

Haar, Rüdiger

## **Die Beobachtung von Beziehungsformen in der analytischen Kinderpsychotherapie**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 32 (1983) 5, S. 174-180

urn:nbn:de:bsz-psydok- 29823

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](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)  
Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

## INHALT

### Aus Praxis und Forschung

<i>Bauers, W.:</i> Familientherapie bei stationärer Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen (Family Therapy in Connection with Clinical Psychotherapy for Children and Teenager) . . . . .	224
<i>Buddeberg, B.:</i> Kinder mißhandelter Frauen – Struktur und Dynamik von Mißhandlungsfamilien (Children of Battered Wives – Structure and Psychodynamics of Violent Families) . . . . .	273
<i>Büttner, M.:</i> Legasthenie – Langzeitverlauf einer Teilleistungsschwäche (Congenital Alexia – A Long Time Procedure) . . . . .	45
<i>Castell, R., Benka, G., Hoffmann, I.:</i> Prognose enkopretischer Kinder bei stationärer Behandlung (Prognosis of Encopretic Children after Therapy on a Ward for Psychosomatic Diseases) . . . . .	93
<i>Dellisch, H.:</i> Das symbiotisch-psychotische Syndrom (M.S. Mahler) (The Symbiotic Psychotic Syndrome According to M.S. Mahler) . . . . .	305
<i>Diepold, B.:</i> Eßstörungen bei Kindern und Jugendlichen (Childhood Eating Disorders) . . . . .	298
<i>Fries, A.:</i> Sprachstörungen und visuelle Wahrnehmungsfähigkeit (Speech Disorders and the Act of Visual Perceiving) . . . . .	132
<i>Gehring, Th. M.:</i> Zur diagnostischen Bedeutung des systemorientierten Familienerstinterviews in der ambulanten Kinderpsychiatrie (The Relevance of Systemorientated Initial Family Interview for Diagnosis in Ambulant Child Psychiatry) . . . . .	218
<i>Geuss, H.:</i> Ursachen der Wirksamkeit Tachistiskopischer Trainings bei Schreib-/Leseschwäche (Tachistoscopic Trainings with Dyslectic Children: Mechanism of Efficiency) . . . . .	37
<i>Glanzer, O.:</i> Zur kombinierten Behandlung eines 12-jährigen mit dem Sceno-Material und dem Katathymen Bilderleben (Combined Treatment of a Twelve-Year-Old with Sceno-Test Methods and Guide Affective Imagery) . . . . .	95
<i>Kind, J.:</i> Beitrag zur Psychodynamik der Trichotillomanie (Contribution to the Psychodynamic of Trichotillomania) . . . . .	53
<i>Klessmann, E., Klessmann, H.-A.:</i> Anorexia nervosa – eine therapeutische Beziehungsfalle? (Anorexia nervosa – A Therapeutical Double Bind) . . . . .	257
<i>Klosinski, G.:</i> Psychotherapeutische Team- und Elternberatung leukosekranker Kinder während der Behandlung unter Isolationsbedingungen (Psychotherapeutic Team-Consultation including the Parents of Leukosis Children Treated under Conditions of Isolation) . . . . .	245
<i>Lehmkuhl, G., Eisert, H. G.:</i> Audiovisuelle Verfahren in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Diagnostische und therapeutische Möglichkeiten (Audio-Visual Methods in Psychiatric Treatment of Children and Juveniles: Diagnostic and Therapeutic Opportunities) . . . . .	293
<i>Lempp, R.:</i> Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie in einem Klinikum: Aufgaben – Bedürfnisse – Probleme (Child-Guidance-Sections in a Clinical Center: Tasks – Needs – Problems) . . . . .	161
<i>Meier, F., Land, H.:</i> Anwendung und Prozeßevaluation eines Selbstkontrollprogramms bei Enuresis diurna (Use and Process Evaluation of a Self-Control-Program in Case of Diurnal Enuresis) . . . . .	181
<i>Merkens, L.:</i> Basale Lernprozesse zur Förderung der visuellen Wahrnehmungsfähigkeit bei Autismus, hirnorganischen Schädigungen und sensorisch-motorischen Deprivationen (Basic Training Processes for the Development of Visual Perception with Autism, Organic Brain Damage, and Sensorimotor Deprivation) . . . . .	4
<i>Neeral, T., Meyer, A., Brähler, E.:</i> Zur Anwendung des GT-Paartests in der Familiendiagnostik (The Application of the „Gießen Test for Couples“ in Family Therapy) . . . . .	278

<i>Neumann, J., Brintzinger-v. Köckritz, I., Leidig, E.:</i> Tussis hysterica – Beschreibung eines ungewöhnlichen Symptoms (Tussis hysterica – Case Description of an Unusual Symptom) . . . . .	206
<i>Pauls, H.:</i> Rollenübernahmefähigkeit und neurotische Störung bei 10- bis 12jährigen Kindern – Eine Korrelationsstudie (Role-taking-ability and Neurotic Disturbances with Children Aged between 10 and 12 Years – A Study of Correlation) . . . . .	252
<i>Paulsen, S.:</i> Die Familie und ihr zweites Kind – Erwartungen der Eltern während der Schwangerschaft (The Family and the Second Child – Expectations of the Parents during Pregnancy) . . . . .	237
<i>Peltonen, R., Fedor-Freybergh, P., Peltonen, T.:</i> Psychopathologische Dynamik nach der Schwangerschaftunterbrechung oder das „Niobe-Syndrom“ der modernen Zeit (Psychopathological Dynamics after Procured Abortion or the Modern Niobe-Syndrome) . . . . .	125
<i>Perinelli, K., Günther, Ch.:</i> Unverarbeitete Trauer in Familien mit einem psychosomatisch kranken Kind (The Role of a Disturbed Mourning Process in Psychosomatic Families) . . . . .	89
<i>Saloga, H. W.:</i> Probleme des elektiven Mutismus bei Jugendlichen (Problems of Adolescent Elective Mutism) . . . . .	128
<i>Schmidtchen, St., Bonhoff, S., Fischer, K., Lilienthal, C.:</i> Das Bild der Erziehungsberatungsstelle in der Öffentlichkeit und aus der Sicht von Klienten und Beratern (The Image of Child-Guidance Clinics among Members of the Public, Clients and Counselors) . . . . .	166
<i>Schönke, M.:</i> Diagnose des sozialen Lebensraumes im Psychodrama (Diagnosis of Social Life Space in Psychodrama) . . . . .	213
<i>Steber, M., Corboz, R.:</i> Zusammenhänge zwischen Geschwisterposition und Intelligenz sowie Persönlichkeit bei verhaltensauffälligen Kindern (Relations between Birth Order, Intelligence and Personality in Children with Problem Behavior) . . . . .	67
<i>Steinhausen, H.-Ch.:</i> Elterliche Bewertung der Therapie und des Verlaufs bei kinderpsychiatrischen Störungen (Parental Evaluation of Therapy and Course of Child Psychiatric Disorders) . . . . .	11
<i>Steinhausen, H.-Ch.:</i> Die elterliche Zufriedenheit mit den Leistungen und Erfahrungen im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik (Parental Satisfaction in an Outpatient Child-Psychiatric-Clinic) . . . . .	286
<i>Sturzbecher, K.:</i> Geschwisterkonstellation und elterliche Unterstützung oder Strenge (Sibling Configurations and Parental Support or Severity) . . . . .	57
<i>Voll, R., Allehoff, W.-H., Schmidt, M. H.:</i> Fernsehkonsum, Lesegewohnheiten und psychiatrische Auffälligkeit bei achtjährigen Kindern (TV-Konsum, Reading Practice and Child Psychiatric Disorder in eight-year-old Children) . . . . .	193
<i>Wiesse, J.:</i> Zur Funktion der Regression in der Adoleszenz (On the Function of Regression in Adolescence) . . . . .	1

