

21. Psychotherapie als Umstrukturierung des Feldes

Renzo Canestrari und Giancarlo Trombini

Mit 1 Abbildung

Theoretische Grundlagen der gerichteten Spieltherapie

In der Kinderpsychotherapie wenden die verschiedenen Theorien unterschiedliche Prinzipien an, mit dem gemeinsamen Ziel, bei den kleinen Patienten positive psychische und Verhaltensänderungen hervorzurufen.

Die *psychoanalytische Methode* stellt die Übertragung (transfer) in den Mittelpunkt und streicht die eminente Wichtigkeit der verbalen Interpretation im Verhältnis zu dem Material, das das Kind selbst liefert, heraus.

Die *nicht-interpretative analytische Psychotherapie* von Zulliger verwendet Eingriffe im Spiel anstatt verbaler Interpretationen, weil sie davon ausgeht, daß „die Sprache des Kindes nicht das Wort, sondern die Handlung ist“.

Die *nicht-direktive Spieltherapie* geht ganz anders vor. Sie geht von der Annahme aus, daß jeder imstande ist, die eigenen Probleme sachgemäß zu lösen und daß jeder mit einer spontanen Orientierungsfähigkeit ausgestattet ist, die bewirkt, daß für ihn ein reiferes Verhalten annehmbarer ist als ein unreifes. Das Kind wird mit seinen Fähigkeiten zur Selbstbestimmung vertrauensvoll „akzeptiert“, und es kann die Erfahrung des Heranwachsens unter den Bedingungen von Freiheit und Anerkennung machen.

Die *nicht-interpretative Spieltherapie* behauptet, daß die Interpretation nicht überflüssig, sondern sogar ein Hindernis für den Genesungsprozeß ist. Das Kind soll lernen, das zu „verwirklichen“, was es verdrängt hatte, es zu akzeptieren und es wieder einzuordnen. Durch den „Anklang“, den es bei dem Therapeuten findet, wird es lebhaft und rege. Es baut seine lückenhaften psychischen Grundlagen wieder auf und wird allmählich mit der Alltagswirklichkeit und ihren Anforderungen konfrontiert.

Eine neue psychotherapeutische Technik für die Behandlung solcher kindlichen psychosomatischen Störungen wie Anorexie, Enuresis und Enkopresis ist die *gerichtete Spieltherapie*), die vor kurzem am psychologischen Institut in Bologna ausgearbeitet worden ist (Trombini, 1967 — 73). Diese neue empirische Arbeitsweise, die den schon existierenden Methoden an die Seite gestellt wird, erschwert nicht, wie es zunächst aussehen könnte, das Verständnis von dem, was in einer Psychotherapie wirklich hilfreich sein kann. Sie orientiert sich nämlich an der Gestalttheorie, die unserer Meinung nach durchaus imstande ist, zur Klärung der Faktoren beizutragen, die psychische und Verhaltensänderungen in der Psychotherapie verursachen.

Die Gestaltpsychologie geht davon aus, daß das Verhalten vom Gesamtfeld, in dem das Subjekt sich befindet, bestimmt wird. Jeder Mensch befindet sich

nämlich in einem bestimmten Verhältnis zu einem *Bezugssystem*. Von diesem System hängen die phänomenalen Eigenschaften von allem, was in dem Feld enthalten ist, ab. Abb. 1, die den Beispielen von *Kopferman* (1930) nachempfunden ist, zeigt, daß der gleiche Reiz zwei verschiedene Wahrnehmungen verursachen kann, je nachdem, auf welches Bezugssystem er bezogen wird. Die zwei Bezugssysteme sind durch zwei Ellipsen mit einer durchgezogenen und einer gestrichelten Linie dargestellt. In dem einen Fall sind die Hauptachsen der Figur diagonal erstreckt, so daß eine Raute gesehen wird. Im anderen Fall ist die Figur in den Hauptraumrichtungen erstreckt, so daß ein Quadrat gesehen wird. Veränderungen des Bezugssystems können also die „Bedeutung“ einer Gestalt verändern und Gesichtspunkte, die bis dahin zweitrangig waren, durch eine Veränderung der „Zentrierung“ in den Vordergrund stellen. Die natürliche Zentrierung von psychischen Gestalten ist außer von der inneren Struktur auch vom Bezugssystem abhängig (*Metzger* 1954).

