

Die Spieltherapie als indirektes Hypnoseverfahren für Kinder und Erwachsene

Stefan Schmidtschen

■ Wie zahlreiche empirische Untersuchungen belegen, läßt sich das freigewählte, intrinsisch motivierte Phantasiespiel von Kindern und Erwachsenen nutzen, um in natürlicher Weise Tranceprozesse zu induzieren und in deren Rahmen Selbstheilungsressourcen zum Abbau psychischer Störungen freizusetzen. Als bedeutsame Therapiestrategie kommen dabei zur Anwendung: die Herstellung und Nutzung eines therapeutischen Rapports; die Initiierung selbständiger Lernmöglichkeiten zum Zwecke der Problembewältigung und des Erwerbs von gesunden Verhaltensweisen; das Zeigen eines selbstkongruenten und wertschätzenden Therapeutenverhaltens; die Stimulation von Selbstreflexionsprozessen zum Zwecke der Übertragung von im Spiel gewonnenen Erfahrungen auf die Alltagsrealität; die Bevorzugung nicht-direktiver Führungsmaßnahmen wie Pacing und Leading oder die Reflexion von Gefühls- und Problemlösungsprozessen; das spielerische Anbieten oder Provizieren von Modelverhalten und Modelsituationen im Rahmen der therapeutisch gestalteten Mitspieltätigkeit; die Vermittlung normativer Erfahrungen durch das Setzen und Besprechen von Grenzen.

Durch die im Spiel auftretenden zahlreichen Regressionsprozesse können mangelhaft ausgebildete soziale affektive Schemata in entwicklungsfördernder Weise nachsozialisiert werden. Da fast alle Kinder und Erwachsenen spielen können, ist die Verwendung der üblichen tranceinduzierenden Techniken nicht erforderlich; auch ist es eine große Hilfe, daß die zum Teil im Patienten unbewußt ablaufenden affektiv-kognitiven Prozesse im Spielverhalten konkret sichtbar werden und damit nicht (wie in den üblichen Hypnosetherapien) aus wenigen Reaktionen indirekt erschlossen werden müssen.

1. Einleitung

Das intrinsisch motivierte, in einem therapeutischen Kontext stattfindende Phantasiespiel von Kindern und Erwachsenen kann nach meiner Auffassung (s.a. Mrochen & Biermann, 1993, S. 15) als indirektes Hypnoseverfahren angesehen werden, denn es erfüllt die wichtigsten Kriterien einer indirekten Hypnose nach Erickson. Wie die empirischen Untersuchungen zur Wirksamkeit und zum Prozeßgeschehen der Spieltherapie mit Kindern zeigen,¹ ist dieses Verfahren, daß das Medium Spiel als Einleitung einer indirekten Hypnose nutzt, ein effektives Breitbandverfahren zur Behandlung folgender Störungsbilder (Schmidchen, 1996a): Umschriebene Entwicklungsstörungen; Identitäts- und Selbstwertstörungen; Störungen des Sozial- und Emotionsverhaltens; hyperkinetische Störungen; Belastungsreaktionen und Störungen schulischer Fertigkeiten.

Die Spieltherapie geschieht in einem klientenzentrierten, vorwiegend nicht-lenkenden Kontext und erstreckt sich über durchschnittlich 14 bis 30 Kontakte von je 45 Minuten Länge; dies entspricht 4 bis 14,4 Monaten. Die Kontakte können in Form einer Einzel- und Gruppentherapie vorgenommen werden und werden durch Familien- und Elterngespräche (einschließlich der Diagnostik ca. 10 Kontakte) begleitet.

Die Betrachtung der klientenzentrierten Spieltherapie als Hypnoseverfahren kann sowohl für die Klinische Hypnose als auch für die klientenzentrierte Therapietheorie eine zumindest praktische Bedeutung haben. Für die Klinische Hypnosetherapie besteht sie darin, daß durch die Verwendung des intrinsisch motivierten, spontanen Spieles keine speziellen Trance-Induktionen vorgenommen werden müssen und daß durch die Analyse der Spieltätigkeit immer sichtbar ist, welche psychischen Prozesse im Patienten ablaufen. Für die klientenzentrierte Spieltherapie besteht der Vorteil einer hypnotherapeutischen Sichtweise darin, daß bisher ungeklärte Phänomene des Modifikationsgeschehens überzeugend erklärt werden können und daß zielgerichtete Interventionen ein differenzierteres therapeutisches Vorgehen ermöglichen. Im folgenden möchte ich die wichtigsten Charakteristika einer indirekten Hypnosetherapie aufzählen, um sie dann auf die Spieltherapie zu übersetzen.

2. Charakteristika der indirekten Hypnosetherapie nach

Milton H. Erickson

Im Ansatz der indirekten Hypnosetherapie nach Erickson wird davon ausgegangen, daß Tranceprozesse auch außerhalb der klassischen Hypnoserrituale im Bereich der Alltagskommunikation stattfinden und heilend wirken können. Die gezielte Nutzung und Erweiterung dieser sich spontan bildenden Tranceprozesse ist das wichtigste Prinzip der Erickson'schen Hypnosetherapie (s. Erickson & Rossi, 1981, S. 30).

Des weiteren ist der Ansatz patientenzentriert und ganz auf die augenblicklichen Bedürfnisse des Individuums zugeschnitten. Modifikationstechnisch läßt er sich durch eine Vorbereitungsperiode, Nutzungsperiode und Festigungsperiode charakterisieren.

In der *Vorbereitungsperiode* wird ein optimaler äußerer und innerer Bezugsrahmen hergestellt, um den Patienten auf therapeutische Veränderungen hin zu orientieren. Dieser Rahmen ist einerseits durch die Besonderheiten der therapeutischen Beziehung (Rapport) gekennzeichnet und andererseits durch die Förderung von heilungsorientierten Erwartungshaltungen, die beim Patienten Ressourcen zur Selbstheilung freisetzen sollen.

