

Alfred Walter

Die therapeutische Beziehung in der psychodynamischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

The therapeutic relationship in the analytic therapy of children and adolescents

Die therapeutische Beziehung in der psychodynamischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wird als entwicklungsfördernd-kuratives Inszenierungs- und Kommunikationserleben beschrieben, das in seiner Entwicklungsoffenheit darauf abzielt, sich die unbewussten inneren Regulationsmuster in der jeweils individuellen Spiel- und Beziehungsinzenierung wiederholen zu lassen, so dass sie der therapeutischen Behandlung zugänglich werden. Neben den Besonderheiten des kinder- und jugendlichenanalytischen Settings wie Spielen, Externalisieren und Mitagieren werden als dessen notwendige Bestandteile spezifische entwicklungsfördernd-kurative Funktionen des Therapeuten ausgeführt und Erfordernisse der Eltern- und Bezugspersonenarbeit diskutiert.

Schlüsselwörter

therapeutische Beziehung – Spielen – Externalisierung – Mitagieren – entwicklungsfördernd-kurative Funktion des Therapeuten – Eltern- und Bezugspersonenarbeit

The therapeutic relationship in the analytic therapy of children and adolescents is shown as the experience of a developmental space that allows a repetition of the unconscious patterns of self-regulation in the current scenes of playing and in the therapeutic relationship. The focus is on the specific nature of child and adolescent therapy with regard to playing, externalization and conjoint acting with the patient, the developmental and curative functions of the therapist and the accompanying counselling of parents and other relevant persons.

Keywords

therapeutic relationship – playing in therapy – externalization – conjoint acting with the patient – developmental-curative function of the therapist – counselling of parents

Die besorgte und überforderte Mutter berichtet im Erstkontakt über ihren neunjährigen Jungen, dass er nicht mehr in die Schule wolle und die Hausaufgaben verweigere, was zu massiven Konflikten zwischen ihm und ihr führe und ihr sehr zusetze. Er ziehe sich mehr und mehr zurück, habe kaum Kontakte zu Gleichaltrigen, mit seinen Geschwistern streite er ständig. Nachts habe er massive Alpträume und nässe öfters ein.

Seit einigen Wochen spreche er oft über den Tod, was beide Eltern sehr beunruhige. In der Anamnese imponieren sehr bedrohliche körperliche Zustände in den ersten Lebenswochen sowie eine frühe Traumatisierung aufgrund der damit verbundenen medizinisch notwendigen Maßnahmen während der ersten Säuglingsmonate, die von der Mutter durchgeführt wurden. Zur Probatorik kommt ein hoch depressiv wirkender und zurückgezogener Junge, der nach fünf Minuten als ersten Satz formuliert, ich solle erraten, mit was er spielen möchte. Zu der analytischen Kindertherapie von 150 Stunden kam mein Patient sehr regelmäßig. In den ersten 15 Stunden spielt er, oft mit dem Rücken zu mir sitzend, allein vor sich hin, fragt mich ab und zu, wie das, womit er spiele, funktioniere. Da er sein Spielzeug vor mir verbarg, konnte ich nichts antworten, fühlte mich zunehmend handlungsunfähig und hilflos. Nach und nach beginnt er, mehr in Kontakt zu gehen, baut im Sandkasten imponierende Verteidigungsszenarios gegen imaginäre Angreifer auf. Diese verändern sich zu Kampfszenarien mit Playmobilfiguren, in denen es zu heftigen Kämpfen zwischen uns beiden kommt, in denen ich absolut keine Überlebenschance habe. Im Verlauf der weiteren Therapie werde ich in seine Spielszenierungen noch intensiver einbezogen: Als Polizist führt er mich als nächtlichen Einbrecher ab, ich werde monatelang in ein Gefängnis gesteckt, das von Therapiestunde zu Therapiestunde enger wird und in mir zunehmend Beklemmung auslöst. Später wird der Raum verdunkelt, und der Patient begegnet mir überraschend als nächtlicher Geist, worüber ich auch real erschreke. Es folgen fast ein Jahr lang Brettspiele; währenddessen geht der Patient, zunächst sehr ruppig und aggressiv, direkter mit mir in Beziehung. Gegen Ende der Therapie erzählt er emotional differenziert über seine Freunde, die er inzwischen gefunden hat, über die Schule, seine Familie und was ihn gerade innerlich bewegt und beschäftigt. In der begleitenden Elternarbeit ging es neben der zu geringen Präsenz des Vaters (was wir oft in Therapien beobachten können), die sich im Laufe der Therapie positiv veränderte, vor allem um die vielen Unsicherheiten und Ängste der Eltern im Umgang mit dem langsam in die Pubertät kommenden Jungen. Beide Eltern konnten vom Patienten zunehmend als präsentere Eltern wahrgenommen werden. Gegen Ende der analytischen Kindertherapie gab es kaum mehr Auseinandersetzungen um Hausaufgaben, und wenn, dann weniger heftig; die Schulnoten besserten sich, der Junge hatte mehr altersadäquate Kontakte, und die Konflikte mit seinen Geschwistern hatten sich entspannt. Weder Schulverweigerung noch Hausaufgaben, die geschwisterlichen Auseinandersetzungen oder sein sozialer Rückzug waren je Thema des Patienten gewesen; sie tauchten erst gegen Ende der Therapie in den Erzählungen des Jungen auf. Durchgängig waren die Therapiestunden von den Spiel- und Beziehungsinszenierungen des Jungen bestimmt.

Die psychotherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen ist, sieht man von schweren Persönlichkeitsstörungen ab, um einiges komplexer als die psychotherapeutische Arbeit mit Erwachsenen, allein schon aufgrund der immer aktuell virulenten Entwicklungsdynamik von Kindern und Jugendlichen und deren existenzielles Angewiesensein auf ein einigermaßen stabiles und entwicklungsförderndes soziales Umfeld, was oftmals nicht vorhanden ist. Inzwischen kann die psychoanalytische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen auf eine gut einhundertjährige Geschichte zurückblicken. Frühe Protagonisten waren Hermine Hugh-Hellmuth, Anna Freud und Melanie Klein, ebenso sind August Aichhorn, Siegfried Bernfeld, Alfred Adler und Sabina Spielrein

zu nennen. Sigmund Freud selbst arbeitete mehr oder weniger erfolgreich mit Spätdoleszenten (vgl. Holder, 2002; Heinemann & Hopf, 2015). Obwohl sie auf eine fast genauso lange Geschichte wie die Psychoanalyse und Psychotherapie Erwachsener zurückblicken kann und über vielfältige Erfahrungen verfügt, insbesondere über die individuellen Entwicklungen in den einzelnen Entwicklungsphasen, wird die psychoanalytische Behandlung von Kindern und Jugendlichen wie die gesamte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie bis in die Gegenwart eher stiefmütterlich behandelt; bis heute kann nicht von einer Gleichwertigkeit der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie gegenüber der Erwachsenentherapie ausgegangen werden. Angesichts der hohen Komplexität des Arbeitsfeldes ist es sachlich nicht nachvollziehbar, dass Erwachsenentherapeuten nur einen Teil dessen an Ausbildung, sowohl hinsichtlich Theorie als auch Anzahl der Ausbildungsfälle und Supervision, als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nachweisen müssen. Sachlich ist zu fordern, dass alle, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, die gleichen Ausbildungsanforderungen zu erfüllen haben. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut wird man nicht „mal so“, und die entsprechenden Qualifikationen sind „nicht leicht zu haben“, wie man angesichts der viel zu niedrigen KV-Vorgaben öfters hören kann. Zudem zeigen Erfahrungen aus der Supervision, wie schwer es Erwachsenentherapeuten fällt, sich auf diese zwar ähnliche und doch sehr andere und streckenweise sehr viel unmittelbarere Art und Weise des therapeutischen Umgangs mit Kindern und Jugendlichen einzustellen. Eine ähnliche Voreingenommenheit findet sich in der psychotherapeutischen Theoriebildung nicht nur psychoanalytischer Provenienz; nahezu alle wichtigen behandlungstechnischen Begriffe sind stark aus der Sicht der Erwachsenentherapie geprägt, obwohl gerade die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen an zentralen und hochbrisanten entwicklungspsychologischen Schnittstellen, wie der frühen Mutter-Kind-Dyade, der frühen und ödipalen Triangulierung, Öffnung gegenüber der Welt außerhalb der Familie und psychosexueller Veränderung des Körper- und Beziehungserlebens in der Pubertät stattfindet, um nur einige charakteristische Entwicklungsdynamiken der Kinder- und Jugendzeit zu benennen, in die man sehr unmittelbar hineingezogen wird. Insofern lastet den das therapeutische Handeln reflektierenden psychoanalytischen Begriffen wie Neutralität, Abstinenz, Agieren, Deuten u. v. a. deren Herkunft aus der Erwachsenenanalyse und -therapie an, und sie müssen im kinder- und jugendlichenpsychotherapeutischen Bereich anders konzeptualisiert werden (vgl. Walter, 2015c).

Zum Grundansatz der psychoanalytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Hinsichtlich der aktuellen Behandlungspraxis in der tiefenpsychologisch fundierten und psychoanalytischen Psychotherapie sowie in der Kinderanalyse (vgl. Bründl & King, 2012; Bürgin & Steck, 2013; Burchartz, 2012; Hauser & Schambeck, 2012; Heinemann & Hopf, 2015; Holder, 2002; Hopf & Windaus, 2007; Joengbloed-Schurig & Wolf, 1998; Poser, 2010; Salge, 2013; Seiffge-Krenke, 2007) dürfte sich eine entwicklungsorientierte und das vielfältige gegenseitige Verflochtensein von Patient und Therapeut berücksichtigende, sehr erfahrungsoffene Sicht des psychotherapeutisch-psychoanalytischen Prozesses durchgesetzt haben. Psychodynamisches Arbeiten mit Kindern und Jugendlichen beinhaltet,

sich unter Verzicht auf therapeutische Intentionalität auf die zeitintensive „ungewisse Offenheit des analytischen Prozesses“ (Blaß, 2013) einzulassen:

- sich als Therapeut in den Therapiestunden dem Fluss und der Entwicklung des therapeutischen Prozesses zu überlassen,
- offenzubleiben für das Unbekannte und sich in der jeweils individuellen Begegnung mit den Patienten von Stunde zu Stunde je neu Ergebende,
- darin verstricken zu lassen und gleichzeitig die therapeutische Funktion aufrechtzuerhalten – behandlungstechnisch mit gleichschwebender Aufmerksamkeit, Neutralität und Abstinenz umschrieben –,
- für diese Entwicklung einen stabilen äußeren Rahmen (vgl. Heinemann & Hopf, 2015)
- und – was viel schwieriger ist – einen inneren Rahmen als psychischen Entwicklungsraum zur Verfügung zu stellen,
- auf Gewissheiten – auch therapeutischer Art – zu verzichten,
- den verborgenen Zusammenhängen nachzuspüren, ohne sich vorschnell festzulegen,
- sich von dem, was in der Stunde passiert, immer wieder neu innerlich berühren zu lassen, auch von dem, was sich aufgrund dessen in unserer Gegenübertragung zeigt, oftmals skurril, ichfremd, nicht nachvollziehbar, bedrohlich, angstauslösend;
- dies alles immer wieder neu zu überdenken, allenfalls vorläufige Arbeitshypothesen zu bilden, diese ständig zu revidieren und weiterzuentwickeln;
- aus dieser patientennahen prozessorientierten Reflexion im konkreten Kontakt mit dem Patienten therapeutisch zu arbeiten (vgl. Walter, 2015a, 2015b).

