

- 2.10 In: Datler, W. & Reinelt, T. (Hrsg.): Psychotherapie als Hilfe für das Kind. - Reinhardt: München - Basel, 1984, 82 - 93.

WALTER SPIEL UND WILFRIED DATLER

Deutung und Deutungsfreiheit in der Kinderpsychotherapie

I.

Das Problem der "Deutung und Deutungsfreiheit in der Kinderpsychotherapie" wird in der einschlägigen Fachliteratur oft und gerne diskutiert, und es hier aufzugreifen liegt nahe. Zuvor bedarf es dazu aber einer begrifflichen Präzisierung. Diese soll vor Mißverständnissen schützen und zunächst besagen, daß von Deutungsfreiheit im allumfassenden Sinn hier gar nicht gesprochen werden kann. Denn indem Therapeuten immer nur dann gezielt handeln können, wenn sie aus den vielen einzelnen Äußerungen und Handlungen ihrer Patienten immer auch diagnostische Schlüsse ziehen, haben sie stets nach sinnvollen Zusammenhängen und somit nach Bedeutungen zu fragen. Und schon alleine deshalb ist wohl kein Therapeut von der Aktivität des Deutens zu befreien, von welcher Schule dieser Therapeut auch immer kommen mag.

Daraus erwächst nun aber erst die Problemstellung, die hier ein wenig aufgeheilt werden soll. Historisch und methodisch wurzelt sie in der Ableitung der psychodynamisch orientierten Kindertherapie aus der analytischen Therapie von Erwachsenen. Nachdem *Freud* nämlich die bahnbrechende Theorie entworfen hatte, daß neurotische Erkrankungen in unbewußt-verdrängten Konflikten wurzeln, die in Therapien bewußt zu machen und neu durchzuarbeiten sind, da erhärtete sich bald die Vermutung, daß ja auch bei Kindern Neurosen vorzufinden und zu behandeln seien. Die ersten kideranalytischen Versuche (um 1910) gaben aber bald zu erkennen, daß die von *Freud* erarbeitete klassische Analysetechnik nur schwerlich auf die Arbeit mit Kindern umzulegen war:

Denn wenn *Freud* von seinen Patienten verlangte, sich auf der Couch zu entspannen und frei zu assoziieren, so setzte dies ein Ausmaß an sprachlicher Ausdrucksfähigkeit und bewußter Impulskontrolle voraus, das Heranwachsende noch kaum aufbringen können; wenn *Freud* dann versuchte, im scheinbar zufällig entstandenen Assoziationsmaterial gemeinsam mit dem Patienten unbewußte Dynamismen und Strukturen auszumachen, so rechnete er mit Formen der Introspektion und des abstrakten Denkens, die in ausgeprägter Form meist erst im Erwachsenenalter zu beobachten sind; und - um noch ein drittes Moment anzuführen - wenn die klassische Technik verlangt, daß der Analytiker mit

seinen Deutungen bloß Fingerzeige bereitstellen soll, die es vom Patienten stets erst zu prüfen gilt, so verlangt dies eine kritisch-distanzierte Patientenhaltung, die von autoritätsgläubigen kleinen Kindern nur mit großer Schwierigkeit beigebracht werden kann.

Bald wurden daher Methoden entwickelt, die der Eigenart kindlicher Aktivität und dabei vor allem dem kindlichen Spiel besondere Bedeutung einräumen sollten [1]. Dabei ließen sich zwei Entwicklungstendenzen erkennen:

a) Die eine Tendenz ging zunächst von einer Analytikergruppe in Wien aus, die meinte, daß von Kindern eingebrachte Spielinhalte und -szenen weitgehend wie jenes Material behandelt werden könnten, das assoziierende Erwachsene auf der Couch produzierten. Es könnte in ähnlicher Weise gedeutet und durchgearbeitet werden, wodurch auch Kindern geholfen werden könnte, ihre unbewußten Konflikte allmählich zu durchschauen und durchzuarbeiten.

b) Etwas anderer Ansicht waren hingegen einige Schweizer Analytiker. Sie entwickelten erste "deutungsfreie" Verfahren, von denen die Verfahrensweisen *Zulligers* wohl die weiteste Verbreitung fanden.

Seit diesen Anfängen wird nun immer diskutiert, ob und inwiefern auch in Kinderpsychotherapien Deutungen vorgegeben werden sollen. Und während einige Autoren meinen, daß der Einsatz verbalisierter Deutungen unangemessen sei und die Methode der deutungsfreien Spieltherapie allmählich zu der Methode der Kinderpsychotherapie schlechthin werde (*Zulliger* 1963, *Friedmann* 1976), bringen andere Autoren wie *Pearson* (1968), *Maenchen* (1970) oder *Rubner* (1982) das Problem erst gar nicht zur Sprache oder lassen anklingen, daß eine Kinderanalyse ohne die verbale Vorgabe von Deutungen das Charakteristikum des Analytisch-Therapeutischen überhaupt verlieren würde.

II.

