

Der diagnostisch-therapeutische Dialog mit dem Kind und dem Jugendlichen

Erster Teil

Von Professor Dr. med. D. Bürgin,
Psychiatrische Universitätspoliklinik
für Kinder und Jugendliche, Basel

Embryo und Fötus stehen in einem physiologischen, das Neugeborene und das Kleinkind in einem psychophysiologischen Dialog mit dem mütterlichen «Agens», das heißt derjenigen pflegenden Person, die sich um die Befriedigung der Grundbedürfnisse des Kindes kümmert⁸. Dieser Dialog ist ein Austauschprozeß zwischen zwei polaren, asymmetrisch strukturierten Einheiten: dem Kind und dem für es bedeutungsvollen Erwachsenen. Reifung und Entwicklung des Kindes vollziehen sich im Feld dieser dialogischen Abläufe. Jedem Handlungsablauf im Dialog kommt eine strukturelle Komponente (beobachtbare Ereignisse) und ein emotionales Geschehen (Erlebnisqualität) auf beiden Seiten zu.

Zum dialogischen Geschehen zwischen Kleinkind und Erwachsenem gehören zum Spiel die «affektive Einstimmung» (affect attunement)⁹ und die «Erkundigung im Sozialbezug» (social referencing)² als wesentliche Strukturelemente, welche gleichzeitig auch eine spezifische emotionale Bewegung enthalten und für den Aufbau des Selbstgefühls des Kindes von nicht zu unterschätzender Bedeutung sind¹.

Der dynamische Beziehungsdialo- g umfaßt, neben den beiden Partnern, auch einen virtuellen Raum, in welchem die direkten oder symbolischen Übermittlungen von bewußter oder unbewußter Bedeutung erfolgen. Dieser virtuelle Erlebnisraum liegt zwischen Phantasie und Realität, wird von beiden beteiligten Partnern miterschaffen und findet spezifische Ausgestaltungen beispielsweise in der Form des «Spielraumes», des Bereiches des Schöpferischen und Kulturellen oder des Raumes der verstehenden psychoanalytischen Diagnostik und Therapie^{6,10}. In

diesem Raum sind Gemeinsamkeit und Getrenntheit, Einheit, Zweiheit und Dreiheit möglich. Die Phantasie der beteiligten Partner kreiert im virtuellen Raum Symbole und symbolische Bedeutungen, welche Phantasie und Realität – wie auch beide Dialogpartner – sowohl trennen als auch verbinden.

Aus der Sicht einer dynamischen Trieb- und Konfliktpsychologie läßt sich sagen: «Ein großer Teil dessen, was unsere ererbte Konstitution ausmacht, tritt durch die Einwirkung von Trieben auf einer psychischen Ebene in Erscheinung⁷». Die Phantasie als ein innerseelischer Ort szenischer Gestaltung wandelt diese Triebimpulse in mehr oder weniger bewußte Produkte, Phantasmen, um, die in ihrem szenischen Ablauf emotionale und kognitive Inhalte integrieren.

Auf Grund arteigener, konstitutionell bestimmter Modi der Wahrnehmungsorganisation, die der gesunde Säugling mit allen Menschen teilt, werden – gleichsam in einem biologisch verankerten Code – die realen, individuellen Interaktionserfahrungen organisiert. Die sich dabei bildenden, erst primitiven, später zunehmend differenzierten und vernetzten Phantasmen entsprechen den vom Kind vollzogenen Interpretationen seiner Erfahrungen. Wahrnehmungen aus der inneren und der äußeren Welt bekommen Sinn und Bedeutung durch die von Anfang an vorhandenen, sich aber in der Entwicklung des Kindes umwandelnden Triebbedürfnisse, die zum einen Teil unabhängig sind von der realen Erfahrung. «Wo die Erlebnisse sich dem hereditären Schema nicht fügen, kommt es zu einer Umarbeitung in der Phantasie, deren Werk im einzelnen zu verfolgen gewiß nutzbringend

HEXAGON
EINE ROCHE ZEITSCHRIFT FÜR ARZTE

15. JAHRGANG, 1987, NUMMER 4

HERAUSGEGEBEN VON
F. HOFFMANN-LA ROCHE & CO. AG,
POSTFACH, 4002 BASEL, SCHWEIZ

DIE BEITRÄGE SIND FREI VON
PRODUKTWERBUNG

ERSCHEINT IN DEUTSCHER,
ENGLISCHER, FRANZÖSISCHER,
PORTUGIESISCHER UND
SPANISCHER SPRACHE

REDAKTION: REGINE PÖTZSCH

REDAKTIONSASSISTENTIN
COLETTE RAMSER

KONZEPTION UND GESTALTUNG:
MARKUS HODEL

LEKTORAT: MAX ZANDT,
PAUL ZIMMERMANN

TEXTE UND ABBILDUNGEN:
© 1987, EDITIONES ROCHE, BASEL

70 011 (20)

wäre.» ... «Die Widersprüche des Erlebens gegen das Schema scheinen den infantilen Konflikten reichlichen Stoff zuzuführen³.» Zum anderen Teil kommt aber, in dialogisch-systemischer Sicht, der Art der Umwelt des Kindes (zum Beispiel während seiner psychophysischen Entwicklung oder auch innerhalb einer diagnostisch-psychotherapeutischen Beziehung) eine nicht zu unterschätzende Bedeutung zu. Das Kind ist auf Personen der Außenwelt angewiesen, um das abgeschlossene System seiner inneren Welt in Richtung der äußeren zu öffnen. Mit Hilfe der «projektiven Identifikation» ruft es in einem bedeutungsvollen Anderen Gefühlszustände hervor, die es in sich selbst (noch) nicht erleben kann. «Wenn der «Empfänger» einer projektiven Identifikation es zuläßt, daß der auf ihn übertragene Zustand in ihm bestehen bleibt, ohne daß er sofort versucht, sich von diesen Gefühlen zu befreien, wird für beide Beteiligte eine Möglichkeit geschaffen, das, was projiziert worden ist, in einer Weise zu erfahren, in der es der Projizierende allein nicht erfahren könnte⁷.» Es entsteht eine Form von (zwar asymmetrischer) Kommunikation, bei welcher sich zwei Persönlichkeitssysteme gegenseitig modifizieren und etwas Neues entsteht, das anders ist als dasjenige, was der eine oder andere Dialogpartner allein zustande zu bringen vermag. Ein solcher Vorgang ermöglicht es dem Kind also, Erfahrungen in einer Weise zu verarbeiten, die sich qualitativ von derjenigen unterscheidet, die ihm allein jemals möglich ist. Die reale Mutter und oft auch der (die) reale Psychotherapeut(in) ist somit als Partner – der als Mittelpunkt für einen solchen gemeinsamen psychischen Prozeß zur Verfügung steht – von nicht gering einzuschätzender Bedeutung.

Das Unbewußte ist «ein energetisches Potential ohne Inhalte. Es ist Bewegung. Die wichtigste Eigenschaft des Unbewußten ist seine Ungerichtetheit⁸.» Die Entwicklung der Ich-Funktionen (in Anlehnung an die Entwicklungsschritte der Libido) schafft Strukturen der Psyche, an welchen sich die ungerichteten Triebregungen manifestieren. Die Ausgestaltung unbewußter Vorstellungen und Wünsche in vorbewußten Ich-Anteilen ist das Resultat innerpsychischer Vorgänge, wobei die Gesamtheit der seelischen Strukturen und Konfigurationen, insbesondere diejenigen der frühen Kindheit, gleichsam als Kristallisationskern dient. Nicht bewußte Impulse werden erst als vage Bedürfnisse, dann als dumpfe Wünsche und schließlich als gerichtete, emotionale Bewegungen zunehmend erlebbar, wobei das Ich diesen

emotionalen Regungen ihre Richtung und spezifische Bedeutung verleiht.

Im diagnostisch-therapeutischen Kontext stellt sich für den Psychotherapeuten die Frage, in welche Richtung der Vektor der unbewußten emotionalen Bewegung weist, was den Patienten dazu veranlaßt, von einem bestimmten Inhalt in einem bestimmten Moment zu berichten. In den ersten Trends der aufkeimenden Übertragung mit den nur spurenelementartigen emotionalen Bewegungen dekonfliktualisiert sich in Mikroschritten ein Erleben, das bisher in verschiedenster Form abgewehrt und unterdrückt worden war.

Die emotionale Bewegung des Patienten im virtuellen Raum des diagnostisch-therapeutischen Dialogs, die auf Grund des «natürlichen Auftriebs» des Unbewußten zustande kommt, entspricht der «Tat», die an die Stelle des Erinnerns tritt⁹. Sie läßt die therapeutische Beziehung stets von neuem auf und erfordert als Nahziel des dialogischen Geschehens eine fortwährende, emotionale Entspannung, die durch die Interventionen des Therapeuten eingeleitet und aufrechterhalten werden muß.

Der Psychoanalytiker als therapeutischer Dialogpartner, der für sich wenig Platz innerhalb des virtuellen Raumes beansprucht, ermöglicht dem Patienten – sei es im diagnostischen Geschehen oder auch während einer psychoanalytischen Psychotherapie oder Kur – die Exploration neuer emotionaler Möglichkeiten. Dies geschieht aber nicht im Sinne einer «corrective experience», sondern im probatorischen Zulassen neuer und anderer als der bisherigen Ausbalancierungen von emotionalen Austauschvorgängen mit all den damit unabdingbar verbundenen, szenischen Ausgestaltungen.

Die formalen und strukturellen Eigenschaften der dialogischen Kommunikation stellen das manifeste Bild des latenten Erlebnismusters des Patienten dar. Sie sind das zentrale diagnostische Mittel zur Auffindung der emotionalen Bewegungsrichtungen des Patienten im imaginären Beziehungsraum. Art und Ausmaß dieser Bewegungen, zum Beispiel quantitative oder qualitative Veränderungen, die sich spontan oder als Folge der Interventionen des Therapeuten einstellen, erlauben diagnostische Schlüsse über die Möglichkeiten inneren Wachstums. Es gilt somit, die (unbewußten) emotionalen Bewegungen zu erkennen, um die unbewußte Bedeutung der bewußten Inhalte (der Produktionen und/oder Äußerungen des Patienten) wahrzunehmen. Zu den formalen Gegebenheiten gehört besonders die se-

quentielle Gliederung einer Ebene, welche im Ablauf der therapeutischen Sitzungen auftreten, sie zu gestalten und die Art und Weise, wie der Patient mit ihnen umgeht. Diese Aufeinanderfolge ist nicht zufällig, sondern für die emotionalen Bewegungen des einzelnen Patienten (und seines Therapeuten) in der jeweiligen dialogischen Situation hoch spezifisch und damit für die Richtung und die Struktur der sich skizzenhaft abzeichnenden Übertragungsgestalt bestimmend.

Die Methodik des Zeichenkritzelspiels, die von Winnicott¹⁰ beschrieben wurde, hat sich für den diagnostisch-therapeutischen Dialog mit dem Kind und/oder Jugendlichen als sehr hilfreich erwiesen. Die spontanen, wechselseitigen Ausgestaltungen beliebiger Kritzel sind, neben dem entsprechenden verbalen und averbalen Austausch, wie Kondensationsspuren in der Wilsonschen Nebelkammer von Bewegungen emotionaler und kognitiver Art, die sich im virtuellen Beziehungsraum abspielen. So einfach das Kritzelspiel rein phänomenologisch erscheint, so delikat ist es in der Anwendung, da der Psychotherapeut als aktiv Mitbeteiligter nur wenig Schutz durch ein Setting bekommt, das ihn vor der Versuchung zu Übergriffen bewahrt.