In der *Nutzungsperiode* wird die spontan geschaffene Trance dazu verwendet, „die Beschränkungen der gewohnten Bezugsrahmen und Überzeugungen vorübergehend aufzuheben, damit der Betreffende für andere Assoziationsmuster und psychische Funktionsweisen empfänglich ist, die ihn einer Problemlösung näher bringen“ (s. Erickson & Rossi, 1981, S. 16 f). Die Autoren betrachten des weiteren die Dynamik einer Tranceinduktion und deren Utilisation als eine sehr individuelle Erfahrung, bei der der Therapeut dem Patienten hilft, seinen eigenen persönlichen Weg zu finden.

Die therapeutische Nutzung der geschilderten Prozesse während einer Trance (als da sind: Wirksamkeit der heilungsorientierten Erwartungen, Erweiterung des inneren Bezugsrahmens, bessere Erinnerung an frühere „verdrängte Erfahrungen“ etc.) und ihre Beeinflussung durch indirekte Suggestionen, sind die zwei wichtigsten Mittel zur Förderung des Heilungsgeschehens. Unter Nutzung wird dabei „die ständige Einbeziehung des ganz individuellen Repertoires von Fähigkeiten und Potentialen jedes einzelnen Patienten [angesehen]; während mit indirekten Formen von Suggestionen die Mittel gemeint sind, durch die der Therapeut diese Einbeziehung fördert“ (Erickson & Rossi, 1981, S. 30).

Erickson und Rossi gehen davon aus, daß allein das Vorhandensein von Trance, ohne spezielle Lenkungsakte des Therapeuten, dazu führt, daß die Patienten ihre heilungsfördernden Ressourcen aktivieren und Suchprozesse zum Erreichen der Therapieziele initiieren können. Erklärt wird dieses Phänomen damit, daß der besondere Bewußtseinszustand der Trance die Unterbrechung gewohnter kognitiv-emotionaler Schemata und Glaubenssysteme fördert und die Freisetzung schöpferischer Kräfte unterstützt. Die Trance wird deshalb auch als ein „aktiver Prozeß unbewußten Lernens“ (Erickson & Rossi, 1978, S. 334) angesehen.

Zusammenfassend lassen sich die einzelnen Arbeitsprozesse des Patienten und Therapeuten während der Nutzungsperiode wie folgt beschreiben (Erickson & Rossi, 1981, S. 30):

1. Fixierung der Aufmerksamkeit auf innere Realitäten im Patienten.

2. Außerkräftsetzen gewohnter Schemata und Glaubenssysteme.
3. Einleitung von unbewußten Suchprozessen zur Selbstheilung.
4. Beobachten und verstehendes Begleiten der stattfindenden unbewußten Suchprozesse des Patienten.
5. Heilungsorientiertes Reagieren auf die Patientenprozesse.

In der *Festigungsperiode* sind die vom Patienten in der Trance erworbenen therapeutischen Veränderungen zu sichern und auszubauen. Außerdem ist es sehr wichtig, die neuen Erfahrungen in die problematischen Schemata einzuarbeiten und auf das Alltagsverhalten zu übertragen. Oberstes Ziel einer Hypnose-therapie ist es - wie für jede andere Therapie auch - Heilungsprozesse im Alltagsverhalten zu erreichen. Dabei ist es u.a. eine große Hilfe, wenn dem Patienten gezeigt wird, wie er heilungsfördernde Trancezustände auch im Alltagsbewußtsein produzieren kann, so daß er einen besseren Zugang zu seinen Ressourcen findet.

Im folgenden sollen die Charakteristika einer klientenzentrierten Spieltherapie unter hypnotherapeutischen Aspekten diskutiert werden.

3. Charakteristika der klientenzentrierten Spieltherapie unter hypnotherapeutischen Aspekten

Die klientenzentrierte Spieltherapie, die auf Axline (1972), Schmidtschen (1991) und andere zurückgeht, weist viele Ähnlichkeiten mit der indirekten Hypnose auf. Diese Ähnlichkeiten beziehen sich auf folgende gemeinsame Prinzipien:

- Betonung der Patientenzentriertheit und heilungsfördernden Beziehung.
- Nutzung von selbstinduzierten Wachstums- und Heilungsressourcen (Rogers ordnet diese dem Prinzip einer organismischen Aktualisierungstendenz zu).
- Nutzung von spontanen Lernprozessen in der therapeutischen Trance des Spielers.
- Ausrichtung der Therapie auf die unbedingte Wertschätzung des Patienten, ein einfühlsames Verständnis für seine inneren affektiv-kognitiven Prozesse und die kommunikative Echtheit bzw. Authentizität des Therapeuten.
- Volle Achtung und Unterstützung des Patientenwillens.

Diese Prinzipien sollen im folgenden näher beschrieben und diskutiert werden.

3.1 Nutzung spontaner Tranceprozesse der Spieltätigkeit

Das intrinsisch motivierte Spiel ist dadurch gekennzeichnet (Schmidtschen, 1991, S. 9ff), daß der Spieler sein Spiel erst dann beginnt, nachdem er in einem inneren Suchprozeß nach Motiven geforscht hat, die er als Basis einer Spielhandlung wählen will. Hat er sich dann für ein Spielmotiv entschieden, so wählt er die für die Spielhandlung

nötigen Requisiten (Spielsachen) aus und gestaltet die Spielszene. Wenn er will und der Therapeut zustimmt, kann er das Spiel auch zu zweit oder in Gruppentherapien mit mehreren Personen spielen. Ein wichtiges Kriterium für die Wahl des Spielmotives und die Gestaltung der Spielhandlung sollte ihr Anreizgehalt sein. Wie Analysen der kindlichen Spieltätigkeiten gezeigt haben, hat das Spaßerleben einen hohen Stellenwert und korreliert signifikant mit dem Abbau von Verhaltensstörungen (Schmidtschen & Engbarth, 1986).

Der Suchprozeß nach geeigneten Spielmotiven und die Auswahl des Spielzeuges kann vom Therapeuten durch Empfehlungen unterstützt werden. Damit jedes mögliche Motiv die Grundlage einer Spielhandlung sein kann, sollte die im Spielzimmer vorhandene Spielzeugauswahl ziemlich umfangreich sein; sie beläuft sich im allgemeinen auf ca. 120 verschiedene Spielsachen (Schmidtschen, Wörmann & Hübner, 1977). Mit diesen Spielsachen können alle wichtigen Lebens Themen von Kindern (oder Erwachsenen, im Falle einer Spieltherapie für Erwachsene) inszeniert werden. Die Lebens Themen der Kinder orientieren sich z.B. an den Entwicklungserfordernissen des Säuglingsalters, des frühen Kindesalters, des Kindergartenalters, des Schulkindalters etc. (Schmidtschen, 1995).

