

Alfred Walter

Psychoanalytisches Arbeiten mit Kindern und Jugendlichen als gemeinsam getragenes Inszenieren und „Träumen“ der Not des Patienten

Psychoanalytic treatment of children and adolescents as a conjoint enacting and dreaming of the patients sufferings

Psychoanalytisches Arbeiten mit Kindern und Jugendlichen zielt darauf, deren unbewusste Inszenierungsdynamik als Chance anzusehen, die innere Not und die belastenden Erfahrungen, unter denen unsere Patienten leiden, in der therapeutischen Beziehung wieder zugänglich zu machen und andere Wege zu entwickeln, damit umzugehen. Unter Aufnahme von Überlegungen von Winnicott, Bion, Ogden und Ferro wird der analytische Prozess als von Patient und Therapeut gemeinsam getragenes Träumen und Inszenieren der inneren Not des Patienten im psychoanalytischen Prozess verstanden.

Schlüsselwörter

psychoanalytische Therapie – Übertragung – Gegenübertragung – Externalisierung – Inszenierung – Deutung – gemeinsames Träumen – Ko-Narrativ

Psychoanalytic treatment of children and adolescents considers the unconscious dynamics of the patient as a chance to find an access to the innerpsychic distress and difficulties of our patients and to develop other ways of coping with them. Referring to Winnicott, Bion, Ogden and Ferro, the psychoanalytic process is seen as a conjoint dreaming and enacting of the psychic problems of the patient in the psychoanalytic process.

Keywords

psychoanalytic therapy – transference – countertransference – externalisation – interpretation – enacting – conjoint dreaming – co-narrative

Psychoanalytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie als entwicklungs-offener Beziehungs-, Entwicklungs- und Transformationsprozess

„Das therapeutische Bündnis, die Rolle des Spiels, der Umgang mit Übertragung/Gegenübertragung und die Deutungsarbeit sind Vorgänge, deren angemessene Handhabung zur Aufrechterhaltung des therapeutischen Prozesses notwendig sind, wenn eine Veränderung des psychodynamischen Kräfteverhältnisses im Kind und seiner Beziehung zur Außenwelt

bewirkt werden soll“ (Müller-Brünn, 1998, S. 34). Dieser weithin vertretene Grundkonsens der psychodynamischen und psychoanalytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (vgl. Bründl & King, 2012; Bürgin & Steck, 2013; Burchartz, 2015; Heinemann & Hopf, 2015; Holder, 2002; Holicki, 2014; Hopf & Windaus, 2007; Jongbloed-Schurig & Wolf, 1998; Poser, 2010; Salge, 2013; Seiffge-Krenke, 2007) realisiert sich in den Behandlungen von Kindern und Jugendlichen nicht über die Anwendung bestimmter Techniken; er resultiert wesentlich aus einer inneren therapeutischen Haltung, die Selbstentwicklung des Patienten durch ein geeignetes entwicklungsförderndes therapeutisches Milieu im Sinne Winnicotts (vgl. Winnicott, 1984; A. Sandler, 1998) zu unterstützen. Ergänzend zu den Überlegungen von A. Burchartz, der in diesem Heft unter Aufnahme der aktuellen Diskussion der letzten Jahre verschiedene zentrale psychotherapeutische Kompetenzen von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten herausarbeitet, sowie zu meinen Überlegungen zur therapeutischen Beziehung in der psychodynamischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Walter, 2015b, 2015c) sollen hier einige spezifische Merkmale des psychoanalytischen Arbeitens mit Kindern und Jugendlichen diskutiert werden.

Psychoanalytische Kinder- und Jugendlichkeitstherapie lässt sich beschreiben als eine innerhalb und mit der sich entwickelnden therapeutischen Beziehung langsame innere Annäherung an die bestehende teils bewusste, teils bewusstseinsnahe und insbesondere unbewusste Konflikthaftigkeit unserer Patienten. Der analytische Prozess als sehr entwicklungsöffener Prozess der Beziehung zwischen Patient und Therapeut zielt darauf, dass sich die unbewussten inneren Regulationsmuster, klassisch als unbewusster innerpsychischer Konflikt definiert, in der je individuellen Spiel- und Beziehungsinzenierung zeigen können und, im Übertragungs-Gegenübertragungs-Geschehen wiederholt, zugänglich werden und durchgearbeitet werden können.

Psychodynamisches Arbeiten mit Kindern und Jugendlichen ist Arbeiten im Fluss (Bürgin & Steck, 2013); es beinhaltet, sich dem sich entwickelnden therapeutischen Prozess zu überlassen, offenzubleiben für das, was sich ergibt, und sich jede Stunde neu und so unvoreingenommen als möglich auf das, was sich ereignet, einzustellen, auf Gewissheiten – auch therapeutischer Art – zu verzichten und bei allem, was hierbei sich ereignen mag, den therapeutischen Prozess und Rahmen sowie die eigenen therapeutischen Funktionen aufrechtzuerhalten.

Lassen sich Kinder und Jugendliche auf eine intensivere Therapie ein, wie es eine über mehrere Jahre stattfindende psychoanalytische Therapie oder Psychoanalyse von Kindern oder Jugendlichen darstellt, stoßen wir neben vielfältigen Entwicklungsängsten unvermeidlich auf sehr existentielle Grundthemen wie Geliebtwerden und Sich-ankannt-Erleben sowie die damit verbundenen Ängste, auf Grundfragen menschlicher Beziehungen und der Loyalität gegenüber anderen in Verbindung mit möglicher oder veränderter Selbstentwicklung und den entsprechenden Konflikten, auf Fragen nach dem Sinn des Lebens. Diese anthropologischen Grundthemen entfalten sich im Alltag der Kinder und Jugendlichen in vielfältigen Beziehungszusammenhängen, mittels derer Kinder und Jugendliche auf ihre je individuelle Art und Weise bewusst und unbewusst dazu Stellung nehmen. Die konkret vorgefundene Symptomatik von Kindern und Jugendlichen kann hierbei als Ausdruck des jeweiligen Versuchs verstanden werden, mit den

inneren Wünschen und den dazu oft konträren vielfältigen Entwicklungsanforderungen und den Anforderungen der sozialen Umwelt, insbesondere mit belastenden inneren und äußeren Dynamiken, soweit es eben möglich ist, auf eine geeignete Weise umzugehen und sich dazu zu verhalten. Dies beinhaltet oftmals fehlgeschlagene kreative Versuche eine Lösung zu finden, auch wenn die phänomenologisch sichtbaren Äußerungen dieser Versuche, seien es verschiedene Formen von neurotischen und manchmal psychosenahen Symptomatiken, von Selbstverletzung, Suizidalität, dissozialem Verhalten etc. oftmals etwas anderes nahelegen.

Das konkrete Spiel- und Beziehungsgeschehen ist vielfältig bestimmt durch unterschiedliche Faktoren wie

- die aktuelle psychische Befindlichkeit des Kindes und Jugendlichen
- das aktuelle Selbstbild des Kindes und Jugendlichen
- die primäre Kind-Eltern-Beziehung und die damit verbundenen spezifischen Grunderfahrungen bzw. durch die Beziehung Kind-Pflege-/Adoptiv-/Stiefeltern und die damit verbundenen spezifischen Erfahrungen; in beiden Fällen finden sich oftmals hoch selbstobjektale Verwendungsdynamiken durch die Bezugspersonen (vgl. Richter 1963, 1970; Walter, 2009)
- die bisherige und aktuelle Kind-Umwelt-Beziehung (Gleichaltrige, Schule, Heim etc.)
- die innere Positioniertheit des Therapeuten
- die sich entwickelnde Patient-Therapeut-Beziehung
- das konkrete Spielangebot, das erfahrungsgemäß entsprechend der eigenen (inneren und äußeren) Befindlichkeit unserer Patienten von diesen hoch selektiv wahrgenommen wird
- aktuelle innere/äußere Konflikte und deren unbewusste Dynamik
- aktuelle Beziehungskonstellationen und deren innerseelische Auswirkungen

Vor diesem Hintergrund konstatiert sich der aktuelle psychoanalytische Prozess als die Entwicklung einer Patient-Therapeut-Beziehung, in der sich, angestoßen durch die Erfahrung mit uns Therapeuten als einem zunächst neuen Gegenüber, langsam eine veränderte Selbstregulation unserer Patienten entwickelt, insbesondere wenn sie uns in unterschiedlichen, dafür hilfreichen Funktionen (wie Hilfs-Ich etc.) nutzen können (vgl. zusammenfassend Walter, 2012c; 2015c, S. 264 ff.). Zunächst gestaltet sich die therapeutische Beziehung seitens der Kinder und Jugendlichen mit gewohnheitsmäßigen Reaktionen und alltäglichen Interaktions- und Bewältigungsmustern (Windaus, 2007, S. 232) sowie über innerpsychische und interaktionelle Beziehungsmuster. Dadurch versuchen unsere Patienten einerseits, der neuen, verunsichernden Situation Herr zu werden; andererseits sollen die bisherigen inneren Problemlösungen und die gegenwärtige psychische Befindlichkeit und Stabilität aufrechterhalten werden (Sandler & Sandler, 1985; Bettighofer, 2010, S. 64). Je nach unterschiedlicher Vorerfahrung und den aktuellen Konflikt- und Belastungssituationen unserer Patienten differenziert sich die therapeutische Beziehungs- und Interaktionsdynamik aus: Positiv getönte sowie belastende Beziehungserfahrungen beginnen im Sinne von Übertragungsdynamiken zu greifen, über kurz oder lang stellen sich negative Übertragungsmuster ein, möglicherweise auch zum Schutz gegen einen zwar sehr erwünschten, zugleich jedoch befürchteten affektiv positiv erlebten Beziehungskontext. Bei manchen Patienten kann dies sehr schnell geschehen und konstatiert

sich bereits in den ersten Minuten der Therapie; bei anderen Patienten kann der damit verbundene Beziehungstest, ob wir als Therapeuten den Patienten aushalten, mehrere Monate beanspruchen, bis sich der Patient zu öffnen traut. Irgendwann tauchen, in der Regel in Spiel- und Beziehungsinszenierungen symbolisiert (vgl. zum psychoanalytischen Symbolbegriff Lorenzer, 2002; Löchel, 2015), vereinzelt Szenen vermehrt belastenden Erlebens auf: unvermittelt, diffus, entstellt, manchmal auch sehr klar. Die therapeutische Situation, d.h. der therapeutische Raum, das konstante Setting und die therapeutische Beziehung können und wollen hierbei seitens unserer Patienten als sicherer Ort des Gesehen-, Verstanden- und Gehaltenwerdens erfahren werden. Die therapeutische Beziehung kann, insbesondere in der Übertragung, als Reinszenierungsort der bisher belastenden Erfahrungen und zugleich als Ort neuer Beziehungserfahrung erlebt und immer wieder ausgetestet werden. Dies alles in der je individuellen Geschwindigkeit oder Langsamkeit und der Zeit, die unsere Patienten brauchen, um Entwicklungen zuzulassen und für sich nutzen zu können. Lassen sich Kinder und Jugendliche auf eine Therapie ein, werden wir in unserer Funktion als neues Objekt (A. Freud, 1968; Loewald, 1986; vgl. zusammenfassend Walter, 2015c) genutzt, was innere Transformation und Veränderung ermöglichen kann – soweit es die soziale Umwelt zulässt. Die Patienten beginnen in eine Eigenentwicklung zu gehen; im Verlauf der Therapie spielen innerpsychische Differenzierungs-, Entwicklungs- und Transformationsprozesse eine zunehmend wichtige Rolle. Es wird dann „nur noch“ gespielt und inszeniert; Außenthemen wie Familie, Schule, Peers spielen über weite Strecken kaum mehr eine Rolle, vielmehr schotten sich unsere Patienten dagegen ab, da dies als störend erlebt wird. Auf diese Weise wird das entwicklungs offene therapeutische Setting erfahrungsgemäß zu einem Entwicklungskontinuum. Durch diese Erfahrung angestoßen, beginnen unsere Patienten ihre inneren Regulationsdynamiken und psychodynamischen Kräfteverhältnisse hinsichtlich ihres Selbstbezugs und ihrer Beziehung zur Außenwelt zu verändern, so dass sie zunehmend auf die sich bislang entwickelten neurotisch-dysfunktionalen oder pathogenen Bewältigungsmuster und die daraus resultierenden Symptome verzichten können.