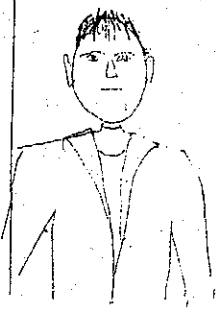
Als Beispiel für diese theoretischen Ausführungen soll eine Situation dargestellt werden, in welcher die Etablierung des emotionalen Dialoges unter erschwerten Bedingungen stattfinden mußte, da der verbale Anteil seitens des Patienten wegfällt.

Die folgenden vier konsiliarischen, diagnostisch-therapeutischen «Werkstattgespräche» wurden auf Video aufgezeichnet und danach praktisch wörtlich protokolliert. Sie verteilen sich auf rund zwei Jahre. Der Patient, ein im ersten Gespräch 11jähriger südländischer Junge, leidet an einem elektiven Mutismus, der seit einigen Jahren besteht und sich auf alle Personen bezieht, die nicht zur engsten Familie gehören. Daneben besteht eine primäre Enuresis diurna et nocturna mit täglich mindestens einmaligem Einnässen. Er ist wegen des mehrfachen Wechsels vom Heimatland in die Schweiz und zurück schulisch nur wenig gefördert. Nach einem ambulanten Therapieversuch, der über ein Jahr dauerte, wurde er auf Veranlassung des behandelnden Arztes kinderpsychiatrisch hospitalisiert. Die Motive für den Mutismus sind in vielen Gesprächen mit den Eltern und der gesamten Familie (auch dort spricht der Patient bei Anwesenheit eines Fremden nicht) unklar und rätselhaft geblieben. Die neuropädiatri-

sche Untersuchung ergab keinen pathologischen Befund. Ziel der Gespräche – denen hinter dem Einwegspiegel meist eine Beobachtergruppe beiwohnte, was der Patient wußte und womit er sich einverstanden erklärt hatte – war, mit dem Kind in einen bedeutungsvollen Dialog zu kommen und Hinweise zu erhalten, die etwas mehr von seiner intrapsychischen Situation verstehen lassen sollten. Nur so würde man abschätzen können, wie weit, bei gegebener Therapiebedürftigkeit, eine Therapiefähigkeit und -willigkeit vorhanden oder zu entwickeln wäre.

«Du kennst mich noch nicht, ich dich auch nicht. Ich weiß fast nichts von dir, bin froh, wenn ich dich ein wenig kennenlernen kann. Wir können vielleicht zusammen ein Spiel machen – sofern du Lust dazu hast.» (Der Patient schaut mich kurz an und bekundet mit dem Blick sein Einverständnis.)

«Ich will dir erklären, wie das Spiel geht. Du mußt einen Strich oder irgendeinen Kritzel machen, und ich schaue, was für eine Figur oder Form ich daraus gestalten kann. Und dann machen wir es umgekehrt und so weiter. Du kannst die Farbe wählen, die du lieber hast. Soll ich beginnen oder du? Du kannst es mir zeigen.»



1. Kritzelzeichnung

Der Patient macht den ersten Kritzel (rot), ich ergänze (schwarz). Da der Patient nichts spricht, kommentiere ich:

«Ein Mensch mit einem Mund. Wir wissen nicht, wer das ist. Ich weiß noch nicht, wer du bist, du weißt noch nicht, wer ich bin. Und wir beide wissen nicht, wer dieser Mann hier ist.»

Der Patient geht kein Risiko ein, macht nur ein kurzes Strichlein als Kritzel. Mein Spontaneinfall ist der eines geschlossenen Mundes, das heißt die mimische Darstellung des Mutismus. Die erste Intervention zielt auf das gemeinsame Unbekannte, Realteil sowohl unserer Beziehung wie auch der visuellen Gestaltung.

2. Kritzelzeichnung

Ich mache den Kritzel, der Patient ergänzt. Mein Kommentar:

«Das ist ein Knabe; der ist ganz anders als der Mann auf der ersten Zeichnung. Jener hat den Mund ganz zu, dieser hier hat ihn ganz offen. Aber was ist hier drin? Ich denke mir, es könnte die Zunge sein. Will der wohl etwas sagen, aber es kommt nichts heraus? Will er sogar vielleicht schreien, und es kommt nichts heraus? Oder öffnet er nur den Mund und möchte das, was er herauslassen möchte, drinnen behalten? Das alles wissen wir noch nicht. Auf jeden Fall scheint es mir ein Kind zu sein. Ich persönlich habe den Eindruck, es möchte etwas sagen, etwas schreien, etwas von innen nach außen bringen. Schauen wir, wohin uns diese Zeichnung führt.»

Der Patient hat offensichtlich Mut gelobt und tritt vertieft in den Dialog ein. Er bleibt am gleichen bildnerischen Thema (Mensch), zeichnet aber eine ganze Figur (kindlicher Art) und modifiziert den Mund in eindeutiger Weise. Ich formuliere, gleichsam an Stelle des Patienten, die Einfälle in Form von rhetorischen Fragen. Das Thema der Lautäußerung steht nach diesen wenigen Minuten bereits im Zentrum.

3. Kritzelzeichnung

Der Patient macht den Kritzel und ergänzt ihn gleich selbst. Ich kommentiere:

«Erneut eine eindrückliche Zeichnung. Das scheint mir ein anderes Kind geworden zu sein. Eines, das etwas kleiner ist als das vorherige, etwas jünger. Vielleicht so etwa drei Jahre alt. Aber, jetzt ist etwas dazu gekommen: ganz große Zähne. Da weiß man gar nicht so recht: Sind die zum Beißen, zum etwas Halten, oder um Wut zu zeigen? Noch etwas ist neu: Dieses Wesen hat Ohren bekommen. Die Person von Zeichnung 2 hat keine richtigen Ohren, diese hier schon. Was dieses Kind sieht, das weiß man nicht genau. Auf dem Kopf hat es so etwas wie Antennen. Vielleicht kann es damit ganz feine Dinge wahrnehmen und spüren.»

Der Patient modifiziert die anfängliche Spielregel ein bißchen, indem er Kritzel und Ergänzung zugleich selbst zeichnet; er bringt sich damit noch stärker ein, reduziert meinen zeichnerischen Einflußraum aber auf null. Die Figur ist sowohl etwas primitiver als auch gleichzeitig reichhaltiger. Ich beschreibe die Veränderungen (Zähne, Ohren, Haare) und stelle einige Hypothesen in bezug auf ihre Funktion auf.

4. Kritzelzeichnung

Erneut macht der Patient den Kritzel und zeichnet auch gleich weiter. Mein Kommentar:

«Wiederum eine andere Person. Die hat etwas sehr Seltsames im Gesicht, so wie einen Ausschlag. Solche Ausschläge kann man sehen, wenn jemand krank ist. Dann hat man manchmal solche Flecken im Gesicht. Zum Beispiel, wenn ein Kind Fieber oder eine Kinderkrankheit hat. Aber auch Sommersprossen könnten so aussehen. Dieser Mund lacht beinahe. Hier sehen wir jetzt auch ein bißchen mehr Haare. Da unten ist noch etwas Seltsames: als ob diese Person Socken tragen würde. Oder als ob die Beine angesetzt wären. Die Zeichnung könnte eine Erinnerung sein, aus einer Zeit, als du noch viel kleiner warst oder einmal krank gewesen bist.

Magst du weitermachen, oder soll ich den Kritzel machen?»

Nochmals fährt der Patient in gleicher Weise fort. Er bleibt beim Thema, variiert es allerdings weiter. Ich benenne die Veränderung und äußere eine Vermutung über den (möglicherweise krankheitsbedingten) regressiven Teil, der weniger als Abwehroperation, sondern vielmehr als Kommunikation über eine frühere Zeit verstanden werden könnte.

5. Kritzelzeichnung

Ich mache den nächsten Kritzel, der Patient ergänzt ihn. Mein Kommentar:

«Eine ganz neue Gestalt, anders als die vorherigen. Sie wirkt beinahe wie ein Geist, der einem Angst machen kann. Es ist so, als ob etwas fehlen würde, aber das könnte auch eine riesige Nase sein. Hier sieht man viele Zähne, große, starke Zähne. Es scheint ein ganz besonderer Mensch zu sein. Gehört der wohl zu den anderen oder nicht? Ich denke, die hatten bisher alle etwas Gemeinsames. Diese Figur hier ist aber etwas anderes. Sie hat etwas ganz Neues: Augen, die schauen. Die können etwas genau betrachten, so wie du mich im Verlaufe unseres Gesprächs jetzt mehr und mehr beobachtest, um zu sehen, was für einer ich bin. Also diese Person kann genau sehen. Sie hat auch Ohren, um zu hören, und einen Mund zum Beißen, zum Essen, vielleicht sogar zum Sprechen.

Soll ich den nächsten Kritzel machen oder du?» (Der Knabe nickt kaum merklich.)

Der Patient läßt wieder etwas Gemeinsames zu, perseveriert aber inhaltlich in Form der Menschendarstellung. Er gestaltet nun beinahe einen Kopffüßler. Neben dieser formal regressiven Figur werden die Augen aber klarer markiert. Ich hebe das Neue und Andersartige hervor sowie die Tatsache, daß der Patient mich mustert, visuell den Kontakt vertieft.



6. Kritzelzeichnung

Also mache ich einen Kritzel, er ergänzt, und ich kommentiere:

«Diese Figur ist wie ein Verwandter der vorherigen, hat nun aber noch viel deutlichere Augen und Ohren bekommen. Sie kann offensichtlich viel genauer sehen und hören. Diese hier könnte aus Erfahrungen von sehr früher Zeit stammen, als du noch gar nicht recht wußtest, was alles zu dir gehört, wo deine Beine sind, wo dein Bauch ist. Das scheint mir eine sehr lebendige Figur zu sein, die umherschaut, die wissen will, was was ist.

Ich frage mich natürlich, was diese Figuren alle zu sagen haben, denn mir scheint, sie sagen alle etwas. Aber es ist so schwer zu verstehen, was sie zum Ausdruck bringen. Möglicherweise dürfen die nur sagen, daß sie nichts sagen dürfen. Wenn sie nichts sagen, dann kann vielleicht etwas ganz still und ruhig behalten werden. So, wie wenn etwas Angst macht und man mit einem «Ssst» zur Stille ruft. Dann kann man einen nicht mehr hören, vielleicht auch nicht mehr sehen.

Magst du weitermachen?»

Nun perseveriert der Patient auf dem Model des Kopffüßlers, obwohl er ihn auch ein bißchen differenziert. Ich spreche den möglichen regressiven Erlebnisgehalt an und weise darauf hin, daß eine große Angst, mit Lautäußerungen in Erscheinung zu treten, mit dem Mutismus abgewehrt werden könnte.