Wie eine empirische Analyse des Spielverhaltens von 5 bis 9-jährigen Therapiepatienten gezeigt hat (Schade, Schwarz & Zimmer, 1994), werden als Spielthemen aber nicht nur soziale, sondern auch sensomotorische und gestalterische Motive gewählt (ausführlicher s. Kap. 3.3). Des weiteren hat die empirische Analyse des Spielverhaltens ergeben, daß im Durchschnitt 92 % der Therapiezeit (von 45 Minuten Länge) gespielt wird. Auf Spielarten aufgeschlüsselt, werden prozentual in der Spielzeit gespielt: Sozialspele (58%); Übungs- und Funktionsspele (29%); Regelspele (7%); gestalterische Spele (6%).

Weitere Analysen haben ergeben, daß im Spiel häufig Prozesse der Altersregression stattfinden, die sich sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen zeigen. Sie drücken sich im Spielmotiv und in der Spielinszenierung aus; so werden häufig Motive und Reaktionsformen gewählt, die einer niedrigeren als der erreichten Altersstufe entsprechen. Andererseits werden auch Spielthemen und -inszenierungen ausgeführt, die entwicklungsgemäß sind oder die Weiterentwicklung stimulieren. Diese Themen und Inszenierungen fördern beim Vorbereiten einer „Zone der nächsten Entwicklung“ das Erproben und Einüben von zukunftsweisenden neuen geistig-motivationalen Prozessen (s. Wygotski, 1987; Oerter, 1993, S. 147 ff; und Kapitel 3.3).

Als weiteres Phänomen der Spieltätigkeit wurde festgestellt (Schmidtschen, Acke & Hennies, 1995), daß der Vertiefungsgrad (des Kinderpatienten) im Spiel im Verlauf der Therapie zunimmt und im letzten Therapiedrittel am höchsten ist. Bezüglich des Anreizgehaltes der Spieltätigkeiten ist zu ergänzen, daß das Erregungs- bzw. Akti-

vitätsniveau nach Heckhausen (1964) um ein mittleres Niveau kreist, so daß nach dem Yerkes Dodson-Gesetz im Spiel recht günstige Lernerfolge möglich sind.

Da alle im Spiel gezeigten Gefühle, Gedanken und Handlungsvorschläge in einem Quasi-Realitätskontext stattfinden - und der Spieler dies weiß oder durch den Therapeuten erfährt -, werden die gewohnten Alltagsbeschränkungen außer Kraft gesetzt. Aufgrund dessen können phantasierische Gestaltungs- und Erlebnisprozesse stattfinden, in denen Wunsch- und Willensprozesse des Patienten wichtiger sind als Umweltverwartungen und Realitätsbeschränkungen. Der Spieler kann sein Spiel so inszenieren, daß er sich und seine Bedürfnisse zum Ausgangspunkt seines Fühlens, Denkens und Tuns macht und nicht die der Außenwelt.

Alle aufgezählten Spieleffekte weisen ähnliche Funktionen wie Tranceprozesse auf. Sie sind intrinsisch (und nicht extrinsisch) zentriert; stimmungsmäßig angenehm; laufen auf einem mittleren Aktivitätsniveau ab; beanspruchen die ganze Aufmerksamkeit des Akteurs und stehen im Dienste einer geistig-körperlichen Befreiung, Heilung und Entwicklung.

3. 2 Rapport und Aktivierung heilungsfördernder Erwartungen

Die psychotherapeutische Beziehung (Rapport) hat - ähnlich wie in der Hypnose - auch in der klientenzentrierten Kinder- und Erwachsenenpsychotherapie einen herausragenden Stellenwert. Der Psychotherapeut versucht nach Biermann-Rathjen, Eckert und Schwartz (1995, S. 32), dem Patienten ein spezifisches Beziehungsangebot zu machen, das dadurch gekennzeichnet ist, daß er „auf der Grundlage eigener Kongruenz den Patienten (Klienten) empathisch verstehen und fühlen [...] und ihn in seinem gesamten Erleben unterschiedslos wertschätzen kann“.

Die Bedeutsamkeit der Beziehung kommt auch darin zum Ausdruck, daß nach Meinung der genannten Autoren die Charakteristik einer guten Beziehung als globales Ziel einer klientenzentrierten Psychotherapie gelten soll, denn nach ihrer Ansicht ist eine Behandlung dann abgeschlossen „wenn der Patient die Beziehung, die ihm der Therapeut anbietet, zu sich selbst aufnehmen kann“.

Im wesentlichen ist eine gute Therapeut-Patient-Beziehung in der Kindertherapie durch folgende Aspekte gekennzeichnet (s. Schmidtschen, 1991, S. 92 f):

1. Eine engagierte Fürsorge für den Patienten.
2. Die Schaffung eines anregenden, freundlichen, gefühlsoffenen und angstabbaubeden psychologischen Klimas.
3. Das Erleben und Zeigen von Achtung vor dem Patienten.
4. Das Bemühen um ein selbstkongruentes Therapeutenverhalten.
5. Das Bemühen um eine dialogische Kommunikation.

Damit diese Bemühungen des Therapeuten eine heilungsfördernde Wirkung haben können, müssen sie auf Heilungserwartungen und -aktivitäten des Patienten (und seiner Eltern, im Fall einer Kinderpsychotherapie) treffen. Letztlich aber konkretisiert sich der besondere Charakter des Beziehungsverhaltens in der direkten Interaktion im Verlauf von Spiel- oder Gesprächshandlungen. Diese Interaktion ähnelt derjenigen, die Erickson in seinem Konzept des Pacing und Leading beschrieben hat. Es ist eine Interaktion, in der der Therapeut vorrangig auf sehr ich-nahe Empfindungen, Intentionen und Signale des Patienten achtet und sie wie ein „guter“ Elternteil (s. Papoušek & Papoušek, 1987), versteht und fördernd beantwortet. Wegen der Intimität und wechselseitigen Bezoogenheit läßt sich dieses Interaktionsverhalten auch mit einem gemeinsamen kommunikativen Tanz vergleichen.

