

# **SELBST bin ICH kreativ!**



**Kreative Gestaltarbeit in der  
strukturbezogenen Psychotherapie**

**Graduierungsarbeit zur  
Integrativen Gestalttherapeutin  
Dr. Gunda Seim**



## Inhaltsverzeichnis

|           |   |           |
|-----------|---|-----------|
| <b>1</b>  | <b>Wie ist das Interesse an dem Thema entstanden.....</b>                             | <b>3</b>  |
| 1.1       | Interesse an kreativen Medien .....   | 3         |
| 1.2       | Interesse an der Arbeit mit Ich-strukturell geschädigten Patienten .....              | 4         |
| <b>2</b>  | <b>Präzisierung der Fragestellung: Problemdefinition.....</b>                         | <b>4</b>  |
| <b>3</b>  | <b>Stand der Diskussion: welche relevanten Theorien gibt es?.....</b>                 | <b>5</b>  |
| <b>4</b>  | <b>Theoretischer Hintergrund zur Fragestellung .....</b>                              | <b>7</b>  |
| 4.1       | Ich-strukturelle Störungen.....   | 7         |
| 4.1.1     | Entwicklungspsychologischer Hintergrund .....   | 7         |
| 4.1.1.1   | Gedächtnisentwicklung .....   | 8         |
| 4.1.1.2   | Persönlichkeitsentwicklung .....  | 9         |
| 4.1.2     | Die Strukturniveaus .....   | 11        |
| 4.1.2.1   | Der Strukturbegriff .....   | 11        |
| 4.1.2.2   | Gut integriert (OPD Niveau 1, „neurotisch“) .....                                     | 11        |
| 4.1.2.3   | Mäßig integriert (OPD Niveau 2, „narzisstisch“).....                                  | 12        |
| 4.1.2.4   | Gering integriert (OPD Niveau 3, „Borderline“) .....                                  | 12        |
| 4.1.2.5   | Desintegriert (OPD Niveau 4, „psychotisch“) .....                                     | 12        |
| 4.1.2.6   | Strukturniveaus differenziert betrachtet: die Identitätssäulen.....                   | 12        |
| 4.1.2.7   | Borderline ist nicht gleich Borderline... ..  | 13        |
| 4.1.2.8   | Schädigende Stimulierung .....  | 14        |
| 4.2       | Therapeutische Haltung in der Arbeit mit Ich-strukturell geschädigten Patienten ..... | 15        |
| 4.2.1     | Therapeutische Position .....   | 16        |
| 4.2.1.1   | Sich <b>hinter</b> den Patienten stellen .....  | 16        |
| 4.2.1.2   | Sich <b>neben</b> den Patienten stellen.....  | 17        |
| 4.2.1.3   | Sich dem Patienten <b>gegenüber</b> stellen.....                                      | 17        |
| 4.2.1.4   | Therapeutische Arbeit in der Position des <b>Dritten</b> .....                        | 18        |
| 4.2.2     | Behandlungstechnik, Ziele und Fokus .....   | 19        |
| 4.3       | Kreatives Gestalten.....  | 20        |
| 4.3.1     | Explizite und implizite Inhalte .....   | 23        |
| 4.3.1.1   | Explizites Unbewusstes .....  | 23        |
| 4.3.1.2   | Implizites Unbewusstes.....   | 23        |
| 4.3.1.3   | Vorbewusste Inhalte.....  | 24        |
| 4.3.1.4   | Defizite im kreativen Ausdruck.....   | 24        |
| <b>5</b>  | <b>Strukturelle Störungen &amp; kreative Gestaltarbeit .....</b>                      | <b>25</b> |
| 5.1       | Rahmen und Auswahl der Technik .....  | 25        |
| 5.1.1     | Kreative Tätigkeit, oder: der Weg ist das Ziel!.....                                  | 26        |
| 5.1.2     | Arbeit mit dem Werk, oder: das Ziel ist der Weg.....                                  | 27        |
| 5.2       | Grad der Strukturiertheit .....   | 28        |
| 5.2.1     | Frei .....  | 29        |
| 5.2.2     | Mittel .....  | 29        |
| 5.2.3     | Gut strukturiert.....   | 29        |
| 5.3       | Die Patienten .....   | 30        |
| 5.4       | Bezogen auf Therapieziele.....  | 34        |
| 5.4.1     | Kognitive Ebene: Selbstwahrnehmung und Objektwahrnehmung.....                         | 34        |
| 5.4.2     | Regulative Ebene: Steuerung und Abwehr .....  | 38        |
| 5.4.3     | Emotionale Ebene: Fähigkeit zur Kommunikation .....                                   | 42        |
| 5.4.4     | Bindungsebene: innere Bindung und äußere Beziehung .....                              | 49        |
| <b>6</b>  | <b>Ideensammlung .....</b>  | <b>50</b> |
| <b>7</b>  | <b>Fallen &amp; Gefahren .....</b>  | <b>53</b> |
| <b>8</b>  | <b>Reflexion &amp; kritische Auseinandersetzung .....</b>                             | <b>55</b> |
| <b>9</b>  | <b>Literaturverzeichnis.....</b>  | <b>57</b> |
| <b>10</b> | <b>Anhang A,B,C .....</b>   | <b>59</b> |





Einleitend möchte ich auf eine Schwierigkeit hinweisen, die sich mir anfangs beim Schreiben dieser Arbeit gestellt hat: die Begrifflichkeiten.

Zum einen herrscht eine ausgeprägte Verwirrung der Begrifflichkeiten im Umfeld der strukturellen Störungen („Frühstörungen“, „Grundstörungen“, „präödpale Störungen“, „Persönlichkeitsstörungen“, „Daseinsgewißheit“, „Psychose – Borderline – Narzissmus – Neurose“ uvm.), was zu umständlichen gegenüberstellenden Grafiken führt; zum anderen werden über die unterschiedlichsten Therapieschulen hinweg Begrifflichkeiten aus der ursprünglichen Psychoanalyse verwendet, die nie neu adaptiert bzw. definiert wurden und für mich in ihrer damaligen (und großteils überholten) Bedeutung verhaftet und zum Teil sogar in die Alltagssprache übergegangen sind. Bei Salem (2004, S. 296) ist die Borderline-Störung sogar etwas anderes als die Persönlichkeitsstörungen, während ansonsten überwiegend von der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) gesprochen wird.

Die Idee einer gemeinsamen, schulenübergreifenden Fachsprache ist sicherlich sinnvoll und wünschenswert; doch wird deren Realisierung in meinen Augen nicht möglich sein. Also habe ich mich entschlossen, dem Leser die Vielfalt zuzumuten und keine Vereinheitlichungsversuche zu unternehmen.

Weiters möchte ich noch erwähnen, dass sich im Zuge aktueller Differenzierungsprozesse die Frage nicht unterdrücken lässt, welche Literatur denn jetzt meiner Fachrichtung, nämlich der **Integrativen Gestalttherapie**, zuzuordnen ist. So zitiere ich z.B. aus Büchern mit dem Titel „Gestalttherapie“, in dem Beiträge aus der „Gestalttherapie“ oder „Integrativen Gestalttherapie“ friedlich neben solchen der „Integrativen Therapie“ zu finden sind. Ich habe mich entschlossen, mich davon – ebenso friedlich - nicht beeinflussen zu lassen.

## 1 Wie ist das Interesse an dem Thema entstanden

### 1.1 Interesse an kreativen Medien

Seit der frühesten Kindheit ist der kreative Ausdruck ein wichtiger Wegbegleiter für mich. Für meine Eltern, ein Bildhauer und eine Malerin, war das künstlerische Tun immer ein Bestandteil ihres Alltags. So konnten mir auch meine Zeichen- und Musiklehrer in der Schule keinen Strich durch die Rechnung machen. Meine Mutter ist zudem ein sehr musischer Mensch, so durfte ich viele Jahre lang Klavier lernen.

Andererseits ging es immer um das Schaffen von Kunst, und nicht um die Freude am schöpferischen Tun an sich. Einige Jahre meines jungen Erwachsenenlebens gingen herum, bis es mir gelang, mich vom Endprodukt loszulösen, beziehungsweise vom bewerten desselben, um mich wirklich frei entfalten und meiner Intuition freien Lauf lassen zu können.





Meine großteils autodidaktische künstlerische Bildung in der Malerei steht mir nicht mehr im Weg, sondern ermöglicht mir die Umsetzung gegenständlicher Traumbilder (Titelbild) und Fantasie-Bilder (Anhang C).

Meine heutigen Hauptausdrucksmittel sind der Gesang und die Aquarellmalerei. Besonders das Singen trägt zu einer gesunden Psychohygiene bei, befreit mich von Anspannungen und holt mich „aus dem Kopf“. Ich nehme seit drei Jahren Gesangsunterricht.

Das Aquarellmalen, besonders unter Verwendung von sehr viel Wasser, hat den reizvollen Aspekt des Unberechenbaren an sich, so dass sich aus zufällig zusammen geronnenen Farben spannende Formen herauskristallisieren. In diesem Fall ist für mich der Weg das Ziel. Ich kann auf Kontrollversuche verzichten und bin neugierig darauf, was mir der Zufall bescheren wird.

## 1.2 Interesse an der Arbeit mit Ich-strukturell geschädigten Patienten

Lange Zeit wusste ich nicht, wohin sich mein Arbeitsschwerpunkt in der Psychotherapie richten würde. So arbeitete ich mit allen Altersstufen und mit unterschiedlichsten Störungsbildern.

Dann kam ein Mann in einer schweren suizidalen Krise zu mir in Therapie und blieb zweieinhalb Jahre lang mein Patient. Er war damals 55 Jahre alt und befand sich in allen Lebensbereichen auf einem gering integrierten Strukturniveau. Damals stellte ich zum ersten mal die Diagnose „Borderline Persönlichkeitsstörung“, abhängige Form (vgl. [Kap.4.1.2.4](#)). Mich berührte sein Schicksal sehr und ich fragte mich häufig, wie es ihm überhaupt gelungen sein konnte, bis zum damaligen Zeitpunkt zu überleben.

Seit damals kommen immer wieder Menschen mit strukturellen Störungen oder strukturellen Teildefiziten zu mir. Viele sind hochintelligente und beruflich erfolgreiche Menschen, bei denen gleichzeitig schwerste Defizite an der Basis zu finden sind. Was mich besonders an der Arbeit mit dieser Patientengruppe reizt und berührt, ist die zentrale Wichtigkeit der Beziehungsarbeit, die Komplexität und vor allem die große Not, die hinter vordergründig oft wenig gesellschaftsfähigem Sozialverhalten steckt.

## 2 Präzisierung der Fragestellung: Problemdefinition

Da der Einsatz non-verbaler Techniken prädestiniert ist, schwer zugängliche Inhalte und Emotionen schneller ans Tageslicht zu fördern, ist im Umgang damit besondere Vorsicht geboten.





Bei erwachsenen Patienten mit neurotischen Störungen, also mit ausreichenden Ich-Funktionen, können mithilfe kreativer Techniken neue innere Räume erschlossen, die Körperwahrnehmung geschult, Selbstvertrauen gestärkt oder Regressionsarbeit unterstützt werden. Die Geist-Körper-Seele Synergie, der Leib, wird gestärkt. Die Durchführung und Nachbearbeitung der Intervention kann konfliktorientiert und zur Konfrontation mit dysfunktionalen Verhaltensmustern eingesetzt werden.

Wie ist das aber bei Menschen, deren innere Struktur wenig Halt gibt? Deren Affekt- und Impulskontrolle defizitär ist? Deren Identität brüchig ist? Ist es möglich, kreative Medien sinnvoll einzusetzen, wenn der Patient kaum in der Lage ist, irgendetwas „am eigenen Leib“ zu fühlen, geschweige denn einzuordnen?

Aus diesen Überlegungen heraus – und aus meiner anfänglichen Zurückhaltung im Einsatz kreativer Medien bei Patienten mit strukturellen Störungen – ergibt sich für mich folgende Fragestellung:

Welche kreativen Techniken und Medien können für Patienten mit strukturellen Störungen für deren Entwicklung förderlich sein und was speziell muss dabei beachtet werden? Dabei möchte ich nicht möglichst viele Übungen auflisten (dafür gibt es zahlreiche kunsttherapeutische „Anleitungs-Bücher“), sondern anhand einiger Beispiele die Spezifität kreativen Arbeitens bei dieser speziellen Patientengruppe herausarbeiten.

### 3 Stand der Diskussion: welche relevanten Theorien gibt es?

Grundsätzlich finden sich in der Literatur zwei unterschiedliche Strömungen. Die erstere stammt eher aus der psychoanalytischen Tradition, die andere aus den humanistischen Richtungen. In **psychoanalytisch orientierten** Ansätzen von Kunst- und Gestaltungstherapie werden kreative Medien sozusagen nur als „Mittel zum Zweck“, nämlich um Zugang zu unbewussten Inhalten aus der Vergangenheit zu bekommen:

Bei manchen Patienten „...sind die Abwehrstrukturen des Charakters in einer seelischen Schicht zwischen Sprache und Gefühlsleben begründet. Diese Abwehrstrukturen werden durch den direkten Zugang zum Bild unterlaufen.“ (Benedetti, 1991, S. 318). Benedetti schöpft seine Erfahrungen hauptsächlich aus der Arbeit mit Patienten mit desintegriertem Strukturniveau. Durch den Einsatz von Bildern wird der Patient als Schaffender in die Welt gestellt. Die begriffliche Konfrontation mit der schmerzlichen Symptomatik wird noch hinausgeschoben, bis das Ich genug genährt und dazu ausgerüstet ist (vgl. Benedetti, 1991, S. 319).





Im Bild wird der Patient zum Gestalter seiner Innerlichkeit. Das Bild als Ausdruck des inneren Erlebens bedeutet auch Projektion, Lokalisierung, Abgrenzung und Abwehr. Das Diffuse, Unaushaltbare wird so „zu einer Sache“. Der Patient lernt, einen kreativen Abstand zu seiner Krankheit zu nehmen und diese durch das Bild weiter zu gestalten. Er spricht „über das Bild“, das wie ein „Übergangssubjekt“ zwischen Patient und Therapeut steht. (vgl. Benedetti, 1991, S. 321-327).

Dieses Nach-Aussen-Bringen, bzw. die Externalisierung, sorgt so für die notwendige Distanz, damit auch dissoziierte Anteile sichtbar werden dürfen (vgl. Methoden zur Schaffung einer inneren Distanz aus der Traumatherapie).

Andererseits müssen wir „... bei der Behandlung von Grundstörungen mit der Hilflosigkeit des Ichs in viel breiterem Umfang rechnen müssen als bei Neurosen, und dass wir wissen müssen, auf was wir uns einlassen, wenn wir dabei kunsttherapeutische Mittel verwenden, mit denen wir die Verbalisierungsschwelle, die auch eine Bewusstseinschwelle darstellt, unterlaufen können.“ (Gabriel, 1991, S. 335). „Hinzu kommt, dass auch bei normaler Ich-Entwicklung die Gefahr besteht, dass von Seiten des vorher unterdrückten und jetzt befreiten Unbewussten das Ich aus seiner Fassung gebracht wird und sich gegen den Andrang der affektiven Faktoren nicht behaupten kann.“ (Gabriel, 1991, S. 341). Diesem Punkt möchte ich ein eigenes Kapitel (7) widmen, da ein souveräner Einsatz kreativer Medien in der Arbeit mit strukturell geschädigten Patienten erst möglich wird, wenn sich der Therapeut in vollem Ausmaß der potentiellen Gefahren bewusst ist.

Die **gestalttherapeutische** Sichtweise hingegen sieht so aus, dass Gestaltung selber Zweck ist: Imaginationen (gemalte oder innere Bilder, Tagträume, Nachträume, Fantasiereisen, ...) sind Bestandteil des Alltags eines jeden Menschen. In Imaginationen treten Inhalte in den Vordergrund, deren Bildmuster mit Persönlichkeitsmustern Hand in Hand gehen (vgl. Baer, 2004, S. 394).

Die Kunst- und Gestaltungstherapie arbeitet im Hier & Jetzt und macht gleichzeitig prozesshafte Bezüge zur Geschichte und Zukunft zum Thema. Patienten entwerfen dabei ihre Lebensperspektiven, konstruieren ihre Welt, deuten sie um, erzählen ihr Leben, schreiben es fort usw. (Baer, 2004, S.376-379).

Im Zusammenhang mit der Behandlung von Patienten auf mäßig bis gering integriertem Strukturniveau erwähnt Rudolf (2006, S. 184): „Die Kreativtherapien eröffnen auf dem Wege über die künstlerische Gestaltung Zugänge zur Selbstwahrnehmung, die nicht durch Rationalisierung und Intellektualisierung verstellt ist“. In der Behandlung struktureller Störungen liegt der Fokus also zum einen auf dem Selbstverständnis und der Kommunikation, falls symptomwertiges Verhalten sehr im Vordergrund steht; und zum





anderen auf dem Erlernen von Affekt- und Impulssteuerung im Sinne von strukturierenden Entwicklungsangeboten (vgl. Rudolf, 2006, S. 183-184).

Richter (2003, S. 103) erwähnt in Zusammenhang mit nachnährendem Vorgehen in der kreativen Gestaltarbeit: *„Diese Vorgehensweise eignet sich für die Behandlung früher Störungen. Der Fokus liegt auf der „Nachbeelterung“ des defizitären, geschädigten Kindes im Klienten. Entsprechend wird hier mehr Nähe, Körperkontakt, Übergangsobjekten, Kuschelecke etc. gearbeitet. Märchen und magische Objekte können eine Rolle spielen. Der Begleiter nimmt Übertragungen an und verhält sich, als ob er eine wichtige frühe Bezugsperson wäre. Es geht darum, mangelnden oder negativen frühen Beziehungserfahrungen positive Beziehungsmöglichkeiten entgegenzusetzen und neue Erfahrungen zu sammeln.“*

Richter nennt als eines der Ziele der kreativen Gestaltarbeit die Ermöglichung von Heilungsprozessen bei Krankheiten und Persönlichkeitsstörungen<sup>1</sup> und die Entfaltung und Stabilisierung von Selbst-, Ich- und Identitätsaspekten (2003, S. 29).

Zusammenfassend kann man festhalten, dass der kreative Ausdruck nicht nur dem Ausdruck von Unbewusstem oder Vorbewusstem dienen soll, speziell nicht bei der hier fokussierten Patientengruppe, sondern vorwiegend der strukturierten Ich-Stärkung und Selbst-Erfahrung im Hier & Jetzt.

Leider gibt es nicht viel Literatur, die wirklich spezifisch für mein Thema ist. In der zahlreichen Literatur zu Persönlichkeitsstörungen finden sich kaum Hinweise auf gestalterische Interventionen; in der ebenfalls zahlreichen Literatur zu Gestaltungstherapien oder kreativen Medien in der Integrativen Gestalttherapie findet man nichts Störungsspezifisches.

Um diese Fragestellung fachlich fundiert beleuchten zu können, gehe ich im folgenden Kapitel auf den theoretischen Hintergrund ein.

## 4 Theoretischer Hintergrund zur Fragestellung

### 4.1 Ich-strukturelle Störungen

#### 4.1.1 Entwicklungspsychologischer Hintergrund

Piaget's Entwicklungspsychologie definiert den Beginn des abstrakten Denkvermögens erst im formaloperationalen Stadium ab dem 12. Lebensjahr: der junge Mensch kann nun "mit Operationen operieren", das heißt, er kann nicht nur über konkrete Dinge, sondern auch über Gedanken nachdenken. Die Periode ist charakterisiert durch abstraktes Denken und das

---

<sup>1</sup> Kritische Anmerkung: sind Persönlichkeitsstörungen bei Richter keine Krankheiten?





Ziehen von Schlussfolgerungen aus vorhandenen Informationen. Erst ab diesem Zeitpunkt können solche Gedankeninhalte auch entsprechend abgespeichert werden.

Die folgenden Punkte, die Gedächtnis- und Persönlichkeitsentwicklung, hängen direkt mit Reifungsprozessen des Gehirns zusammen:

Die Grundlage der Reduktion von festgelegten Verhaltensweisen (Trieben) und Instinktabläufen bei gleichzeitiger Expansion von Emotionen und Lernfähigkeit ist die Entwicklung eines Systems im Gehirn, das zwischen der **kortikalen** kognitiven Repräsentation der Umwelt und den im **Zwischenhirn** und **Hirnstamm** repräsentierten organischen Ansprüchen, also den Trieben, vermittelt (<http://emotions.psychologie.uni-saarland.de/vorlesung/hirnkr.htm>).

Dieses wird **limbisches System** genannt. Das Wort kommt von limbus - lateinisch Grenze - und wurde eingeführt, um eben diese Grenzfunktion von phylogenetisch älteren Hirnregionen zu den neueren Hirnstrukturen zu beschreiben. Die Analyse sensorischer sowie körper-interner Informationen hinsichtlich ihrer emotionalen Bedeutung hängen von der Reife der Amygdala ab, die einen der Kerne des limbischen Systems darstellt (<http://emotions.psychologie.uni-saarland.de/vorlesung/hirnkr.htm>).

#### 4.1.1.1 Gedächtnisentwicklung

Hier in einem kurzen Überblick die Etappen der Gedächtnisentwicklung (vgl. Richter, 2003, S. 47):

**Das sensomotorische Gedächtnis.** Hierbei geht es um rudimentäre Formen der Speicherung in der vorgeburtlichen Zeit.

**Das atmosphärische Gedächtnis.** Viele Sinneseindrücke werden auf einem undifferenzierten Niveau erfahren und als Gesamteindrücke wahrgenommen, die die Qualität von Atmosphären; von Stimmungen haben. Sie stammen aus der Welt früher affektiver Erfahrungen und können alle späteren Gedächtnisinhalte einfärben.

