem Begriff der „Übertragungsbeziehung“ wird hier versucht, die Problematik einer Übertragungsneurose in der Kinderpsychoanalyse aufzugreifen, ohne den Begriff der Übertragung zu stark auszuweiten. Es ist von vielen Autoren (A. Freud 1968, S. 42 ff.; Grave 1981, S. 158 ff.; Müller 1976, S. 324 ff.) auf diese Problematik hin-

² Klüwer würdigt unter Zitierung von Sandler eine solche Konzeption der Übertragung als einer unbewußten Rollenbeziehung als bedeutsame Erweiterung des Übertragungskonzepts, die uns erlaubt, in neuer Weise das Zusammenspiel von Subjekt und Objekt zu betrachten (Klüwer 1983, S. 136 f.).

gewiesen worden. Wenn daran festgehalten wird, daß Übertragung die Wiederbelebung früherer lebensgeschichtlich entscheidender Gefühlserlebnisse mit den Beziehungsobjekten der Kindheit ist, liegt das Problem sogleich auf der Hand: Eine isolierte Wiederholung solcher frühkindlichen Erlebnisse in der Analyse ist in der Kinderpsychotherapie nicht möglich. Die Beziehungsobjekte der früheren Entwicklungszeit wirken noch mit annähernd gleicher Intensität und Macht auf das Kind oder den Jugendlichen ein. Die libidinösen Beziehungen zu ihnen mögen sich zwar verändert haben, sind aber noch in der Entwicklung. Das Kind ist an einer Wiederholung vergangener Beziehungserfahrungen nicht interessiert, sondern strebt nach neuen Beziehungsmustern. Seine Entwicklung ermöglicht und erfordert zunächst auch eher eine innere Ablösung von den Beziehungen der Vergangenheit als ihre Verarbeitung, die ja auch eine gewisse Wiederannäherung bedeuten würde. Deshalb kommt es eher selten vor, daß in der Therapie eines Kindes oder Jugendlichen alle Empfindungen, Ängste, Konflikte, die dem inneren Bild von den Eltern galten, nun als Übertragungsneurose in die Beziehung zum Therapeuten eingehen und an der Beziehung zu ihm ausphantasiert und ausagiert werden.

Gleichwohl erlebt der aufmerksam beobachtende und fühlende Kinderpsychotherapeut, daß sich in seiner Beziehung zum Kind eine besondere Atmosphäre herstellt, daß das Kind ihn auf unnachahmliche Weise an sich bindet und daß er selbst eine entsprechende antwortende Bindung an das Kind zu entwickeln beginnt, die als Gegenübertragung bezeichnet werden kann. Sie gibt Hinweise darauf, was dem Kind diese etwas künstliche – weil aus dem Zusammenhang des Alltagsgeschehens herausragende – Beziehung bedeutet, was es sich davon erhofft und was es an ihr befürchtet. Diese Hinweise zeigen meist sehr enge Zusammenhänge mit Erfahrungen, die das Kind mit infantilen Liebesobjekten gemacht hat und die ihm im Hier und Jetzt gefühlhaft besonders wichtig sind.

Das eine Kind stellt eine Beziehung her, indem es selbst sich des anderen mit allen auch zärtlichen Gefühlen bemächtigt, aber jede eigenständige Regung des anderen als Gefahr des Überfahren-Werdens bekämpft. Im Therapeuten regt sich der Wunsch, das Hindernis zu beiseitigen, das Kind in den Arm zu schließen.

Das andere Kind läßt eine Atmosphäre aufkommen, in der der Therapeut hilflos ausgeliefert ist, während es selbst ihn sadistisch reizen kann. Im Therapeuten regt sich das Bedürfnis, die eigene Kraft zu zeigen und den kleinen Mann unterzubuttern.

Wieder ein anderes Kind stellt einen kleinlichen Autonomiekampf her, indem es rechthaberisch auf unsinnigen Positionen beharrt. Der Therapeut möchte am liebsten mit rationalen Argumenten beweisen, daß er recht hat.