Interessant ist dabei die Beobachtung, daß bereits beim Vorliegen eines solchen interaktiven „Tanzes“ affektiv-geistige Bewußtseinszustände eintreten, die mit denen einer Trance vergleichbar sind. Erklären läßt sich dieses Phänomen damit, daß sich jeder Interaktionspartner im Dialog jeweils für kurze Momente auf eigene innere Prozesse fokussieren muß, bevor er sich dann wieder den äußeren Prozessen des Dialogpartners zuwendet. Dieses kurze Nach-Innenwenden dürfte die Trance erzeugen.

3. 3 Nutzung von selbstinitiierten Wachstums- und Heilungsressourcen

Das Spiel und Gespräch in der klientenzentrierten Kinder- und Erwachsenenpsychotherapie hat durch die geschilderten heilungsbezogenen sozialen Kontextbedingungen einen anderen Charakter als normale Spiele oder Gespräche mit Eltern oder anderen Personen. Dieser andere Charakter bezieht sich insbesondere auf die internalisierten Anforderungen, Themen zu inszenieren bzw. anzusprechen, die lebensbedeutsam und heilungsfördernd sind. Das können Themen sein, die dem Streben nach Selbstautonomie, Selbstgestaltung, Selbstdurchsetzung, Gefühlsoffenbarung, Vergangenheitsbewältigung, Kontaktverbesserung, Stimmungsverbesserung, Problemlösung etc. entsprechen.

Das Spiel kann bei der Erfüllung dieser Anforderungen, wie im Kapitel 3.1 kurz erwähnt wurde, besonders genutzt werden, denn es ermöglicht die Schaffung von Entwicklungsräumen, in denen ein Zukunftsverhalten geplant und erprobt werden kann. Findet ein Spiel unter dieser Zielsetzung statt, enthält es nach Wygotski (1987, S. 65) „in einer komprimierten Form, ähnlich dem Brennpunkt eines Vergrößerungsglases, alle Entwicklungstendenzen, um [...] einen Sprung über das Niveau seines gewöhnlichen Verhaltens zu machen.“ Damit das Spiel in dieser Weise entwicklungsfördernd genutzt werden kann, ist jedoch die Gegenwart eines kompetenten Partners notwendig, der die wachstumsfördernden Bemühungen wahrnimmt und wie eine liebevolle Mutter oder ein liebevoller Vater wertschätzend und innerlich erfreut unterstützt (s.a.

Oerter, 1993).

Eine empirische Analyse des Spielverhaltens von Kindern in Spieltherapien hat ergeben, daß die geschilderten Prozesse auch wirklich stattfinden. So hat sich gezeigt (s. Schade, Schwartz & Zimmer, 1994), daß u.a. folgende lebens- und entwicklungsbedeutsamen Tätigkeiten und Motive (als Ausdruck wichtiger Ressourcen) im Spiel in folgender Häufigkeit aktiviert werden:

1. Sich als Verursacher seiner Handlungen erleben (Ich-Wirksamkeit): 39 %
2. Ausdrücken und Erleben von Wertschätzung: 28 %.
3. Ausdrücken und Erleben von Zuneigung und emotionalem Verständnis: 14 %.
4. Ausdrücken und Erleben von Sicherheit und Ordnung: 7 %.
5. Erwerb und Veränderung von Annahmen zum Selbstkonzept: 6 %.

Weitere Motive und Tätigkeiten werden bei Schmidtschen (1991, S. 22f) genannt.

Ergänzende empirische Analysen der motivational-affektiven, sozialen und kognitiven Begleitprozesse des Spielverhaltens haben folgende Befunde ergeben (Schmidtschen, 1996a):

- Das Erleben angenehmer Gefühle nimmt im Verlauf der Therapie zu und das von unangenehmen Gefühlen nimmt ab.
- Das Ausmaß der Spaß-Stimmung während der Spieltätigkeit korreliert mit dem Störungsabbau.
- Das Ausmaß an Spieltiefe nimmt von der Anfangs- zur Endphase der Therapie zu und korreliert mit dem Erfolgskriterium der Verbesserung von Selbstverwirklichungs-Kompetenzen.
- Der Selbstbezug in seinen Äußerungen während und nach den Spielhandlungen (Selbstexploration) korreliert mit dem Störungsabbau.
- Die Häufigkeit der Gefühle von Ärger (Wut), Angst und Trauer korreliert mit dem Störungsabbau.
- Die Freisetzung aggressiver, zerstörerischer Impulse korreliert mit dem Störungsabbau und das aktive und reaktive Kontaktverhalten zum Therapeuten und die Bitte um Hilfestellung nimmt im Verlauf der Therapie zu.
- Die Häufigkeit des Problemlösungsverhaltens korreliert mit dem Störungsabbau und das Ausmaß seelischer Spannungen nimmt gegen Therapieende ab.

Die genannten Befunde belegen, daß die Patienten viele ihrer Ressourcen im Rahmen des Spielverhaltens und der dadurch ausgelösten Trance zur Persönlichkeitsentwicklung und Störungshheilung nutzen. Dies geschieht im wesentlichen selbstinitiiert und selbstreguliert. Da das Spiel zudem handlungsorientiert ist, findet ein learning by doing statt (s.a. Vogt, 1993, S. 39). Dieses tätigkeitsorientierte Lernen läßt sich gut mit den Kriterien beschreiben, die Rogers (1974, S. 13) als Charakteristika eines erfah-

rungsmachenden Lernens herausgearbeitet hat. Es sind folgende Merkmale:

- Ein erfahrungsmachendes Lernen schließt persönliches Engagement ein; die ganze Person steht sowohl mit ihren Gefühlen als auch mit ihren kognitiven Aspekten im Lernvorgang.
- Es ist selbstinitiiert; sogar dann, wenn der Antrieb oder der Reiz von außen herührt, kommt das Gefühl des Entdeckens, Hinausgreifens, Ergreifens und Begreifens von innen.
- Es durchdringt den ganzen Menschen; es ändert das Verhalten und die Einstellung; vielleicht sogar die Persönlichkeit des Lernenden.
- Es wird vom Lernenden selbst bewertet; er weiß, ob es sein Bedürfnis trifft, ob es zu dem führt, was er wissen will; ob es auf den von ihm erlebten dunklen Fleck der Unwissenheit ein Licht wirft.
- Sein wesentliches Merkmal ist Sinn; wenn ein derartiges Lernen stattfindet, dann ist in der gesamten Erfahrung enthalten, daß der Lernende Sinn darin sieht.

