

## Literatur:

- Bick, E. (1995). Das Hauterleben in frühen Objektbeziehungen. In E. Bort Spillius (Hrsg.), *Melanie Klein Heute. Entwicklungen in Theorie und Praxis Bd. 1* (S. 236–242). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bick, E. (2009). Bemerkungen zur Säuglingsbeobachtung in der psychoanalytischen Ausbildung. In G. Diem-Wille & A. Turner (Hrsg.), *Ein-Blicke in die Tiefe. Die Methode der psychoanalytischen Säuglingsbeobachtung und ihrer Anwendungen* (S. 19–36). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bion, W. (1992a). *Elemente der Psychoanalyse*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Bion, W. (1992b). *Lernen aus Erfahrung*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Bion, W. (1995a). *Angriffe auf Verbindungen*. In E. Bort Spillius (Hrsg.), *Melanie Klein Heute. Entwicklungen in Theorie und Praxis Bd. 1* (S. 110–129). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bion, W. (1995b). Eine Theorie des Denkens. In E. Bort Spillius (Hrsg.), *Melanie Klein Heute. Entwicklungen in Theorie und Praxis Bd. 1* (S. 225–235). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bion, W. (2007). *The Tavistock Seminars*. Tübingen: edition discord.
- Damasio, A. (2004). *Ich fühle, also bin ich. Die Entschlüsselung des Bausteins*. München: List.
- Darler, W. (2011). Von der akademischen Entwicklungspsychologie zur psychoanalytischen Säuglingsbeobachtung: Über Esther Bick die Methode der Infant Observation und die Entwicklung von psychosozialer Kompetenz. In G. Diem-Wille & A. Turner (Hrsg.), *Ein-Blicke in die Tiefe. Die Methode der psychoanalytischen Säuglingsbeobachtung und ihrer Anwendungen* (S. 41–66). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Diem-Wille, G. (2013). *Die frühen Lebensjahre. Psychoanalytische Entwicklungstheorie nach Freud, Klein und Bion* (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Diem-Wille, G. (2012). Primitive Gefühle verstehen lernen – Bions Modell des Contained-Contained. Psychoanalytisches Beobachten von Säuglingen. In G. Diem-Wille & A. Turner (Hrsg.), *Die Methode der psychoanalytischen Beobachtung. Über die Bedeutung von Containment, Übertragung, Abwehr und anderen Phänomenen in der psychoanalytischen Beobachtung* (S. 28–49). Wien: Faktitas.
- Freud, S. (1915). *Trieb- und Triebstadiale*. G. W. Bd. 10.
- Freud, S. (1926). *Hemmung, Symptom und Angst*. G. W. Bd. 14.
- Klein, M. (1936). *Beitrag zur Psychogenese der manisch-depressiven Zustände*. MKGS Bd. 1, 2 (S. 29–76). Stuttgart: frommann-holzboog (1996).
- Klein, M. (1936). *Entwicklung*. MKGS Bd. 1, 2 (S. 77–100). Stuttgart: frommann-holzboog (1996).
- Leuzinger-Bohleber, M. (2009). *Frühe Kindheit als Schicksal? Trauma, Enthaltnahme, Soziale Desintegration. Psychoanalytische Perspektiven*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Pick, B. I. (1995). *Durcharbeiten in der Gegenübertragung*. In E. Bort Spillius (Hrsg.), *Melanie Klein Heute. Entwicklungen in Theorie und Praxis Bd. 1* (S. 45–64). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Russtin, M. (2012). In Berührung mit primitiven Ängsten. In G. Diem-Wille & A. Turner (Hrsg.), *Die Methode der psychoanalytischen Beobachtung. Über die Bedeutung von Containment, Übertragung, Abwehr und anderen Phänomenen in der psychoanalytischen Beobachtung* (S. 13–27). Wien: Faktitas.
- Salzberger-Wittenberg, I. (1997). *Pädagogik der Gefühle*. Wien: Faktitas.
- Spillius, E. Bort (2011). *The New Dictionary of Kleinian Thought*. London: Routledge.
- Stern, D. (1997). *The First Relationship. Infant and Mother. The Developing Child*. London: Harvard University Press.
- Stern, D. (1985). *The Interpersonal World of the Infant. A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. New York: Basic Books.

TESSA BARADON (LONDON), BJÖRN SALOMONSSON  
(STOCKHOLM), KAI VON KLITZING (LEIPZIG)

## Diskussion – Wer ist der Patient in der Eltern-Kleinkind-Therapie?!

**Zusammenfassung:** Anhand zweier Fallbeispiele zeigt Tessa Baradon auf, dass in der Eltern-Kleinkind-Therapie der Patient nicht per se definiert ist, sondern dass er in der Vorstellung des Therapeuten entsteht und sich entwickelt. Der Fokus der Therapie kann sich im Therapeuten und der therapeutischen Beziehung vom Leiden des Kindes zum Leiden der Eltern und der pathologischen Beziehung verschieben. Björn Salomonsson unterscheidet in seinem Diskussionsbeitrag zwischen der indirekten und direkten Übertragung des Babys auf den Therapeuten und sieht diesen als eine Art Übersetzer der infantilen Bedürfnisse. Kai von Klitzing macht auf die letztlich unüberbrückbare Entwicklungsdistanz zwischen den infantilen und erwachsenen Protagonisten im therapeutischen Beziehungsgeschehen aufmerksam, in deren Rahmen v.a. schmerzliche aggressive und destruktive Gefühle auf Seiten der Eltern in der intergenerationalen Beziehung benannt und integriert werden müssen.

**Schlüsselbegriffe:** Eltern-Kleinkind-Therapie – psychoanalytischer Prozess – Eltern-Kind-Beziehung

Baradon, T., Salomonsson, B., & von Klitzing, K. (2014). Diskussion – Wer ist der Patient in der Eltern-Kleinkind-Therapie? *Kindenanalyse*, 22 (1), 71–87

«Wer ist der Patient?»

Diskussionsbeitrag von Tessa Baradon

Die Frage, die uns hier beschäftigt, ist: Wer ist in der Eltern-Kleinkind-Therapie der Patient? Ihre Beantwortung hängt mit den Motiven der Eltern zusammen, sich mit ihrem Baby an uns um Hilfe zu wenden, und insofern auch damit, was wir in unserer Arbeit tun.

<sup>1</sup> Eine kritische Auseinandersetzung mit Fragen der psychoanalytischen Eltern-Kleinkind-Therapie im Rahmen einer „Interface“-Veranstaltung am 13. Weltkongress der World Association for Infant Mental Health im April 2012 in Kapstadt, Südafrika.