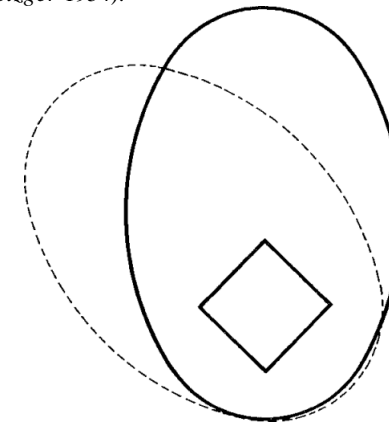


Abb. 1: Erläuterung im Text

Die phänomenale Zentrierung ist eine psychologische Tatsache, die durch funktionelle Wirkungen in Erscheinung tritt, die man auf der Wahrnehmungsebene überprüfen kann (siehe z. B. *Trombini* 1968, Experiment II), die aber mit Sicherheit das Verhalten auch beeinflusst. Schon *Wertheimer* (1945) hatte bei der Beobachtung der Wettkampfsituation zwischen zwei Jungen auf diese Tatsache hingewiesen. Bei der Analyse des phänomenalen Feldes des besseren Spielers bemerkte er eine allmähliche Veränderung der Zentrierung. Gleichzeitig mit dieser Umstrukturierung des Feldes veränderte sich das Verhalten der Person. Die Fähigkeit, sich selbst und die Menschen der eigenen Umgebung auf der Grundlage der wirklichen sozialen Schwerpunkte wahrzunehmen, erweist sich also als sehr bedeutsam unter dem Gesichtspunkt der interpersonellen Beziehungen (*Schulte* 1924; *Wertheimer* 1945; *Metzger* 1954)²⁾.

²⁾ Eine unterschiedliche Latenz bei der Wahrnehmung von objektiven Zentrierungsänderungen kann die Grundlage für die Differenzierung von verschiedenen Persönlichkeiten bilden (*Canestrari* 1957).

¹⁾ Die gerichtete Spieltherapie (giocoterapia focale) wird so genannt, weil sie von vornherein das durch die Störungen selbst definierte Feld in den Mittelpunkt stellt (focussiert).

Das Wechseln von einer Feldstruktur zu einer anderen im Beispiel von Wertheimer muß als das Wechseln von einer weniger prägnanten zu einer prägnanteren Struktur verstanden werden. Der Begriff der Prägnanz zeigt sich hier als eine selbständige Tendenz des Feldes, eine ausgeglichene zwischenmenschliche Beziehung zu erreichen. Für die Dynamik dieser Tendenz hat vor kurzem *Ertel* (1970) ein interessantes Modell vorgeschlagen, das wir uns bei der Beschreibung der Organisationsprozesse vor Augen gehalten haben.

Die gerichtete Spieltherapie bewirkt Veränderungen des Bezugssystems, der Zentrierung und der Zusammenhangsprozesse des Gesamtfeldes und verursacht so bei dem Patienten ein Verhalten, das den wirklichen Erfordernissen der psychischen Entwicklung entspricht.

Untersuchungen bei Vorschulkindern, die unter Anorexie, Enuresis und Enkopresis litten (*Trombini* 1969; 1970) haben gezeigt, daß durch das familiäre Milieu dem Kind ein eigenes Bezugssystem für Ernährung und Entleerung willkürlich auferlegt wird. Daraus entwickelt sich eine abnorme Zentrierung auf die Mutterfigur. Eine solche Zentrierung ist entscheidend für die Art und Wirkungen des kindlichen Verhaltens. Das Kind wird in der Tendenz zum Selbermachenwollen frustriert und reagiert mit psychosomatischen Symptomen als Protest im Kampf gegen die Erwachsenen um die Abgrenzung der gegenseitigen Machtbereiche. Im Bereich der Ernährung würden dann das Kind und die Speise — die jetzt wegen der Haltung der Mutter negativ beladen sind — als diskordante Elemente eine *nicht balancierte Einheit* bilden. Die Trennung der nicht übereinstimmenden Elemente durch die Ablehnung der Nahrung ist also ein Versuch, das Gleichgewicht wiederherzustellen. Im Bereich der Entleerung kann eine falsche Erziehung zu einer Vorstellung des Körperinhaltes als kostbares Geschenk oder als Mittel zur Aggression führen wie die Kinderpsychoanalyse klar herausgestrichen hat (*Klein* 1950; *Heimann* 1962). Im ersten Fall kann das Kind sie zurückhalten, um am besten die Verbindung zu einem übereinstimmenden Element zu halten, im zweiten Fall kann es beim Ausscheiden verschmutzen wollen, damit das feindliche Element, wovon es sich befreit, sich zu der Feindlichkeit seines Familienkreises gesellt. Solches Protestverhalten drückt zwar das Bedürfnis aus, eine unabhängige Handlung durchzuführen, es beweist aber trotzdem die Abhängigkeit von der Mutter. Die abnorme Zentrierung auf einen Erwachsenen, die der Erwachsene selbst anfänglich verursacht hat, bleibt bestehen, und das Kind kann nicht die gewünschte Unabhängigkeit entwickeln.