### Pädagogik und Jugendhilfe

<i>Dellisch, H.:</i> Auswirkungen der Charakterstruktur in der Schule (Effects of Personality Structures in School) . . . . .	76
<i>Ertle, Ch.:</i> Psychoanalytische Anmerkungen zum Handeln des Lehrers (A Psychoanalytical Approach to the Teaching of Behaviorally Disturbed Children) . . . . .	150
<i>Hagleitner, L.:</i> Der sogenannte Animismus beim Kind (Child Animism) . . . . .	261
<i>Hobrücker, B.:</i> Die Persönlichkeit von Jugendlichen mit Suizidhandlungen: Stichprobenvergleich und Klassifikation (The Personality of Adolescents with Parasuicides: Comparison of Samples and Taxonomic Klassifikation) . . . . .	105

<i>Lauth, G.</i> : Erfassung problemlöserrelevanter Kognitionen bei Kindern (Assessment of Childrens Problemsolving Skills) . .	142
<i>Schulteis, J. R.</i> : Hat der Begriff verhaltensgestört unterschiedliche Dimensionen? (What does the Term Behaviorally Disturbed Mean according to Different Points of View) . .	16
<i>Will, H.</i> : Zur Tätigkeit und Ausbildung von Diplom-Psychologen in der Heimerziehung (Employment and Training of Certified Psychologists in Institutional Education) . . . .	71

#### Berichte aus dem Ausland

<i>Brinich, P. M., Brinich, E. B.</i> : Adoption und Adaption (Adoption and Adaption) . . . . .	21
<i>Martin, P., Diehl, M.</i> : Die Einweisung in ein „Mental Health Institute“ als kritisches Lebensereignis – Aspekte der kognitiven Repräsentanz (Admission into a Mental Health Institute) . .	26

#### Tagungsberichte

<i>Remschmidt, H.</i> : Bericht über den VII. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie vom 4.–8. Juli in Lausanne . . . . .	312
<i>Schmidt, M. H.</i> : Bericht über die 18. wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie vom 9.–11. Mai in Marburg . . . . .	310
<i>Sellschopp, A., Häberle, H.</i> : Bericht über die zweite Arbeitstagung für Ärzte und Psychologen in der onkologischen Pädiatrie . . . . .	114
<i>Steinhausen, H.-Cb.</i> : Bericht über den Second World Congress of Infant Psychiatry vom 29.3.–1.4. 1983 in Cannes, Frankreich . . . . .	186

#### Kurzberichte

<i>Hargens, J.</i> : Die Klarheit des eigenen Weltbildes als wesentliche und grundsätzliche Voraussetzung therapeutischer Hand-
---

lungsmöglichkeiten: Eine Erwiderung zu Leistikows „Wechselwirkungsmodell ...“ . . . . .	82
<i>Leistikow, J.</i> : Stellungnahme zu „Die Klarheit des eigenen Weltbildes als wesentliche und grundsätzliche Voraussetzung therapeutischer Handlungsmöglichkeiten“ von Jürgen Hargens . . . . .	85
In memoriam Heinz-Walter Löwenau . . . . .	117
Gerhard Nissen zum 60. Geburtstag . . . . .	233
Reinhart Lempp zum 60. Geburtstag . . . . .	267
Hellmut Ruprecht – 80 Jahre . . . . .	315

#### Literaturberichte: Buchbesprechungen

<i>Häfner, H. (Hrsg.)</i> : Forschungen für die seelische Gesundheit. Eine Bestandsaufnahme der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Forschung und ihrer Probleme in der Bundesrepublik Deutschland . . . . .	233
<i>Hauschild, Th.</i> : Der böse Blick . . . . .	157
<i>Kornmann, R., Meister, H., Schlee, J. (Hrsg.)</i> : Förderungs-Diagnostik. Konzept und Realisierungsmöglichkeiten . . . . .	187
<i>Leber, A. (Hrsg.)</i> : Heilpädagogik . . . . .	157
<i>Mandl, H., Huber, L. (Hrsg.)</i> : Emotion und Kognition . . . .	269
<i>Mertens, W. (Hrsg.)</i> : Psychoanalyse: ein Handbuch in Schlüsselbegriffen . . . . .	317
<i>Österreichische Studiengesellschaft für Kinderpsychoanalyse (Hrsg.)</i> : Studien zur Kinderpsychoanalyse. Jb. I und II. . . .	234
<i>Schneider, H.</i> : Auf dem Weg zu einem neuen Verständnis des psychotherapeutischen Prozesses . . . . .	268
<i>Zimmer, D. (Hrsg.)</i> : Die therapeutische Beziehung. Konzepte, empirische Befunde und Prinzipien der Gestaltung . . . .	316

**Mitteilungen:** 34, 86, 116, 158, 188, 235, 270, 318

# Die Beobachtung von Beziehungsformen in der analytischen Kinderpsychotherapie

Von Rüdiger Haar

## Zusammenfassung

In dem Beitrag wird versucht, die Beobachtung des Kindes in der Therapiestunde und im Verlauf der Therapie zu strukturieren. Dafür werden drei Ebenen der therapeutischen Beziehung beschrieben:

1. Die Ebene der Realbeziehung
2. Die Externalisierungsebene der Beziehung
3. Die Übertragungsebene der Beziehung

Die Realbeziehung beschreibt den Umgang des Kindes mit der realen Situation und der eigentümlichen Person des Therapeuten (einschließlich seiner beruflichen Rolle) und dient der Herstellung eines Arbeitsbündnisses. Auf der Externalisierungsebene der Beziehung überträgt das Kind Selbstaspekte (Vorstellungen, Normen, Triebanteile) auf den Therapeuten und erwirbt so Erfahrungen im Umgang mit ihnen. Auf der Übertragungsebene im engeren Sinne überträgt das Kind Objektrepräsentanzen (Beziehungsmuster aus der frühen Eltern-Kind-Beziehung) auf den Therapeuten und erlebt auch den zentralen Konflikt als Beziehungsgeschehen. Im Therapieverlauf kommen diese Beziehungsformen auch prozeßartig zur Geltung.

## 1. Darstellung

Mehr als in der Psychoanalyse der Erwachsenen ist der Psychotherapeut von Kindern diagnostisch gefordert. Die Schnelligkeit der Handlungsabläufe, die Wechsel von Äußerungsformen und ihre Vielfalt: Spiel, Aktion, Wort, Rollenspiel etc. machen es manchmal schwer, das gesamte manifeste Geschehen einzuordnen. Um wieviel schwerer ist es dann, auch die entsprechenden intrapsychischen Prozesse zu verfolgen.

Der Therapeut braucht eine strukturierte Beobachtungstechnik, um dies tun zu können. Es werden deshalb im folgenden technische Hilfsmittel für die Beobachtung und Schlußbildung in Kinderpsychotherapien geschildert. Sie sollen es dem psychotherapeutisch Tätigen ermöglichen, über die Beschreibung des Phänomenalen hinaus zu den Ursachen psychischer Reaktion und psychogener Symptomatik vorzustoßen.

Für die Strukturierung werden drei unterschiedliche, wenn auch nicht getrennte Ebenen der Beziehung postuliert:

1. Realebene der Beziehung (die dem manifesten Erleben des Kindes entspricht),
2. Externalisierungsebene der Beziehung (die vorwiegend vom vor- und unbewußten Erleben beeinflusst wird und die Übertragung von Selbstaspekten auf den Analytiker zum Inhalt hat),

3. Übertragungs-Ebene der Beziehung (die ein Erleben von unbewußten infantilen Beziehungsbildern wachruft und wiederholt).