In unserer Arbeit bemühen wir uns ganz allgemein darum, dass das Baby in Sicherheit, Gesundheit und Wohlbefinden aufwachsen, Optimismus, Neugierde und Leidenschaft entwickeln und zu einem sozial funktionierenden Erwachsenen heranreifen kann. Da Entwicklung auf Beziehung beruht, wollen wir den Eltern dabei helfen, einen seelischen Zustand zu erlangen und zu bewahren, der es ihnen ermöglicht, ihr Baby liebevoll als interessantes eigenes Individuum zu betrachten und zu akzeptieren, dass es von ihnen abhängig ist und Anforderungen an sie stellt. Wir möchten den Eltern und dem Säugling auch helfen, zu ihrer spontanen Herzlichkeit und ihrem gegenseitigen Interesse zurückzufinden, wenn normale Frustration, Enttäuschung und Wut ihre Beziehung stören.

Um das zu erreichen, behandeln wir die beeinträchtigenden seelischen Zustände und ihre Manifestationen im Verhalten und inneren Einstellungen solche, die einen günstigeren Entwicklungsverlauf ermöglichen.

Wer also ist der Patient? Sehen wir uns diese Frage anhand von klinischem Material an.

### Familie F.

Die Mutter mache eine Wochenbettkrise durch und kam mit ihrem neugeborenen Sohn Robert<sup>2</sup> für vier Monate auf eine psychiatrische Mutter-Kleinkind-Station. Der Vater kam täglich zu Besuch. Als die Entlassung der Mutter absehbar war, suchte er bei einer sozialen Einrichtung Unterstützung dabei, «eine Familie werden» zu können.

Noch bevor wir die Familie kennenlernen, können wir uns bereits verschiedene Patienten vorstellen: die schwerkranke Mutter, die Schwierigkeiten hatte, eine Beziehung zu ihrem Baby herzustellen, einem Baby, das in einer Institution von verschiedenen Personen versorgt wurde, während sein Primärobjekt manchmal mit ihm in Kontakt war und manchmal nicht, einem Baby, das täglich den Verlust des besorgten Vaters erlebte; den Vater, der sowohl den Verlust seiner Frau an die Krankheit als auch die Tatsache betrauern muss, dass er seinen neugeborenen Sohn nicht einfach nach Hause holen kann, der die Ereignisse zu repräsentieren und ein Gefühl von Kernfamilie zu erhalten versucht; und die «spukenden» Patienten – jene aus der Vergangenheit der Mutter, die sich mit der Bindungsgeschichte und den Repräsentationen des Vaters verknüpfen. Und so weiter.

<sup>2</sup> Name geändert.

Sitzung 9 der wöchentlichen Therapie. Baby Robert ist 10,5 Monate alt. 7 Minuten nach Beginn der Sitzung  
Mutter: Vater und die Therapeutin sitzen auf dem Teppich mit Robert in der Mitte. Robert hat seiner Mutter den Rücken zugekehrt und sie sitzt mit gekreuzten Beinen vorgebeugt da. Ihre Haltung signalisiert Beteiligung am Gespräch, aber ihr Gesichtsausdruck wirkt weinfaulstlos.

Der Vater setzt eine Puppe vor Robert und ermuntert ihn, mit ihr zu spielen. Roberts Körper ist angespannt, er schaut herum. Er gibt einen ärgertlichen Ton von sich. Der Vater sieht sich nach anderen Spielachen um und hält den roten Hörer des kleinen Plastiktelefons an Roberts Ohr: «Gut, dann telefonieren wir eben.» Aber Robert ist immer noch unglücklich wegen der Puppe und der Vater lässt den Hörer sinken: «Da ist niemand, das weißt du doch.» Er streicht Robert beruhigend über den Rücken. Die Therapeutin beugt sich vor, nimmt die Puppe und fragt Robert mit modulierter Stimme: «Ärgert dich das Baby oder bist du neugierig darauf? Mir scheint, du schaust ein bisschen (kurze Pause, während sie nach dem richtigen Wort sucht) finster drein ...» Die drei Erwachsenen wechseln ihre Position und der Vater sagt: «Ich bin nicht sicher, wie es geht, also, was gerade los ist.» Robert packt den Hörer mit einer Hand und bewegt mit der zweiten ein anderes Spielzeug. Er brabbelt und wirkt vorübergehend etwas entspannter.

Der Vater sagt, es sei ihnen (den Eltern) «angefallen – nicht, dass es besonders wichtig wäre (seine nützliche Bescheidenheit) –, dass Robert gern auf alles einen Deckel drauflegt». Robert wird wieder ärgertlich, sieht seinen Vater an und zieht damit die Aufmerksamkeit der Erwachsenen auf sich. Der Vater entschuldigt sich bei seinem Sohn, dass er sich bei ablenken lassen: «Oh, tut mir leid, mein Schatz, was?» Die Therapeutin fragt Robert: «Willst du, dass die Puppe weggeht? Ärgert sie dich zu sehr?» Ihre Stimme klingt lebhaft, fragend, etwas erheitert. Robert sieht sie an und dann die Puppe. Der Vater schiebt die Puppe vom Robert weg, sie bleibt aber in seinem Blickfeld. Robert brabbelt und nickt, sieht seinen Vater an und macht ihm sein Unbehagen deutlich. Der Vater reagiert auf die Umnebe seines Sohnes: «Vielleicht ist er sich nicht sicher?» Er legt die Puppe hinter ein Kissen: «Sollen wir die Puppe besser hier lassen? Wir können sie später wieder besetzen.» Er sieht Roberts Unsicherheit und sagt: «Vielleicht.» Dabei nickt er. Die Mutter streckt den Arm aus, streicht kurz über Roberts Hinterkopf und sieht die Therapeutin an. Es kommt zu einer kurzen Interaktion. Die Therapeutin sagt zur Mutter: «Vielleicht war es zu eich.» Die Mutter erinnert sich, dass sich Robert schon einmal die Puppe genähert hat und dabei genauso unsicher war. Der Vater hört zu, während die Mutter redet, und es kommt zu einer kurzen Szene gemeinsamen Überlegens der Erwachsenen. Die Mutter sagt: «Er ist es nicht gewohnt, Puppen zu sehen.» Die Therapeutin murmelt: «Mhm?»

Anmerkungen: Das Baby befindet sich in der Mitte des «Kreises» (oder Dreiecks) der Erwachsenen. Das drückt seine zentrale Stellung in der Therapie aus – *raison d'être* des therapeutischen Engagements.

Der Ausschnitt beginnt mit dem Baby und dem Vater. Die Mutter verfolgt die stattfindenden Interaktionen aufmerksam, ist aber zu diesem Zeitpunkt eher passiv. Ich weiß nicht, ob sie innerlich Anteil nimmt oder sich in ihre codesähnlichen Zustände zurückgezogen hat. Der Vater ist in seinem Handlungsrhythmus dem Tempo des Babys angepasst, aber die Puppe stört die Verspieltheit, die sich zwischen den beiden entwickeln könnte, weil sie beim Baby deutliche Angst auslöst.