Dem psychoanalytischen Ansatz sind anhand der sich ergebenden Entwicklungsprozesse kurative Aspekte inhärent. Insofern bilden die kurative Intention der kassenfinanzierten Psychotherapie, wie sie in der am medizinischen Gesundheitsbegriff orientierten Psychotherapie-Richtlinie als Behandlung seelischer Krankheiten primär unter dem Aspekt pathologischer Verarbeitung bzw. einer gestörten Normalität gesehen wird (vgl. Rüger, Dahm, Dieckmann & Neher, 2015), und der psychoanalytische Ansatz bei allem Spannungshaften (vgl. Walter, 2015b) keine prinzipiellen Gegensätze. Anders als die Psychotherapie-Richtlinie sieht der psychoanalytische Ansatz seelische „Störungen“ als kreative und produktive Versuche des Einzelnen, mit aktuellen Belastungen unterschiedlichster Art unter den zur Verfügung stehenden inneren Möglichkeiten umzugehen; verselbständig sich diese Muster als nicht mehr situationsadäquat im Sinne von Fixierungen oder sind die belastenden Außenbedingungen zu stark, wie dies bei unterschiedlichen Formen von Traumatisierung der Fall ist, kann dies zu massiven Einschränkungen der eigenen Lebens-, Konflikt- und Beziehungsfähigkeit führen (vgl. Mentzos, 1984, 2009; Ermann, 2004; Heinemann & Hopf, 2015). Angesichts der zunehmend beobachtbaren Tendenzen, kindliches und jugendliches Verhalten symptomatologisch vorschnell zu pathologisieren und dies nicht als den idiosynkratischen Versuch anzusehen, anstehende innere und äußere Konflikte und Probleme so gut wie eben möglich zu lösen, führt diese vorschnell pathologisierende Sicht zu fatalen psychotherapeutischen Konsequenzen und verbaut in der Regel einen Zugang zu der inneren und äußeren Problematik des Kindes und Jugendlichen. In der Folge wird Psychotherapie zum Agenten der Anpassung an zeitgestabhängige Lebensverhältnisse und psychotherapeutische Moden.

Der psychoanalytische Ansatz betrachtet Pathologie unter dem zentralen Aspekt der Verinnerlichung von Beziehungserfahrung, die nicht ausreichend gut bewältigt werden konnten und innerpsychisch ihre Spuren hinterlassen; die entsprechenden individuellen und kommunikativen Bruchstellen werden in aktuellen Beziehungen, einschließlich der therapeutischen Beziehung, tendenziell wiederholt bzw. reinszeniert. Als erfahrungsbezogene selbstreflexive Kunstfertigkeit als der Fähigkeit, erfahrungsbezogenes Wissen und auf den jeweils individuellen Patienten bezogenes konkretes Können miteinander zu verbinden (vgl. Walter, 2015b), zielt psychodynamische Therapie darauf ab, unseren Patienten zu ermöglichen, in einem offenen Übergangsraum im Sinne Winnicotts (1979) andere Formen der Selbstregulation als bislang zu entwickeln, die es ihnen ermöglichen, anders mit sich und der Welt umzugehen. In diesem neuen Erfahrungsraum wiederholen sich mittels Übertragung zunächst die alten Regulationsdynamiken, in denen sich die bisherigen Erfahrungen und deren innerpsychische Bearbeitung niedergeschlagen haben. Aufgrund dieser Prädispositionen werden aktuelle Konfliktlösungen und Regulationen immer auch funktional oder dysfunktional durch alte unbewusste Konfliktmuster mitreguliert und schlagen sich in der therapeutischen Beziehung nieder.

Alle gegenwärtigen Modelle psychodynamischen Arbeitens verbinden hierbei die kurative Intention von Psychotherapie damit innerpsychische Entwicklungsprozesse im Sinne neuer, korrigierender Beziehungserfahrung anzustoßen, die es den Patienten – in unserem Falle dem Kind oder Jugendlichen – ermöglichen, die aktuell wirksamen innerpsychischen Regulationen anders zu gestalten als dies bislang möglich war. Dadurch kann sich innerpsychisch sowohl der Selbstbezug unserer Patienten als auch ihre Beziehung zur Außenwelt so verändern, dass sie auf die sich bislang entwickelten neurotisch-dysfunktionalen oder pathogenen Bewältigungsmuster und die daraus resultierenden Symptome zunehmend verzichten können, soweit – und diese Bedingung ist im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie von entscheidender Bedeutung – es deren Lebenswelt überhaupt zulässt. Kann das unmittelbare soziale Umfeld (Familie, Pflege-/Adoptiveltern, Heim) diese Entwicklungen nicht mitgehen bzw. stehen sie diesen Entwicklungsprozessen – wie immer wieder beobachtbar – zu sehr entgegen oder unterstützen zumindest die Therapie nicht prinzipiell, wird es für die Kinder und Jugendlichen zusätzlich schwierig, zumal Entwicklungsfortschritte schnell in belastende Loyalitätskonflikte gegenüber der psychosozialen Umwelt, allen voran den Eltern bzw. Pflege- oder Adoptiveltern führen können.

Szenische Inszenierung und Beziehungsdynamik

Nach psychoanalytischem Verständnis sind die sich zwischen Patienten und Psychotherapeuten herstellende Beziehungsdynamik sowie die Spieldynamik in der tiefenpsychologischen und psychoanalytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und Kinder- und Jugendlichenanalyse aufgrund des nichtintentionalen und entwicklungs offenen Vorgehens als szenischer Ausdruck innerer Konflikte und der inneren Befindlichkeit des Kindes oder Jugendlichen in der therapeutischen Situation anzusehen. Hierbei geht die gegenwärtige Psychoanalyse von einem interaktionellen Verständnis der therapeutischen Beziehungsdynamik aus, das durch den Grundgedanken bestimmt ist, dass beide, Therapeut wie Patient, durch ihre individuelle Persönlichkeit und Subjektivität sowie durch ihre je

eigene innere Regulationsdynamik die therapeutische Beziehung von Beginn an (mit-) bestimmen und prägen, was sich im Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen sowie in der unbewussten szenischen Gestaltung der therapeutischen Beziehung und Interaktion niederschlägt. Diese gestaltet sich – und darin sehe ich die zentrale Ergänzung der in neuerer Zeit intensiver diskutierten interaktionellen und relationalen Modelle (vgl. Altmeyer & Thomä, 2006; Bettighofer, 2010; Coderch, 2014; Ermann, 2014; Jaenicke, 2006; Mitchel, 2003; Otscheret & Braun, 2005; Streeck, 2004; Thomä & Kächele, 2006; Stolorow, Brandchaft & Atwood, 1987; Orange, Atwood & Stolorow, 2001; Orange, 2004) – sehr individuell in der spezifischen Beziehung zu einem bestimmten Therapeuten und dessen spezifischer therapeutischer Präsenz von Stunde zu Stunde je neu. In diese gemeinsame Beziehungsdynamik fließen situativ sowie seitens des konkreten Patienten und des konkreten Therapeuten viele idiosynkratische Momente ein, welche die jeweils individuelle Dynamik der therapeutischen Beziehung und der jeweiligen Stunde ausmachen, die nicht vorhersehbar ist.

Gehen wir unter diesem Gesichtspunkten bei Psychotherapie von einem offenen, sich zwischen Patient und Therapeut entwickelndem Beziehungsgeschehen aus, dann haben wir es mit einem entwicklungs- und prozessorientierten Setting zu tun, in dem unbewusste Dynamiken dadurch erschlossen werden können, dass es uns Therapeuten gelingt, uns bei aller beunruhigenden Verunsicherung und Ungewissheit auf etwas einzulassen, was aktuell noch nicht zugänglich ist. Insofern gehört die Fähigkeit, sich auf Nichtwissen einzulassen und auf vermeintliches Wissen zu verzichten, konstitutiv zu einer psychoanalytisch orientierten Grundhaltung (vgl. Stemmer, 2006; Zwiebel, 2013), was für Patienten und Therapeuten sehr beängstigend und beunruhigend sein kann. Bion (1997; 2006) spricht hierbei von dem intentionalen Verzicht auf Wissen, um sich von den eigenen Voreingenommenheiten möglichst frei zu machen, welche die Fähigkeit verdunkeln können, sich der psychoanalytischen Situation und dem gegenüber, was der Patient vor allem unbewusst mitteilt, offenzuhalten sowie von der „negative capability“ als der Fähigkeit, Ungewisses, Zweifel, Infragestellung und Nichtwissen ertragen zu können (Bion, 2006, 143 ff.). Psychotherapie kann so zu einem offenen Begegnungs- und Entwicklungsraum werden als einem intermediären Raum von und in Bezogenheit als ein gemeinsam geteilter spielerischer Imaginations- und Phantasieraum (Winnicott, 1979). Dieser psychische Raum ermöglicht Entwicklung, innere Strukturierung durch Symbolisierung und damit Selbst- und Affektregulation (vgl. Winnicott, 1979; Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002; Zwiebel, 2013). Dies wird insbesondere dann möglich, wenn es uns Therapeuten gelingt, eine innere psychodynamisch-analytische Haltung zu entwickeln, die „dem gestaltenden Primat des im Kind und in uns wirksamen Unbewussten während der Behandlungsstunden Rechnung trägt“ (Holicki, 2014).

Die unbewusste Regulations- und Konfliktdynamik unserer Patienten zeigt sich dabei externalisierend sowohl im Spiel als auch externalisierend in der intentional manipulativen Gestaltung der konkreten Interaktionen über Reinszenierungsmuster, die sich in Form funktionaler oder dysfunktionaler Beziehungsangebote, von Verstrickungen und Kollusionen im Sinne „psychosozialer Abwehrmodi“ (Mentzos, 1984; 2009) niederschlagen können. Diese Regulationsdynamik ist – wie die therapeutische Erfahrung zeigt – bei aller Vorprägung prinzipiell erfahrungsoffen und flexibel, beinhaltet für die anstehenden Inte-

grations- und Transformationsprozesse progressiv-verändernde und selbstmodifizierende sowie regressiv-wiederholende und selbststabilisierende Momente. Unter Bedingungen nicht miteinander vereinbar innerer und äußerer Ansprüche, zunehmender Belastung, realer oder vermeintlicher Bedrohung beginnen die je individuell ausgebildeten Regulationsdynamiken unflexibel zu werden, sie drohen zu verhärten und zeitigen die bekannten Störungsbilder. Diese haben immer regulatorische Funktion: die real oder vermeintlich bedrohte innere Regulation abzusichern und aufrechtzuerhalten – und sei es um den Preis psychischer und körperlicher Erkrankung oder belastender Beziehungsproblematiken. Insofern ist immer auch nach der „Funktion der Dysfunktionalität psychischer Störungen“ (Mentzos, 2009) zu fragen. Bei Kindern und Jugendlichen zeigen sich hierbei zusätzlich sehr phasenspezifische Entwicklungstendenzen und Konflikte, die sich in den Therapien inszenieren und sich sehr klar beobachten lassen, seien dies nun orale Bedürftigkeit, anale, phallische, ödipale oder adoleszente Dynamiken.