**Ikones Gedächtnis.** Diese Leistung folgt der atmosphärischen sehr schnell. Hierbei werden verschiedene Sinneswahrnehmungen gestalthaft zusammengefasst zu „Ikonen“.

**Szenisches Gedächtnis.** Es können jetzt ganze Szenensequenzen wahrgenommen und gemerkt werden (ab ca. 2. Lebensjahr). Die wahrgenommenen Ereignisse werden von vielen Sinnen gleichzeitig abgespeichert. Sie entwickeln sich auf dem Hintergrund interpersonaler Erfahrungen.

**Symbolisches Gedächtnis.** Die Figurationen der Sinneswahrnehmungen wird in ihrem Komplexitätsgrad reduziert und mit Bedeutung versehen. So werden symbolhaltige, bedeutungsgeladene Aufzeichnungen von komplexen Formen möglich. Ab dem 2.-3.





Lebensjahr können sie dann auch in einem verbal-semantischen Gedächtnis festgehalten werden.

Im vorsprachlichen Raum bedarf es also anderer Mittel als der Sprache, um die Leibarchive zum Erzählen zu bringen: Gesten, Klänge, bildhafte Symbole, Gerüche etc.

#### 4.1.1.2 Persönlichkeitsentwicklung

Nach einigen Jahrzehnten intensiver Säuglingsforschung hat sich die Überzeugung gefestigt, dass das erste Interesse des als sehr aktiv verstandenen Babys in den ersten Lebensmonaten dem Gesicht der primären Bezugsperson gilt. In der Kommunikation wächst ein System der körperlichen Nähe und wechselseitigen Bezogenheit, in dem die Grundlagen positiver Emotionen gelegt werden. Mutter und Kind bilden miteinander ein Ganzes, ein Beziehungssystem. Dieses Beziehungssystem geht dann in ein Bindungssystem über, deren wichtige Bezugspersonen immer deutlichere Erinnerungsspuren im Inneren des Babys hinterlassen (vgl. Rudolf, 2006, S. 10).

Unterschiedliche Modelle der Selbstentwicklung finden sich bei Petzold (1995, S. 341). In der folgenden Darstellung beziehe ich mich aber auf Richter (2003, S. 47):

**Das organismische Selbst** (*vorgeburtlich*). Das Wesen ist noch ganz eingebettet in die intrauterine Lebenswelt. Der Körper entwickelt schon Wahrnehmungs- und Reaktionsfähigkeit, aber ohne dies bereits langfristig abspeichern zu können. Es kommt zu rudimentären Formen des Kontaktes und der Angrenzung.

**Das archaische Leib-Selbst** (*6. Vorgeburtlicher bis 3. Monat postnatal*). Das Sinnessystem ist bereits weitgehend ausgebildet. Es ist die Phase eigenleiblicher Selbstempfindungen und früher affektiver Erfahrungen, z.B. Erregung und Beruhigung.

**Das archaische Ich** (*3. – 7. Monat*). Es bilden sich interpersonale Erfahrungen und eine intrapersonale Daseinsgewissheit (Vertrauen in den eigenen Organismus) aus. Über Kontaktaufnahme und Interaktion entwickelt das archaische Ich weitere Ich-Funktionen aus (beispielsweise zunehmende Wahrnehmungs- und Gedächtnisleistung, wie das szenische Gedächtnis (siehe Kap. 4.1.1.1)).

**Das subjektive Leib-Selbst** (*8. – 12. Monat*). Das Kind macht verstärkt interpersonale Erfahrungen. Unter dem Einfluss einfühler Zuwendung bekommt es das Gefühl seiner Selbst, als einem Wesen mit eigenen Wünschen und Gefühlen. Die Daseinsgewissheit verwandelt sich in eine Selbstgewissheit.

**Archaische Identität** (*12. – 18. Monat*). Es ist dies eine Zeit der Symbol- und Spracherfahrung. Das Kind lernt sprechen. Es ist sensibel für die Benennungen der





Bezugspersonen (Mama, Papa, eigener Name) und für die elterliche Körpersprache. Diese Selbst- und Fremdbedeutungen sind eine erste Grundlage für die Identität.

**Reife von Selbst, Ich und Identität** (18. Monat – 4./5. Lebensjahr). Es ist dies die Zeit zunehmender Identitätserfahrungen, der Entstehung von reflexiver Selbsterkenntnis, der sprachlich-symbolischen Erfassung der Welt und der Entwicklung von Rollenhandeln.

Reife bedeutet in diesem Zusammenhang nicht ein für allemal fertig, sondern das Legen des Grundstocks für weitere Ausdifferenzierung der Persönlichkeitsstrukturen.

Für das Verständnis der strukturellen Störungen ist aber hauptsächlich folgende Differenzierung wichtig:

In der Zeit vom 3. bis 7./9. Lebensmonat entsteht im Normalfall die **Daseinsgewissheit**. Das Ich bildet sich heraus: Die Erfahrungen mit anderen Personen bestätigen das Dasein. Gemeinsamkeitserfahrungen ermöglichen zum einen Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten, sensorische Stimulierungen regulieren zu können, zum anderen das Vertrauen darauf, dass der Andere dabei behilflich sein kann und die Erfahrung, dass Erregung zusammen mit einem anderen angenehm sein kann.

Handeln wird nun zielgerichtet und koordiniert (Greifen). Die Erwartung bezieht sich auf das unmittelbare Ergebnis. Der Erwachsene muss die Absicht des Kindes erschließen können und ihm durch schnelle angemessene Korrektur ein Gefühl von Wirksamkeit zu ermöglichen. In dieser Lebensphase beginnt auch die Emotionsregulation und durch eine grundlegende positive Beziehungserfahrung wird es möglich, dass sich das Kind alleine beruhigen lernt.

Es entwickelt sich zusammengefasst das Gefühl von:

- Urheberschaft (ich kann etwas bewirken)
- Selbstkohärenz (ich bin eine physische Einheit)
- Selbstaffektivität (ich habe eigenständige Gestimmtheiten)

Ein Missslingen dieser Phase zieht u.U. eine Borderlinedynamik nach sich.

In der Phase vom 8. – 12. Lebensmonat bildet sich die **Selbstgewissheit** heraus. Das Kind lernt, dass es mit seinem Selbst beim anderen etwas Bestimmtes bewirken kann. Durch das Einstimmen und die Resonanz der Bezugsperson auf das Erleben des Kindes kann es erkennen, dass es eine eigene psychische Realität hat. Durch den Beginn der Idee, dass Psychen getrennt sind, beginnt auch die Selbstempathie. Ein förderlicher Umgang mit der Explorationslust und den Selbstbehauptungswünschen des Kindes seitens der Bezugspersonen ist von zentraler Wichtigkeit.





Ein Misslingen dieser Phase zieht u.U. eine narzisstische Dynamik nach sich.

## 4.1.2 Die Strukturniveaus

### 4.1.2.1 Der Strukturbegriff

*„Als Struktur wird im Sinne des OPD die habituelle Verfügbarkeit über psychische Funktionen verstanden. Gemeint sind jene psychischen Funktionen, welche die Aufrechterhaltung des inneren Gleichgewichts zu sich selbst und der Beziehung zu den wichtigen Anderen gewährleistet.“* (Arbeitskreis OPD, 2006). Struktur betrifft also das Selbst in der Beziehung zu Anderen (Grande, 2002, S. 178).

Generell ist zu sagen, dass es trotz eines niedrigen Strukturniveaus möglich ist, ein gutes Funktionsniveau zu erreichen. So mancher Borderline-Patient ist ein erfolgreicher Manager oder eine gute Führungskraft und hat keine materiellen Sorgen.

Die Probleme, die bei strukturellen Störungen und Defiziten auftauchen, beziehen sich auf das **Selbst** einerseits (Selbstreflexion, Selbstbild, Affektdifferenzierung, Affektregulation, Impulskontrolle, Selbstfürsorge, etc.) und auf die **Objektwelt** andererseits (Selbst-Objekt Differenzierung, Empathie, Affektausdruck, Objekt Konstanz, Abwehrmechanismen, etc.).

*„Ähnlich dem Stress, der aus den eingeschränkten auf das Selbst bezogenen strukturellen Funktionen resultiert, führen auch die eingeschränkten objektbezogenen strukturellen Funktionen zu einer emotionalen Dauerbelastung, teils im Sinne von unerfüllbarer Sehnsucht und dem Gefühl der Verlassenheit und Einsamkeit, teils im Erleben von Missverständnissen, interpersonellen Konfliktspannungen, Misstrauen, Bedrohtheit. Es entsteht ein Lebensgefühl, das sich bildhaft mit einer Kerze vergleichen lässt, die an zwei Enden brennt, d.h. das Gefühl der Überforderung und Verausgabung bei einer aussichtslosen Anstrengung.“* (Grande, 2002, S. 178).

Die folgende Aufzählung ist direkt aus dem OPD-2 (S. 258) übernommen. Da ich die Struktureinschätzung für die kreative Gestaltarbeit für wesentlich erachte, möchte ich die Auflistung nicht weglassen. Ich verzichte aber auf die detaillierten Beurteilungsdimensionen. Sie sind im OPD-2 auf den Seiten 259 – 274 zu finden.

### 4.1.2.2 Gut integriert (OPD Niveau 1, „neurotisch“)

Relativ autonomes Selbst: strukturierter psychischer Binnenraum, in dem sich intrapsychische Konflikte abspielen können; Fähigkeit zur Selbstreflexion und realitätsgerechten Wahrnehmung des Anderen, Fähigkeit zur Selbststeuerung, Empathiefähigkeit, ausreichend gute innere Objekte.

**Zentrale Angst:** die Zuneigung des Objekts zu verlieren.





#### 4.1.2.3 Mäßig integriert (OPD Niveau 2, „narzisstisch“)

Die intrapsychischen Konflikte sind destruktiver, selbstentwertende und autodestruktive Tendenzen; Schwierigkeit, Selbstbild und Identität zu gewinnen; Übersteuerung und übersteuerte Selbstwertregulierung, Objektbilder sind auf wenige Muster eingeeignet; wenig empathiefähig; dyadische Beziehungen sind vorherrschend.

**Zentrale Angst:** das wichtige Objekt zu verlieren.

Kernberg: manipulativ vs. resignativ

#### 4.1.2.4 Gering integriert (OPD Niveau 3, „Borderline“)

Wenig entwickelter psychischer Binnenraum und geringe Differenzierung psychischer Substrukturen; Konflikte sind interpersonell statt intrapsychisch; Selbstreflexion fehlt, Identitätsdiffusion; Intoleranz für negative Affekte; Impulsdurchbrüche und große Kränkbarkeit; Abwehr: Spaltung, Idealisierung, Entwertung; fehlende Empathie und eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit; innere Objekte sind vorwiegend verfolgend und strafend.

**Zentrale Angst:** Zerstörung des Selbst durch den Verlust des guten Objekts oder durch das böse Objekt.

Kernberg: abhängige Form, pseudounabhängige Form

#### 4.1.2.5 Desintegriert (OPD Niveau 4, „psychotisch“)

Die fehlende Kohärenz des Selbst und die überflutende Emotionalität werden durch Abwehrmuster im Sinne postpsychotischer, posttraumatischer, perverser Organisationsformen überdeckt. Selbst- und Objektbilder erscheinen konfundiert. Empathisches Objektwahrnehmen so gut wie unmöglich. Verantwortung für eigenes impulsives Handeln wird nicht erlebt (die Dinge geschehen einfach).

**Zentrale Angst:** symbiotische Verschmelzung von Selbst- und Objektrepräsentanzen mit der Folge des Selbstverlustes

#### 4.1.2.6 Strukturniveaus differenziert betrachtet: die Identitätssäulen

Kaum ein Patient lässt sich immer und eindeutig einem bestimmten Strukturniveau zuordnen. Ein Hin- und Herwechseln zwischen den Niveaus ist völlig normal. So kann es vorkommen, dass ein Patient im privaten Beziehungsleben extrem entgleist, im beruflichen Kontext aber sehr erfolgreich ist (hohes Funktionsniveau). Borderline-Persönlichkeiten oder Narzissten mit überhöhtem Selbst sind häufig auch im oberen Management-Bereich anzutreffen. Dort gibt ihnen die Hierarchie Halt, die Position ist unzweifelhaft und die Beziehung zu den Mitarbeitern eine geschäftliche. Ein Verabschieden von alten Mitarbeitern geht nicht besonders nahe, das Willkommen heißen von neuen Mitarbeitern auch nicht. Dort können sie





auch ihre ganze Feinfühligkeit für Anspannungen, Missstimmungen und Atmosphären produktiv und im Sinne der Mitarbeiter einsetzen, ohne dabei selbst in für sie bedrohliche Näheverhältnisse zu geraten.

So erscheint es nahe liegend, die Strukturniveaus für verschiedene Bereiche der Identität getrennt zu überlegen, zumindest für „Leiblichkeit“, „soziales Netzwerk“ und „Arbeit und Leistung“. Eine strukturierende Übung zu Defiziten und Ressourcen aufgeteilt auf die 5 Säulen der Identität, die von Patient und Therapeut gemeinsam durchzuführen ist, stelle ich im Kapitel 5.2.3 vor. Sie erfordert zwar nicht unmittelbar eine kreative, schöpferische Leistung, fördert aber die Eigenkompetenz, Selbstreflexion und die Fähigkeit des Patienten zur Externalisierung und somit zur inneren Distanzierung.

Darüber hinaus ist meines Erachtens genau darauf zu achten, dass ein hohes Funktionsniveau in einem der Identitätsbereiche niemals durch eine Destabilisierung in der Psychotherapie in Gefahr gerät. Hier können gravierende Therapieschäden entstehen.

#### 4.1.2.7 Borderline ist nicht gleich Borderline...

Hilfreich für mein Thema ist auch das Modell der Persönlichkeitsorganisation von Kernberg (vgl. 2000). In der folgenden Aufgliederung ist dieses Modell in die Strukturdiagnostik eingearbeitet:

Ebene der **fehlenden Daseinsgewissheit**:

- a) *Abhängige Form des Borderline*
- b) *Pseudo-unabhängige Form des Borderline*

*Die Patienten können kein Vertrauen in die Helfer aufbauen. Jeder, der nahe kommt, ist bedrohlich und zerstörend. Diese Patientengruppe gehört zu den schwierigsten, da bei entstehender Nähe schnell Suizidgefahr droht.*

Auf der Ebene der **fehlenden Selbstgewissheit**, wo das verletzte Selbst sich durch Größenideen oder Minderwertigkeit schützt oder zwischen beiden Polen hin und her schwankt:

- a) *Manipulative Dynamik*

*Hier wird eine Idee, ein Ideal gelebt und das häufig über die Leistungsschiene. Diese Größenideen sagen aber auch: „ich will einen Platz in deinem Herzen haben“.*

- b) *Resignative Dynamik*

*Die Gefahr bei dieser Patientengruppe liegt in einer inneren Emigration, die in einem stillen Suizid münden kann. Es sind sehr stille Patienten, die dem Therapeuten alles recht machen wollen (Gefahr: maligne Progression). Sie werden leicht übersehen.*





Diese Unterscheidung ist insofern von Bedeutung, als die unterschiedlichen Ausprägungsformen auf den Strukturniveaus unterschiedlicher Interventionen bedürfen und die therapeutische Position und Haltung dementsprechend variiert.

#### 4.1.2.8 Schädigende Stimulierung

Wichtig für das „normale“, gesunde Durchlaufen der oben beschriebenen entwicklungspsychologischen Stationen ist eine adäquate Stimulierung durch das direkte soziale Umfeld des Kindes. Bei nicht adäquater Stimulierung hängt es stark von der Dauer der Einwirkung ab, ob eine Schädigung passiert oder nicht. Kürzere Fehlstimulierungen können in der Regel kompensiert werden, ansonsten entsteht Dauerstress. Die folgende Aufzählung lehnt sich in etwa an Richter (2003, S. 51) an. Er bezieht sich wiederum auf das Modell der schädigenden Stimulierungen von Petzold (1984).

**Unterstimulierung.** Defizite entstehen als Folge zu geringer oder zu einseitiger Anregung durch die Umwelt. Dies führt zu einer Verkümmerng oder Entwicklungsstörung motorischer, emotionaler und kognitiver (also leiblicher) Faktoren.

**Überstimulierung.** Der Organismus wird immer wieder von Reizen überflutet, die nicht einordenbar sind, da auch keine Zeit dafür gewährt wird. Hierzu zählen rasch wechselnde oder anhaltende übertriebene Reize wie ständige laute Geräusche, grelle bunte Farben, anhaltendes Kitzeln, übertriebenes und hochfrequentes Hochwerfen des Babys, ständiges „Unterhalten“ des Kindes, multimodales Bombardement (während des Fütterns eine grellbunte „Hup-Klingel-Dreh&Drück-Rassel“ anbieten, während das Baby geschaukelt wird etc.) Viele Schädigungen sind auf die Modeströmung zurückzuführen, das Kind von Geburt an massiv zu „fördern“ (Babyakademie...), ohne ihm Pausen zum verarbeiten zu lassen.

**Traumatisierung.** Dies ist eine kurzfristige massive Überflutung durch Reize, die eine Intensität haben, durch die bleibende Schäden erzeugt werden können, z.B. Unfälle, plötzlicher Verlust, Katastrophen, schwere Krankheiten etc.

**Uneindeutige Stimulierung,** z.B. verbale Zuwendung bei gleichzeitiger körperlicher Abwendung. Diese Art von inadäquater Stimulierung kann die Strukturentwicklung von Ich, Selbst und Identität schädigen.

Zu einer erfolgreichen Entwicklung von **Selbstregulation** und **Selbstfürsorge** gehören neben der adäquaten Stimulierung auch grundlegende positive Beziehungserfahrungen, ein Netzwerk aus affektiven, kognitiven und körperlichen Repräsentanzen, eine gute Balance zwischen Autonomie und Abhängigkeit und die Fähigkeit zur Integration gegensätzlicher Impulse.





## 4.2 Therapeutische Haltung in der Arbeit mit Ich-strukturell geschädigten Patienten

Rudolf entwickelte über Jahrzehnte hinweg die „Strukturbezogene Psychotherapie“, ausgelöst durch den Eindruck, dass die psychoanalytische Theorie zwar für konfliktneurotische Patienten gut geeignet war, aber bei tiefgreifenden Persönlichkeitsproblemen auf erhebliche Schwierigkeiten stieß. Einige Zeit leitete er die Gruppe „Struktur“ der OPD-Arbeitsgruppe. Sein Ansatz unterscheidet sich von den Ansätzen Kernbergs in drei wichtigen Punkten:

- Anstelle der Kernbergschen Organisationsniveaus (neurotisch, Borderline, psychotisch) tritt eine Gliederung des Integrationsniveaus der Persönlichkeitsstruktur (gut integriert, mäßig integriert, gering integriert, desintegriert)
- Die Wurzeln einer Entwicklungsstörung der Persönlichkeitsstruktur sind auf der aktuellen Säuglings- und Kleinkindforschung begründet, speziell auf dem Aspekt der Emotionsregulation.
- Aus diesem Strukturkonzept und seiner entwicklungspsychologischen Fundierung wird eine psychotherapeutische Vorgehensweise abgeleitet. Die speziellen Formen der Intervention, z.B. das Einnehmen einer bestimmten therapeutischen Haltung, müssen dieser besonderen Beziehungssituation gerecht werden und schließen manche psychoanalytische Interventionsformen aus.

Viele Verhaltensweisen strukturell geschädigter Patienten können leicht falsch interpretiert werden, so kann ein dominantes Verhalten gegenüber dem Therapeuten als aggressive Triebregung missverstanden werden, wo es sich eher um einen eher verzweifelten Versuch der Affektregulierung handelt. Je fragiler die Persönlichkeitsstruktur, desto mehr ist der Patient in einem inneren Kampf, ob er in die Stunde kommen soll oder nicht, ob er antworten soll oder ob er sich lieber verschließen sollte (Rudolf, 2006, S. 92-93).

*„Das psychoanalytische Verfahren verlangt in besonderer Weise, diese Formen der **Selbstbestimmung abzugeben**. Unter dem Diktat der Grundregel laufen einige Kontrollbemühungen ins Leere, der Patient ist nichts weniger als Herr der Situation. Das psychoanalytische Setting, das strukturell stabilen Patienten einen Raum zur Entfaltung und Erforschung ihrer psychischen Welt eröffnet, bedeutet für strukturell labile Patienten die Auslieferung an die Macht eines anderen.“* (Rudolf, 2006, S. 93).

Aber auch die psychoanalytischen Richtungen sind sich heute weitgehend einig, dass der Schwerpunkt der Behandlung persönlichkeitsgestörter Menschen auf der interpersonellen Dimension liegen sollte, nämlich dort, wo sich deren Defizite manifestieren: Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode von Streeck (2007) beispielsweise verlangt vom





Therapeuten eine diagnostische und therapeutische Herangehensweise, die auf das Verhalten des Patienten in sozialen Situationen, im Umgang mit anderen und dem Therapeuten fokussiert ist. Im Vordergrund der Therapie steht deshalb das Bemühen um entwicklungsförderliche zwischenmenschliche Beziehungen.