Dabei sei betont, daß es sich um fiktiv getrennte Bereiche handelt, die – so isoliert – nicht angetroffen werden. Es geht dabei um eine gedankliche Strukturierung der Beobachtungstechnik.

Die kurze Einblendung von Therapiephasen mit einem 10jährigen Jungen soll die theoretische Darstellung veranschaulichen. Sie stellt auch dar, daß die genannten Beziehungsebenen im Therapieprozeß unterschiedlich stark in den Vordergrund rücken: zu Beginn die Realebene, darauf die Externalisierungsebene und schließlich die Übertragungsebene.

Nach Erhebung einer ausführlichen Anamnese und einer psychologischen Untersuchung erscheint ein Junge, der von seinen Großeltern – die ihn versorgen – wegen außerordentlicher Aggressivität gegen sich selbst (er schlägt häufig mit dem Kopf gegen die Wand) und gegen andere (er schlägt Lehrer und Großeltern) geschickt wird. In der Schule hat er neben dem Ärger mit den Lehrern auch starke Konzentrationsstörungen.

Ich sehe einen dünnen, blassen Jungen mit Denkerstirn. Auf meine Fragen gibt er altkluge Antworten, erwachsenhaft und aufschneiderisch. Er sitzt eng umschlungen bei seiner Oma, erzählt dann im Einzelgespräch mit hämischem Grinsen, wie er die Großmutter und seine Lehrer ärgert. Er bekommt so die negativ getönte Zuwendung von Leuten – ein enfant terrible.

Die begleitende Mimik ist stark, fast ein dauerndes Grimassieren. Er äußert, daß im Zimmer die Fenster und Türen schmutzig sind und macht sich Sorgen, daß er den Untersucher mit den Wurfpielen verletzen könne. Andererseits bietet er mit provozierendem Ton an: „Soll ich Ihnen mal Ihre Schreibtischlampe kaputtmachen?“

Er erzählt nicht, daß er sich zu Hause vor dem Essen ekelte, wenn jemand den Teller angefaßt hat. Er kennt keine Probleme oder Ängste. Er läßt sich dann aber auf ein längeres Gespräch darüber ein, wie er seine „Feinde“ fertigmachen kann.

### 1.1 Realebene der Beziehung

Auf der *Realebene der Beziehung* betrachten wir das manifeste Erscheinungsbild und das Verhalten als vom Jungen gewollte Interaktion: Er provoziert den Erwachsenen und macht ihn zum Objekt seiner aggressiven Impulse. Er imponiert ihm durch ein auffälliges und abstoßendes Verhalten. Er scheint sich über seine Wirkung – Verstörung und Reizung des Gegenübers – zu freuen: er will Ärger und Schimpfen bewirken. Er erzwingt die Zuwendung der Erwachsenen, gibt ihnen aber keine Macht über sich. Er bemächtigt sich selbst nach Möglichkeit der Erwachsenen. Er verleugnet Probleme und stellt sich als stark und autonom dar, so daß es zunächst so erscheint, als gäbe es keine Motivation zur Zusammenarbeit mit dem Therapeuten. Schließlich leidet er ja offenbar und im bewußten Erleben unter

Nichts. In der Schilderung seiner Kämpfe mit „den Feinden“ allerdings bietet er einen Ansatzpunkt für Kooperation: auf der Ebene der Realbeziehung, die zunächst auch von mir benutzt wird, kann ich ihm anbieten, noch stärker und besser mit den Feinden zurechtzukommen. Ich verstärke damit die bewußte Intention des Jungen, sich mächtig fühlen zu können.

Die reale Beziehung zwischen dem Jungen und mir als eine Begegnung von zwei Kooperationspartnern, die bewußt miteinander „ins Geschäft kommen“, bot die Grundlage für weitere Treffen und für eine Art Arbeitsbündnis: wir wollen versuchen, dich zu stärken in deiner Auseinandersetzung mit der Umwelt, die du als feindlich erlebst – das ist das auf der realen und bewußten Ebene gesteckte Ziel.

Die erste Phase der Therapie zeigt, wie der Junge und der Therapeut diese Grundlage nutzen.

In den ersten Stunden der zweijährigen Therapie ging es darum, die charakterlichen Ausformungen der psychischen Störung, wie der Junge sie auf der realen Ebene der Beziehung zu mir wie zu anderen Beziehungspartnern zeigte, infrage zu stellen. Ich hoffte, daß er mehr Interesse an mir hätte, als nur, mich zum Schimpfen zu bringen. Diese Hoffnung bestätigte sich, als wir in das Spielzimmer gingen. Nachdem er sich zunächst in altklug-abfälliger Weise über das Zimmer äußerte („Das ist also Ihr Spielzimmer, na ja.“), ließ Mike sich bald von dem Spielmaterial gefangennehmen und war wie verwandelt. Seine altklugen Art und seine Drohungen waren vergessen und ich spielte als Erwachsener keine spezifische Rolle mehr. Innerhalb von wenigen Wochen sprachen auch die Großeltern von einer „wundersamen Veränderung“ ihres Kindes. Durch die untergründige Infragestellung meinerseits (Motto: Ist es wirklich so schön, mich zum Schimpfen zu bringen?) und durch das Angebot eines neuen Kommunikationsmittels konnte er seine neurotische Haltung gegenüber der Umwelt verändern und seine Konflikte im Spiel und Rollenspiel mit mir unterbringen. Die Beziehung zu mir wurde dementsprechend immer bedeutungsvoller für ihn: Schon 10 Minuten vor der Stunde wartete Mike ungeduldig auf mich und fragte die Sekretärin immer wieder nach der Zeit. Wenn ich kam, zeigte er zwar keine Freude oder Zuneigung, sondern seine anfängliche ruppige Art. Diese gestaltete sich aber immer mehr zum freundschaftlichen Sprachspiel: Er war nicht mehr Flegel, er *spielte* Flegel. Er behandelte mich zunehmend als großen Freund und Bundesgenossen. Das Bündnis, das so zwischen uns entstand, sollte später die für sein Empfinden kritischen Äußerungen und Interventionen tragen, die ich als Analytiker machte. Es sollte ihm ermöglichen, daß er um der Beziehung willen Veränderungen seiner Einstellung erprobte und sich dabei auf meine Deutungsarbeit einließ. Die Ebene der Realbeziehung wurde von mir genutzt, um Interesse bei dem Jungen zu wecken und ihn für die Treffen zu motivieren. Sie diente dann dazu, ihm andere Kommunikationsformen und -mittel (Spiele) zur Verfügung zu stellen, so daß seine verbalen, altklugen Attacken unwichtig wurden. Sie bot auch die Grundlage für eine längerfristige Kooperation.

## 1.2 Externalisierungsebene der Beziehung

Die zweite Ebene der Beziehung soll die Versuche des Kindes/Jugendlichen berücksichtigen, durch Externalisierung (also Veräußerung) innere Instanzen und Regungen in die Außerwelt zu verlegen. Das Kind nimmt dabei eine Rollenzuteilung vor, bei der es selbst einen Konfliktpart und der Analytiker den anderen übernimmt. Dadurch wird eine augenblickliche Erleichterung für das Ich des Kindes ge-

schaffen, das ja nun nicht mehr im Konflikt zwischen Wünschen und Normen entscheiden muß, sondern daraus eine Inter-Aktion mit dem Spielpartner macht. Die Erleichterung ist in der Abnahme der Angst begründet, die das Kind im Konflikt erlebt. Sie ist aber auch eine narzißtische Befreiung, weil mit der Veräußerung von bedrängenden Gefühlen auch die persönliche Verunsicherung und Kränkung behoben wird.