Ich assoziiere die Puppe sofort mit dem ausdruckslosen Gesicht der Mutter in ihren depressiven und depersonalisierten Zuständen. Ich glaube, dass uns das Baby – mit seiner Reaktion auf die Puppe – etwas über seine beängstigenden Erfahrungen mit seiner kranken Mutter erzählt. Es bringt, glaube ich, auch die Angst und Sorge seiner Eltern zum Ausdruck, die sie in dieser Phase genauso wie heute und auch im Hinblick auf ihre Zukunft empfinden. Damit habe ich «einen Patienten» in meiner Vorstellung geschaffen: aktuelle und frühere Erfahrungen persönlicher und familiärer Fragmentierung und ihre Repräsentationen in der Psyche von Baby, Mutter und Vater. Ich stelle mir auch einen Patienten vor dem Hintergrund der Einheit Familie und des Narrativs vor, das wir uns über ihre Geschichte und ihre Zukunft auf dem Weg: «eine Familie zu werden», konstruieren.

Unser Hauptfokus liegt also auf dem Baby. Aber wir haben auch *Mutter* und *Vater* als Patienten, in ihrer Funktion und Position als Eltern und in den einmaligen Gedanken- und Gefühlskonstellationen, die ihre jeweiligen inneren Beziehungsmodelle prägen. Es gibt also ein komplexes Geflecht von Erfahrungen – aktuelle und solche, die aus der Vergangenheit auftauchen, seelische Zustände, Repräsentationen, Fantasien, Sehnsüchte und Verhaltensweisen, die in die Betrachtung des jeweiligen Elternteils als Patient einfließen. In diesem Ausschnitt ist es zwar nicht zu sehen, aber wir haben immer wieder auch mit der Mutter als Mutter, als Tochter ihrer Eltern, als Gefährtin ihres Partners gesprochen. Und dasselbe gilt auch für den Vater.

#### 15 Minuten später:

*Die Mutter kniet gegenüber von Robert und dem Vater, die ihren Standort gewechselt haben. Die Puppe sitzt direkt vor Robert und ist wieder im Mittelpunkt. Die Erwachsenen haben sich kurz unterhalten, aber ihr Gespräch wurde durch Robert unterbrochen, der ummerzt und auf die Puppe zeigt. Die Therapeutin sagt sofort zu Robert: «Es ist wieder diese Puppe, ja, schon wieder die Puppe.» Robert hebt sich zu seinem Vater hin und jammert noch mehr. Der Vater sagt: «Da gibt es etwas, bei dem du dir nicht sicher bist.» Im gleichen Moment beugt sich die Mutter vor, nimmt die Puppe und wiegt sie im Arm. Sie sagt*

*mit lebhafter Stimme: «Hallo Puppe, so eine liebe Puppe.» Sie sieht Robert einladend an und er zeigt zögernd Interesse. Der Vater streicht wieder seinen Rücken. Robert beobachtet seine Mutter, während diese die Puppe wiegt und für sie singt: «Hallo Puppe, hallo Puppe.» In diesem Moment gibt Robert angeregte Töne von sich und hipft. Er klingelt immer noch ängstlich und kreucht zu seiner Mutter. Die Therapeutin fragt: «Möchtest du, dass Mann sie hält, während du sie ansiehst?» Der Vater steht aufmerksam zu. Die Mutter singt: «Kitzelige Puppe, kitzelige Puppe.» Es scheint ein vertrauter Singang zu sein, denn Robert hält sich an ihrem Knie fest und stellt sich direkt vor der Puppe auf. Mutter und Sohn beschäftigen sich kurz gemeinsam mit der Puppe. Die Mutter verstärkt die emotionale Note noch, indem sie die Puppe mehrmals laut küsst. Robert wendet zurück, sein unruhiger Blick ist wieder da und er tröstet sich mit den Händen am Körper. Die Mutter fordert ihn auf, die Puppe zu kitzeln und schlägt dann vor, die Puppe wegzunehmen. Sie sagt mehrmals strahlend «Bye-bye, Puppe» und gibt sie ihrem Mann, damit er sie außer Sichtweite räumt. Auch der Vater winkt der Puppe und legt sie in ihr Bettchen. Robert sieht in einer laukeren Umarmung seiner Mutter zu.*

Anmerkungen: In dieser Vignette wird die Mutter aktiv, um Robert dabei zu helfen, sich an die Puppe zu gewöhnen: Sie versucht seine Angst durch ihr wiederholtes «Hallo, Puppe» und die Versicherung, dass es sich um eine «liebe (Küssenswerte) Puppe» handelt, zu entschärfen. Gleichzeitig bekommen wir auch einen Eindruck ihrer emotionalen Intensität. Ganz im Gegensatz zu ihrem sonstigen Verhalten in dieser Sitzung kommt sie plötzlich «in Schwung» – ihre Stimme und ihr Körper scheinen lebendig geworden zu sein. Zugleich wirkt ihr Verhalten beunruhigend mechanisch und leer.

In diesem Moment schwebt mir ein anderer «Patient» vor: der *Af-Jekt* und das *Verhalten* der Mutter, wenn sie ihre gekünstelte Lebendigkeit einsetzt, um damit die Leere zu füllen, die sie empfindet. Ich nehme an, dass das Baby den Unterschied zwischen echter und gekünstelter Gefühlsebene wahrnimmt und dadurch verwirrt und verängstigt ist. Ich bin mir bewusst, dass der Vater die Interaktion zwischen Mutter und Kind genau beobachtet und – durch seine Inaktivität – der norgedungenen Eskalation der Erregung Vorschub leistet. Das Verhalten des Vaters an dieser Stelle führt dazu, dass *Beziehungen* als «Eiertanz» repräsentiert werden.

Zwischen dieser Vignette und der folgenden habe ich eine Verbindung zwischen der Leere der Puppe und der Depression der Mutter hergestellt.