Oft wissen wir nicht, was uns die Patienten im Spiel oder in ihren Beziehungsinszenierungen mitteilen; es erschließt sich in der Regel, wenn überhaupt, erst im Laufe des therapeutischen Prozesses, manchmal finden sich nur indirekte Hinweise und Mitteilungen auf der Ebene der Beziehungsinszenierung, der Mimik und Gestik unserer Patienten. Insbesondere Jugendliche teilen sich indirekt mit, oft über Themen, die zunächst weit weg und mit der Problematik unserer Patienten nichts zu tun zu haben scheinen. Häufig geht es dann um philosophisch-weltanschauliche oder religiöse Themen. Oder Kinder und Jugendliche inszenieren ihre innere Thematik externalisierend über Videospiele, Filme, Musik (Walter, 2015c, 2015d, 2015e, zur Externalisierung vgl. Nowick & Hurry, 1969). Alle solch externalisierenden Spiel- und Beziehungsinszenierungen, freilich oftmals symbolisch sehr verschlüsselt und schwer bis gar nicht zu entziffern, können als *Via regia* zur inneren Not unserer Patienten angesehen werden. Direktes Verbalisieren hingegen findet bei unseren Patienten oft erst gegen Ende von Therapien statt. Versprachlichen ist eine späte Form der Symbolisierung dessen, was uns unsere Patienten über spielende Externalisierung und Beziehungsgestaltung mitteilen.

Therapieprozesse und individuelle Entwicklungszeit

Bereits 1950 verwies Eissler darauf, dass Veränderungen in der Behandlungstechnik mit dem jeweils aktuellen ökonomischen und gesellschaftlichen Umfeld zusammenhängen dürften (Eissler, 1950; vgl. zusammenfassend Walter, 2010, S. 94). Dies trifft heute umso mehr zu, als der Ruf immer lauter wird, Therapien zu beschleunigen und zu kürzen. Auch seitens der Fachwissenschaften wird dies immer wieder bedient, wobei jeder Praktiker sehr genau weiß, dass psychische Veränderungsprozesse ihre Zeit brauchen. Insbesondere dann, wenn es sich um komplexere innerpsychische Problematiken und Bedingungs-zusammenhänge handelt, wie wir sie heute vielfach in den Familien und dem sozialen Umfeld vorfinden, in das unsere Patienten eingebettet sind. Trotz der hohen psychischen Anpassungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen können die sich sehr individuell zeigenden psychischen Entwicklungsprozesse nicht beschleunigt werden; sie verlaufen nie linear, wie viele Therapiemodelle unterstellen. Psychische Entwicklungsprozesse und tiefgreifende psychische Veränderungsprozesse, wie sie Entwicklungskorrekturen, Auflösung von Entwicklungsblockaden, von dysfunktionalen Bewältigungs-, Abwehr- und Regulationsmustern darstellen, brauchen ihre Zeit, ebenso die sich ausbildenden Veränderungs-dynamiken und die alle psychischen Veränderungsprozesse notwendigerweise begleitende Trauer. Auch die häufig beobachtbare Tendenz, angesichts von Veränderungen die innere Homöostase aufrechtzuerhalten und die neuen Entwicklungen auszuhalten und zu integrieren, beansprucht Zeit, zumal jede psychische Veränderung das aktuell erreichte innerseelische Gleichgewicht immer wieder infrage stellen und destabilisieren kann.

Andererseits können aufgrund der Nichtlinearität von Entwicklungsdynamiken die individuellen Entwicklungsprozesse generell und in Therapien streckenweise manchmal sehr schnell verlaufen – und zwar dann, wenn deren innere Zeit gekommen ist, die nicht voraussagbar ist. In Kinder- und Jugendlichenpsychotherapien zeigen sich solche Entwicklungssprünge oftmals nach längeren Phasen vermeintlicher Stagnation, die dazu dient, das durch Entwicklungs- und Veränderungsimpulse infrage gestellte und sich aktuell auspendelnde psychische Regulationsniveau zunächst einmal zu stabilisieren.

Insofern ist bei Psychotherapie prinzipiell von zeitintensiven Prozessen auszugehen, die psychische Entwicklungsprozesse benötigen: „Jedes Kind hat seine Zeit. Jeder Jugendliche hat seine Zeit. Und jede Therapie hat ihre Zeit. Diese Zeit kann 25 Stunden umfassen oder 300 Stunden – das eine kann genauso die passende Zeit sein wie das andere. Zum Scheitern verurteilt aber ist der Versuch, psychische Prozesse zu beschleunigen, zu effektivieren oder zu vergleichzeitigen, eine Intention, die leider auch im Gesundheitswesen grassiert. Wer der Psychotherapie die Zeit nimmt, nimmt ihr die Qualität“ (Burchartz, 2014, S. 254). Die aktuell beobachtbare Tendenz und Forderung nach schneller Therapie und hohem Optimierungsdruck (vgl. Seifert-Karb, 2015) leugnet nicht nur eine der zentralen Grunderfahrungen psychotherapeutischen Arbeitens, dass psychische Entwicklungsprozesse ihre individuelle Zeit brauchen. Sie leugnet darüber hinaus individuelle Entwicklungszeit als eine anthropologische Grundkonstante, die konstitutiv zu unserem Menschsein als sozio-biologischem weltoffenem Wesen gehört (vgl. Plessner, 2003a, 2003b; Portmann, 1951, 1970; Berger & Luckmann, 1967; Hohn, 1984; Wendorff, 1985, 1988; Weidenfeller, 1986; Burger, 1986; Sommer, 1990; Nowotny, 1993; Prechtel, 2001; Meyer-Abich, 2010, S. 402

ff., 498 ff.; Borst & Hildenbrand, 2012; King, 2014) und bereits in der frühen Entwicklung psychischer Gesundheit eine eminent wichtige Rolle spielt (vgl. Hartocollis, 1974; Anzieu, 1979; Stern, 1985; Lewkowicz, 1989; Birksted-Breen, 2009). Sie leugnet und zerstört individuelle Entwicklungsoffenheit und Entwicklungschancen und wird dadurch potentiell zum Handlanger der Angst vor offenen Entwicklungsprozessen; seien diese nun gesellschaftlich als nicht passend angesehen oder sie entsprechen der Angst vieler Eltern und Therapeuten vor der mit den eigenen Erwartungen und Vorstellungen nicht konformen individuellen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen (vgl. Walter, 2015a).

Die therapeutische Beziehungserfahrung als Raum der szenischen Inszenierung innerer Konflikte im Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen

Intention des entwicklungs offenen psychoanalytischen Settings ist es, dass sich über die jeweils spezifische Kontaktaufnahme, die sich entwickelnde Beziehungsgestaltung sowie über Spielen die pathogenen und gesunden Anteile in der therapeutischen Beziehung inszenieren können. Mittels dieses sich zwischen unseren Patienten und uns Therapeuten entfaltenden offenen Prozesses kann und soll sich die aktuell ausgebildete, weitgehend unbewusste innerpsychische Konfliktodynamik unserer Patienten, durch uns Therapeuten möglichst wenig beeinflusst, in ihren unterschiedlichen Komponenten (Übertragung, Widerstand, Abwehr etc.) im therapeutischen Raum und im Hier und Jetzt der therapeutischen Beziehung wiederholen. Klassisch wurde dies als Übertragungsneurose namhaft gemacht, die sich umso mehr herstellt, je intensiver die therapeutische Beziehung ist (Bettighofer, 2010; Burchartz, 2015, S. 28 ff.; Holder, 1991; 2002, S. 76 ff.).

Neben der Art und Weise, was und wie gespielt wird und wie die therapeutische Beziehung vonseiten unserer Patienten gestaltet wird, zeigt sich die unbewusste Regulations- und Konfliktodynamik unserer Patienten in der intentional manipulativen Gestaltung der konkreten therapeutischen Interaktionen durch die aktuellen Reinszenierungsmuster, die allesamt als funktionale oder dysfunktionale Beziehungsangebote uns gegenüber angesehen werden können.

Um therapeutisch mit der Tendenz unserer Patienten, via Übertragung und projektiver Identifizierung (Zwiebel, 1985; Frank & Weiß, 2007) maligne Beziehungserfahrungen und die damit verbundenen Abwehrmaßnahmen in der Therapie zu wiederholen, umgehen zu können, ist es entscheidend, dass wir uns als Therapeuten von alledem innerlich berühren lassen und zugleich in unserem therapeutischen Handeln diesen Mechanismen nicht entsprechen. Nur so ist eine „korrigierende emotionale Erfahrung“ (vgl. Walter, 2010, S. 93 ff.) möglich. Indem wir als Therapeuten *lege artis* arbeiten und darin den aus den inneren Mustern der Patienten resultierenden unbewussten Erwartungshaltungen nicht entsprechen, scheitern die Versuche des Patienten, mittels Übertragung die alten Beziehungserfahrungen unbewusst in der aktuellen therapeutischen Situation wiederherzustellen. In der Folge können neue Erfahrungen gemacht werden, die es unseren Patienten ermöglichen, sich mit dem, was sie bislang erlebt und entsprechend internalisiert haben, auseinanderzusetzen: Früher unerträgliche Erfahrungen können aufgrund der konkret erlebbaren Erfahrung der Differenz zwischen den inneren, zum Teil hochbedrohlichen

und ängstigenden Erwartungen an uns Therapeuten und unserem davon differentem therapeutischen Handeln korrigiert werden. Bereits Ferenczi hat auf die hohe Bedeutung dieser Erfahrung verwiesen: „Dieses Vertrauen ist jenes gewisse Etwas, das den Kontrast zwischen der Gegenwart und der unleidlichen, traumatogenen Vergangenheit statuiert, der Kontrast also, der unerlässlich ist, damit man die Vergangenheit nicht mehr als halluzinatorische Reproduktion, sondern als objektive Erinnerung aufleben lassen kann“ (Ferenczi, 1932, S. 516, im Orig. gesperrt).

Dies setzt voraus, dass uns unsere Patienten in der aktuellen Stunde als für sie spürbar und positioniert erleben können, dass wir, aktuell präsent, auf ihre Situation konkret reagieren, die Empfindungen und Ängste unserer Patienten validieren. Es setzt darüber hinaus voraus, dass wir uns innerlich von unseren Patienten anrühren und infizieren lassen und deren unerträgliche innere Zustände in uns halten und bearbeiten können – und sie nicht wegschieben, weil sie uns als Therapeuten in ihrer Dichte und Intensität sehr verunsichern und uns selber hilflos machen. Und es setzt voraus, dass wir uns für die Reinszenierungen unserer Patienten zur Verfügung stellen, ohne diesen zu entsprechen und dadurch deren innere Muster und Erwartungshaltungen bestätigen. Dadurch können wir immer wieder als reales Gegenüber und als Übertragungsobjekt erlebt werden; diese entwicklungsfördernde Differenzenerfahrung kann immer wieder in den Stunden zur Sprache kommen.

Eine häufige Form der unbewussten Wiederbelebung bisher belastender Beziehungserfahrung in analytischen Kinder- und Jugendlichentherapien ist, dass die innere Befindlichkeit unserer Patienten von diesen – sich selbst entlastend – projektiv in uns deponiert wird. Kinder und Jugendliche können in uns projektiv ähnliche Gefühle wie in sich selbst hervorrufen; wir nehmen dann oftmals in uns Gefühle des Ausgeliefertseins, der Hilf- und Machtlosigkeit sowie der Existenzbedrohung wahr.

Neben der den gegenwärtigen Zustand der innerpsychischen Homöostase aufrechterhaltenden Wiederholung von Abwehrmaßnahmen im Sinne der Vermeidung all dessen, was mit belastenden Erfahrungen zu tun haben könnte, beginnen nahezu alle Patienten in analytischen Therapien, ihre Introjekte und Beziehungserfahrungen beziehungsgestaltend einzubringen. Passen wir Therapeuten nicht auf, tendieren wir dazu, uns entsprechend der Introjekte des Patienten, d. h. insbesondere der verinnerlichten Bezugspersonen, zu verhalten; wir geraten dann in den Sog, die alten pathogenen Beziehungserfahrungen unserer Patienten in der therapeutischen Situation zu wiederholen, so dass es zu einer konkreten Reinszenierung dieser pathogenen Erfahrung in der aktuellen Therapie kommen kann. Oftmals geschieht dies durch eine unbewusste Beeinflussung des Therapeuten in Form eines diskreten, subtil manipulativen Drucks und der damit verbundenen subtilen Verführung des Therapeuten, sich wie in der Übertragung erwartet zu verhalten. Übertragung bezieht sich insofern „nicht nur auf die illusionäre Apperzeption einer anderen Person ... 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. 43, 45).