Wir beobachten also nun die Beziehung, die das Kind zum Untersucher aufnimmt, als Versuch, eine solche Art Rollenverteilung vorzunehmen. Wie sehen die Rollen aus?

Das Verhalten des Jungen ist von regressiven kleinkindlichen Wünschen und Vorstellungen geprägt. Er bemüht sich, durch ein Zurückschrauben seiner reifen Ich-Funktionen eine Befriedigung früherer Wünsche wiederzuerlangen. Er geht dabei vorwiegend in einen Erlebnisbereich zurück, der von Bemächtigungsphantasien, sadistischen Wünschen, Schmutzlust und -angst und von magischen Denkprozessen bestimmt ist, – mit anderen Worten: er regrediert vorwiegend in die anale Phase seiner Kindheit.

Der Ausdruck von Aggression und Infragestellung von Ordnungen seiner Umwelt geschieht – so nehmen wir weiter an – nicht ohne Angst vor einem möglichen Chaos. Deshalb provoziert der Junge den Untersucher wie auch seine Erzieher. Sie müssen ihm in ihrer Rolle Grenzen setzen, sich mit ihm auseinandersetzen, seiner Wut Herr werden. Sie müssen ihm damit auch zeigen, daß es möglich ist, die aggressiven Ausbrüche zu steuern, damit niemand zu Schaden kommt oder seine Liebe entzieht. Dies ist auch wichtig, weil das Kind sich nicht zutraut, seine eigene Macht realistisch einzuschätzen. Es gesteht sich in der Phantasie in magischer Weise Kräfte zu und muß deshalb Angst vor den eigenen Möglichkeiten und der Rache der Umwelt haben. Daß solche Angst da ist, zeigt der Junge in widersprüchlichen Äußerungen: Er sieht die aggressive Bemächtigung der Umwelt als erste Aufgabe, ist aber gleichwohl voll magischer Angst vor den selbst geschossenen Wurf Pfeilen. Er betont die Lust ein Häufchen zu machen, hat aber Bedenken gegenüber den schmutzigen Fenstern und dem durch Berührung anderer verunreinigten Teller.

Ein Konflikt zwischen dem Drang, Triebwünsche aus der kleinkindlichen analen Erlebenssphäre zu befriedigen und den von Angst verursachten Bedenken ist in ihm. Wir können auch mit S. Freud von Es und Über-ich sprechen, deren Kampf vom Ich gesteuert werden mußte.

Der Junge entwickelt kein neurotisches Symptom (Ordnungszwänge, Sammelleidenschaft, Einkoten etc.), sondern zeigt eine Charakterneurose mit ihren Auswirkungen in der sozialen Interaktion.

Das Verhalten gegenüber seinen Phobien (Schmutzangst, Berührungsangst) ist allenfalls als Symptomlösung anzusehen, wird aber durch kontraphobisches Agieren verarbeitet (vgl. König, 1981). In der therapeutischen Beziehung bedeutet das, daß er im Sinne einer Externalisierung anderen Personen bestimmte Anteile seiner Persönlichkeit zuteilt und sie an ihnen bekämpft. Zunächst heißt das, daß er mich – wie seine Großeltern – immer wieder herausfordert, ihm Grenzen zu setzen, während er die andere Seite, die der Wünsche und Triebe, auszuleben versucht. Er möchte mir

also die steuernden Funktionen (Ich) und die Normenregulierung zuschreiben, um selbst mit weniger Angst die Impulse (Es) auszuleben<sup>1</sup>.

Solche Externalisierung geschieht in jeder Kinderpsychotherapie. In der Regel werden dem Therapeuten dabei Hilfs-Ich-Funktionen zugesprochen. Diese Zuteilung unterstützt er auch von sich aus, indem er die Rolle des Erkenntnis und Realitätsprüfung schaffenden Helfers anbietet. Oft dient die Externalisierung dem Bestreben des Kindes, den angstmachenden Konflikt in die Beziehung zu verlagern. Insofern ist sie eine Abwehrmaßnahme des Ich: Aus dem intrapsychischen Konflikt wird dann ein interpersonaler oder interaktioneller Konflikt.

Dieses Geschehen kann auch dem Bestreben des Therapeuten entgegenkommen, konflikthafte Erleben manifest werden zu lassen und zu beeinflussen. Dazu ist es allerdings wichtig, daß er die widerstreitenden Kräfte immer wieder als Anteile eines eigentlich innerpsychischen Konfliktes des Kindes deutlich werden läßt.

Von Beginn der Therapie an demonstrierte der Junge seine Konflikte mit Wünschen und Bedürfnissen, die in ihm steckten. Er inszenierte Rollenspiele, im Rahmen derer sich ein bestimmter Prozeß entwickelte: *In einer der ersten Stunden ergriff Mike ein Gewehr und gab auch mir eines. Er legte auf mich an. Etwas voreilig fragte ich, ob er sich wohl mit mir schießen wolle. Er legte die Waffen wieder weg und begann ein anderes Spiel. In den Stunden danach griff er wieder zu den Waffen und bestimmte, daß ich auf seiner Seite gegen imaginäre Feinde schieße. Obwohl er mich zum Hauptsheriff ernannte, führte er das Kommando. Wieder später bestimmte er mich erstmals zum Gegner und schoß in meine Richtung. Er mußte aber bald ein Spiel erfinden, bei dem ich wieder auf seiner Seite war. Es dauerte eine ganze Zeit, bis er ein Spiel erfand, in dem er als Räuber die eigenen aggressiven und libidinösen Bemächtigungswünsche mir gegenüber unterbrachte, mir aber die Rolle des Sheriffs zuteilte, der ihm Grenzen setzt.*

So hatte er nun in Form einer Externalisierung und im Spiel das untergebracht, was er sonst nur unvollkommen in seinen Auseinandersetzungen mit den Großeltern andeutete: Er drückte seinen Willen nach Macht aus und agierte aggressive Phantasien. Er machte mich zu einem Gegenüber, das Recht, Moral und Anstand wahrte. Er konnte außerdem seine Stärke und Treffsicherheit unter Beweis stellen: Immer wieder zeigte er, wie genau er mit seinem Gewehr schieße.

Die Rollenspiele endeten schließlich damit, daß er einen bestimmten Cowboy darstellte, Lucky Luke, der unfehlbar schießt und von keinem getroffen werden kann und der für das Recht eintritt. Als solcher trat er mir, einem unbekannten Angreifer, entgegen. Diese Spiele drückten einen Fortschritt in bezug auf seinen Konflikt aus: weder die Normen noch die Aggression mußte an einen Außenstehenden delegiert werden. Beides hatte der Junge übernommen, weil er beides als Lucky Luke miteinander vereinbaren konnte.

Die Ebene der Externalisierung wurde von mir als Möglichkeit genutzt, den inneren Konflikt im Spiel zu beobachten und Lösungsmöglichkeiten anzudeuten. Die Scheu des Jungen, sich mir kämpferisch gegenüberzustellen, wich dem Bemühen, zunächst mit mir und dann auch gegen mich „das Rechte“ zu verteidigen. Schließlich konnte er auch die als „böse“ identifizierten Wünsche nach Macht

und Besitz agieren, bevor er eine Rolle übernahm, die seinem Ich-Ideal entsprach *und* die Wünsche internalisieren half: Lucky Luke, der starke, mächtige und zwischen Sheriff und Bandit stehende Held.