*Drei Minuten später:*

Der Vater sitzt zurückgelehnt auf dem Boden, während Robert immer noch mit seiner Mutter beschäftigt ist. Er zeigt auf einen Wandteppich und gibt ein begeistertes «dada» von sich. Die Mutter bestätigt: «Ja, da sind Enten.» Robert lächelt und signalisiert der Therapeutin, sich auch zu beteiligen. Indem er auf sie zeigt und sie anlächelt. Sie sagt auch etwas zu den Enten. Seine Erregung wächst, als er mit Unterstützung seiner Mutter einige Schritte auf die Wand mit dem Teppich geht. Er starrt die Enten an und die Erwachsenen folgen seinem Blick. Die Mutter bestärkt ihn: «Das ist ein sehr schönes Bild, wirklich toll.» Robert bewegt sich nun sie herum und hält sich dabei an ihrem Finger fest. Plötzlich lässt er sie los und steht ohne Hilfe da. Die Erwachsenen beobachten seine Leistung: «Schau, er steht.» Ihre Stimmen sind herzlich und sie lächeln. Robert sinkt vor der Therapeutin auf den Boden und sie streichelt seinen Rücken, wie sie es von seinem Vater gesehen hat. Robert lächelt auch. Die Mutter, die jetzt lebhafter ist, sagt zur Therapeutin: «Ich glaube, ich habe bemerkt, dass er, wenn ich rede, wenn wir (das Paar) reden, doch zu spielen beginnt, oder er bewegt sich weg von uns, richtig?» Sie wendet sich ihrem Mann zu, der ihre Aussage bestärkt, aber von Robert unterbrochen wird. Der Junge kommt zu seiner Mutter und zeigt wieder auf den Wandteppich. Die Mutter ruft: «Du schaust dir immer noch die Enten an. Aber sie sind ja auch noch immer da.» Sie sieht mit Robert zu dem Wandteppich hinauf und sagt: «Wenn sie doch nur fliegen könnten.» Robert geht wieder einige Schritte auf die Enten zu und macht dabei irgendeine schmerzliche Geräusche.

Die Therapeutin entscheidet sich, den Wunsch der Mutter (vor den Qualen ihrer Krankheit, vor den Schuldgefühlen und vor ihrer Familie davonzulaufen) nicht aufzugreifen, sondern die Qualität und Rolle ihrer gemeinsamen Aufmerksamkeit anzusprechen. An die Mutter gerichtet fragt sie sich, ob die Enten für Robert so aufregend sind, weil er sie mit der Mutter teilen kann. Sie sagt: «Wenn er darauf zeigt und ganz begeistert wird, sind Sie auch ganz begeistert.» Die Mutter bestätigt: «Er zeigt uns dauernd etwas, zeigt dauernd auf etwas.» Der Vater sagt, er habe immer gedacht, dass das angeboren sei, diese Art sich mitzuteilen. Die Therapeutin pflichtet ihm bei, es sei sowohl angeboren als auch eine Möglichkeit, die Mutter zurückzurufen. (Inzwischen ist Robert von den Erwachsenen umgeben, um etwas in der Nähe der Kamera zu unterrichten. Dadurch gibt es auf der DVD eine Nahaufnahme von Robert, so als würde er sagen wollen: «Schau mich an! Kinnern eruch um mich!») Die Mutter beobachtet ihn und wendet sich dann wieder der Therapeutin zu: «Das stimmt, denn wenn er allein spielt ... am ehesten zu sein, wenn er mich nicht direkt ansieht, kann ich so sein, mich schrecklich fühlen, und es ist alles tot.» Sie vergnügt das Gesicht in den Händen und macht den Eindruck, als befände sie sich ganz in ihrer eigenen verlogenen Welt. Die Therapeutin ist bestürzt über die Deutlichkeit des Bildes.

Anmerkungen: Nachdem ich die Bedeutung von Roberts Angst vor der Puppe/der ausdruckslosen Abwesenheit der Mutter gedeutet habe,

konzentrieren wir uns auf den Einsatz gekünstelter Lebhaftigkeit, um emotional in Kontakt zu kommen. Beide Eltern sehen dieses Verhalten zunächst nicht als potentiellen «Patienten», an dem es zu arbeiten gilt. Der Vater nimmt zum Beispiel ganz zutreffend an, dass gemeinsame Aufmerksamkeit etwas Angeborenes ist.

Aber meine Gegenübertragung sagt etwas anderes: Ich habe das Entrenbenedern äußerst langweilig gefunden und habe mir Gedanken über andere Möglichkeiten des Zusammenseins gemacht. Dennoch bin ich von den Bemühungen der Eltern, für ihren kleinen Jungen alles gut zu machen, so eingenommen, dass ich ihre positiven Reaktionen auf das gemeinsame Betrachten der Enten mit aller Aufrichtigkeit hervorheben kann. Das führt dazu, dass die Mutter über ihre emotionalen Abwesenheitszustände sprechen kann, von denen sie gehofft hat, dass sie unbemerkt bleiben, und die nicht ohne Wirkung auf ihr Baby und ihren Mann sind. An dieser Stelle sind wir uns der Eltern als Paar bewusst, ihrer Beziehung als Eltern und Partner gegenüber dem wachsenden Kind. Eine abschließende Bemerkung über einen weiteren «Patienten» in diesem Ausschnitt: Roberts Verwendung der Enten nicht nur, um seine Mutter lebendiger zu machen, sondern auch als «emotionalen Behälter», als «Raum», in dem er Halt für seine angstvollen Gefühle sucht. Ich reagiere auf diesen «Patienten», indem ich die Hand nach ihm ausstrecke, um ihn wieder in Kontakt mit einem menschlichen Objekt zu bringen.

*Zusammenfassung*

Bei der Frage «Wer ist der Patient?» geht es auch darum zu verstehen, was in der therapeutischen Begegnung von Minute zu Minute geschieht. Das kann ein Aspekt des psychischen Erlebens von Baby, Mutter oder Vater sein – im Hier und Jetzt, in der Vergangenheit, bewusst oder nicht, symbolisch repräsentiert oder auf intuitivem Wissen beruhend. Es kann die Beziehung sein – dyadisch, triadisch, systemisch. Manchmal ist es etwas, das der Therapeut am Rand seines Bewusstseins wahrnimmt – eine Atmosphäre zum Beispiel, ein körperliches Gefühl. Und was geschieht, während man sich zum Beispiel auf eine Interaktion zwischen Mutter und Baby konzentriert, mit dem, was gerade nicht im Vordergrund steht? Welcher therapeutische Prozess spielt sich im Schatten ab, zum Beispiel wenn der Vater seine Frau und seinen Sohn im Spiegel betrachtet oder wenn geschwiegen wird?

Ich interessiere mich auch besonders dafür, wie die jeweilige Präsenz des Therapeuten oder der Therapeutin, ihr oder sein «Ich bin», sich

darauf auswirkt, wer der Patient, die Patientin ist. Ich bemühe mich, mir zu vergegenwärtigen, wie die Beschaffenheit meines Interesses, meine Gegenübertragungsgefühle, meine Bewegungen, der Rhythmus meiner Reflexionsstätigkeit, meine Langeweile in der Therapie zu bestimmten Fokussierungen führt. Wer/was der Patient ist und warum, kann daher nur innerhalb der spezifischen Intersubjektivität betrachtet werden, die zu einer bestimmten Zeit in der therapeutischen Begegnung geschaffen wird.

«Wer ist der Patient?»