Die Technik der gerichteten Spieltherapie bei Vorschulkindern mit solchen Problemen besteht in erster Linie darin, daß am Anfang den Kindern eine zeitliche Reihenfolge von Ereignissen mittels einer Plastilinpuppe dargeboten wird³⁾. Der Psychologe verleiht der Puppe die eigene Stimme und läßt sie so sprechen und handeln, als ob sie sich Nahrung wünscht und sie einnimmt. Die Nahrung wird dann vorbereitet, und die Puppe zeigt sich mit dem Geschmack zufrieden. Dann entleert sich die Puppe von dem, was sie gegessen hat, in den Nachttopf und drückt ihre Erleichterung aus.

Der Psychologe verhält sich folgendermaßen: Von einer warmen und freundlichen Beziehung mit dem Kind bei der gemeinsamen Vorbereitung des Materials ausgehend, zielt er darauf hin, mit dem Kind ein Paar zu bilden, um die besten

Bedingungen für Spontanität, Mitarbeit und Unterstützung herzustellen. Er zeigt auf die natürlichen Qualitäten der Nahrung und der Körperinhalte. Durch die Auswahl der Speise, ihre Vorbereitung, die Entscheidung, sie zu verzehren, die Wahrnehmung der Notwendigkeit der Entleerung und den Wunsch, es zu tun, stellt er einen direkten Kontakt mit der Nahrung und den Körperinhalten her und gibt ihnen eine Bedeutung, indem er Nahrungsaufnahme und Entleerung in einen einheitlichen Prozeß integriert. Das bedeutet, daß eine normale Zentrierung auf die Nahrungs- und Körperinhalte innerhalb des richtigen Bezugssystems hergestellt wird. In dieser Phase zeigt der Psychologe eine *Identifizierung* mit der Puppe, indem er ihr seine Stimme verleiht, während das Kind die *Beobachterrolle* übernimmt. Später zieht sich der Psychologe allmählich in den Hintergrund zurück, so daß das Kind selbst tätig werden kann. Man kann beobachten, daß einige Kinder sehr bald die Durchführung der ganzen Ernährungs-Entleerungs-Sequenz von selbst übernehmen. Auf diese Weise werden sie mit der normalen Zentrierung der Nahrungs- und Körperinhalte konfrontiert und *verinnerlichen* diese Beziehung so, wie sie dargestellt worden ist. Dabei werden sie von der *Tendenz zum Selbermachenwollen* unterstützt. Andere Kinder *externalisieren* stattdessen ihre persönlichen Inhalte, besonders die aggressiven und konflikträchtigen Inhalte, die dann zu Themen der Spielsituation werden. Solche Kinder zeigen deutlich, daß sie im Psychologen die Autoritätsperson sehen. Erst später werden sie ihre Freiheit durch die Entwicklung eigener Themen erfahren. Auf diese Weise rekonstruiert der Erwachsene ihr gestörtes Sicherheitsgefühl, und sie können sich selbst auf die objektiven Notwendigkeiten konzentrieren. Erst dann wird man beobachten können, daß sie die Durchführung der ganzen Ernährungs-Entleerungs-Sequenz von selbst übernehmen. Diese Initiative, die bei einigen früher (innerhalb der ersten fünf Sitzungen), bei anderen später vorkommt, führt zur Lösung der psychosomatischen Störungen und zur Verbesserung der Persönlichkeitsstruktur, wie es durch projektive Tests nachgewiesen werden konnte.