### 1.3 Übertragungsebene der Beziehung

Wenn wir auf einer dritten Ebene der Beziehung denken, nämlich den Kontakt zum Therapeuten als eine Übertragungsbeziehung in einem engeren (die frühen Beziehungsbilder reproduzierenden) Sinne ansehen, kommen wir verständnisgemäß den Ursachen der intrapsychischen Prozesse näher. Wir bewegen uns gleichzeitig auf einen noch weiter im Unbewußten verborgenen Erlebnisinhalt zu: die *klein-kindliche Beziehung zu Mutter und Großeltern* und ihre Auswirkung auf die inneren Einstellungen und Verhaltensmuster, die von einem zentralen unbewußten Konflikt ausgehen.

In dem zu Beginn geschilderten Erstinterview haben wir zwei Anhaltspunkte, mit Hilfe derer wir uns – zunächst noch etwas spekulativ – auf die vom Jungen angebotene Übertragung zubewegen können. Der Junge sitzt eng umschlungen bei seiner Oma, behandelt sie aber zeitweise ausgesprochen aggressiv. Diese Beobachtung einer aktuellen Mutter-Kind-Beziehung läßt den Rückschluß zu, daß auch in früher Kindheit eine enge Verbindung zur Oma möglich war, eine aggressive Selbstbehauptung aber zu Trennung und Unsicherheit führte. Wir vermuten also, daß der Junge in seinen Beziehungsbildern Nähe als Unterwerfung und Sicherheit erlebt hat, Selbstbehauptung und damit auch phallische Aggression aber als Zerstörung und Unsicherheit.

Der zweite Anhaltspunkt gibt eine Bestätigung dafür: Es ist das spontane Gefühl, daß beim Therapeuten gegenüber dem Jungen entsteht und das etwas auszusagen vermag über das, was der Junge nach einer Weile in der therapeutischen Beziehung induzieren wird. Ich spreche von der Möglichkeit, die Gegenübertragung des Therapeuten als Hilfe bei der Deutung der Übertragung des Kindes zu nutzen. Gegenüber diesem Jungen entsteht beim Therapeuten zunächst das Gefühl, er habe eine große Distanz zu ihm, der ihn immer wieder zum schimpfenden Erwachsenen machen will. Er betrachtet ihn ohne Emotionen, kann erst einmal nichts Liebenswertes entdecken. Es kommt ihm so vor, als wolle der Junge zwar bei ihm sein, aber ihm nur auf eine Weise, nämlich als dem schimpfenden und Grenzen setzenden Erwachsenen begegnen. Er hat den Verdacht, daß eine größere Nähe oder gar der Ausdruck von Zuneigung vom Jungen vermieden wird. Er hat auch das Gefühl, daß der Junge die Grenzen der Geduld des anderen auslotet: wann schmeißt er mich wohl raus?

Bestätigend erfahre ich aus der Anamnese, daß der Junge seit früher Kindheit unsicher ist, wohin er eigentlich gehört. Die Mutter hat kein Interesse an ihm, ist mit ihren 18 Jahren mit ihrer eigenen Entwicklung beschäftigt und überläßt den Jungen den überforderten Großeltern. Die wagen es nicht, den Jungen als eigenes Kind anzunehmen und benutzen seine Zugehörigkeit zur Mutter als Möglichkeit, die Verantwortung abzulehnen, wenn der Junge schwierig wird. Die Großmutter fühlt sich nur sicher, wenn der Junge sich an sie klammert. Seine im Rahmen der kindlichen Autonomieent-

<sup>1</sup> Dieser Vorgang kann übrigens diagnostisch als typisches Verhalten von Phobikern bezeichnet werden. König (1981) beschreibt den Vorgang für phobische Abwehr als die Suche nach einem „steuernden Objekt“.

wicklung angemessenen aggressiven Selbstbehauptungsversuche ängstigen sie. Der Junge muß den Eindruck bekommen, daß Wohlverhalten ihm eine sonst ungewisse Beziehung erhält, aggressives Verhalten sie aber infrage stellen kann. Die Grenzen erprobt er immer wieder in der Beziehung zur Großmutter, indem er sie verbal reizt.

Die frühkindliche Atmosphäre der Unsicherheit in der Beziehung und der zentrale Konflikt: Wunsch nach Autonomie und aggressiver Bemächtigung und Angst vor Liebesverlust bei Übertretung der elterlichen Normenvorstellung (Immer schön brav sein!) leben in der Übertragung des Jungen wieder auf. Seine Angst vor zärtlicher Bindung wird erklärbar als Furcht vor einengender und Autonomie verhin- dernder Umschlingung durch das Übertragungsobjekt.

In dem regelmäßigen Kontakt zu mir (2–3 Wochenstunden) entstanden nach anfänglicher Unsicherheit kontinuierliche Beziehungsmuster und eine bestimmte emotionale Atmosphäre. Nachdem der Junge zunächst sich einerseits interessant und andererseits abstoßend gezeigt hatte, aber auch mit Ungeduld den Beginn der Stunde erwartete, konnte er in der Folgezeit immer vertraulicher und vertrauter mit mir umgehen und in mir zärtlich-väterliche Gefühle induzieren. Er neigte dazu, mich zu kommandieren und mich als Gehilfen zu behandeln, der die Waffen herauspacken sollte und beim Basteln schwierige Hilfsarbeiten ausführte. Er schien damit die Angst davor zu übertönen, daß seine zärtlichen Gefühle mir gegenüber herauskamen und ihn verletzbar machten. Obwohl in seinen ruppigen Worten viel Zuneigung steckte, bekam ich eine Zurückweisung, wenn ich auch nur in einem Lächeln von mir aus ähnliche Gefühle zeigte. Zunehmend wurde er auch aggressiver mir gegenüber, aber in anderer Art als zu Beginn der Treffen: Nun war es eine direkte Auseinandersetzung mit meiner Person und ich fühlte mich herausgefordert, ihm manchmal etwas abzuschlagen und ihn zu frustrieren. In der ganzen Zeit war Mike dauernd in Bewegung, weil er Angst hatte, die Zeit könne zu schnell vergehen. Ich spürte ungeheure Hektik und große Verlassensängste. Die so beschriebenen Vorgänge in der Beziehung entsprachen meiner Meinung nach der atmosphärischen Unsicherheit um den Jungen von früh an. In der Übertragung auf mich zeigte er Angst vor Nähe als einer an seiner Person vorbeigehenden überrumpelnden Zärtlichkeit, wie sie von der klammernden Oma ausging. Er vermittelte mir auch sein Bedürfnis, die Situation und die Beziehungsperson im Griff zu haben, sich ihrer zu bemächtigen, weil sonst alles gegen seine Vorstellungen gehen könnte. Die große Hektik und Unsicherheit drückten immer wieder die alte Frage aus, ob ihm überhaupt eine sichere Beziehung gewährt werden könne.

#### 1.4 Zusammenfassung

Nachdem der Junge die Therapie und den Therapeuten als reale Angebote angenommen hat und die Kooperation mit einem gemeinsamen Arbeitsziel aus dieser Realbeziehung begründet wird, stellt er bald auf der Ebene der therapeutischen Beziehung nach dem Muster der Externalisierung seine inneren Konflikte im Spiel und hier u. a. im Rollenspiel dar und verlegt per Externalisierung bestimmte Anteile seiner Persönlichkeit (Ich, Über-Ich) in den Analytiker. Vor allem atmosphärisch stellt sich im weiteren Verlauf eine für seine Psychogenese typische Übertragungsbeziehung her: die dauerhafte Unsicherheit, wo er als Persönlichkeit wachsen und sich durchsetzen kann, ohne emotional oder real verlassen zu werden.