Um diese inszenierend-externalisierende Entwicklungsdynamik zu ermöglichen, ist es notwendig, das therapeutische Setting sehr offen zu gestalten. Außer dem Raum und seiner Ausstattung, der vorgegebenen Zeit und der durch die Persönlichkeit des Patienten und des Psychotherapeuten bedingten Variablen gibt es keine strukturierenden Vorgaben, vielmehr überlassen sich beide, Patient wie Therapeut, dem Fluss dessen, was sich entwickelt. Dies kann gerade bei Kindern und Jugendlichen dermaßen intensiv sein, dass – wie bei der Fallvignette zu Beginn – alles von außen Kommende und auf die konkrete Lebensrealität Bezogene störend erlebt wird und das Kind „nur“ spielt, nichts über seinen Lebensalltag berichtet. Zulliger (1952, 1965) hat schon früh davon gesprochen, dass im kindlichen Spiel als der Sprache des Kindes heilende Kräfte liegen, und dafür plädiert, sich mit der unbewussten Befindlichkeit des Kindes, die im Spiel gezeigt wird, mit-spielend in Beziehung zu setzen, was allein schon kurative Bedeutung haben kann.

Nach heutigem Verständnis drückt das Kind bzw. der Jugendliche über Spielen, über die Gestaltung der therapeutischen Beziehung und/oder über sein Sprechen und die damit verbundenen Inhalte seine vorbewussten und unbewussten Gefühle, Phantasien und Gedanken aus, teilt mithin sein Erleben und seine inneren Überzeugungen über sich selbst, über andere und seine Beziehung zur Welt mit und bringt sie mit all ihren Beschädigungen in die therapeutische Beziehung ein. Dies beinhaltet nicht nur Bezüge zu bisherigen Beziehungserfahrungen, psychoanalytisch gesprochen, zur Welt seiner inneren Objekt- und Selbstrepräsentanzen, sondern immer auch die von dem jeweiligen Kind bzw. Jugendlichen entwickelten Weisen des inneren und äußeren Umgangs mit diesen Erfahrungen, mithin seine je individuelle Weise, sich selbst innerpsychisch und im Umgang mit anderen und der ihn umgebenden Welt zu regulieren. Je nach Beziehungserfahrung und den bis zur aktuellen Gegenwart entwickelten inneren Bewältigungsmustern weist die dadurch entstandene innerpsychische und externalisierende Regulationsdynamik sowohl gesunde als auch dysfunktionale Anteile auf. Bei allen Patienten finden sich, je nach deren konkreter Vorerfahrung unterschiedlich akzentuiert, sowohl gesunde als auch pathogene Anteile. Insofern ist in jeder Therapie immer von salutogenen als auch mehr oder weniger stark dysfunktionalen Inszenierungen auszugehen. Diese impliziten gesunden und neurotischen bzw. pathologischen Beziehungs- und Bindungsmuster sollen sich – so die Intention des entwicklungs offenen Settings – in der therapeutischen Beziehung zeigen

können. In dem intendierten offenen Prozess, der sich zwischen Patient und Therapeut von Stunde zu Stunde hoch individuell entfaltet, ist eine durch die Zurückhaltung des Therapeuten möglichst gering beeinflusste Wiederholung der inneren Konfliktodynamik des Patienten in ihren unterschiedlichen salutogenen und pathogenen Komponenten möglich, die, indem sie sich in der therapeutischen Sitzung konkret zeigt, gemeinsam bearbeitet werden kann.

Aufgrund dieses konfliktzentrierten Vorgehens, das die Symptome als aktuelle Ausdrucksformen äußerer und innerer Konflikte der Kinder und Jugendlichen betrachtet, können sich die inneren, zum Teil neurotisch-dysfunktionalen Bewältigungsmuster der Kinder und Jugendlichen insbesondere in der Beziehungsdynamik Patient-Therapeut und im Spiel abbilden. Auf diese Weise können wir als Therapeuten in der aktuellen Sitzung über therapeutische Interventionen, die in der Regel beziehungs- und konfliktorientiert sind, reagieren. Unsere Interventionen zielen darauf ab, dass die Patienten im therapeutischen Kontakt neue korrigierende Beziehungserfahrungen machen können. Letztere wirken sich auf die inneren Muster des Umgangs mit sich und den anderen aus, wodurch auf Dauer andere Möglichkeiten der Selbstregulation entwickelt werden können. So kann ein Kind die Erfahrung machen, dass der Therapeut nicht auf die bewusst oder unbewusst erwartete oder befürchtete Weise reagiert, d. h., die Übertragungserwartungen und die damit verbundenen Befürchtungen (z. B. vor Strafe) werden nicht bestätigt; vielmehr kann der Patient erleben, dass seine inneren Themen, seine Sorgen und Wünsche wahrgenommen werden und dass seinen Aggressionen, seinen Konflikten und Ängsten nicht aversiv, sondern kontakthaft-haltend und allenfalls begrenzend begegnet wird und diese in Worten (z. B. über Deutung) zum Ausdruck gebracht werden.

Bei diesem Vorgehen spielen viele unbewusste Prozesse (insbesondere Übertragung, Abwehr und Widerstand) eine wichtige Rolle sowie das, was von uns Therapeuten innerlich erlebt wird an Gefühlen, Handlungsimpulsen etc. Diese Gegenübertragung ist manchmal – gerade wenn ein Kind oder Jugendlicher sich verweigert oder nicht über sich und seine Problematik sprechen will – die einzige Zugangsmöglichkeit zur inneren Befindlichkeit unserer Patienten.

Das Wiederaufleben der bisherigen Erfahrungsdynamiken in der inszenierenden Gestaltung der therapeutischen Beziehung mit all ihren unterschiedlichen Übertragungsdynamiken beinhaltet die Chance für unsere Patienten, dass sie uns als Therapeuten in einem geschützten und stabilen Rahmen im Sinne eines Regulationsobjekts (Walter, 2012b) instrumentalisieren und verwenden können. Über die sich in der therapeutischen Beziehung ergebende Erfahrung und das damit verbundene differente Erleben können sie (wieder) in Kontakt kommen mit eigenen verschütteten Wünschen, Bedürfnissen und Entwicklungsimpulsen, die aufgrund von äußeren und inneren Entwicklungsblockaden aus Gründen der aktuellen Selbststabilisierung und Regulierung der bestehenden innerpsychischen und interaktionellen Gleichgewichte (noch) nicht zugänglich sind bzw. sein dürfen. Insbesondere im Verlauf von Langzeittherapien zeigt sich eine langsame, von einer hilfreich erlebten therapeutischen Beziehung begünstigte und insofern beziehungsorientierte, zunehmende innere Durchlässigkeit und Offenheit unserer Patienten, so dass neue Entwicklungen und innere Transformationsprozesse möglich werden.

Diese Arbeit am sich externalisierend reinszenierenden inneren Konflikt impliziert unhintergebar seitens des Therapeuten eine hohe Introspektions- und Reflexionsfähigkeit sowie eine durch hohe Spannungstoleranz gekennzeichnete Fähigkeit, Prozesse sich in der ihnen je individuellen Geschwindigkeit entwickeln zu lassen, d. h., die Fähigkeit, „imstande (zu) sein ..., die Konflikte des Patienten zu halten und zu warten, bis sie sich im Patienten gelöst haben, anstatt ängstlich nach Heilmethoden Ausschau zu halten“. (Winnicott, 1973, 3). Als Therapeuten geraten wir schnell aufgrund des oft intensiven Involviertseins und des dieses begleitenden eigenen Gegenübertragungsagierens in einen gewissen Aktionismus; insbesondere dann, wenn die therapeutische Beziehung gut ist und die Patienten gut angedockt haben oder wenn wir innerlich zu sehr unter Druck geraten und Agieren als möglicher Ausweg aus einer von uns kritisch erlebten Situation erscheint. Oftmals sind wir hierbei neben unserer Eigenübertragung unbewusst nicht nur mit den Ängsten, sondern auch mit den Übertragungserwartungen der Patienten – besonders komplementär hinsichtlich ihrer Bezugspersonen – identifiziert (vgl. Racker, 1997). Dies kann vor allem in Drucksituationen geschehen – seien diese von außen durch das soziale Umfeld des Patienten, durch den Patienten selbst oder aufgrund unserer eigenen aktuellen innerpsychischen Befindlichkeit induziert, mit der wir auf all das persönlichkeitspezifisch reagieren. Schnell sind wir dann damit beschäftigt, dem impliziten Erwartungsdruck unserer Patienten, der oftmals deren verinnerlichte pathogene Introjekte wiederholt, zu entsprechen – und sei es in bester therapeutischer Absicht. Unter der Hand kann so die eigene therapeutische Intentionalität zum unbewussten Vehikel der Wiederholung der verinnerlichten, zum Teil desaströsen Beziehungserfahrungen des Patienten werden, und die Therapie gerät in Gefahr, unbewusst die alten pathogenen Beziehungsdynamiken zu wiederholen. Hinzu kommt der oftmals sehr intensive Außen- und Erwartungsdruck des sozialen Umfeldes unserer Patienten, der nicht selten therapeutischen Intentionen zuwiderläuft. Dieser ständig lauern Gefahr, die alten Beziehungsmuster unserer Patienten nicht doch zu wiederholen, kann nur durch eine selbstkritische introspektive Reflexion unseres eigenen therapeutischen Tuns und unserer in der jeweiligen Stunde entstandenen inneren Regulationsdynamik begegnet werden; darüber hinaus braucht sie eine korrigierende kollegiale Außensicht in Form von Intervision und Supervision. Zentral geht es hierbei darum, die eigene therapeutische Handlungsfähigkeit zu erhalten bzw. wiederzuerlangen und trotz aller nicht vermeidbaren und notwendigen Verstrickung und unseres Mitagierens therapeutisch handlungsfähig zu bleiben.

Therapeutisches Bündnis

Was geschieht, wenn ein Kind innerlich andockt, d. h., wenn es sich auf eine Therapie einlässt? Rechtlich kommt ein Therapievertrag mit den sorgeberechtigten Eltern, die das Kind anmelden, zustande; ab vollendetem 14. Lebensjahr können die Jugendlichen den Therapieantrag selbst unterschreiben. Darüber hinaus gibt es immer ein implizites therapeutisches Bündnis mit dem Kind und Jugendlichen als Patienten. Hierbei geht es nicht nur um deren innere Zustimmung zur Therapie im Sinne der altersabhängigen Einsichtsfähigkeit, die schon bei Vorschulkindern gegeben ist (vgl. Stellpflug & Berns, 2006). De facto wird seitens der Kinder im Gegensatz zu Erwachsenen und Jugendlichen nicht primär verbal ein therapeutisches Bündnis geschlossen; vielmehr beginnt das

Kind, gerade wenn es jünger ist, sich von sich aus auf die Therapie einzulassen, indem es sehr spezifisch innerhalb seiner eigenen Möglichkeiten in Beziehung geht oder zu spielen beginnt. Dies kann, wie das Fallbeispiel zeigt, sehr wortlos geschehen, indem das Kind oftmals allein vor sich hin spielt, den unmittelbaren verbalen Kontakt zu uns Therapeuten vermeidend, gelegentlich durch kontaktaufnehmende Blicke unterbrochen. Oder durch Hinweise, dieses oder jenes Spielzeug kenne man oder habe es zu Hause. Oft gehen Kinder und Jugendliche zu Beginn in einen Widerstand gegen die Therapie, gehen aggressiv-abwertend in den Kontakt, testen uns aus, ob wir sie aushalten, sie wahrnehmen, in innerem Kontakt zu ihnen bleiben. Bereits die ersten Minuten der ersten Probatorikstunde können in uns Therapeuten die gesamte Bandbreite des eigenen inneren Erlebens in Gang setzen: von starker Sympathie, sich innerlich verbunden fühlen, die Patienten mögen, Mitleid und Sorge empfinden, über Traurigkeit, Anspannung, Beklommenheit bis hin zu Ablehnung, aggressiven und aversiven Impulsen, unseren Patienten loswerden zu wollen. Eine intensive Beziehungsdynamik kann entstehen, in der sich die innere Erfahrungswelt unserer Patienten über unser subjektives Erleben als Therapeuten abbildet; sie deponiert sich dort, und entfaltet sich im therapeutischen Kontakt. So bringt sich die innere Not unserer Patienten in die therapeutische Beziehung ein. Trotz der rechtlichen Normierung, dass bei Kindern der Therapieantrag von den Eltern unterzeichnet wird, darf nicht vergessen werden, dass die Kinder und Jugendlichen unsere Patienten sind und nicht die Eltern, dass die Kinder und die Jugendlichen – auf ihre individuelle Art – den Therapieauftrag geben, worum es in der Therapie gehen soll, und nicht die Eltern oder das soziale Umfeld der Patienten, seien dies Familie, Jugendhilfe etc. In der Folge arbeiten wir als Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten sehr häufig in einem teilweise sehr konflikthaften Spannungsfeld zwischen dem Therapieauftrag der Patienten und den Erwartungen der Bezugspersonen bzw. des sozialen Umfeldes der Patienten an die Therapie und an uns Therapeuten.