## 4.2.1 Therapeutische Position

Um dem Patienten zu ermöglichen, das Gefühl von „In-der-Welt-Sein“ und Selbstwirksamkeit herzustellen, werden unterschiedliche therapeutische Positionen unterschieden (vgl. Rudolf, 2006, S.121-124).

### 4.2.1.1 Sich **hinter** den Patienten stellen

Zu Beginn der Behandlung oder bei Menschen mit fehlender Daseinsgewissheit ist es notwendig, sich voll und ganz hinter den Patienten zu stellen. Der Therapeut hilft dabei, alles was vom Patienten kommt, zu sortieren und stellt gleichzeitig seine eigene Wahrnehmung und Emotionalität zur Verfügung. Die Erfahrungen des Patienten werden somit geteilt, man schaut aus der gleichen Position auf die Objektwelt. Durch diese Solidaritätserfahrung wird das Ich des Patienten gestärkt. Dabei geht es nicht einfach um ein „Mitschwimmen“, sondern um Antwort, Klärung und Differenzierung, und vor allem darum, Interesse zu zeigen.

#### Beispiele:

*„Ich könnte mir vorstellen, dass Sie das gekränkt hat.“*

*„Sie sagen, dass Sie angespannt sind – das kann ich auch an Ihrer Körperhaltung spüren.“*

*„Ihre Reaktion kann ich verstehen, wenn ich mir vorstelle, wie sehr Sie sich in die Enge getrieben gefühlt haben!“*

*„Ich denke, es ist tatsächlich ungewöhnlich für eine verheiratete Frau und Mutter von zwei kleinen Kindern, vier mal pro Woche auszugehen.“ (der Patient weiß tatsächlich nicht, ob das normal ist!)*

*„Was geht in dir vor, wenn du jetzt XY machst? Kennst du das aus dem Alltag?“*

Im Detail bedeutet diese therapeutische Haltung (Rudolf, 2006, S. 122):

- **Identifizierung** (die Sicht des Patienten teilen)
- **Containing** (die Klage aufnehmen und emotional verarbeiten)
- **Erbarmen** (Annehmen des fremden Leids)
- **Hilfs-ICH** (Ich-Funktionen zur Verfügung stellen)
- **Sorge** (Schaden vermeiden durch Vorsorgen)
- **Unterstützung** (Hilfestellung als Mentor, Coach, Elternersatz)

Dieses Kooperativen Handeln ermöglicht gemeinsame Angstbewältigung und vermittelt Geborgenheit. Gebot ist es immer, eine affektive Überflutung zu vermeiden.





Richter (2003, S. 103) beschreibt das **nachnährende** Vorgehen als eine von 4 Modalitäten in der Gestaltarbeit: „Diese Vorgehensweise eignet sich für die Behandlung früher Störungen. Der Fokus liegt auf Nachbeelterung des defizitären, geschädigten Kindes im Klienten. ... Es geht darum, mangelnden oder negativen frühen Beziehungserfahrungen positive Beziehungsmöglichkeiten entgegenzusetzen und durch neue Erfahrungen anzureichern.“

#### 4.2.1.2 Sich **neben** den Patienten stellen

Stellt man sich neben der Patienten, so wird es aus dieser Position des Dritten heraus zunächst einmal möglich, das Erleben und Tun des Patienten gewissermaßen von außen zu objektivieren. Gemeinsam quasi von außen auf den Patienten und seine Erfahrungen zu schauen stellt eine Vorstufe der Reflexion und Einsicht dar. Dabei kann zwischen dem Patienten (Subjekt) und seiner Umwelt (Objekt) vermittelt werden. Der Therapeut arbeitet daran, die Objekte ganzheitlich werden zu lassen. Er lässt Subjektives und Objektives gelten, wobei eine mehrperspektivische Wirklichkeit entsteht. Die Haltung, die dabei impliziert wird, lautet: „Wir müssen, so wie wir sind, mit der Welt, so wie sie ist, klarkommen.“ (vgl. Rudolf, 2006, S. 123)

Die entsprechende Modalität der Gestaltarbeit wäre das **übungszentrierte** Vorgehen: Hier sollen Fähigkeiten und Fertigkeiten verbessert werden, z.B. die Ausdrucksfähigkeit oder die Bewusstheit. Geübt wird in drei Formen: durch Wiederholung, durch Steigerung des Schwierigkeitsgrades und durch Variation (Richter, 2003, S. 102). Im Alltag kann der Patient Möglichkeiten ausprobieren, etwas für sich passendes finden und somit sein Selbst stärken.

Der Patient bekommt Feedback für seine Bemühungen. Ich sage im Feedback als Therapeut nicht, wie es mir beim Zuhören / Zusehen ergangen ist; was meine Phantasien, Assoziationen oder Gefühle waren, sondern ich mache eine Aussage über den Patienten (vgl. Baer, 2004, S. 414).

#### **Beispiele:**

„Mir ist aufgefallen, dass Du auf der linken Bildhälfte nur dunkle Farben verwendet hast.“  
„Bisher haben Sie immer mit XY reagiert. Sollen wir gemeinsam nach einer Alternative suchen?“  
„Ich habe Ihnen den Termin letzte Woche absagen müssen. Wie war das für Sie?“  
„Ihre Schwester ist ein anderer Mensch als Sie – ihre Methoden müssen für Sie nicht passend sein.“  
„Ihre Freundin scheint Ihnen nie richtig zuzuhören. Können Sie sich vorstellen, mit ihr darüber zu sprechen?“

Bei fehlender Daseingewissheit (Strukturniveau gering integriert, Kap. 4.1.2.4) kann diese Position schon zu viel sein!

#### 4.2.1.3 Sich dem Patienten **gegenüber** stellen

Das Therapieziel, das mit dieser Haltung angestrebt werden kann, ist neben einer Objektdifferenzierung vor allem das der ganzheitlichen Objektwahrnehmung und letztlich





auch der Empathie. Der Therapeut gibt sich als abgegrenzte Person mit eigener Geschichte und eigenen Interessen zu erkennen. Das kann er unter anderem tun, indem er beginnt, seine Gegenübertragung in empathischer Weise einzubringen.

Diese Haltung beinhaltet:

- **Spiegelung** (dem Patienten die eigene Wahrnehmung zur Verfügung stellen)
- **Antwort** (den Patienten die emotionale Resonanz des Therapeuten sehen lassen)
- **Alterität** (das Anders-Sein des Gegenübers betonen)
- **Konfrontation** (mit Aspekten der Realität und der eigenen Verantwortung)

Ich mache beim Sharing (Baer, S. 415) Aussagen über mich und teile mit, was während der Wahrnehmung des Klienten bei mir als Therapeut passiert ist. Sharing bedeutet Spiegelung. Solch eine Konfrontation mit Diskrepanzen und Gegenübertragungen setzt schon gefestigte Ich-Strukturen voraus und vor allem eine tragfähige Beziehung zwischen Patient und Therapeut. Patienten mit mangelnder / fehlender Selbstgewissheit (Kap. 4.1.2.3) können bei fortgeschrittener Therapie sehr von dieser Haltung profitieren.

#### Beispiele:

*„Wenn ich mir vorstelle, jeden Abend auszugehen so wie Sie, dann wäre ich jetzt sehr müde.“*  
*„Ich stehe auch dann auf Ihrer Seite und empfinde mit Ihnen, auch wenn ich Ihnen jetzt nicht bestätige, dass Ihre Frau verrückt ist.“*  
*„Ihre Erzählung hat mich sehr berührt. Vielleicht hat diese Trauer nur mit mir zu tun und ist eine Reaktion auf Ihre Worte. Vielleicht hat sie aber auch etwas mit Ihnen zu tun?“*  
*„Als Sie vorher so gesprochen haben, hat das etwas Ärger und Abwehr in mir ausgelöst. Kann das eine ähnliche Situation gewesen sein, wie es Ihre Kollegen Sie manchmal spüren lassen?“*

Zwei weitere Modalitäten aus der Gestaltarbeit (vg. Richter, 2003, S. 102) sind das **erlebniszentrierte** und das **konfliktzentrierte** Vorgehen. Beim ersteren soll vor allem die Bewusstseislandkarte ausgeweitet werden („Was fühlst du jetzt? Was erlebst du gerade?“), beim zweiten wird beispielsweise an Blockaden gearbeitet („Bleibe an deinem Gefühl dran und gehe Körperimpulsen nach!“) und an kritische Bereiche herangeführt. Auf dieser Ebene bedeutet das eine Erlebnisaktivierung und Einladung zur Katharsis.

#### 4.2.1.4 Therapeutische Arbeit in der Position des **Dritten**

Ich möchte diese Position noch einmal gezielt hervorheben, obwohl ich sie schon im Kapitel (4.2.1.2) über die Position „neben dem Patienten“ erwähnt habe.

Ziel dieser therapeutischen Haltung ist es, einen dritten Standpunkt einzuüben, um die Situation quasi von außen betrachten zu lernen. (Rudolf, 2006, S. 126-127).

Das strukturelle Ziel wird in zwei aufeinander folgenden Schritten erreicht:





1. **Selbstreflexion** und **Weltverständnis**
2. **Selbststeuerung** und **Handlungskompetenz** im interpersonellen Raum

Im gemeinsamen Wahrnehmen, emotionalen Erleben, Beschreiben, Verstehen, Regulieren und verantwortlichem Handeln können Patient und Therapeut einander **ergänzen**, sich **unterstützen**, sich **austauschen** oder sich **unterscheiden**.

Die Übertragungsangebote des Patienten, gespeist aus negativen biografischen Erfahrungen werden therapeutisch nicht aufgegriffen und verstärkt (im Gegensatz zur grundsätzlichen Haltung der Nachbeelerung, Richter, 2003, S. 103). Patient und Therapeut erkunden gemeinsam die aktuelle Situation des Patienten (vor dem Hintergrund seiner Lebensgeschichte). In der aktuellen Situation werden die dysfunktionalen Muster des Patienten markiert und als Antwort auf biografische Erfahrungen akzeptiert. Gemeinsam wird nach neuen Verhaltensmöglichkeiten gesucht, die sich insbesondere auf aktuelle alters- und geschlechtspezifische Entwicklungsaufgaben beziehen. Dabei gilt es, auch früher bewährte Ressourcen zu nutzen (Rudolf, 2006, S. 127).

#### 4.2.2 **Behandlungstechnik, Ziele und Fokus**

Je nach Lebensgeschichte besteht bei Ich-strukturell geschädigten Patienten die Gefahr der Re-Traumatisierung. Deshalb ist es unerlässlich, auf eine aktive Regressionssteuerung zu achten und den richtigen Regressionslevel finden. Weiters ist es die Verantwortung des Therapeuten, auf die richtige Affekt-Intensität beim Patienten zu achten. Es gilt:

##### ***mittlere Tiefung, mittleres Erregungsniveau***

Wenn die Erregung zu stark ist, dann muss abgespalten werden anstatt vernetzen zu können. Hier besteht die Gefahr einer malignen Regression.

Tiefungserlebnisse müssen verarbeitbar sein! Es ist darauf zu achten, keine zu schnellen, heftigen Regressionsschübe auszulösen und dabei Krisen zu induzieren. Der therapeutische Prozess könnte dadurch eine fatale Negativentwicklung nehmen, z.B. in dem der Patient nachhaltig dekompenziert oder aus Selbstschutz total blockiert (Richter, 2003, S. 107).

Der Vollständigkeit halber führe ich die **vier Tiefungsebenen** auf:

##### ***Die Ebene der Reflexion***

Das Geschehen bleibt im Bereich des Überlegens: Erinnerungen, Gedanken, Vorstellungen, Bilder (allerdings ohne stärkere emotionale Beteiligung).

##### ***Die Ebene der Vorstellungen und Affekte – Ebene des Bilderlebens***





Die rationale Kontrolle ist hier noch recht wirksam. Bildhafte Erinnerungen und Vorstellungen werden erlebnisnahe vergegenwärtigt, emotional durchgearbeitet und integriert.

### **Die Ebene der Involvierung**

Die rationale Kontrolle nimmt ab. Bilder, Gefühle und Szenen steigen aus den Archiven der Vergangenheit auf und werden mit einer u.U. erheblichen Intensität und Ich-Involviertheit durchlebt.

### **Ebene der autonomen Körperreaktionen**

Es kommt zu heftigen expressiven Körperreaktionen. Ein „Draht“ zum Begleiter bleibt aber erhalten. Die Themen, die hier auftauchen, stammen meist aus dem 1. bis 3. Lebensjahr.

Eine Symbolisierung und Versprachlichung pathologischer Selbst- und Objektrepräsentanzen in der Regression ermöglicht allerdings eine Neuverarbeitung und Integration im Hier & Jetzt.

Besonderes Augenmerk ist auch auf einen angemessenen Abschied zu legen. Patienten mit Ich-strukturellen Störungen neigen dazu, die Trauerarbeit auszulassen, indem sie den Abschied entweder zu überspringen versuchen oder eine pathologische Trauerreaktion zeigen. Eine erhöhte, im Prozess erworbene Selbstgewissheit ermöglicht ein besseres Erleben von Trauerreaktionen.

Allgemeine **Therapieziele** in der strukturbezogenen Psychotherapie Rudolfs sind:

- a) **Realistische Wahrnehmung des Selbst und der Objekte** (eine sichere Orientierung in sich und in der Welt gewinnen)
- b) **Distanz gewinnen und regulieren können** (Grenzen ziehen, steuern und entscheiden können bezüglich eigener Impulse, Affekte, Beziehungswünsche und Selbstbewertungen)
- c) **Sich emotional involvieren können** (die eigene Erlebniswelt der Affekte, Fantasien, des Körpers, der Beziehungen emotional beleben können)
- d) **Über innere und äußere Objekte verfügen können** (sich mithilfe innerer Objekte und unter Nutzung äußerer Beziehungen selbst regulieren können)

Auf diese vier Punkte möchte ich im Praxisteil (siehe Kap. 5.4) näher eingehen.

## **4.3 Kreatives Gestalten**

Kreativität kann im Schutz einer förderlichen Beziehungsqualität in der Therapie freigesetzt und im Alltag in der Form umgesetzt werden, dass eine überwiegend kognitiv-quantitative Wahrnehmung zunehmend durch emotional-qualitative Komponenten bereichert wird.





Mit kreativen Methoden können Lücken in der Ausdrucksfähigkeit überbrückt werden. Im kreativen Prozess spiegelt sich die hermeneutische Erkenntnisspirale von erfassen (sensory awareness), verstehen und erklären wieder. Alle drei Wahrnehmungsebenen werden in die Interventionen integriert.

Die Gestaltung bzw. das schöpferische Tun ist ein leiblicher Prozess, der geistige, körperliche und seelisch-emotionale Aspekte in sich vereint. Dabei ist das Erleben untrennbar mit dem Organismus/Umwelt-Feld des Patienten verknüpft, zu dem auch die Person des Therapeuten gehört. Gestaltet wird im Hier & Jetzt, wobei prozesshaft Bezüge zur Geschichte und Zukunft hereinspielen (Baer, 2004, S. 379).

Muster entstehen generell durch „Abgeschautes“ und Eigenes. Zumeist sind diese Muster sehr komplex und deshalb Muster des ganzen Leibes. Gesunde Musterbildung ist ein Ausdruck des jeweiligen Charakters bzw. der jeweiligen Persönlichkeit. Für die meisten Menschen liegen ihre Muster weitgehend im Schatten (Baer, 2004, S. 381).

In jeder psychotherapeutischen Arbeit geht es um die Veränderung von verhärteten Mustern, die bei neuen Anforderungen nicht mehr adaptiert werden können. Bei Änderung der Lebensbedingungen treten sie offenkundig zu Tage, sind aber vorher entstanden. Die Patienten spüren eine Sehnsucht nach Veränderung, die aber oft gepaart ist mit der Unfähigkeit, Schritte der Veränderung einzuleiten. In der Therapie geht es nun darum, in diese verhärteten Muster hineinzugehen und diese zu erleben, um sie im geschützten Rahmen der therapeutischen Beziehung wieder aufzulockern. Dabei ist nicht die Vergangenheit das Ziel, sondern nur Mittel zum Zweck. Baer formuliert dazu: „*Wir arbeiten mit der Vergangenheit<sup>2</sup> und für die Gegenwart, um von dort aus die Zukunft zu verändern*“ (Baer, 2004, S. 385).

Die soziale Dimension ist Teil jeden Musters. Der Therapeut wird in einer „Vorbereitungsphase“ allen möglichen „Tests“ unterzogen: durch Misstrauen, Überprüfung, Abwehr, Schweigen oder Blockaden wird der Therapeut allmählich in das Muster einbezogen. Die Erfahrungen des verhärteten Musters kommen nun in den Vordergrund und werden erlebbar und gestalterisch ausdrückbar. Der Kontakt zum Therapeuten bleibt aber – und das ist das Heilsame – aufrecht und stützend (Baer, 2004, S. 387).

Neben der Aufweichung von verhärteten Mustern gilt es auch, positive und beziehungsstiftende Muster, die häufig verschüttet sind, da sie lange zurückliegen, wieder aufleben zu lassen. Das können beispielsweise über Jahre hinweg stabile Beziehungserfahrungen zu Großeltern sein. Werden Aspekte davon wieder herausgearbeitet, so werden sie präsent und nutzbar gemacht. (Baer, 2004, S. 389).

---

<sup>2</sup> Das Originalzitat lautet: „*Wir arbeiten mit der **Gegenwart** für die Gegenwart, um von dort aus die Zukunft zu verändern.*“ Ich denke, dass da ein Fehler unterlaufen ist.





Richter (2003, S. 141) beschreibt folgende **Wirkweisen**:

- Kreative Medien haben eine Brücken- und Übersetzerfunktion zwischen dem sprachlosen, transverbalen Bereich und unserem Bewusstsein. Sie transportieren Informationen im analogen Raum.
- Kreative Medien sprechen eine Vielzahl von Sinnen und Ausdrucksmöglichkeiten an. Sie unterstützen den Weg zu einer umfassenden Sinnlichkeit und Expressivität.
- Sie sind ein ganz wichtiges Instrumentarium der Exploration und Diagnostik.
- Sie bewirken eine Konkretisierung und Verdeutlichung von inneren Vorgängen und interaktionalen Prozessen.
- Sie mobilisieren und evozieren intensive Gefühle, Impulse, Konflikte, Erinnerungen und Einsichtsprozesse.
- Sie dienen als Experimentierfeld für neue Erfahrungen und alternative Möglichkeiten.
- Sie eignen sich hervorragend für Feedback, Selbst- und Fremdwahrnehmung.
- Sie übernehmen übende und anbahnende Funktionen (z.B. Training expressiver Fähigkeiten).
- Sie wirken Ich-stärkend und Ich-stützend.

Der Therapeut soll selbst Spaß am kreativen Ausdruck haben, aber keine künstlerischen Maßstäbe ansetzen. Als **Ziele** der kreativen Gestaltarbeit formuliert Richter (2003, S. 29):

- Hilfe bei der Bewältigung von Lebensproblemen und bei der Konfliktbewältigung
- Ermöglichung von Heilungsprozessen bei Krankheiten und Persönlichkeitsstörungen<sup>3</sup>
- Unterstützung und Entfaltung der Persönlichkeit
- Beeinflussung von Haltungen, Einstellungen und Verhalten
- Ermöglichen von Prozessen der Nachreifung und der Kompensation
- Entfaltung und Stabilisierung von Selbst-, Ich- und Identitätsaspekten
- Ausweiten der Sensibilität, Expressivität und Kreativität
- Entwicklung von Lebensqualität und Integrität
- Training von Lebenstechniken und Vermittlung von lebensnotwendigem Wissen
- Stärkung der Beziehungs- und Kommunikationsfähigkeit
- Schärfung des Verantwortungsbewusstseins für sich, Mitmenschen und Umwelt

---

<sup>3</sup> Kritische Anmerkung: Sind Persönlichkeitsstörungen bei Richter keine Krankheiten?





- Umsetzung der Mitverantwortung in kooperatives Handeln und Mitgestaltung gemeinsamer Lebenswelt.

### 4.3.1 Explizite und implizite Inhalte

Möchte man mit kreativen Medien arbeiten, speziell bei persönlichkeitsgestörten Patienten, so ist es wesentlich zu verstehen, wo das bearbeitete Material herkommt. *„Was ich mir aus dem Alltag des Menschseins ‚klaue‘, ist das breite Repertoire der Imaginationen der Menschen und die vielfältigen Bedeutungen, die Imaginationen für Menschen haben können.“* (Baer, 2004, S. 392).

#### 4.3.1.1 Explizites Unbewusstes

Das Bewusstsein schützt sich manchmal vor der Wahrnehmung gewisser Inhalte, weil sie aus unterschiedlichen biografischen Erfahrungen heraus mit negativen Emotionen verknüpft sind. *„Es sind Vorgänge der Abwehr, die dafür sorgen, dass diese Gedanken nicht gedacht, die Wünsche nicht gewünscht, die Erinnerungen vergessen, die Gefühle nicht gefühlt werden.“* (Rudolf, 2006, S. 125).

Diese Inhalte sind grundsätzlich erzählbar, d.h. sie sind in sprachlich-begrifflicher Form abgespeichert.

#### 4.3.1.2 Implizites Unbewusstes

Dies ist eine Facette des Unbewussten, die nicht an Worte gebundene, nicht-sprachlich gespeicherte Spuren beinhaltet: Erfahrungen von körperlich aktivem Handeln oder passivem Erleiden, von emotionalen Situationen und zugehörigen Sinneswahrnehmungen oder Atmosphären (Rudolf, 2006, S. 125).