Ein weiteres Kind klebt am Therapeuten, stellt hohe Ansprüche an seine Aufmerksamkeit und Gebebereitschaft. Der Therapeut möchte sich am liebsten losreißen, die Ansprüche als unverschämt zurückweisen, obwohl er bei diesem Gedanken schon ein schlechtes Gewissen hat.

Die antwortenden Gefühle des Therapeuten können zu einer diagnostischen Interpretation benutzt werden, die zunächst nicht geäußert wird, sondern einer inneren Klärung der Übertragungssituation dient. Mit diesem Schritt bereitet der Therapeut eine passende und für das Kind annehmbare Deutung des Beziehungsgeschehens vor, die einen Zusammenhang zwischen den Problemen des Kindes im Elternhaus und der Therapiesituation herstellt.

Die starke Verflochtenheit zwischen den atmosphärisch sich darstellenden Ansprüchen des Kindes an den Erwachsenen und seinen antwortenden Gefühlen macht eine Diagnostik der Übertragungsbeziehung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und eine therapeutische Verwertung dieses Geschehens sehr schwierig. Wohl auch deshalb läßt der Kinderpsychotherapeut diesen Teil der therapeutischen Beziehung manchmal außer Acht. Dabei handelt es sich hier um den Höhepunkt dieser Beziehung und die innerste Möglichkeit der Bewältigung von infantilen neurotischen Beziehungskonstellationen.

Die Vernachlässigung dieses Aspektes durch den Therapeuten korreliert oft mit dem Wunsch des Kindes, seine konflikthaften Impulse gegenüber den infantilen Objekten nicht bewußt wahrzunehmen, ja sich sogar gegen ihre Bewußtwerdung zu schützen: Die Beziehung zum Therapeuten soll, dem unbewußten Wunsch entsprechend, der Beziehung zu den Eltern in früherer Zeit der Kindheit gleich werden, aber der Wunsch und die ihm entgegenstehende Norm bilden einen Konflikt, der von Angst begleitet ist und verdrängt wird.

In der Beziehung zum Therapeuten soll einerseits der zärtliche, sadistische, rechthaberische, vereinnahmende infantile Beziehungswunsch wiederholt und befriedigt werden, aber je stärker er ins Bewußtsein tritt, desto mehr weckt er auch Angst vor dem Überfahren-Werden, der Rache, dem autoritären Druck und dem Verlassenwerden durch den Therapeuten und wird deshalb abgewehrt. Die Abwehr in der Beziehung zum Therapeuten wird als Übertragungswiderstand bezeichnet (vgl. Sandler et al. 1973, S. 69), der neue Einstellungen zu den aktuellen Beziehungspartnern verhindern und nur durch Deutung dessen, was in der Übertragung vorgeht, überwunden werden kann.

Eine Form des Übertragungswiderstands, die bei Kindern häufig vorkommt, ist die der ersatzweisen Befriedigung von Triebwünschen in der Therapie. Das Kind spielt beispielsweise stundenlang Gesellschaftsspiele, um den Stand der Beziehung „regeln“ zu können, oder es kocht immer wieder Haferbrei, um die in die Übertragung eintretenden Triebwünsche wegzustopfen, es schießt bei allen Gesprächen mit der – mit Knallmunition geladenen – Pistole, um seine Aggressionen verpuffen zu lassen usf. Die weiterführende analytische Arbeit an der Übertragung hat das Ziel, daß sich das Kind seinen Wünschen und seiner Angst stellt und neue Einstellungen ausprobieren. Die Arbeit ist nur möglich, wenn dem Kind ein gewisses Maß an Frustration auferlegt ist. Die Beziehung zum Therapeuten darf dem Patienten nicht nur Befriedi-

gung versprechen, sondern muß ihm auch einfühlsam Versagung zumuten (vgl. Freud 1949, S.76). Denn wenn der Therapeut allen Wünschen des Kindes nachkommt, kann er sie kaum noch als Übertragungsphänomene deuten und sie auf die Beziehung zu den Eltern zurückführen. Das Kind erlebt ihn ja als Realbezugspartner, der damit zur „besseren“ Mutter (Vater) wird und nicht mehr Anlaß zur Progression gibt. Statt eine Veränderung in den häuslichen Beziehungen anzustreben, wird es versuchen, in die häuslichen Verhältnisse des Therapeuten Eingang zu finden. Um solche Vorgänge zu vermeiden, sollte die diagnostische Verwertung von Gegenübertragungsgefühlen nutzbar gemacht werden. Dem Kinderanalytiker kann dabei die eigene Analyse helfen, durch die er die in ihm entstehenden antwortenden Gefühle, Wünsche und Ängste in der Beziehung in ihrer Bedeutung für die Übertragungseinstellung des Kindes besser differenzieren kann.