Diese unbewussten Reinszenierungsmuster und die damit verbundene Verführung seitens unserer Patienten (und ihrer Eltern bzw. relevanter Bezugspersonen) gilt es, im Fluss der

therapeutischen Stunde möglichst zeitnah zu erkennen. Jedem erfahrenen Therapeuten sind diese ich-fremd erlebten Tendenzen bekannt, ungeduldig oder rigide vorzugehen, Patienten zeitweise abzulehnen und sie ausstoßen zu wollen. Neben diesen offensichtlichen und leicht identifizierbaren Gegenübertragungsreaktionen finden sich immer wieder solche, in denen wir in bester therapeutischer Absicht, um unseren Patienten zu helfen, beginnen, therapeutisch intrusiv zu werden. Oftmals sind wir hierbei in der Gegenübertragung komplementär mit der verinnerlichten Beziehungserfahrung und den malignen Introjekten unserer Patienten identifiziert (Racker, 1997). Auf diese Weise geraten wir entgegen unserer therapeutischen Intention in Gefahr deren intrusiv-bedrohlichen Introjekte zu wiederholen, wodurch der therapeutische Raum, wenn auch unter anderem Vorzeichen, durch die alten Beziehungserfahrungen vergiftet zu werden droht.

Die alltägliche therapeutische Erfahrung zeigt vielfach, dass Kinder aktuelle Ereignisse und Erlebnisse und das, was sie erlebt haben und sie innerlich beschäftigt, aktiv wiederholen. Die Tendenz, passives Erleiden in aktive Gestaltung und somit Kontrolle der Situation umzukehren, ist typisch für psychoanalytisches Arbeiten mit Kindern und Jugendlichen und bestimmt unseren therapeutischen Alltag zentral (vgl. Frijling-Schreuder, 1967; Windaus, 2007; Burchartz, 2015). Diese „aktive Wiederholung des passiv Erlebten stellt bei Kindern einen basalen Mitteilungsmodus dar“ (Windaus, 2007, S. 232). Die Umkehr der ohnmächtig-bedrohlich, belastend oder traumatisierend erlebten passiven Rolle in eine aktive zeigt sich oft im Spielverhalten und regelmäßig in der Beziehungsgestaltung uns Therapeuten gegenüber, was uns – so wir es zulassen – in innerlich belastende Befindlichkeiten versetzen kann: Wir spüren dann die aktuell von unseren Patienten abgewehrten und in uns verlagerten Gefühle und Affekte als innere Ohnmacht, Verzweiflung, können den inneren Kontakt zu uns verlieren, wissen nicht mehr weiter, drohen ins unreflektierte Agieren zu geraten.

So versuchte in einer psychoanalytischen Kindertherapie ein damals 10-jähriger, der durch einen frühen Unfall und die folgenden ärztlichen Behandlungen traumatisiert war, mich als Therapeut permanent labmzulegen: Er nahm in vielen Stunden der Therapie von seiner Seite erwartete therapeutische Interventionen meinerseits verbal vorweg und versuchte mich über viele Stunden dadurch zu kontrollieren, um die bedrohliche Erfahrung seitens der Ärzte, die sekundär traumatisierend erlebt wurden, unbewusst abzuwehren. In meiner Gegenübertragung fühlte ich mich von dem Jungen nicht nur extrem kontrolliert, sondern auch als Therapeut schachmatt gesetzt.

Neben diesem grundlegenden Bewältigungsmuster, Ausgeliefertsein in aktiv bestimmende Wiederholung zu verwandeln und die bisherigen Beziehungs- und Bewältigungsmuster einzusetzen, werden in der Übertragung oftmals gegenwärtige Beziehungen und Erfahrungen mit den relevanten Bezugspersonen der Gegenwart in der Therapie wiederholt (Frijling-Schreuder, 1979; Windaus, 2007, S. 232 f.). Darüber hinaus kommt es, ähnlich der Übertragung bei Erwachsenen, immer wieder zur Übertragung früherer Erfahrungen und der damals entwickelten Bewältigungsmuster im Sinne der Wiederkehr des Verdrängten (Windaus, 2007, S. 233). Oft zeigen sich bei dieser Form der Übertragung Fixierungsstellen der individuellen Entwicklung (vgl. A. Freud, 1968, S. 140 f., 196; Fonagy & Target, 2003b, S. 97) aufgrund von verdrängten, nicht gelösten Konflikten,

die in der Regel mit Krisen im Übergang der verschiedenen Entwicklungsschritte oder -phasen verbunden sind.

Bei der Übertragungsdynamik im therapeutischen Geschehen zeigen sich auch spezifische Übertragungen positiv erlebter Beziehungserfahrung, und sei diese noch so rudimentär. Hierbei handelt es sich um den sehr subtilen Versuch, uns Therapeuten in eine Position zu bringen, die abgewehrten bzw. nicht zugelassenen inneren Wünschen und Impulsen entspricht und neben der Stabilisierung der eigenen Selbstregulation auch latenten Entwicklungsbedürfnissen dient. Diese Übertragungsdynamiken beinhalten die Hoffnung, mit uns Therapeuten andere Erfahrungen als bislang machen zu können; entsprechend werden wir von unseren Patienten in dieser Rolle funktionalisiert und verwendet im Sinne eines belastbaren, die Patienten aushaltenden, abgegrenzten (Eltern-)Objekts. Hierin nehmen wir ad hoc Funktionen eines Entwicklungsobjekts (Loewald, 1986; Tähkä, 1993; Hurry, 1998, 2002, 2005) bzw. eines Verwandlungsobjekts (Bollas, 1987) wahr.

Freilich findet sich auch hier eine Vielzahl von Fallstricken und Verführungssituationen, werden die mit diesen spezifischen Beziehungskonstellationen verbundenen Gegenübertragungsdynamiken nicht ausreichend reflektiert. Die unvermeidbare unbewusste Verstrickung mit unseren Patienten kann aufgrund der positiven Übertragungsdynamik schnell Übertragungs-Gegenübertragungs-Kollusionen ergeben, ein besseres Elternobjekt sein zu wollen oder mit den Eltern um die Patienten zu rivalisieren. Oftmals spielen hierbei ungeklärte eigene unbewusste Größenphantasien oder Bedürftigkeiten aus der eigenen Geschichte als Kind oder Jugendlicher mit hinein. Eine häufig anzutreffende Gegenübertragungsidentifikation, oft verbunden mit einer unbewussten Bereitschaft zur Rollenübernahme (Sandler & Sandler, 1999, S. 72 ff.) ist der Wunsch, unseren Patienten andere und bessere Eltern schaffen zu wollen.

Ausgehend von Winnicotts Unterscheidung von „Objektmutter“, die vom Kind zur Befriedigung von dessen Bedürfnissen gebraucht und verwendet wird, und „Umweltmutter“, deren Funktion darin besteht, dem Kind ein entwicklungsförderndes Milieu zur Verfügung zu stellen (Winnicott, 1984), könnte im Kontext der Übertragungen unserer Patienten von zwei grundlegenden therapeutischen Funktionen als „Objektanalytiker“ und „Umweltanalytiker“ gesprochen werden.

Als „Objektanalytiker“ hätten wir die Funktion, unseren Patienten als Besetzungsobjekt von Nähewünschen, von narzisstischen, erotischen und aggressiven Impulsen zur Verfügung zu stehen und all diese Besetzungsdynamiken auszuhalten. Dies ist in der therapeutischen Arbeit oft gar nicht so leicht, insbesondere dann, wenn wir als Übertragungsobjekt zu Objekten von Wut, Hass, Aggression, Abweisung, Vernichtungsimpulsen, aber auch erotisch-sexuellen Empfindungen unserer Patienten werden. Hierbei gilt das grundlegende Diktum Winnicotts, dass der Therapeut „nicht dazu neigen darf, auf Herausforderungen mit Vergeltung zu reagieren“ (Winnicott, 1971, S. 3 f.). Vielmehr müssen unsere Patienten erleben können, dass wir als Therapeuten die uns gegenüber gezeigten Affekte, insbesondere Aggression und sexuelle Impulse und Übertragungen, z. B. ödipaler Art, überleben und nicht als Objekt bzw. als Gegenüber unserer Patienten wegbrechen, wie sie es häufig in ihrem Alltag erleben oder früher erlebt haben, dass wir

innerlich unseren Patienten nicht verloren gehen, wenn diese ihre Befindlichkeiten und Bedürftigkeiten zeigen, wie immer sie auch geartet sein mögen (vgl. Winnicott, 1969; Oliner, 2015). Vor allem sollte es zu keiner direkten oder latenten Wiederholung dieser belastenden, oft hoch aversiven und traumatisierenden Erfahrungen kommen, auch wenn dies von unseren Patienten im Sinne einer malignen Übertragungs- und Reinszenierungsdynamik induziert wird.

Als „Umweltanalytiker“ sind wir in Funktionen des Holding (Winnicott) und Containing (Bion) gefragt. Holding und Containing seitens des Therapeuten können als zwei Formen der innerpsychischen Bearbeitungshilfen bedrohlicher Emotionen und bedrohlicher Beziehungserfahrung seitens unserer Patienten angesehen werden. Holding zeigt sich zunächst einmal als elementarer Bestandteil jeder Therapie im Sinne der Regelmäßigkeit, Vorhersehbarkeit und Festigkeit des Settings (A.-M. Sandler, 1998); ohne dies können sich therapeutische Prozesse und die damit verbundenen Transformationen nicht gut entfalten. Zugleich bezieht sich Holding auf eine regulierende Funktion im Sinne eines Hilfs-Ich, welches das Ich des Patienten, das von starken Emotionen, bedrohlichen Ängsten, nicht aushaltbaren Erinnerungen und Erfahrungen und Impulsen überwältigt zu werden droht bzw. das überflutende Emotionen und impulsives Verhalten nicht kontrollieren kann, stützt und stärkt (vgl. A.-M. Sandler, 1998, S. 66). Darüber hinaus beinhaltet Holding prinzipiell die Bereitstellung eines auf den individuellen Patienten abgestimmten förderlichen therapeutischen Milieus entsprechend der holding-function einer „ausreichend guten“ Bezugsperson; verbunden mit einer zugewandten, offenen Haltung dem Patienten gegenüber, unabhängig davon, welche heftigen Emotionen unsere Patienten uns gegenüber zeigen und wie heftig sich die eigenen aggressiv-aversiven Gegenübertragungen (vgl. Winnicott, 1947) entwickeln. Um es prägnant zu formulieren: Als „Objektanalytiker“ sind wir Übertragungs- und Besetzungsobjekt für vielfältigste emotionale Bedürfnisse und Aggressionen unserer Patienten und lassen uns phantasmatisch zerstören, als „Umweltanalytiker“ überleben wir diese Attacken, halten wir den therapeutischen Rahmen aufrecht (vgl. Lang-Langer, 2014; Döser, 2014), bleiben wir auf unsere Patienten bezogen und können unsere therapeutischen Funktionen wahrnehmen.