Es läßt sich damit eine Ähnlichkeit der therapeutischen Entwicklung des Jungen mit dem von *Anna Freud* (1968, S. 44) geschilderten Regressions- und Entwicklungsprozeß nachweisen, wie sie ihn in bezug auf die Übertragungsbeziehung des Erwachsenen darstellt: Zu Beginn der Behandlung sei die Beziehung zwischen Analytiker und Analysand eine mehr oder weniger realistische, d. h. den äußeren Umständen entsprechend. In diese Beziehung treten im Verlauf der Analyse mehr und mehr libidinöse und aggressive Elemente ein, die aus der verdrängten und von der Analyse wiederbelebten Kindheit des Patienten stammen. Dieses Wiedererleben der Vergangenheit in der Gegenwart setzt sich fort, bis auch der zentrale pathologische Konflikt sich um die Person des Analytikers abspielt und die so entstandene irrealen Übertragungsneurose die reale Arzt-Patient-Beziehung völlig in den Hintergrund drängt. Letztere stellt sich am Ende der Analyse wieder her, nachdem der Analytiker die infantilen Elemente durch Deutung von ihr abgelöst hat und nachdem die Übertragungsphänomene für Analytiker und Analysand die erwarteten Einsichten in Struktur und Inhalt der Neurose vermittelt haben.

Die eigentümliche Problematik der Übertragung im Kindes- und Jugendalter läßt die Entstehung einer so beschriebenen Übertragungsneurose meist nicht zu<sup>2</sup>.

*A. Freud* (1968, S. 43f.) hält aber weitgehende Übertragungsentwicklungen in diese Richtung für möglich und möchte auch Phänomene einer Übertragungsneurose bei Kindern nicht ausschließen.

Das Zitat soll in diesem Aufsatz betonen, daß es einen prozeßartigen Fortschritt in der therapeutischen Beziehung gibt, in dem es von einer Realbeziehung über eine die libidinösen und aggressiven Erlebnisse externalisierende Beziehung hin zu einer Übertragungsbeziehung nach frühkindlichen Beziehungsmustern vorgeht.

## 2. Theoretische Diskussion

### 2.1 Realbeziehung

Die angedeuteten Züge einer Realbeziehung sind von vielen Kinderpsychotherapeuten als Bestandteil der Kinderpsychoanalyse beschrieben worden. *Anna Freud* (1927) stellte sie zunächst sogar als anfängliches technisches Vorgehen in der Analyse des Kindes dar, bevor sie dies zugunsten einer Ich-psychologischen Technik (Erweiterung der Selbstregulierungsmöglichkeiten des Kindes durch Stützung der Ich-Funktionen und Bearbeitung der Abwehr) aufgab. Damals benutzte sie die Realbeziehung, um eine Krankheits-

<sup>2</sup> Mögliche Gründe: 1. Korrekturmöglichkeit durch weiterbestehende reale Beziehungen zu den frühkindlichen Beziehungsobjekten, 2. Fortdauer der Entwicklung der libidinösen Beziehungen zu den frühkindlichen Objekten, 3. Streben des Kindes nach neuen Beziehungsmustern, 4. Komplizierung der Übertragung durch Ablösungsversuche, 5. Fehlen der freien Assoziation als verlässlicher Beobachtungsquelle, 6. Agieren des Kindes, in dem aggressive Übertragungsphänomene vor den libidinösen an Bedeutung gewinnen (vgl. *Freud, A.* 1968, S. 42 ff., *Grave, E.* 1981, S. 158 ff., *Müller, E.* 1976, S. 324 ff.).

einsicht herzustellen, dem Kind Zutrauen zur Analyse und zum Analytiker beizubringen und den Entschluß zur Analyse aus einem äußeren in einen inneren zu verwandeln.

Der Versuch, bewußt gesteuerte reale Beziehung in der Psychotherapie herzustellen und zu verwenden, fand aber immer wieder Interesse. *Annemarie Dührssen* (1963<sup>2</sup>) hat eine solche Qualität der Beziehung in die von ihr beschriebene Psychotherapie von Kindern aufgenommen. Sie betont, daß das Kind viel mehr als der Erwachsene in der Analyse seine Reaktionen auf die wirkliche Person des Analytikers richtet.

*Lieslotte Frankl* und *Ilse Hellmann* (1969) zeigen in ähnlicher Weise für Kinderpsychoanalysen auf, daß der Analytiker die reale Beziehung zum Kind, die Beziehungen des Ichs zur äußeren Welt, im Blick haben muß. Die vom Kind erlebte Einfühlung des Analytikers läßt eine Fortführung der Analyse über Widerstand und negative Übertragung hinaus zu. Während – wie die Verfasser zeigen – gerade in der Latenzperiode die analytische Behandlung als Bedrohung des sich gerade herstellenden Gleichgewichts empfunden werden kann, verhilft ihm der Analytiker, der die Rolle eines Vertreters der Realität annimmt und Bundesgenosse wird, zu einer klareren Unterscheidung zwischen Realität und Phantasie, zwischen widerstreitenden Gefühlen, entgegengesetzten Kräften und seiner inneren und äußeren Welt. Die Verfasser verweisen auch auf *Geleerd*, die klargemacht habe, daß es zur Rolle des Analytikers gehöre, ein Vertreter der Realität zu sein.

Für die Psychoanalyse von Jugendlichen ist kürzlich noch einmal von *Heinz Müller-Pozzi* (1980) auf die Bedeutung des realen Beziehungsaspekts in der Therapie Jugendlicher neben Übertragung und Arbeitsbündnis hingewiesen worden. Auch er betont, daß der Jugendliche sich nur innerhalb einer tragfähigen realen Beziehung Übertragungsreaktionen in der Analyse stellen kann.

Die Realbeziehung wird sonst unter dem diagnostischen Gesichtspunkt beobachtet, welche Art der Beziehung vom Patienten gewählt wird, welche also dem Ich des betreffenden angemessen erscheint. Der Wunsch des Kindes/Jugendlichen nach solcher Beziehung wird zur Erzielung einer besseren Kooperation zwischen Therapeut und Patient eingesetzt. Die Realebene der Beziehung ist so für die *Erarbeitung eines Arbeitsbündnisses* wichtig.

Nachdem *Greenson* (1975) die Bedeutung des Arbeitsbündnisses herausgestrichen hat, wird auch in den Analysen Erwachsener die Arbeitsbeziehung zwischen Therapeut und Patienten besonders beachtet. In der Therapie von Kindern und Jugendlichen ist schon von *Aichhorn* (1951) gefunden worden, daß für Jugendliche, die in der frühen Entwicklung von Beziehungen gestört sind und die wegen Verwahrlosungserscheinungen in seine Behandlung kamen, ein Bündnis angezielt werden muß, daß dann eine Basis für vertrauensvolle analytische Arbeit sein kann. Dieses Bündnis trägt die Züge einer Realbeziehung, da sich der Therapeut dem Jugendlichen tatsächlich zur Verbündung gegen die Eltern und andere Erziehungspersonen anbietet und mit seiner Person Schutz bietet. Die „Spaziergangbehandlung“ *Zulligers* (1969) ist gleichfalls ein Beispiel für das Angebot realer partnerschaftlicher Aktivitäten zwischen Therapeut und

Jugendlichem. In ähnlicher Weise wird von *Zauner* (1971) das Ringen um das Arbeitsbündnis mit schizoiden Jugendlichen beschrieben. Hier bemühen sich die Therapeuten, die Zusammenhänge zunächst nicht so sehr unter den Aspekten von Übertragung und Widerstand und den zugrundeliegenden Konflikten zu sehen, sondern das Augenmerk auf die Überwindung der der Kooperation entgegenwirkenden Kräfte zu richten und den Umgang mit den Jugendlichen primär darauf einzustellen. Das Augenmerk gilt vor allem der richtigen Nähe und Distanz, was von allen Mitarbeitern bei Aktivitäten von Sport, Spiel und gemeinsamen Unternehmungen, die eine Kooperation erforderten, mit den Jugendlichen geübt wurde. Die aus dieser Zusammenarbeit, also aus den realen, partnerschaftlichen Beziehungen auf der manifesten Ebene des Verhaltens gewonnenen Erfahrungen begünstigen die Bereitschaft und Fähigkeit zum Arbeitsbündnis auch in der Psychotherapie. Dieses wird besonders in Behandlungskrisen wichtig, wenn die normale Realbeziehung in den Vordergrund der Interaktion gerät. Wenn sie vom Analytiker nicht erkannt wird, sondern als Übertragungsreaktion gedeutet wird, resultieren häufig (berechtigte) feindselige Gefühle beim Patienten. In seinen Augen setzt der Analytiker in diesem Fall die Deutung als Vorwand ein, weil er eigene Schwächen nicht zugeben möchte (vgl. *Moeller* 1977).