Es wundert nicht, daß nach der stabilen Umstrukturierung des Feldes, seiner richtigen Zentrierung und seiner Anpassung an die wirklichen psychischen Notwendigkeiten des Kindes die kindlichen Störungen endgültig verschwinden. Schon *Lewin* und *Lippitt* (1938) haben kurzfristig gründliche Änderungen beobachtet, wenn ein Mensch in eine neue Feldsituation eingeführt wird. In unserem Fall geschieht das, wenn das Kind zwischen zwei therapeutischen Sitzungen plötzlich in den Familienbeziehungen die Eigenschaften entdeckt, die es schon in der Beziehung zum Therapeuten wahrgenommen hat⁴⁾. Dies ermöglicht dem Kind, sich selbst als anerkanntes Mitglied des „wir“ zu empfinden, so daß bei ihm das Gefühl entsteht, sich freiwillig der notwendigen Ordnung im Zusammenleben unterordnen zu wollen. Dies wäre ein Sonderfall des Prägnanzprinzips (*Metzger* 1971).

Bei den Fällen, wo die Genesung später eintritt, kann man beobachten, daß das Kind vor der endgültigen Lösung zwischen dem Bezugssystem, das die Therapie ihm anbietet, und seinem eigenen externalisierten Bezugssystem schwankt. So

⁴⁾ Es versteht sich von selbst, daß richtige Haltungen der Familienangehörigen schon vor der Behandlung da sein können, aber vom Kind nicht bemerkt werden. Es kann auch sein, daß solche richtige Haltungen anlässlich der Behandlung erst erscheinen, sei es als Folge der Beruhigung, die die Tatsache der Behandlung selbst verursacht, sei es als Reaktion auf das neue Verhalten des Kindes.

³⁾ Für eine genauere Darstellung s. *Trombini* (1970).

war es auch bei dem Fall, von dem wir im folgenden berichten. Das Kind wurde in einem Rhythmus von zwei Sitzungen in der Woche behandelt.

Ein Therapiebericht

Das Mädchen, *Lavinia*, (2 Jahre, 9 Monate) kommt zum Psychologen mit Ernährungsproblemen: sie hatte vor einem Monat angefangen, die Nahrung zu verweigern, worauf eine Gewichtsabnahme erfolgte. Abends lehnt sie jede Nahrung ab. Tagsüber verzehrt sie mit Mühe die Speisen, die ihr aus therapeutischen Gründen verabreicht werden und die anscheinend nicht ihrem Geschmack entsprechen (es handelt sich um eine flüssige Diät aus Milch, Fleischextrakt und Vitaminen). Manchmal, auf Anraten des Arztes, ist sie durch eine Aftersonde ernährt worden.

Sie ist ein Einzelkind. Die Eltern sind etwas älter (Vater: 44 Jahre, Mutter: 41 Jahre) und besitzen keine spontane Meinung über Erziehung im allgemeinen und Erziehungsmethoden. Beide Eltern hatten Schwierigkeiten in ihrer emotionalen Entwicklung, in der gegenseitigen Beziehung und im Verhältnis zum Arbeits- und Familienbereich. Der Vater war vor einigen Jahren einer psychotherapeutischen Behandlung unterzogen worden aufgrund von Problemen mit seiner Mutter, die sich auf die Beziehung mit seiner damaligen Verlobten auswirkten. Es kam soweit, daß er die Verlobung wenige Tage vor der Hochzeit löste und so eine „neurotische Flucht“ ergriff. Die Verlobte war zwar traurig darüber, stellte aber keine Forderungen, sondern zeigte in erster Linie Verwunderung über ein solches Verhalten. Sie war ihrerseits gut sozial integriert, weil sie mit ihrer Tätigkeit als Kosmetikerin zufrieden war. Wegen ihrer Ausgeglichenheit näherte sich ihr der zukünftige Ehemann wiederum und zog erneut in Betracht, sie zu heiraten. Nach der Hochzeit zogen sie nach Bologna, wo der Mann eine Stelle bekommen hatte. Die Frau erlebte den Umzug von Rom nach Bologna als eine Einengung ihrer Persönlichkeit, weil sie die Verbindung zu ihren Bekannten abbrechen mußte. Das Ende ihrer Berufstätigkeit empfand sie nicht als freie Wahl zugunsten ihrer Familie, sondern als ein Unglück, das sie aus „Pflichtgefühl“ ertragen mußte. Die Unzufriedenheit machte sich sehr schnell bemerkbar, in erster Linie dem Mann gegenüber. Später, weil der Mann meistens aus beruflichen Gründen abwesend war, wirkte sich die Unzufriedenheit auf das Kind aus in Form einer Neigung zur Ängstlichkeit und over-protection. Am Ende einer normal langen Stillzeit begann die Mutter zu fürchten, daß das Mädchen nicht genug Nahrung aufnehme und wendete sich damit an mehrere Kinderärzte. Diese teilten die Sorge der Mutter und versuchten, das Kind durch künstliche Diät zu ernähren, die bis zu dem jetzigen Zeitpunkt weiter verabreicht wurde.