Unsere Holding-Funktionen beziehen sich primär darauf, ein therapeutisch förderliches Milieu anzubieten und aufrechtzuerhalten, mit unseren Patienten in einem nicht-aversiven Kontakt bleiben zu können und die therapeutischen Funktionen zu erhalten, was immer auch geschehen mag. Demgegenüber zielt unsere Containing-Funktion darauf ab, nicht-verarbeitet-Bedrohliches seitens unserer Patienten und dessen, was sie in uns auslösen, zunächst in uns so zu verarbeiten, dass wir die innere Not unserer Patienten mit diesen so kommunizieren können, dass sie im Lauf der Zeit besser damit umgehen können. In der Regel zeigen sich hierbei angesichts der zum Teil hoch desaströsen Erfahrungen der Patienten in unserer Gegenübertragung zunächst bedrohliche (Vernichtungs-)Ängste, Schuldgefühle, Schamgefühle, inneres Chaos, abgrundtiefe Hilflosigkeit, ohnmächtige Wut, Hass, sexuelle Ängste und Empfindungen. Lassen wir dies als Therapeuten in uns zu, können wir in uns erleben, von welchen inneren Szenarien, bedrohlichen, nicht integrierbaren und nicht integrierten Introjekten und Affekten sich der Patient bedroht und bedrängt fühlen mag. Durch unsere Gegenübertragungen in diese für den Patienten unaushaltbare innere Situation versetzt, reagieren wir zunächst mit eigenen Gefühlen,

die auch für uns hochbedrohlich sein können. Dies führt zunächst zu einer inneren Auseinandersetzung mit dem in uns spürbaren Belastendem und Unaushaltbarem mit den uns individuell innerpsychisch zur Verfügung stehenden Bewältigungsmöglichkeiten. Diese aktuell aktivierten Regulationsmechanismen können Gegenaggression, Flucht, Verleugnung, Schuld, Scham, eigene nicht akzeptable Gefühle und Impulse sadistischer Art, Trauer, Wut, Hass, Verzweiflung, Ohnmacht ebenso beinhalten wie den partiellen Zusammenbruch unserer Fähigkeit, zu denken und Zusammenhänge herzustellen, oder unserer Fähigkeit, die therapeutischen Funktionen aufrechtzuerhalten. Bion spricht im Zusammenhang mit diesen lähmenden Denkblockaden von „attacks on thinking“ bzw. von „attacks on linking“ (Bion, 1959, 1962, S. 116; Mitzlaff & Niedecken, 2013). Schaffen wir es, uns hierbei einigermaßen zu stabilisieren, die Stunde innerlich zu überleben und auch unter den Bedingungen streckenweise heftigen Agierens unserer Patienten und des unvermeidbaren eigenen Mitagierens (vgl. Lang-Langer, 2014) und heftiger Gegenübertragungsempfindungen und -impulse unsere therapeutische Handlungsfähigkeit aufrechtzuerhalten bzw. wiedererlangen zu können, beginnen wir gemeinsam mit unseren Patienten das, was sich in der Beziehung gezeigt hat, in geeigneter Form durchzuarbeiten. Aufgrund unserer inneren Auseinandersetzung und Bearbeitung dessen, mit was der Patient uns konfrontiert, können im gelungenen Fall für den Patienten bedrohliche Anteile, von uns innerlich verarbeitet, ihm so zurückgegeben werden, dass sie in einer für ihn geeigneten Form bearbeitet werden können.

Die Gefahr, unbewusst alte Beziehungsmuster unserer Patienten in Reaktion auf die Übertragungsdynamik des Patienten zu wiederholen, gehört zur Normalität unseres Berufes; auch als Profis – und nicht nur als Ausbildungsteilnehmer und Berufsanfänger – geraten wir immer wieder schnell in den Sog dieser unbewussten pathogenen Beziehungsdynamiken. Dem kann nur durch eine selbstkritische introspektive Reflexion des eigenen therapeutischen Tuns begegnet werden, und sie braucht eine korrigierende kollegiale Außensicht; beides dient dem Ziel, die eigene therapeutisch-psychoanalytische Handlungsfähigkeit zu erhalten bzw. wiederzuerlangen.

Die psychoanalytische Arbeit am unbewussten inneren Konflikt impliziert unhintergebar seitens uns Therapeuten, „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 suchen“ (Winnicott, 1971, S. 3) und sich auf Unsicherheiten, Nichtwissen, existenziell hoch Bedrohliches, Fragmentiertes oder was auch immer sich zeigt, unter Verzicht auf Gewissheiten einzulassen. Damit sich solche analytischen Prozesse entfalten können bedarf es eines äußeren stabilen und – was viel schwieriger ist – eines belastbaren inneren Raumes. Unter „innerem Raum“ verstehe ich, ergänzend zum „äußeren Rahmen“ des Arbeitsbündnisses und des konkreten Raumes sowie dessen Ausstattung, den psychischen Raum, den ich als Therapeut meinem Patienten zur Verfügung stelle als eine psychische Beziehungsqualität, innerhalb deren sich der Patient gesehen, in seinem (inneren) Erleben validiert und sich getragen erleben kann, ähnlich der holding- und containing-function relevanter und ausreichend guter Bezugspersonen. Dieser psychische Raum – das innere Setting – soll Inszenierungen unserer Patienten ermöglichen, ohne diese von vornherein zu sehr zu kanalisieren und durch unsere eigene Abwehrstruktur zu sehr zu verbieten (vgl. Walter, 1999).

Im konkreten Therapiegeschehen schwankt man hierbei zwischen seiner eigenen Selbstregulation und der damit verbundenen eigenen Spannungstoleranz und der des Patienten. Verwirrende, nicht verstehbare und chaotische Situationen, die in analytischen Kinder- und Jugendlichentherapien oft auftauchen, sollten nicht prinzipiell verhindert werden. Sie können vielmehr als Möglichkeit unserer Patienten angesehen werden, innere Beziehungs- und Bewältigungsmuster zu externalisieren; sie stellen Inszenierungen dar, die sich oftmals, wenn überhaupt, erst im Nachhinein erschließen. Im Gegensatz zu Erwachsenen, deren Inszenierungsmuster in der Regel stiller, verborgener und oft hinter Verbalisierung verdeckter sind, zeigen Kinder und Jugendliche ihre Gefühle und Befindlichkeiten sowie Zuneigung und Aggression offener und unmittelbarer. Sie werden im agierenden Kontakt dichter und näher erlebbar bis hin zu der Möglichkeit von mehr oder weniger symbolisierten oder realen körperlichen Attacken. Kinder und Jugendliche agieren ihre Ängste offener als Erwachsene, zeigen mehr und direkter Gefühle, verweigern sich mehr, sind andererseits unbefangener und neugieriger.

Die Innenseite des psychischen Rahmens und somit des Raumes, den wir Patienten für ihre Entwicklung anbieten, hängt neben unserem Mitschwingen als Therapeuten entscheidend von unserer Spannungstoleranz ab, von unserer Fähigkeit, eigene und fremde Angst auszuhalten, eigene und fremde Spannungen zuzulassen und tolerieren zu können, eigene und fremde Ambivalenzen und Widersprüchlichkeiten, eigene und fremde Gefühle wie Trauer, Wut, Aggression, Sehnsüchte, Emotionalität, Erotik an uns heranzulassen, auszuhalten und halten zu können, ohne gleich re-agieren zu müssen. Insofern ist die Stabilität des Settings als potenzieller Inszenierungsraum zentral von unserer Fähigkeit abhängig, die sich in Therapien ergebenden entwicklungs-offenen, zum Teil hoch diffusen und nicht nachvollziehbaren sowie nicht vorhersagbaren Prozesse, die hohen Ambivalenzen ebenso wie die Offenheit und Unabgeschlossenheit des sich entwickelnden Prozesses und die damit notwendig verbundene therapeutische Verunsicherung wahrzunehmen, auf sich wirken zu lassen und über längere Zeit der Ungewissheit aushalten zu können, was Bion mit „negative capability“ (vgl. Bion, 1970, S. 143 ff.) umschrieben hat. Bereits Freud hat darauf hingewiesen, dass wir in unserer therapeutischen Arbeit nur so weit kommen, wie es unsere Fähigkeiten, unsere inneren Komplexe und Widerstände gestatten (Freud, 1910, S. 126).

Zu der Fähigkeit, diesen Raum aufrechterhalten und ihn immer wiederherstellen zu können bzw. dies zu versuchen, gehört essenziell auch „dass Gewahrsein der Angst vor der Störung“ der therapeutischen Beziehung: „Als sicherlich nicht förderlich kann das Übergehen und Überspielen dieser Ängste betrachtet werden, weil dann die Angriffe auf den seelischen Raum, die entweder von außen oder auch von innen kommen können (sowohl von Seiten des Patienten als auch von unserer Seite, A.W) nicht erkannt werden und ausschließlich in Szene gesetzt werden“ (Zwiebel, 2013, S. 178). Dies beinhaltet: sich seiner „Verletzlichkeit“ (a. a. O., 185 ff.) als Therapeut bewusst zu sein und sich ihr und den damit verbundenen Ängsten zu stellen, zumal wir bei Kindern und Jugendlichen, insbesondere bei traumatisierenden Erfahrungen unserer Patienten, immer auch mit dem Zusammenbruch von deren unreifen und sich erst entwickelnden Bewältigungs- und Regulationsfähigkeiten konfrontiert sind. Diese können auch uns Therapeuten in die fragilen bzw. zerbrochenen Bewältigungsmuster der Patienten hineinziehen (vgl. Holderegger, 2003; Pflichthofer, 2007). Die Fähigkeit, die Erfahrung mit anderen Men-

schen und sich selbst einigermaßen zu integrieren, zerschellt bei diesen Patienten an der Wucht der intrusiven übermächtigen konkreten Bedrohungserfahrung; die aktuelle Regulationsfähigkeit des sich entwickelnden Ich ist viel zu schwach, mit dieser Erfahrung halbwegs umgehen zu können. Zu heftig und intrusiv ist diese Erfahrung, welche die Erfahrung der „Kontinuität der Existenz“ zerstört, so dass man nur noch reagieren, aber nicht mehr handeln kann (Winnicott, 1960, S. 61). Es geht um existenzielle Angst vor Vernichtung, verbunden mit einer existenziellen, der Todesangst ähnlichen Angst. Winnicott nennt sie „fear of breakdown“, die Angst vor dem völligen psychischen Zusammenbruch (Winnicott 1974), Bion (1962, S. 116) spricht von „nameless dread“, einer namenlosen, mit hochbedrohlichen frühen Beziehungserfahrungen verbundenen, nicht regulierten basalen existenziellen Angst. Affektregulation und Symbolbildung als Grundfähigkeiten, bedrohliche Erfahrung bewältigen zu können (vgl. Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002; Fonagy & Target 2003a, 2003b; Walter, 2010, 2012a), sind zu wenig ausgebildet; personenbezogene Narrative als diese Erfahrung integrierend konnten nicht entwickelt werden (vgl. Walter, 2012b). Diese fragmentierte Regulationsdynamik unserer Patienten versucht uns zu „infizieren“: Sie beginnt, uns als Therapeuten innerlich zu besetzen; die Therapie wird durch solche mit traumatisierender Erfahrung unserer Patienten unvermeidlich verbundenen Störfaktoren erheblich beeinträchtigt, wenn nicht immer wieder partiell zerstört.

Gemeinsames Träumen, Agieren, Nachdenken und Sprechen als gemeinsam geteilte Inszenierungs- und Handlungsnarrative

In der analytischen Arbeit mit Kindern war bereits früh ein Wissen bzw. die Idee vorhanden, kindliches Spielen in der Nähe des Träumens zu sehen (vgl. Hopf, 2007, S. 26 ff.). M. Klein vertrat schon in einer ihrer ersten Arbeiten die Auffassung, das Spielen des Kindes und dessen Symbolisierungen und Phantasietätigkeit seien wie ein Traum zu erfassen, um diese verstehen zu können. Orientiert an Freuds Traumtheorie und seiner Praxis der Traumdeutung (Freud, 1900), schreibt sie: „Das Kind bringt durch das Spiel Phantasien, Wünsche, Erlebnisse in symbolischer Weise zur Darstellung. Es bedient sich dabei der gleichen Sprache, der archaischen, phylogenetisch erworbenen Ausdrucksweise, die wir aus den Träumen kennen. ... wir müssen, wenn wir das Spiel im Zusammenhang mit dem ganzen Gehabe des Kindes in der Analysestunde richtig erfassen wollen, nicht nur die oft im Spiel so deutlich hervortretende Symbolik, sondern alle Darstellungsmittel und Mechanismen der Traumarbeit beachten und der Erforschung der ganzen Zusammenhänge eingedenk bleiben“ (Klein, 1926, S. 204). Von einem völlig anderen Ansatzpunkt aus betonte Piaget ebenfalls Gemeinsamkeiten zwischen Traum und der Symbolik des Spiels (Piaget, 1923; 1959, S. 218 ff.).

Es gibt eine spezifische „Sprache“ jedes Patienten, die noch keine Worte gefunden hat, die sich (noch) nicht über verbalisierende Sprache ausdrücken kann: Neben der Sprache von Gestik, Mimik und anderen Formen unseres Ausdrucks sind dies in der analytischen Therapie neben dem, was und wie gespielt wird, die Sprache szenischer Inszenierungen und der Beziehungsgestaltung, die Sprache unseres nichtbewussten Verhaltens mit- und untereinander und, damit verbunden, die Sprache gemeinsam konstituierter Handlungen.