1.4 Das Pendeln zwischen den Beziehungsebenen

Zauner (1981) hat dargestellt, daß ein Kind – je früher und je deutlicher es neurotisch geprägt wurde – um so eher die Objektrepräsentanzen der realen Umwelt mit Zügen seiner konfliktgeborenen Phantasie ausstatten wird, die sich dann entsprechend von den realen, im Alltag erlebten unterscheiden (S.364). Für den Bereich der stationären Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen empfiehlt er deshalb ein Pendeln zwischen verschiedenen Beziehungsebenen. In der stationären Therapie bedeutet das, daß der Psychotherapeut auf der Beziehungsebene der Übertragung mit seinen Interventionen auf den inneren Konflikt zentriert, der Erzieher aber die Rückmeldung mit einer in der Gesellschaft in analogen Situationen zu erwartenden Reaktion gibt (S.365).

In der ambulanten Psychotherapie muß der Therapeut selber Repräsentant der Realität sein, muß aber auch eine therapeutische Regression zulassen. Diese setzt Triebwünsche frei, wie sie gegenüber den frühkindlichen Objekten bestanden, aber sie belebt auch die entsprechenden Konflikte mit erworbenen Normen und läßt das Kind bzw. den Jugendlichen entsprechende Ängste verspüren. Diese intrapsychischen Konflikte werden von Kindern und Jugendlichen häufig in interpersonelle Vorgänge umgewandelt, wobei eine Externalisierung von Selbstanteilen auf den Therapeuten vorgenommen wird. Sie verdichten sich atmosphärisch und färben die Beziehung zum Therapeuten so stark, das man von einer Übertragungsbeziehung sprechen kann. Die Arbeit, die sich Psychotherapeuten und Erzieher in der Klinik teilen können, muß der ambulant Behandelnde allein oder mit Hilfe der Eltern leisten. Er muß pendeln zwischen der Herstellung einer Realbeziehung, die dem Kind Orientierung in seiner sozialen Umgebung ermöglicht, dem Spiel, das im interpersonellen Miteinander die intrapsychischen Konflikte erleben und korrigieren hilft, und der Übertragungsbeziehung, die die Züge der frühkindlichen Beziehungsbilder des Kindes trägt.

Er muß dementsprechend mal seine Persönlichkeit deutlicher konturieren, mal sich im Spiel zur Demonstration als ein Rolleninhaber benutzen lassen und mal sich verzeichnen lassen durch die Vorstellungen und Phantasien des Kindes; und vor allem muß er seine Beobachtungen, Empfindungen und Lösungsideen dem Kind einfühlsam zugänglich machen, mal durch Rückmeldung als Realpartner, mal durch spielerische Korrekturen im interpersonellen Psycho-Drama und mal als Interpret der frühen Beziehungserfahrungen, die ihm angetragen werden.

2 Fallbeispiel

Das Fallbeispiel zeigt die Möglichkeiten von Veränderungen im Beziehungsgeschehen ebenso wie die Notwendigkeit unterschiedlicher Interventionstechniken des Therapeuten.

Der kleine Sven war sieben Jahre alt, als er von der schuldbedrückten Mutter gebracht wurde. Obwohl Sven durch ausgeprägte aggressive Attacken auf sie und Kinder auffiel, schrieb sie sich die Schuld dafür zu, weil sie den Jungen in einem Augenblick größter Verzweiflung über ihre verfallene Ehe, die Verständnislosigkeit des Mannes und die Schwierigkeit des Sohnes so geschlagen hatte, daß man ihn in ein Krankenhaus bringen mußte.