7. Kritzelzeichnung

Der Patient macht einen Kritzel und ergänzt ihn selbst. Ich kommentiere:

«Das erinnert mich an eine Vogelscheuche. Weißt du, was das ist? Ein menschähnliches Gestell, das man auf ein Feld stellt, damit die Vögel Angst bekommen und nicht die Saat aufpicken. Vor diesem Riesen hier kann man ja wirklich Angst haben, hat er doch sogar drei Augen. Was der wohl alles sieht? Der möchte ja vielleicht irgend etwas fernhalten. Nun könnte es ja sein, daß auch du mich fernhalten möchtest, so, wie wenn du sagen würdest, du seiest eine große Vogelscheuche, ich müßte Angst vor dir haben. Dann wäre ich in der Position eines Vogels, der gar nicht weiß, ob jetzt jemand auf ihn losgeht, und ich hätte vielleicht Angst, dorthin zu gehen. Vielleicht ist es aber auch umgekehrt. Vielleicht bist auch du der Vogel und ich so etwas wie eine große Vogelscheuche. Eine, die dir Angst macht, von der du gar nicht recht weißt, was sie alles anschaut; ist das ein wirklicher Mensch, oder sind das nur zusammengesteckte Holzstücke? Beginnt er sich vielleicht doch zu bewegen? Kann das lebendig werden? Oder bleibt es tot? Ein Kind, das Angst hat, weiß manchmal auch nicht recht, ob etwas lebendig oder tot ist. Vielleicht hast du manchmal Angst und möchtest mir auf diese Weise davon Kunde geben? Das ist eine ganz neue Gestalt. Sie ist mittlerweile auch gewachsen. Magst du noch eine Zeichnung machen?»

Auf die letzte Intervention erfolgt nun eine drastische Änderung in der Architektur der neuen Figur: Sie ist kantig, groß, roboterartig. Der Patient schließt mich aus, zeichnet allein. Abschreckung, Angst und die Unklarheit über Lebendig- oder Totsein versuche ich mittels des ersten Einfalles (Vogelscheuche) als mögliche vorbereitete Elemente unseres gegenwärtigen emotionalen Dialoges anzusprechen.

8. Kritzelzeichnung

Der Patient macht einen Strich und vervollständigt den Kritzel selbst. Ich kommentiere:

«Schon wieder eine ganz besondere, neue Gestalt. Wie wenn sie irgendwohin zeigen würde. Bei den Beinen ist sie wie aufgefüllt, wie voll Blut, wie lebendig. Es ist, als würde sie zeigen: Dort mußt du durchgehen. Aber, etwas ist auffällig:

Diese Figur hat nun gar keinen Mund mehr. Die kann gar nichts sagen, nur zeigen. Was ist wohl mit ihr passiert, daß sie so gar nichts sagen kann? Sie kann wohl auf irgend etwas hinweisen, etwas zeigen, wo man hinschauen soll, aber sie kann es nicht sagen, nicht aussprechen. Hast du wohl eine Ahnung, was sie zeigen will? Weißt du es wohl? Möglicherweise ist es dieser Gestalt gar nicht wohl, daß sie sich nicht mit der Sprache ausdrücken kann, besonders, wenn sie gerne sprechen möchte. Diese Figur wirkt auf mich eher besorgt. Der geht es nicht so gut. Wie kann man dieser Figur helfen, sich auszudrücken? Magst du mir noch eine letzte Zeichnung machen? Dann müssen wir für heute aufhören.»

Zeigen statt Sprechen, Pantomime als bevorzugte Ausdrucksart. Der Patient erzeugt in mir ein Gefühl der Besorgnis, daß ich fürs erste einmal mit der Schwierigkeit, sich mitzuteilen, in Verbindung bringe. Ich kündige die Begrenzung der Zeit bewußt an, um dem Kind die Möglichkeit zu geben, sich in diesem «Zeitraum» zu orientieren.

9. Kritzelzeichnung

Der Patient macht den Kritzel selbst und ergänzt ihn gleich. Mein Kommentar:

«Ach, das ist jemand, der sich im Wasser befindet. Dem reicht das Wasser bis zum Hals. Wenn er sich bewegt, dann ist er schnell unter dem Wasser. Ich weiß nicht, ob er gut schwimmen kann. Schauen kann er gut, hören auch. Vielleicht ruft er auch um Hilfe. Ich weiß es nicht. Wenn er nicht schwimmen kann, dann geht es ihm schlecht, dann muß man ihm schnell helfen. Wenn er schwimmen kann, dann ist es gut. Möglicherweise kann er auch bald mit seinem großen starken Mund sagen, was er braucht; ob man ihm helfen soll oder ob er das nicht braucht. Du hast mir eine Serie sehr eindrücklicher Zeichnungen gemacht. Ich danke dir dafür. Magst du wohl wieder einmal kommen? Ich dürfte ein kleines Stück von dir kennenlernen. Vieles verstehe ich allerdings noch nicht. Aber du hast begonnen, mir etwas von dir zu zeigen. Ich hoffe, daß wir diesem Menschen auf Zeichnung 9 helfen können, über dem Wasser zu bleiben und an Land zu gehen. Für heute müssen wir hier aufhören.»

In dieser Abschlusszeichnung steht der Patient eine lebensbedrohliche Situation dar, die sein Symptom plausibel macht: Wer um das Überleben kämpft, am Ertrinken ist, kann nicht gut Erklärungen abgeben. Angst und Bedrohungsgefühle müssen sehr groß sein. Das Kind läßt mich aber im unklaren, ob es Hilfe beanspruchen möchte oder ob der Status quo doch das kleinere Übel ist.

Der Patient hat sich vorsichtig in einen emotionalen Dialog eingelassen und etwas von sich persönlich mitteilen können, ohne sich auf ein allzu großes Wagnis einzulassen; er hat begonnen, den virtuellen Raum gestalterisch zu nutzen, obgleich die Angst offensichtlich sehr groß ist und sein innerer Spielraum recht klein zu sein scheint.

Zweitbegegnung:

Dieses zweite «Gespräch» findet knapp zwölf Monate nach dem ersten statt. Der Patient ist unverändert mutistisch, hat schulisch, im Umgang mit Gleichaltrigen und den pädagogischen Betreuern auf der Abteilung merkliche Veränderungen hinsichtlich altersgemäßerer Aktivitäten durchgemacht. Setting und Zielsetzung für das jetzige «Gespräch» bleiben gleich wie beim ersten Mal.

«Es ist einige Zeit vergangen, seit wir uns das letzte Mal gesprochen haben. Schön, daß wir heute wieder zusammen sprechen können. Wahrscheinlich erinnerst du dich noch daran, daß wir das letzte Mal zusammen gezeichnet haben. Möchtest du dasselbe wieder machen? Gut. Wer hat welche Farbe?» (Der Patient wählt Rot). «Wer beginnt?»

1. Kritzelzeichnung

Ich mache den ersten Kritzel (schwarz), der Patient ergänzt ihn (rot). Ich kommentiere:

«Das ist ein Mensch – ein Mann oder eine Frau? Wie kann man das wohl herausfinden? Das ist noch nicht klar. Wenn ich eine solche Frage stelle, so entsteht automatisch das Problem: Wie kannst du mir mitteilen, was etwas bedeutet? Ich weiß, daß Sprechen für dich nicht einfach ist. Vielleicht verstehe ich so einfach einiges nicht genügend, vielleicht kannst du mir aber trotzdem deine Anliegen deutlich machen. Betrachten wir diese Zeichnung einmal als Station auf einem Weg, und schauen wir, wo sie uns hinführt. Hier sind wir also zu einem Menschen gekommen, der nur Augen hat, offenbar sehr genau schaut. Was es mit den Händen und den Füßen macht, die ja gar nicht gezeichnet sind, das wissen wir nicht.»

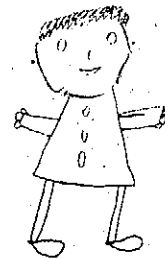
Mit der menschlichen Gestalt knüpft der Patient wie nahtlos an die letzte Begegnung an. Die Gestalt, die er entstehen läßt, ist durch Weglassung von Differenzierungen (zum Beispiel größere Teile des Gesichts, Hände und Füße) und daher auch durch Primitivität gekennzeichnet. Es fehlt ja auch die gesprochene Sprache in unserem Dialog. So entstehen Fragen und Unklarheiten.

2. Kritzelzeichnung

Der Patient macht den nächsten Kritzel und ergänzt ihn selbst. Ich kommentiere:

«Jetzt ist ein Mensch daraus geworden, der eine ganze Menge mehr hat als der vorherige: Er hat eine Nase, einen Mund, Finger, Füße, trägt eine Art Rock und hat Ohren. Er hört also. Ich weiß aber nicht so recht: Ist das ein Kind oder ein Erwachsener? Du zeigst mir auf jeden Fall, daß bei dieser Person alles vorhanden ist. Was bei dem Menschen der ersten Zeichnung fehlte – hier ist es da. Ich sprach ja von all dem, du hast mir so etwas wie eine Antwort darauf gegeben. Jetzt wollen wir schauen, was dieser Mensch mit all seinen Organen tun kann.»

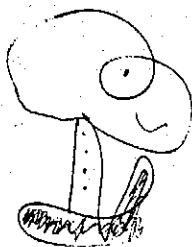
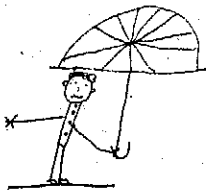
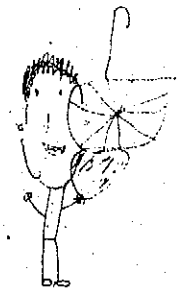
Nun zeigt mir der Patient, daß er die Weglassungen weglassen kann. Es ist, als ob er davon ausginge, er müßte nun, um meinen Erwartungen zu entsprechen, eine vollständige Figur zeichnen. Formal ist die Gestalt recht infantil oder auch retardiert.



3. Kritzelzeichnung

Ich mache einen Kritzel, der Patient ergänzt ihn. Ich kommentiere:

«Das ist ein komplizierter Mensch: Er hat Zähne bekommen. Dann hat er ein Pünktchen mehr auf dem Leib und trägt einen Regenschirm, der verkehrt gehalten wird, der ganz seltsam in der Luft steht. Ein Regenschirm, der überhaupt nicht beschirmt. Unten am Regenschirm hat es ein seltsames Gebilde, das Hand, Kopf und Regenschirm verbindet. Ich frage mich wie beim vorherigen Bild, was der wohl mit allem, was ihm zur Verfügung steht, tun wird. Er hält den Regenschirm fast so, als würde er ihn balancieren. Ich verstehe nicht, warum dieser Regenschirm verkehrt herum steht. Auf diese Art und Weise sammelt er den Regen ja viel eher, als daß er vor ihm schützt. Dieser Mensch tut also etwas; er hat auch größere Ohren bekommen; was aber seine eigentliche Tätigkeit ist, das begreife ich noch nicht. Ich habe den Eindruck, du möchtest mir damit etwas sagen, was ich aber noch nicht richtig verstehe. Wollen wir weiterfahren?»



Jetzt hat der Knabe ein neues Element hinzugefügt, den Regenschirm. Allerdings in unfunktioneeller Lage. Es ist, als ob der Patient auf meine Anregung am Schluß meines Kommentars eingehen wollte, denn was «tut» der Mensch? Er hält seinen Schirm verkehrt. Es ist für mich offensichtlich, daß mir der Patient etwas ihm Wichtiges mitteilen möchte, ich verstehe aber nicht, was es mit dem «Verkehrten» auf sich hat.