Symbolisierungsfähigkeit als die Fähigkeit, innere seelische Zustände wahrzunehmen, auszudrücken, sich dazu zu verhalten und darin sich auch tendenziell von diesen inneren Zuständen distanzieren zu können (vgl. Walter, 2012a), zeigt sich über Körperausdruck, über Verhalten, über Spiel- und Beziehungsinszenierung und über Sprache. Dadurch, dass in psychoanalytischen Kinder- und Jugendlichentherapien vieles über Spiel- und Beziehungsgestaltung und eben nicht über die gesprochene Sprache und damit nicht über eine bestimmte sekundärprozesshafte Form von Symbolisierung kommuniziert wird (vgl. Lorenzer, 2002, S. 63 ff.; Löchel, 2015), sind wir in den Spiel- und Beziehungsinszenierungen unserer Patienten näher an den unbewussten und primärprozesshaften Prozessen (vgl. Freud, 1911, 1915), d.h. an den nicht durch Sprache und andere jeweils altersspezifische bewusstseinsnahe Symbolisierungen regulierten innerpsychischen Dynamiken. Diese können sich – im wahrsten Sinne des Wortes – „ungehalten“, d.h. archaisch – unreguliert zeigen. Damit gut umgehen zu können, beinhaltet neben einer hohen therapeutischen Sensibilität für diese Dynamiken auch die Fähigkeit und die innere Bereitschaft, sich der Gegenübertragung und den damit verbundenen in uns aufkommenden Ängsten auf emotionaler und körperlicher Ebene zu stellen, sie eben nicht wegzuschieben, vielmehr sich ihrer gewahr zu werden und innerlich Kontakt zu ihnen aufzunehmen, sie zu halten und sie im Sinne einer selbstreflexiven Gegenübertragungsanalyse (vgl. Thomä & Kächele, 2006, Bd. 1, S. 97 ff.; Stemmer, 2006; Bettighofer, 2010; König, 1993, 2010) immer wieder durchzuarbeiten, ohne den Kontakt zum Patienten und dem therapeutischen Geschehen zwischen dem Patienten und uns zu verlieren.

Durch unsere innere Auseinandersetzung und Bearbeitung dessen, womit der Patient uns konfrontiert, können im gelungenen Fall für den Patienten bedrohliche Anteile, von uns innerlich verarbeitet, ihm so zurückgegeben werden, dass sie in einer für ihn geeigneten Form gemeinsam bearbeitet werden können. Es geht hierbei nicht nur um eine – in der abstrakten Sprache Bions formuliert – „metabolisierte“ Rückgabe der in „Alpha-Elemente“ veränderten bedrohlich-belastenden „Beta-Elemente“ des Patienten seitens uns Therapeuten, so dass eine „Transformation in K“ (knowledge) im Sinne eines emotional angereicherten inneren Wissens möglich wird. Vielmehr geht es um ein interaktionell getragenes und sich gemeinsam entwickelndes Bearbeiten dessen, worunter der Patient leidet, verbunden mit einer gemeinsamen Reverie von Patient und Therapeut (vgl. Ogden, 1997a, 1997b) als des gemeinsamen phantasmatischen „Träumens des Materials des Patienten“ (Bion, 1962; vgl. P. C. Sandler, 2005, S. 219 ff.; Schneider, 2010), als das gemeinsame „Träumen“ der aktuellen Beziehung, deren Dynamik und der damit verbundenen emotionalen Erfahrung. A. Ferro, diese Gedanken aufgreifend, spricht hierbei von einem immer auf das aktuelle Hier und Jetzt der Therapie bezogenen „Ko-Narrativ“ bzw. von „ko-narrativer Transformation“ (Ferro, 2009a, S. 10; vgl. Ferro, 2003, 2005, 2009a, 2009b) als des gemeinsam von Analytiker und Patient, sei dies ein Kind, ein Jugendlicher oder ein Erwachsener, gestalteten Prozesses, bei dem der Analytiker bei aller Asymmetrie der therapeutischen Beziehung „ganz und gar dialogisch und ohne besondere, durch Deutungen gesetzte Zäsuren, gemeinsam mit dem Patienten ‚einen Sinn konstruiert‘. Es ist, als würden Analytiker und Patient zusammen ein Theaterstück entwerfen, dessen Handlungsstränge sich aufeinander beziehen, sich in ihrer Komplexität steigern und sich entwickeln. Dies geschieht zuweilen in einer Art und Weise, die keiner der beiden an dem Narrativ Beteiligten vorhersehen und für möglich halten konnte“

(Ferro, 2009a, S. 10). Konkret bedeutet dies, dass sich Patient und Therapeut im Fluss des analytischen Prozesses auf ein gemeinsames Phantasieren, Spielen, Agieren dessen, was sich in der Stunde ereignet, einlassen und sich darüber austauschen, mithin dies zu versprachlichen suchen. Hierbei findet oftmals ein gemeinsames symbolisierendes und darin containendes Nachdenken darüber statt, was aktuell in der Stunde und zwischen unseren Patienten und uns Therapeuten gerade passiert. Unvermeidliche Irritationen in der aktuellen therapeutischen Beziehung werden ebenfalls Thema.

Aufgrund dieser gemeinsam gestalteten und von beiden getragenen Beziehungserfahrung kann der Patient beginnen, anders als bislang mit seiner inneren und äußeren Not umzugehen; er wird gestärkt, sich mit dem bedrohlich Erlebten anders als bislang auseinanderzusetzen – seine Symbolisierungsfähigkeit und andere Ich-Funktionen können sich im Kontext dieser Erfahrung ausdifferenzieren und weiterentwickeln. Unsere Patienten können aufgrund dieser Erfahrung in eine veränderte und, im gelungenen Fall, bessere Selbstentwicklung gehen, mit der es ihnen gelingt, wenn ausreichend Zeit vorhanden ist, in eine anhaltende und stabile Transformation der innerpsychischen Regulationen zu gelangen.

Um diese Überlegungen konkret an zwei Vignetten zu veranschaulichen, zunächst ein Beispiel aus der 80. Stunde einer 150-stündigen analytischen Kindertherapie mit einem 7-jährigen Patienten:

Ein 7-jähriger Junge, von den enttäuschten Eltern latent abgelehnt, in altersadäquaten sozialen Gruppen immer wieder auf Ablehnung stoßend und bei mir zu Beginn der Therapie eine lang anhaltende, auffallend negative Gegenübertragung auslösend, entwickelte in dieser Stunde folgendes Szenario: Er baute mit zwei Matratzen zwei im Therapieraum knapp zwei Meter voneinander entfernt liegende „Inseln“. Der Teppich dazwischen stellte ein Meer dar, das vom Patienten mit gefährlichen Fischen, hungrigen Haien und gefräßigen Krokodilen bevölkert wurde. Ich sollte von der einen Insel zur anderen gelangen; in das Wasser dürfte ich nicht fallen: „Da hast du eh keine Chance zu überleben.“ (mit dem Satz „Du hast keine Chance“ betrat er lange Zeit das Therapiezimmer). Die Situation war hoffnungslos, ich fühlte mich hilflos, dachte, das schaffe ich nie, war ratlos. Ich deutete die Externalisierung der eigenen Chancen- und Aussichtslosigkeit des Patienten (die er von passiv in aktiv umgewandelt und mir – symbolisiert – aufgebürdet hatte) nicht; vielmehr teilte ich dem Patienten mit: „Das schaffe ich nicht. Da rüberzukommen geht nicht, ohne ins Meer zu fallen. Und dann fressen mich die Haie und Krokodile.“ Der Junge hörte aufmerksam zu, geriet ins Nachdenken. Schweigend und ziemlich ratlos saßen wir beide auf der einen Insel. Bis sich zwischen uns ein Gespräch entspann darüber, was ich machen könnte, ob es nicht doch Möglichkeiten gäbe, unversehrt auf die andere Insel zu kommen. Nachdem einige Ideen verworfen wurden, kam dem Patienten die Idee, die Hängematte so über das Meer zu spannen, dass ich darüber einen ungefährdeten Zugang zur anderen Insel hatte, was ziemlich schwierig zu bewerkstelligen und eine äußerst wacklige Angelegenheit war, so dass ich es gerade noch schaffte.

Was immer sich an vielfältiger innerpsychischer, an Übertragungs-, Gegenübertragungs- und Beziehungsdynamik in dieser Stunde zeigte, der Junge fand eine Symbolisierung seiner inneren Not, die er in der Therapiestunde externalisieren konnte und auf die ich mich mitagierend einließ – in all der Aussichtslosigkeit, die ich – in der Spielinszenierung

bleibend – offen ansprach. Es ergab sich zunächst eine gemeinsam geteilte Ratlosigkeit: Wir beide steckten fest und wussten nicht weiter, verwarfen verschiedene Ideen, die nicht erfolversprechend waren. Bis dem Patienten die Idee kam, es mittels eines Dritten, die Gefahr Überbrückendem, zu versuchen. Wofür dieses Überbrückend-Verbindende immer auch stehen mag – sei es das fehlende frühe und aktuelle Gehaltensein durch die Bezugspersonen, sei es eine hilfreiche, verbindende und haltgebende Außenstruktur, sei es die Therapie, von der sich der Junge erhoffte mit all seinen Ängsten und bedrohlichen Bildern und Ablehnungserfahrungen klarzukommen – all das musste offenbleiben – es entwickelte sich innerhalb der Symbolisierungsvorgabe meines Patienten ein Inszenierungs- bzw. Handlungsnarrativ, ein gemeinsamer, aufeinander bezogener Versuch, in dieser Aussichtslosigkeit weiterzukommen und sie handelnd bzw. phantasmatisch agierend – und auf der Ebene der Spielinszenierung real – verlassen zu können.

Solche Ko-Narrative können sich auch über Monate erstrecken:

Der damals 12-jährige B. mit extrem traumatisierender Gewalterfahrung seitens seines Vaters spielte über zwei Monate Schlachten zwischen verfeindeten Gruppen, wobei Grenzen und Schutzbauten zunächst völlig überrannt wurden. Streckenweise stellte er die bedrohten Figuren auf eine schiefe Ebene, so dass sie kaum stehen konnten. Die Angegriffenen hatten angesichts der Wucht der Angreifer keine Chance, worin der Patient zunächst seine Ohnmacht angesichts der traumatisierenden Gewalterfahrung seitens seines Vaters im Spiel darstellte. Nach einiger Zeit folgte über fast ein Jahr eine an Star-Wars erinnernde und einem Computerspiel mit mehreren Levels ähnelnde Inszenierung des Kampfes guter Mächte gegen böse unterirdische Mächte mit jeweils einem Anführer; beide Anführer sollte ich verkörpern und dem Patienten als mit ihm vertrauten „Kämpfer“ jeweils Aufträge erteilen, den anderen zu stürzen. Zugleich sollte ich „Wächter“ verkörpern, die ihn davon abhalten sollten die Grenze der beiden Sphären zu überschreiten, so dass es zu vielen Kämpfen kam. Oft saß ich mit dem Patienten als Vertreter der jeweiligen Macht zusammen und wir überlegten uns, wie wir die jeweils andere Macht zu Fall bringen könnten. Irgendwann „verriet“ er der „guten“ Macht, dass er Verbindung mit der Unterwelt hatte, und wir beide überlegten, wie wir sie besiegen konnten.

In dieser sich über einen langen Zeitraum ausdifferenzierenden Symbolisierung gelang es dem Patienten mittels Übertragung der verinnerlichten Erfahrung mit dem hoch bedrohlichen Vater und ungestillter positiver Beziehungswünsche ihm gegenüber im symbolisierenden Spielgeschehen die nichtkompatiblen Seiten des Vaters (traumatisierendes Objekt und geliebter Vater zugleich zu sein) miteinander zu verbinden und sie zugleich getrennt zu halten und möglicherweise auch (auf der Subjektebene) zu eigenen abgespaltenen bedrohlichen Selbstanteilen Kontakt zu finden (vgl. Walter, 2012b).

Im intermediären Raum der Therapie zu arbeiten bedeutet im Ungewissen zu arbeiten. Es handelt sich um ein interpersonales Geschehen in einem offenen Übergangsraum im Sinne Winnicotts (Winnicott, 1973, vgl. Zwiebel, 2013; Bürgin & Steck, 2013). Dabei kann gerade in Langzeittherapien beobachtet werden, dass Symbolisierungen, die sich zunächst lange Zeit über externalisierendes Spielen und Agieren sowie Beziehungsinszenierung zeigen, mehr und mehr in verbalisierende Symbolisierung übergehen.