Man spricht auch vom impliziten Gedächtnis, von implizitem Beziehungswissen, das auf schwierigen oder sogar traumatischen Erfahrungen gespeist wurde und sich in Einstellungen, Überzeugungen und/oder Verhaltensweisen im Hier & Jetzt aktualisiert. Diese Abläufe sind dem Träger gar nicht bewusst und demnach auch nicht erschließbar. Eine Erklärung hierfür sieht Rudolf (2006, S. 126) darin, dass diese Patientengruppe in der vulnerablen Phase kaum spiegelnde Aufmerksamkeit erfahren haben und so nur in geringem Ausmaß gelernt haben, ihre Erfahrungen zu mentalisieren, d.h. diese zum Gegenstand innerer Betrachtung und Bewertung zu machen und dafür Worte zu finden.

Der Unterschied zum expliziten Unbewussten liegt darin, dass hier kein sich schützendes Ich mit verschiedenen Mechanismen aktiv dagegen wehrt.

Diese Unterscheidung hat Konsequenzen für die gesamte therapeutische Haltung in der Arbeit mit strukturell geschädigten Patienten, und zwar hauptsächlich in dem Sinn, dass die dysfunktionalen Verhaltensmuster nicht als intentional verstanden werden. Demzufolge





werden auch dysfunktionale Beziehungsangebote nicht als Übertragungsphänomen persönlich genommen und angesprochen. So können beispielsweise abfällige Bemerkungen über die Praxiseinrichtung nicht als Widerstand gegen die Person des Therapeuten oder gegen anstehende Vordergrund-Themen, oder als neurotisches Kontrollieren gedeutet und bearbeitet werden, sondern könnten Ausdruck für den unbewussten Versuch des Zerstörens eines positiven Beziehungsangebotes sein, das zu viel Angst auslöst.

Einen meiner Patienten, der seine Frau jahrelang geschlagen hatte, fand nach etlichen Jahren Therapie heraus, dass das immer passierte, wenn sich seine Frau (für ihn) unberechenbar verhalten hatte (z.B. spontanes Fortgehen). Der lebensgeschichtliche Zusammenhang zeigte, dass seine eigene Mutter, selbst in psychiatrischer Behandlung, äußerst unberechenbar war (Gewalt, Missbrauch). Als Schutz vor dem Gefühl des hilflosen Ausgeliefertseins ging er in ein Ausagieren gegenüber dem bedrohenden Objekt (seine Frau).

Die „gute Nachricht“ daran ist, dass eine Hemmung des Alarmsystems erlernbar ist. Wichtig dabei ist, so frühzeitig wie möglich zu erkennen (Trigger) und zu spüren (Training von Awareness), dass eine Wiederholung des dysfunktionalen Verhaltens im Anzug ist. Problematisch erscheint mir eher, eine Art „Bremssystem“ auszuprobieren, das bei schon einsetzender Affektüberflutung vor dem Ausagieren schützen soll. Die Frage ist also nicht: „Was tue ich bei Affektüberflutung?“ sondern „Was kann ich tun, damit meine Affekte auf einem gut aushaltbaren Mittelmaß bleiben?“ Auf diese Weise kann der Umgang mit negativen impliziten Beziehungserfahrungen gelernt werden.

#### 4.3.1.3 Vorbewusste Inhalte

Träume (erschließbar im expliziten Gedächtnis) liefern uns endloses, wertvolles Material. *„Im Traum verdichten sich in unwiederholbarer Schöpfungskraft Tagesreste, Reize aus dem Körper, biografisches Material, Zukunftssahnungen etc. Unsere Bilder, unsere Impulse, die Atmosphären, Gedanken und Symbole verknüpfen sich in der Sprache des Traumes in künstlerischer, mythischer, bildnerischer Weise.“* (Frühmann, 2004, S. 209).

In der Traumarbeit mit Persönlichkeitsstörungen, bei der der Therapeut darauf achtet, die Ebene der mittleren Tiefung nicht zu überschreiten, kann sich der strukturell geschädigte Patient als selbstwirksam erleben, indem **er** denjenigen Traumteilen Beachtung und Bedeutung verleiht, die ihm als wichtig erscheinen (nicht der Therapeut).

Aber auch Tagträume, Phantasieereisen und Imaginationen liefern vorbereitetes Material.

#### 4.3.1.4 Defizite im kreativen Ausdruck

Zu Beginn einer Therapie ist oft zu beobachten, dass eine fantasiegeleitete, intuitive Bearbeitung von relevantem Material anfangs nicht oder nur schwer möglich ist. Das kann





nicht als Ausdruck von Widerstand, Blockade oder neurotischer Angst vor Kontrollverlust gedeutet werden, sondern stellt ein tatsächliches Unvermögen, ein Kreativitäts-Defizit dar. Patienten haben keine Worte für ihren Zustand oder flüchten sich in eine Intellektualisierung. Ein niedriges Level der Abstraktionsfähigkeit, eingeschränktes Fantasievermögen bzw. mangelnde Vorstellungskraft muss bei strukturell geschädigten Patienten quasi „nachgereift“ werden und kann speziell zu Beginn der Therapie nicht erzwungen werden, da der Patient diese Fähigkeit primär noch nie hatte.

In vielen Familien werden Imaginationen ihre Existenzberechtigung abgesprochen und eine reizarme, funktionalisierte Art und Weise bevorzugt, oder die Atmosphäre ist so überfüllt mit gewaltigen und gewalttätigen moralischen Verboten, dass Bilder gar nicht erst entstehen konnten (vgl. Baer, 2004, S.395).

Einer meiner Patienten, bei dem jeglicher Versuch, mit Imaginationen zu arbeiten, erfolglos war, fing erst nach zwei Jahren Therapie an zu träumen (d.h. sich an seine Träume zu erinnern). Der Grad der Verkümmern seiner Imaginationsfähigkeit war erschreckend für mich. Die Atmosphäre seiner frühen Lebenswelt war aber zu rigide, gewalttätig und funktionalisiert gewesen, um das zu tun, womit Kinder sich normalerweise die Welt erschließen: sich Bilder von der Welt machen.

## 5 Strukturelle Störungen & kreative Gestaltarbeit

### 5.1 Rahmen und Auswahl der Technik

Auch in Einzelstunden ist es möglich, kreative Gestaltarbeit unterzubringen. Dabei ist es wichtig, die Zeit gut im Blick zu haben. Gibt es in der Einstiegssequenz kein besonderes Vordergrundthema und der Patient wirkt relativ stabil, kann eine halbe Stunde kreativ gearbeitet werden. Ich achte immer darauf, dass mindestens 10 Minuten – je nach beobachteter affektiver Involvierung – zur verbalen Bearbeitung verbleiben.

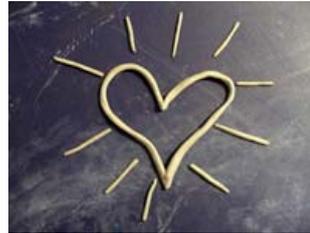
Ergibt sich im Laufe der Sitzung ein Thema, das sich eignet, so müssen dementsprechend „schnellere“ Techniken eingesetzt werden, z.B. Filzstift, Symbol-Aufstellungen, Tagtraumtechnik, Imagination.

Der Therapeut muss sich bei der Auswahl der Technik immer bewusst sein, welchen Aufforderungscharakter ein Medium hat bzw. welche Ladung. Ein Medium mit klarer Information (z.B. Filzstifte) hat eine klare Wirkung; diffuse Information (z.B. Aquarell) erzeugt auch „nur“ eine diffuse Wirkung. Bei einem hohen Grad der Intellektualisierung werden Materialien mit diffuser Ladung oft abgelehnt, außer die Instruktion ist eine sehr





strukturierende. Andererseits kann auch mit Aquarellfarben gezeichnet werden. Sogar mit Ton kann „gezeichnet“ werden:



Mit Filzstiften kann eine hohe Anspannung durch aufgestaute Aggression in die Überflutung führen. Die Stimmung des Mediums muss also immer zur aktuellen Grundstimmung passen.

Was ich häufig mache, ist das Werk (Bild, Figur, ...) oder ein bestimmtes Objekt mit nach Hause zu geben. Mit dem Gegenstand als Intermediärobjekt kann eine Stimmung oder eine Einstellung, die noch nicht verinnerlicht wurde (Kraft, Abgrenzung, Schutz, Fröhlichkeit, Mütterlichkeit etc.), in Form eines Symbols mitgenommen werden. Bei mangelnder Objekt Konstanz geht dann das Gefühl nicht sofort wieder verloren, sondern kann wieder herangeholt werden. Ich gebe manchmal auch etwas Ton mit nach Hause, um Spannungen abzulassen oder Farben, um Gefühle auszudrücken.

Tonarbeiten können bei manchen Patienten Ekel auslösen. Deshalb kann ein langsames Heranführen ans Material (nur Halten oder Oberfläche gestalten) wichtig sein. Das Tonarbeiten evoziert Stimmungen in alle Richtungen, ist sehr regressionsfördernd (Indikation?) und hat eine enorme Rückwirkung. Gerade hier ist es wichtig, während der Arbeit ständig im Kontakt zu bleiben. Der Patient wird also während der Gestaltung nicht sich selbst überlassen, sondern durch laufende Verbalisierung kann das schöpferische Tun gemeinsam erlebt werden. Eine Kongruenz zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung stärkt dabei die Identität des Patienten. Dasselbe gilt für alle Arbeiten mit hohem regressiven Potential – z.B. Fingerfarben oder Aquarell.

### 5.1.1 Kreative Tätigkeit, oder: der Weg ist das Ziel!

Sich erleben in der Gestaltung ist immer eine **gesamt-leibliche** Erfahrung. Patienten mit mangelnder oder fehlender Daseinsgewissheit spüren dabei: „Ich verändere“, Patienten mit mangelnder Selbstgewissheit erleben Selbstwirksamkeit, in dem sie die Wahlmöglichkeiten ihres ureigenen Selbst und die Einzigartigkeit und Unwiederholbarkeit ihres Tuns verstehen lernen. Bei dieser Identitätsfindung kann der Therapeut enorm behilflich sein.

**Sinnlichkeit** zu erleben bedeutet sich fallen zu lassen und die Kontrolle des Kopfes vorübergehend zu lockern. Im Schutz der therapeutischen Situation kann der Patient erleben,





dass er dabei nicht hilflos ausgeliefert ist, da der Kontakt immer aufrecht bleibt und keine Bedrohung entsteht.

Durch das **gemeinsame Erleben** erfährt der Patient auch das basale „mit anderen zu sein ist gut“. Konfrontieren anstelle des Förderns kann prompt in einer Abwehrreaktion oder in Rückzug des Patienten münden und ist kontraindiziert. Vom Patienten kommt oft ein Wunsch nach Deutung: „Und was soll das jetzt bedeuten?“ – dies spiegelt den Wunsch wieder, sich die Welt erklären zu lassen. Bei der Bedeutungsfindung durch den Patienten (Ich-Stärkung) muss dann der Therapeut unterstützend sein, damit der Patient auch zu seiner Antwort kommt.

Während der Übung – genau wie auch beim therapeutischen Gespräch – gibt **Phänomenologisches** Aufschluss über das Erleben des Patienten: ein Stocken des Atems, Patzen beim Malen, zunehmende oder nachlassende Körperspannung, Veränderungen in der Mimik, Zittern der Finger, der Krafteinsatz etc. Auch hier gilt es, im Kontakt zu bleiben und die Bedeutung des Beobachteten nicht zu unterschätzen. Keinesfalls kann es sein, dass sich der Therapeut während der Ausführung der Übung mit anderen Dingen beschäftigt. Er muss sich als Wegbegleiter beim schöpferischen Tun zur Verfügung stellen.

### 5.1.2 Arbeit mit dem Werk, oder: das Ziel ist der Weg...

Das „Endprodukt“ als Ausdruck der Persönlichkeit des Patienten beinhaltet Sichtweisen und das Erleben des Patienten seiner selbst und der Objekte. Insofern ist die „Nützlichkeit“ nicht mit seiner Fertigstellung beendet. In ihm steckt das „Ich“ und das „Selbst“, das nun gemeinsam quasi von außen betrachtet werden kann.

Um die Arbeit mit dem „Werk“ nicht zu abstrakt werden zu lassen, ist der Alltagsbezug sehr wichtig. Mit oft ganz einfachen Fragen kann die Verbindung gelingen: *„Sie sagen, Sie mögen orange nicht, obwohl Sie ganz viel orange verwendet haben. Kennen Sie das aus dem Alltag, dass Sie Dinge verwenden, die Sie gar nicht mögen?“* oder *„Sie haben jetzt einen sicheren, weichen Platz für Ihre Tonfigur gefunden – haben Sie so einen Platz auch in ihrem zu Hause?“* oder *„Sie haben für ihre Familie lauter gleiche Symbole gewählt. Erleben Sie sie alle gleich?“*. Dadurch erübrigt sich meist auch die sehsüchtige Frage nach der Be-Deutung (ich habe ein Stückchen von mir preisgegeben, jetzt sage mir, wer oder wie ich bin!).

Durch die Verbalisierung wird das Erlebnis ein ganzheitliches und die hermeneutische Erkenntnis spirale vervollständigt sich. Durch die verbale Bearbeitung, für die wie schon erwähnt immer Zeit eingerechnet werden muss, kann der Therapeut sich auch davon überzeugen, dass der Patient nicht von Affekten verwirrt aus seiner Praxis hinaus geht.





Ein achtsamer Umgang mit dem Werk ist enorm wichtig, auch wenn der Patient vordergründig keinen Wert darauf zu legen scheint. Ich habe schon des öfteren erlebt, dass Patienten mich auffordern ihr Bild „ruhig wegzuschmeissen“ oder den Ton ihrer Tonfigur wieder zu verwenden (um nichts zu verschwenden). Durch den achtsamen Umgang des Therapeuten mit dem Werk seines Patienten wird diesem eine besondere Wertschätzung entgegengebracht, die wiederum Ich-stärkend ist (vgl. sich hinter den Patienten stellen). Gemeinsam einen guten Platz zu finden (vgl. sich neben den Patienten stellen) ist besonders wichtig für Patienten mit mangelnder Selbstgewissheit. Wird das Werk dem Patienten mitgegeben (z.B. als Intermediärobjekt), so kann schon im Vorfeld besprochen werden, wo er es aufbewahren wird. Manche Patienten neigen dazu, ihr Werk zu zerstören, bevor der Therapeut die Gelegenheit bekommt, es gut zu verstauen:

***Fred** zerschneidet nach der Arbeit seine Wohlfühl-Tonkugel mit einer raschen Bewegung, steht auf und „patzt“ sie in den Tonkübel zurück. Ich nehme ich die „verletzte“ Kugel vorsichtig und vor allem wortlos wieder heraus und wickle sie in ein Tuch. Die nächsten Stunden ist seine chronische Suizidalität und die Frage, ob es wirklich sinnlos ist, etwas Bleibendes in der Welt zu hinterlassen, zentrales Thema. Die Kugel lege ich vor jeder Stunde für ihn sichtbar auf einen Schreibtisch in der Ecke des Raumes.*

Die **Dialogtechnik** schult die Differenzierung zwischen Subjekt und Objekt, die Empathiefähigkeit und schafft eine Möglichkeit zur Externalisierung und inneren Distanz. Fällt dem Patienten nichts ein, so kann der Therapeut Vorschläge machen. Sind Teile der Arbeit stark negativ behaftet, so kann man zunächst das Werk als Ganzes wirken lassen (Traum, Ton, Bild, Aufstellung, ...).

Die **Identifikationstechnik** mit dem Werk oder Teilen davon meide ich meistens eher; speziell bei Patienten auf geringem Strukturniveau. Bei bedrohlichen oder widerstandsbehafteten Inhalten droht Abspaltung oder sogar Dekompensation und Re-Traumatisierung. Die Wirkweise ist zu wenig voraussehbar. Außerdem ist dem Patienten eine Identifikation oft gar nicht möglich. So ist es meist ratsamer, in der Dialogtechnik zu bleiben, d.h. die Position / Einstellung des Objekts nur zu fantasieren, anstatt in dessen Rolle zu schlüpfen.

Eine Faustregel kann auch noch sein, dort zu verbreitern, wo Enge ist, und dort zu begrenzen, wo Überschwemmung herrscht. Das kann von Sitzung zu Sitzung variieren.

## 5.2 Grad der Strukturiertheit

Ganz besonders wichtig ist die Strukturiertheit der jeweiligen Übung, die darüber entscheidet, wie sehr der Patient in die Welt seiner Affekte eintaucht (Tiefung). Oft entscheidet die Strukturiertheit auch über die Akzeptanz der vorgeschlagenen Übung. In jedem Fall wird der





Zugang zum intuitiven Auffassen von Subjekt und Objekt erschlossen, bei freien Übungen „provokanter“, bei gut strukturierten Übungen auf sanfte Art & Weise.

### 5.2.1 Frei

Eine Gestaltung ist dann frei, wenn sie in den Punkten Zeit, Thema und/oder Material hohe Freiheitsgrade aufweist. Keine oder eine nur vage thematische Vorgabe („Male, was gerade ist!“) kann einerseits Affektwahrnehmung, -differenzierung und -ausdruck sehr fördern; aber andererseits durch die Führungslosigkeit Patienten sehr verunsichern. Wie soll der Patient etwas ausdrücken, was nicht ist bzw. was er nicht weiß / spürt? Er kann es nicht. Übertreibe ich aber die Freiheitsgrade nicht, so kann ich mich als Therapeut gut neben den Patienten stellen. Wieder aber kann man auch dies nicht generalisieren, wenn man z.B. an hochkontrollierte psychosomatische Patienten denkt. Immer ist die Tragfähigkeit des therapeutischen Bodens und der Zugang zu kreativem Tun des Patienten zu berücksichtigen. Zu vermeiden ist in jedem Fall eine Frustration.

**Beispiel:** „Versuchen Sie die Stimmung in Ihrer Ursprungsfamilie mit diesen Acrylfarben aufs Papier zu bringen. Ich habe Ihnen dafür ein großes Blatt auf den Boden geklebt. Nehmen Sie sich so viel Zeit, wie Sie brauchen.“

### 5.2.2 Mittel

Meist wird sich ein mittlerer Strukturiertheitsgrad für Menschen mit Persönlichkeitsstörungen eignen. Hier ist das Kosten-Nutzen-Verhältnis wohl am besten. Ich schaffe damit die Möglichkeit zu einem gut aushaltbaren affektiven Erlebnis ohne die Gefahr einer Überflutung (mittleres Erregungsniveau), das deshalb auch gut bearbeit- und integrierbar ist. Das Behalten der Kontrolle ermöglicht eine weitere Stärkung der Ich-Funktionen. Die Wahlmöglichkeit fördert das Eigene des Patienten.

**Beispiel:** „Stellen Sie Ihre Ursprungsfamilie in einfachen geometrischen Formen dar. Sie können entweder die verwischbaren Pastellkreiden oder den Malkasten verwenden. Wir nehmen uns dafür 20 Minuten Zeit.“

### 5.2.3 Gut strukturiert

Bei der Arbeit mit desintegrierten Anteilen oder Inhalten, die gerne abgespalten werden, hilft eine gute Übungsstruktur und –vorgabe, den Patienten auf einem mittleren Erregungsniveau zu halten und den Inhalt durch die Externalisierung und begleitende Verbalisierung ein Stück weit mehr zu integrieren. Ich kann so auch einen Fokus auf eine Ressource legen, wenn das Positive an der eigenen Person schwer gesehen werden kann. Wiederum kann ich über





Zeitvorgaben, Thema oder Material strukturieren. Strukturierendes Material sind Bauklötze, Steine, Bleistifte, Filzstifte, Ölkreiden etc.

**Beispiel:** „Zeichnen Sie mit diesem Filzstift die Sitzordnung am Esstisch auf, als Sie noch ein Kind waren.“

### 5.3 Die Patienten

Fünf meiner Patienten möchte ich kurz vorstellen – natürlich mit geänderten Namen – weil ich mich bei den praktischen Beispielen immer wieder auf sie beziehe. Manche Fotobeispiele stammen auch von anderen Patienten, die ich aber nicht extra vorstelle.

#### **Mona**

*Ich-Strukturelle Störung, mäßig integriert, starke Somatisierungstendenz*

Mona, 24, Geschichte-Studentin, leidet unter starken Minderwertigkeitsgefühlen, starkem Schwitzen und unter krankhafter Eifersucht, die früher oft in Ritzen gemündet hat. Zudem konsumiert sie viel zu viel Alkohol und geht fast jeden Tag fort. Sie kann nur bei Licht einschlafen und hat Ängste, die sich ums Thema Tod drehen. Sie hat kein stabiles Bild von sich und ihrer „Art“ als Studentin, Freundin, Partnerin etc. Zudem ist sie auffallend schlank. Mona schildert immer wieder neue körperliche Symptome: Kopfschmerzen, Asthma, Gastritis, Entzündungen, Probleme in der Halswirbelsäule, ...

Mona ist nach wie vor in einer engen und symbiotischen Bindung mit ihrer Mutter und ihrem Onkel, der ihr Ersatzvater ist. Die Mutter hat ihr Leben der Tochter geopfert. Einen neuen Partner wollte sie ihr nicht „antun“. Nach wie vor macht die Mutter z.B. Arzttermine für Mona aus, weil diese sich das nicht traut. Andererseits erzählt Mona, dass eigentlich der Onkel darauf bestanden hat, dass die Mutter das Kind austrägt. Sie würde verstehen, dass die Mutter angesichts der Umstände über Abtreibung nachgedacht hat.