Diskussionsbeitrag von Björn Salomonsson

Wie viele andere Fragen in der Psychotherapie klingt die Frage, die wir uns heute stellen – «Wer ist der Patient, die Patientin?» – ursprünglich einfach. Wir müssen klarstellen, aus welcher Richtung wir uns dieser Frage nähern. Meint «Patient» die Person, die am meisten leidet, oder die, die wir aus psychodynamischer Sicht zu einer bestimmten Zeit als primäres Ziel unserer Arbeit betrachten? Ich nehme an, die meisten Psychotherapeuten neigen Letzterem zu, was allerdings eine neue Frage aufwirft: Alle Beteiligten an einer Eltern- und Säuglings-Psychotherapie bringen jeweils eine Fülle von bewussten und unbewussten Anliegen zum Ausdruck. Die Kunst unserer Arbeit besteht darin, in der Lage zu sein, mit all diesen Botschaften zu jonglieren, eine Intervention für einen Beteiligten zu formulieren und dabei die Wirkung, die diese auf die anderen haben kann, zu reflektieren.

Ich möchte das anhand von Tessa Baradons Fall anschaulich machen. Als sie den Jungen wegen seiner Angst vor der Puppe anspricht, sagt der Vater: «Eines ist uns aufgefallen – nicht, dass es besonders wichtig wäre –, dass Robert gern auf alles einen Deckel legt.» Die Frage ist, ob der Vater, wenn er scheinbar das tatsächliche Verhalten des Jungen beschreibt, sich im Grunde genommen auch auf seinen eigenen Wunsch, «einen Deckel» auf seinen Kummer zu legen, bezieht. Wenn das so ist, könnten wir sowohl den Jungen wegen seiner Angst vor der Puppe als auch den Vater wegen seines Wunsches, seine Angst zuzudecken, und die Mutter, weil sie sich ausgeschlossen fühlt, als Patienten ansehen. Ich stimme der treffenden Formulierung von Tessa Baradon zu, dass es «ein komplexes Geflecht von Erfahrungen [gibt] – aktuelle und solche, die aus der Vergangenheit auftauchen, seelische Zustände, Repräsentationen, Fantasien, Sehnsüchte und Verhaltensweisen, die in die Betrachtung des jeweiligen Elternreiß als Patient/in einfließen». Ich

würde allerdings noch zwei weitere Patienten hinzufügen: das Baby und, aufgrund von Verschiebung, *mich selbst*. Dabei habe ich meine emotionalen Reaktionen auf das besagte Geflecht und die Notwendigkeit im Auge, diese als Grundlage des Verstehens zu untersuchen und zu nutzen. Ich würde betonen, dass auch das Baby ein solches «Geflecht von Erfahrungen» hat, und wenn man als Therapeut/in will, dass es deutlich wird, muss man als sein Sprachrohr fungieren. Ein Einwanderer, der die Sirenen und die Sprache des neuen Landes nicht beherrscht, wird jemanden brauchen, der sie ihm übersetzt. Aus ähnlichen Gründen braucht das Baby den Therapeuten/die Therapeutin als sein Sprachrohr. Dieser Gedanke ist schon in dem Titel des Buches von Tessa Baradon und ihrer Londoner Gruppe angeedeutet: «Claiming the baby» – das Baby beanspruchen.

Nach diesen Bemerkungen über die wechselnden Patienten in der Therapie werde ich mich in meiner Präsentation aber auf das Baby konzentrieren. Ich werde eine Terminologie vorschlagen, um zwei divergierende Rollen deutlich zu machen, die der Säugling in der Behandlung einnehmen kann. Wenn die Eltern ihr eigenes Leiden nicht anerkennen wollen, kann es sein, dass sie es dem Baby «leihen» oder es auf ihr Kind projizieren. Entsprechend wird es dann zum ungewollten Sprachrohr für ihren Schmerz. Das kann sich als «*inherited*» Übertragung des Babys manifestieren. Wie Sie sehen werden, kann die Angst des Babys vor dem Therapeuten eigentlich die Angst der Eltern vor dem Therapeuten widerspiegeln. In anderen Fällen hat das Baby internalisiertere Probleme. Was auch immer die Ursache eines derartigen «Imports» ist, so kann das Baby dadurch beängstigende Fantasien in Bezug auf seinen Therapeuten entwickeln. Ich bezeichne das als *direkte* Übertragung.

Ich möchte dies an einem Fallbeispiel erläutern:

*Die Eltern des neun Monate alten Vance sind beruflich sehr engagiert. Die Mutter, Arlene, war in Mutterschaftsurlaub, jetzt will der Vater, Henry, seinen Teil der Elternzeit in Anspruch nehmen. Vater und Sohn sollten diese Zeit im Heimatland Arlenes bei deren Mutter verbringen. Arlene soll sie regelmäßig besuchen, aber sie fragen sich, ob Vance seine Mutter vermissen wird. Sie konsultieren mich, um sich Rat zu holen. Ich lerne eine samtl. Mutter und einen pflichtbewussten, wenn auch etwas ratlosen Vater kennen. Die Reise in die Heimat wurde inzwischen bereits storniert. Dies geschah, weil sich Henry davon fürchte, mit dem Jungen allein zu sein. «Ich bin ein schwallisches Tempo als das eines Babys gewöhnt, Ich werde ungeduldig. Angstlich war ich ein hyperaktives Kind.» Henry möchte an seinem Computer sitzen, während er sich um Vance*

*kümmert, aber er macht sich auch Sorgen und schämt sich ein wenig wegen dieser Vorhaben. Ich schlage vor, mehrere Sitzungen zu vereinbaren, um herauszufinden, was das Besondere am Tempo von Vance ist und inwiefern es sich von Henry unterscheidet.*

*In der ersten Sitzung mit Vater und Sängling sitzt der Junge ängstlich auf dem Schoß seines Vaters und merkt meinen Blick.*

*Vater (V): Das ist sehr ungewöhnlich!*

*Analysierer (A) zum Vater: Wie war es für Sie, heute herauszukommen?*

*V: Kein Problem, einfach spannend!*

*A: Letztes Mal haben Sie beschrieben, wie schwierig es ist, mit Vance allein zu sein.*

*V: Das ist schon viel besser. Ich sehe jetzt, wie er von Tag zu Tag Fortschritte macht.*

Der Vater äußert also, kein Problem damit zu haben, zu mir zu kommen! Später in dieser Sitzung spricht er über seine Schuldgefühle, weil seine Arbeit Priorität für ihn hat, und über den Plan, Vance durch die Reise zur Großmutter von seiner Mutter zu trennen.

In der zweiten Sitzung eine Woche später ist der Junge wieder ängstlich. Weinerlich und mit einem Schnuller im Mund hängt er an seinem Vater und meidet mich. Der Vater ist zunehmend gestresst.