Analytisches Arbeiten und damit auch Deuten in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist immer Arbeiten in Aktion, im Kontakt, im Mitagieren, unter Bedingungen intensiven Verstrickt- und Involviertseins und konkreten Agierens unserer Patienten. Nur wenige Deutungen werden in analytischen Therapien an unsere Patienten direkt gerichtet formuliert. Einen Großteil der Deutungen geben wir zunächst uns selbst als Versuch, zu der impliziten Psycho-Logik dessen, was aktuell in der therapeutischen Sitzung geschieht, einen Zugang zu finden und diese, soweit überhaupt möglich, verstehend nachzuvollziehen. Sich einfühlen, Übertragungsanalyse, Analyse der Gegenübertragung und der aktuell von beiden konstituierten Beziehung und der daraus resultierenden Blockaden und Attacken auf unser Denken und unsere Fähigkeit, Verbindungen herzustellen (vgl. Bion, 1959, 1962) – all dies geschieht den therapeutischen Prozess begleitend zunächst in uns Therapeuten, offen für das, was in uns in der Begegnung mit unseren Patienten im Hier und Jetzt entsteht, und ist Teil dieses Prozesses. Nur einen Bruchteil unserer Deutungen stellen wir unseren Patienten zur Verfügung. Wir versuchen, das was sich aktuell ereignet und was unsere Patienten aktuell beschäftigt, zu kontextualisieren und mit ihnen gemeinsam zu phantasieren, so dass sie einen besseren verstehenden Zugang zu sich und ihrem inneren Erleben und wie sie ihre Umwelt sozial erleben, finden können.

Hierbei scheint mir wichtig und sinnvoll, wenn überhaupt, zunächst ungesättigte und sehr offene, primär prozessorientierte Deutungen zu geben (vgl. Ferro, 2009a; Plassmann, 2015; Will, 2016). Dies insbesondere bei Jugendlichen, einmal aufgrund deren großer narzisstischer Verletzlichkeit und ihrer Autonomiewünsche, die sich wenig mit geschlossenen und gesättigten Deutungen vertragen; zum anderen werden direkte Deutungen von Jugendlichen oftmals sehr beschämend erlebt, insbesondere wenn es sich um sehr heikle Themen handelt, die ihren Selbstwert betreffen. Mit zunehmender Dauer der Therapie und dem Vertrauen in die therapeutische Beziehung sowie der aktuellen Situation in der Stunde kann fast jede Form der Deutung Sinn machen, können Abwehrdeutungen, Widerstandsdeutungen, genetische oder Übertragungsdeutungen (vgl. Sandler & Dare & Holder, 2001, S. 177 ff.; Burchartz, 2015, S. 229 ff.) ad hoc gegeben werden, seien sie auf die gegenwärtige Stunde oder die konkrete Lebenssituation der Patienten bezogen.

Deutungen sind hierbei keine Einbahnstraßen, sondern immer als gemeinsame Konstruktionen anzusehen, die sich uns beiden, unseren Patienten und uns Therapeuten, durch das gemeinsame Bedenken und Phantasieren dessen, was unsere Patienten innerlich umtreibt, erschließen. Als Therapeuten befinden wir uns prinzipiell immer in der Position von Nichtwissenden und versuchen, mithilfe unserer Patienten einen gemeinsamen Zugang zu dem zu bekommen, was unsere Patienten innerlich beschäftigt und worunter sie leiden. Traditionell wurde dies – vor dem Hintergrund eines objektivistischen Verständnisses psychoanalytischen Arbeitens – in der Bedeutsamkeit der freien Assoziation und der psychoanalytischen Grundregel für das Erschließen dessen, was der Patient uns unbewusst mitteilt, namhaft gemacht (vgl. Freud, 1912, 1913; Thomä & Kächele, 2006, S. 240 ff.). Seit Längerem werden Deutungen als Angebote des Analytikers gesehen, den Patienten darin zu unterstützen, sich selbst differenzierter wahrzunehmen und „das Bewusstsein des Patienten von sich selbst zu erweitern, indem er die Aufmerksamkeit des Patienten auf bestimmte Vorstellungen und Gefühle lenkt, die dieser noch nicht explizit

mitgeteilt hat, die aber dennoch zu seinem augenblicklichen Zustand gehören und dafür relevant sind. Diese Vorstellungen, die der Analytiker zu beobachten und zu formulieren vermag, weil sie in dem enthalten sind, was der Patient sagte oder wie er es sagte, sind entweder unbewusst oder werden, falls sie bewusst sind, nicht in ihrer augenblicklichen und unmittelbaren Relevanz erkannt. ... Mit anderen Worten, der Analytiker sucht das innerseelische Wahrnehmungsfeld des Patienten zu erweitern, indem er auf Details oder Zusammenhänge im Gesamtbild der augenblicklichen psychischen Aktivität des Patienten hinweist, die dieser aufgrund seiner Abwehr nicht selbst wahrnehmen oder mitteilen kann“ (so bereits Rycroft, 1958, zit. nach Sandler & Holder & Dare, 2001, S. 176 f.). Dabei ist es letztlich immer der Patient, der die Deutung verifiziert.

Hinzu kommt eine zweite zentrale Funktion von Deutungen: Deutung kann als eine Form des Holdings angesehen werden, oft in der Form, „dass dem Patienten im richtigen Augenblick mit Worten etwas mitgeteilt wird, das zeigt, dass der Analytiker die tiefe Angst, die erlebt wird oder deren Erleben erwartet wird, kennt und versteht“, um „in Worte fassen, was in Gang ist“ (Winnicott, 1984, S. 317), was unsere Patienten ermutigen kann, sich intensiver mit sich auseinanderzusetzen.

Nach heutigem Verständnis steht nicht mehr die Deutung per se im Zentrum psychoanalytischen Arbeitens, vielmehr die in einer haltenden und Unerträglich-Bedrohliches containenden therapeutischen Beziehung erfolgende affektnahe, mit dem Patienten gemeinsam explorierende Suchbewegung und der immer nur annäherungsweise mögliche gemeinsame Versuch, das in Worte zu fassen, worunter der Patient leidet, was ihn innerlich bewegt und was sich in der therapeutischen Beziehung im Sinne spezifischer Übertragungen und damit verbundenen Übertragungs-Gegenübertragungsdynamiken wiederholt. Die latenten Bedeutungszusammenhänge der individuellen Dynamik des jeweiligen Patienten werden hierbei im Hier und Jetzt der wechselseitigen Bezogenheit und der sie bestimmenden Faktoren gemeinsam mit dem Patienten zu entschlüsseln versucht, was immer nur vorläufig sein kann. Wir versuchen, gemeinsam mit unseren Patienten Verstehenszugänge dessen zu generieren, was der Patient uns mit seiner Symptomatik, über sein Spielen, über seine Beziehungsinszenierung, seine körperliche Präsenz, sein Agieren und sein Sprechen sowie über das, was zwischen unseren Patienten und uns geschieht und was wir als Therapeuten in uns erleben, mitteilt.

So inszenierte ein neunjähriger Junge über ein halbes Jahr lang im Sandkasten intensive Angriffe auf eine Figur: Mit Schwertern und Lanzen wurde sie heftigst angegriffen, anal penetriert und kastriert, Arme, Hände und Kopf sowie die (phantasierten) Genitalien wurden immer wieder abgeschnitten. In der zweiten Hälfte der Therapiestunde spielte er mit mir Fußball, ich war die „Lusche“, verlor ständig, war der „Loser“. Anfangs wies der Junge mich an, das Gemetzel im Sandkasten wie ein Reporter zu kommentieren; meine Äußerungen waren ihm jedoch „viel zu lasch“, so dass er die Kommentierung selbst übernahm. Ich begann mich auf meine Wahrnehmung des Erlebens der massiv attackierten Spielfigur einzustimmen und deren massive Bedrohtheit und völlige Aussichtslosigkeit sowie deren innere Verzweiflung zu benennen. Zusammenhänge mit der mir bekannten Lebensgeschichte des Jungen (von den Eltern abgelehntes männliches Geschlecht, zu enge Bindung an die Mutter etc.) tauchten in mir auf, die ich gelegentlich, auf die Figur bezogen, indirekt einbrachte. Mit der Zeit änderten sich die

Spielinszenierungen meines Patienten: Die traktierte Figur konnte sich – für mich angesichts deren total aussichtsloser Situation völlig überraschend – befreien, die Spielszenen wurden weniger brutal, die Figur begann sich zu webren, und die Figuren begannen miteinander zu sprechen und zu verhandeln, ein „Schiedsrichter“ wurde seitens des Patienten eingeführt, bis sich hoch differenzierte Ninja-Kämpfe zwischen den ehemaligen Angreifern und der angegriffenen Figur entwickelten.

In dem Versuch, gemeinsam zu verstehen und das in Sprache zu fassen, worunter unsere Patienten leiden, kann sich ein gemeinsam gestaltetes Narrativ des zunächst in Agieren, Spielen und Beziehungsgestaltung Externalisierten entwickeln (Bezoari & Ferro, 1992; Ferro, 2003, 2005; Walter, 2012a, 2015c). Explizites Deuten der psychischen Inhalte ist hierbei oft gar nicht nötig, manchmal auch kontraproduktiv, insbesondere dann, wenn der in den Externalisierungen und den Inszenierungen und den damit verbundenen Symbolisierungen gepufferte Realitäts- und Selbstbezug über Deutungen in Richtung der Lebenswelt des Patienten zunächst als zu bedrohlich erlebt wird. Solche – intrusiv erlebten – Deutungen rufen, obwohl sie zutreffen, oftmals massive Widerstände hervor.

In der 7. Stunde einer analytischen Jugendlichenpsychotherapie reagiert der 15-Jährige auf eine Deutung seines Eintauchens in die klastrophobische Enge und Bedrohlichkeit der engen Gänge des Spieleklassikers Skyrim hinsichtlich seiner ihn extrem einengend und verfolgend erlebten alleinerziehenden Mutter mit Migräne und massiven Kopfschmerzen. Wochen später, in der 49. Sitzung, in der es um Harry Potter und die Dementoren, die das Glück der anderen herausaugen und deren Denken zerstören, geht, beginnt er, als der Kollege eine Deutung in Richtung auf sein reales Erleben der familiären Situation – verstorbener Vater, ihn klastrophobisch beengende und ihn aussaugende Mutter – gibt, „auszurasten“: „Sie schmeißen mir Steine an den Kopf. Hören Sie auf damit. Sagen Sie nichts mehr über die Harry-Potter-Bücher. Das nervt mich nur.“ Wiederum später, als der Kollege über lange Zeit hinweg nur noch spielinterne Deutungen gibt, d.h. innerhalb der Spielhandlungen und Phantasiegeschichten bleibt und diese mit dem Patienten spielimmanent exploriert – die Bezüge zur Lebenswelt des Patienten und seiner innerpsychischen Welt in sich, im Kopf behaltend – beginnt der Patient in der 130. Stunde – für den Therapeuten völlig überraschend – Bezüge zwischen den ihn faszinierenden und fesselnden, aber ihn auch ängstigenden, Spielsequenzen und seiner inneren Befindlichkeit und Lebenswelt von sich aus herzustellen: „Die Therapiestunde kommt mir vor, wie wenn Verbindungen entstehen.“ Nach ein paar Sitzungen beginnt der Patient von sich aus, ein in Skyrim von ihm aufgebautes Haus als seine „Sehnsucht nach einem eigenen Zimmer, das ich nie hatte“ zu benennen. (Fallbeispiel nach Walter, 2015e)

Unser Versuch, Zusammenhänge herzustellen und zu verbalisieren, Abwehr behutsam deutlich zu machen und zu benennen und das Erleben und Verhalten unserer Patienten vorsichtig zu kontextualisieren, kann nicht mehr als ein vorläufiges Probedeuten sein. Erst im Verlauf der Therapien ergeben sich langsam Zusammenhänge, über die immer und immer wieder gemeinsam nachzudenken ist und die kontinuierlich zu revidieren sind, um beim Kind und Jugendlichen bleiben zu können im Sinne des so weit als möglichen Offenseins für das Noch-nicht dessen, wohin uns unsere Patienten unbewusst führen. Um analytisch wahrzunehmen und arbeiten zu können, bedarf es nach Bions Auffassung des gezielten Verzichts auf Erinnerung und Wunsch, auf the-

rapeutische Intention und therapeutisches Wissen. Bion spricht von „dispension of memory and desire“ (Bion, 1970, S. 40 f.; vgl. Bion, 1967), um sich von den eigenen Voreingenommenheiten möglichst freizumachen, welche die Fähigkeit einschränken können, sich der analytischen Situation und dem, was der Patient vor allem unbewusst mitteilt, gegenüber offenzuhalten (vgl. Grotstein, 2007, S. 320). Diese mit Abstinenz, gleichschwebender Aufmerksamkeit und äquidistanter Neutralität verbundene und seit Bion vertiefte Haltung ist unter Bedingungen der hoch relationalen Beziehungsdynamik und des Agierens und externalisierenden Inszenierens unserer Patienten immer durch das konkrete Gegenüber des Patienten mitkontextualisiert: Wir finden uns immer auch in durch den Patienten bestimmten bewussten und vor allem unbewussten konkreten Interaktionsdynamiken, die uns beeinflussen, vor.