Nun, für uns ist diese Problematik keineswegs mit solch einem grundsätzlichen-kategorischen Entscheid zu lösen. Dazu möchten wir zunächst einen Fallbericht von *Hans Zulliger* bemühen:

In seinem Band "Schwierige Kinder" (1963, 104 ff.) berichtet *Zulliger* von den Zündeleyen und Urinspielen des siebenjährigen Kurt. Dieser war zunächst seiner Lehrerin aufgefallen, als er immer wieder Mitschüler um sich sammelte, um mit ihnen wettzustreiten, wer an Pissoir- und Hauswänden sowie an Bäumen am höchsten hinaufzuurinieren vermochte. Von diesem Tun, das dem allgemeinen Interesse am Unterricht nicht gerade förderlich war, konnte Kurt weder "mit Liebe" noch mit Strenge abgehalten werden. Und auch zu Hause hatte "er sich etwas zu Schulden kommen lassen", als er im Zimmer Papierschnitzel angezündet, mit einer Wasserkaraffe gelöscht und in diese dann uriniert hatte. – Zur Einschätzung dieser, für Kurts Lehrerin und Eltern völlig unverständlichen Handlungstendenzen besinnt sich *Zulliger* auf Berichte von Kurts "strenger Reinlichkeitserziehung". Er mutmaßt, Kurt habe dabei nicht genug "Gelegenheit (gehabt), im Frühkindalter seine

Harntriebhaftigkeit genügend auszutoben und sie damit abzureagieren, zu erledigen, darüber hinauszuwachsen" und sei daher auf dieser Stufe des Urethralen geblieben. Und *Zulliger* leitet folgende Interventionen in die Wege:

- Kurts Vater soll den Buben im Garten kleine Feuer mit dem Harnstrahl auslöschen lassen;
- der Bub soll mit einer eigenen Gießkanne dem Vater beim Blumengießen helfen;
- der Bub soll angehalten werden, (mitunter auch vor Freunden) mit dem Wasserschlauch zu spielen und später (auch alleine) mit Wasserfarben und Pinsel zu malen;
- und überdies sollen Kurt kleine Rätsel und Rechenaufgaben vorgegeben werden, für deren richtige Beantwortung er zu loben sei.

Zulliger berichtet, daß Kurt "seine verpönten Spiele nie wieder (wiederholte)". Er "verlegte seinen Ehrgeiz - etwa in Dreivierteljahren - mehr auf seine Schulleistungen, wurde Primus seiner Klasse ...". Und wenn man *Zulliger* glauben will (und zunächst auch außer Streit stellt, ob dieser spätere Zustand tatsächlich als "weniger pathologisch" bezeichnet werden darf) [2], so zeigt dieses Beispiel, daß therapeutische Erfolge zumindest auch mit anderen und nicht bloß deutenden Eingriffen herbeigeführt werden können; ein Ergebnis, dem ja auch aus Sicht der jüngeren Therapieforschung beizupflichten ist. Denn deren Resultate stellen ja immer deutlicher heraus, daß in Heilungsprozessen sehr verschiedenartige Therapeutenaktivitäten "wirksam" zum Tragen kommen (können), so z. B. [3]:

- die Bereitstellung von Freiräumen zur kathartischen Abreaktion von inneren Spannungen;
- Akte der Zuwendung, Ich-Stärkung, Ermutigung und Entlastung;
- Aktivitäten, die auf Herstellung eines Arbeitsbündnisses und auf die Provokation von Übertragungsbeziehungen abzielen;
- Interventionen, die Patienten "reparative Erfahrungen" machen lassen sollen;
- Aktivitäten der Aufklärung und Information;
- konkrete Hilfestellungen bei akuten Kriseninterventionen oder bei der Führung "Dissozialer";
- Aktivitäten des Durcharbeitens und Übens;
- oder Interventionen, die eine Verbesserung des kindlichen Milieus (z. B. über die Beratung von Eltern, Lehrern, ...) anstreben.

Die Frage, ob in Therapien nun mit der Vorgabe von Deutungen gearbeitet werden soll oder nicht, scheint für uns daher nicht mit absoluter Eindeutigkeit beantwortbar zu sein; und zwar

zum einen, weil viele dieser eben referierten "deutungsfreien" Interventionen ja zu den unabdingbaren Elementen und Rahmenbedingungen jeder Therapie zählen (und daher immer wieder "vorgegeben" werden "müssen"); und

zum anderen, weil in dieser Frage wohl kein kategorischer Entscheid zu erwarten ist, der dann auf alle therapeutischen Einzelfälle überhaupt angewandt werden kann.