4. Kritzelzeichnung

Der Patient macht einen Kritzel und ergänzt ihn selbst. Ich kommentiere:

«Ein ähnlicher Mensch wie vorher ist entstanden. Das scheint eher ein Mann zu sein. Er hält einen Regenschirm und steht ein Stück weit darunter. Dann hat es etwas Neues: Er steht auf dem Boden. Es könnte allerdings auch ein Sonnenschirm sein. Jedenfalls hält die Person einen Schirm, der sie auf irgendeine Art beschützt. Ich verstehe aber noch nicht, wovor dieser Mensch sich eigentlich schützen muß, was ihn bedroht. Wenn es regnen würde, würde er nur hier unten ein bißchen naß, sonst gar nicht; vor der Sonne wäre er eigentlich recht gut geschützt. Da bin ich nun gespannt, was mit diesem Menschen weiter passiert.»

HEXAGON 1987/4

Der Patient stellt das verkehrte Pünktchen, die Figur kommt auf den Boden (oder auf ein hohes Seil?). Ob er wohl wieder einer vermuteten Erwartung von mir (etwas «richtig» zu zeichnen) entsprechen wollte? Das Ungeschützte (Zeichnung 3) ist in die Möglichkeit des Sichschützens übergegangen. Das Problem des Schutzes scheint sich jedoch nicht auf die Beziehung des Patienten zu mir zu erstrecken; es bleibt auf diese Weise noch im dunkeln. Ich definiere die folgende Zeichnung absichtlich als Fortsetzung und Erklärung.

5. Kritzelzeichnung

Ich mache den nächsten Kritzel, der Patient ergänzt ihn, und ich kommentiere:

«Eine eigenartige Figur. Ein Gesicht, das kann ich gut erkennen. Den Körper auch. Das hier unten ist mir noch nicht verständlich. Was die Figur tut, weiß ich auch nicht. Wenn wir den Regenschirm als etwas verstehen, womit man sich schützen kann, dann frage ich mich: Hat das hier irgend etwas mit dir und mir zu tun? Tust du dich mit dieser etwas verstümmelten Figur schützen? Es ist, als hättest du einen Satz begonnen, ihn aber nicht beendet. Etwas Neues ist da, was ich noch nicht verstehe, so daß ich wieder nachfragen muß, ob du es mir genauer erläutern möchtest. Vielleicht kannst du das mit der nächsten Zeichnung machen?»

Die emotionale Bewegung ist die der Regression. Kopf und Thorax (gleiche vier Knöpfe wie in Zeichnung 3 und 4) der Figur sind erhalten, der Rest des Körpers ist zur Unkenntlichkeit verklumpt. Ich stelle jetzt zur Diskussion, ob die defensive und regressive Bewegung dem Patienten nicht doch zum Schutz innerhalb seiner Beziehung zu mir dient, weise aber darauf hin, daß es mir unverständlich ist, was der Patient auf diese Art und Weise abwehrt, beziehungsweise wovor er sich schützen möchte, indem er hier gleichsam der Lehrer und ich der Schüler sein soll.

6. Kritzelzeichnung

Der Patient macht einen Kritzel und ergänzt ihn selbst. Ich kommentiere:

«Ja, das könnte ein Teil der Antwort sein. Wir sind zurück beim Mann mit dem Regenschirm. Er steht auf einem Schiff. Der Regenschirm ist ganz klein geworden, es regnet daneben, der Mensch wird naß, ist ungeschützt. Der Regenschirm gibt nicht genügend Schutz. Die Figur macht ein ganz sorgenvolles Gesicht. Das kann ich wohl begreifen. Wenn dieser Mensch so an der Spitze des Schiffes steht, so muß er ganz vorsichtig sein, daß es nicht kippt. Er muß enorm balancieren. Er ist eigentlich fast ein Künstler und muß schauen, daß alles im Gleichgewicht bleibt. Das dürfte eine sehr große Anstrengung für diesen Mann sein. Wie kommt das wohl, daß er in einer so schwierigen Position ist? Das Schiff scheint in Fahrt zu sein, denn es hat Dampf, und der Anker ist nicht im Wasser. Was mögen wohl die acht Luken bedeuten?»

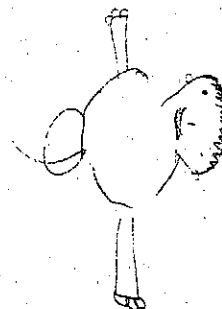
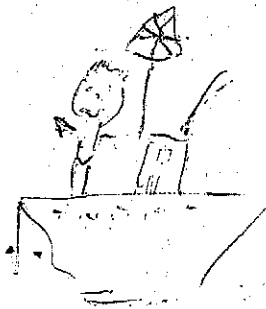
Jetzt führt der Patient, neben der Menschenfigur und dem Regenschirm, ein drittes Bildelement, das Schiff, ein. Ob er sich wohl nicht gegen meinen Kommentar schützen kann? Das scheint weniger wahrscheinlich, sonst wäre er ja in der Regression geblieben und hätte nicht ein neues Bildelement hinzugefügt. Es dürfte im Gegenteil so sein, daß er meine verbale Intervention zu Zeichnung 4 nutzen konnte, die Regression im Moment nicht mehr braucht und gleichsam sagt: Ich bin ungeschützt und befinde mich in einem sehr labilen Gleichgewicht, bin zu dauernden Balanceakten gezwungen.

7. Kritzelzeichnung

Ich mache den nächsten Kritzel, der Patient ergänzt ihn. Ich kommentiere:

«Eine ganz andere Art von Mensch. Was wohl mit ihm los ist? Er ist recht dick geworden im Vergleich zu denen von Zeichnung 6, 5, 4 und 3. Auch ist es schwierig zu sagen, was mit den Beinen los ist. Dies scheint eine völlig andere Person zu sein als die auf dem Schiff. Für mich entsteht der Eindruck, als zeige sie auf zwei Seiten zugleich oder sage: «Halt! Vielleicht magst du mir die Gebärde der Figur weiter verdeutlichen.»

Erneut geht die Bewegung ins Regressive (die Gestalt bleibt ohne Unterleib und Beine, die Gebärde ist ambivalent oder blockierend). Das Gleichgewicht scheint verlorengegangen zu sein. Mit der Bitte um Verdeutlichung versuche ich erneut, einen Dialog herbeizuführen.

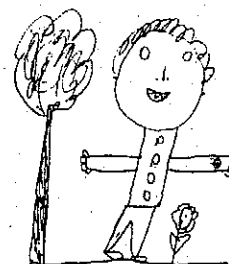


8. Kritzelzeichnung

Der Patient macht einen Kritzel und ergänzt ihn gleich wieder selbst. Ich kommentiere:

«Dieser hat wieder Zähne bekommen. Er hat dieselben vier Knöpfe wie die anderen. Aber er trägt nun eindeutig Hosen. Er steht zwischen einem Baum und einer Blume auf dem Boden. Zudem trägt er eine Armbanduhr. Das muß also etwas mit Zeit zu tun haben. Mit einer Zeit, als du noch viel kleiner warst? Erzählst du mir wohl aus jener Zeit? Seitdem wir uns das letzte Mal gesehen haben, bist du ziemlich gewachsen. Es ist, als ob dieser Mensch in einer Landschaft spazieren würde. Der auf dem Schiff hat es schwer, und dieser hat etwas mit Zeit zu tun. Vielleicht kannst du mich noch mehr verstehen lassen, was es mit der Zeit auf sich hat. Ich trage ja auch eine Armbanduhr. Vielleicht könnte das also auch etwas mit mir und der Zeit hier zu tun haben.»

Der Patient ist rasch wieder aus der zeichnerischen Regression aufgetaucht. Er gestaltet nun eine Figur mit neuen Accessoires (Baum, Blume, Hose) und Details (Armbanduhr). Die Figur bewegt sich zwischen zwei Einheiten (Baum, Blume), strebt von der einen weg, fast an der anderen vorbei. Das Element Zeit ist eines, das sowohl die eigene Lebenszeit des Patienten umfaßt als auch sich auf den Zeitraum zwischen unseren beiden Begegnungen und auf das Ende der heutigen Sitzung erstreckt.



9. Kritzelzeichnung

Ich mache den nächsten Kritzel, der Patient ergänzt. Ich kommentiere:

«Ein Männchen, wiederum mit vier Knöpfen – aber es trägt einen Hut, einen ganz schweren Hut. Fast wie ein Zauberer. Ein Hut, der größer als das Männchen selbst ist. Ein Hut, der es fast erdrückt. Wie ist ihm wohl zumute, wenn es einen solchen Hut trägt? So, wie er auf mich wirkt, ist das eher ein schwerer Hut, aber auch einer, den das Männchen tragen möchte.»

Wir haben soeben von der Zeit gesprochen. Unsere Zeit hier geht jetzt auch zu Ende. Vielleicht reicht es noch für eine weitere Zeichnung.»

Wiederum eine primitive Gestalt, aber mit einem neuen Element, dem Hut. Diese Kopfbedeckung ist überdimensioniert, der Körper im Verhältnis dazu viel zu gering. Bei den regressiven Bewegungen von Zeichnung 5 und 7 war der Unterkörper jeweils völlig verkümmert, hier ist er zwar infantil und zerbrechlich, aber noch erhalten. Ich weise auf die Grenze des Zeitraumes unseres Gesprächs hin (noch eine weitere Zeichnung), der Patient kann aber mit der Art seiner Zeichnung die Zeit noch etwas ausdehnen.

10. Kritzelzeichnung

Der Patient macht einen Kritzel und ergänzt ihn selbst, worauf ich kommentiere:

«Das ist etwas Reiches geworden: ein ganz großes Schiff. Auf dem Schiff steht eine große Person, ein Kapitän? Dann gibt es drei Personen, die gut geschützt in einem Raum sitzen. Und dann hat es noch zwei ganz kleine, die im Schiffsrumpf drinnen sind. Vorne ist so etwas wie eine Glocke, die läutet. Das Männchen zieht den Anker hoch – oder läßt es ihn hinunter?» (Der Patient schüttelt kaum merklich den Kopf.) «Es zieht ihn also hinauf. Das heißt, es lichtet Anker und fährt weg. Wir haben ja vorher davon gesprochen, daß es für uns bald Zeit ist. Du bist also fast ähnlich wie der Kapitän eines großen Schiffes, der «Ahoi» sagt und wegfährt. Das ist ein viel größeres Schiff als das vorherige. Wenn es läutet, so heißt das meistens: Jetzt fährt man weg. Das ist ein Zeichen, das gehört wird, das gar nicht mit der Sprache ausgedrückt werden muß.»

«Du hast mir einiges aus deiner Innenwelt mitgeteilt. Ich danke dir dafür. Wenn man das ganze Schiff verstehen wollte, dann gäbe es viele Dinge, die wahrscheinlich Stück für Stück betrachtet werden müßten.»