In der frühen Entwicklung des Kindes entwickelt sich, von den primären Bezugspersonen zur Verfügung gestellt und gehalten, ein gemeinsam geteilter spielerischer Imaginations- und Phantasieraum als „potential space“, als „intermediärer Raum“, als „Übergangsraum“, als „Spielraum“ (Winnicott). Dieser offene Begegnungs- und Erfahrungsraum ermöglicht innere Strukturierung durch Symbolisierung und damit Selbst- und Affektregulation (Winnicott, 1973; Fonagy et al., 2002; Fonagy & Target, 2003a, 2003b). Ähnlich stellt der intersubjektive Raum der Psychotherapie einen „Spiel- und Freiraum“ (Zwiebel, 2013, S. 171 ff.) dar, der angesichts der gezeigten Übertragungs- und Gegenübertragungsdynamiken immer wieder aufrechtzuerhalten und immer wieder herzustellen ist. Mit Ogden können wir sagen, dass sich in der analytischen Situation über Spiel- und Beziehungsinszenierung sowie über das gemeinsame Nachdenken und Sprechen über das, was sich im Therapieraum zwischen unseren Patienten und uns als „joint construction“ (Ogden, 1997b, S. 142) abbildet, ein von beiden gemeinsam entwickeltes und von beiden gemeinsam geteiltes analytisches Drittes herstellt (Ogden, 1994, 1997b, S. 118, vgl. a. a. O., S. 30 ff., 116 ff., 142 ff.). Winnicott und Bion aufnehmend spricht Ogden hierbei von einem durch das analytische Paar gemeinsam kreierte intersubjektiven analytischen „dream space“ (Ogden, 1997b, S. 142 und 152; vgl. a. a. O., S. 28 ff., 117 ff., 158 ff.; 2004a, 2004b), gründend in dem dialektischen Zusammenspiel der Fähigkeit des Patienten und der des Therapeuten zur Reverie. Diese gemeinsame und je individuelle Reverie als das gemeinsame Träumen von Patient und Therapeut, als „spielerische Spaziergänge zwischen Traum- und Wachdenken“ (Bürgin & Steck, 2013, S. 122) ist offen für die unbewusste Dynamik; in ihr verbinden sich Sekundärprozesshaftes und Primärprozesshaftes, in ihnen können sich Wachbewusstsein, Vor- und Unbewusstes annähern.

Ähnlich Träumen können Spiel- und Beziehungsinszenierungen nicht linear in ein verbal symbolisiertes Narrativ übertragen werden. Nicht immer gelingt die angestrebte nachträgliche Symbolisierung als Transformation noch nicht verbalisierter Erlebnismuster und nichtintegrierter, belastender Erfahrung, oder sie ist nur rudimentär in Therapien möglich. Es bedarf nicht prinzipiell eines Verbalisierens, vielmehr geht es darum, das, was uns unsere Patienten über ihre Not mitteilen und wie sie es uns mitteilen, gemeinsam anzunähern und zu verstehen zu suchen. In diesen „Spaziergängen“ können die verschütteten Entwicklungspotentiale unserer Patienten in der therapeutischen Arbeit erneut virulent werden und zur Bearbeitung der festgefahrenen Konflikte genutzt werden. Analytische

Prozesse können insofern verstanden werden als der psychische Raum, in dem ein „Spiel der kreativen Verführung“ (Castano, 2014, S. 435, Übersetzung A.W.) stattfindet und sich ein gemeinsamer Spielraum als Ko-Kreation im Sinne des analytischen Dritten (Ogden, 1994, 1997b: vgl. Bürgin & Steck, 1913, S. 121) entwickeln kann, der unsere Patienten anregt, das, was sie innerlich umtreibt und worunter sie leiden, in unserer Gegenwart und mit uns zu inszenieren und gemeinsam zu träumen.

Literatur

- Anzieu, D. (1979/1991). *Das Haut-Ich*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Berger, P.L. & Luckmann, T. (1967). *The Social Construction of Reality. A Treatise in the Sociology of Knowledge*. New York: Anchor Books.
- Bettghofer, S. (2010). *Übertragung und Gegenübertragung im therapeutischen Prozess* (4., überarb. u. erweit. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bezoari, M. & Ferro, A. (1992). From a play between “parts” to transformations in the couple: Psychoanalysis in a bipersonal field. In L. Nissim Momigliano & A. Robutti (Eds.), *Shared Experience: The Psychoanalytic Dialogue* (pp. 43-65), London: Karnac.
- Bion, W.R. (1959). *Attacks on Linking*. In: ders. (1967), *Second Thoughts* (pp. 93-109). London. deutsch: *Angriffe auf Verbindungen*. In W.R. Bion (Hrsg.), *Frühe Vorträge und Schriften mit einem Kommentar „Second Thoughts“* (2013; S. 105-124). Frankfurt: Brandes & Apsel
- Bion, W.R. (1962). *A Theory of Thinking*. In: ders. (1967): *Second Thoughts* (pp. 110-119). London. deutsch: *Eine Theorie des Denkens*. In W.R. Bion (Hrsg.), *Frühe Vorträge und Schriften mit einem Kommentar „Second Thoughts“* (2013; S. 125-135). Frankfurt: Brandes & Apsel
- Bion, W.R. (1962). *Lernen durch Erfahrung*. Frankfurt: Suhrkamp
- Bion, W.R. (1967/2002). *Anmerkungen zu Erinnerung und Wunsch*. In E. Bott Spillius (Hrsg.), *Melanie Klein Heute. Entwicklungen in Theorie und Praxis. Bd. 2 Anwendungen* (S. 22-28). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bion, W.R. (1970/2006). *Aufmerksamkeit und Deutung*. Frankfurt: Brandes & Apsel.
- Birksted-Breen, D. (2009/2010). *“Widerhall-Zeit“, träumen und die Fähigkeit zu Träumen*. In A. Mauss-Hanke (Hrsg.), *Internationale Psychoanalyse* (Bd. 5). *Ausgewählte Beiträge aus dem International Journal of Psychoanalysis* (pp. 44-63). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Bollas, C. (1987). *The Shadow of the Object. Psychoanalysis of the unthought Known*. London: Free Association Books.
- Borst, U. & Hildenbrand, B. (Hrsg.). (2012). *Zeit essen Seele auf. Der Faktor Zeit in Therapie und Beratung*. Heidelberg: Carl Auer.
- Bründl, P. & King V. (Hrsg.). (2012). *Adoleszenz: gelungene und mißlungende Transformationen*. Frankfurt: Brandes & Apsel.
- Burchartz, A. (2014): *„Fünfzig Minuten sind doch keine Stunde“*. *Zeiterleben in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen*. *Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*, 162, 45, 235-256.
- Burchartz, A. (2015). *Psychodynamische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Das tiefenpsychologisch fundierte Verfahren: Basiswissen und Praxis* (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bürgin, D. & Steck, B. (2013). *Indikation psychoanalytischer Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Diagnostisch-therapeutisches Vorgehen und Fallbeispiele*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Burger, H. (Hrsg.) (1986). *Zeit, Natur und Mensch. Beiträge der Wissenschaften zum Thema „Zeit“*. Berlin: Spitz-Verlag.

- Castano, R. (2014): La psicoterapia como un espacio de juego y una experiencia de intimidad. In: J. Coderch de Sans (coord.): *Avances en Psicoanálisis Relacional. Nuevos campos de exploración para el psicoanálisis* (419-448). Madrid: Agora relacional.
- Döser, J. (2014). Vom Herstellen und Verlassen des Rahmens. *Kinderanalys*, 22, 289-311.
- Eissler, K.R. (1950). The Chicago Institute of Psychoanalysis and the Sixth Period of the Development of Psychoanalytic Technique. *Journal of General Psychology*, 42, 103-105.
- Ferenczi, S. (1932/1964). Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind (Die Sprache der Zärtlichkeit und der Leidenschaft). In S. Ferenczi: *Bausteine zur Psychoanalyse* (Bd. III; S. 511-525). Arbeiten aus den Jahren 1908-1933. Bern, Stuttgart: Huber.
- Ferro, A. (2003). Das bipersonale Feld. Konstruktivismus und Feldtheorie in der Kinderanalyse. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Ferro, A. (2005). Im analytischen Raum. Emotionen, Erzählungen, Transformationen. Mit einem Vorwort von Werner Bohleber. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Ferro, A. (2009a). Psychoanalyse als Erzählkunst und Therapieform. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Ferro, A. (2009b). Transformationen in Traum und Figuren im psychoanalytischen Feld. Vorüberlegungen zu den Unterschieden zwischen den theoretischen Modellen in der Psychoanalyse. *Psyche & Jahrbuch der Psychoanalyse. Supplement 2009*, 51-80.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. & Target, M. (2002). Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fonagy, P. & Target, M. (2003a). Frühe Bindung und psychische Entwicklung. Beiträge aus Psychoanalyse und Bindungsforschung. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Fonagy, P. & Target, M. (2003b). Psychoanalyse und die Psychopathologie der Entwicklung. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Frank, H. & Weiß, C. (Hrsg.). (2007). Projektive Identifizierung. Ein Schlüsselkonzept der psychoanalytischen Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Freud, A. (1936/1987). Das Ich und die Abwehrmechanismen. In: *Die Schriften der Anna Freud* (Bd. 1, 1922-1936, S. 191-355). Frankfurt: Fischer.
- Freud, A. (1968). Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung. Stuttgart: Klett.
- Freud, S. (1900/1975). Die Traumdeutung. Studienausgabe. Bd. 2. Frankfurt: Fischer.
- Freud, S. (1910/1975). Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie. In S. Freud. Studienausgabe Ergänzungsband (S.123-132). Frankfurt: Fischer.
- Freud, S. (1911/1975). Formulierungen über die zwei Prinzipien des psychischen Geschehens. In: S. Freud, Studienausgabe (Bd. III, S. 13-24). *Psychologie des Unbewußten*. Frankfurt: Fischer.
- Freud, S. (1912/1975). Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. In Studienausgabe, Ergänzungsband (S.169-180). Frankfurt: Fischer
- Freud, S. (1913/1975). Zur Einleitung der Behandlung. Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse I. In S. Freud, Studienausgabe, Ergänzungsband (S.183-203). Frankfurt: Fischer.
- Freud, S. (1915/1975). Das Unbewußte. In: S. Freud, Studienausgabe, *Psychologie des Unbewußten* (Bd. III; S. 119-173). Frankfurt: Fischer.
- Frijling-Schreuder, E.C.M. (1967). Übertragung und Gegenübertragung in der psychoanalytischen Kindertherapie. *Psyche*, 21, 16-13.
- Frijling-Schreuder, E.C.M. (1979). Übertragung und Gegenübertragung. *Psyche*, 33, 600-609.
- Grotstein, J.S. (2007). *A Beam of Intense Darkness. Wilfred Bion's Legacy to Psychoanalysis*. London: Karnac.
- Hartocollis, P. (1974): Origins of time: A reconstruction of the ontogenetic development of the sense of time based on object-relations theory. *Psychoanalytic Quarterly*, 43, 243-261.