Dazu sei nochmals an das Beispiel von *Zulliger* erinnert: Was ihm an primären Krankheitsursachen in den Blick gerät, das sind nicht unbewußte Konfliktmomente, sondern vielmehr "fixierte urethrale Triebansprüche". Ganz demgemäß peilt *Zulliger* daher auch nicht die Vorgabe von Deutungen an (denn diese hätten therapeutisch ja auf die Bewußtmachung von unbewußten Konflikten abzielen, die *Zulliger* hier aber kaum ortet). Konsequenterweise suchte er daher nach anderen Interventionen, die der gemutmaßten Aufgabenstellung einer "Lösung urethraler Triebfixierungen" angemessen scheinen. Ausgehend von der weiteren Idee, daß Triebfixierungen zunächst in kathartischen Entladungen zu lockern seien und gerade dann auch zu "höheren" Formen der Befriedigung verfeinert und sublimiert werden könnten, empfiehlt *Zulliger* daher die oben erwähnten Unternehmungen:

Diese sollen bei der unmittelbar kathartischen Abreaktion anheben, um dann durch den Einsatz der Wasser- und Malspiele eine erste "Verfeinerung des Urethralen" herbeizuführen; und indem Kurt vieles davon in Gegenwart seiner Kameraden erledigen darf, soll auch sein "ehrgeiziges Bedürfnis" gestillt und über das Angebot von Rätsel und Aufgaben in "eine andere Bahn (kanalisiert)" werden (*Zulliger* 1963, 105 ff.) [4].

Woran sich *Zulliger* daher orientiert, das ist die psychische Verfaßtheit des Patienten in all ihren psychodynamischen Facetten. Und dies scheint auch für uns das entscheidende Kriterium zu sein, nach dem sich die Gestaltung therapeutischer Interventionen zu richten hat: die Befindlichkeit des Ich des Patienten in all seinen Vernetzungen mit Es, Über-Ich, Realität . . . [5]. Denn wenn pathologische Aspekte dieser Befindlichkeit – wie im Falle "Kurts" – der Kategorie einer *Persönlichkeitsentwicklungsstörung* zuzurechnen sind, dann bedarf es akzentuell wohl anderer therapeutischer Interventionen, als dies bei der Therapie von neurotischen Facetten der Fall sein dürfte [6]. Denn während es im letzteren Fall um die Aufarbeitung unbewußter Konflikte zu gehen hat, findet sich der Therapeut bei Persönlichkeitsentwicklungsstörungen mit Symptomen konfrontiert, die weniger als Ausdruck solcher Konflikte, sondern vielmehr als Ergebnis bestimmter "pathologisch wirkende(r) . . . Erziehungs- und Pflegezustände" zu begreifen sind (*Spiel* 1981, 526). Sie wurzeln in solchen Feldbedingungen des Kindes, in denen nötige "Anregungen nicht erteilt" wurden oder altersgemäße "Bedürfnisse nicht befriedigt werden konnten", sodaß dadurch Verzerrungen und Behinderungen des "normalen" Entwicklungs- und Entfaltungsganges zur Einrichtung kamen (*Spiel* 1976, 6). Die Therapie dieser Störungsaspekte verlangt daher primär Interventionen, die auf eine individuell abgestimmte "Korrektur" dieser Entwicklungs- und Entfaltungshemmnisse abheben bzw. auf ein Nachholen von Versäumtem ausgerichtet sind. Die Schaffung angemessener Rahmenbedingungen und die Vorgabe indi-

viduell abgestimmter Anregungen, Lenkungen und Führungshilfen ist geboten. Aufdeckende Methoden scheinen der pathologischen Struktur dieser Patienten hingegen kaum zu entsprechen; und die psychische Verfaßtheit solcher Patienten verlangt mitunter sogar den Verzicht auf die bloße Benennung(!) von ganz offensichtlichen Gefühlen und Interessen:

Dies war in einer sehr sensiblen Phase der Therapie von Andreas der Fall. Der Bub, der mit sieben Jahren wegen des Symptoms des elektiven Mutismus vorgestellt worden war [7], konnte in Anwesenheit Fremder keinerlei Kontaktangebot aufnehmen und auch keinerlei Aktivitäten setzen. (Davon ausgenommen waren einzig stille Beschäftigungen in der Schule). Nachdem sich Andreas auch in der Therapie lange passiv, verlangsamt und völlig verschlossen gezeigt hatte, war es ihm erst nach drei mühsamen Jahren möglich, erste zarte Ansätze von Aktivität zu zeigen. Dabei stellte er sich vor allem zum offenen Kasten, um Spielgegenstände anzugreifen. Aber immer, wenn der Therapeut dies kommentierte, unterbrach Andreas sein Tun und zeigte sich wieder völlig passiv, unansprechbar und verschlossen. Wirklicher Kontakt konnte erst hergestellt werden, als dem Therapeuten auffiel, daß sich Andreas bei seinen Aktivitäten immer wieder hinter der offenen Kastentüre zu verbergen pflegte. Der Therapeut begriff die Bedeutung dieses "Versteckens", hörte auf, etwaige Handlungstendenzen zu verbalisieren und fragte statt dessen: "Ja, wo ist denn Andreas, wo ist er denn?" Und als Andreas bald darauf hervorkam und höchst erfreut schien, steigerte sich seine gehobene Stimmung nochmals, als der Therapeut ihn nun freudig "begrüßte": "Da ist ja Andreas, da ist er ja!" Und dieses, in den nächsten Stunden noch einige Male wiederholte "Guck-guck-da-da"-Spiel konnte im Folgenden als Angel- und Ansatzpunkt für einen reichhaltigen therapeutischen Prozeß genutzt werden ...