Vor etwa einem Jahr, während das Kind mit der Mutter in den Bergen Ferien machte, wollte es die Mutter vom Schnuller entwöhnen. Dem folgte Appetitlosigkeit und „pavor nocturnus“. Die Mutter blieb jedoch bei ihrem Vorhaben, sei es, weil sie die Beziehung zwischen dem Fehlen des Schnullers und der Störung des Kindes „nicht gesehen“ hat, sei es, weil sie dem Kind nicht zuviel Zucker geben wollte (denn darin pflegte sie den Schnuller einzutauchen, um das Kind „zum Schweigen zu bringen“). Die nächtlichen Störungen dauerten mehrere Monate.

Das Kind hatte schon seit längerer Zeit ab und zu seine Abneigung gegen das Essen ausgedrückt. Während einer zweitägigen Reise der Eltern nach Rom wurde das Kind der Großmutter mütterlicherseits anvertraut, die als „vernünftig“ und dem Kind gegenüber als sehr liebevoll dargestellt wurde. Erst als die Eltern zurückkamen, weigerte sich das Kind regelmäßig, sein Essen zu sich zu nehmen.

Was die Sauberkeitserziehung angeht, hatte das Kind seit dem ersten Lebensjahr die Angewohnheit, in den Topf zu entleeren. Nachts näßte sie ein. Zu Be-

ginn der gerichteten Spieltherapie kam zu diesen Symptomen noch tagsüber Enuresis und Enkopresis mit schmerzhafter Darmentleerung dazu.

In der 1. Sitzung stellt der Therapeut (T) durch die Plastilinpuppe (P) die grundsätzlichen physiologischen Funktionen des Kindes dar: Ernährung, Entleerung und Schlaf. *Lavinia* (L) beobachtet es und nimmt nicht viel Anteil. Sie hält zwar das Plastilin lange in der Hand, benutzt es aber nicht selbständig und formt nur einige Speisen, die T vorgeschlagen hat. Die verbale Kommunikation ist spärlich. Sie zeigt aber keine Unzufriedenheit.

In der 2. Sitzung bereitet T die Speisen vor, die L auf den Mund von P legt. T läßt P entleeren, aber L formt Körperinhalte nach, die sie an die Blase und den After von P legt. Gleich danach formt L eine Schlange, die „tötet“, weil „das Kind Angst hatte“. (Damit zeigt sie ihre Ablehnung der Entleerung, die bei ihr Angst — wegen ihrer schmerzhaften Darmentleerung — auslöst.)

In der 3. Sitzung formt L von sich aus einen „Eierkuchen“, den sie P zu essen gibt, nachdem sie T um Hilfe bei der Zubereitung gebeten hat. Während der Darmentleerung reißt sie den Kopf von P ab (zu Hause wird die Darmentleerung möglichst verschoben und verursacht nach Aussage der Eltern eine „unvernünftige Angst“, wird von Weinen begleitet, und schließlich macht sie sich noch in den Armen der Mutter in die Hose). Später sagt sie, daß der Mund von P „gepflegt“ werden muß, daß „sie ihn wegen des Eierkuchens größer machen muß“, aber sie will P „wie die neugeborenen Babys haben“. „Jetzt pflegen wir sie gut, wir machen sie schön. Dann lassen wir sie wachsen. Sieh mal, wie wir den Mund groß machen!“ Aber der Mund „zerbricht“ beim Größermachen. P stirbt, weil sie Gift gegessen hat, das Bauchschmerzen verursacht. L kündigt an, daß eine Süßspeise notwendig ist, die „gut ist und keine Bauchschmerzen verursacht“. Aber die drohende Schlange tritt wieder in Erscheinung. Schließlich bittet sie T, ein Tier zu formen, das Kinder verschlingt. Dieses muß dann in ein anderes, in ein „schönes, das den Mund geschlossen hält“, verwandelt werden. (Es liegt auf der Hand, daß L Hilfe wegen ihrer Nahrungsprobleme sucht. Diese Probleme schließen die Angst, schädliche Substanzen einzunehmen oder aufgefressen zu werden, ein. Sie hat also den Wunsch, daß der Eingriff von T die guten Seiten zur Geltung bringt.)