Spiele, externalisierendes Agieren und Mitagieren als notwendige Bestandteile der therapeutischen Beziehung

Insbesondere Kinder bearbeiten ihre innere Konfliktdynamik in Therapien in der Regel externalisierend im Spiel und in der unbewusst intentional manipulativen Gestaltung der konkreten Interaktionen mit uns Therapeuten. Beides sind als normale psychische Regulationsdynamiken und Alltagskompetenzen anzusehen, die sich in Therapien, begünstigt von dem entwicklungs offenen psychoanalytischen Setting, sehr verdichten können. Erfahrungsgemäß stellt sich über die Stunden ein Entwicklungskontinuum her, innerhalb dessen die Therapie und die therapeutische Beziehung von unseren Patienten dazu genutzt werden können, ihre innerpsychischen Regulationsprozesse zu unterstützen und so zu einer veränderten Selbstentwicklung zu kommen. Die hierbei beobachtbaren Entwicklungsprozesse sind nicht linear fortschreitend; vielmehr findet eine ständige innere Abgleichung von progressiven Entwicklungsimpulsen mit der bestehenden inneren Strukturiertheit und der sozial relevanten Umwelt statt, so dass es zu für die Patienten nicht aushaltbaren Entwicklungen kommt, was sich oftmals in Widerständen und – manchmal wochen- und monatelanger – Stagnation zeigen oder, wenn es zu bedrohlich wird, zu Therapieverweigerung oder -abbrüchen führen kann.

Gerade das kindliche Spiel eignet sich dazu, innere und äußere Konflikte externalisierend zu bearbeiten, und hat insofern, worauf bereits Zulliger (1952, 1965) hingewiesen hat, kurative Funktion; folglich braucht das kindliche Spiel nicht unbedingt gedeutet zu werden. Freilich darf hierbei nicht übersehen werden, dass Spielen und Agieren in Therapien immer in einer sozialen Situation im Sinne der Anwesenheit einer relevanten zugewandten Person stattfindet und darin immer Bezogenheit aufweist, auch wenn das Kind allein vor sich hin spielt. Der Patient teilt uns im Spielen ebenso wie in seiner Beziehungsinszenierung immer etwas mit, symbolisch verschlüsselt und oft nur sehr schwer oder kaum zu entschlüsseln.

Insbesondere in Kindertherapien zeigt sich, wie sehr die innerpsychische Regulation und deren Transformation über externalisierende Prozesse verläuft. Die Bedeutsamkeit externalisierenden Spielens bei Kindern und externalisierenden Agierens oder Sprechens bei Jugendlichen kann in ihrer therapeutischen Funktion nicht hoch genug eingeschätzt werden (vgl. Walter, 2015c): Externalisierungen stellen in Kinder- und Jugendlichen-therapien zentrale Formen von Selbstmitteilung und Kontakt sowie von Beziehungsangeboten dar. Beim Patienten ermöglicht Externalisierung in der aktuellen Stunde im Sinne des Gegenwartsunbewussten (Sandler & Sandler, 1985) eine gewisse Distanzierung bei gleichzeitigem inneren Bezug zum Inhalt und den sie begleitenden, oftmals wenig regulierten und bedrohlichen Affekten und inneren Konflikten. Auf diese Weise führt Externalisierung als projektiver Vorgang zu einer nach außen verlagerten Wahrnehmung eigener Befindlichkeiten, innerer Zustände und Konflikthaftigkeiten: Indem der Patient über etwas außerhalb seiner Person Externalisiertes spricht, kann er sich Bedrohlichem und Angstmachendem annähern, ohne dabei von der damit verbundenen vollen emotionalen Wucht und Bedrohlichkeit getroffen zu werden. Insbesondere jugendlichen Patienten mit ihrer hohen narzisstischen Verletzlichkeit ermöglicht dies, offener über sich zu sprechen.

Hinzu kommt der beziehungsrelevante Aspekt: Über Externalisierung werden innerpsychische Befindlichkeiten und Konflikthaftigkeit in die therapeutische Beziehung eingebracht und entfalten dort ihre Brisanz, schlagen sich in unseren Gegenübertragungsreaktionen nieder. Zugleich kann der gemeinsame, mit uns Therapeuten geteilte Blick auf das Externalisierte unseren Patienten einen Zugang zu deren latenter Dynamik eröffnen. Als verstehende und verbalisierende Begleitung unserer Patienten bedeutet dies eine Triangulierung gegenüber dem Externalisierten im Sinne einer gemeinsamen Außensicht auf das Externalisierte, wodurch die belastenden Inhalte den Betroffenen distanziert und darin verändert und weniger bedrohlich wieder zugänglich und besser integrierbar werden. Insbesondere dann, wenn die gemeinsame Sicht auf das Bedrohliche und das Darübersprechen sich zu einem gemeinsam von Patient und Therapeut gestalteten Narrativ des Externalisierten entwickeln kann als ein gemeinsames Erforschen und Erkunden dieser oftmals von sehr Bedrohlichem und Unaushaltbarem geprägten Innenwelt unserer Patienten (vgl. allgemein Ferro, 2003, 2005, sowie insbesondere bei Traumatisierung Walter, 2012a). So war es einem 15-jährigen Patienten lange nicht möglich, über seine intrusiv erlebte Mutter zu sprechen, stattdessen sprach er viele Stunden über sein Lieblingscomputerspiel, das seine Ängste vor intrusivem Beherrschtwerden symbolisierte. Nach mehreren Monaten begann er von sich aus, Parallelen des Spieles mit dem Erleben seiner Mutter zu benennen.

Symbolisierung innerer Zustände in Form von Sprache stellt nur eine Form der Symbolisierung und oftmals nicht die wichtigste in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapien dar. Vielmehr zeigen sich Spielen und Beziehungsinszenierung als vorherrschende Form der Symbolisierung. Oft werden wir unvermeidbar sehr aktiv in diese Inszenierungen über Enactments (Streeck, 2000) einbezogen; dies dürfte für psychodynamische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapien der Normalzustand sein. Mitagieren stellt somit ein zentrales Medium der therapeutischen Interaktion und Kommunikation dar. Abstinenz im Sinne des Nichtagierens und keines Körperkontaktes, der recht häufig gerade in Kindertherapien vorkommt, ist gar nicht möglich.

Agieren und Mitagieren als notwendiger Bestandteil des therapeutischen Handelns sind einerseits Medium des Kontaktes und der Beziehung zwischen Therapeut und Patient; andererseits tragen sie viele unbewusste Mitteilungen in sich. Die therapeutische Aufgabe kann hierbei darin gesehen werden, dass wir uns auf diese agierenden Symbolisierungen konkret einlassen und gleichzeitig – soweit dies in der Stunde möglich ist – deren unbewussten Mitteilungscharakter zu entschlüsseln versuchen. Hilfreich ist hierbei die ständig stattfindende Gegenübertragungsanalyse im Kontext der je individuellen Beziehungsdynamik, in der unsere Patienten einerseits dysfunktionale Bewältigungsmuster reinszenieren und – in Kontakt zu und in Auseinandersetzung mit uns – zugleich neue, sich langsam entwickelnde Veränderungen ihres Selbst- und Weltumgangs zulassen.

Da wir gerade bei Kindern und Jugendlichen oftmals auf einem hohen Aktivitätsniveau (z. B. Kickern oder Fußball spielen im Therapiezimmer, Schlachten im Sandkasten, Boxen etc.) unter Beschuss (Bion) therapeutisch arbeiten, stehen wir immer in der Gefahr, unsere selbstreflexive therapeutische Funktion zu verlieren bzw. diese droht, durch unsere Patienten unbewusst intentional unterlaufen zu werden. Es geht darum, unsere therapeutische Position aufrechterhalten zu können, indem wir zwar auf die pathogen-dysfunktionalen Beziehungsangebote reagieren, diese jedoch nicht – wie in der Übertragung induziert – re-agierend wiederholen, vielmehr reflektierend aufnehmen und, indem wir therapeutisch *lege artis* arbeiten, anders reagieren, als von unseren Patienten erwartet.

Die therapeutische Beziehung als entwicklungsfördernder Beziehungs- und Erfahrungsraum

Lässt sich ein Kind oder Jugendlicher auf seine je spezifische Weise auf die Therapie ein – und sei es durch anfängliche Verweigerung und Austesten, ob wir ihn aushalten –, so zeigt die therapeutische Erfahrung sehr deutlich und eindrucksvoll, insbesondere wenn es sich um Langzeittherapien handelt, dass die therapeutische Beziehung seitens des Kindes oder des Jugendlichen benutzt und genutzt wird, uns Therapeuten in einer bestimmten Weise zu funktionalisieren bzw. für die eigene Entwicklung zu verwenden, was neurotische Fehlentwicklungen zu korrigieren in der Lage ist. Hiermit kann die konkrete therapeutische Beziehung erlebt werden als eine neue Beziehungserfahrung, in der wir als Therapeuten von unseren Patienten hinsichtlich deren Selbstentwicklung in sehr unterschiedlichen kurativ bedeutsamen Funktionen be- und genutzt werden können. Ausgehend von dieser konkreten therapeutischen Erfahrung hat sich in den

letzten Jahrzehnten eine hoch differenzierte Diskussion entwickelt, in welcher Funktion wir Therapeuten erlebt und von unseren Patienten gesucht werden. Hinsichtlich der entwicklungsfördernd-kurativen Funktion finden sich unterschiedliche Akzentuierungen, die nicht trennscharf voneinander abgegrenzt werden können:

Erfahrungen mit dem Therapeuten als neuem Objekt

In der Diskussion der kurativen Aspekte psychoanalytischen Arbeitens herrscht die grundlegende Unterscheidung zwischen dem Therapeuten als „Übertragungsobjekt“, mit dem die alten, auch pathogenen Erfahrungen zu wiederholen versucht werden, und dem Therapeuten als einem „neuen Objekt“, mit dem neue, korrigierende Erfahrungen gemacht werden können, vor. Bereits A. Freud (1965) beschrieb neben den neurotischen Wiederholungstendenzen, in denen der Analytiker als Übertragungsobjekt gesehen wird, die Tendenz von Kindern und Jugendlichen, uns Therapeuten als neues, interessantes Gegenüber zu erleben, mit dem andere als die sich wiederholenden Beziehungserfahrungen gemacht werden können. Als Übertragungsobjekt werden wir Therapeuten zur „Projektionsfläche“ der Erfahrungen mit relevanten Personen in der Geschichte unserer Patienten und deren gegenwärtiger Geschichte (Eltern, Großeltern, Geschwister, Lehrer etc.) und werden als Repräsentanten von Selbstanteilen unserer Patienten angesehen bzw. so, wie die relevanten Bezugspersonen in den verschiedenen psychosexuellen Entwicklungskonflikten erlebt wurden. Aufgrund der entsprechenden Introjekte und Bearbeitungsweisen unserer Patienten führt dies zu Wiederholungsdynamiken in der therapeutischen Beziehung (A. Freud, 1965). Im Gegensatz zu den klassischen, an der Erwachsenentherapie orientierten Vorstellungen von Übertragung als Wiederholung, Neuauflage, Nachbildung von Regungen und Phantasien gegenüber den relevanten Bezugspersonen aus der eigenen Vergangenheit und Kindheit (vgl. Bettighofer, 2010) übertragen Kinder und Jugendliche immer auch ihre Erfahrungen aus der Gegenwart (vgl. Windaus, 2007), zumal die Eltern und andere relevante Bezugspersonen in ihrem Leben oft sehr präsent sind. Durch das offene analytische Setting können diese Bewältigungs- und Beziehungsdynamiken in der konkreten aktuellen Beziehung zu uns als Therapeuten gefühlsmäßig und interaktionell wiederaufleben und sich vergegenwärtigen, so dass sie im Hier und Jetzt der Therapie bearbeitet werden können. Hierbei wird immer auch versucht, die eigene Strukturiertheit und die im Laufe der bisherigen Lebensgeschichte entwickelte Regulationsdynamik aufrechtzuerhalten. Diese in jedem menschlichen Kontakt stattfindende Intention zeigt sich wiederholend in der Übertragung, die mit Sandler et al. betrachtet werden kann als „eine spezifische Illusion ...“, die sich in Bezug auf eine andere Person einstellt, und die ohne Wissen des Subjekts in einigen ihrer Merkmale eine Wiederholung der Beziehung zu einer bedeutsamen Figur der eigenen Vergangenheit darstellt“. Dazu gehören „auch die unbewußten (oft subtilen) Versuche ..., Situationen mit anderen herbeizuführen oder zu manipulieren, die eine verhüllte Wiederholung früherer Erlebnisse und Beziehungen sind (Sandler, Dare & Holder, 2001, S. 73). Diese Wiederholungstendenzen beinhalten oft bedrohliche und belastende Beziehungserfahrungen. Müller-Pozzi (1991, S.15) spricht bei Letzteren von „konflikthafte(r) Übertragung“ als „Neuinszenierung pathogener und konflikthafter Beziehungen zu bedeutsamen Beziehungspersonen der Vergangenheit“, bei Kindern und Jugendlichen auch der Gegenwart, mittels derer der Patient „szenisch

etwas ausdrückt, was er verbal nicht oder noch nicht mitteilen kann, weil er gar nicht weiß, was er mitteilen will. Er verbalisiert nicht, er inszeniert. Er erinnert nicht, er wiederholt“. Was Müller-Pozzi hier beschreibt, kann man tagtäglich in der kinder- und jugendlichenanalytischen Praxis beobachten.

Zugleich lassen sich gerade bei den Kindern und Jugendlichen uns Therapeuten gegenüber auch sehr positiv besetzte Übertragungen beobachten im Sinne der Übertragung einer korrigierenden, ausgleichenden, belastbaren, abgegrenzten und ausreichend guten Bezugsperson. Unsere Patienten haben bei aller Wiederholungstendenz immer auch Hoffnungen, dass mit uns Therapeuten Erfahrungen möglich sein mögen, die nicht den bislang belastend erlebten entsprechen, zumal alle unsere Patienten – und sei es noch so rudimentär – innerlich immer auch auf positive Erfahrungsmomente zurückgreifen können.

In der psychoanalytischen Konzeptualisierung des Behandlungsprozesses und der therapeutischen Beziehung ist immer wieder versucht worden, die mit dieser anderen Erfahrung und implizit positiven Erfahrungserwartung verbundenen entwicklungsfördernd-kurativen Funktion des Therapeuten als eines anderen, neuem, von den bisherigen relevanten Bezugspersonen unterschiedenem Objekts zu bestimmen (vgl. zur Diskussion Walter, 2010; Mertens, 2011). Alexander, French et al. prägten 1946 den Begriff der „korrigierenden emotionalen Erfahrung“ („corrective emotional experience“) als dem konkreten Erleben, dass die Übertragungserwartung an den Therapeuten scheitert. Allein schon dadurch, dass dieser, indem er analytisch arbeitet, diesen Erwartungen nicht entspricht, auch wenn dies vom Patienten immer wieder induziert wird, können neue korrigierende Beziehungserfahrungen möglich werden (Alexander & French et al., 1946, 40 ff., 268 ff.). Insbesondere Loewald (1986) hat von dem Analytiker als „neuem Objekt“ gesprochen, mit dem andere Erfahrungen gemacht werden können, was von dem finnischen Psychoanalytiker V. Tähkä (1993) als explizit entwicklungsfördernd-kuratives Modell des Analytikers als eines neuen bedeutsamen Entwicklungsobjekts („developmental object“) konzeptualisiert wurde.

Erfahrungen mit dem Therapeuten als triangulierendem Objekt

In jeder Therapie von Kindern und Jugendlichen zeigt sich, so es zu einem therapeutischen Prozess kommt, dass die Therapie triangulierende Funktion für die Entwicklung unserer Patienten bekommen kann. Das Erleben einer anderen Person mit den damit verbundenen neuen Erfahrungen konterkariert nicht nur das, was bislang mit den relevanten Bezugspersonen erlebt wurde; es ermöglicht auch, diese neuen Erfahrungen innerpsychisch so zu nutzen, dass sich die bisherigen Muster zumindest flexibilisieren können und sich neue Entwicklungsmöglichkeiten ergeben. Im gelungenen Fall können die mit uns Therapeuten gemachten Erfahrungen so verinnerlicht werden, dass die darin enthaltenen Möglichkeiten wie Objekt Konstanz, Gehalten- und Gesehenwerden etc. als innere Regulatoren aufgebaut werden, auf die in inneren und äußeren Krisensituationen zurückgegriffen werden kann. Hierdurch können bisherige Beziehungserfahrungen durch ein neu erlebtes Drittes korrigiert werden, so dass die für die Autonomieentwicklung entscheidende Fähigkeit, von dem unterstützenden inneren Objekt und den damit

verbundenen tragenden Beziehungserfahrungen Gebrauch machen zu können, gegeben ist. Diese Triangulierung ermöglicht es, innerlich und real flexibler zu reagieren, was bereits in der frühen kindlichen Autonomieentwicklung von entscheidender Bedeutung ist (vgl. Schon, 1995; Bürgin, 1998; Dammasch, Katzenbach & Ruth, 2008; Hopf, 2015).

Erfahrungen mit dem Therapeuten als haltendem, containendem, affektregulierendem und mentalisierendem Hilfs-Ich

Die Funktion eines Hilfs-Ichs kann im therapeutischen Kontext verstanden werden als die Ad-hoc-Übernahme von regulierenden Funktionen, die das Ich unserer Patienten in der Stunde noch nicht oder aktuell nicht auszuführen in der Lage ist. Diese Hilfs-Ich-Funktion beinhaltet, unsere Patienten zu stützen und auch zu stabilisieren, wenn sie von starken Emotionen und Impulsen wie Angst, Trauer, Wut, aggressiven Durchbrüchen, belastenden aktuellen Erfahrungen und Erinnerungen etc. überwältigt zu werden drohen und diese nicht mehr aus eigenen Kräften ausreichend regulieren bzw. symbolisieren können (vgl. A. Freud, 1965). Diese allgemeine therapeutische Bereitschaft steht in den konkreten Therapiestunden in dem Spannungsfeld unserer eigenen inneren Verunsicherung und unserer Spannungstoleranzen gegenüber unangenehmen Gefühlen und dem Druck der Übertragungserwartungen unserer Patienten und deren regressiver Wünsche. So fällt es uns manchmal schwer, den Patienten die Zeit zu lassen, die sie brauchen, um mit all dem Unangenehmen und Belastenden, das in der aktuellen Stunde aufgebrochen ist, umgehen zu können, und erst dann therapeutisch zu intervenieren und dem Patienten hilfreich zur Seite zu stehen. Hierbei handelt es sich – wie bei vielem – um eine Gratwanderung, die oftmals nur situativ unter Berücksichtigung der Übertragungs-Gegenübertragungsdynamik und des aktuellen Stundenverlaufs entschieden werden kann und eine hohe Sensibilität gegenüber sich abzeichnenden Entwicklungsprozessen und unseren eigenen Ambivalenzen hinsichtlich der bedrohlichen unbewussten Dynamik erfordert.

In diesem Kontext können wir von unseren Patienten als haltendes bzw. containendes Gegenüber erlebt und instrumentalisiert werden, das affekt- und emotionsregulierend deren weitere Entwicklung unterstützt. Holding und Containing als Grundfähigkeiten therapeutischen Handelns sind zurzeit sehr in Mode gekommen; sie werden oftmals missverstanden im Sinne einer konkret anzuwendenden therapeutischen Technik (vgl. zur Kritik Bovensiepen, 2008). Fasst man Holding im Sinne Winnicotts als das Zur-Verfügung-Stellen einer ausreichend geeigneten entwicklungsfördernden Umwelt (Winnicott, 1984) und Containing als unsere innere Fähigkeit, vom Patienten aktuell nicht bearbeitbares Bedrohliches zunächst in uns zu verarbeiten und dem Patienten, an ihm orientiert, in einer für ihn hilfreichen Weise zur Verfügung zu stellen (Bion, 1962a, 1962b, 1963; vgl. Lüders, 2013), so sind wir weit von einer therapeutischen Technik oder der Anwendung einer bestimmten therapeutischen Methode entfernt. Bei Holding wie bei Containing geht es um eine therapeutische Grundintention, so mit dem Patienten umzugehen, dass er sich in der Therapie weiterentwickeln kann bzw. dass er, uns Therapeuten als hilfreich erlebend, andere Möglichkeiten der inneren Selbstregulation und seines Umgangs mit seiner ihn umgebenden Welt entwickeln kann; mithin versuchen wir, „die für die Ich-Funktionen günstigsten psychologischen Bedingungen her(zu)stellen“ (Freud, 1937, S. 389), was

nach heutiger Sicht immer auch Affektregulation und Mentalisierung einschließt (Allen, Fonagy & Bateman, 2008; Bush, 2008; Jurist, Slade & Bergner, 2008; Fonagy, 2001; Fonagy & Target, 2001, 2005; Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002; Streeck-Fischer & Streeck, 2010; Verheugt-Pleiter, Zevalkink & Schmeets, 2008).