Dieser Ausschnitt mag zeigen, wie der zehnjährige Bub im Zuge der Therapie regrediert. Mit seinem Spiel teilt er uns mit, daß er jenen Entwicklungsschritt noch nicht hat vollziehen können, der zumeist zwischen eineinhalb und drei Jahren getan wird und das Kind aus der symbioseähnlichen Verschmolzenheit mit seiner Mutter herausführen soll (vgl. *Mahler* u. a. 1975; *Kleeman* 1967). Im Spiel deutet Andreas an, daß er noch immer der kommentarlosen Gegenwart eines Objektes bedarf, das sich konstant für ihn zu interessieren und ihm so ein Gefühl des Geborgenseins zu sichern hat. Und für den Therapeuten ist ersichtlich, daß es zunächst wohl eines angemessenen Interaktionsspieles zur reparativen Bearbeitung dieser Loslösungs- und Individuationsproblematik bedarf, ehe pathologisch spätere Facetten von Andreas' Pathologie zur Bearbeitung kommen werden (vgl. dazu *Blanck* 1980, aber auch *Kohut* 1973, wo dieses Interaktionsspiel an Erwachsenentherapien darlegt wird).

Wenn damit vorgeschlagen wird, Entwicklungsdefizite akzentuell in ihrer pathogenetischen Reihenfolge zu bearbeiten, so ist dies ein Vorgehen, dessen sich z. B. auch *Mahler* (1979) bei der Therapie von schwer autistisch gestörten Kindern oder *Aichhorn* (1951) bei der Führung dissozialer Jugendlicher zu bedienen scheinen. Grundsätzlich möchten wir dieses Vorgehen aber abheben

von jeder Art des Intervenierens, das beim Vorliegen einer "Erlebnisreaktion" angezeigt sein dürfte.

Unter *Erlebnisreaktion* verstehen wir eine "psychische Reaktion, die eintritt, wenn eine Persönlichkeit irgendwann in ihrer Entwicklung mit Umständen konfrontiert wird, die sie irritieren" (*Spiel* 1976, 3). Diese Irritierung mag von einer Krankheit, einer Frustration oder einem belastenden Ereignis ausgelöst werden, das die psychische Verfaßtheit einer Person überfordert, sodaß es zu einer Erschütterung des gesamten psychophysischen Systems dieser Person kommt:

Die achtjährige Manuela klagt am dritten Tag eines Ferienlagers über Kopfweg und Übelkeit. Am Abend hat sie sogar etwas Fieber; und einem psychodynamisch geschulten Erzieher ist schon am Vortag Manuelas zunehmende Niedergeschlagenheit aufgefallen. In einem Gespräch stellt sich dann heraus, daß das Mädchen zum ersten Mal allein von zu Hause fort ist und nun "ständig an ihre Mama denken muß". Am liebsten wäre sie schon am Vortag nach Hause gefahren. – Der Erzieher organisiert ein Telefonat mit Manuelas Mutter, und er kann seine Kollegen dazu bewegen, dem Kind ganz allgemein vermehrte "mütterliche" Zuwendung zu schenken. Aber schon nach dem Telefonat hat sich Manuelas Grundstimmung zu heben begonnen und am nächsten Morgen zeigte sie sich wieder als "gesund".

Dieses Beispiel deutet schon an: Da erlebnisreaktive Einflüsse zumeist aktuell sind und (noch) keine andauernden pathologischen Ausformungen in der psychischen Struktur des Kindes hervorgerufen haben, bedarf es hierbei keiner Eingriffe, die auf eine tiefgehendere Umgestaltung der psychischen Grundstruktur der Patienten abheben. Im Unterschied zur Therapie von Persönlichkeitsentwicklungsstörungen wird man bei Erlebnisreaktion vielmehr auf die selbstregulierenden Prozesse des psychischen Apparates vertrauen und gegebenenfalls – so wie bei Manuela – "Verständnis haben, lenken und die Überwindung stimulieren" (*Spiel* 1981, 526). Ähnlich wie bei Persönlichkeitsentwicklungsstörungen wird aber auch die Bearbeitung erlebnisreaktiver Psychopathologie-Facetten nicht nach der Deutung etwaiger Konflikte verlangen. – Damit möchte allerdings nicht gesagt werden, daß nicht auch hier die Verbalisierung von Gefühlen und Handlungstendenzen von Patienten angebracht sein kann. Denn genau dies mag in Therapien von Erlebnisreaktionen ebenso wie in Therapien von Persönlichkeitsentwicklungsstörungen empfehlenswert sein; wird doch das Kind dann etwa zur sprachlichen "Besetzung" von Affekten und Impulsen angehalten, was im Weiteren ja zu gedanklichem Probehandeln und somit zur Ausbildung eines höheren Ausmaßes an Impulskontrolle zu führen vermag (*Katan* 1961).