Dies ist die reichste Zeichnung aus dieser Serie. Das Schiff ist ausbalanciert, in seinem Element und fährt weg. Der Patient ist Herr der Lage, verfügt über die Zeit des Aufbruchs, kann sich, geschützt durch das Ende der Stunde, die Darstellung anderer Menschen und vieler Details erlauben. Er macht mir gleichsam ein Abschiedsgeschenk, das zusammenfaßt, gleichzeitig aber auch weiterführen könnte.

Im Verlaufe der Stunde ist der rasche, wellenförmige Wechsel von Regression und Progression auffällig. Die formale Regression kommt immer dann zustande, wenn der Patient meinen Kritzel ergänzt, eine im weitesten Sinne gemeinsame Gestaltung entsteht aber nicht, wenn der Patient seinen eigenen Kritzel zu einer Gestalt komplettiert. Emotional kann sich der Patient also zwar um den Preis einer defensiven Regression in eine objektale Beziehung einlassen, seine Ich-Funktionen sind aber ungestörter, wenn ich im «Zeit- oder Spielraum» nur ganz peripher oder verbal beteiligt bin. Die Sukzession der Zeichnungen zeigt eine zunehmende Vielgestaltigkeit und Differenzierung, die aus der Primitivität entsteht. So gesehen ist der Patient imstande, das diagnostisch-therapeutische Beziehungsangebot für Entwicklungsschritte zu nutzen.

Literaturhinweise am Schluß von Teil 2 dieses Beitrags.

Der diagnostisch-therapeutische Dialog mit dem Kind und dem Jugendlichen

Zweiter Teil

Von Professor Dr. med. D. Bürgin,
Psychiatrische Universitätspoliklinik
für Kinder und Jugendliche, Basel

Nachdem uns der Autor in der vorangegangenen Nummer mit dem Handlungsablauf des diagnostisch-therapeutischen Dialogs mit dem Kind und dem Jugendlichen vertraut gemacht hat, kommen wir nun in dieser Folge zur Drittbegegnung mit dem uns bekannten mutistischen, mittlerweile zwölfjährigen Patienten.

Drittbegegnung:

(Knapp sechs Monate nach der letzten Sitzung.) Der Patient ist unverändert mutistisch, macht aber im Sozialverhalten und in der Schule weiterhin Fortschritte.

«Du bist sehr gewachsen, seitdem wir uns das letzte Mal gesehen haben. Vielleicht können wir die Themen, die wir in den ersten beiden Gesprächen berührt haben, weiterführen. Das letzte Mal haben wir ein Zeichnungsspiel zusammen gemacht. Würdest du das gerne wieder tun?»
(Der Patient nickt ganz kurz.)

1. Kritzelzeichnung

Ich mache den ersten Kritzel (schwarz), der Patient ergänzt ihn (rot). Ich kommentiere:

«Wieder ein Männchen. Es hat keinen Mund, keine Nase, aber zwei klare Augen. Sind das Ohren? Weit hinausgehende Stielohren, die alles hören? Arme hat die Figur auch keine. Was tut die wohl? Was hört sie mit diesen beiden Ohren? Die sind fast wie Antennen, die sich nach allen Seiten richten können. Die könnten sich dafür interessieren, was zu Hause, auf der Abteilung, in der Schule gesprochen wird. Vielleicht hören sie alles. Ganz im Gegensatz zu mir. Denn ich höre von dir rein gar nichts. Hier zwischen uns ist es ganz still. Ich verstehe nicht, warum das sein muß, akzeptiere es aber als etwas Gegebenes. Könnte dieses Männchen wohl etwas mit dir und mir zu tun haben?»

Thematisch knüpft der Patient an die beiden vorangegangenen Sitzungen an (Menschfigur). Die skurrile Gestalt ist auf der einen Seite reduziert (Fehlen von Mund, Nase und Armen), auf der anderen wie mit besonderen Fühlern ausgestattet. Ich versuche, die fehlenden Anteile und die besonderen Wahrnehmungsorgane als die im Moment in unserem Dialog in erster Linie beteiligten Gestaltungseinheiten zu benennen.

2. Kritzelzeichnung

Der Patient macht einen Kritzel, führt ihn etwas weiter und hört dann wie erstaunt auf. Ich ergänze ihn und kommentiere:

«Über diese zwei Telephonhörer kann man miteinander sprechen. Die Verbindung ist ein langes Kabel; sie hat eine gewisse Ähnlichkeit mit den langen Ohren der ersten Zeichnung. Man kann gleichsam den zweiten Telephonhörer wie ein Ohr zum anderen hinüberbeugen und hören, was er sagt. Wer sind wohl die Benutzer dieser beiden Telephonhörer? Möglicherweise hat das etwas mit uns beiden zu tun, wenn wir so zusammen zeichnen oder reden... Nur brauchten wir eigentlich kein Telefon. Schauen wir, ob wir uns so genügend verständigen können.»

Ich führe gestalterisch und im Kommentar das Thema der verbalen beziehungsweise zeichnerischen Kommunikation weiter und werfe die Frage auf, ob das Ausmaß der gegenseitigen affektiven Einstimmung genügt.

3. Kritzelzeichnung

Ich mache einen Kritzel, der Patient ergänzt ihn. Ich kommentiere:

«Ein Radio. Wenn man den Stecker einsteckt, das Radio also an den Strom anschließt, kann man etwas hören. Man kann jemanden sprechen oder Musik hören. Man hört vielleicht Deutsch oder Italienisch. Spräche ich gut italienisch, würde ich mit dir italienisch reden. Aber meine Kenntnisse beschränken sich auf zu wenige Worte. Deshalb muß ich weiterhin deutsch mit dir sprechen. Dieses Radio ist nicht angeschlossen. Man kann also nichts von ihm hören. Wie könnte man es wohl anstellen, daß das Radio angeschlossen wird, es gleichsam zu sprechen beginnt? Man könnte die richtige Lautstärke einstellen. Möglicherweise handelt es sich bei dem Knopf hier um einen Suchknopf für den richtigen Sender, den man einstellen muß. Vielleicht solltest du schauen, ob du den Stecker einstecken könntest, und ich, ob ich mich so einrichten könnte, daß ich dich zu hören vermöchte. Es hat eine Antenne – fast wie auf Zeichnung 1 die langen Ohren. Natürlich kann man aus einem Radio angenehme oder schlimme Dinge hören. Vielleicht auch Dinge, die einem Angst machen, die Schlimmes melden – aber es könnte auch schöne Musik oder eine lustige Geschichte sein.»

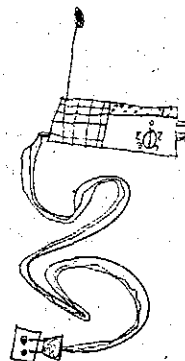
Der Patient führt ein völlig neues Element ein (Radio). Er differenziert damit das Gerät für die sprachliche Übermittlung und zeigt in technischer Symbolik sowohl die Blockierung (Radio ist nicht angeschlossen) als auch die Möglichkeit des «In-Gang-Setzens» (Nähe der Steckdose). Ich erkläre ihm, daß es mir nicht möglich ist, ihm auf der Ebene seiner Muttersprache zu begegnen, daß aber eine weitergehende Annäherung sowohl durch ihn (Radio anschließen) wie auch durch mich («tuning-in») in die Wege geleitet werden kann.

4. Kritzelzeichnung

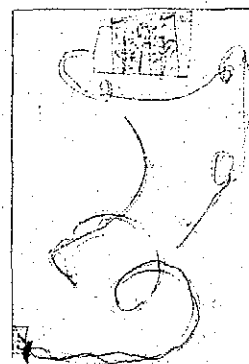
Der Patient macht einen Kritzel und schiebt mir das Blatt zum Ergänzen hin, was ich tue und gleich kommentiere:

«Kannst du das lesen? «Bella». Da sind wir plötzlich zur Schrift gekommen. Natürlich kann man auch etwas, was man sagen möchte, schreiben. Dies ist sogar ein italienisches Wort geworden.»

Meinem ersten Einfall zum Kritzel des Patienten folgend, schreibe ich ein italienisches Wort, das mir ohne verständlichen Zusammenhang zu sein scheint, aber offensichtlich einen Versuch meinerseits darstellt, dem Patienten auf seiner Sprachebene ein kleines Stück entgegenzugehen. Gleichzeitig zeige ich ihm auch die Möglichkeit auf, sich statt mit Worten mittels der Schrift zu artikulieren.



Bella



5. Kritzelzeichnung

Ich mache einen Kritzel, der Patient ergänzt ihn, und ich kommentiere:

«Das ist ein Fernsehapparat geworden. Die Stecker sind eingesteckt, er steht also unter Strom. Man sieht das Bild eines Kindes zwischen zwei Blumen. Ein Bild darf man sich also machen, Sehen ist erlaubt. Vielleicht läßt du mich hier ein Bild von dir sehen, als du noch ganz klein warst. Vielleicht zeigst du mir auch in diesem Bild, wie du jetzt bist.»

Der Patient macht einen kleinen Schritt auf mich zu, allerdings unter dem Schutz eines zwischen uns gestellten Apparates. Das technische Gerät ist komplizierter geworden (Fernsehapparat) und jetzt angeschlossen. Mit dem Bild vom Kind zwischen zwei Pflanzen greift der Patient auf eine Komposition unserer zweiten Sitzung (8. Zeichnung) zurück. Er sagt gleichsam, er werde sich nicht über die Schrift ausdrücken, aber mir ermöglichen, mir ein Bild von ihm zu machen.

6. Kritzelzeichnung

Der Patient macht einen Kritzel; ich soll ergänzen, habe aber nicht unmittelbar einen Einfall und frage:

«Hast du wohl eine Idee, wie man deinen Kritzel weiterführen könnte?» Der Patient nimmt das Blatt und ergänzt nun selbst. Ich kommentiere: «Das ist jemand auf einem Velo. Dieses trägt vorne eine starke Lampe. Sie ist hell, so daß man gut sehen kann. Hinten hat es fast so etwas wie einen Auspuff. Vorne dran ist so etwas wie ein Horn, eine starke Nase – dem Gefährt darf man nicht in den Weg kommen. Vielleicht ist es auch ein Motorrad. Der Mensch scheint rasant zu fahren – es ist wohl doch eher ein Velo. Diese Person fährt mit dem Velo irgendwohin und braucht eine Lampe, um gut zu sehen. Das Sehenkönnen ist uns ja schon in der vorigen Zeichnung begegnet. Bist wohl du das?» Der Patient strahlt. «Du kannst also Velofahren.» Unmerkliches Nicken. «Wo fährst du wohl hin? Vielleicht können wir das herausfinden.»

Allem Anschein nach bin ich nun etwas blockiert und habe mich mit diesem Teil der intrapsychischen Situation des Patienten unbemerkt identifiziert. Dafür ist der Patient nun sehr mobil und forsch (Velo mit Lampe und Horn), er kommt in Fahrt. Bin ich immobilisiert, kann er sich bewegen. Rein formal entspricht die Zeichnung nicht dem Alter des Patienten, inhaltlich aber manifestieren sich altersentsprechende Zeige- und Durchsetzungsimpulse phallischer Art, die vom Körper auf ein technisches Gerät verschoben worden sind.