Bollas (1997) hat insbesondere Winnicotts Modell der „holding-function“ der Mutter im Sinne der unterstützenden Begleitung der Selbstentwicklung und des Selbsterlebens unserer Patienten weiterentwickelt. Als Verwandlungsobjekt („transformational object“) nehmen wir Therapeuten ähnlich einer ausreichend gut erlebten Mutter im Sinne der „environment-mother“ bestimmte Funktionen wahr, die es dem Patienten ermöglichen, mehr Selbstbezug zu entwickeln und mit unserer Hilfe kontinuierliche innere und äußere Veränderungsprozesse in Gang zu setzen und zu halten, die das eigene Selbst reifen lassen und stabilisieren. Von Kindern und Jugendlichen werden wir erstaunlich oft in dieser Funktion gesucht.

Erfahrungen mit dem Therapeuten als hilfreichen, entwicklungsförderndem Selbstobjekt

Im Rahmen der Selbstpsychologie Kohuts und dessen Fortführung (vgl. Siegel, 2000; Milch, 2001) wurde die zentrale entwicklungsfördernde Funktion von Bezugspersonen in ihrer Selbstobjekt-Funktion untersucht und beschrieben. Unter selbstobjektaler Funktion wird die Erfahrung mit einer Person verstanden, die „intrapyschisch so erlebt wird, als erfülle (sie) in einer Beziehung Funktionen, die das Selbstgefühl wecken, aufrechterhalten und positiv beeinflussen“ (Bacal & Newman, 1994, S. 279). Dies konkretisiert sich in der Einstimmung der Bezugsperson auf die Affektzustände und die Validierung der subjektiven Erfahrung des Kindes und deren Stimmigkeit, im Affekt-Containment, Spannungsregulation und Beruhigung sowie in dem Stützen, Organisieren, Wiederherstellen und Stärken des geschwächten Selbstwertgefühls bei Anerkennung der Einzigartigkeit und Kreativität des Kindes (ebd.). Jeder gelungene Bezugspersonen-Kind-Dialog enthält diese Momente. Wie bereits Kohut (1973) herausgearbeitet hat, braucht ein Kind für seine gesunde Entwicklung Bezugspersonen, die dessen Selbstregulation dienen, indem sie – in der Version von Kohut – entwicklungsnotwendig das narzisstische Gleichgewicht des Kindes regulieren und als haltgebend und strukturierend sowie bestätigend-spiegelnd verinnerlicht werden können. Beides, die Erfahrung der bestätigenden und der strukturierend-regulierenden Funktion der Bezugspersonen, sind von zentraler Bedeutung für die kindliche Entwicklung. Als Therapeuten werden wir von Kindern und Jugendlichen sehr häufig in dieser selbstobjektalen Funktion genutzt, oftmals in Verbindung mit wenig innerlich akzeptierten Impulsen und Wünschen, die sich im Kontakt zu uns mehr und mehr zeigen können.

Erfahrungen mit dem Therapeuten als Entwicklungsobjekt

Eine andere Akzentuierung findet sich bei Tähkä, der Entwicklungsförderung am konsequentesten mit dem psychoanalytischen Ansatz verbindet und psychoanalytische Therapie prinzipiell als Entwicklungstherapie identifiziert. Nach Tähkä (1993) gebrauchen unsere

Patienten und Therapeuten als neues Entwicklungsobjekt („new developmental object“), mit dem substanzielle Veränderungen möglich werden im Sinne einer „korrigierenden Erfahrung“ hinsichtlich deren verschütteter Entwicklungs- und Wachstumsbedürfnisse. Um dies zu ermöglichen, müssen wir uns als Therapeuten mit diesen Bedürfnissen unserer Patienten aktiv verbünden im Sinne „der empathischen und /oder komplementären Anerkennung der frustrierten und zum Stillstand gekommenen Entwicklungsbedürfnisse und -potentiale des Patienten“ (Tähkä, 1993, S. 231). Dies setzt nach Tähkä die Fähigkeit und Bereitschaft des Therapeuten voraus, zwischen zwei Funktionen zu oszillieren: als Entwicklungs- bzw. Beziehungsobjekt in Verbindung mit den brachliegenden Entwicklungsbedürfnissen des Patienten (als „developmental child“) zu treten und dieses zu unterstützen sowie als verstehendes Gegenüber die sich in der Übertragung wiederholenden Fehlentwicklungen („transference child“) zu deuten. Für Tähkä stellt (wie für viele andere) nicht die Deutung per se, vielmehr ein haltendes Milieu seitens des Therapeuten im Sinne einer Entwicklungsbeziehung (analog einer entwicklungsfördernden Eltern-Kind-Beziehung) das therapeutische Movens dar. Psychoanalyse wird in diesem Kontext als eine spezifische Form der Entwicklungstherapie im Sinne der Verbindung von einsichtsorientierter (Deutung) und interaktionell-entwicklungsfördernden Komponenten verstanden. Dieses Modell wurde im kinder- und jugendlichenpsychotherapeutischen Bereich stark rezipiert (vgl. Hurry, 1998, 2002, 2005), jedoch tendenziell reduziert, als es auf Kinder und Jugendliche bezogen wurde, die aufgrund ihrer Störung nicht mit dem klassischen analytischen Verfahren behandelt werden können (vgl. Walter, 2010). Meines Erachtens zeigen Kinder und Jugendliche völlig unabhängig von ihrer Störungsdynamik und ihren Symptomen immer Einbrüche und Belastungen in ihrer individuellen Entwicklung und verwenden uns im Laufe der Therapie – wie die Fallvignette zu Beginn exemplarisch zeigt – als die Objekte, mit deren Hilfe es möglich werden kann, festgefahrene Entwicklungen wieder in Gang zu bringen bzw. Entwicklungsarretierungen aufzuheben und zu einer altersadäquaten Affektregulierung und sozialen Kontakten zu kommen.

Bei den benannten verschiedenen Funktionen handelt es sich nicht um je getrennte Funktionen oder bestimmte therapeutische Vorstellungen, wie in welcher Situation therapeutisch vorzugehen ist. Die einzelnen therapeutischen Funktionen gehen ineinander über und entwickeln sich sehr individuell und unvorhersehbar im individuellen Entwicklungsprozess, der von Stunde zu Stunde sehr variieren kann. Dieser wiederum ist neben den Außenbedingungen abhängig von der im Laufe der Therapie zunehmenden inneren Regulationsfähigkeit des Patienten, dessen veränderter Abwehrdynamik sowie der Entwicklung der therapeutischen Beziehung. Sich auf diesen sehr differenzierten und nicht vorhersehbaren Entwicklungsprozess einzulassen stellt hohe Ansprüche an unsere Selbstreflexion und unsere Fähigkeit, ad hoc in der individuellen Therapiesituation authentisch therapeutisch zu handeln und die aktuell erforderlichen Funktionen zu übernehmen, zumal vieles in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie eben nicht über Sprache, vielmehr über Aktion, Kontakt, Verhalten, Agieren, Mitagieren, Enactments läuft. Hinzu kommt, dass sich unsere Patienten in der Regel eher diskontinuierlich entwickeln: nach wochen- oder monatelangem Verharren auf bestimmten Entwicklungsplateaus, was uns als nicht enden wollende Stagnation vorkommen kann, erleben wir Kinder und Jugendliche von einer auf die andere Stunde wie völlig verändert. Insbesondere in Langzeittherapien kann hierbei beobachtet werden, dass externalisierend-agierende Symbolisierung langsam

in verbalisierende Symbolisierung übergeht, so dass die Kinder beginnen, sich und ihre Innenwelt und was sie bewegt im Umgang mit sich, der sozialen und der realen Welt zunehmend mitzuteilen.

Eltern- und Bezugspersonenarbeit und die Aufrechterhaltung der therapeutischen Funktion

Die in der BRD geltende Psychotherapie-Richtlinie favorisiert ein Modell, das – im Gegensatz zu anderen Ländern – die kinder- und jugendlichenpsychotherapeutische Arbeit mit begleitenden Gesprächen mit den Bezugspersonen koppelt. Insbesondere bei jeder Kindertherapie sollten regelmäßige Gespräche mit den leiblichen, Adoptiv- oder Pflegeeltern und/oder anderen wichtigen Bezugspersonen wie Bezugserziehern oder Lehrern stattfinden. Die vorgegebenen Normierungen der Psychotherapie-Richtlinien sehen die Ziele der Bezugspersonenarbeit insbesondere darin, die innerfamiliären Konstellationen in der Herkunftsfamilie des Kindes oder Jugendlichen zu verändern, indem Verständnis für die Störung des Kindes, verbunden mit der Auseinandersetzung der Eltern mit ihren Rollenzuweisungen gegenüber den Kindern und der aus der eigenen Herkunftsfamilie resultierenden malignen Wiederholungsdynamiken ihnen gegenüber ebenso geweckt werden soll wie für die durch die Therapie des Kindes erreichten Veränderungen (Rüger, Dahm, Dieckmann & Neher, 2015, S. 55, 88). Diese Vorgaben sind angesichts der konkreten Anforderungen in der Praxis extrem anspruchsvoll; de facto kommen sie einer ständigen Gratwanderung gleich und setzen nicht nur eine hohe einzeltherapeutische Kompetenz voraus, sondern ebenso die laborierte Fähigkeit, das familiäre System und die soziale Umwelt, in der das Kind bzw. die Jugendlichen aufwachsen, psychoanalytisch und systemtheoretisch zugleich zu erfassen und – da es sich nicht um Familientherapie handelt – diese Zusammenhänge in der Einzeltherapie mit den Kindern und Jugendlichen und der begleitenden Bezugspersonenarbeit ausreichend zu berücksichtigen – und bei alledem Einzeltherapeut zu bleiben. Ohne intensive familiendynamische Kenntnisse und Kompetenzen dürfte diese Arbeit kaum zu leisten sein (vgl. Ahlheim, 2007; Bauriedl, Cierpka, Neraal & Reich, 2002; Buchholz, 1995; Holderegger, 2007; Möhring & Neeral, 1996; Neeral, 2007; Ornstein & Rass, 2014; Reich, 2004; Reich, Massing & Cierpka, 2007; Richter, 1963, 1970; Stierlin, 1980, 1982, 2001; Stierlin, Rücker-Embsen, Wetzel & Witsching, 1980; Walter, 2009).