Grundsätzlich dürfte aber auch dieses "bloße" In-Worte-Fassen von Gefühlen und Handlungstendenzen von jener klassischen Methode des Deutens zu unterscheiden sein, wie sie in den Anfängen der Psychoanalyse entwickelt

worden war. Das analytische Hauptaugenmerk war damals (nahezu) ausschließlich auf die Therapie sogenannter "Neurosen" gerichtet; und diesen Begriff wollen auch wir zur Bezeichnung der dritten, psychodynamisch von den Persönlichkeitsentwicklungsstörungen und Erlebnisreaktionen abzuhebenden Kategorie psychopathologischer Zustandsbilder beibehalten.

Der Kategorie der *neurotischen Geschehen* wollen wir dabei jene psychischen Vorgänge zuordnen, bei denen einzelne Bedürfnisse, Phantasien oder Handlungstendenzen einer Person in einem so bedrohlichen Widerstreit liegen, daß die daraus resultierenden Konflikte nicht mehr bewußt ausgetragen werden können; denn um sich vor Gefühlen der Verunsicherung und Ausweglosigkeit zu schützen, sind diese Konflikte beizeiten verdrängt worden und bleiben von den unbewußten Abwehrmechanismen dieser Person gleichsam "im Unbewußten gehalten". Dort bleibt ein jeder von ihnen aber "letztlich überwältigt und ist Anlaß, daß im Vorfeld des Bewußtseins oder im Unbewußten seine Doch-noch-Bewältigung in einer besonderen, anderen Art zustande kommt" (Spiel 1981, 524). Diese Art der Doch-noch-Bewältigung zeitigt dann meist Symptome, in denen die unbewußte Konfliktbewältigung symbolhaft ausgedrückt wird, ohne daß dies für den Betroffenen unmittelbar zu durchschauen oder bewußt zu beeinflussen wäre; und da die zugrundeliegende Problematik damit ja nicht "verschwindet", sondern latent bestehen bleibt, klingen diese neurotischen Symptome auch nicht ab, sondern treten repetitiv immer wieder auf.

Doch zurück zum gestellten Thema: Indem wir mit diesem Neuroseverständnis an jenes Konzept der Tiefenpsychologie anknüpfen, das wir schon ganz oben skizziert haben, können wir nun auch dem Moment des Deutens einen systematisch bestimmten Platz im breiten Spektrum der psychotherapeutischen Interventionen zuordnen. Denn wenn es in Therapien um die Heilung von Störungsursachen gehen soll, dann hat es bei der Behandlung von neurotischem Geschehen wohl um die "heilende" Aufarbeitung der zugrundeliegenden Konflikte zu gehen; und dann mag es auch angebracht sein, mit Patienten aufdeckend zu arbeiten, auf daß es diesen gelingen möge, ihre verdrängten Konflikte unter Zuhilfenahme von Deutungen ins Bewußtsein zu heben und einer neuen Durcharbeitung zuzuführen. Doch scheint es uns wichtig, an dieser Stelle nochmals an das von uns postulierte Kriterium zu erinnern, an dem sich die Gestaltung therapeutischer Interventionen ausrichten sollte. Weiter oben wurde dieses Kriterium als "die psychische Verfaßtheit des Patienten in all ihren psychodynamischen Facetten" umrissen; und oft genug scheint genau diese Verfaßtheit – insbesondere bei Kindern – ein differenzierteres Eingehen und damit ein Abweichen vom Deutungsmodell der orthodoxen Erwachsenenanalyse zu fordern.

Dies verlangte z. B. der dreizehnjährige Oskar. Er wirkte in den Therapiestunden sprunghaft und zerstreut und hörte so an Deutungen stets "vorbei"! Dies sollte ihm vielleicht auch bei der Leugnung innerer Schwierigkeiten helfen; denn seine Zerrissenheit entthob ihn dabei der "Gefahr", in Deutungen etwas Unangenehmes erfahren zu müssen. Ernsthaftige Gespräche waren aber möglich, wenn wir unbewußte Motive über den Umweg des Spiels aufgreifen konnten. So baute er einmal aus Ton eine Figur, die er zusehends als "Sandler (Streuner)" bezeichnete, der häßlich sei, kein Geld habe, alleine unter einer Brücke schlafen müsse, nun am Klo sitze und "scheißt". In sein Tun versunken bedauerte er diesen Mann sehr, als ich vor mich hinsagte: "Wie schlecht geht es mir! Ich komm' mir ganz elendig vor, habe kein Geld, fühle mich mies ... und überhaupt ist alles so beschissen ...". Da blickte Oskar jäh auf und sagte erstaunt: "Aber - das bin ja ich?!", was im Weiteren ein Gespräch darüber eröffnete, daß er zur Zeit verunsichernde Gefühle der Einsamkeit und des Verlassenseins verspürte, die er in Aggressionen seiner Mutter und Großmutter gegenüber zu kompensieren versuchte.