Das Schuldgefühl versetzte sie als Erzieherin des Sohnes in große Hilflosigkeit, die der Junge gut erspürte und die ihn erst recht zu aggressiven Durchbrüchen zu reizen schien. Nach längerer stützender Beratung der Mutter mit gelegentlicher Hinzuziehung des Vaters kam der Junge in die Therapie.

Zunächst war er abwartend und sehr mißtrauisch und ängstlich. Ich hatte in den ersten Stunden das Gefühl, ihm recht offen und gewinnend entgegenkommen zu müssen und vor allem deutlich machen zu müssen, daß er in unserer Beziehung der Tonangebende sein solle.

Er schoß mit den Würfelspielen an die Wand, fragte aber mehrmals, ob man von solchen Pfeilen auch sterben könne. Ich erklärte ihm – sehr an der Realitätswahrnehmung bleibend, daß dies nicht so ohne weiteres möglich sei, aber daß man sich mit den Spitzen schon sehr weh tun könne. Seine Phantasien drückte er inhaltlich bei Spielen an der Ritterburg aus. Ich hatte zunächst keine eigene Rolle zu spielen: Er identifizierte mich mit seiner eigenen und ließ mich auf seiner Seite darstellen, was er wollte. Das Spiel war von großer Grausamkeit und überwältigender Dynamik. Immer wieder wurden Menschen durch die Luft gewirbelt, erstochen und erschlagen. Es kristallisierte sich immer mehr Svens Neigung heraus, einem Supermann diese Kräfte zuzutrauen. Ich sprach meine Bewunderung für die übermenschlichen Kräfte des Supermanns, aber auch mein Mitgefühl für die ohnmächtigen Gegner. (Dies tat ich, weil ich das Gefühl hatte, daß er zwar mit dem Wunsch stark zu sein auf Seiten des Supermannes spielte, aber mit der Angst überwältigt zu werden, auf der Seite der Überfallenen war.)

Ich bekam bald die andere Seite bei Duellen zugesprochen, die jetzt das Spiel bestimmten. Wenn ich mich im Spiel wehrte und zu erstarken drohte, wurde Sven regelrecht wild und drohte Burg und Spieler zu zerstören. Wenn ich meine Ritterfigur auf den Boden legte und von ihrer Unterlegenheit und Schwäche sprach, wechselte Sven die Supermänner aus. (Ich handelte so, um darzustellen, daß die Aufgabe eines Kampfes, die Anerken-

nung einer Niederlage auch möglich ist, ohne daß man „sein Gesicht verliert“.)

Nach einigen Wochen ließ mich der Junge auch einen Supermann spielen, einen, den er von zu Hause mitgebracht hatte. Er gestattete der von ihm geführten Figur zunächst auch schwach zu werden, um dann mit begeisterter Vitalität seinen Ritter als neuen Supermann erstehen und siegen zu lassen. Ich sagte, daß manchmal auch ein Schwacher so groß werden kann, daß er seinem Angreifer überlegen wird. (Ich sagte das, um seine Flexibilität bei der Übernahme der Rolle des Schwachen, seinen Mut, auch diese Rolle für seine Person anzunehmen, zu stützen.)

Inhaltlich stellte er bald danach Ähnliches mit Hilfe eines Rollenspiels dar, in dem er einen Sheriff darstellte, ich aber einen Räuber. Er ließ mich bei Wasser und Brot im Gefängnis schmoren, traktierte mich mit sadistischen Einfällen, deutete im Spiel Schläge und Ermordung an. Wenn die Phantasie mit ihm durchging, schlug er auch tatsächlich und ich mußte ihn im Sinne der beschriebenen Realbeziehung – mit ernster Stimme und aus dem Spiel heraustretend – darauf aufmerksam machen, daß er alles darstellen könne, aber mir nicht tatsächlich wehtun solle. Er sah das ein, bemühte sich auch meistens, sich daran zu halten. In den Wochen dieses Rollenspiels wurde ich etwa 500 mal umgebracht und wieder zum Leben erweckt. Meist war ich das Opfer seiner Angriffe, denen ich im Spiel nicht gewachsen sein durfte. Ich klagte und weinte im Spiel, beschwerte mich auch über die ungerechte Quälerei und die absolute Abhängigkeit von ihm. (Ich hoffte dadurch, ihm in seinen Ängsten nahe-zukommen und die Rolle des triebhaft agierenden Gesetzeshüters in Frage zu stellen.)