Um entsprechend qualifiziert mit Kindern und Jugendlichen und deren Bezugspersonen arbeiten und dieser Komplexität gerecht werden zu können, bedarf es darüber hinaus einer die individuelle Entwicklungsdynamik und individuelle pathogene Regulationsdynamik des Kindes oder Jugendlichen überschreitenden, sie kontextualisierenden systemtheoretischen und familiendynamischen Perspektive individueller Entwicklungszusammenhänge. Hierbei ist einerseits zu beachten, dass wir in Kinder- und Jugendlichentherapien nicht nur seitens der Kinder und Jugendlichen, sondern auch sehr häufig durch den hohen Erwartungs- und Anpassungsdruck der Eltern, der Schule und der Helfersysteme „unter Beschuss“ (Bion) geraten und den therapeutischen Raum und unsere Fähigkeit, therapeutisch zu arbeiten, gegen diesen Druck aufrechterhalten müssen, ohne in unreflektiertes Agieren oder Gegenagieren zu fallen (vgl. Holicki, 2014). Bei den Eltern und Familiensystemen seitens der weiteren sozialen Umwelt und der Helfersysteme besteht oftmals ein hoher

Konformitätsdruck, das Kind funktionabel in diese Systeme einzupassen, was oftmals der heimliche und nicht selten auch offene Therapieauftrag von Erwachsene Seite an uns Therapeuten ist: das Kind oder den Jugendlichen wieder funktionsfähig zu machen, so dass sie weniger stören – fast regelmäßig kommt dies im Zusammenhang von „ADHS“ vor, ohne die hochkomplexe Dynamik dieses viel zu häufig diagnostizierten Syndroms (vgl. Bovensiepen, Hopf & Molitor, 2004; Heinemann & Hopf, 2006) zu berücksichtigen. Unter systemtheoretischen Gesichtspunkten dürfte dieser heimliche Therapieauftrag der Erwachsenenwelt der Aufforderung gleichkommen, die sozialen Systeme wie Familie, Schule, Ausbildung, Jugendhilfe u. a. am Laufen zu halten und Störfaktoren in Form menschlicher Individualität und idiosynkratischer Entwicklung zu eliminieren. Dies würde bedeuten, Psychotherapie als Reparaturbetrieb zu instrumentalisieren, was mit den entwicklungsfördernd-kurativen Intentionen von Psychotherapie überhaupt nichts zu tun hat und auch nicht der Richtlinientherapie entspricht. Dass hinter diesem Ansinnen oftmals auch Not verborgen sein kann, steht außer Frage; nur diese kann nicht auf dem Rücken unserer Patienten ausgetragen, sondern nur vor Ort gelöst werden.

Darüber hinaus gilt es, bei unserer therapeutischen Arbeit ständig mit im Auge zu behalten, dass jede erfolgreiche Therapie bei Kindern und Jugendlichen ihre bisherige Passung in die sozialen Systeme noch mehr infrage stellen kann als es zuvor die Symptome unserer Patienten taten. Viele unserer Patienten wurden in Therapie geschickt, weil deren individuelle Entwicklung als der Versuch, psychisch zu überleben, zu störend für deren soziale Umwelt waren und vor allem deren bisherige Regulationen infrage gestellt, wenn nicht gar durchkreuzt haben. Eingebettet in familiäre Strukturen mit einer oftmals massiven Problematik der Eltern, findet sich häufig eine selbstobjektale Instrumentalisierung der Kinder, die individuelle Regulation der Eltern und die familiäre Selbstregulation durch eine bestimmte, oftmals maligne Anpassung zu gewährleisten und diese nicht durch Eigenentwicklung zu bedrohen (vgl. Walter, 2009). Dies dürfte tendenziell auch für manche Aspekte von Schule, Ausbildung, Jugendhilfe und medizinischer Versorgung zutreffen (vgl. Menzos, 1976).

Vor diesem Hintergrund sind Auffälligkeiten und Symptomatiken von Kindern und Jugendlichen nicht als pathogene Entwicklungen, sondern als deren prinzipiell gesunde Reaktionen anzusehen, auch wenn sie persönlichkeitsabhängig eine pathologische Verkleidung annehmen oder sich mit pathologischen Prozessen verbünden können. Ohne ausreichende Reflexion dieser Zusammenhänge geraten wir als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sehr schnell in die Gefahr, maligne Anpassungsprozesse zu unterstützen und Psychotherapie zum Anpassungsinstrument verkommen zu lassen. Diese Gefahr ist nicht unbedeutend, da gerade von den Eltern und anderen Bezugspersonen vielfältigste Erwartungen an die Therapie gestellt werden, die implizit fast immer den Auftrag beinhalten, deren bisherige Selbstregulation und das Funktionieren involvierter Institutionen sicherzustellen, was als durch die Kinder und Jugendlichen gefährdet erlebt wird. Dies kann niemals Ziel der Therapie und der Eltern- und Bezugspersonenarbeit sein. Deren Ziel ist vielmehr, unter Berücksichtigung der komplexen Aspekte des familiären und sozialen Eingebundenseins unserer Patienten insbesondere die Eltern in ihrer Elternkompetenz zu unterstützen und gemeinsam mit ihnen – durchaus im Sinne der Psychotherapierichtlinie, welche diese Aspekte reflektiert – Perspektiven zu entwickeln, das Kind oder den Jugendlichen in seiner

Individualität und Bedürftigkeit zu sehen und sie besser verstehen zu können. Dies ist die Voraussetzung dafür, als Eltern bzw. Bezugspersonen mit Kindern und Jugendlichen in einen reflektierteren Kontakt treten und entgleiste Dialoge verändern zu können.

Literatur

- Ahlheim, R. (2007). Die begleitende tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie der Bezugspersonen. In H. Hopf & E. Windaus (Hrsg.), *Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Lehrbuch der Psychotherapie* (Bd. 5; S. 253-269). München: CIP-Medien.
- Alexander F. & French T.M. et al. (1946). *Psychoanalytic Therapy: Principles and Application* (1974). New York: Lincoln & London: John Wiley & Sons Inc.
- Allen, J.G. & Fonagy, P. & Bateman, A.W. (2008): *Mentalizing in Clinical Practice*. Washington/London: American Psychiatric Publishing.
- Altmeyer, M. & Thomä, H. (Hrsg.) (2006). *Die vernetzte Seele. Die intersubjektive Wende in der Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bacal, H.A. & Newman, K.M. (1994). *Objektbeziehungstheorien – Brücke zur Selbstpsychologie*. Stuttgart-Bad Canstatt: frommann-holzboog.
- Bauriedl, Th., Cierpka, M., Neraal, T. & Reich, G. (2002). *Psychoanalytische Paar- und Familientherapie* (S. 79-106). In M. Wirsching & P. Scheib (Hrsg.), *Paar- und Familientherapie*. Berlin u. a.: Springer.
- Bettighofer, S. (2010). *Übertragung und Gegenübertragung im therapeutischen Prozess* (4., überarb. u. erweit. Aufl.) Stuttgart: Kohlhammer.
- Bion, W. (1962a). *Lernen durch Erfahrung*. Frankfurt, 1990: Suhrkamp.
- Bion, W.R. (1963). *Elemente der Psychoanalyse*. Frankfurt 1992: Suhrkamp.
- Bion, W.R. (1997). *Transformationen*. Frankfurt: Suhrkamp
- Bion, W.R. (2006). *Aufmerksamkeit und Deutung*. Frankfurt: Brandes & Apsel
- Blaß, H. (2013). *Tradition und der Platz des Neuen in der psychoanalytischen Ausbildung*. In Berrouchot, S. u. a. (Hrsg.), *Der Andere im Prozess psychischen Wachsens*. DPV-Frühjahrstagung 2013, Frankfurt, 2013, S. 405-417.
- Bollas, C. (1987). *The Shadow of the Object. Psychoanalysis of the Unthought Known*. London: Free Association Books.
- Bovensiepen, G. (2008). *Mentalisierung und Containment. Kritische Anmerkungen zur Rezeption der Entwicklungs- und Bindungsforschung in der klinischen Praxis*. *Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*, 137 (39), 7-28.
- Bovensiepen, G. & Hopf, H. & Molitor, G. (Hrsg.) (2004). *Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms*. Frankfurt: Brandes & Apsel.
- Bründl, P. & King, V. (Hrsg.) (2012). *Adoleszenz: gelingende und misslingende Transformationen*. Frankfurt: Brandes & Apsel.
- Buchholz, M.B. (1995). *Die unbewußte Familie. Lehrbuch der psychoanalytischen Familientherapie*, München: Pfeiffer.
- Burchartz, A. (2012). *Psychodynamische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Das tiefenpsychologisch fundierte Verfahren: Basiswissen und Praxis*, Stuttgart: Kohlhammer.
- Bush, F.N. (Ed.) (2008). *Mentalization. Theoretical Considerations, Research Findings, and Clinical Implications*. New York, London: The Analytic Press.
- Bürgin, D. & Steck, B. (2013). *Indikation psychoanalytischer Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Diagnostisch-therapeutisches Vorgehen und Fallbeispiele*. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Bürgin, D. (Hrsg.) (1998). *Triangulierung. Der Übergang zur Elternschaft*. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Coderch, J. (Ed.) (2014). *Avances en Psicoanálisis Relacional. Nuevos campos de exploración para el psicoanálisis*. Madrid: Agora Relacional.
- Damasch, F., Katzenbach, D. & Ruth, J. (Hrsg.) (2008). *Triangulierung. Lernen, Denken und Handeln aus psychoanalytischer und pädagogischer Sicht*. Frankfurt: Brandes & Apsel.
- Ermann, M. (2004). *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Ein Manual auf psychoanalytischer Grundlage*. (4., überarb. u. erweit. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Ermann, M. (2014). *Der Andere in der Psychoanalyse. Die intersubjektive Wende*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Ferro, A. (2003). *Das bipersonale Feld. Konstruktivismus und Feldtheorie in der Kinderanalyse*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Ferro, A. (2005). *Im Analytischen Raum. Emotionen, Erzählungen, Transformationen*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Fonagy, P. (2001). *Bindungstheorie und Psychoanalyse*, 2006, Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fonagy, P. & Target, M. (2001). *Mentalisation und die sich ändernden Ziele der Psychoanalyse des Kindes*. *Kinderanalyse*, (9), Heft 2, 229-244.
- Fonagy, P. & Gergely, G. & Jurist, E.L. & Target, M (2002). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fonagy, P. & Target, M. (20015). *Frühe Bindung und psychische Entwicklung. Beiträge aus Psychoanalyse und Bindungsforschung*. Gießen, Psychosozial-Verlag.
- Freud, A. (1965). *Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung*. In *Die Schriften der Anna Freud*, Bd. VIII. Frankfurt, 1987: Fischer.
- Freud, S. (1937): *Die endliche und die unendliche Analyse*. In S. Freud: *Studienausgabe Ergänzungsband. Schriften zur Behandlungstechnik* (351-392). Frankfurt, 1975: Fischer.
- Hauser, S. & Schambeck (Hrsg.) (2010). *Übergangsraum Adoleszenz. Entwicklung, Dynamik und Behandlungstechnik Jugendlicher und junger Erwachsener*. Frankfurt: Brandes & Apsel.
- Heinemann, E. & Hopf, H. (2006). *AD(H)S. Symptome – Psychodynamik – Fallbeispiele – psychoanalytische Theorie und Therapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Heinemann, E. & Hopf, H. (2015). *Psychische Störungen in Kindheit und Jugend. Symptome – Psychodynamik – Fallbeispiele – psychoanalytische Therapie* (5., überarb. u. erweit. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Holder, A. (2002). *Psychoanalyse bei Kindern und Jugendlichen. Geschichte, Anwendungen, Kontroversen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Holderegger, H. (2007). *Die kindliche Verarbeitung familiärer Konflikte in bildnerischen und textlichen Alltagsproduktionen*. *Kinderanalyse*, 15 (2), 130-149.
- Holicki, A. (2014). *Von Unbewußt zu Unbewußt. Überlegungen zu Geschichte und Entwicklung der Analyse von Kindern und Jugendlichen. Vortrag auf dem Symposium „10 Jahre Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – psychodynamische Verfahren“ beim CIP am 23.05.2014*.
- Hopf, H. (2015). *Die Psychoanalyse des Jungen*. Stuttgart. Klett-Cotta.
- Hopf, H. & Windaus, E. (Hrsg.) (2007). *Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Lehrbuch der Psychotherapie* (Bd. 5). München: CIP-Medien.
- Hurry, A. (1998). *Psychoanalyse und Entwicklungstherapie*. In A. Hurry (Hrsg.), *Psychoanalyse und Entwicklungsförderung von Kindern* (S. 43-88). Frankfurt: Brandes & Apsel.
- Hurry, A. (Hrsg.) (2002). *Psychoanalyse und Entwicklungsförderung von Kindern*. Frankfurt: Brandes & Apsel.
- Hurry, A. (2005). *Die Analytikerin als Entwicklungsobjekt. Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*, 125 (36), 21-47.