Für Oskar war es schwer gewesen, sich seinem inneren Zwiespalt zwischen dem Bedürfnis nach Geborgenheit und dem Gefühl des Verlassenseins zu stellen (ein Konflikt, der sicherlich auch von den familiären Ablösetendenzen des Pubertierenden verschärft war). In der Therapie bedurfte es zuerst der Darstellung seiner Stimmungen im Spielmaterial; erst dann konnte er sich von jenem ersten "semantischen" Deutungsschritt dazu anregen lassen, seine Gefühle in Worte zu fassen und damit ins Bewußtsein zu heben [8]. Daß Kinder gerade bei solchen "Konfrontationen mit der eigenen Erlebniswelt" sehr oft Schwierigkeiten haben, nimmt nicht Wunder, wenn man die Schwäche des kindlichen Ichs bedenkt; und nicht selten ist es nötig, Kindern gerade dabei spezielle Hilfen zu gewähren, so z. B. durch

- Interventionen "innerhalb der Regression", bei denen der Therapeut versucht, mit schwer regredierte Patienten auf der Ebene ihrer noch intakten Ich-Funktionen in Kontakt zu treten, um von da aus reiferen, sekundärprozeßhaften Strukturen zur Entfaltung zu verhelfen;
- die Vorgabe von sehr freundlichen und in der Sprache des Kindes gehaltenen Äußerungen, die beim Patienten die Angst vor Unvertrautem und Verbotenem mildern helfen soll; oder
- das Reden über Dritte, wobei dem Patienten erst allmählich klar zu werden braucht, daß die Probleme dieses Dritten ja eigentlich "auch" die seinen sind (was dann oft gar nicht verbalisiert zu werden braucht).

In einer etwas späteren Phase der Therapie von Andreas kam die letztgenannte Hilfestellung zum Tragen:

Ca. ein halbes Jahr nach der oben beschriebenen Szene war es Andreas gelungen, mit seinem Therapeuten in ein mitunter lebhaftes Wechselspiel zu treten, das mit zwergenähnlichen Figuren ("Schlumpfen") auf einer Kasperltheaterbühne ausgetragen wurde. Dabei inszenierte sein Oberschlumpf immer wieder Situationen, in denen er besonders auffiel und bewundert wurde, und des öfteren wurde diese Figur auch auf ein Podest gestellt, um

das sich andere Figuren dann zu scharen hatten. Wurde diese Aufmerksamkeit, die es dem Schlumpf wie selbstverständlich zu erbringen galt, einmal nicht gewährt, so wurde der Schlumpf des antriebsgehemmten Buben zornig und aggressiv; aber dieselbe Reaktion brach auch durch, wenn der Schlumpf enthusiastisch oder zu deutlich angehimmelt wurde. Als der Therapeut dann einige Male den Wunsch nach Bewunderung und einige andere Male das widerstreitende Unbehagen bei zu direkter Bewunderung verbalisierte, konnte Andreas dies als eine Bemerkung annehmen, die zunächst bloß auf den Schlumpf bezogen war. Dies galt zunächst auch für jene Interventionen, in denen angedeutet wurde, daß er sich – um Eindruck zu machen – auf ein Podest stelle, das manchmal ja vielleicht ein Podest der Zurückgezogenheit, der Stille und des Schweigens sein könnte . . . , ein Podest, das ihn auch vor der Gefahr schützen mag, zornig zu werden und jemandem weh zu tun . . . Erst allmählich konnten solche Bemerkungen mit dem (nickenden und kopfschüttelnden) Bären des Theaters "besprochen" werden, wodurch das bloße Agieren des Schlumpfes auf eine erste Ebene der bewußten Reflexion gehoben werden konnte. Und als der Therapeut dann in diesen "Gesprächen" die Aufmerksamkeit immer wieder auf den "Theaterdirektor" richten konnte, der (in der Gestalt von Andreas) "hinter der Bühne saß und all die phantastischen Spiele hier inszenierte", gelang es zusehends, den Buben zu einer bewußten Auseinandersetzung mit jenem konflikträchtigen Material zu gewinnen, das vom Buben selbst gespielt und vom Therapeuten mit Deutungen versehen wurde.