Im Kontakt wirkt Mona sehr schüchtern, kann Blickkontakt schlecht halten. Sie ist eine hübsche und intelligente junge Frau, sehr angepasst, aber voller Motivation, ihr Leben selbst in die Hand zu nehmen. Sie ist seit 4 Monaten bei mir in Therapie.

#### **Fred**

*Ich-strukturelle Störung, gering integriert*

Fred, 53, selbständiger Maler und Anstreicher, kam in einer schweren Krise zu mir. Er wurde von massiven, negativen, existenziellen Gefühlen überschwemmt. Er war vollständig am Außen orientiert, hatte aber keine Ahnung mehr, wer welche Beweggründe hat. Er wirkt, als wäre er kurz vor der Auflösung. Er schwankte zwischen Gefühlen des „Nicht-Seins“ und einer extremen Selbstwertproblematik. Dazu kam ein Alkoholproblem und eine erektile





Dysfunktion. Phasenweise wechselte er auch in Größenselbst-Vorstellungen, wo er durch Abwertung anderer versuchte, nicht selbst unterzugehen. Seine Art der Selbstverletzung sah so aus, dass er sich indirekt körperlich quälte, z.B. Gewaltmärsche absolvierte, am liebsten mit Blasen an den Füßen und bis zur Erschöpfung, oder indem er sich komplexen sozialen Situationen auslieferte, um sich mit Gewalt zu „heilen“. Er hatte Phasen mit einer Wochenarbeitszeit von 80 Stunden; dann arbeitete er wieder ein paar Wochen gar nichts. Er neigte extrem zur Intellektualisierung und demonstrierte ein erschreckendes und hartnäckiges Ausmaß an Imaginationsschwäche. Suizidgedanken waren wie ein tröstlicher Freund in seinem Leben. Zudem wurde er phasenweise suizidal, immer an Punkten in der Therapie, wo eindeutige Fortschritte sichtbar wurden.

Aufgewachsen war er in einer rigiden, kalten und gewalttätigen Atmosphäre, hatte die Verantwortung für die jüngeren Brüder, wurde schon als Kind als Arbeitskraft missbraucht. Es gibt kaum Erinnerungen an die Zeit vor dem 12. Lebensjahr. In der Klosterschule erlebte er viel Homosexualität. Seine Mutter ist eine Messie. Er war gerade in Trennung von seiner Frau. Zu Ende der Therapie lebte er allein in einem Rohbau, den er sich langsam bewohnbar machte – je nachdem, wie es ihm gerade ging. Er blieb fast 3 Jahre bei mir und „verabschiedete“ sich spontan am Ende einer normalen Sitzung, ohne vorherige Absprache.

## **Bernd**

*Ich-strukturelle Defizite im privaten Beziehungsbereich, mäßig integriert, Lebenskrise*

Bernd, 43, Biologe, kommt nach einer Phase mit massiven Rückenbeschwerden zu mir. Er hat sich in eine Studentin verliebt, obwohl er seit vielen Jahren „treu“ verheiratet ist. Er hat eine jugendliche Tochter, zu der er ein sehr gutes Verhältnis hat, und einen schwerst behinderten autoaggressiven Sohn mit 12 Jahren. Die Beziehung zu seiner Frau beschreibt er als funktionelle Zweckgemeinschaft. Fast ein Jahr lang kann er ihren Vornamen kaum aussprechen. Im Laufe der Therapie begann er ein – noch jetzt andauerndes – Verhältnis zu einer jüngeren Kollegin, die er eifersüchtig überwacht und kontrolliert. Seine Machtausübung schreckt ihn, bereitet ihm aber auch Vergnügen. Gleichzeitig hat er mit seiner Familie ein neues Haus gebaut und ist dort auch bereits eingezogen. Momentan drängen Frau und Tochter massiv darauf, den Sohn wegen seiner sich entfaltenden körperlichen Kräfte in ein Heim zu geben, was für Bernd ein großes Problem darstellt. Bernds Beziehungsgestaltung (Ehe, Eltern) ist von einer ausgeprägten Entscheidungsunfähigkeit geprägt. Die Dinge kommen von außen an ihn heran – er reagiert nur.

Bernds Mutter war eine Frau mit glückenhaftem Verhalten, einem strikten moralischen Wertesystem und einer devoten Haltung dem Vater gegenüber. Nach ihrem Tod übernahm





Bernds ältere Schwester diese Rolle beim Vater. Der Vater war die Verkörperung des Pessimismus.

In der Therapie war der stärkste Wirkfaktor, Bernd einfach „selbst sein“ zu lassen. Er hat ein starkes schöpferisches Potential zur Verfügung, sowohl im bildnerischen als auch im literarischen. Allerdings neigt Bernd zur Intellektualisierung, zum „Zerklären“ jedes inneren Bildes, was erst durch verstärkten Einsatz von kreativen Techniken gelockert werden kann: durch die verbesserte Affektwahrnehmung steigt die Authentizität, was sich auch langsam in seinem Alltag bemerkbar macht. Dennoch wirkt er nach wie vor oft eigentümlich dissoziiert. Wir arbeiten seit 3 Jahren in großen Abständen von 1-2 Monaten, dafür aber geblockt.

### **Marco**

*Ich-strukturelle Störung, gering integriert, Kernbergs „pseudounabhängige“ Form*

Marco, 43, Firmenchef, leidet unter „borderline-typischen“ Partnerschaftsproblemen; Idealisierung / Abwertung, Nähe / Distanz – Problematik, mangelnde Objekt Konstanz, zudem fühlt er sich gleichaltrigen fremden Männern gegenüber sehr befangen und unsicher. Er hat starke Wünsche nach Sicherheit (Zuverlässigkeit) und Gefühl in einer Beziehung, hält sie aber nicht aus. Von Anfang an ist die Dynamik voll im Kontakt sichtbar. Marco beeindruckt durch auffallende äußerliche Attraktivität, materiellen Reichtum, großer rhetorischer Begabung und „wuchtiger“ Präsenz. Er nutzt diese Vorteile für zahlreiche Spielarten der Manipulation. Als Firmenchef ist er souverän und setzt seine feinen Antennen für die Befindlichkeit anderer im Sinne seiner Mitarbeiter ein. Frauen schwärmen zu ihm wie die Motten zum Licht, was ihm einerseits schmeichelt, ihn andererseits bedroht.

Biografie: Marcos Kindheit war geprägt von seiner psychisch kranken Mutter. Die Mutter „behandelte“ Marco mit Psychoterror einerseits und mit roher Gewalt und sexuellem körperlichen Missbrauch andererseits. Marco opferte sich auch früh, um seine beiden jüngeren Brüder zu beschützen. Der Vater war kaum anwesend und hat „nichts mitbekommen“, was Marco kaum glauben kann. Der Vater hat mehrere male beruflich etwas aufgebaut und ist genauso schnell wieder „abgestürzt“, was in Pfändungen gemündet hat. Eingeschlossen im elterlichen Einflussbereich und ohne Freunde orientierte er sich schnell in Richtung Leistung. Als Klassenbester und Klassensprecher konnte er sich schon früh einen Platz in der Welt verschaffen. Die Beziehung zu seiner langjährigen Lebenspartnerin – geprägt von wiederkehrenden Trennungen und Neuanfängen – war in den ersten sechs Jahren von aggressiven Ausbrüchen und körperlicher Gewalt seinerseits geprägt. Seitdem „schlummert“ seine Wut. Er ist sich bewusst, dass er töten könnte, wenn er allzu sehr in die Ecke gedrängt wird.





Therapieverlauf: Nach einem halben Jahr intensiver, hochfrequenter Arbeit bleibt er von der Therapie weg, lässt aber eine schon bezahlte Stunde offen. In diesem ersten Abschnitt geht es hauptsächlich um die Trennung von seiner Lebenspartnerin und Mutter seiner beiden Töchter, ohne den Kindern allzu sehr zu schaden. Die kleinste Spiegelung reicht, um eine massive Abwehrreaktion hervorzurufen. Nach einem Jahr setzen wir fort. Diesmal können wir an seiner Persönlichkeitsstörung arbeiten. Er hat sich seither spürbar weiterentwickelt, seine Reflexionsfähigkeit und Authentizität hat zugenommen. Meine therapeutische Position hat sich hauptsächlich auf ein „neben-dem-Patienten“ verändert; manchmal ist auch eine sachte Konfrontation möglich. Immer noch fordert er ab und zu ein, dass ich ihm die Welt erkläre. Dann sitzt er mit einem drolligen Gesichtsausdruck und leicht geöffnetem Mund mir gegenüber und nimmt mit jeder Faser auf, was ich antworte. Ich habe das Gefühl, er ist in solchen Momenten vier oder fünf Jahre alt.

## **Anna**

*Ich-strukturelle Teildefizite, mäßig integriert, psychosomatische Züge*

Anna, 44, Stationsschwester, kommt mit der Vorstellung, ihre Kindheit aufarbeiten zu müssen. Sie wird in letzter Zeit von Angstgefühlen und Blutdruck-Spitzen geplagt. Ihre Kinder (3 Töchter, 21, 18 und 5 Jahr alt), müssen sie schon genauso schonen wie sie ihre eigene Mutter. Sie hat das Gefühl, „es“ könnte psychisch sein. Mir fallen eine ausgeprägte Aggressionshemmung und eine übermäßige Idealisierung ihres Mannes auf. Beide großen Töchter tendieren dazu, sich in die Abhängigkeit eines Mannes zu begeben. Anna kann sich gegenüber ihrer ewig jammernden Mutter schwer abgrenzen, ähnlich ist es beim Vater.

Biografie: Annas Vater traf ein Schicksalsschlag, als sie selber erst ein paar Jahre alt war: ihm wurde nach einem Gehirnschlag ein Bein abgenommen, das andere ist gelähmt. Außerdem hat er massive Artikulationsstörungen. Anna kennt ihn nur so. Ab da hatte er ein massives Alkoholproblem. Die ganze Familie geriet in Co-Abhängigkeit. Die Kinder mussten ihm seinen Alkohol besorgen. Die Mutter ging oft nachts weg, auf Vater-Suche, was Anna sehr verängstigt hat. Der älteste Bruder wurde von der Mutter als „Seelenmistkübel“ missbraucht. Er erhängte sich mit 16 am eigenen Hochbett. Anna, damals 12, und der zweitälteste Bruder haben ihn gefunden. Die zwei jüngeren Schwestern haben nicht so viel „davon“ mitbekommen. Anna schlief noch zwei Jahre danach im Bett der Eltern, um die Mutter zu bewachen, die sie nachts immer wieder grübelnd vor ihrem Medikamentenvorrat fand. Oft mussten die Kinder nachts ausrücken, um den Vater zu suchen, der irgendwo am Heimweg betrunken aus seinem Rollstuhl gefallen war. Den Beruf Krankenschwester suchte die Mutter für Anna aus, wegen dem Tod des Bruders. Mit 16 begab sich Anna in Beziehung mit ihrem jetzigen Mann. In manchen Dingen erinnert er sie an ihren Großvater, der damals





eine wichtige Bezugsperson für sie war, obwohl die restliche Familie ihm vorgehalten hatte, am Tod des Bruders schuld gewesen zu sein.

Heute bringen die Kinder immer noch Alkohol zum Vater, der inzwischen im Pflegeheim lebt. Die Mutter schaut, wo er am günstigsten ist. Anna findet nichts dabei.

Therapieverlauf: Anna ist seit ca. 15 Stunden bei mir. Sie erzählt sehr viel, wirkt lebendig, ist aber auch sehr im Kopf. Sie will alles analysieren. Negative Gefühle hat sie recht gut abgespalten. Nachdem wir noch eher am Anfang sind, stütze ich sie mit gut strukturierten Stunden und Interventionen. Die Auswirkungen ihrer Geschichte auf ihre eigenen Töchter beunruhigt sie zutiefst. Wir brauchen Zeit.

## 5.4 Bezogen auf Therapieziele

An dieser Stelle möchte ich versuchen, Übungen und Beispiele den vier Hauptzielen der strukturbezogenen Psychotherapie von Rudolf zuzuordnen (Systematik strukturbezogener Interventionen: Rudolf, 2006, S. 148; vgl. Kap. 4.2.2, Überblick siehe Anhang C). Das ist nicht ganz einfach, da einzelne Übungen mehrere Zwecke erfüllen und unterschiedliche Wirkweisen haben. Ich wollte aber bewusst keine Einteilung nach Art der Medien vornehmen, um einen besseren Bezug der Übungen zum Störungsbild zu ermöglichen.

Generell möchte ich noch vorausschicken, dass alle diese Methoden und Übungen immer sehr reflektiert eingesetzt werden müssen, speziell aber bei strukturellen Störungen. Der Therapeut muss sich immer vergewissern, dass die Übung zum aktuellen Kontext passt und dass die therapeutische Position, der Strukturierungsgrad der Übung und deren Aufforderungscharakter mit den aktuellen Selbstregulationsfähigkeiten des Patienten zusammen passen.

### 5.4.1 Kognitive Ebene: Selbstwahrnehmung und Objektwahrnehmung

Ein realistisches Bild von sich Selbst und Anderen entwerfen beinhaltet laut Rudolf (2006, S. 148):

|  |  |
|--|--|
| <b>Das Selbst wahrnehmen:</b>          | <i>Selbstbild reflektieren und ausdifferenzieren</i><br><i>Eigene Affekte differenzieren</i><br><i>Eigene Identität entwerfen und weiterentwickeln</i> |
| <b>Objekte realistisch wahrnehmen:</b> | <i>Selbst-Objekt-Differenzierung</i><br><i>Andere ganzheitlich wahrnehmen</i><br><i>Ein realistisches Bild vom anderen entwerfen können</i>            |





## Identitäts-Türme

Kaum ein Patient hat in jedem Lebensbereich / Identitätsbereich gleich viel Stärken und Schwächen. Patienten, die zur Generalisierung neigen („*Ich bin ein Versager auf der ganzen Linie*“ oder „*Mir kann niemand so schnell das Wasser reichen*“) können von dieser Übung profitieren. Besonders aufzupassen ist bei extrem negativem Selbstwert – die Aufstellung darf man erst anbieten, wenn abzusehen ist, dass auch Ressourcen benannt werden können oder - der Übung vorausgehend - vom Patienten erwähnt wurden! Bei dieser Übung ist es wichtig, sich die therapeutische Position (siehe Kap. 4.2.1.2) genau zu überlegen. Der Patient soll, vom Therapeuten begleitet, aber selbständig über seine Identität reflektieren. Gemeinsam kann über Situationen und Erlebtes nachgedacht und die Aufstellung erforscht werden. Ist die Sichtweise sehr realitätsfern, so kommt es auf die Qualität der therapeutischen Beziehung, die Art und Schwere der Störung und auf die Tagesverfassung des Patienten an, ob eine Realitätsprüfung (auch mit verleugneten Ressourcen!) möglich ist. Das Ziel der Übung soll immer sein, differenzierter über sich nachzudenken und einen Bereich zu finden, wo auch Positives zu finden ist („*ich habe zwar meine Defizite in diesen Bereichen, aber auf meine Leistungsfähigkeit und meine Werte kann ich stolz sein.*“). Bezogen auf die hermeneutischen Erkenntnisebenen geht es hier um das Erfassen und Erklären. Die Übung ist besonders geeignet für Patienten, die Materialien mit höherem Aufforderungscharakter mit großem Widerstand begegnen. Das Arbeitsblatt mit Instruktion ist im Anhang A (Kap. 10) zu finden.



Anna stellt ihre **Identitätssäulen** auf. In dieser Stunde hat sie zuvor schon erzählt, wie gut sie als Leiterin der Station anerkannt wird und dass sie sich dort relativ selbstsicher fühlt. Dort gelingt es ihr meistens, authentisch und klar zu sein und die Motive der anderen richtig einzuschätzen. Sie schätzt sich so ein, gleich viele Stärken (blau) wie Schwächen zu haben (rot) (Foto 1) und verteilt die Würfel dann auf die Bereiche (Foto 2 von links nach rechts: Leiblichkeit, soziales Netz, Leistung, Materielles, Werte). Foto 3 zeigt das Ergebnis aus einer anderen Perspektive.

Danach stellt sie ihren **Mann** auf (Foto 4). Ich lasse sie das machen, weil sie eingangs erwähnt hat, dass er mit ihrer älteren Tochter nicht besonders freundlich umgeht und manchmal cholerisch ist. Das war die allererste negative Äußerung auf ihren Mann bezogen. Sie wählt ausschließlich blaue Würfel! Ich konfrontiere sie sanft, in dem ich mich über diesen Widerspruch wundere. Sie möchte aber nichts an ihrer Aufstellung ändern, „vielleicht später einmal“. Sie berichtet in der nächsten Stunde, viel darüber nachgedacht zu haben.





Auf dieser eher kognitiven Ebene, also bei der Arbeit mit der fertigen Aufstellung, können auch systemische Fragetechniken (zirkuläres Fragen) hilfreich sein. Außerdem fördert so eine Technik das Hereinnehmen und Antizipieren der Position Dritter (Objekte) (vgl. Kap.4.2.1.4):

*„Was würde denn Ihr Mann jetzt sagen, wenn er diese Aufstellung sehen würde?“  
„Er würde um zehn Zentimeter wachsen...“  
„Und was macht das dann mit Ihnen, wenn er weiter wächst?“  
„Hm. Das ist jetzt irgendwie eine komische Vorstellung.“*

## Symbolaufstellungen

Einen höheren Aufforderungscharakter als Holzwürfel haben die Gegenstände in meinem Korb. Bei manchen Patienten habe ich mir angewöhnt, zum Beginn der Sitzung ein Symbol-Ritual zu machen: Jedes mal sucht sich der Patient als allererstes ein Symbol aus dem Korb, das gerade zu seiner Situation oder Stimmung passt und erklärt kurz, warum er sich dafür entschieden hat. Am Ende der Stunde nehme ich wieder Bezug auf dieses Symbol. Bei einer Kongruenz zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung wird die Identität gestärkt.



*Eine große Auswahl an unterschiedlichen kleinen Gegenständen aus allen Lebensbereichen. Dabei gibt es eine große Spannweite aus Material mit mittlerem bis hohem Aufforderungscharakter.*



## Symbolaufstellungen der Familie

Durch Verbalisieren der Symbol-Auswahl kann sich der Therapeut ein Bild von der Ganzheitlichkeit und Differenziertheit der Wahrnehmung des Patienten machen, d.h. er sollte die Objekte weder gänzlich idealisieren noch komplett abwerten. Der Therapeut ist bei der Selbstreflexion behilflich. Die ausgewählten Gegenstände sind identitätsstiftend. Der Patient muss lernen, die Alterität anderer anzuerkennen.

Je nach Grad der Symbolisierungs-, Abstraktions- und Empathiefähigkeit des Patienten wird entweder nach beobachtbarem Verhalten ausgesucht („Der Ball ist mein Bruder, er spielt so





gerne Fußball“) oder nach der Persönlichkeit („Der Ball ist mein Bruder, er lässt sich ständig irgendwohin schubsen und die anderen spielen sich mit ihm“).



**Mona** stellt ihre Familie auf: am Foto 1 sind alle vier Familienmitglieder auf engstem Raum zusammengestellt (von links nach rechts: Mutter, Oma, Onkel, Mona) und relativ ähnlich vom Symbol her. Das restliche Familienbrett bleibt leer. Sie kann die Eigenschaften der Gegenstände nicht beschreiben und ihre Auswahl nicht begründen. Eine **Distanz** zur Mutter ist nur aushaltbar, wenn beide einen Freund an ihrer Seite hätten (Foto 2). Ich sage: „...und mit den Freunden kommt Farbe ins Leben.“ Sie scheint sich unwohl zu fühlen und möchte auf meine Anfrage die Gegenstände wieder zusammenrücken.



Nach dem Experiment mit der Distanz probieren wir gemeinsam die **Nähe** aus: nachdem die Gegenstände nicht weiter zusammen geschoben werden können, stülpen wir ein kleines Körbchen darüber (Fotos 3-5). Mona: „ich seh mich nicht mehr.“ Sie kann die beengende Situation spüren und verbalisieren und sagt aber dann: „Ich fürcht es ist oft wirklich so. Wenn der Onkel bei meinen Seminar-Arbeiten neben mir sitzt oder die Mutter einen Zahnarzttermin für mich ausmacht...“

In der folgenden Nacht hat Mona einen **Traum**, in dem sie bemerkt, dass die Mutter einen Freund hat. Sie findet ihn nicht sympathisch. Die Mutter fragt am Ende des Traumes, ob es ihr leicht nicht recht sei und Mona lacht plötzlich und sagt: „Na, passt schon!“

Aufstellungen der eigenen Person wirken auf der kognitiven und emotionalen Ebene gleichzeitig, bei dieser Übung gilt es, die eigene Identität zu entwerfen, eine gute Orientierung in sich selbst zu finden, das Selbstbild zu reflektieren und ausdifferenzieren. Der Therapeut zeigt auf, dass es im Patienten vielfältige, verschiedene Teilaspekte gibt. „Der Therapeut interessiert sich für die Persönlichkeit des Patienten; er lässt erkennen, dass das Selbst des Patienten etwas Interessantes, Wichtiges und Einmaliges ist.“ (Rudolf, 2006, S. 149). Identität wird dabei nicht verstanden als etwas verborgen Vorhandenes, das aufgedeckt wird, sondern als ein Produkt, dass es herzustellen gilt.