Er übernahm dann selbst die Rolle des gefangenen Räubers und wurde von mir sehr korrekt und freundlich behandelt – obwohl ich bei mir die Lust verspürte, nun meinerseits meine Macht auszunutzen. Diese Freundlichkeit übernahm er: ich bekam nun Hähnchen und Pommes frites in das Gefängnis gebracht. Ich durfte mich gegen ihn wehren, und er ließ sich von mir andeutungsweise durchkitzeln und durchhauen, wie er es in einem Film mit Laurel und Hardy gesehen hatte. Das Spiel lockerte sich und verlor seinen Ernst. In der darauffolgenden Zeit übernahm er immer häufiger die Rolle eines Vaters und bestrafte mich für ein Vergehen. Ich mußte hilflos wüten und weinen, er lachte mich aus. Wenn ich aber wagte, ihn zu bedrohen, machte er mit großer Geste seine Autorität deutlich: Er zog sein großes Schwert und stellte es zwischen seinen Beinen aufrecht hin, mich damit bedrohend. Ich mokierte mich über diesen Vater, der so verständnislos mit seinem Sohn umging und ihn schließlich mit roher Gewalt zum Schweigen brachte. Er kehrte die Rollen um und ich sagte: „so geht es einem, wenn man richtig bedroht worden ist: du wünschst dir, ganz stark zu sein, damit dir nichts passieren kann, aber du verstehst dann auch, wie schlimm es dem geht, der so viel Angst haben muß vor der Stärke des anderen.“ In dieser Phase der Therapie hatte er durch die Externalisierung verschiedener Aspekte seines Selbst ausprobiert, was passieren könnte, wie er sich verändern könnte, wie die Reaktionen eines Gegenübers sein könnten. Er hatte sich seine Wunsch-Rollen zugelegt, aber auch Erfahrung mit seinen Angst-Rollen gemacht, und er hatte schließlich gefühlsmäßig und dann auch verbal in meinen Interventionen verstanden, daß diese Rollen alle in sein Erleben, in seine Person gehören.

Parallel zu dem sich bald fast stereotyp wiederholenden Wunsch des Jungen, mich in der Rolle des Opfers zu überfallen, sadistisch zu quälen und gefügig zu machen, und meinen Bemühungen, zwischen meiner Rolle und meiner Person zu unterscheiden und Opferlos und Gewalttätigkeit als Schicksal einer Person darzustellen, wuchs eine libidinöse Bindung an mich

eine Übertragungsbeziehung, die sehr viel zärtliche und gleichzeitig übersprunghaft aggressiv-überwältigende Züge hatte. Diese Beziehungsünsche galten nach meinem Verständnis vorwiegend dem inneren Bild der libidinös besetzten Mutter und konnten erst jetzt wiederbelebt werden. Aber auch der in der frühen Kindheit für Sven unerreichbare, übermächtige und immer sehr ernst und streng wirkende Vater schien mir darin ersehnt und niedergezwungen zu werden.

Die verbale Deutung der Gefühle des Jungen als auch auf Mutter und Vater bezogene Wünsche erbrachte zu Hause erstaunliche Veränderungen: Während die schwach und unsicher reagierende Mutter von Sven überschießend fröhlich sexuell attackiert wurde, wurde der Vater als Kumpel hinzugezogen, der den Jungen auffällig deutlich dabei bestärkte, wenn dieser der Mutter an die Brust griff. Mit dem Vater rangelte und tobte Sven jetzt und wagte Konkurrenzausinandersetzungen, die er sich früher nicht getraut hatte. Aggressionen gegenüber anderen Kindern und Wutdurchbrüche zu Hause zeigte er nicht mehr. Die Reaktionen der Eltern erforderten intensivere Beratungsgespräche mit ihnen.