Dieser Ausschnitt zeigt zunächst, wie es unter Zuhilfenahme des Spiels gelungen ist, ambivalente Gefühle schrittweise in Andreas' Bewußtsein zu heben; es zeigt darüber hinaus aber auch, daß der Therapeut dabei nicht stehenblieb. Vielmehr glitt er während des Spieles dazu über, zwischen den verbalisierten Gefühlen und Spielgehalten neue Bedeutungszusammenhänge anzudeuten. Er konnte sich dabei Andreas' Spiel zuhilfe nehmen, um auch jenes "kausale" Deutungsmoment einzubringen, das eine "erklärende" Hypothese "für bisher unverbunden nebeneinanderstehende seelische Akte und Zustände (Gedanken und Phantasien, Handlungen, Gefühle usw.) zur Verfügung (stellt)" (Loch 1965, 38). Der Therapeut schiebt damit ein Wort zwischen Patienten und Geschehen in der Hoffnung, das Ich damit aus der Unmittelbarkeit des Geschehens herauszuholen und ihm so allmählich die sprachlich/gedanklich steuerbare "Herrschaft über verlorene Bezirke des Seelenlebens" wieder erobern zu helfen (Freud 1940 a, 98). Auch dieses Aufspüren von Zusammenhängen, die bislang ja als bedrohlich erlebt und deshalb unbewußt gehalten worden sind, verlangt dem kindlichen Ich Leistungen ab, die es meist nur bei unmittelbar einfühlsamer Hinführung und Unterstützung erbringen kann. An "Hilfestellungen" findet man dazu – neben der eben illustrierten Möglichkeit, Deutungen auf Dritte zu beziehen – etwa

- die Formulierung von Deutungen als Geschichte oder Lied;
- die Ausgestaltung von Rollenspielen (z. B. Sandler u. a. 1982, 203);
- den Gebrauch einer "Privatsprache" zwischen Therapeut und Patient (z. B. Spiel 1976, 56);
- oder die zeichnerische Darstellung einer Deutung angeben. Es dürfte

schlüssig sein, daß sich Therapeuten auch hier jener Methoden zu bedienen haben, die von ihren Patienten mit all deren Fähigkeiten, Ängsten, Phantasien, Bedürfnissen ... angenommen werden können; und nicht selten bedarf es längerer Phasen der Vorbereitung und des einfühlsamen Suchens, bis ein gangbarer Weg der aufdeckenden Konfliktbereitung gefunden werden kann. Schwierigkeiten und Möglichkeiten einer solchen Arbeit mit neurotischen Kindern finden sich aber ausführlich, anregend und differenziert bei *Sandler* u. a. (1982), *Pearson* (1968) und *Berna* (1973, 149ff.) beschrieben, sodaß sie hier nicht näher besprochen zu werden brauchen.

Zur Abrundung sei aber bemerkt, daß das eben angesprochene Vorgehen bei der Behandlung unbewußt-pathologischer Konflikte keineswegs immer angewendet werden kann. Solange ein Patient noch nicht das Denken in kausalen Bezügen beherrscht, solange er noch keine ausreichenden Fähigkeiten der Apperzeption ausgebildet hat (*Loch* 1972, 214ff.) oder solange er noch zu massiv mit den Problemen seiner Loslösung und Individuation ringen muß (*Blanck* 1980, *Fürstenau* 1977), solange wird er kaum in der Lage sein, mit dem Therapeuten orthodox aufdeckend arbeiten zu können; und der Einsatz von Deutungen wird mitunter auch bei Patienten mit zu niedriger Stundenfrequenz wenig Erfolg zeitigen [9]. Daß tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie aber auch solchen Kindern zu helfen vermag, das verdanken wir wohl nicht zuletzt *Hans Zulliger* [10], der als einer der ersten entdeckt hat, daß unbewußte Konflikte bei Kindern manchmal auch im deutungsfreien Spiel oder durch erfolgreiche Elternberatung aufgearbeitet werden können (vgl. *Zulliger* 1952; 1957; 1963; 1969; 1971). Leider sind diese Ansätze theoretisch noch kaum durchleuchtet und in ein allgemeines Rahmenkonzept eingebettet worden. Andeutungsweise möchten wir aber vermuten, daß *Zulligers* deutungsfreie Eingriffe auch bei neurotischen Kindern aus zweierlei Gründen angemessen sein könnten:

Zum einen dürften Kinder einen Entwicklungsprozeß vollziehen, der in seiner Dynamik noch sehr stark von den erlebten familiären Bezügen mitgetragen und -gestaltet wird. Mitunter können in Elternberatungen daher jene familiären Bedingungen geändert werden, die ein Kind zur Ausbildung erster neurotischer Verarbeitungsmuster gedrängt haben, sodaß dieses Kind sich veranlaßt fühlen mag, unter diesen veränderten Bedingungen an seinen pathologischen Mustern nicht mehr länger festzuhalten.

Zum anderen dürfte aber auch die von "magischen Denkvollzügen" geprägte Erlebniswelt des Kindes die Bereitschaft dafür schaffen, daß Spielerlebnisse von Kindern mitunter ähnlich verarbeitet werden wie reale Ereignisse. Manche therapeutische Spielgeschehnisse könnten daher ähnliche Dynamismen auslösen wie reale Geschehen und daher ähnliche "korrigierende" Konsequenzen für die Auflösung kindlicher Konflikte zeitigen. Zur Abklärung dieser Mutmaßungen wird es aber vermutlich erst kommen können, wenn einmal der Versuch unternommen wird, die Theorie der Selbst- und Objektrepräsentanzen auf die hier skizzierte Problematik anzuwenden. Eine derartige Untersuchung steht bislang aber noch aus.