Durch die Einübung der Selbstreflexion soll der Patient über die realistische Selbstwahrnehmung hinaus eine Vertrautheit mit seinen seelischen Innenvorgängen gewinnen und dafür Sprache finden.



**Marco** bei einer Selbst-Darstellung: Zu Therapiebeginn (Foto 1) und nach eineinhalb Jahren (Foto 2). Die Instruktion lautete in beiden Fällen: „Wähle aus diesem Korb einen oder eventuell auch mehrere Gegenstände aus, die Deine Person am ehesten symbolisieren“.

Bei der ersten Darstellung wählt Marco hastig viele Gegenstände: Geld, weil er viel davon hat; Glücksklee, weil er gern an der Börse spekuliert; ein Buch, weil er gern liest; zwei Halbedelsteine, weil er gut aussieht; ein Auto, weil er schnelle edle Autos liebt und einen Elefanten, weil die schlau sind. Er fragt forsch: „Und jetzt?“

Eineinhalb Jahr später wählt er auch zügig (nach einem „Oh Gott, schon wieder!“) drei Gegenstände: eine Münze, weil er reich ist (sein muss wegen Existenzangst), ein Baby, weil er so viele kindliche Anteile hat, zum Beispiel seine diffusen Ängste wenn er allein sein muss und seine Angst vor fremden Menschen. Und dann noch ein Herz, weil er halt ein Gefühlsmensch ist. Er sagt: „...und nur ein Teil von dem Herz gehört...“ und fängt plötzlich an zu weinen. Trotzdem wir eine Stunde dran hängen, weil er das Gefühl nicht einordnen kann (er ist sehr verwirrt), trägt er diese Stimmung einige Tage mit sich herum und fängt an zu somatisieren. Das Authentisch-Sein löst noch Ängste aus.

### 5.4.2 Regulative Ebene: Steuerung und Abwehr

Das zweite Hauptziel in den strukturbezogenen Interventionen Rudolfs (vgl. 2006, S. 150) gliedert sich wie folgt auf:

#### Das Selbst steuern

*Sich von Impulsen distanzieren, sie steuern und integrieren*

*Sich von Affekten distanzieren und sie regulieren*

*Sich von Kränkungen distanzieren, Selbstwert regulieren*

#### Den Bezug zum Objekt steuern

*Die Beziehung vor eigenen störenden Impulsen schützen*

*Interessenausgleich*

*Die Reaktionen anderer antizipieren*





Der Patient soll lernen, eine abgegrenzte, beobachtende und autonome Position einzunehmen. Durch Externalisierung innerer Anteile mithilfe kreativer Medien kann eine Distanzierung möglich werden:



### „Meine Gedanken“

*Fred berichtet von resignativen Gedanken über seine Unzulänglichkeiten und kürzlich erlebte peinliche Situationen. Diese Gedanken machen es ihm unmöglich, sich um sich selbst zu kümmern (er hatte Arbeitsaufträge im Zusammenhang mit Körperpflege und Genusstraining).*

*Im Anschluss an die Tonarbeit kann er sich erstaunlich gut auf eine Kurzentspannung in Progressiver Muskelrelaxation einlassen, ohne währenddessen über Sinn oder Unsinn dieser Übungen nachzudenken.*

### Inneres Kind



*Das innere Kind von **Mona**: Monas inneres Kind ist ca. 10 Monate alt. In diesem Alter beginnt die Herausbildung der Selbstgewissheit. Mona hat wieder wenig Zeit und Kraft in die Gestaltung gelegt. Sie schützt ihr inneres Kind aber, indem sie es sehr liebevoll in ein reinweißes Seidentuch bettet. Ich habe die Übung gemacht, da sie sich selbst nicht trösten kann und nur bei Licht und mit Alkohol einschläft. In diesen Minuten vor dem Einschlafen kommen Ängste hoch, sie könne „ihre Familie überleben“. Das möchte sie auf gar keinen Fall.*

*Durch die Externalisierung und Distanzierung und anschließende Verbalisierung gelingt es ihr in den nächsten Wochen immer besser, auch ohne Licht und Alkohol einzuschlafen.*



*Eine **andere Patientin** malt ihr inneres Kind als fleischfarbenen Punkt am unteren Blattrand. Das restliche Blatt ist eine riesige, weiße Unbekannte.*

*Sie schützt ihr inneres Kind, das so undifferenziert ist, dass es an einen Embryo erinnert, mit dicken Farbschichten. In diesem Tunnel ist das Kind gut aufgehoben.*

*Um 90° nach links gedreht, erinnert die Malerei an den Bauch einer Schwangeren.*





Bei all diesen Werken kann die hermeneutische Spirale wiederum durch Dialogtechnik vollendet werden. Erst dann wird eine gute Integration möglich. Diese Übungen haben auch starke Auswirkung auf die Selbstregulationsfähigkeit der Patienten, denn die Externalisierung ermöglicht Selbstrost, Selbstfürsorge und Selbstberuhigung. Speziell wichtig ist dies bei Patienten mit geringem Strukturniveau. Hier geht es um das ganz basale „Was ist“; nicht darum, „Wie ist es“:



„Forme etwas, was sich gut anfühlt“



„Male Farben, die Dir gefallen“

### Spannungsreduktion



**Marco** berichtet, dass er seit einer Woche einen Stein im Magen liegen hat. Er hätte vermutlich etwas Falsches gegessen.

Ich lasse ihn diesen Stein formen. Während des Formens frage ich ihn nach seinen Gedanken (in Kontakt bleiben!). Er erzählt spontan davon, dass seine Mutter die Unverfrorenheit besitzt, von ihm Geld zu wollen. Das hätte er von seinem Bruder gehört. Ich frage: „Du klingst verärgert. Macht Dich das wütend?“. Er bestätigt. „Wahrscheinlich ist das Wut in meinem Bauch.“

Er schlägt vor, den Stein zu zerstören (Foto). Danach lasse ich ihn seinen Bauch mit den Händen wärmen. Er entspannt sich und wir besprechen die Forderungen der Mutter.





„Wirkt“ die Übung, d.h. fühlt sich der Patient danach besser, entspannter, lebendiger etc., dann war er **selbst wirksam**, und der Therapeut hat ihn dabei begleitet (den anderen als **gutes Objekt** nutzen). Dieses Erlebnis, oder manchmal auch die konkrete Methode, kann verinnerlicht und mit in die Welt genommen werden.

Den Bezug zum Alltag herzustellen („*Wo kommt denn so etwas auch in Ihrem Alltagsleben vor?*“) ist enorm wichtig, denn der Patient muss ja **üben**; gleichzeitig kann die Fantasie und die Vorstellungskraft gefördert werden: „*Was würde denn Ihr Werk zu Ihnen sagen, wenn es reden könnte?*“ und „*Was könnten Sie dann darauf antworten?*“

### Den Bezug zum Objekt steuern

Droht die eigene Selbstwertproblematik die Beziehung zu gefährden (z.B. Drang zum Vereinnahmen), so kann die kreative Gestaltarbeit dabei helfen, die Beziehung vor eigenen störenden Impulsen (interpersonelle Abwehr) zu schützen. Es gilt, sich von diesen Impulsen zu distanzieren, zu steuern und sie zu regulieren. Inhaltlich geht es darum, das Insistieren auf sofortiger Bedürfnisbefriedigung zurücknehmen zu lernen.



#### „Eifersuchtsblitz und Mutkugel“

Die Patientin **Mona** kommt in einer weinerlichen Stimmung; sie kommt kaum mehr gegen ihre Eifersucht an (ihr Partner, ein Reiseleiter, führt gerade eine weibliche Reisegruppe). Sie kann an nichts anderes mehr denken, hat keine Hoffnung und der Drang zum Ritzen wird wieder sehr stark. Sie formt zunächst ihre Eifersucht (Blitz, Foto 1) mit spitzigen, kraftlosen Fingern, sitzt dabei schräg und mit verschränkten Beinen viel zu weit vom Tisch weg und weint fast.

Dialog mit der Eifersucht: Mona: „Geh weg von mir“ – Eifersucht: „Wieso? Mir dir habe ich ein leichtes Spiel.“ Sie hat keine Idee, wie es weitergehen könnte.

Ich frage, ob sie denn mit dem restlichen Ton etwas machen könnte, was hilft. „Ein Zaun“ meint sie und beginnt, dünnliche Tonwürste um die Eifersucht zu legen (Foto 1). „Das ist aber zu niedrig“ meint sie dann und baut stabilere Seitenwände rundherum. „Gut so jetzt?“ frage ich sie. „Ein Dach wär schon noch gut“ sagt sie. Sie legt Tonplatten oben drüber und ist dann zufrieden. Ihre Finger sind ein wenig kraftvoller geworden.

Dialog: Mona: „Jetzt kann sie nicht mehr an mich dran.“ Ich bitte sie, das der Eifersucht zu sagen. „Jetzt kannst du nicht mehr an mich dran!“

„Was ist jetzt bei Ihnen?“ frage ich sie. Sie fühlt sich hoffnungsvoller und spürt etwas Mut. Ich lege ihr den ganzen restlichen Ton in die Hand und sage ihr, dass sie eine Form und Oberfläche für diesen kleinen, neuen Mut finden soll (bisher war sie sehr bescheiden mit den Mengen). Sie formt eine Kugel, nimmt sich in ihrer typischen Weise wenig Zeit dafür und legt sie gleich wieder neben das bisher geformte (Foto 3).

Ich lasse sie ihre Sitzposition verändern, angelehnt und die Füße gut auf dem Boden, lege ihr die Kugel in die Hände. Sie soll das Gewicht spüren und ein paar mal tief in den Bauch atmen.

Dialog: Mona zur Kugel: „Du tust mir gut.“ Kugel antwortet: „Ich bin für dich da, immer, auch wenn du dich gerade verzweifelt fühlst.“

Wir versperren den Blitz im Kasten und legen die Kugel in eine Schale. Mona sagt, dass sie jetzt wieder durchatmen kann und dass der Druck, der Ring um ihre Brust wieder weg ist.





## Entscheidungen treffen

Bei starken Tendenzen zur Intellektualisierung kommt es häufig vor, dass Patienten nicht entscheidungsfähig sind, wenn es um intuitive, nicht logisch begründbare Entscheidungen geht. Dies betrifft z.B. die Entscheidung angesichts einer üppigen Speisekarte im Restaurant. Das „Bauchgefühl“ (= die Intuition) setzt eine gewisse Introspektionsfähigkeit und der Fähigkeit zur Affektwahrnehmung voraus:



*Ein Patient, der immer wieder berichtet, sich nicht entscheiden zu können, wenn es um „sinnlose“ Dinge geht. Ich lege meine Seidentücher vor ihm an den Boden und lasse ihn wählen. Er wählt nach einigem Überlegen das türkise. In dieser Stunde lasse ich ihn immer wieder spontan ein Tuch nehmen. Es fällt ihm zunehmend leichter.*

*In weiterer Folge ließ ich diesen Patienten am Anfang und am Ende jeder Stunde ein Tuch auswählen und zu diesem Zweck das Bauchgefühl zu befragen. Innerhalb von ca. 10 Stunden berichtete er von Fortschritten im beruflichen und privaten Umfeld.*

### 5.4.3 Emotionale Ebene: Fähigkeit zur Kommunikation

Das Therapieziel auf dieser Ebene lautet: Der Patient soll sich selbst – und insbesondere seine Körperlichkeit – emotional erleben können und dadurch Dynamisierung und Energetisierung seiner Erlebniswelt erfahren. Begegnungen mit der Emotionalität sollen gefördert und die dadurch ausgelösten Beunruhigungen aushaltbar werden. Im Bezug auf die Objekte geht es hier um Annäherung und emotionales Sichinvolvieren. Die therapeutische Kunst liegt dabei darin, Gegenübertragungsphänomene in geeigneter Form zu verbalisieren.

#### Das Selbst emotional erleben

*Eigene Affekte generieren und erleben*

*Eigene Fantasien entwerfen*

*Die eigene Körperwahrnehmung bzw. Das Körperselbst emotional beleben*

#### Die Beziehung zu den anderen beleben

*Emotionale Kontaktaufnahme: Gefühle anderen gegenüber zulassen, Besetzungen wagen*

*Eigene Affekte zum Ausdruck bringen, sich von den Affekten anderer erreichen lassen*

*Empathie erleben*

## Bodycharts

Körperbildarbeit wirkt Ich-stärkend; der Körper dient als Bezugsraum für unsere Gefühle. Das Körperbild ist die lebendige Synthese unserer emotionalen Erfahrungen. Außerdem fördert das





Körperbild unser Raumempfinden und hat immer auch soziale Aspekte (Baer, 2004, S. 295-296). Jedes Körperbild beinhaltet die Möglichkeit, die eigene individuelle Geschichtlichkeit zu begreifen. Diese Übung stellt somit eine **gesamt-leibliche Erfahrung** dar.

Ich vereinbare eine Körperbildarbeit immer in der Einheit zuvor. Vor der Doppel-Stunde (das braucht es!) klebe ich ausreichend Papier auf den Boden und richte eine große Auswahl an Farben und Stiften her. Ich gehe in den ersten 10 Minuten sicher, dass es kein dringliches Vordergrundthema gibt und dass der Patient in einem stabilen Zustand ist und die Körperbildarbeit immer noch möchte. Dann bereite ich immer den Umriss vor: Ich fahre den Umriss nach, während der Patient auf dem Rücken liegt (die intimen Bereich zeichnet natürlich jeder selber). Dann setzt sich der Patient bequem hin und ich leite eine ausführliche Reise durch den Körper an. Gedanken, Gefühle, Erinnerungen, Szenen etc. dürfen dabei kommen und gehen. Nach einer abschließenden Ganzkörpervorstellung wird losgemalt.



*Bernd* sieht seinen Körper eingebettet in eine schroffe Klippenlandschaft bei Sonnenuntergang (diese Imagination hat er in weiterer Folge in seine Geschichte eingebaut, siehe unten).

Er malt mit einer überraschenden Heftigkeit und wirft zum Schluss sogar den Pinsel weg und malt mit den Fingern weiter. Er erlebt sich vielfältig, geerdet, aber auch durchlässig. Beim Hals und im Bauchbereich spürt und malt er Sperren. Körpergrenzen entstehen nur um den Kopf.

*Bernd* ist äußerst zufrieden mit seinem Körperbild. Wir arbeiten am Thema Abgrenzung weiter.



Das Bodychart dieser jungen Frau sieht dagegen gänzlich anders aus. Sie hat fast nur die Körpergrenzen „gezeichnet“, lediglich Hände und Bauch haben eine warme Farbe bekommen. Das Herz hatte sie fast genauso auf ihrem T-Shirt.

Die Übung war zu früh angesetzt, der Widerstand zu groß und die Imaginationsfähigkeit zu wenig ausgebildet. Das Bild blieb unvollendet.





**Mona:** Körperbild und Krankheitspanorama in einem. Nach der Reise durch den Körper leite ich zusätzlich eine Reise in die Vergangenheit an.

Mona kann sich an kaum eine Zeit erinnern, wo sie nicht ständig krank war. Sie meint, früher hätte sie „nur“ Aufmerksamkeit dafür haben wollen, heute macht ihre Psyche ihren Körper krank.

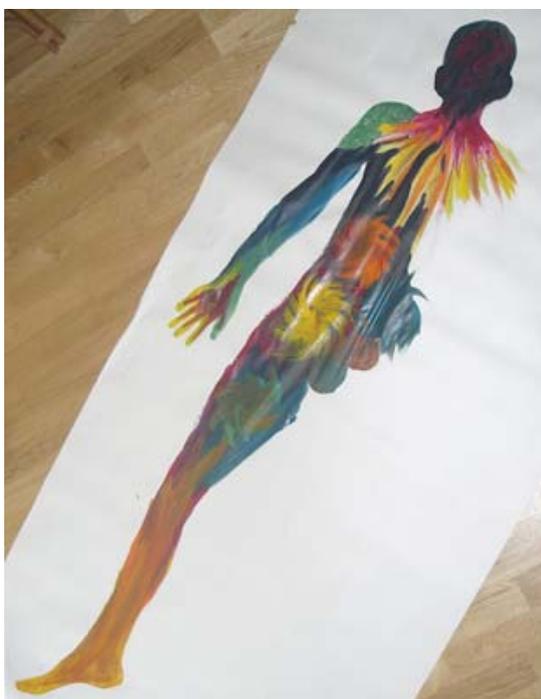
Sie verzichtet darauf, Kontur oder Hintergrund zu gestalten und malt / zeichnet sehr zart und blass (ich musste das Foto nachbearbeiten!), spürt aber nach einer halben Stunde des Gestaltens, dass sie für den Moment genug hat.

Sie erzählt dann noch eine ganze Weile lang von beschämenden Situationen im Bezug auf ihren Körper.

Ich hänge das Bild an die Wand, um ihr einen Gesamt-Blick zu ermöglichen. Sie ist überrascht, dass ihr ihr eigener Umriss gefällt.

Ihr Magen teilt ihr im Dialog mit, so möge doch dafür sorgen, dass sie umarmt wird, dann würde er „eine Ruhe geben.“ Ich fordere sie auf, ihre Hände auf den Magen zu legen und sich vorzustellen, sie würde ihn umarmen. Sie spürt Wärme und bekommt einen ganz friedlichen Gesichtsausdruck.

Wir werden an dem Bild weiterarbeiten.



Diese Patientin, erst 15 Jahre alt, litt unter massiven Essstörungen (Pendeln zwischen Unter- und Übergewicht), Selbstverletzung und ernstzunehmenden Suizidgedanken.

Sie stellte mit Farben dar, welche Körperbereiche sie an sich mag und welche nicht. Die Üppigkeit und Sättigkeit der Farben wertete sie aber nur negativ.

Das Bild wurde trotz Doppelstunde nicht fertig. Sie wollte dann auch nicht mehr über ihren Körper sprechen.

In diesem Fall ist es nicht gelungen, durch die kreative Arbeit das Körperselbst emotional zu beleben.

Wir konnten aber noch über Tonarbeit einen Weg finden, der ihr dazu verhalf, zumindest zeitweise im schöpferischen Tun Spannungen anzubauen.

Leider boykottierte sie nach einem halben Jahr alles, was mit Therapie zusammenhing, auch die Familientherapie und die Einzelbetreuung durch ihren Psychiater.

Bodycharts unterlasse ich bei sehr schweren strukturellen Störungen (Marco, Fred) eher generell. Erfolgreiche Ressourcenarbeit, verbesserte Affektregulation und eine tragfähige therapeutische Beziehung können Körperbildarbeit aber nach einer Weile möglich machen.