7. Kritzelzeichnung

Ich mache einen Kritzel, der Patient ergänzt ihn. Ich kommentiere:

«Eine große Kuh, ein Stier oder ein Geißbock. Es ist, als ob der schauen würde, was dort geschieht. Er scheint ganz genau hinzuschauen. Einem Horn sind wir schon beim Velo begegnet, hier sind es zwei große Hörner. Es scheint doch eher eine fröhliche Kuh zu sein. Der Rest des

Körpers fehlt. Hier hat es 12 Felder. Wie alt bist du jetzt? 12 Jahre? Könnte das etwas mit dir zu tun haben? Aus 12 Feldern kommt plötzlich ein sehr lebendiger Kopf. Vielleicht können wir auch erkennen, was dieses Tier hier sieht. Mir scheint, es sei neugierig und wolle genau sehen, was vorgeht.»

Die Bewegung von Zeichnung 6 führt zum gegenwärtigen Alter des Patienten (bisher zumeist nur 4, jetzt 12 Punkte). Die Verdoppelung und Verschiebung phallischer Strukturelemente auf den kranialen Pol wird in der Darstellung eines Tierkopfs mit Hörnern plausibel und lebendig und ist bereits näher am Selbst als in der instrumental Form am Velo. Rein körperlich steht der Patient in der Vorpubertät; offensichtlich beginnt er, sich mit seiner Maskulinität auseinanderzusetzen.

8. Kritzelzeichnung

Der Patient macht einen Kritzel, ich ergänze ihn und kommentiere:

«Dein Kritzel sah fast aus wie eine geheimnisvolle Schrift. Könnte diese Figur diejenige Person sein, welche die Kuh sieht? Beinahe ist ein Clown daraus geworden oder so etwas wie ein Pierrot.»

Mein Einfall führt zu einer menschlichen, ruhig beobachtenden Gestalt; aus den Hörnern ist eine Schmuckfeder geworden.

9. Kritzelzeichnung

Ich mache einen Kritzel, der Patient ergänzt ihn, und ich kommentiere:

«Dies ist nun eindeutig ein Motorrad mit Auspuff geworden. Der Fahrer schaut ganz frech. Vorne hat es wieder so etwas wie eine Art Nase. Ist das wohl ein Fenster? Auf jeden Fall so etwas wie ein Schutz! Beim Hören und Sehen war alles ruhig. Beim Velo und hier beim Motorrad, da ist Bewegung drin. Das letzte Mal, als wir uns sahen, hast du alle Kritzel selbst ergänzt. Heute geschieht viel mehr zusammen,

abwechselnd. Das ist neu. Wo führt die Bewegung hin? Von etwas weg oder auf etwas zu? Wer ist wohl der Fahrer? Möchtest du es wohl sein?» (Der Patient strahlt.) «Wofür der Fahrer den großen Schutz vorne braucht, ist mir unklar. Als ob er Angst hätte, verletzt zu werden.»

Der Patient elaboriert die Thematik von Zeichnung 7 weiter. Das phallische Gebilde ist massiver und gleichzeitig wie ein Schutzschild geworden. Anal-eliminatorische Impulse finden im Auspuff einen inhaltssyntonen Niederschlag. Daß der Patient heute in klarer, gegenseitiger Ergänzung und Abwechslung zeichnen kann, scheint mir ein Hinweis darauf zu sein, daß seine Angst vor den Beiträgen (oder eventuellen Übergriffen) meinerseits kleiner geworden ist und einem zunehmenden Vertrauensaufbau Platz gemacht hat.

10. Kritzelzeichnung

Der Patient macht den nächsten Kritzel; ich ergänze ihn und kommentiere:

«Was ist das wohl deiner Ansicht nach? Ein Hund, ein Pferd? Was sonst? Auf jeden Fall schaut es in die gleiche Richtung wie das Motorrad. Hier hat es eine Leine, die führt irgendwohin; fast wie das Kabel auf einer der vorherigen Zeichnungen. Diese Leine verbindet mit irgend etwas, mit wem? Wie stehst du zu deinen Gefühlen? Zu dem, was du in dir denkst und fühlst?»

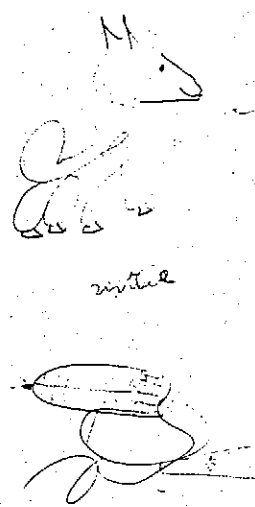
Auf das Velo von Zeichnung 6 ließ der Patient ein Tier folgen; auf das Motorrad von Bild 9 fällt auch mir ein Tier ein. Es zeichnet sich somit eine gewisse spiegelbildliche Symmetrie in den Bewegungen des Dialogs ab. Aus dem Kabel von Zeichnung 5 ist eine Art Verbindungsleine geworden. Die interpersonale Verbindung zu mir scheint mir weniger betonenswert, da sie möglicherweise mehr angsterzeugend ist als diejenige, welche der Patient intrapsychisch, das heißt zu den Abläufen seines Innenlebens, hat.

11. Kritzelzeichnung

Ich mache einen Kritzel, der Patient ergänzt ihn. Ich kommentiere:

«Da mußt du mir etwas behilflich sein; ich verstehe noch nicht, was das ist. Wie kann ich das herausfinden? Könntest du mir helfen, das zu verstehen? Hier kommt vorne irgend etwas heraus. Eine Bombe? Eine Flasche? Könntest du mir vielleicht aufschreiben, was es ist? Ich verstehe etwas nicht, obwohl es mir wichtig zu sein scheint. Ich kann es einfach nicht genau erkennen.» (Der Patient schreibt das Wort «Pistole» auf das Blatt.) «Aha. Danke schön, jetzt hast du mir geholfen. Eine Pistole! Etwas Gefährliches – hier wird offensichtlich geschossen. Wer schießt auf wen? Wir wissen es noch nicht. Bei Streit wird manchmal aufeinander geschossen. Das kann zum Tode des einen führen. Mir ist da soeben ein ganz seltsamer Gedanke gekommen, schau mal, ob du damit etwas anfangen kannst. Könnte es sein, daß Worte für dich fast so etwas sind wie Kugeln, die weh tun, verletzen und gefährlich sein können? Dann würde dein Nicht-Sprechen nämlich Nicht-Schießen bedeuten. Ist es so?» (Unmerkliches Kopfschütteln.) «Ach. Dann habe ich mich getäuscht. Magst du noch eine letzte Zeichnung machen?»

Im Bild der Pistole sind nun, in Weiterführung der vorangegangenen Zeichnungen, offene phallische und aggressiv-destruktive Anteile zusammen erfaßt. Wiederum bin ich in meinem Verständnis blockiert, bis mir der Patient, nun doch mittels der Schrift, zu Hilfe kommt. Urethral-exkretorische (Enturesis) und ejakulative Funktionen werden potentiell tödlichen Aktivitäten parallelisiert. Vom kaudalen auf den kranialen Pol verschoben, führt das zur Idee der Gefährlichkeit von Worten (Ejakulat, Urin, Kugeln und Worte hätten dann Vorbewußt die gleiche Bedeutung). Der Patient verneint auf der bewußten Ebene diese Hypothese, was heißt, daß sie möglicherweise grundsätzlich falsch ist, zumindest aber im gegenwärtigen dialogischen Geschehen keinen gemeinsamen Evidenzcharakter hat. Als Antwort auf meine Frage am Ende des Kommentars zu Zeichnung 10 verstanden, berichtet der Patient, daß er Zugang zu Symbolisierungen komplexer Impulse besitzt und es wagen kann, diese im «geschützten» Dialog dieses Settings zum Ausdruck zu bringen.



12. Kritzelzeichnung

«Vielleicht magst du zum Abschluß eine Zeichnung ganz allein machen?»

Der Patient nickt kaum merklich und zeichnet für sich. Als er fertig ist, kommentiere ich:

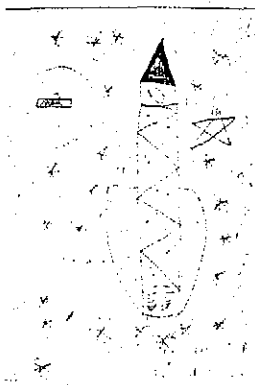
«Eine riesige Rakete im Weltraum. Sie fliegt am Mond vorbei oder geht zu ihm hin, hat viel Kraft und Stärke und eine ganz starke Spitze. Es scheint mir, als ob das mit dem zu tun hat, was dich stark beschäftigt: weit Weggehen, Starksein; vielleicht hat es auch damit zu tun, daß du langsam ein junger Mann wirst, weg gehst vom Knabensein, daß du zu einem jungen Mann wirst, der seinen Körper ganz stark spürt. Der auch beginnt, sich mit seinem Körper auseinanderzusetzen. Mit Gefühlen, die plötzlich wach werden, wenn Erregung gespürt wird, oder beim Wahrnehmen, was das sein kann: Mann- oder Frausein.

Hier müssen wir unser Gespräch für heute beenden. Ich danke dir für das, was du mich hast verstehen lassen. Ich will nur noch hinzufügen: Sexualität ist nichts Gefährliches. Sie ist keine Pistole, die tötet, sondern etwas Gutes und auch Angenehmes. Etwas, das Menschen zusammenführen kann, sie nicht umbringt.»

Bei dieser angekündigten letzten Zeichnung möchte ich dem Patienten möglichst viel Freiraum anbieten, ihn ungestört durch die unmittelbare Interaktion gestalten lassen. Die Pistole weitet sich, in grandios-phallischer Weise, bis zur Rakete aus, die sich frei im Weltraum bewegt, in nicht näher ausgeführter Beziehung zum Mond. Der Patient füllt erstmals das ganze Blatt (den ganzen Raum) voll aus. Im Motiv der wegfliegenden Rakete bringt er auch das Ende des Gesprächs und unser Auseinandergehen unter.

Mit den Erklärungen über die mit der beginnenden Adoleszenz verbundenen Veränderungen der Gefühle und des Körpers versuche ich, mit dem Patienten ein Bezugssystem zu teilen, das diese Geschehnisse als mir vertraut erklärt und sie für uns beide verständlich macht. Die Bemerkung über die Sexualität ist wie ein fermatativer Hinweis gedacht, der dem Patienten helfen soll, sexuelle und aggressive Impulse vermehrt zu trennen.

Der Patient ist fähig zu Kohärenz und Kontinuität im Dialog. Seine emotionalen und gestalterischen Bewegungen sind flexibler und innovativer geworden. Das Ausmaß von Angst sinkt ab; umgekehrt proportional dazu wächst das Vertrauen. Das Verständnis und das eigenständige Echo des Dialogpartners ist ihm wichtig geworden. Er stellt mir einen klärenden Zusatz (Pistole als geschriebenes Wort) zur Verfügung. Ebenso kann er mir, alternierend und ergänzend zu ihm, Platz geben und seinerseits den Freiraum und meine sprachlichen Interventionen nutzen, so daß expansive, grandiose Phantasien gestaltet und bewußtgemacht werden können. Möglicherweise existieren Ängste darüber, was er mit diesen noch nicht pubertär transformierten Impulsen anrichten könnte. Es scheint mir berechtigt, bereits in diesem Moment von einer Therapiefähigkeit zu sprechen. Eine Therapiewilligkeit (das heißt eine eigentliche Motivation für einen anhaltenden therapeutischen Dialog) zeichnet sich, gemessen an Ausmaß und Richtung der jetzigen emotionalen Bewegungen, allmählich auch skizzenhaft ab.