- Jaenicke, C. (2006). Das Risiko der Verbundenheit – Intersubjektivitätstheorie in der Praxis. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Jongbloed-Schurig, U. & Wolf, A. (Hrsg.)(1998). >> Denn wir können die Kinder nach unserem Sinne nicht formen<< Beiträge zur Psychoanalyse des Kindes- und Jugendalters. Frankfurt: Brandes & Apsel.
- Jurist, E.L., Slade, A. & Bergner, S. (Eds.)(2008). Mind to Mind. Infant Research, Neuroscience and Psychoanalysis. New York: Other Press.
- Kohut, H. (1973). Narzißmus, Frankfurt: Suhrkamp.
- Lüders, K. (2013). Bions Container-Contained-Modell. In R. Kennel & G. Reerink (Hrsg.), Klein – Bion. Eine Einführung (S. 85-100). Frankfurt: Brandes & Apsel.
- Loewald, H.W. (1986). Psychoanalyse. Aufsätze aus den Jahren 1951-1979. Stuttgart: Klett-Cotta
- Mentzos, S. (1984). Neurotische Konfliktverarbeitung. Einführung in die Neurosenlehre unter Berücksichtigung neuer Perspektiven. Frankfurt: Fischer.
- Mentzos, S. (1976). Interpersonelle und institutionelle Abwehr. Frankfurt: Suhrkamp.
- Mentzos, S. (2009). Lehrbuch der Psychodynamik: Die Funktion der Dysfunktionalität psychischer Störungen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Mertens, W. (2011). Entwicklungsorientierung in der Psychoanalyse – überflüssig oder unerlässlich? Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen, 65, 808-831
- Milch, W. (2001). Lehrbuch der Selbstpsychologie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Mitchel, S. (2003): Bindung und Beziehung: auf dem Weg zu einer relationalen Psychoanalyse. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Möhring, P. & Neraal, T. (Hrsg.)(1996). Psychoanalytisch orientierte Familien- und Sozialtherapie. Das Gießener Modell in der Praxis. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Neeral, T. (2007). Psychodynamische Familientherapie. In H. Hopf & E. Windaus (Hrsg.), Lehrbuch der Psychotherapie. Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Bd.5; S. 569-578). München.
- Ornstein, A. & Rass, E. (2014). Kindzentrierte psychodynamische Familientherapie. Eine Einführung. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Müller-Pozzi, H. (1991). Psychoanalytisches Denken. Eine Einführung. Bern u. a.: Huber.
- Orange, D.M., Atwood, G.E. & Stolorow, R. (2001). Intersubjektivität in der Psychoanalyse. Kontextualismus in der psychoanalytischen Praxis. Frankfurt: Brandes & Apsel.
- Orange, D.M (2004). Emotionales Verständnis und Intersubjektivität. Beiträge zu einer psychoanalytischen Epistemologie. Frankfurt: Brandes & Apsel.
- Otscheret, L. & Braun, C. (Hrsg.)(2005). Im Dialog mit dem Anderen. Intersubjektivität in Psychoanalyse und Psychotherapie. Frankfurt. Brandes & Apsel.
- Poser, M. (2010). Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Theoriekonzeption und Falldarstellungen. Stuttgart: Schattauer.
- Racker, H. (1997). Übertragung und Gegenübertragung. Studien zur psychoanalytischen Technik (5., neugestalt. Aufl.). München, Basel: Ernst Reinhardt.
- Reich, G. (2004). Psychodynamische Familientherapie. In Leichsenring, F. (Hrsg.), Lehrbuch der Psychotherapie. Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Therapie (Bd. 2; S. 301-314). München: CIP-Medien.
- Reich, G., Massing, A. & Cierpka, M. (2007). Praxis der psychoanalytischen Familien-und Paartherapie, Stuttgart: Kohlhammer.
- Richter, H.E. (1963). Eltern, Kind und Neurose. Die Rolle des Kindes in der Familie. Reinbek: Rowohlt.
- Richter, H.E. (1970). Patient Familie. Entstehung, Struktur und Therapie von Konflikten in Ehe, und Familie. Reinbek: Rowohlt.

- Rüger, U., Dahm, A., Dieckmann, M. & Neher, M. (Hrsg.) (2015). Faber/Haarstrick. Kommentar Psychotherapie-Richtlinien. Herausgegeben von 10., aktualisierte und ergänzte Auflage auf der Basis der aktuell gültigen Psychotherapie-Richtlinien (Stand Frühjahr 2014). München: Urban & Fischer
- Salge, H. (2013). Analytische Psychotherapie zwischen 18 und 25. Besonderheiten in der Behandlung von Spätadoleszenten. Berlin u. a.: Springer.
- Sandler, J., Dare, Chr. & Holder, A. (2001). Die Grundbegriffe der psychoanalytischen Therapie (8. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sandler, J. & Sandler, A.-M. Marie (1985). Vergangenheits-Unbewusstes, Gegenwart-Unbewusstes und die Deutung der Übertragung. *Psyche*, 39, 800-829.
- Schon, L. (1995). Entwicklung des Beziehungsdreiecks Vater-Mutter-Kind. Triangulierung als lebenslanger Prozeß. Stuttgart: Kohlhammer.
- Seiffge-Krenke, I. (2007). Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Therapie mit Jugendlichen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Siegel, A.M. (2000). Einführung in die Selbstpsychologie. Das psychoanalytische Konzept von Heinz Kohut. Stuttgart: Kohlhammer.
- Stemmer, W. (2006). Die Beunruhigung und das Nichtwissen des Analytikers als Aspekte der psychoanalytischen Haltung, *Zeitschrift für psychoanalytische Theorie und Praxis*, XXI, 449-473.
- Stierlin, H. (1980): Eltern und Kinder. Das Drama von Trennung und Versöhnung im Jugendalter. Frankfurt; Suhrkamp.
- Stierlin, H. (1982): Delegation und Familie. Beiträge zum Heidelberger familiendynamischen Konzept. Frankfurt: Suhrkamp.
- Stierlin, H. (2001). Psychoanalyse – Familientherapie – systemische Therapie. Entwicklungslinien, Schnittstellen, Unterschiede. Stuttgart; Klett-Cotta.
- Stierlin, H., Rücker-Embsden, I, Wetzels, N. & Witsching, M. (1980): Das erste Familiengespräch. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Streeck, U. (Hrsg.) (2000). *Erinnern, Agieren und Inszenieren*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Streeck, U. (2004). Zur therapeutischen Beziehung in der Psychotherapie. In F. Leichsenring (Hrsg.), *Psychoanalytisch und tiefenpsychologisch fundierte Therapie. Lehrbuch der Psychotherapie* (Bd. 2; S. 33-45). München: CIP-Medien.
- Streeck-Fischer, A. & Streeck, U. (2010). Psychoanalytisch-interaktionelle Psychotherapie von Jugendlichen mit strukturellen Störungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 59, 435-452.
- Stellpflug, M. & Berns, I. (2006). *Musterberufsordnung für die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Text und Kommentierung*. Heidelberg u. a.: Psychotherapeuten-Verlag.
- Stolorow, R.D., Brandchaft, B. & Atwood, G.E. (1987). *Psychoanalytische Behandlung. Ein intersubjektiver Ansatz*. Frankfurt: Fischer.
- Tähkä, V. (1993). *Mind and its Treatment. A Psychoanalytic Approach*, Maddison Connecticut: International University Press.
- Thomä, H. & Kächele H. (2006). *Psychoanalytische Therapie. Grundlagen*. (3., überarb. u. aktual. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Verheugt-Pleiter, A.J.E., Zevalkink, J & Schmeets, M.G.J. (Eds.) (2008). *Mentalizing in Child Therapy. Guidelines for Clinical Practioners*. London: Karnac.
- Walter, A. (2009). Den unbewussten Beziehungsmustern auf der Spur. Zur psychoanalytischen Paar- und Familientherapie. In S.K.D. Sulz (Hrsg.), *Wer rettet Paare und Familien aus ihrer Not? Paar- und Familientherapie als Hauptstrategie in der Behandlung psychischer Störungen* (S. 75-88). München: CIP-Medien.

- Walter, A. (2010). Entwicklungslinien psychoanalytischer Entwicklungspsychologie und Entwicklungstheorie – Von der Entwicklungsstörung zur Entwicklungstherapie. In S.K.D.Sulz & S. Höfling (Hrsg.), „... und er entwickelt sich doch“, Entwicklung durch Psychotherapie (S. 71-116). München: CIP-Medien.
- Walter, A. (2012a): Trauma und Symbolisierung. Zur psychoanalytischen Behandlung von traumatisierten Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen als entwicklungsöffener Prozess (49-80). In T. Timmermann & H.U. Schmidt (Hrsg.), Symbolisierung in Musik, Kunst und Therapie. Wiesbaden: Reichert.
- Walter, A. (2012b). Zwischen Skylla und Charybdis. Psychoanalytische Anmerkungen zur innerpsychischen und externalisierenden Selbstregulation. Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie, (17), 306-316. München: CIP-Medien.
- Walter, A. (2015a). Die Angst des Psychotherapeuten vor dem Patienten. In E. Glogau & A. Wölfl (Hrsg.), Der Angst begegnen – in der Musiktherapie (21-38). 22. Musiktherapie-Tagung am Freien Musikzentrum München e.V. (1.-2. März 2014), Wiesbaden Reichert.
- Walter, A. (2015b). Was qualifiziert psychodynamische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie? Gedanken zur aktuellen Diskussion (S. 276-303). In S.K.D.Sulz (Hrsg.), Von der Psychotherapiewissenschaft zur Kunst der Psychotherapie. München: CIP-Medien,
- Walter, A. (2015c). Externalisierung als therapeutisch bedeutsamer Faktor in der psychoanalytischen Behandlung von Jugendlichen. Vortrag auf dem Forum Kinderanalyse der Frühjahrstagung 2015 der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung. In: DPV Frühjahrstagung 2015. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Windaus, E. (2007). Behandlungskonzepte der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen. In H. Hopf & E. Windaus (Hrsg.), Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Lehrbuch der Psychotherapie (Bd. 5; S. 231-252). München: CIP-Medien.
- Winnicott, D.W. (1973). Die therapeutische Arbeit mit Kindern. München: Kindler.
- Winnicott, D.W. (1979). Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Winnicott, D.W. (1984). Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Frankfurt: Fischer.
- Zulliger, H. (1952). Heilende Kräfte im kindlichen Spiel. Stuttgart: Klett.
- Zulliger, H. (1965). Die deutungsfreie psychoanalytische Kinderpsychotherapie. In G. Biermann (Hrsg.), Handbuch der Kinderpsychotherapie (S. 110-118). Frankfurt, 1988: Fischer.
- Zwiebel, R. (2013). Was macht einen guten Psychoanalytiker aus? Grundelemente professioneller Psychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.

Korrespondenzadresse

Dr. phil. Alfred Walter
Karlstr. 5 | 86150 Augsburg | alfredwalter.praxis@t-online.de