In der 4. Sitzung bereitet L einen Eierkuchen vor. Sie probiert ihre Freiheit bei der Vorbereitung aus, indem sie mehrmals ihre Entscheidungen umändert. Dann gibt sie ihn P zum Essen. Danach drückt sie die Notwendigkeit zur Darmentleerung aus, was wiederum die Abtrennung des Kopfes von P und das Wiedererscheinen der Schlange verursacht. (Zu Hause probiert sie das erste Mal neue Speisen mit der Zungenspitze.)

In der 5. Sitzung kündigt L an, daß die Schlange böser geworden ist. Dann erzählt sie T mit Genugtuung, daß sie „einen Mund zum Spucken“ formen wird. Sie baut ein kleines Tier, „das nicht ißt“, und geht lange Zeit spuckend auf einer Wiese spazieren. (L stellt fest, daß die Abwehr, die sie zeigt, keine Reaktion bei T verursacht. Dieser hält sich freundlich im Hintergrund.)

In der 6. Sitzung gewinnt sie wieder Interesse an Nahrung. L bereitet ein Huhn vor. P ißt mit einem „großen Mund“, entleert sich dann in den Topf. L formt auch eine Mutter, die P an der Hand hält, weil diese einsam ist und weint. (L setzt das erste Mal die ganze Ernährungs-Entleerungs-Sequenz in die Tat um. Außerdem drückt sie ihre Liebesbedürfnisse gegenüber der Mutter aus, die während der Reise der Eltern nach Rom stark frustriert worden waren. Zu Hause fängt sie an, neue Speisen in kleinen Mengen zu essen.)

In der 7. Sitzung zieht sich P in einen geschlossenen Raum zurück, um zu essen und den Darm zu entleeren, während die Mutter zwar in der Nähe, aber außerhalb bleibt. L zeigt T ganz befriedigt die Menge an Fäkalien, die produziert worden sind. Sie versucht auch an einem der Bonbons zu lecken, die T

immer — neben etwas Schokolade — für die kleinen Patienten bereit hält. Dann formt L singend eine Süßspeise und möchte, daß T daran riecht. Schließlich nimmt die Mutter P auf den Schoß.

Von der 8. bis zur 11. Sitzung führt sie die Erkundung der Eigenschaften der Speisen fort, teils im Spiel, teils in der Wirklichkeit; z. B. probiert sie die Schokolade von T und erkundigt sich, ob sie ihm auch schmeckt. (Zu Hause fängt sie an, die Mutter um ihre Meinung zu fragen, bevor sie sich entscheidet, und vergrößert die Quantität und die Qualität der Speisen, die sie isst.) P entleert sich weiterhin in den Topf. Die Schlange tritt wieder in Erscheinung und wird auf den After gelegt. Gleichzeitig kündigt sie das physiologische Bedürfnis an. Dem wird aber nicht genügt.

Von der 12. bis zur 14. Sitzung tritt der Vater von P in Erscheinung, der böse wegen der negativen Handlungen des Kindes wird. Dann wird der Mann in einen Wolf verwandelt, danach in einen guten Popanz, während die Hexe aus dem Haus ausgeschlossen wird. Schließlich wird ein Kind geboren, und die Schlange stirbt. (Während sie eine solche „Dreiecks-Thematik“ entwickelt, nimmt sie zu Hause teilweise eine Schutzhaltung dem Vater gegenüber ein: „In deinem Zimmer ist ein Wolf. Ich werde dich schützen“⁵). Die Enuresis verschwindet tagsüber, die Darmentleerung wird nicht mehr verzögert und ist nicht mehr schmerzhaft, geschieht aber weiterhin in das Höschen. Das Eßverhalten normalisiert sich weiter.)