Viertbegegnung:

(Ein gutes halbes Jahr nach dem letzten Zusammentreffen.)

«Wir treffen uns heute zum vierten Mal. Es ist ein halbes Jahr vergangen, seitdem wir das letzte Mal zusammen waren. Hättest du wieder Lust, einige Kritzelzeichnungen zu machen?» (Der Patient nickt unmerklich.)

1. Kritzelzeichnung

Ich mache den ersten Kritzel (schwarz), der Patient ergänzt ihn (rot). Ich kommentiere:

«Ein Radio mit einem Stecker. Das Kabel ist eigentlich eingesteckt, geht aber nicht an das Radio. Hier fehlt ein Stückchen. Wenn dieses Stückchen nicht da ist, kann das Radio nicht laufen, dann hört man nichts, dann ist es still. Fast so still, wie du bist. Eigentlich ist alles da, nur ein kleines Verbindungsstück fehlt. Ich verstehe das fürs erste einmal so, als ob du mir sagtest, es fehlte etwas, was bewirken würde, daß dieser Apparat funktionieren könnte. Vielleicht können wir genauer herausfinden, ob das stimmt. Denn deine Äußerungen, wir und vielleicht alle Leute, die dich kennen, fragen sich, warum du wohl nicht redest. Laß uns sehen, wohin uns diese Zeichnung führt.»

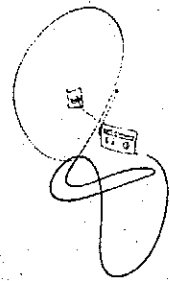
Mit dem Thema «Radio» knüpft der Patient wie nahtlos an unsere letzte Begegnung (Zeichnung 3) an. Das Stück, das fehlt, entspricht den verflossenen sechs Monaten, die zwischen den beiden Sitzungen liegen, während der die Verbindung zwischen uns unterbrochen war. Es ist erstaunlich, welche große Fähigkeit der Patient im Hinblick auf die Schaffung von Kontinuität und Kohärenz aufweist. In meinem Kommentar nehme ich nur den Aspekt des noch immer vorhandenen Symptoms, der fehlenden Sprache, auf und anerkenne die Anstrengung des Patienten, den Dialog auf seiner Ebene wieder herzustellen, nicht genügend.

2. Kritzelzeichnung

Der Patient macht einen Kritzel, ich ergänze und kommentiere:

«Zwei Vögel, die eng miteinander verbunden sind. Sie sind fast wie aneinander fixiert. In der ersten Zeichnung fehlt eine Verbindung, hier ist sie fast zu stark, so intensiv, daß sich der einzelne Vogel gar nicht ohne den anderen bewegen kann. Auf Zeichnung 1 ist etwas zu wenig, auf dieser hier etwas zu stark verbunden.»

In meiner Idee zur Komplettierung des Kritzels ist so etwas wie eine übermäßige Gegensteuerung (zu intensive und damit einschränkende Verbindung) zu erkennen. Was ich verbal ausließ, drängt nun gestalterisch zum Ausdruck. Es ist, als wollte ich dem Patienten bekunden, daß auch ich an der Wiederherstellung unseres dialogischen Geschehens interessiert sei.

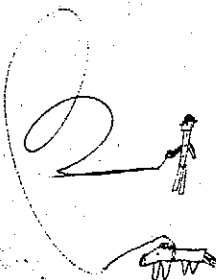
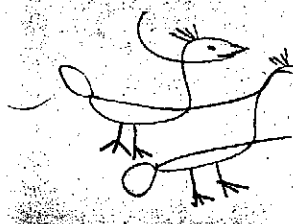


3. Kritzelzeichnung

Ich mache einen Kritzel, der Patient ergänzt ihn. Ich kommentiere:

«Ein Männchen mit einer langen Leine, an welcher ein Hund festgemacht ist. Das Tierchen sieht fast aus wie ein Schweinchen. Hier besteht eine Verbindung zwischen zwei Lebewesen. Diese Verbindung besteht, ganz anders als auf Zeichnung 2, aus einer langen Leine. Wen stellen diese beiden Lebewesen wohl dar? Zwei – das könnten auch sein: du und ich. Die Frage wäre nur, wer von uns wer ist auf der Zeichnung? So gäbe es auf jeden Fall eine Art Verbindung zwischen uns. Dieser Hund hat reichlich Bewegungsraum, aber nicht unbeschränkt. Er hat übrigens einen sehr eigenartigen Schwanz: wie gespalten, halb abgeschnitten und struppig. Was machen diese beiden Lebewesen zusammen? Was wird sich weiter aus diesem Bild entwickeln?»

Der Patient begibt sich nun, nach dem Fehlenden und dem zu Engen, in einen Mittelbereich: die lange Leine, welche zwei Lebewesen verbindet. Hierauf versuche ich, diese Symbolik unter dem Aspekt unserer gegenwärtigen Beziehung zu verstehen. Das Tierwesen mit der Leine ist gleichsam eine Weiterführung der Zeichnung 10 unserer letzten Begegnung, in welcher offen blieb, zu wem die Leine hinführte.



4. Kritzelzeichnung

Der Patient macht den nächsten Kritzel, ich ergänze ihn und kommentiere:

«Zwei Telephone, die durch ein Kabel verbunden sind. Hier kann man miteinander sprechen. Wie wäre das wohl für dich, mit deinen Betreuern, den Ärzten oder mit mir zu sprechen? Würdest du überhaupt so etwas wollen? Möglicherweise lieber nicht. Zu Hause, mit Mutter und Vater, da sprichst du ja, wie ich gehört habe. Auch mit deinen Geschwistern. Mit uns zu sprechen ist aber offensichtlich sehr schwierig. Solange du nicht sprichst, wird man viele Dinge nicht zusammen besprechen können. Natürlich hast du ja auch durch das Nicht-Sprechen eine gewisse Macht, denn so müssen alle herauszufinden versuchen, was du denkst, fühlst oder zum Ausdruck bringen möchtest. Möglicherweise wirst du auf diese Weise aber auch vielfach nicht richtig verstanden. So gesehen könnte es Dinge geben, die für dich sehr viel einfacher wären, wenn du sprechen würdest, wenn Worte Handlungen ersetzen könnten. Möchtest du denn manchmal sprechen? (Unmerkliches Nicken.) Mußt du dir sogar manchmal Mühe geben, nicht zu sprechen? (Unmerkliches Nicken.) Was würdest du wohl am Telephon sagen, wenn wir jetzt hier beide einen Telephonhörer in der Hand hätten? Wie würdest du mir guten Tag sagen? Was wäre wohl deine Anrede? Du zeigst mir auf jeden Fall im Moment, daß du jetzt noch nicht sprechen möchtest. Es ist eine offene Frage, ob du, falls du wirklich sprechen wolltest, dies auch so einfach könntest. Da ich kein Hellseher bin, muß ich alles zu erraten versuchen. Möglicherweise treffe ich das Richtige, möglicherweise ist das, was ich mir vorstelle, falsch, das heißt nicht dem entsprechend, was in dir vorgeht, da ich ja nicht in dich hineinschauen kann.»

Auch ich nehme mit meinem Einfall spontan ein bildnerisches Element der letzten Begegnung (Zeichnung 2) wieder auf, ergänzt durch die Apparate und durch das lange Verbindungsstück, das der Patient eben einführte. Mein Kommentar geht nun vermehrt in Richtung eines genaueren Verstehens der Auswirkungen der sprachlichen Symptomatik. Das Nicht-Sprechen des Patienten erzeugt bei mir den Versuch, mir seine Stimme und seine Sprache vorzustellen, eine Art tappendes Suchen nach einem Wahrnehmen des Patienten, den ich auf dieser Ebene gerade nicht wahrnehmen kann. Es ist mir wichtig, daß sein Symptom, als

momentan offenbar beste Konfliktlösung, in unserem Dialog respektiert wird, daß aber auch die damit verbundenen Schwierigkeiten (zum Beispiel Mißverständnisse), gleichsam als Preis für diese Art Arrangement, offen genannt werden.

5. Kritzelzeichnung

Ich mache einen Kritzel, der Patient ergänzt ihn, und ich kommentiere:

«Eine Frau. Sie steht auf dem Boden, trägt einen Rock. Ihre Bluse ist wie ein Gitter. Sie hat einen ganz großen Kopf. Man weiß nicht so recht, ob sie lacht, böse oder gar traurig ist. Auch weiß ich nicht, was sie im Moment gerade tut. Ist das wohl eine Frau, die du kennst? (Der Patient schüttelt den Kopf.) Was hat diese Frau wohl im Sinn? Wo geht sie wohl hin? Hat sie mit deiner Betreuerin zu tun? (Unmerkliches Kopfschütteln.) Mit deiner Mutter? (Zaghaftes, ganz vorsichtiges Kopfnicken. Schüttelt aber gleich daraufhin den Kopf.) Wir wissen also nicht, was das für eine Frau ist.»

Nun taucht erstmals, völlig unerwartet, eine weibliche Figur auf, und der Patient gibt mir auf meine Klärungsversuche kaum sichtbare gestische Hilfen, die schließlich dazu führen, daß mir völlig unklar ist, um wen es sich bei dieser frisch aufgetauchten Figur handeln könnte.

6. Kritzelzeichnung

Der Patient macht den nächsten Kritzel, ich ergänze und kommentiere:

«Eine Blume. Eine Blume für jene Frau? Wer möchte wohl diese Blume jener Frau geben? Vielleicht kommt jene Frau auch einfach die Blume holen.»

Die Unklarheit hält an. Zwar blüht etwas, aber die Zusammenhänge und die emotionalen Abläufe werden für mich nicht deutlich.

7. Kritzelzeichnung

Ich mache einen Kritzel, der Patient ergänzt ihn, und ich kommentiere:

«Ein Schiff auf dem Meer. Unten, auf dem Meeresboden, hat es seltsame Tiere. Krebse und so etwas wie eine Seeanemone. Es handelt sich um ein großes Schiff mit einem Steuermann. Auch sieht man viele Wellen. Es scheint fast gefährlich zu sein, das Schiff in diesen Wellen zu steuern. Vorne am Schiff hat es noch zwei kleine Öffnungen. Wofür sind diese wohl? Viel Wasser. Das Wasser spielt ja bei dir manchmal auch eine gewisse Rolle. So gesehen bist du ja auch der Steuermann deines eigenen Wassers, das du aus dem Körper hinausfließen läßt. Du steuerst, ob es drinnen bleibt oder hinausgeht.»

Der Patient gestaltet nun vielschichtig und expansiv (er braucht das ganze Blatt): bewegtes Wasser mit vielen Wellen, darunter ein Meeresboden mit Kleingetier (oder ein Strand mit Sonnenschirmen und einem sitzenden, würmchenhaften Menschen??), darüber ein vielstöckiges, großes, fahrendes Schiff. Das Motiv des Wassers findet sich bereits in der letzten Zeichnung der ersten Begegnung und in der 6. wie auch der 10. unseres zweiten Zusammentreffens (dort jeweils mit Schiff). Das Schiff ist nun bedeutend elaborierter; die Wellen und der Steuermann stellen neue Elemente dar. Diese starke Bewegung folgt nach der Zeichnung der Frau und der Blume, aber ohne klar erkennbaren Zusammenhang, der sich aus der Sukzession ergeben könnte. Die Steuerung dieses Vorganges hingegen liegt klar beim Patienten, weshalb ich ihn auch klar erinnere, daß er der Herr über seinen eigenen Körper und die Ausscheidungsvorgänge (Enuresis) ist. Damit kommt auch dieses weitere Symptom verstärkt in den dialogischen Prozeß.