## Eigene Fantasien entwerfen

Nach einer Serie von sich fortsetzenden Fantasiereisen bringt Bernd eines Tages eine Kurzgeschichte mit, die er sogar bei einem Wettbewerb eingereicht hat. In dieser Geschichte sind unsere Fantasiereisen in eine Rahmenhandlung eingeflochten. Durch das Auftauchen einer Fantasiefigur in der Rahmenhandlung, also von der Fantasie in die Wirklichkeit der Geschichte, kommt plötzlich Schwung in sein Leben und er trifft aktiv eine Entscheidung. So hat er sich ein eigenes Modell geschrieben, wie „es gehen könnte“. Hier einige Ausschnitte aus seiner Geschichte:

*„Mit der Zeit schaffte ich es immer besser allein, meinen Geist auf Reisen zu schicken. Anfänglich hatte es etwas Spielerisches und Leichtes an sich; es war eher ein Vagabundieren, unverbindlich und ziellos – in einer Trance, in die zu fallen und aus der empor zu tauchen mir leicht fiel. Ziel war meistens der Platz mit dem Block, der für mich nun hell war, vielseitig und harmonisch: ein Bach, eine Weide, der Stein, Wiesen. Im Wechsel der Jahreszeiten veränderlich, doch voraussehbar, kalkulierbar. Ich genoss das Alleinsein an diesem Platz, das Rauschen der Blätter, die Geräusche des Baches. Es gab lange keine Menschen in dieser Welt.*

*Sie trat unerwartet in meine Reisen. Groß, schlank, fast hager, ein schmales Gesicht, lange gewellte, dunkle Haare. Ich kannte sie nicht, hatte sie nie davor gesehen. Ich saß und lehnte an dem Stein und sie näherte sich. Sie setzte sich neben mich, wir berührten uns nicht. Sie war bloß da. Es war ungewohnt für mich aber es war gut. Mit ihrem Erscheinen wurde mir bewusst, dass ich die Einsamkeit satt hatte.“*

Dann beschreibt er, wie die Fantasiereisen sein Alltagsleben – das in der Geschichte – bereichert:

*„Ich erlebte die Welt zunehmend intensiver, die Gerüche stärker, die Farben kräftiger. Menschen, die mich bereicherten, kreuzten meinen Weg. Das Leben wurde leichter, beschwingter.“*

Weiter unten:

*„Den Tag der Wintersonnenwende am 21. Dezember verbrachte ich in einer großen Stiftsbibliothek auf der Suche nach einigen alten Manuskripten. Ich war allein in einer der Lesecken, schloss die Augen, atmete tief und stieg wie auf einer Wendeltreppe hinab in mich.*

*Die Reise führte mich zu Klippen irgendwo am Atlantik in Nordfrankreich. Ich blickte übers Wasser. Starker Wind zerrte an mir und peitschte das Meer auf, bleierne Wolken verhangen den Himmel. Ich roch den Duft von Tang und salzigem Wasser und spürte Tropfen der an den Klippen hochgepeitschten Gischt in meinem Gesicht. Die Luft wurde vom Schreien der Möwen zerschnitten. Es war dämmrig und düster.*

*Ich spürte die Kraft aus dem Boden in mir emporsteigen – Gänsehaut überflutete meinen Körper. Kälte, aber auch Wohlbefinden.*

*Ich wusste plötzlich, dass sie hinter mir stand. Etwa 20 Meter trennten uns. Ich war glücklich, dass sie da war. Ich setzte mich auf den feuchten Boden und schloss die Augen. Es war nicht notwendig, dass ich mich umdrehte. Ich wartete, es war mir klar, dass sie zu mir kommen würde.*





Dieser Abschnitt der Geschichte – diese Fantasiereise, die übrigens in unserer Arbeit eine Vorbereitung auf ein Bodychart war – hat eine längere Handlung. Er endet mit folgendem Absatz:

*„Ich wusste, dass es an der Zeit war, zurückzukehren. Abschließende Blicke ins Licht: ihr Gesicht, der Mond, die strahlende unruhige See, scheinbar aufgeheizt und kochend, Licht, das ich auf- und mitnahm. Die Reise war intensiv, wirkte nach, ich spürte das Licht in mir, es war da und strahlte, ich glaube, auch manchmal nach außen.“*

Der Rest der Geschichte spielt im Alltagsleben (der Geschichte) – und hier taucht nun die Fantasiefigur in der Realität auf:

*„Die Einladung, zwei Vorträge im Rahmen einer Konferenz in Tampere halten zu dürfen, führte mich nach Finnland. Nach der Tagung verbrachte ich noch einige Tage in Helsinki. Am 21. Juni kam ich an, ein bewölkter, kühler Tag. Sommersonnenwende, dachte ich. Ich ging zum Hafen, genoss es, durch den Markt zu bummeln und blickte zur Festungsinsel Suomenlinna. Das geschäftige Treiben in der alten Markthalle, die Menschen fröhlich, das Licht klar. Ich liebe dieser Stadt, wollte immer hier leben. Ein Tisch auf der Terrasse eines kleinen Cafés in der Nähe des Hafens war frei. Ich schlug den Mantelkragen hoch und setzte mich. Bei einem Kellner – Janno stand auf einem kleinen Namensschild auf seinem Hemd – bestellte ich ein Bier und schloss kurz die Augen. Ich war zufrieden, gelassen und spürte in mich hinein. Es wurde plötzlich hell und warm, die Sonne war nicht mehr von Wolken verdeckt. Sie stand vor mir. In der KellnerInnenuniform des Cafés, sie brachte mir das Bier. Sie wollte es abstellen, sah mich an und zögerte. Sie schien mich zu kennen. Ich erkannte den Duft der Haare, ihr Gesicht wurde von der Sonne beschienen, ich wusste, dass sie es war. Es war kein Traum, keine Seelenreise. Sie lachte mich an, genauso wie an den Klippen. Sie trug kein Namensschild. „Hab ich dich gefunden?“ Ich sprach sie deutsch an, weil ich wusste, dass sie mich verstehen würde. Die Situation war surreal aber gleichzeitig irgendwie selbstverständlich. „Du hast dich gefunden.“ Sie stellte das Bierglas auf den Tisch und setzte sich auf einen Sessel gegenüber von mir. Mit der mir vertrauten Bewegung strich sie Haarsträhnen aus ihrem Gesicht und bedeckte meine Augen mit ihren Fingern. Im Hintergrund wurde ein Name gerufen, den ich nicht verstand. „Ich muss gehen.“ Sie berührte meine Stirn mit ihren Lippen und nahm dann die Hände von meinen Augen. Wir sahen uns an, sie stand auf und ging ins Lokal. Der Himmel war jetzt fast wolkenlos. Zum Kassieren kam Janno. Ich sah sie nicht wieder. An diesem Tag nicht, und auch nicht später. Ich wollte sie auch nicht suchen, wusste, dass sie ihre Rolle in meinem Leben gespielt hatte. Und dieses Leben war nun ein anderes geworden: am nächsten Tag bekam ich einen Anruf von der Kunstfakultät der Universität in Helsinki. Eine Assistentenstelle am Institut für Literatur sollte besetzt werden; die Vorträge in Tampere waren ausschlaggebend, mich zu einem Hearing einzuladen. Ich bekam die Stelle und übersiedelte zwei Monate später nach Helsinki.“*

4

---

<sup>4</sup> Der Patient hat mich eigentlich gebeten, seinen Namen bekanntzugeben, denn er möchte die Geschichte in seinem Buch verwenden, das er publizieren wird. Das habe ich natürlich abgelehnt. Wir haben aber vereinbart, dass ich im Einzelfall und nur nach Rücksprache mit ihm seine Urheberschaft bestätigen werde, wenn es um Rechte geht.





## Gefühlssterne

Eigene Affekte zu generieren und zu erleben lässt sich mit Gefühlssternen unterstützen (Baer, 2004, S. 69 ff.). Zunächst wird auf der kognitiven Ebene gearbeitet und Gefühle möglichst differenziert aufgeschrieben. Dann werden Polaritäten gebildet, die schließlich außerhalb der Kreissegmente gegenüberliegend beschriftet und ausgestaltet werden. So können Gefühle kommen und gehen; die aufgetauchten Erinnerungen, Gedanken und Situationen können nachbesprochen werden.



### „Mein Gefühlsstern“

*Anna merkt in der Nachbesprechung, dass blau die Farbe ihres Bruders war, der sich suizidiert hat als sie 12 war. Blau vermeidet sie immer. Zum Beispiel hat sie sich „ertappt“, für die Wäsche ihrer ältesten Tochter keine blauen Wäschecluppen zu verwenden.*

*Dass sie die Sparte „Ärger-Aggression-Wut“ wieder einmal ausgelassen hat, registriere ich für mich und melde es nicht zurück. Sie bemerkt es auch nicht von sich aus.*

## Messpainting

Gleich vorweg: diese Übung ist mit ganz besonderer Vorsicht einzusetzen. Das Thema muss stark ressourcen-orientiert sein. Geeignet sind Patienten mit hohem Grad an Intellektualisierung und guter Affekt- und Impulskontrolle, z.B. psychosomatische Patienten mit hohem Leistungsanspruch und mangelhafter Imaginationsfähigkeit. Die Technik ist sehr provokativ und erfordert ein gutes Ausmaß an Frustrationstoleranz. Ich halte die Methode nur für bedingt geeignet für Patienten mit strukturellen Störungen, möchte sie aber vorstellen, weil sie – sehr überlegt eingesetzt – bei Patienten mit höherem Strukturniveau in besonderem Ausmaß die Erlebnisfähigkeit fördern kann.

Im folgenden Beispiel lautete die Instruktion, zum Thema „Spiel“ Stellung zu nehmen. Der Patient ist in dieser Einheit sehr positiv gestimmt und fröhlich. Unser Thema ist zu diesem Zeitpunkt die „Leichtigkeit“. Er bekommt unterschiedlichste Farben zur Auswahl. Alle 2 Minuten bekommt er ein neues Blatt vorgelegt und das vorige weggenommen (das ist der heikle Punkt an dieser Übung!). Die Übung dauert insgesamt 30 Minuten, je nach Akzeptanz und Reaktion.





**Fred**, durch seinen Beruf vertraut mit Farben und Pinsel, nimmt Stellung zum Thema Spiel. Die Arbeit entsteht nach ca. 2 Jahren Therapie bei mir in einer sehr guten Phase. Ich möchte erreichen, dass er ein Stück weit Intuitives zulässt und seine extreme Neigung zum Intellektualisieren lockert. Er kommentiert alle seine Pinselstriche von sich aus, so dass ich immer im Kontakt bin und ein Kippen rechtzeitig verhindern könnte.

Anfangs verwendet er wenig Farbe und wenig Wasser („mir fällt nichts ein...“), wird dann immer lockerer, seine Bilder flüssiger, lockerer und bunter („jetzt mach ich was Blaues!“). Er spricht hauptsächlich über seine Arbeit, später auch über seine Verkrampftheit im Privatleben. Beim Bild Nr. 14 taucht eine alte Erinnerung auf an einen Priester aus der Klosterschulzeit und ich entschlief mich, das 15. Bild nicht mehr malen zu lassen, um keine Regression auszulösen und nicht zu sehr zu tiefen.

Dennoch hat er es geschafft, bis zum Schluss alle zwei Minuten aufs Neue einen „Kopfplan“ zu entwerfen.





#### 5.4.4 Bindungsebene: innere Bindung und äußere Beziehung

Die Entwicklung guter innerer Objekte ist notwendig für eine gute Selbstregulation und Selbstfürsorge. Im Bezug auf die Objektebene, wo es gilt, das gute äußere Objekt zu nutzen, ist die therapeutische Situation sehr wertvoll, in dem der Therapeut Hilfestellung gibt, sich in Beziehung zu begeben, sich emotional binden zu können und auch wieder Abschied zu nehmen. Hier handelt es sich ja auch wieder um die Internalisierung von positiven und korrektiven Introjekten.

##### Gute innere Objekte haben

*Internalisierung: emotional positive Selbst- und Objektbesetzungen aufbauen und erhalten können*

*Positive Introjekte: Für sich sorgen, sich beruhigen, trösten, schützen können, für sich selbst eintreten*

*Variable und trianguläre Bindungen*

##### Die anderen als gute Objekte nutzen

*Beziehungsfähigkeit*

*Hilfe annehmen*

*Sich aus Bindungen lösen und Abschied nehmen*

#### Maldialoge (Beziehungsbilder bzw. Kontaktbilder)



Patient **Fred** mit mir im Maldialog.

**Instruktion:** Jeder kann einen eigenen Bereich gestalten; beide gestalten einen Gemeinschaftsbereich, der sich in der Mitte befindet. Wir saßen uns gegenüber – ich jeweils „rechts“ und er „links“, auf das Foto bezogen.

*Ich beginne mit meinem Bereich. Ich male (m)einen Planeten. Fred beobachtet mich zuerst einige Minuten und probiert dann ein ähnliches Gebilde in gelb auf seiner Seite. Dann beobachtet er wieder. Ich gestalte vor mich hin und breite mich dabei langsam aus. Er malt ein Gesicht in seinen gelben Kreis und wartet dann wieder. Ich merke, dass ich relativ (zu) schnell vorrücke und bleibe erst einmal ganz auf meiner Seite, um ihm Zeit zu geben.*

*Er gestaltet seinen Hintergrund aus, wieder parallel zu mir. Ich male ein paar zarte Farben in den Gemeinschaftsbereich – er reagiert nicht. Ich habe das Gefühl ich könnte ihn einfach „niedermalen“. Ich bin erleichtert, als er eine Art gelbe, strichlierte Linie macht, die ich als Grenze seines Bereiches verstehe. Ich schenke ihm eine dünne blaue Linie dazu, spielerisch und gewellt, er greift die Idee auf und macht einen Bach daraus. Ich schenke ihm einen kleinen Marienkäfer – Fred macht einen dicken*





*in meinen Bereich. Ich werde dadurch mutiger und gestalte den gemeinsamen Bereich weiter, an dem er sich noch gar nicht beteiligt hat. Ich mache Fußstapser bis über seinen Bach und ein Fragezeichen dahinter, erwarte mir dabei, dass er eine Sperre malt. Anstatt dessen führt er Vogelfüße bis zum Blattrand und macht einen roten Pfeil, den ich als Flucht deute. Ich habe das Gefühl es passt nicht mehr und breche die Übung ab.*

*Eigentlich hätte er sich ein „Kampfmalen“ vorgestellt, das hätte er lustig gefunden (was ich nicht glaube, dass das lustig geworden wäre!). Zu diesem Zeitpunkt habe ich bereits über ein Jahr mit ihm gearbeitet. Wir sprechen danach viel über Grenzen ziehen und Rechte für sich herausnehmen, sich einen Platz nehmen.*



*Nach ca. einem Monat möchte er die Arbeit wiederholen.*

*Mit großer, demonstrativer Vehemenz bemächtigt er sich sofort eines (allerdings kleinen) Bereiches auf seiner Seite. Ich notiere sofort ein „Tabu“ im Hinterkopf. Ich nehme mir auch einen eigenen Bereich und beginne ihn auszugestalten. Er interessiert sich nicht für seinen eigenen Bereich, sondern malt eine blaue Fläche Richtung Mitte. Ich beginne, die Strahlen meiner Wärme-Sonne in seine Richtung auszuweiten, er reagiert mit einem Zaun darauf. Ich male einen üppigen Herbstbaum in den blauen Bereich, für ihn richtig herum anzuschauen.*

*Daraufhin beginnt er mit einer braunen Grenze in der Mitte des Blattes, die wir tatsächlich gemeinsam gestalten. Das ermutigt mich, den gelben Strahl bis zu seiner schwarzen Außengrenze zu verlängern, allerdings dünner und mit weniger Farbe. Er „schießt“ im Gegenzug mit fetten orangen Strahlen aus seinem Bereich heraus, was ich sehr aggressiv empfinde, deshalb beende ich die Übung.*

*Fred fühlt sich gestärkt, wenngleich ich sein Reagieren bzw. Agieren teils sehr unpassend und grenzüberschreitend empfunden habe, was ich aber für mich behalte. Der Fortschritt liegt in seiner offensiveren Haltung und der klaren Grenzsetzung. Wir legen das Erlebte auf den Alltag um und Fred findet viele Parallelen zur Beziehung mit seiner Freundin, wo er rasch zwischen Selbstabwertung bzw. mangelhafter Selbstfürsorge zu beherrschendem bzw. verletzendem Verhalten wechselt.*

## 6 Ideensammlung

In der Arbeit mit strukturell geschädigten Patienten könnten kreative Übungen zu folgenden inhaltlichen Schwerpunkten bzw. Therapiezielen sinnvoll sein (noch nicht erprobt):

### **Übungen zu Nähe und Distanz**

Patienten mit frühen Schädigungen fällt es schwer, Nähe und Distanz kontinuierlich zu regeln. Aus dem Bedürfnis nach Zugehörigkeit heraus verharren sie zu lange in einer für sie belastenden Nähe zu anderen und „katapultieren“ sich dann in einem plötzlichen Kraftakt (oft aggressiv) wieder in eine sichere Entfernung (vgl. Rahm et al., 1993, S. 168).





Geübt werden kann mit Symbolaufstellungen, aber auch in der Beziehung zum Therapeuten, wo während der Stunden der räumliche Abstand zwischen den Stühlen immer wieder dem aktuellen Beziehungsgefühl angepasst werden kann. Mit Symbolen (wo sowohl der Patient als auch der Therapeut immer wieder sein Symbol je nach Ausmaß der emotionalen Nähe auf einem Brett verschiebt), kann besser von außen drauf geschaut werden. Dies kann quasi „nebenbei“ geschehen, muss aber am Ende der Sitzung bzw. bei einer Irritation auch zwischendurch besprochen werden. Der Patient kann so auch sehen und gespiegelt bekommen, wie er auf den Therapeuten wirkt.

### ***In Kontakt treten und sich wieder verabschieden***

Durch Rituale bei Begrüßung und Verabschiedung kann die Fähigkeit zu einer aktiven Beziehungsgestaltung geübt werden. Z.B. kann jedes mal eine „Mitte“ gestaltet werden, indem ein Tuch auf den Boden gelegt wird und Therapeut und Patient jeweils ein mitgebrachtes Kontaktsymbol drauflegen und es am Ende der Sitzung wieder mitnehmen. Das Symbol kann auch zwischendurch übungshalber zurückgenommen werden (quasi wie ein „Kontaktschalter“). Es ist dies eine Arbeit an der Kontaktgrenze (Fuhr & Gremmler-Fuhr, 1995, S. 87). Einer meiner Patienten (Marco) schafft es erst seit kurzem, sich aus „Kurzaffären“ aktiv zurückzuziehen, wenn ihm die Nähe zu groß wurde. Bislang hat er durch Ignorieren oder Abwertung versucht, die Sache „im Sand verlaufen“ zu lassen. In der Beziehung (Bindung) zu seiner Lebenspartnerin kann er das noch nicht – er überlässt ihr die Kontaktgestaltung. Das wichtigste hier ist auch hier der Transfer in den Alltag, wo das Kontaktsymbol in der Fantasie ausgelegt und wieder eingeholt werden kann / soll / darf.

Auch in kurzen Zeichensequenzen können die Kontaktphasen bestehend aus Vorkontakt, Kontaktnehmen, Kontaktvollzug und Nachkontakt geübt werden (Fuhr & Gremmler-Fuhr, 1995, S. 96). Dabei wird die Selbstreflexions- und regulationsfähigkeit geschult.

### ***Arbeit am Selbstbild entlang der Zeitachse***

Vergangene Selbstkonzepte, erwartete potentielle Selbstbilder, erhoffte potentielle Selbstbilder und gefürchtete Selbstbilder (vgl. Schröder-Abé & Schütz, 2007, S. 5) können je nach strukturellen Fähigkeiten in stark bis wenig strukturierten kreativen Arbeiten dargestellt und verbalisiert werden. Dadurch wird das Identitätsgefühl gestärkt.

### ***Integration von Spaltung***

Was liegt zwischen schwarz und weiss? Gibt es etwas zwischen Engel und Teufel? Gibt es nur Wut, oder auch ein „Wütchen“? Dies betrifft den Punkt „realistische Subjekt- und Objektwahrnehmung“ aus den Therapiezielen von Rudolf (2006, S. 148): das Selbstbild reflektieren und ausdifferenzieren und Andere ganzheitlich Wahrnehmen. Hier könnte z.B. eine Art Skala gestaltet werden (ein Bild mit farblichen Abstufungen wie in einer neuen





Schachtel Buntstifte), auf der ein Stein auf einer Skala von -100 bis +100 verschoben werden kann. Die Skala kann zur Selbsteinschätzung während der Sitzungen verwendet werden und für unterschiedlichste auftauchende Polaritäten verwendet werden.

### ***Errichtung und Sichern von Grenzen***

Mit Wollfäden bei Aufstellungen, mit Stiften bei Bildern, bildliche Darstellung der Außenbegrenzung des eigenen „Grundstückes“ (Zaun, Maschendraht, elektrisch, Mauer, ...) nach vorausgegangener Fantasiereise etc.

### ***Spannungen abbauen (Sand, Ton)***

Erleben von Selbstregulation durch aktiven Spannungsabbau im Tonformen (z.B. mit den Fingerkuppen kraftvoll „Wellen“ ins Meer machen (Tonplatte) oder passiven Spannungsabbau (z.B. Gestaltung in einem großen ZEN-Sandgarten), reglementierte Körperübungen, strukturierte Kurzentspannungstechnik (nichts langes und unspezifisches wie Autogenes Training etc.), lustvoll laut sein (kleine Percussion-Instrumente, aber nichts Durchdringendes).

### ***Bewusste Sinneswahrnehmung***

Üben des differenzierten Wahrnehmens durch alle Sinnesorgane; auch im Sinne von Genusstraining (z.B. aus einer Box „blind“ etwas ertasten, das sich gut anfühlt), Blind-Verkosten von verschiedenen Nüssen, Gerüche erraten (Wohlfühlgeruch finden aus ein paar unterschiedlich riechenden Tüchern), Klänge wirken lassen und als angenehm oder unangenehm einstufen. Immer verbalisieren lassen. Daraus Wohlfühl-Übungen für zu Hause ableiten.

Anleiten zur Eigen-Massage von Händen und Füßen (Duftöl) – Therapeut kann vorzeigen.

Sinnliche Fundstücke aus der Natur (vg. Nitsch-Berg & Kühn, 2000 Bd. II, S. 271).

### ***Üben des Affektausdrucks***

Farben finden für unspezifische Gefühle, damit geometrische Figuren gestalten, laufend verbalisieren lassen, um in Kontakt zu bleiben. Ressourcenorientiert beginnen! Emotionen über Körperausdruck bzw. –haltung, Gestik oder Mimik ausdrücken versuchen, dabei kann eine Liste verwendet (z.B. die Gefühlsregungen nach Lersch, 1964, in Rudolf, 2006, S. 39) oder selber eine Liste erstellt werden. Zu solch einer Liste können auch erinnerte Situationen erzählt werden, wo der Patient selbst oder eine andere Person in diesem Gefühlszustand war. Eine grafische Einteilung (nach Lersch) findet sich im Anhang C.

Mit der eigenen Stimme experimentieren (Lautstärke, Tonfall, Höhe, ...)





## 7 Fallen & Gefahren

Die Stärken kreativer Gestaltarbeit liegen in der Schaffung von neuem Binnenraum für intrapsychische Bewältigung. Verbale Methoden können aber auch sehr viel Kreatives beinhalten, beispielsweise Dialogtechniken bei sprachlichen Bildern (P: „*Ich denke, ich befinde mich gerade auf der Brücke zwischen zwei Welten*“ – Th: „*Beschreiben Sie doch einmal genau diese Brücke!*“). Der Einsatz kreativer Techniken muss immer mit viel Fingerspitzengefühl dort angesetzt werden, wo der Patient gerade steht. Im Formenkreis der Persönlichkeitsstörungen muss sozusagen „Vorarbeit“ geleistet werden, das Gefühl für das Ich gestärkt und das Selbstbild aufgebaut werden. Hierin liegt die Spezialität.