3. 4 Indirekte und direkte Strategien des Modifikationsverhaltens

Obwohl die eben genannten Patientenprozesse relativ unbeeinflußt von direkten Interventionen stattfinden, sollte der Therapeut doch immer wissen, in welchen Problem- und Entwicklungsbereichen die Patienten in den jeweiligen Therapie-Momenten etwas lernen. Er sollte immer einen Überblick über ihr Lernverhalten haben, denn wie eine empirische Analyse des Einflusses dieser globalen Aufmerksamkeithaltung gezeigt hat, korreliert das Überblicksverhalten signifikant mit einem Abbau von Verhaltensstörungen (Schmidtschen & Hennies, 1996).

Theoretisch wird das Stattdfinden eines selbstinitiierten Heilungs- und Entwicklungsverhaltens damit erklärt, daß die Patienten ihre Spiel- und Gesprächshandlungen nicht nach dem Zufallsprinzip inszenieren, sondern nach bestimmten emotional-kognitiven Schemata bzw. Skripten (Schmidtschen, 1991; 1995; Oerter, 1993). Diese stellen einerseits gesellschaftlich festgelegte Ablaufprozesse des alltäglichen Lebens dar (z.B. das Verhalten beim Kaufmann, beim Arzt, im Straßenverkehr etc.) und andererseits individuell erworbene personen- und familienspezifische Programme (z.B. über die Gestaltung des Bindungsverhaltens, des Zärtlichkeitsverhaltens, des Wertschätzungsverhaltens etc.).

Beide Arten von Schemata werden in der Spieltherapie von den Patienten aktiviert und heilungsfördernd bearbeitet. Der Therapeut verhält sich dabei primär in der Rolle eines Supervisors, der Rückmeldungen über die heilungsfördernde Angemessenheit der einzelnen Handlungsaspekte gibt. Diese Rückmeldungen können sich auf globale Aspekte des Schemas beziehen, z.B. ob sich der Patient in der Gestaltung der Spiel-

rollen, mit denen er sich identifiziert, ein „Recht“ auf Wertschätzung, Empathie oder Selbstständigkeit zuspricht; oder auf Teilaspekte des Programmes, z.B. auf die Angemessenheit bestimmter Gefühle, Bewertungen, Ziele, Zielerreichungshandlungen etc. im Rahmen der gespielten Programmelemente. (Ausführlicher informiert Schmidchen, 1978; 1991; 1995.)

Das im Spiel inszenierte einzelne Handlungsprogramm des Patienten wird also global unter Selbstkonzept-, Entwicklungs- und Heilungsaspekten supervidiert und speziell auf die Angemessenheit bestimmter motivationaler, emotionaler, kognitiver und aktionaler Handlungskomponenten überprüft und ggf. in indirekter oder direkter Weise beeinflusst. Das übergeordnete therapeutische Ziel jeder Analyse und Modifikation bleibt dabei immer dasselbe. Es bezieht sich auf die Aktivierung, Verbesserung und Festigung des Heilungs- und Entwicklungsverhaltens.

Konkret lassen sich die Analyse- und Modifikationsmaßnahmen des Therapeuten in der klientenzentrierten Spieltherapie durch folgende Strategien kennzeichnen (Schmidchen, 1991, S. 92 ff):

A-Strategien zur Gestaltung einer heilungsfördernden Beziehung

(nähere Beschreibung s. Kap. 3.2)

B-Strategien zur generellen Förderung von Selbstheilungsprozessen

1. Markierung von heilungsfördernden und -hindernden Prozessen.
2. Bemühen um ein Bedeutungs-Verstehen heilungswichtiger Patientenerfahrungen (Empathie 1).
3. Bewußtmachende Reflexion heilungswichtiger Patientenerfahrungen (Empathie 2).
4. Regulierung der räumlichen Nähe zum Patienten.

C-Strategien zur speziellen Förderung von Selbstheilungsprozessen

1. Vorschläge machen und/oder Anweisungen geben.
2. Verhindern eines gestörten Verhaltens.
3. Zeigen eines Modellverhaltens.
4. Bedeutungsumformung unangenehmer Erfahrungen.
5. Hilfe durch körperbezogene Interventionen.

Wie empirische Untersuchungen des Therapeutenverhaltens gezeigt haben (s. Schmidchen, 1996a), werden die genannten Strategien (nebst einigen anderen) in der Spieltherapie mit Kindern voll genutzt. Unterzieht man sie einer Faktorenanalyse (s. Schmidchen & Hennies, 1996), dann bilden sie sich auf zwei Faktoren ab; wobei der Faktor 1 durch die Strategien A und B beschrieben wird und Faktor 2 durch die C-

Strategien.

Konkret laden auf dem Faktor 1 die Therapeutenskalen: Ausmaß an Empathie; Häufigkeit von Gefühlsreflexionen; Ausmaß an Selbstkongruenz; Ausmaß an Wärme und Akzeptanz; Ausmaß der Spieltiefe beim Mitspielen. Auf dem Faktor 2 laden die Skalen: Häufigkeit der Hilfe beim Problemlösen und Ausmaß des persönlichen Einbringens. Auf beiden Faktoren gleichermaßen läßt die Skala Behalten des Überblicks; sie erfaßt die oben angesprochene Supervisionsfunktion des Therapeuten.

Wie bereits gesagt, wählt der Patient die Themen für seine Spielhandlungen nicht nach dem Zufallsprinzip aus, sondern nach bestimmten heilungsfördernden Gesichtspunkten. So wählt er z.B. als Motiv seiner Handlungen häufig problematische Verhaltensprogramme, die er im Verlauf des Spieles im Beisein des Therapeuten heilend bearbeiten will oder prospektive neue Programme, die sein Zukunftsverhalten charakterisieren sollen. Der Patient nutzt also die Möglichkeiten der Spielinszenierungen, um Überarbeitungen und Korrekturen an problematischen Schemata (bzw. Skripten) vorzunehmen und/oder um neue effektive Programme zur Lebensbewältigung und Selbstverwirklichung zu erproben.