## 2.2 Externalisierung in der Beziehung

Die für neurotische Störungen bei Kindern und Jugendlichen entscheidende Wirkung in der Psychotherapie geht aber nicht von einer guten Real- und Arbeitsbeziehung allein aus, sondern von der Übertragungsbeziehung, die das neurotische Kind bald herstellt, wenn es den weitgehend die Neutralität wahren Analytiker regelmäßig und mehrmals in der Woche sieht.

In dieser Arbeit werden zwei Dimensionen der Übertragung beschrieben. *S. Freud* (1949, S. 279) hat in klassischer Weise die Übertragung als „charakteristische Ersetzung einer früheren Person durch die Person des Arztes“ beschrieben. Dies kann man (vgl. *Moeller* 1977, S. 146) als Objektdimension der Übertragung im Gegensatz zur Subjektdimension beschreiben, in der Selbstaspekte vom Patienten auf den Analytiker übertragen werden. Mit den Worten von *Moeller* (1977, S. 151): „Die Regression mobilisiert nicht nur ein infantiles Objekt. Sie aktualisiert auch infantile Selbstaspekte, die letztlich derselben frühen Periode entstammen.“ Die Übertragung von Subjektrepräsentanzen auf eine Objektrepräsentanz ist als Projektion oder wie hier als Externalisierung zu beschreiben<sup>3</sup>.

Mit *Anna Freud* (1968, S. 44) nehmen wir in der Kinderanalyse an, daß zunächst die Selbstaspekte mit libidinösen und aggressiven Elementen aus der wiederbelebten Kindheit

<sup>3</sup> Für die Differenzierung der Begriffe sei auf *Jack Novick* u. *Kerry Kelly* (1970) verwiesen. Dementsprechend soll hier Externalisierung von Selbstaspekten als der Hauptbegriff für alle Prozesse gelten, die zu einer subjektiven Zuweisung von inneren Phänomenen zur Außenwelt führen. (Der Ausdruck Projektion bleibt dann der Externalisierung von Trieben vorbehalten).



in der Übertragung deutlich und deutbar werden und sukzessive die frühkindlichen Beziehungen selbst (Objektbeziehungsaspekt) sich um die Person des Analytikers abspielen (s.o.). Die Übertragung von Selbstrepräsentanzen auf den Analytiker wird hier als ein Geschehen auf der Externalisierungsebene der Beziehung zwischen Kind und Therapeut beschrieben. Mit diesem Begriff wird wiederum an A. Freuds Definition erinnert, die die Externalisierung als Sonderform der Übertragungsbeziehung, nämlich als Übertragung „ganzer Anteile der kindlichen Persönlichkeit“ bezeichnet. Der Kinderanalytiker wird dabei als äußerer Vertreter innerer Instanzen beschrieben. Nicht alle innerpsychischen Konflikte sind demnach auf alte Liebesbindungen zurückzuführen. Nicht weniger bedeutsam als sie sind die Konflikte, die zwischen den psychischen Instanzen vor sich gehen. A. Freud (1968, S. 48 f.) schlägt vor, zwischen ihnen und der Übertragung von Objektbeziehungen streng zu unterscheiden. Dabei weist sie das Argument zurück, daß letzten Endes alle inneren Konflikte auf alte Bindungen zurückgehen, weil für die aktuelle Behandlungssituation die Beziehungen zwischen den Systemen und Instanzen des psychischen Apparats nicht weniger ausschlaggebend sind als die Beziehungen zu der Objektwelt.

In der Kinderpsychoanalyse und in der psychoanalytischen Kinderpsychotherapie hat gerade diese Übertragungsform viel und häufig vordringliches Interesse gefunden. So verwendete die aus der Schule Schultz-Henckes hervorgegangene Psychagogik häufig Techniken, die seelische Störungen indirekt über die Ansprache von Folgen der neurotischen Konflikte beeinflussen. Dabei wurde als erstes Ziel der Therapie nicht eine Korrektur der emotionalen Erfahrungen in der Beziehung angegeben, sondern ein besserer Umgang mit den verdrängten Impulsen. Die angewandte Technik in der Deutungsarbeit bestand dementsprechend in der indirekten Bearbeitung verdrängter Impulse von der Erlebnislücke her (vgl. Dührssen, A. 1963, v. Viebahn, I. 1970, v. Strachwitz, E. 1973). Man kann diese therapeutische Beziehungsaufnahme als Benutzung der Subjektdimension der Übertragung beschreiben. Das Kind projiziert Selbstanteile (Normen, Triebanteile) auf den Therapeuten und beobachtet seine Reaktion, um sich damit identifizieren zu können. Der Vorgang, der von Ogden (1979) als projektive Identifikation beschrieben wird, soll hier unter die Externalisierung von fraktionierten personifizierten Teilen des Selbst gerechnet werden.

Im Unterschied zu den vorher genannten Kinderpsychotherapeuten betont A. Freud, daß diese Beziehung nicht die Form der therapeutischen Beziehung ist, sondern daß in Kinderanalysen sehr wohl Übertragungserscheinungen und auch eine Übertragungsneurose möglich sind (wobei sie hier wieder die klassische Form der Übertragung von Objektrepräsentanzen auf die Person des Analytikers meint). Dies sei vor allem durch den Wegfall der einleitenden Phase (vgl. Freud, A. 1949) und durch die Abwehranalyse (vgl. Bornstein, B. 1949) möglich (Freud, A. 1968, S. 43).

### 2.3 Übertragungsbeziehung

So wie sich auch Anna Freud von der mehr an psychoanalytischer Pädagogik orientierten Technik der Kinderpsycho-

therapie zu einem verstärkten Einsatz der Übertragung gewendet hat (vgl. ihre Aussagen 1949 mit denen 1968), so haben sich auch in Deutschland viele analytische Kinderpsychotherapeuten mehr dem Geschehen in der Beziehung zugewandt, in dem das Kind früher erlebte Vorstellungen und Bilder seines Kontaktes zur Umwelt und zum Selbst wieder aufleben läßt. Die Bedeutung der Übertragung als „mächtigstes Hilfsmittel der Behandlung“ (Freud, S. 1940, S. 223) wurde auch für die Kinderpsychotherapie anerkannt. Die daraus entstandene Technik hat die hilfreichen analytisch orientierten Stützen der „Psychagogik“ weiterentwickelt und befindet sich theoretisch im Einklang mit der kinderpsychoanalytischen Arbeit im Ausland. Übereinstimmend wird hier wie dort die große Bedeutung von Übertragung und das mögliche Auftreten einer Übertragungsneurose auch im Kindesalter angenommen. Frijling-Schreuder (1971) beschreibt sie als ein Beziehungsgeschehen, in dem Konflikte und Symptome sich etablieren und das infantile Erlebnisweisen provoziert. Per Regression werden beispielsweise Geschwister-Rivalität, ödipale Problematik und Größen- und Eigensinnphantasien aus der analen Phase wiederbelebt und mit Hilfe des Analytikers korrigiert. Dieses prozeßhafte Geschehen in der Übertragung bildet den Hintergrund für den Heilungsprozeß in der Kinderpsychotherapeutischen Behandlung, dessen Phänomene von R. Adam (1978) beschrieben worden sind. Übertragungsprozesse dieser Art stellen sich häufig atmosphärisch dar und sind schwer zu objektivieren. Einziges Erkenntnismittel dafür ist die antwortende Gegenübertragung des Therapeuten.