«Die Zeit reicht jetzt noch für eine Zeichnung, dann müssen wir aufhören. Willst du noch eine ganz allein machen? Soll ich einen Kritzel machen? Eigentlich kämst du jetzt daran, einen Kritzel zu machen, und ich müßte ihn ergänzen, aber wir können es auch umgekehrt machen – wie du willst. Soll ich den nächsten Kritzel machen?» (Der Patient nickt kaum merklich.)

8. Kritzelzeichnung

Ich mache also einen Kritzel; der Patient zeichnet lange als Ergänzung. Ich kommentiere schließlich: «Es ist fast so, als ob du versuchtest, auch die Zeit in die Länge zu steuern, nachdem ich sagte, das sei wohl die letzte Zeichnung, die wir jetzt noch zusammen machen könnten.» (Der Patient zeichnet unbeirrt weiter und beendet sein Werk gemächlich innert einiger Minuten.)

«Was ist das hier rechts unten, eine Schlange oder ein Regenwurm? Wohl eher ein Regenwurm. 18 kleine Blumen und eine große. Ein richtiger Blumengarten mit einem Regenwurm. Warum wohl alle Blumen so klein sind und nur eine groß? Hier oben hat es zwei Blumen, die sind miteinander verbunden. Auf jeden Fall wächst und blüht hier etwas. Das ist schön. Welche dieser Blumen bist wohl du? Vielleicht möchtest du ja gar nicht, daß ich das so genau weiß. Hier müssen wir für heute aufhören.»

Die letzte Zeichnung macht der Patient nicht, wie bei der dritten Begegnung, ganz allein. Er hat offensichtlich die emotionale Gewißheit gewonnen, daß eine Aktivität meinerseits keinen Störfaktor für ihn darstellt.

Er wiederholt multiplizierend das Blumenmotiv von mir (Zeichnung 6). Die Einzäunung schafft so etwas wie einen Schutzraum. Der Garten ist nach drei Seiten hin durch den Zaun abgeschlossen, nach der vierten hin offen. Es ist, als würde der Patient sagen: Drei Begegnungen sind abgeschlossen, sie dienten der Eingrenzung. Wie es nach der vierten weitergeht, bleibt offen. Er schenkt mir gleichsam die Darstellung von Wachstum und Blüte zum Abschied, fast, als wollte er sagen, selbst wenn ich ihn nicht detailliert verstünde, sollte ich Vertrauen in seine Steuerungs- und Entwicklungsfähigkeit haben.

Der Patient hilft in dieser Begegnung als aktiver Partner die geeignete Kontinuität und Nähe im Dialog wieder herzustellen. Nachdem diese «Brücke» aufgebaut ist, kommen stärkere und expansivere Bewegungen als zuvor zustande. Da für den Patienten unklar ist, wohin unsere diagnostisch-therapeutische Beziehung schließlich führen wird, vermittelt er mir seine Ungewißheit und zeigt gleichzeitig, wie groß seine Bereitschaft für einen reichhaltigeren Austausch geworden ist.

Die Motivation für einen intensiven, längeren psychotherapeutischen Prozeß scheint jetzt recht hoch zu sein.

Kurze Zeit nach dieser letzten Begegnung beginnt der Patient eine intensive Psychotherapie bei einem Kollegen.

Literatur

1. Bürgin, D.: Die Bedeutung der affektiven Austauschvorgänge für den Aufbau des Selbst in der Kindheit; in: *Altnacht und Ohnmacht*, pp. 40–52. Ed. U. Rauchfleisch, Bern. Stuttgart, Toronto: Huber, 1987.
2. Emde, R., Sorce, J.F.: The rewards of infancy: emotional availability and maternal referencing; in: *Frontiers of infant psychiatry*, Vol. I, pp. 17–30. Ed. J.D. Call, E. Galenson, R. Tyson. New York: Basic Books, 1984.
3. Freud, S. (1918): Aus der Geschichte einer infantilen Neurose, GW Bd.XII. Frankfurt: Fischer, 1941.
4. Freud, S. (1938): Abriß der Psychoanalyse, GW Bd.XVII, p. 104. Frankfurt: Fischer, 1941.
5. Morgenthaler, F.: *Der Traum*. Ed. Qumran. Frankfurt: Campus, 1986.
6. Ogden, T.H.: On potential space. *Int.J.Psychoanal* 66, 129–141 (1985).
7. Ogden, T.H.: Trieb, Phantasie und psychologische Tiefenstruktur. *Forum Psychoanal* 2, 177–196 (1986).
8. Spitz, R.: *Vom Dialog*. Stuttgart: Klett, 1976.
9. Stern, D.: Affect attunement; in: *Frontiers of infant psychiatry*, Vol. II, pp. 3–14. Ed. J.D. Call, E. Galenson, R. Tyson. New York: Basic Books, 1984.
10. Winnicott, D.W.: *Die therapeutische Arbeit mit Kindern*. München: Kindler, 1973.
11. Winnicott, D.W.: Übergangsobjekte und Übergangsphänomene; in: *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse*, pp. 293–312. Ed. D.W. Winnicott. München: Kindler, 1976.

Literatur

- Anonyma (1987) *Verführung auf der Couch*. Kore, Freiburg i Br
- Améry J (1966) *Jenseits von Schuld und Sühne*. Klett-Cotta, Stuttgart (1977)
- Arlow JA (1987) Trauma, play and perversion. *Psychoanal Study Child* 42:31-44
- Bion WR (1962) *Lernen durch Erfahrung*. Suhrkamp, Frankfurt aM (1990)
- Bleger J (1993) Die Psychoanalyse des psychoanalytischen Rahmens. *Forum Psychoanal* 9:269-280
- Colarusso CA (1993) Play in adulthood. *Psychoanal Study Child* 48:225-245
- Cramer B (1994) Mutter-Kleinkind-Beziehung. *Prax Kinderpsychol* 43:345-349
- Dantlgraber J (1995) Einige Überlegungen zu unterschiedlichen Sichtweisen des psychoanalytischen und psychotherapeutischen Prozesses. In: Haas J-P, Jappe G (Hrsg) *Deutungs-Optionen*. Edition discord, Tübingen
- Dornes M (1993) *Der kompetente Säugling*. Fischer, Frankfurt aM
- Dornes M (1994) Können Säuglinge phantasieren? *Psyche* 48:1154-1175
- Elkonin D (1980) *Psychologie des Spiels*. Pahl-Rupenstein, Köln
- Erikson EH (1937) Configurations in play - clinical notes. *Psychoanal Q* 6:139-214
- Erikson EH (1950) *Kindheit und Gesellschaft*. Klett, Stuttgart (1968)
- Erikson EH (1977) *Kinderspiel und politische Phantasie*. Suhrkamp, Frankfurt aM (1978)
- Fonagy P (1991) Thinking about thinking: some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *Int J Psychoanal* 72:639-656
- Fonagy P (1995) Playing with reality: the development of psychic reality and its malfunction of borderline personalities. *Int J Psychoanal* 76:39-44
- Freud A (1965) *Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung*. Klett, Stuttgart (1971)
- Freud S (1908) *Der Dichter und das Phantasieren*. GW Bd 7
- Freud S (1912) *Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung*. GW Bd 8
- Freud S (1920) *Jenseits des Lustprinzips*. GW Bd 13
- Greenberg J (1995) The psychoanalytic technique and the interactive matrix. *Psychoanal Q* 54:1-22
- Greenspan SI, Pollock GH (eds) (1989) *The course of life, vol II. Early childhood*. Int Univ Press, Madison
- Grubrich-Simitis I (1984) *Nachkommen der Holocaust-Generation in der Psychoanalyse*. *Psyche* 38:1-28
- Herzog JM (1994) *Spielmethoden in Kinderanalysen*. In: Pedrina F, Mögel M, Garstick E, Burkard E (Hrsg) *Spielräume - Begegnungen zwischen Kinder- und Erwachsenenanalyse*. Edition discord, Tübingen
- Herzog JM (1995) *Therapeutisches Vorgehen, neue Objektbeziehung und Änderung der Repräsentanzen*. *Forum Psychoanal* 11:189-200
- Hoffmann SO, Hochapfel G (1984) *Einführung in die Neurosenlehre und psychosomatische Medizin*. Schattauer, Stuttgart
- Kernberg PF (1995) *Die Formen des Spielens*. In: *Studien zur Psychoanalyse: Österreichische Studiengesellschaft für Kinderpsychoanalyse*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Kleeman JA (1973) The peek-a-boo game. *J Am Acad Child Psychother* 12:1-23
- Levenson EA (1991) *The purloined self*. William Alanson White Institute, New York
- Lewis JM (1993) Childhood play in normality, pathology and therapy. *Am J Orthopsychiatry* 63:6-15
- Lichtenberg JD (1983) *Psychoanalyse und Säuglingsforschung*. Springer, Berlin Heidelberg New York (1991)
- Lichtenberg JD (1992) The interpretive sequence. *Psychoanal Img* 12:248-275
- Loewald EL (1987) Therapeutic play in space and time. *Psychoanal Study Child* 42:173-192
- Moran GS (1987) Some functions of play and playfulness: a developmental perspective. *Psychoanal Study Child* 42:11-29
- Neubauer PB (1987) The many meanings of play: introduction. *Psychoanal Study Child* 42:3-9
- Oerter R (1993) *Psychologie des Spiels*. Quintessenz, München
- Ogden TH (1985) On potential space. *Int J Psychoanal* 66:129-141 (dt.: Über den potentiellen Raum. *Forum Psychoanal* (1997) 13:1-18)
- Ostow M (1987) Play and reality. *Psychoanal Study Child* 62:193-203
- Peller LE (1974) Libidinal phases, ego development and play. *Psychoanal Study Child* 9:178-198

- Piaget J (1959) *Nachahmung*
- Rohde-Dachser Ch (1994) *...*
- Sachs J (1991) *Psychoanalytischer Prozess in Child*
- Schlesinger HJ (1992) *...*
- Segal H (1957) *Bemerkung heute*. Bd 1. Verlag Inter
- Solnit AJ (1987) *A psychoanalytic process in Child and Adult*
- Solnit AJ (1992) *Discussion*
- Stern D (1992) *Die Lebensgeschichte*
- Streeck-Fischer A (1996) *Über den feindlichen jugendlichen*
- Terr LC (1975) *Children of*
- Terr LC (1981) *„Forbidden*
- Terr LC (1989) *Terror writing*
- Study Child 44:369-390
- Treurniet M (1995) *Was ist*
- Trimborn W (1994) *Analytische therapie* 39:94-103
- Willock B (1986) *Narcissismus* 3:59-80
- Willock B (1990) *From acting*
- Winnicott DW (1978) *Vom*