Betrachtet man diese Heilungsarbeit unter einer modifikatorischen Verlaufsspektive, dann interessiert neben der Abschätzung der globalen Angemessenheit der Programme für die Gesundheit und Entwicklung des Patienten insbesondere der Zeitpunkt und Verlaufsort im Programm, an dem heilsame Veränderungen möglich und nötig sind. Dieser Ort läßt sich im klientenzentrierten Modifikationskonzept häufig durch den Zustand einer affektiv-kognitiven Inkongruenz beschreiben. Nach Rogers (1987) handelt es sich beim Inkongruenzerlebnis um das Ineinander- bzw. Gegeneinanderwirken zweier gleich starker Tendenzen des psychischen Geschehens, die einerseits Ausdruck der Kräfte eines problematischen Handlungsprogrammes sein können, das beispielsweise erlernt worden ist, um die Anerkennung wichtiger Bezugspersonen zu bekommen (z.B. gegen seinen inneren Willen kritikklos oder anpassungsbereit zu sein), und andererseits Ausdruck der Kräfte eines natürlichen Strebens nach Autonomie, Selbstentwicklung, Selbstwertschätzung etc. Diese letztgenannten natürlichen Entwicklungsbemühungen subsumiert die klientenzentrierte Therapietheorie unter der globalen Tendenz des organismischen Verwirklichungsstrebens.

Sind beide Strebungen - wie zum Inkongruenzzeitpunkt - gleich stark, so markiert dieser Zeitpunkt und Ort einerseits den Höhepunkt des Konflikterlebens und andererseits die Stelle, an der die Wahrscheinlichkeit zur Korrektur des problematischen Programmes am größten ist. Es ist ein Ort, an dem der „Zustand der Stagnation“ und des sich in einem „Grenzzyklus mit unerwünschten Eigenschaften“ Bewegens (s. Revenstorf, 1991, S. 232 ff) aufgegeben werden und die innere Desorientierung mit Gefühlen von Angst und Verwirrung aufgelöst werden kann. Dies geschieht durch eine

intensive Suchtaktivität und starke Innenorientierung.

Die Aufgabe des Therapeuten bei der Arbeit im Inkongruenzbereich besteht im wesentlichen darin, seine Aufmerksamkeit in Ruhe und Wachheit (awareness) auf das Konfliktgeschehen und die inneren Verwirrheitszustände des Patienten zu richten. Des weiteren sollte er ein hohes Ausmaß an Empathie für jene Konflikttendenz entwickeln, die Ausdruck des organismischen Strebens nach Selbstverwirklichung ist. Diese Tendenz sollte er deutlich durch seine innere Zuwendung (bzw. Akzeptanz) herausheben. Um die Entscheidungsarbeit des Patienten für die positive Tendenz zu unterstützen, sollte sich der Therapeut bemühen, ein Ausbrechen oder Ausweichen des Patienten aus dem Entscheidungskonflikt zu verhindern. Dies kann er u.a. durch die Kommentierung des Geschehens, die Reflexion von Gefühlen, die Markierung der zentralen dissonanten Tendenzen, das generelle Angebot von Problemlösungshilfen und/oder das Verlangsamende bzw. „Einfrieren“ der Spielhandlungen vornehmen.

Zentrales Ziel aller dieser Bemühungen sollte es sein, das Selbstverwirklichungs- und Problembewältigungsverhalten des Patienten zu unterstützen. Weniger Aufmerksamkeit und Zuwendung sollte das problematische Verhalten bekommen (Revenstorf, 1991, S. 227).

Üblicherweise genügt dieses Therapeutenverhalten der Inkongruenzbearbeitung, um einen signifikanten Abbau der in der Einleitung genannten Störungsformen herbeizuführen. Zuweilen ist es aber bei den Patienten, die in relevanten Problembereichen zu wenig oder keine Inkongruenzen mit Schemata der organismischen Selbstverwirklichungstendenz produzieren (z.B. weil sie solche Schemata noch gar nicht erworben haben), erforderlich, durch ein geschicktes Mitspielverhalten die Entstehung von Inkongruenzergebnissen zu fördern. Dieses Mitspielverhalten entspricht zwar nicht ganz der Axlineschen (1972) Prämisse der „Nicht-Direktivität“ (ausgedrückt im Prinzip: *the child leads the way*), deckt sich aber mit der Forderung nach einer optimalen Hilfestellung und Effektivierung der Therapie. Im folgenden möchte ich anhand von zwei Beispielen demonstrieren, wie durch eine gezielte Mitspieltätigkeit die Entstehung von Inkongruenzergebnissen gefördert werden kann.

Wie gesagt besteht das typische Vorgehen in der Spieltherapie darin, sein Mitspielverhalten so anzulegen, daß man sich als Therapeut mit Motiven und Handlungsselektionen des organismischen Selbstverwirklichungsstrebens des Patienten verbündet und nicht mit den das Verwirklichungsverhalten unterdrückenden Mechanismen. Dies kann in der Praxis so aussehen, daß man sich z.B. in einem Rollenspiel, in dem eine soziale Konfliktsituation nach dem problematischen Programm des Patienten in Form eines Streitverhaltens inszeniert wird, so verhält, daß man in der zugeordneten Rolle des unterlegenen Kindes nicht mit Gesten der Aggression gegen den Gewinner oder mit Demutsverhalten reagiert, sondern mit souveräner Akzeptanz seines möglichen

Irrtums- oder Fehlverhaltens unter deutlicher Beibehaltung seiner Selbstachtung und seines Gleichrangigkeitsgefühles mit dem Konfliktpartner.