*V zu Vance: Fürchtest du dich, Vance, so wie Papa, als wir heute hier angekommen sind?*

*A: Heute haben Sie sich also gefürchtet. Woran haben Sie sich gefürchtet?*

*V: Ich weiß es nicht! ... Vielleicht das Sie, der Experte, herausfinden, dass ich kein guter Vater bin.*

*A: Und was sollte mit Ihnen als Vater nicht in Ordnung sein?*

*V: Könnte ich Ihnen nicht sagen. Aber ich habe das Gefühl, dass Sie ganz genau darüber Bescheid wissen!*

*Der Vater kann jetzt offenbar über seine Angst vor mir, «dem Experten», sprechen. Er blickt noch etwas beim Thema und beginnt dann, von sich als Baby zu berichten.*

*V: Mama hat immer gesagt, dass ich mich schon auf der Entbindungsstation in eine Ecke des Betts gemüht habe, als wollte ich mich aus dem Staub machen.*

*A: Sie meinen, sie hielt Sie für hyperaktiv?*

*V: Ahhmm.*

*A: Das klingt, als hätten Sie schon damals einen Stempel aufgedrückt bekommen. Und jetzt glauben Sie, ich werde Sie als schlechten Vater abstempeln.*

*V: Es ist noch schlimmer. Es ist, als würde ich mich fragen: «Was weiß dieser Mann über mich, das ich selbst nicht weiß?»*

Unsere Arbeit an der negativen Übertragung des Vaters und seinen Erinnerungen an negative Zuschreibungen durch seine Mutter trägt

Früchte. Eine Woche danach sieht mich Vance vom Schoß seines Vaters aus ruhig an. Der Vater scherzt:

*V: Heute habe ich keine Angst, deshalb ist Vance ruhig. Zu Hause habe ich mir gedacht, dass Sie vielleicht doch nicht alles wissen!*

*Vance lächelt mich an und spielt mit ein paar Bananenzellen, die er Henry und mir reicht. Henry beginnt mit trauriger Stimme von seiner Pubertät zu erzählen.*

*V: Als ich 12 oder 13 war, haben Mama und Papa gestritten. Sie blieben verärgert, aber ich habe irgendeine den Kontakt zu meinem Vater verloren, er hat sich in der Arbeit vergraben.*

*In diesem Moment wird Vance wieder weinerlich und klammert sich an meinen Vater. Er vermutet es, mich anzusehen. Der Vater überlegt:*

*V: Wie sensibel er ist! Das ist erstaunlich – und erschreckend. Was, wenn er Fremde findet, die nicht nett zu ihm sind. Wird das schmerzhaft für ihn werden?*

*A: Was ist mir Ihrer Sensibilität?*

*F: Nein, als Junge hat man mich für einen harten Burschen gehalten, aber inwiefern war ich das nicht.*

Wenn der Vater schmerzliche Emotionen unterdrückte, wurde er für Vance unverstündlich. Das zerriss ihr emotionales Band. Es ist für ein Baby beängstigend, wenn es den Kontakt zu Vater oder Mutter verliert. Es wäre logisch gewesen, wenn Vance sich vor seinem Vater gefürchter hätte, aber er schaute mich erschrocken an. Vielleicht sah er in mir den Zauberer, der die Veränderung bei seinem Vater ausgelöst hatte. Vielleicht verschob er seine Furcht vor dem Vater auf mich. Was auch immer der Grund war, er fürchtete sich vor mir, solange sein Vater seinen emotionalen Schmerz unterdrückte. Ich schlage für solche Situationen den Terminus «*indirekte Übertragung*» vor, da die Übertragung des Babys auf die Übertragung seines Vaters folgte. Vance litt am meisten, aber sein Vater Henry war derjenige, der vor allem angesprochen werden musste.

Nach einigen Sitzungen entwickelte Henry Vertrauen in mich, was eigentlich zu einer Beruhigung des Kindes hätte führen müssen. Tatsächlich geschah aber das Gegenteil. Vance begann sich auf andere Weise vor mir zu fürchten. Ich musste die Therapie in meine Privatpraxis verlegen.

*Als Henry das erste Mal eintrifft, macht er eine bemerkende Bemerkung über meine Praxis: Vance beginnt überausbeid zu weinen, weicht mir aus und schaut aus dem Fenster. Ich stelle etwas traurig fest, dass es der erste Herbsttag ist. In mir entsteht das innere Bild eines Babys, das in ein fremdes Land gebracht wird. Spürt Vance eine Parallele zwischen meiner Praxis und dem Heimatland seiner Mutter? Mir sieben Monaten war er dort, aber wir haben bisher*

nicht viel über diese Zeit gesprochen. Ich spreche dies dem Vater gegenüber an, der sich schuldig fühlt. Demnach bleibe ich bei diesem Gedanken, weil ich die Wirkung der Reise vernachlässigt habe – und jetzt reibe ich in der Angst der Jungen ein anderer Mechanismus zum Ausdruck zu kommen. Er wirt verzweifelt, obwohl sein Vater entspannt ansieht. Warum?

Einige Sitzungen später macht Vance einen Schritt auf die Tür zu und sieht mich dabei stolz an. Plötzlich beginnt er heftig zu weinen und heult sich, auf Papas Schoß zu kommen. Sein Papa ist verwirrt, aber nicht beunruhigt: «Er spürt etwas in seinem Inneren, das muss er durchleben, ich weiß.» Er kommt immer wieder zu ähnlichen Sequenzen, in denen Vance sich mit mir woffühlt und mich plötzlich ansieht, als wäre ich ein Monster. Eines Tages sage ich zu ihm: «Vielleicht hast du Angst, dass ich dich in Mamas Land bringen werde, wo du einmal mit Papa warst.» Er sieht mich ernst an. Ich schlage vor, dass Papa dem Jungen sagt, was geschehen ist: «Vance, du und Mama und ich sind zu Mamas Mama und ihrer Familie gefahren. Erinnerst du dich an die vielen Höhen, die wir uns immer angesehen haben? Dann ist Mama nach Hause zurückgefahren, aber wir beide sind dageblieben. Du hast bei Oma geschlafen und ich habe dich manchmal besucht, aber nicht so oft, wie ich gewollt hätte. Ich wünschte es nicht besser ...»

Der Junge beruhigt sich und hört aufmerksamer zu. Nach einer Weile beginnt er wieder zu weinen. Der Vater berichtet mir, dass Vance nach seiner Rückkehr weggeht auf seine Mama reagiert hat, was sie sehr überrascht und enttäuscht hat. Papa sagt: «Es ist seltsam, diese Angst taucht nur hier auf ... Das heißt, das stimmt nicht. Natürlich war ein Freund zu Besuch bei uns und Vance bekam Angst. Aber ich habe ihn gestützt und er hat sich beruhigt.»