In der 15. Sitzung legt L das Baby in eine Wiege und bindet das kleine Tier, „das nicht essen will“, an, „so kann es nicht wegläufen, und wir bleiben alle gut zu Hause“. Sie kann dann einige Handlungen ohne die Hilfe von T vorführen und zeigt sich sehr zufrieden.

In den folgenden Sitzungen wird das neugeborene Kind, „das nicht laufen kann“, mehrere Male neu geformt und „aufgewärmt“. Sie baut auch noch wilde Tiere, so wie Löwen oder Tiger, die sie dann umbringt. (Nach der 28. Sitzung verschwindet die Enkopresis endgültig.)

Von der 29. bis zur 35. Sitzung (damit geht die gerichtete Spieltherapie wegen der Sommerferien zu Ende) wäscht L mit mütterlichem Ausdruck das Kind und bereitet ihm das Essen zu. Das Kind lernt auch noch laufen, und L fordert es auch mit zärtlicher Stimme auf zu rennen. In der 34. Sitzung legt sie ihren Finger einem Wal in den Mund und stellt fest, daß er nicht mehr beißt. Dann fordert sie auch T auf, dieses festzustellen. Dasselbe wiederholt sich mit einem Schwan. (Während der Sommerferien verschwindet die Enuresis auch nachts und jetzt, nach sechs Jahren, ist der psychische Zustand zufriedenstellend.)

Anhand dieses Behandlungsberichts können wir beobachten, daß die therapiebedingten Umstrukturierungen des Feldes, die mit dem Erringen der Unabhängigkeit bei der Nahrungsaufnahme und der Entleerung als Folge des Verschwindens der bedrohlichen Inhalte einhergehen, in der Übernahme der Rolle der Mutter, die die Entwicklung des eigenen Kindes überwacht, seitens Lavinia gipfeln. Das ist sicherlich eine brauchbare Möglichkeit, um Frustrationen anzugehen. Das bedeutet nämlich, daß sie die Rolle des „guten“ Elternteils und des „guten“ Kindes in sich integriert hat. Als Folge davon wird in der Familie die gewünschte Liebe der Eltern genossen (Klein und Riviere 1969).

Die *therapeutische Bindung*, die dem Kind hilft, einen Ausweg aus seinen Schwierigkeiten zu finden, indem sie ihm ein neues Bezugssystem für seine psychischen Ereignisse anbietet, ist sicher keine Eigentümlichkeit der gerichteten Spieltherapie, sondern ist auch Bestandteil anderer therapeutischen Techniken.

⁵⁾ Über die Entwicklung der Aggressionsantriebe von Kindern dem Vater gegenüber s. Bruns und Metzger (1967). S. auch Klein und Riviere (1969).

Worauf es jedoch ankommt, ist, daß dies in der langen Zeitspanne einer psychoanalytischen Behandlung in einer verfeinerten Art und Weise geschieht, weil der Analytiker sich weigert, die Rolle einzunehmen, die der Patient ihm zugedacht hat. Besonders wichtig ist die Tatsache, daß der Analytiker zwar erlaubt, daß mehrere Rollen auf ihn projiziert werden, er bleibt aber nicht darin gefangen, sondern geht darüber hinaus. Das ermöglicht den Patienten zu verstehen, in welchem Bezugssystem seine gewohnten Handlungen eingebettet waren. Gleichzeitig wird ihm die Möglichkeit angeboten, seine bisherigen Verhaltensreaktionen in Frage zu stellen. Damit öffnet sich ihm eine Möglichkeit der Umstrukturierung des Gesamtfeldes, und damit der Veränderung der Beziehungen zur Umwelt (s. Loch 1965).

Wir sind also der Meinung, daß bei den Störungen, die wir durch gerichtete Spieltherapie behandelt haben, die Kenntnis der Psychologie über diese Altersstufe es dem Therapeuten ermöglicht, sofort dem Kind ein Feld anzubieten, das nach seinen wirklichen psychischen Bedürfnissen strukturiert ist, ohne daß er als Autorität erscheint. Das hat den großen Vorteil, daß man psychodynamische Veränderungen in kurzer Zeit bewirken kann.