In der Literatur gibt es einige wertvolle Bücher zu kunst- und gestaltungstherapeutischen Interventionen. Meist geht es dabei um deren Vorteile und Einsatzmöglichkeiten. Was so gut wie gar nicht zu finden ist, sind die „Dont“s – schon bei „normal-neurotischen“ Menschen können kreative Arbeiten tiefe Gefühle hervorrufen, so erst recht bei Patienten mit frühen Schädigungen. Ich versuche in diesem Kapitel einige Punkte zusammenzutragen, die zum Teil aus meine eigenen Erfahrungen (und Fehlern!) stammen und zum Teil Aussagen aus ein paar von mir besuchten Seminaren im Rahmen der Ausbildung sind. Ich erhebe bei dieser Auflistung keinesfalls einen Anspruch auf Vollständigkeit.

### ***Unbegründbarer Aktionismus***

Zu vermeiden ist es, viele Methoden anwenden, um etwas „weiterzubringen“, und zwar über den Patienten hinweg und ohne den Boden für eine gute Integration zu bereiten. Oft kann das ein Hinweis darauf sein, dass die therapeutische Beziehung zu reflektieren ist. Eventuell versucht der Therapeut, etwas zu vermeiden. Patienten mit strukturellen Defiziten haben in der Regel nicht das Potential, mit dem Erlebten allein zurechtzukommen. Sie erleben in der Therapie zum wiederholten mal, dass niemand **hinter** oder **neben** ihnen steht, so dass sich ihre defizitären Muster eher noch verstärken könnten. Kreative Techniken sind keine Zaubertricks.

### ***Ansetzen am falschen Strukturniveau***

Kann der Patient kann nichts „damit“ anfangen, so kann es sein, dass am Selbst gearbeitet wurde, wo das Ich noch nicht genug gestärkt ist. Der Patient wird dadurch frustriert, denn er weiß nicht, **wie** er ist. Er kommt in die Therapie, um sein „in-der-Welt-sein“ bestätigt zu bekommen und soll plötzlich malen, wie er sich fühlt oder seine Persönlichkeits-Eigenschaften als Symbole darstellen. Das kann natürlich genauso im normalen therapeutischen Gespräch passieren.





### ***Mangelnde „Transfersicherung“***

Findet das Üben nur in den Sitzungen statt, so entsteht die Gefahr einer malignen Progression, d.h. der Patient „entwickelt“ sich so, wie er glaubt, dass es der Therapeut von ihm erwartet, ohne irgendetwas davon integrieren oder umsetzen zu können. Die Diskrepanz zwischen dem guten Funktionieren der Therapie und dem unveränderten Alltag (Spaltung) wird laufend größer, was zu einem Therapieabbruch führen kann. Der Patient hat wieder bestätigt bekommen, das Leben nicht meistern zu können – trotz Therapie.

### ***Projektive Identifikation***

Der Patient manövriert den Therapeuten unbewusst in eine Rolle, die ihm – ausagiert - indirekt wieder seine defizitären Muster bestätigt. Erkennbar kann das z.B. dadurch werden, dass der Therapeut spürt, ungeduldig mit dem Patienten zu werden, ihn in irgendeine Richtung drängen zu wollen, überengagiert zu werden oder aber sich handlungsunfähig zu fühlen. Der Patient re-inszeniert unbewusst solche Situationen; die interpersonelle Abwehr wird weiter verfestigt. Diese Problematik ist wiederum nicht spezifisch für kreative Arbeit, kann hier aber genauso vorkommen.

### ***Maligne Progression***

Der Patient hat durch seine Sensibilität herausgefunden, was der Therapeut gerne von ihm hätte und „filtert“ die erwünschten Inhalte heraus, um dem Therapeuten zu gefallen. Dies kann z.B. sein, dass er sich auf kreative Arbeiten einlässt, ohne dies zu wollen; oder in jeder Arbeit auch Positives oder Ressourcen zu erwähnen, um dem Therapeuten das Gefühl eines Fortschrittes zu geben. Dies passiert aber nur im Rahmen der kleinen künstlichen Welt, draußen bleibt aber alles beim Alten.

### ***Intellektualisierung seitens des Therapeuten***

Der Therapeut „verzettelt“ sich bei der Bearbeitung kreativen Materials in erklärenden Modellen (ich meine an dieser Stelle nicht Deutungen), die zwar stützend gemeint sind, aber am affektiven Erleben des Patienten vorbei gehen. So kann der Patient nicht lernen, Affekte auszuhalten, und wird noch dazu vom Therapeuten damit „allein gelassen“.

Ich meine an dieser Stelle nicht ein notwendiges Eingrenzen und zusammenfassendes Strukturieren bei Affektüberflutungen.

### ***Fixierung des Therapeuten auf Affekt-Evozierung***

Egal, wie auffordernd das verwendete Material ist, der Patient schafft es hartnäckig, alle Arbeiten und Ergebnisse zu zerreden oder Deutungen zuzuführen - das könnte eine Reaktion darauf sein, dass der Therapeut stets darauf bedacht ist, möglichst viele Emotionen beim





Patienten auszulösen. Der Patient spürt den Druck, sich einlassen zu müssen und verweigert seinerseits durch Intellektualisierung, da die Vertrauensbasis nicht ausreicht.

Ich meine an dieser Stelle nicht ein schützendes Dissoziieren des Patienten.

### ***Zu hohes Erregungsniveau***

Speziell bei Patienten mit mangelnder Daseinsgewissheit fehlt die Affektregulationsfähigkeit und die Möglichkeit zum Selbsttrost. Der Therapeut hat darauf zu achten, dass keine Affektüberflutung passiert, denn das kann dem Patienten über längere Zeit den Boden unter den Füßen wegziehen und ihn ernsthaft in Gefahr bringen.

### ***Zu starke Tiefungsebene***

Ein verfrühtes Hineinführen in einen regressiven Zustand birgt die Gefahr der Re-Traumatisierung; speziell bei körperorientierten Interventionen! Ein Hinschauen auf traumatische Erlebnisse sollte zunächst auf einer kognitiven Ebene erfolgen, damit der Therapeut sich ein Bild vom möglichen Ausmaß machen kann.

### ***Aus dem Kontakt gehen***

Während einer Gestaltung ist es oberstes Gebot, mit einem Ich-strukturell geschädigten Patienten immer in Kontakt zu bleiben. Nur so kann der Therapeut immer sicher sein, dass der Patient keine Affektüberflutungen erlebt. Durch das gleichzeitige Verbalisieren kann der Patient die Affekte gemeinsam mit dem Therapeuten aushalten lernen. Bei Patienten auf niedrigem Strukturniveau können deshalb anfangs auch eher Übungen gewählt werden, die gut strukturiert sind und nicht allzu lange dauern. Es kann also absolut nicht angehen und ist regelrecht fahrlässig, den Patienten eine halbe Stunde allein arbeiten zu lassen und sich in der Zwischenzeit mit anderen Dingen zu beschäftigen.

### ***Die hermeneutische Erkenntnisebene 3 auslassen***

Nimmt sich der Therapeut keine Zeit für die Nachbearbeitung (kognitive Ebene), so kann der Patient nicht lernen, die Welt (Subjekt / Objekte) zu verstehen, geschweige denn sie zu internalisieren. Es ist unerlässlich, dem strukturell geschädigten Patienten Antworten zu geben, sonst hat er nach wie vor das Gefühl, dass „es passiert“.

## **8 Reflexion & kritische Auseinandersetzung**

Ich habe in dieser Arbeit die Gelegenheit genutzt, meine praktischen Erfahrungen mit Theorie „nachzufüttern“. Es ist keineswegs so, dass ich dieses Wissen in den Stunden immer parat hatte (und habe). Vielleicht bin ich deshalb von dem geplanten Praxisschwerpunkt abgewichen und habe doch einen ziemlich langen Theorieteil geschrieben. Mein Ziel ist aber,





immer mehr dorthin zu kommen, die Theorie als handlungsleitende Hypothesen quasi „live“ zur Verfügung zu haben.

Einige Schwierigkeiten hatte ich immer wieder an dem Punkt, wo ich den Drang verspürt habe, gegen eine Intellektualisierung beim Patienten - im Sinne von „darüber reden“ - anzukämpfen. Die Arbeit mit strukturell geschädigten Patienten hat mich insofern eines besseren belehrt, als ich die Affektsperre als Schutzmechanismus schätzen gelernt habe. Vor einigen Jahren dachte ich noch: nur eine Stunde, wo der Patient voll im Affekt ist, ist eine gute Stunde. Mittlerweile habe ich gelernt, selber geduldiger zu werden, den richtigen Zeitpunkt in der Entwicklung der therapeutischen Beziehung abzuwarten und dann über eher kognitive und strukturierte Übungen langsam ins kreative Arbeiten zu finden. Ein Indikator für verfehlte und verfrühte Anstrengungen war oft ein schulterzuckendes „und was fang ich jetzt damit an?“ vom Patienten.

Außerdem habe ich gelernt, spontan im Prozess der Stunde „Mini-Interventionen“ einzubauen (kurz nebenbei etwas aufzeichnen, mit Steinen eine Skala legen, ein farbiges Tuch für eine undifferenzierte Stimmung wählen, ...) so dass der Patient einen sanften Zugang zu non-verbalem Material bekommen kann.

Ein großes Anliegen ist es mir noch, meiner Lehr-Supervisorin Elisabeth Wildberger zu danken. Durch ihre herzliche und immer wertschätzende Begleitung in diesen doch beinahe sieben Jahren im Supervisionsstatus habe ich unheimlich viel lernen dürfen, Zutrauen in meine eigenen Fähigkeiten gefunden und ein gesundes Bewusstsein für meine „Schwachpunkte“ entwickelt. Ich kann mir keine wertvollere Unterstützung vorstellen.

Viele kreative Techniken, wie kreative Körperarbeit, Musik, Traumarbeit, Märchen usw. haben hier keinen Platz gefunden und würden den Rahmen dieser Arbeit absolut sprengen.

Dennoch hoffe ich, dass meine Leidenschaft für die kreative Gestaltarbeit und auch mein Herz für diese Patientengruppe in dieser Graduierungsarbeit zum Ausdruck kommt und so anderen vielleicht Mut und Lust macht, die eine oder andere kreative Gestaltarbeit einzuflechten und auszuprobieren.





## 9 Literaturverzeichnis

Arbeitskreis OPD (2006): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Hans Huber, Bern.

Baer, U. (2004): Gefühlssterne Angstfresser Verwandlungsbilder. Kunst und gestaltungstherapeutische Methoden und Modelle. Affenkönig, Neukirchen-Vluyn, 3. Aufl.

Benedetti, G., Peciccia, M. (1991): Die Funktion des Bildes in der gestaltenden Psychotherapie bei Psychosepatienten. In: Petzold, H., Orth, I. (Hrsg.): Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie, Bd. I, S. 317-328. Junfermann, Paderborn, 2. Aufl.

Frühmann, R. (2004): Via Regia! Traumarbeit in der Integrativen Gestalttherapie. In: Hochgerner, M., Hoffmann-Widhalm, H., Nausner, L., Wildberger, E. (Hrsg.): Gestalttherapie, S. 208-217. Facultas, Wien.

Fuhr, R., Gremmler-Fuhr, M. (1995): Gestalt-Ansatz. Grundkonzepte und –modelle aus neuer Perspektive. EHP, Köln.

Gabriel, H. (1991): Die Behandlung früher Störungen mit kunsttherapeutischen Mittel aus der Sicht von C.G. Jung. In: Petzold, H., Orth, I. (Hrsg.): Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie, Bd. I, S. 329-344. Junfermann, Paderborn, 2. Aufl.

Grande, T. (2002): Therapeutische Haltungen im Umgang mit <Struktur> und <Konflikt>. In: Rudolf, G., Grande, T., Hennigsen, P. (Hrsg.): Die Struktur der Persönlichkeit. Vom theoretischen Verständnis zur therapeutischen Anwendung des psychodynamischen Strukturkonzepts, S. 149 - 211. Schattauer, Stuttgart.

Hochgerner, M., Schwarzmann, M. (2004): Psychosomatik in der Integrativen Gestalttherapie. In: Hochgerner, M., Hoffmann-Widhalm, H., Nausner, L., Wildberger, E. (Hrsg.): Gestalttherapie, S. 307-330. Facultas, Wien.

Kernberg, O.F. (2000): Schwere Persönlichkeitsstörungen. Theorie, Diagnose und Behandlungsstrategie, Klett-Cotta, Stuttgart, 6. Aufl.

Lersch, P. (1964): Aufbau der Person. JA Barth, München, 9. Aufl.

Nitsch-Berg, H., Kühn, H. (2000): Kreative Medien und die Suche nach Identität. Methoden Integrativer Therapie und Gestaltpädagogik für psychosoziale Praxisfelder, Bd. I+II, EHP, Köln.

Petzold, H., Orth, I. (Hrsg.) (1991): Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie, Bd. I, Junfermann, Paderborn, 2. Aufl.





Petzold, H., Orth, I. (Hrsg.) (1991): Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie, Bd. II, Junfermann, Paderborn, 2. Aufl.

Petzold, H., Sieper, J. (1993): Integration und Kreation. Modelle und Konzepte der Integrativen Therapie, Agogik und Arbeit mit kreativen Medien, Bde. I und II. Junfermann, Paderborn.

Petzold, H. (Hrsg.) (1995): Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung, Bd. II. Junfermann, Paderborn.

Petzold, H. (1995): Integrative Therapie in der Lebensspanne. Zur entwicklungspsychologischen und gedächtnistheoretischen Fundierung aktiver und leibzentrierter Interventionen bei „frühen Schädigungen“ und „negativen Ereignisketten“ in unglücklichen Lebenskarrieren. In: Petzold, H. (Hrsg.): Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung, Bd. II., S. 325-490. Junfermann, Paderborn.

Rahm, D., Otte, H., Bosse, S., Ruhe-Hollenbach, H. (1993): Einführung in die Integrative Therapie. Grundlagen und Praxis. Junfermann, Paderborn, 2. Aufl.

Richter, K.F. (2003): Erzählweisen des Körpers. Kreative Gestaltarbeit in Theorie, Beratung, Supervision und Gruppenarbeit. Kallmeyersche, Seelze-Velber, 3. Aufl.

Rudolf, G. (2006): Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen. Schattauer, Stuttgart, 2. überarb. u. erw. Aufl.

Salem, E. (2004): Frühe Störungen als Anwendungsgebiet von Gestalttherapie. In: Hochgerner, M., Hoffmann-Widhalm, H., Nausner, L., Wildberger, E. (Hrsg.), Gestalttherapie, S. 289-306. Facultas, Wien.

Schröder-Abé, M., Schütz, A. (2007): Selbstkonzept und Selbstwertschätzung. Persönlichkeitsstörungen 1/07, 3-11.

Schwarzmann, M., Hochgerner, M. (2000). Seinsangst oder mangelnde Selbstgewissheit. Psychotherapieforum, 8, 4, S. 137-147.

Streeck, U. (2007): Psychotherapie komplexer Persönlichkeitsstörungen. Grundlagen der psychoanalytisch-interaktionellen Methode. Klett-Cotta, Stuttgart.

Votsmeier, A. (1988): Gestalttherapie mit Borderline-Patienten. Gestalttherapie 2/88, 5-15.





## 10 Anhang A

### DIE 5 SÄULEN DER IDENTITÄT

|   |  |   |   |   |
|---|--|---|---|---|
| <p><b>LEIBLICHKEIT</b></p> <p>= die Identität, die ich von meinem <b>KÖRPER</b>, meiner <b>PSYCHE</b> und meiner <b>SEELE</b> beziehe.</p>  <p><b>LEIBLICHKEIT</b></p>  | <p><b>SOZIALES NETZWERK,</b></p> <p>in dem die anderen zu meiner und ich zu ihrer Identität beitragen.</p>  <p><b>SOZIALES NETZWERK</b></p>  | <p><b>ARBEIT UND LEISTUNG</b></p> <p>In denen ich mich identifiziere und durch die ich identifiziert werden kann.</p>  <p><b>ARBEIT LEISTUNG</b></p>  | <p><b>MATERIELLE SICHERHEIT</b></p> <p>welche gleichzeitig Identifikation (<b>SELBST</b>) und Identifizierung (<b>ANDERE</b>) ermöglicht.</p>  <p><b>MATERIELLE SICHERHEIT</b></p>  | <p><b>WERTE</b></p> <p>mit denen ich mich identifizieren kann, die meine sind, aber auch die anderer, nämlich diejenigen all jener, die sich mit mir zu diesen Werten bekennen.</p>  <p><b>WERTE</b></p>  |
|---|--|---|---|---|

Psychotherapie (IG)  
Klinische Psychologie  
Gesundheitspsychologie  
Paartherapie  
Supervision

**praxis**  
dr. gunda seim

Wiener Bundesstraße 23  
A-5300 Hallwang  
0650 / 530 94 06  
praxis@seim.at  
www.seim.at

#### Durchführung:

Insgesamt werden 24 Bauklötze benötigt – 12 rote und 12 blaue.  
Der Klient sucht sich davon 12 aus, wobei folgende Symbolik gilt:

|   |              |
|---|--------------|
|  | = Defizite   |
|  | = Ressourcen |

Die 12 Bauklötze stellen Anteile der Identität dar. Der Patient wählt durch das Verhältnis rot : blau aus, wie er seine **momentane** Identität einschätzt und wertet.

Ein Überhang der roten Klötze bedeutet ein subjektiv empfundenes Überwiegen der Defizite (z.B. 9:3)

Ein Überhang der roten Klötze bedeutet ein subjektiv empfundenes Überwiegen der Ressourcen (z.B. 4:6)

- In der Instruktion kann anstatt dem Wort „Identität“ beispielsweise „Wer ich bin“ ersetzt werden. Die Begriffe „Defizite“ und „Ressourcen“ können am besten durch „Schwächen“ und „Stärken“ erklärt werden.
- Im zweiten Schritt werden dem Klienten die 5 Säulen erklärt.
- Danach stapelt er seine Würfel auf die vorgesehenen 10-Ecke mit den Fotos.

Die Aufstellung kann fotografiert werden, damit bei späterer Wiederholung ein Vergleich gemacht werden kann. Die Ergebnisse können auch zu den 5 Bereichen dazugeschrieben werden (rot-blaue Felder zum Beschriften).

#### Erweiterungsmöglichkeiten:

Die Übung eignet sich auch dafür, Unterschiede in Selbst- und Fremdbild herauszuarbeiten. Das Fremdbild kann entweder selbst oder durch andere (zB Partner) erstellt werden.

#### Andere Varianten:

- Idealbild
- Zielvorstellung für die Psychotherapie (realistisch)
- Einschätzung einer vergangenen Lebensphase
- Vorher / nachher





## Anhang B

### Systematik strukturbezogener Interventionen (Rudolf, 2006, S. 148)

#### Kognitive Ebene: Selbstwahrnehmung und Objektwahrnehmung

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| Das Selbst wahrnehmen:          | <i>Selbstbild reflektieren und ausdifferenzieren</i>       |
|                                 | <i>Eigene Affekte differenzieren</i>                       |
|                                 | <i>Eigene Identität entwerfen und weiterentwickeln</i>     |
| Objekte realistisch wahrnehmen: | <i>Selbst-Objekt-Differenzierung</i>                       |
|                                 | <i>Andere ganzheitlich wahrnehmen</i>                      |
|                                 | <i>Ein realistisches Bild vom anderen entwerfen können</i> |

#### Regulative Ebene: Steuerung und Abwehr

|                              |  |
|------------------------------|--|
| Das Selbst steuern           | <i>Sich von Impulsen distanzieren, sie steuern und integrieren</i> |
|                              | <i>Sich von Affekten distanzieren und sie regulieren</i>           |
|                              | <i>Sich von Kränkungen distanzieren, Selbstwert regulieren</i>     |
| Den Bezug zum Objekt steuern | <i>Die Beziehung vor eigenen störenden Impulsen schützen</i>       |
|                              | <i>Interessenausgleich</i>   |
|                              | <i>Die Reaktionen anderer antizipieren</i>                         |

#### Emotionale Ebene: Fähigkeit zur Kommunikation

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| Das Selbst emotional erleben         | <i>Eigene Affekte generieren und erleben</i>   |
|                                      | <i>Eigene Fantasien entwerfen</i>  |
|                                      | <i>Die eigene Körperwahrnehmung bzw. Das Körperselbst emotional beleben</i>                |
| Die Beziehung zu den anderen beleben | <i>Emotionale Kontaktaufnahme: Gefühle anderen gegenüber zulassen, Besetzungen wagen</i>   |
|                                      | <i>Eigene Affekte zum Ausdruck bringen, sich von den Affekten anderer erreichen lassen</i> |
|                                      | <i>Empathie erleben</i>  |

#### Bindungsebene: innere Bindung und äußere Beziehung

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| Gute innere Objekte haben           | <i>Internalisierung: emotional positive Selbst- und Objektbesetzungen aufbauen und erhalten können</i>           |
|                                     | <i>Positive Introjekte: Für sich sorgen, sich beruhigen, trösten, schützen können, für sich selbst eintreten</i> |
|                                     | <i>Variable und trianguläre Bindungen</i>  |
| Die anderen als gute Objekte nutzen | <i>Beziehungsfähigkeit</i>   |
|                                     | <i>Hilfe annehmen</i>  |
|                                     | <i>Sich aus Bindungen lösen und Abschied nehmen</i>  |