Wie sind die Ängste des Kindes in diesen Szenen zu verstehen? Zwei Übertragungen sind offensichtlich: eine auf meine Praxis, eine auf Arlens Heimatland. Als sie einmal bei einer Sitzung anwesend war, besträgte sie, dass der Junge «ganz anders» gewesen sei, als sie wieder zusammen waren. Sie war schon vor der Reise unglücklich gewesen. Sie fühlte sich in Schweden einsam und vermisste ihre Mutter.

Weder die deprimierte Stimmung der Mutter, noch die Reise an sich stand hinter dieser Art von Angst bei Vance, sondern vielmehr die Tatsache, dass die Eltern durch ihre Schuldgefühle daran gehindert wurden, die Reaktionen des Jungen auf die Reise ausreichend anzuerkennen. Diese Emotionen wirkten als «namenlose Angst» (Bion, 1963, S. 332) in ihm weiter. Jetzt, da Henry eine vertrauensvolle Übertragung entwickelt hatte, fürchtete sich Vance nicht mehr vor der Angst seines Vaters vor mir. Das gab ihm Spielraum, sich auszudrücken und seine Angst auf mich zu projizieren. In dieser *direkten* Übertragung wurde ich zu einem Gespenst, das sein unverarbeitetes Trennungstrauma repräsentierte. Zusätzlich wurde dieses Gespenst

vielleicht gefürchtet, weil es möglicherweise darauf aus war, ihn gewissermaßen noch einmal von seinen Eltern zu trennen.

Ich verwende den Terminus «Übertragung» nur, wenn ein therapeutischer Rahmen errichtet wurde, während indirekte *übertragungsähnliche* Reaktionen in Situationen wie der Konsultation anderer Berufe im Gesundheitssektor stattfinden. Bei einem Besuch in der Kinderklinik könnte das Baby weinen, weil die Mutter sich vor dem Kontakt mit dem Personal dort fürchtet. Der behandelnde Arzt muss dann erkennen, ob es sich dabei um ein Anzeichen für eine Beziehungsstörung handelt oder um eine indirekte Reaktion auf die Angst der Mutter dem Arzt oder der Ärztin gegenüber. In der Therapie kann anhand der beiden Übertragungskonzepte entschieden werden, wann der Elternteil und wann das Baby im Mittelpunkt stehen soll. Wie bei allen psychoanalytischen Konzepten handelt es sich um Vereinfachungen einer komplizierteren Realität. Je deutlicher der Therapeut allerdings eine direkte negative Übertragung des Säuglings wahrnimmt, desto mehr muss das Baby angesprochen werden. Diese Schlussfolgerung wurde auch durch unsere randomisierte kontrollierte Studie (RCT) von psychoanalytischen Mutter- und Säuglings-Psychotherapien (MIP) (Salomonsson & Sandell, 2011a; Salomonsson & Sandell, 2011b) untermauert. Die Hälfte der Babys schienen von einer Beziehungsstörung betroffen zu sein. In dieser Untergruppe entwickelten sich die Mutter-Baby-Beziehung und die Sensibilität der Mutter durch Behandlung der Dyade mit MIP besser als durch die Bereuung in der Kinderklinik. In Interviews zeigte sich, dass die Analytiker den Fokus der Behandlung auf die Übertragungen der Babys gelegt hatten.

Wer war also der Patient in Fall von Henry und Vance? Wenn man die Symptome im Auge hat, war Vance während der gesamten Behandlung der Patient. Dynamisch betrachtet war Henry zu Beginn der wichtigere Patient. Als dieses Problem in der Therapie behandelt wurde, kam ein anderer Patient in den Vordergrund, der darauf wartete, das sein Leiden benannt wurde: der kleine Vance.

Wer ist der Patient – Das Baby? Ein Elternteil?

Die Familie? Die Eltern-Säugling-Beziehung?

Diskussionsbeitrag von Kai von Klitzing

In der medizinischen Perspektive ist der Patient durch Symptome und Leiden definiert. Aber beide vorgestellten Therapien sind in erster Linie nicht durch die Symptome der Babys definiert, sondern durch

die problematische Elternsituation, die – zumindest teilweise – eine pathogene Fürsorge zur Folge hat:

In Tessa Baradons Fall hat die Mutter eine schwerwiegende «Wochenbertrike» durchgemacht, sei es eine Depression oder eine Psychose oder beides, jedenfalls hatte diese laut Baradons Darstellungen Verlust- und Trennungserfahrungen für das Baby zur Folge, das seine Mutter als emotional unzugänglich erlebte.

In Björn Salomonssons Fall ging den Eltern ihre natürliche Fähigkeit zur intuitiven Elternschaft verloren (oder sie hatten sie nie gehabt), und sie dachten, ihr Baby würde mir den allzu frühen Trennungen und Verlusten allein zurecht kommen.

Wir gehen also eindeutig davon aus, dass die Babys leiden. Aber gibt es Symptome?

Es gibt keine systematische Darstellung von Symptomen, dennoch tauchen sie allem Anschein nach in der Therapie auf: Eine Puppe löst bei dem (10,5 Monate alten) Baby in der von Tessa Baradon berichteten Therapie *deutliche Angst* aus. Vance (9 Monate alt) zeigt sich Björn Salomonsson gegenüber ängstlich und vermeidend (obwohl man sich kaum vorstellen kann, dass Björn Salomonsson jemandem Angst machen könnte) und klammert sich an seinen Vater.

Ich bin hinsichtlich dieser Angstsymptome ein wenig ambivalent. Einerseits treten sie in wichtigen Momenten des therapeutischen Prozesses auf und werden von beiden Therapeuten angemessen gedeutet. Andererseits wissen wir alle, dass Fremdenangst in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres ein entwicklungspsychisches Phänomen ist. Ein bestimmtes Maß an krisenhaftem Geschehen bewirkt neue Entwicklungsorganisationen, wie Spitz so wunderbar beschrieben hat. Müssen wir also nicht zwischen der Angst als Symptom und der Angst als Entwicklungsphänomen unterscheiden?