E. Müller (1976) umschreibt sie als Reaktion des Therapeuten auf das Verhalten, die Gefühlsäußerungen und infantilen Ansprüche des Patienten. Um die Verführung zum Agieren der Gegenübertragung zu vermeiden, wie sie von E. Müller beschrieben wird, ist eine gewissenhafte Erforschung der eigenen Gefühle und Impulse (nach der grundlegenden Eigenanalyse) nötig, was auch einen kreativen Umgang mit ihnen ermöglichen kann, wie ihn B. Diepold (1982) zeigt, die einen fiktiven Brief als Antwort auf die Übertragung einer schwierigen Patientin schreibt. E. Grave (1981) hat in jüngster Zeit dargestellt, daß die Auflösung der Übertragung in der Kinderanalyse nicht allein durch verbale Übertragungsdeutung geschieht (wie beim Erwachsenen), sondern in einer ganzheitlichen, gefühlszentrierten und körperbezogenen Form, vorzugsweise beim Spiel.

So ist die Arbeit mit dem Kind auf der Übertragungsebene der Beziehung vom Wiederaufleben früherer 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.

### 3. Schluß

Die dargestellten Ausformungen der Beziehung sollen die Beobachtung der Therapiestunde und des Therapieverlaufs strukturieren helfen.

Die Beantwortung der folgenden drei Fragen kann dazu hilfreich sein:

1. Wie geht das Kind mit der realen Situation und der eigentümlichen Person des Therapeuten um?  
(Die Frage führt zur Beschreibung der Realbeziehung).
2. Welche inneren Konflikte zeigt es dem Therapeuten im Spiel, und welche Rolle teilt es ihm dabei von sich aus zu?  
(Die Frage führt uns zur therapeutischen Beziehung nach dem Muster der Externalisierung).
3. Welche infantilen Beziehungsmuster versucht es, von sich aus durch Übertragung auf den Therapeuten wiederzuleben?  
(Die Frage zielt auf die Übertragungsbeziehung im engeren Sinne).

### Summary

#### *Observing the levels of relation in analytic child psychotherapy*

The article attempts to give a structure to observations of the child in the therapeutic situation and in the process of therapy.

Three levels of the therapeutic relationship are described to achieve this:

1. The level in the actual relationship
2. The externalization level in the relationship.
3. The transference level in the relationship.

The actual relationship describes the behaviour of the child in the actual situation and with the particular person of the therapist (including his professional role) and serves to produce a working relationship.

On the externalization level of the relationship, the child makes a transference of aspects of the self (images, norms, partial drives) on the therapist and thus acquires experience in dealing with them.

On the transference level, in the stricter sense, the child makes a transference of object representatives (patterns of relationships deriving from the early child-parent-relationship) on the therapist and also experiences the actual conflict in the existential relationship with him.

In the course of therapy, the forms of relationship emerge in the context of the specific progress of the therapy.

### Literatur

- Adam, R. (1978): Der Heilungsprozeß in der kinderpsychotherapeutischen Behandlung. In: *Praxis der Kinderpsychologie* 27. – Aichhorn, A. (1977): *Verwahrloste Jugend*. Bern: Huber. – Bornstein, B. (1966): Die Analyse eines phobischen Kindes. In: *Psyche* 20, 72. – Diepold, B. (1982): Ein Versuch kreativen Umgangs mit der Gegenübertragung. In: *Kind u. Umwelt* 36, 5. – Diepold, B., Haar, R. (1982): Fragen der diagnostischen Einschätzung bei der Behandlung präödiop gestörter Kinder. In: *Kind u. Umwelt* 37, 25. – Dührssen, A. (1963): *Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. – Frankl, F., Hellmann, I. (1969): Die Ich-Beteiligung am therapeutischen Bündnis. In: *Biermann, G. (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie*. Bd. 1, München: Reinhardt. – Freud, A. (1949): Einführung in die Technik der Kinderanalyse. London: Imago Publishing. – Freud, A. (1968): *Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung*. Stuttgart: Klett. – Freud, S. (1949): *Gesammelte Werke* Bd. 5. London: Imago Publishing. – Freud, S. (1940): *Gesammelte Werke* Bd. 1. London: Imago Publishing. – Frijling-Schreuder, E. (1969): Übertragung und Gegenübertragung in der psychoanalytischen Kinderpsychotherapie. In: *Biermann, G. (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie* Bd. 1 München: Reinhardt. – Grave, E. (1981): Übertragung, Deutung und Gegenübertragung in der Kindertherapie. In: *Biermann, G. (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie* Bd. 4. München: Reinhardt. – Greenson, R. R. (1975): *Technik und Praxis der Psychoanalyse* Bd. 1. Stuttgart: Klett. – Haar, R. (1980): Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen in Klinik und Heim. In: *Praxis der Kinderpsychologie* 29, 182. – Haar, R. (1981): Ambulante und stationäre Gruppenpsychotherapie mit Jugendlichen. In: *Biermann, G. (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie* Bd. 4. München: Reinhardt. – Haar, R., Zauner, J., Zech, P. (1979): Gruppentherapie und Gruppenarbeit bei Kindern und Jugendlichen in Klinik und Heim. In: *Psychologie des 20. Jhdts* Bd. 8. Zürich. – König, K. (1981): *Angst und Persönlichkeit*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. – Moeller, M. L. (1977): Zur Theorie der Gegenübertragung. In: *Psyche* 31, 142. – Müller, E. (1976): Übertragung und Gegenübertragung in der analytischen Kindertherapie. In: *Biermann, G. (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie* Erg. Bd. München: Reinhardt. – Müller-Pozzi, H. (1980): Zur Handhabung der Übertragung in der Analyse von Jugendlichen. In: *Psyche* 34, 339. – Novick, J., Kelly, K. (1970): Projection and Externalization. In: *Psychoanalytic Study of the Child* Vol. 25. New York. – Ogden, T. H. (1979): On Projective Identification. In: *Int. J. Psychoanal.* 60, 357. – Strachwitz, E. v. (1973): Über verbale Prozesse in der Kinderpsychotherapie. In: *Praxis der Kinderpsychologie* 22, 33. – Viebahn, I. (1970): Zur Technik der analytischen Kinderpsychotherapie. In: *Praxis der Kinderpsychologie* 19, 274. – Zauner, J. (1971): Zur Problematik des Arbeitsbündnisses (Working Alliance) bei der psychoanalytischen Behandlung schizoider Jugendlicher. In: *Praxis der Kinderpsychologie* 20, 113. – Zulliger, H. (1969): Die Spaziergang-Behandlung. In: *Biermann, G. (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie* Bd. 1. München: Reinhardt.
- Anschr. d. Verf.: Rüdiger Haar, Analyt. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Lange Str. 27, 3405 Rosdorf 1.