- Heinemann, E. & Hopf, H. (2015). Psychische Störungen in Kindheit und Jugend. Symptome – Psychodynamik – Fallbeispiele – psychoanalytische Therapie. (5., überarb. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Hohn, H.-W. (1984). Die Zerstörung der Zeit. Wie aus einem göttlichen Gut eine Handelsware wurde. Frankfurt: Fischer.
- Holder, A. (1991). Kinderanalyse und analytische Kindertherapie. Zeitschrift für psychoanalytische Theorie und Praxis, VI, 407-419.
- Holder, A. (2002). Psychoanalyse bei Kindern und Jugendlichen – Geschichte, Anwendungen, Kontroversen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Holderegger, H. (2003). Der Umgang mit dem Trauma (3. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- 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 23.5.2014.
- Hopf, H. (2007). Träume von Kindern und Jugendlichen. Diagnostik und Therapie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hopf, H. & Windaus, E. (Hrsg.).(2007). Lehrbuch der Psychotherapie (Bd. 5). Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. München: CIP-Medien.
- Hurry, A. (1998/2002). 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, 21-48.
- 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.
- King, V. (2014): Im Zwischenraum der Latenz. Bindung, Trennung und der Umgang mit Verlorenem in beschleunigten Zeiten des Aufwachens. In: Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Heft 162, 45. 131-150.
- Klein, M. (1926/1995). Die psychologischen Grundlagen der Frühanalyse. In M. Klein, Gesammelte Schriften (Bd. 1, Teil 1., S. 195-209). Stuttgart-Bad Cannstatt: frommann-holzboog.
- König, K. (1993). Gegenübertragungsanalyse. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- König, K. (2010). Gegenübertragung und die Persönlichkeit des Psychotherapeuten. Frankfurt: Brandes & Apsel.
- Lang-Langer, E. (2014). Spielraum und Rahmen. Abstinenz und Agieren in der psychoanalytischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Lehmkuhl, U. (Hrsg.). (2004). Die Bedeutung der Zeit. Zeiterleben und Zeiterfahrung aus der Sicht der Individualpsychologie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Lewkowicz, D. (1989). The role of temporal factors in infant behaviour and development. In Lewin, I. & Zakay, D. (Eds.), Time and human cognition (pp. 9-62). Amsterdam: North-Holland Publishing.
- Löchel, E. (2015). (Mit) Differenzen arbeiten: Symbol, Symbolisierung, Symbolisches. Ein Beitrag zur Diskussion des psychoanalytischen Symbolbegriffs. In Jahrbuch der Psychoanalyse, 71, 93-122. Stuttgart-Bad Canstatt: frommann-holzboog.
- Loewald, H.W. (1986). Psychoanalyse. Aufsätze aus den Jahren 1951-1979. Stuttgart Klett-Cotta.
- Lorenzer, A. (2002). Die Sprache, der Sinn, das Unbewußte. Psychoanalytisches Grundverständnis und Neurowissenschaften. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Meyer-Abich, K.M. (2010): Was es bedeutet, gesund zu sein. Philosophie der Medizin. München: Hanser.
- Mitzlaff, S. & Niedecken, D. (2013). Zerstörung des Denkens im Trauma. Frankfurt: Brandes & Apsel.

- Müller-Brühn, E. (1998). Geschichte und Entwicklung der analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. In U. Jongbloed-Schurig & A. Wolf (Hrsg.), „Denn wir können die Kinder nach unserem Sinne nicht formen.“ Beiträge zur Psychoanalyse des Kindes- und Jugendalters (S. 17-52). Frankfurt: Brandes & Apsel.
- Nowick, J. & Hurry A. (1969). Projection and Externalisation. *Journal of Child Psychotherapy*, 2, 5-20.
- Nowotny, H. (1993). Eigenzeit. Entstehung und Strukturierung eines Zeitgefühls. Frankfurt: Suhrkamp
- Ogden, T. (1994). The analytic third: working with intersubjective clinical facts. *The International Journal of Psychoanalysis*, 75, 3-19.
- Ogden, T. (1997a). Träumerei und Metapher. Gedanken über meine Arbeit als Psychoanalytiker. In: Gespräche im Zwischenreich des Träumens. Der analytische Dritte in Träumen, Dichtung und analytischer Literatur, S. 23-44. 2004 Gießen.
- Ogden, T. (1997b): *Reverie and Interpretation. Sensing Something Human.* London et al. Rowman & Littlefield Publishers.
- Ogden, T. (2004a): Gespräche im Zwischenreich des Träumens. Der analytische Dritte in Träumen, Dichtung und analytischer Literatur. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Ogden, T. (2004b). This art of psychoanalysis. Dreaming undreamt dreams and interrupted cries. *Int.J.Psycho-Anal*, 85, 857-877.
- Oliner, M. (2015). Winnicotts Konzept der „Objektverwendung“. *Psyche – Z Psychoanal*, 69, 1033-1045.
- Pflichthofer, D. (2007). Die verwundbare Analytikerin. Traumatische Erfahrungen in der psychoanalytischen Beziehung. *Forum der Psychoanalyse* 23, 343-363.
- Piaget, J. (1923/1993). Das symbolische Denken und das Denken des Kindes. In J. Piaget: Drei frühe Schriften zur Psychoanalyse. Herausgegeben und historisch kommentiert von S. Volkmann-Raue (S.83-146). Freiburg: Kore.
- Piaget, J. (1959/1975). Nachahmung, Spiel und Traum. Die Entwicklung der Symbolfunktion beim Kinde. Mit einer Einführung von H. Aebli. *Gesammelte Werke* (Bd. 5). Stuttgart: Klett.
- Plassmann, R. (2015). Die Technik der Prozessdeutung. In: G. Allert, K. Rühling & R. Zwiebel (Hrsg.). Pluralität und Singularität in der Psychoanalyse. Frühjahrstagung 2015 der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung (S. 177-191). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Plessner, H. (2003a). *Conditio humana.* Gesammelte Schriften(Bd. VIII). Frankfurt: Suhrkamp.
- Plessner, H. (2003b). *Schriften zur Soziologie und Sozialphilosophie.* Gesammelte Schriften (Bd. X.) Frankfurt: Suhrkamp.
- Portmann, A. (1951). *Zoologie und das neue Bild vom Menschen.* Reinbek: Rowohlt.
- Portmann, A. (1970). *Entläßt die Natur den Menschen? Gesammelte Aufsätze zur Biologie und Anthropologie.* München: Piper.
- Poser M. (2010). *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Theoriekonzeption und Falldarstellungen.* Stuttgart: Schattauer.
- Prechtel, P. (2001). Die Perspektivität des Zeiterlebens und ihr Stellenwert für die personale Identität. In: *Studia philosophica.* 60/2001, S. 53-75.
- Racker, H. (1997). *Übertragung und Gegenübertragung. Studien zur psychoanalytischen Technik.* (5., neugestalt. Aufl.). München, Basel: Ernst Reinhardt.
- 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.
- Rycroft, C. (1958). An enquiry into the function of words in the psychoanalytical situation. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 408-415.

- Salge, H. (2013). Analytische Psychotherapie zwischen 18 und 25. Besonderheiten in der Behandlung von Spätadoleszenten. Berlin u. a.: Springer.
- Sandler, A.-M. (1998). Deutung und Holding. In U. Jongbloed-Schurig & A. Wolff (Hrsg.), „Denn wir können die Kinder nach unserem Sinne nicht formen.“ Beiträge zur Psychoanalyse des Kindes- und Jugendalters (S. 53-67). Frankfurt: Brandes & Apsel.
- Sandler, J. & Dare, Chr. & Holder A. (2001). Die Grundbegriffe der psychoanalytischen Therapie (8. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sandler, J. & Sandler, A.M. (1999). Innere Objektbeziehungen. Entstehung und Struktur. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sandler, J. & Sandler, A.-M. (1985). Vergangenheits-Unbewusstes, Gegenwart-Unbewusstes und die Deutung der Übertragung. *Psyche – Z Psychoanal*, 39, 800-829
- Sandler, P.C. (2005). The Language of Bion. A Dictionary of Concepts. London: Karnac.
- Schneider, J.A. (2010). From Freud's dream-work to Bion's work of dreaming: The changing conception of dreaming in psychoanalytic theory. *International Journal of Psycho-Analysis*, 91, 521-540
- Seifert-Karb, I. (Hrsg.).(2015). Frühe Kindheit unter Optimierungsdruck: Entwicklungspsychologische und familientherapeutische Perspektiven. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Seiffge-Krenke, I. (2007). Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie mit Jugendlichen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sommer, M. (1990). *Lebenswelt und Zeitbewußtsein*. Frankfurt: suhrkamp.
- Stern, D.N. (1985). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stemmer, W. (2006). Die Beunruhigung und das Nichtwissen des Analytikers als Aspekte der psychoanalytischen Haltung. *Zeitschrift für psychoanalytische Theorie und Praxis*, 21, 449-473.
- Tähkä, V. (1993). *Mind and Its Treatment. A Psychoanalytic Approach*. Madison CT: Universities Press Inc.
- Thomä, H. & Kächele, H. (2006). *Psychoanalytische Therapie*. 3 Bände (3. überarb. u. aktual. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Walter, A. (1999). Zur Gruppendynamik von analytisch orientierten Erwachsenen- und Kindergruppen. In: Institut für Musiktherapie am Freien Musikzentrum München (Hrsg.). *Beiträge zur Musiktherapie Band 3*, München 1999, 89-102.
- 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). Symbolisierung als „Kind“ der Beziehung. In T. Timmermann & H.U. Schmidt (Hrsg.), *Symbolisierung in Musik, Kunst und Therapie (S. 35-48)*. Wiesbaden: Reichert.
- Walter, A. (2012b): Trauma und Symbolisierung. Zur psychoanalytischen Behandlung von traumatisierten Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen als entwicklungsöffener Prozess. In T. Timmermann & H.U. Schmidt (Hrsg.), *Symbolisierung in Musik, Kunst und Therapie (S. 49-80)*. Wiesbaden: Reichert.
- Walter, A. (2012c). Zwischen Skylla und Charybdis. Psychoanalytische Anmerkungen zur innerpsychischen und externalisierenden Selbstregulation. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie (17) (S. 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*. 22. Musiktherapie-Tagung am Freien Musikzentrum München e.V. (1.-2. März 2014). (S. 21-38). Wiesbaden: Reichert.

- Walter, A. (2015b). Was qualifiziert psychodynamische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie? Gedanken zur aktuellen Diskussion. In S. K. D. Sulz (Hrsg.), *Von der Psychotherapiewissenschaft zur Kunst der Psychotherapie* (S. 276-303). München: CIP Medien.
- Walter, A. (2015c). Die therapeutische Beziehung in der psychodynamischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie* (20) (S. 306-316). München: CIP-Medien.
- Walter, A. (2015d). Externalisierung als therapeutisch bedeutsamer Faktor in der psychoanalytischen Behandlung von Jugendlichen. In: G. Allert, K. Rühling & R. Zwiebel (Hrsg.), *Pluralität und Singularität in der Psychoanalyse. Frühjahrstagung 2015 der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung* (S. 299-316). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Walter, A. (2015e). Externalisation as an essential factor of adolescent analysis. IPV Boston, Manuskript 2015.
- Weidenfeller, G. (1986). Persönlichkeitsentwicklung und individuelle Lebensplanung. In: R. Haubl, W. Molt, G. Weidenfeller & P. Wimmer: *Struktur und Dynamik der Person. Einführung in die Persönlichkeitspsychologie*. 32-82. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Wendorff, R. (1985). *Zeit und Kultur. Geschichte des Zeitbewußtseins in Europa*. 3. Auflage. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Wendorff, R. (1988). *Der Mensch und die Zeit. Ein Essay*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Will, H. (2016). Ungesättigte und gesättigte Deutungen. *Psyche – Z Psychoanal*, 70, 2-23.
- 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. V, S. 231-252). München: CIP-Medien.
- Winnicott, D. W. (1947). Der Haß in der Gegenübertragung. In D.W. Winnicott (Hrsg.), *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse. Mit einer Einführung von Jochen Stork*. (S. 75-88). München: Kindler.
- Winnicott, D. W. (1960). Die Theorie von der Beziehung zwischen Mutter und Kind, in: ders.: *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Studien zur Theorie der emotionalen Entwicklung*. 47-71, Frankfurt 1988.
- Winnicott, D. W. (1969). Objektverwendung und Identifizierung. In D.W. Winnicott (Hrsg.), *Vom Spiel zur Kreativität* (S. 101-110). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Winnicott, D. W. (1971/1973). *Die therapeutische Arbeit mit Kindern*. München: Kindler.
- Winnicott, D. W. (1984). *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. Frankfurt: Fischer.
- Winnicott, D. W. (1973). *Vom Spiel zur Kreativität*. Stuttgart: Klett.
- Winnicott, D. W. (1974/1986). Fear of breakdown. In Kohon, G. (Ed.), *The British school of psychoanalysis. The Independent Tradition* (S. 173-182). London: Free Association Books.
- Zwiebel, R. (1985). Das Konzept der projektiven Identifizierung. *Psyche – Z Psychoanal*. 39, 456-468.
- 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