III.

Dem eben Skizzierten seien folgende Bemerkungen nachgeschickt:

Zunächst gilt es darauf hinzuweisen, daß psychopathologische Zustandsbilder zumeist Facetten von Erlebnisreaktionen, Persönlichkeitsentwicklungsstörungen und Neurosen in amalgamierter Form aufweisen. Im therapeutischen Vollzug ist es daher meist nötig, diese Facetten in ihrer Gewichtung abzuwägen und demgemäß das therapeutische Vorgehen zu gestalten. Von tiefenpsychologischer Seite her gibt es Ansätze, die dieser Vorstellung von Therapie de facto durchaus nahekommen scheinen (z. B. *Balint* 1939; *Blanck* 1980; *Birnbaum* 1950; *Ekstein* 1973; *O. Spiel* 1947).

Darüber hinaus gelte es aber auch zu untersuchen, ob und inwiefern es angezeigt sein mag, bestimmte Facetten psychopathologischer Zustandsbilder auch mit anderen als mit psychodynamisch fundierten Therapiekonzepten anzugehen (vgl. *Spiel* 1983). Erinnern möchten wir dabei an die schon mehrmals geäußerte These, daß sich z. B. verhaltenstherapeutische Vorgangsweisen vornehmlich zur Therapie von Persönlichkeitsentwicklungsstörungen eignen dürften (*Spiel* 1981, 526; 1984). Ob den von psychoanalytischer Seite herangetragenen Bedenken beizupflichten ist, daß solche nicht-analytischen Therapien aber langfristig und insgesamt gesehen zu wenig tief gingen, kann heute wohl ebensowenig eindeutig entschieden werden wie das Insgesamt der anderen hier angeschnittenen Probleme. Der Wunsch nach differenzierteren Entscheidungshilfen für therapeutische Prozeßgestaltungen verweist daher auf die bemühte Fortsetzung der psychotherapeutischen Prozeß- und Indikationsforschung.

Anmerkungen

- [1] Vgl. dazu *Biermann* (1969 c) sowie *Kos-Robes* (1980), wo der therapeutische Einsatz von Spiel vor allem auch im historischen Aufriß dargestellt wird.
- [2] Vgl. dazu den Beitrag von *W. Datler* in diesem Band.
- [3] Vgl. z. B. *Aichhorn* (1951); *Balint* (1939); *Blanck* (1980); *Ekstein* (1973); *A. Freud* (1927, 15 ff.; 1968, 203 ff.); *Kos-Robes* (1969; 1981); *Maenchen* (1970, 194 f.); *Mahler* (1979); *Pearson* (1968, 375 ff.); *Fürstenau* (1977); *Greenson* (1975, 400); *Rauchfleisch* (1981); *O. Spiel* (1947); *Spiel* (1976, 43 ff.) oder *Sandler* u. a. (1982, 221 ff.)
- [4] Auf die (offensichtlich) aggressiven Symptome Kurts kann hier aus Platzgründen ebensowenig differenzierter eingegangen werden wie auf *Zulligers* Diagnostik und Werthaltungen.
- [5] Die Gestaltung therapeutischer Interventionen dürfte sich natürlich zugleich auch am zweiten Kriterium des Therapiezieles zu orientieren haben.
- [6] Das Konzept einer Unterscheidung zwischen Persönlichkeitsentwicklungsstörung, Neurose und Erlebnisreaktion findet sich ausführlicher bei *Spiel* (1976, 3 ff.; 1981).

[7] Solche Kinder können auf Grund einer psychogenen Hemmung nur mit ihren engsten Familienmitgliedern sprechen.

[8] Nach *Loch* (1965; 1972, 199ff.) weist jeder Deutungsprozeß zwei Momente auf: Dieses Moment des "semantischen Deutungsschrittes", bei dem bestimmte psychische Inhalte sprachlich "besetzt" werden, sowie das eines "kausalen Deutungsschrittes", welches weiter unten erläutert werden wird.

[9] Bei solchen Patienten löst die Vorgabe von allzu schnellen und indirekten Deutungen oft heftige Angst, Wut, Abwehr und/oder Regression aus, sodaß es nur zu schnell zur Überbelastung des therapeutischen Arbeitsbündnisses bzw. der noch zu schwachen Ichstrukturen des Patienten kommen kann. Therapieabbrüche und (grenz-)psychotische Regressionen ich-schwacher Patienten sind als Konsequenz zu erwarten.

[10] Neben *Zulliger* wären hier wohl auch jene Therapeuten zu nennen, die seit den Zeiten *Ferenczis* mit der Ausarbeitung von analytischen Techniken bei Patienten mit schweren Ich- und Selbststörungen beschäftigt sind. Konsequenterweise wird bei diesen Therapeuten wie *Ekstein* (1973) dann deutlich, wie in der Therapie solcher Patienten immer auch Facetten von schweren Persönlichkeitsentwicklungsstörungen mit in das Zentrum therapeutischer Aufmerksamkeit rücken.