Das unerwartete Verhalten des Therapeuten (in der Rolle des Spielpartners) dürfte den Patienten so verwirren, daß er wahrscheinlich ein Inkongruenzerlebnis erfährt. Dieses könnte dadurch ausgelöst werden, daß durch die vom Therapeuten vorgenommene positive Gestaltung der Unterlegenheitsrolle eigene unterdrückte Strebungen nach Selbstachtung und Gleichrangigkeit, die er in der Verliererrolle erlebt hat, eine so starke Betonung bekommen, daß sie im obigen Fall zu einer Gegenkraft des problematischen Streitprogrammes werden könnten. Tritt erwartungsgemäß wirklich ein Inkongruenzkonflikt ein, dann wird er modifikatorisch so beeinflusst, daß das positive Verhaltensprogramm das problematische ersetzt.

In einem anderen Beispiel reagiert der Therapeut in einer Spielszene, in der ein Kind von einem Elternteil (diese Rolle ist dem Therapeuten zugeteilt worden) in der Alltagsrealität statt Verständnis und Akzeptanz, Kritik und Ablehnung bekommt, so, daß er nicht das erwartete Ablehnungsverhalten spielt, sondern die primären Bedürfnisse des Kindes nach Empathie und Wertschätzung befriedigt. Auch dieses Verhalten dürfte den Patienten in einen Dissonanzkonflikt mit den Erwartungen seines problematischen Handlungskryptums führen. (Dieses Beispiel wird ausführlich in einer Falldarstellung von Schmidchen, 1996b, beschrieben.)

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß sich der Therapeut in beiden Beispielen bemüht, die unterschwellig vorhandenen Kräfte des Patienten nach Selbstverwirklichung zu stärken und handlungswirksam werden zu lassen. Damit bekommen sie in der ersten Phase des Modifikationsgeschehens einen so hohen Beeinflussungswert, daß sie einen Inkongruenzkonflikt mit dem problematischen Verhaltensprogramm herbeiführen können. Dieser Wert kann dann in der zweiten Phase des Modifikationsgeschehens noch weiter betont und ausgebaut werden, so daß sich der Patient bemüht, den Inkongruenzkonflikt durch eine Handlungsplanung im Dienste der Selbstaktualisierungstendenz zu lösen.

In der dritten Modifikationsphase geht es dann darum, die im Spiel entwickelten neuen, positiven Handlungsprogramme in der Realität zu ratifizieren und zu stabilisieren. Im Setting der Spieltherapie geschieht dies in Gesprächen über das problematische und positive Verhalten und im Setting der Familientherapie durch das Einholen von elterlichen Rückmeldungen über das Kindverhalten, durch Übungsspiele und/oder Hausaufgaben für Eltern und Kind. Außerhalb des Therapiesettings ist die Ratifizierung des neuen Verhaltens ganz von der Eigenmotivation des Patienten (und seiner Eltern) abhängig sowie von seinen Fähigkeiten zur Selbstregulation. Damit das Erprobungsverhalten in der Alltagssituation bereits parallel zur Therapie ablaufen kann, empfiehlt es sich in jeder Therapiestunde (zumindest bei älteren Kindern und Erwach-

senen), nach den Alltagserfahrungen mit den neuen Programmen zu fragen. Man kann jedoch auch davon ausgehen, daß diese Erfahrungen bereits in die jeweiligen aktuellen Spielinszenierungen der Patienten eingebaut werden, so daß man auch ohne ein gesondertes Nachfragen einen Einblick in das Ratifizierungsverhalten erhält. Empirische Befunde belegen (Schmidchen, 1996a), daß die Wirksamkeit der Therapieeffahrung auch nach Therapieende anhält und sich sogar noch steigert. Dieses Phänomen unterstreicht die Bedeutsamkeit des indirekten modifikatorischen Vorgehens. Es fördert nämlich die genannten Fähigkeiten des Patienten zur Eigenmotivation und Selbstregulation.

4. Fazit

Vergleicht man abschließend das modifikatorische Prozedere der klientenzentrierten Spieltherapie mit dem Vorgehen Ericksons bei der Hypnosebehandlung (s. Erickson & Rossi, 1978, S. 334), so deckt es sich in hohem Maße mit den dort verwendeten Strategien. Die Gemeinsamkeiten betreffen: Die Herstellung eines Rapports; die Entwicklung und Freisetzung von generellen heilungsfördernden Haltungen und Verhaltensweisen; die Fokussierung der Aufmerksamkeit des Patienten auf entwicklungs- und störungsalternative Ressourcen und Handlungsprogramme; die Förderung der Eigenmotivation und Selbsthilfe; die Stimulierung und Erweiterung von spontanen Transprozessen; die Zurückhaltung des Therapeuten mit lenkenden Einflüssen; die Achtung der Person des Patienten; die Nutzung von Dissonanzerlebnissen; die Ratifizierung des gelernten Verhaltens in der Alltagswelt und die systemische Sichtweise des Verhaltens.

Literatur

- Axline, V. (1972). Kinderspieltherapie im nicht-direktiven Verfahren. München: Reinhardt (engl. Original 1947).
- Biermann-Ratjen, E.M., Eckert, J. & Schwartz, H.J. (1995). Gesprächspsychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Erickson, M.H. & Rossi, E.L. (1978). Hypnose. Indikation - Psychotherapeutische Anwendung - Beispiele. München: Pfeiffer.
- Erickson, M.H. & Rossi, E.L. (1981). Hypnotherapie. Aufbau - Beispiele - Forschungen. München: Pfeiffer.
- Heckhausen, H. (1964). Entwurf einer Psychologie des Spiels. Psychologische Forschung, 27, 225-293.
- Mrochen, S. & Biermann, H. (1993). Einige Grundlagen der Kinderhypnose. In S. Mrochen, K.L. Holtz & B. Trenkle (Hrsg.), Die Pupille des Betnässers (10-29). Heidelberg: Carl Auer.
- Oerter, R. (1993). Psychologie des Spiels. Ein handlungstheoretischer Ansatz. München: Quintessenz.
- Papoušek, H. & Papoušek, M. (1987). Intuitive parenting: A dialectic counterpart to the infant's integrative competence. In J.D. Osofsky (Ed.), Handbook of infant development. New York:

- Wiley, 669 - 720.
- Revenstorf, D. (1991). Hypnose als kognitive Therapie. In B. Peter, C. Kraiker & D. Revenstorf (Hrsg.), Hypnose und Verhaltenstherapie (213-252). Bern: Huber.
- Rogers, C.R. (1974). Lernen in Freiheit. München: Kösel.
- Rogers, C.R. (1987). Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen (Orig. 1959). Köln: GwG-Verlag.
- Schade, I., Schwarz, A. & Zimmer, T. (1994). Analyse von Spielen und im Spiel gezeigten Verhaltensmustern von 5 - 11jährigen Kindern im Rahmen von Einzelspieltherapien. Univ. Hamburg: Diplomarbeit am FB Psychologie.
- Schmidchen, S. (1978). Handeln in der Kinderpsychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmidchen, S. (1991). Klientenzentrierte Spiel- und Familientherapie. Weinheim: Psychologie-Verlags-Union.
- Schmidchen, S. (1995). Klientenzentrierte Diagnostik und Therapie von psychischen Erkrankungen im Kindesalter. In S. Schmidchen, G. Speierer & H. Linster, (Hrsg.), Die Entwicklung der Person und ihre Störung (Band 2). Köln: GwG-Verlag. 181-228.
- Schmidchen, S. (1996a). Neue Forschungsergebnisse zu Prozessen und Effekten der klientenzentrierten Kinderspieltherapie. In C. Breck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen (Bd. 1). Göttingen: Hogrefe.
- Schmidchen, S. (1996b). Kinderpsychotherapie bei Anpassungsstörungen (DSM III R 309.40). In J. Eckert, D. Höger & H. Linster (Hrsg.), Praxis der Gesprächspsychotherapie - Störungsbezogene Falldarstellungen (Band 1). Köln: GwG-Verlag.
- Schmidchen, S., Acke, H. & Hennies, S. (1995). Heilende Kräfte im kindlichen Spiel! - Professionsanalyse des Klientenverhaltens in der Kinderspieltherapie. GwG Zeitschrift, 99, 15 - 23.
- Schmidchen, S. & Engbarth, A. (1986). Welche Therapeuten- und Klientenvariablen bestimmen den Erfolg einer Spieltherapie? Psychologie, Erziehung und Unterricht, 33, 185-195.
- Schmidchen, S. & Hennies, S. (1996). Analyse des Therapeutenverhaltens in der Kinderspieltherapie. GwG-Zeitschrift (in Vorber.).
- Schmidchen, S., Wörmann, D. & Hohrucker, B. (1977). Verlaufsanalyse des Spielverhaltens in der Kinderpsychotherapie. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychotherapie 26(6), 208-217.
- Vogt, M. (1993). Entwurf einer konstruktivistischen Hypnotherapie für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen. In S. Mrochen, K.L. Holtz & B. Trenkle (Hrsg.), Die Pupille des Betnässers (30 - 47). Heidelberg: Carl Auer.
- Wygotzki, L. (1987). Ausgewählte Schriften. Arbeiten zur psychischen Entwicklung der Persönlichkeit (Band 2). Berlin (DDR): Volk und Wissen.

Abstract: As documented in various empirical research studies, the freely chosen, intrinsic motivated phantasy play of children and adults can be utilised to induce affective-cognitive trance processes to set free therapeutic self-healing resources.

In play therapy practice the following strategies will be used: establishing and utilising therapeutic rapport; initiating self-induced learning processes to solve problems and to produce healthy behaviour; showing self-congruent and patient accepting behaviour; stimulating self-reflective processes to transfer play experiences into everyday life; favouring non-direktive modification procedures, such as pacing and leading, reflection of feelings or problem solving processes; offering and provoking healthy behaviour within the coplaying activities of the therapist; teaching normative knowledge by setting limits within and outside play activities.

The numerous regressive processes during play enable patients to resocialise their socio-affective schemata of behaviour regulation. Further, as the potential to play is an inherent ability of all children and adults, the administration of trance induction techniques is not necessary. In addition, as the unconscious cognitive-affective information processing activities of the patient are overtly shown within play, complex hypothetical transformations of patient's covert inner-psychic processes (as in other hypnotic procedures) are not necessary.

Keywords: children therapy, play therapy, client centered therapy, trance, hypnosis

Stefan Schmidchen, Prof. Dr.
Universität Hamburg
Psychologisches Institut II
Von-Melle-Park 5
20146 Hamburg

Anmerkungen

¹ Untersuchungen zur Wirksamkeit der Spieltherapie mit Erwachsenen stehen kurz vor ihrem Abschluß.

Störungen der automatischen Informationsverarbeitung bei chronischen Schmerzpatienten sind potentielle Ansatzpunkte der Hypnotherapie

Manfred Ruoff

■ Kognitive Faktoren in Form von Schmerzüberzeugungen und Copingstrategien sind an der Entstehung, Aufrechterhaltung und Modifikation chronischer Schmerzen beteiligt. Möglicherweise lassen sich hinter den mit Fragebögen zu erhebenden Konstrukten zu Schmerzkognitionen und Copingverhalten bei Patienten mit chronischen Schmerzen Veränderungen bei basalen Informationsverarbeitungsprozessen feststellen. Mit einem Experiment zum Hindsight Bias sowie zum selektiven Encodieren sollten Abweichungen bei der automatischen Informationsverarbeitung bei Schmerzpatienten aufgedeckt werden. Es ergab sich, daß Schmerzpatienten selektiv positive und neutrale Information nicht aufnehmen. Sie zeichneten sich ferner durch einen höheren Erinnerungsshift beim Hindsight Bias-Experiment aus. Die Ergebnisse lassen sich dahingehend interpretieren, daß Abweichungen bei der Codierung und Erinnerung von Schmerzpatienten zu einem kognitiven Stil führen, der Entstehung und Aufrechterhaltung chronischer Schmerzen unterstützt. Hypnotherapie ist ein Interventionsverfahren, das zur Modifikation solch abweichender schmerzgenerierender automatischer Kognitionen angezeigt scheint.

1. Einleitung

Die Annahme unbewußter Informationsverarbeitung basiert auf der Überzeugung, daß mittelbares oder explizites Wissen und bewußtes Wahrnehmen und Erkennen nur einen Bestandteil des psychischen Geschehens ausmacht, das unserem Urteilen, Entscheiden, Planen und Verhalten zugrunde liegt. Dem bewußten Erkennen, über das in-