Summary

The Therapeutic Relationship in Analytic Child and Adolescent Psychotherapy

The article describes the relationship of a child to a psychotherapist as a developmental process. This process develops in three phases:

1. In the level of the actual relationship
2. In the externalization level of the relationship
3. In the countertransference level of the relationship

On these three various levels it is necessary for the therapist to have a different approach and contact with the child. The appropriate therapeutic technique is depicted.

Literatur

- Diepold, B., Haar, R. (1982): Fragen der diagnostischen Einschätzung bei der Behandlung präödpal gestörter Kinder. In: Kind und Umwelt, H. 37. – Eißler, K. (1966): Bemerkungen zur Technik der psychoanalytischen Behandlung Pubertierender nebst einigen Überlegungen zum Problem der Perversion. In: Psyche 20, S. 843. – Frankl, F., Hellmann, I. (1969): Die Ich-Beteiligung am therapeutischen Bündnis. In: Biermann, G. (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie Bd. 1, München: Reinhardt. – Freud, A. (1968): Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung. Stuttgart: Klett. – Freud, S. (1949): Ges. Werke Bd. 5. London: Imago Publishing. – Geleerd, E. (1957): Some Aspects of Psychoanalytic Technique in Adolescents. In: Psychoanalytic Study of the Child, 12, 263. – Haar, R. (1980): Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen in Klinik und Heim. In: Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 29, 182. – Haar, R. (1981): Ambulante und stationäre Gruppentherapie mit Jugendlichen. In: Biermann, G. (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie Bd. 4. München: Reinhardt. – Haar, R. (1983): Die Beobachtung von Beziehungsformen in der analytischen Kinderpsychotherapie. In: Prax. Kinderpsychol., Kinderpsychiat. 32, 174. – Haar, R. (1982): Diagnostik von Borderlinefällen bei Jugendlichen. In: Kind und Umwelt H. 35. – Haar, R., Zauner, J., Zech, P. (1979): Gruppentherapie und Gruppenarbeit bei Kindern und Jugendli-

- chen in Klinik und Heim. In: *Psychologie des 20. Jh.* Bd. 8 Zürich. – *Heigl, F.* (1973): *Gruppentherapie: interaktionell – tiefenpsychologisch fundiert (analytisch orientiert) – psychoanalytisch.* In: *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 7, 132. – *König, K.* (1982): *Der interaktionelle Anteil der Übertragung.* In: *Psychoanalyse und ihre Anwendung in Gruppen.* In: *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 1/2/82 (Festschrift für Anneliese Heigl-Evers). – *Klein, M.* (1946): *Notes on Some Schizoid Mechanisms.* In: *Envy and Gratitude and Other Works 1946–1963. The Writings of Melanie Klein, Vol. III* (1975) London: The Hogarth Press. – *Klüwer, R.* (1983): *Agieren und Mitagieren.* In: *Hoffmann, S. O.* (Hrsg.): *Deutung und Beziehung. Kritische Beiträge zur Behandlungskonzeption und Technik in der Psychoanalyse.* Frankfurt/M.: Fischer S. 132–145. – *Moeller, M. L.* (1977): *Zur Theorie der Gegenübertragung.* In: *Psyche* 31, 142. – *Müller-Pozzi, H.* (1980): *Zur Handhabung der Übertragung in der Analyse von Jugendlichen.* In: *Psyche* 34, 339. – *Ogden, T. H.* (1979): *On Projective Identification.* In: *Int. J. Psycho-Anal.* 60: 357–373. – *Sandler, J./Dare, Chr./Holder, A.* (1973): *Die Grundbegriffe der psychoanalytischen Therapie* Stuttgart: Klett. – *Thomä, H.* (1984): *Der Beitrag des Psychoanalytikers zur Übertragung.* In: *Psyche* 38, H. 1, S. 29–62 Stuttgart. – *Zauner, J.* (1981): *Beziehungsstrukturen in therapeutischen Institutionen von Kindern und Jugendlichen. Förderung oder Hemmung des Behandlungsprozesses.* In: *Biermann, G.* (Hrsg.): *Handbuch der Kinderpsychotherapie Bd. IV,* München: Reinhard S. 362–367.
- Anschr. d. Verf.: R. Haar, Witzenhäuser Str. 21, 3436 Hess.-Lichtenau 4.