In der Eltern-Säuglings-Therapie sind in der Regel mindestens vier Personen anwesend, drei davon auf erwachsener Entwicklungsstufe, nämlich die Eltern und der Therapeut, und ein sehr junges Kind. Wir müssen zur Kenntnis nehmen: Was die Beteiligten an Voraussetzungen mitbringen, könnte unterschiedlicher nicht sein. Selbsterständlich haben wir als erwachsene Therapeuten einen direkteren und leichteren Zugang zu den erwachsenen Eltern (mit all ihren Kompetenzen, sprachlichen Fähigkeiten usw.) als zu den präverbale Babys, selbst wenn Björn Salomonsson ein wunderbarer «Babyübersetzer» ist. Aber das Baby hat einen großen Vorteil: Es ist jünger, hat wahrscheinlich ein längeres Leben vor sich, die Eltern hingegen sind – in Bezug auf ihre Lebenszeit – dem Tod näher. Wie nahe eine Mutter dem Tod sein

kann, wird anhand der Mutter in Tessa Baradons Fall deutlich, von der beschrieben wird, dass sie sich möglicherweise in ihre codesähnlichen Zustände zurückgezogen hat. (Ich nehme an, in eine schwere Depression.) Der Ödipusmythos lehrt uns, wie tödlich aggressiv Eltern angesichts des Generationenkonflikts reagieren können. Und tatsächlich besteht das Problem bei den meisten Eltern darin, wie sie ihre liebenden und fürsorglichen und ihre hasserfüllten und aggressiven Gefühle ihren Kindern gegenüber integrieren können. Man kann sagen: Pathogene Fürsorge ist eine Folge von übermäßigem Hass, der nicht durch Liebe zu den Kindern ausreißend gemildert werden kann und sich deshalb in desintegrierten aggressiven Handlungsweisen dem Kind gegenüber ausdrückt. Sich in einen depressiven Zustand zurückzuziehen oder das Kind wegzugeben, ist dann eine Möglichkeit, es vor dem Hass zu schützen. Haben die Therapeuten in den beiden Fallgeschichten die Eltern geschützt, wenn sie es vermieden, diese unbewussten Aggressionen anzusprechen, weil sie zu schmerzhaft waren?

Das andere Thema, das uns Psychoanalytiker neben dem Hass interessiert, ist die Sexualität, insbesondere die kindliche Sexualität. Identifizieren wir uns kurz mit den Babys in den beiden Fällen: «Was zum Kuckuck wollen diese beiden fremden Menschen von mir? Ich muss diese wechselnden und manchmal unerrätlichen Projektionen meiner Eltern aushalten, und jetzt habe ich auch noch mit den Botschaften dieser fremden Therapeuten zu tun.» Laplanche betont in seiner allgemeinen Verführungstheorie (Laplanche, 1988) dass die kindliche Sexualität von außen organisiert wird, und zwar von der Beziehung zwischen den Eltern und vor allem von den elterlichen Wünschen (ich würde hinzufügen: auch von den Wünschen des Therapeuten), welche den kindlichen Wünschen vorausgehen und diese letztlich determinieren. So betrachtet kommt es in jeder Beziehung zwischen den Eltern und dem Säugling und auch zwischen dem Therapeuten und dem Säugling zur Verführung.

Die Frage «Wer ist der Patient?» löst in mir ambivalente Gefühle aus: Meine erste Reaktion: Es ist klar, das Baby ist der Patient. Es leidet angesichts der Liebe und des Hasses, der Projektionen und der Verführung von Seiten der Eltern. Meine zweite Reaktion: Aber wie kann ich damit umgehen, dass das Baby/der Patient auf einer völlig anderen Entwicklungsstufe steht als die Eltern und der Therapeut, dass ich mich als Therapeut – natürlich – der Entwicklungsposition der Eltern näher fühle und dass ich die Symptome des Babys, die in Verhalten und Körperausdruck deutlich werden, aus den Augen verlieren kann? Diese Diskrepanz, dieses Aus-den-Augen-Verlieren ist auch ein

Ausdruck davon, dass die Begegnung mit dem Baby und seinen Eltern uns als Therapeuten mit der schmerzlichen Tatsache konfrontiert, dass wir dem Tod näherkommen, was in uns ein Gemisch von Wünschen, Liebe und Hass weckt, ein Gemisch, das immer schon die Wechselbeziehungen zwischen den Generationen geprägt hat.

(Ansch. d. Verf.: Prof. Dr. med Kai von Klitzing, Universitätsklinik Leipziger Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendlichen, Liebigstr. 20 A, 04103 Leipzig; kai.vonklitzing@uniklinik-leipzig.de)

### Summary

*Who Is the Patient in Parent-Infant Therapy?*

With reference to two case histories, Tessa Baradon indicates that in parent-infant therapy the patient is not defined *per se* but takes shape and develops in the therapist's mind. Both here and in the therapeutic relationship, the focus may shift from the sufferings of the child to the distress of the parents. In his contribution, Björn Salomonsson distinguishes between indirect and direct transference from baby to therapist, regarding the latter as a kind of translator for infantile needs. Kai von Klitzing draws attention to the ultimately unbridgeable distance in development between the infantile and adult protagonists in the therapeutic relationship. In this framework it is particularly essential for painful, aggressive, and destructive feelings on the part of the parents to be designated as such and integrated into the intergenerational relationship.

*Keywords:* parent-infant therapy – psychoanalytic process – parent-child relationship

### Résumé

*Discussion – Qui est le patient dans une thérapie parent-bébé enfant?*

Prenant l'exemple de deux cas, Tessa Baradon montre que, dans une thérapie parent-enfant, le patient n'est pas déterminé d'avance, mais qu'il se révèle et se développe selon ce qu'en pense le thérapeute. L'objet central de la thérapie peut se déplacer, pour le thérapeute et pour la relation thérapeutique, de la souffrance de l'enfant à la souffrance du parent et à la relation pathologique. Dans son intervention, Björn Salomonsson distingue entre le transfert indirect et direct du nourrisson sur le thérapeute et voit en celui-ci une sorte de traducteur des besoins infantiles. Kai von Klitzing attire, lui, l'attention sur la

distance – finalement – infranchissable sur le plan du développement entre les protagonistes infantiles et adultes dans le processus relationnel thérapeutique, cadre dans lequel il faut avant tout nommer et intégrer de douloureux sentiments agressifs et destructeurs de la part des parents dans la relation intergénérationnelle.

*Mots-clés:* thérapie parent-enfant, processus psychanalytique, relations parent-enfant

### Literatur

- Bion, W. (1963). Eine Theorie des Denkens. In E. Bort Spillius (Hrsg.), *Melanie Klein Heute. Entwicklungen in Theorie und Praxis*, Bd. 1 (S. 225–235). Stuttgart: Klett-Cotta (1990).
- Baradon T., Broughton, C., Gibbs, I., & James, J. (2011). *Psychoanalytische Psychotherapie mit Eltern und Säuglingen: Grundlagen und Praxis früher therapeutischer Hilfe*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Laplanche, J. (1988). Von der eingeschränkten zur allgemeinen Verführungstheorie. In J. Laplanche *Die allgemeine Verführungstheorie* (S. 199–233). Tübingen: Edition Diskord.
- Salomonsson, B., & Sandell, R. (2011a). A randomized controlled trial of mother-infant psychoanalytic treatment: I. Outcomes on self-report questionnaires and external ratings. *Infant Mental Health Journal*, 32 (2), 207–251.
- Salomonsson, B., & Sandell, R. (2011b). A randomized controlled trial of mother-infant psychoanalytic treatment: II. Predictive and moderating influences of qualitative parent factors. *Infant Mental Health Journal*, 32 (3), 377–404.