

# **ABWEHRMECHANISMEN UND KONTAKTFUNKTIONEN IM ZUGE DER VERARBEITUNG EINER HIV- INFEKTION**

Master Thesis zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science (Psychotherapie)  
im Universitätslehrgang Psychotherapie  
Fachspezifikum Integrative Gestalttherapie

von

Mag<sup>a</sup>. Barbara Leitner

Höflein an der Donau

Department für Psychosoziale Medizin und  
Psychotherapie

an der Donau-Universität Krems

Krems an der Donau, 29. Juni 2012

## DANKSAGUNGEN / WIDMUNGEN

Für Werner.

Und für meine Klientinnen und Klienten. †

## ABSTRACT

Der vorliegende theorieverschränkte Praxisbericht setzt sich mit den Abwehrmechanismen und Kontaktfunktionen im Zuge der Verarbeitung einer Infektion mit dem HI-Virus auseinander. Zunächst werden allgemeine Informationen zu den Themen HIV und AIDS gegeben und bisherige Forschungsergebnisse dargestellt. Aufbauend auf den Grundbegriffen und –ideen der Gestalttherapie wird der Krankheitsbegriff in der Gestalttherapie thematisiert. Die Breite der spezifischen Probleme und Schwierigkeiten, die im Zuge einer Verarbeitung eines HIV-positiven Ergebnisses auftreten können, wird anhand des Modells der fünf Säulen der Identität aufgezeigt. Entsprechend des jeweiligen Integrationsniveaus der psychischen Struktur kommen Abwehrmechanismen und Kontaktfunktionen in der Auseinandersetzung mit diesen Problemstellungen zum Einsatz. Diese werden theoretisch dargestellt und anhand von Fallvignetten der praktische Bezug hergestellt, um die theoretischen Hintergründe mit der in der Praxis stattfindenden Psychotherapie zu verbinden. Abgerundet wird die Arbeit mit einem Kapitel über mögliche Resilienzen, die heilungsfördernd sein können und daher in der Psychotherapie Beachtung finden sollen.

This thesis describes defense mechanisms and contact experiences of people with an HI-virus infection. At first general information on the topics of HIV and AIDS will be given and current research results will be outlined. Secondly, the concept of illness will be discussed in light of basic terms and ideas of Gestalt therapy. The wide range of problems and difficulties that might arise while a person in processing an HIV-positive diagnosis will be summarized utilizing the model of the five columns of identity. Specific defense mechanisms and contact experiences that a person may encounter are first illustrated theoretically and then exemplified by means of case studies. In this way, the theoretical concepts of Gestalt therapy are linked to the current practice of psychotherapy. Finally, the importance of personal resilience as a supportive factor in the process of psychotherapy will be highlighted.

**Stichworte für die Bibliothek:** Integrative Gestalttherapie; HIV/AIDS; Abwehrmechanismen; Kontaktfunktionen; fünf Säulen der Identität;

## Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	8
2	HIV und AIDS .....	11
2.1	Definition .....	11
2.2	Verlauf der HIV-Infektion.....	12
2.3	Übertragung des HI-Virus .....	13
2.4	Medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten .....	14
2.5	Epidemiologie.....	14
2.5.1	Epidemiologie weltweit .....	14
2.5.2	Epidemiologie in Österreich.....	15
3	Bisherige Forschungsergebnisse zum Thema HIV/AIDS .....	17
3.1	Fünf Säulen der Identität.....	17
3.2	Abwehrmechanismen, Kontaktfunktionen und Strukturniveau .....	17
3.3	Resilienzen und Copingstrategien.....	19
3.4	Bisherige Beschäftigungen mit dem Thema HIV in der Gestalttherapie.....	21
4	Der Krankheitsbegriff und Grundbegriffe der Gestalttherapie .....	25
4.1	Definition von Krankheit .....	25
4.2	Biopsychosoziales Modell .....	25
4.3	Der Krankheitsbegriff in der Gestalttherapie .....	26
4.3.1	Schöpferische Anpassung und organismische Theorie .....	26
4.3.2	Kontakt, Kontaktgrenze und Kontaktzyklus .....	28
4.3.3	Support.....	30
4.3.4	Störungen an der Kontaktgrenze.....	31
4.3.5	Das „Problem“ der Diagnostik.....	31
4.3.5.1	Prozessdiagnostik.....	32
4.3.5.2	Eine psychodynamische Sichtweise - OPD .....	33
5	Die fünf Säulen der Identität .....	36
5.1	Das Modell der fünf Säulen der Identität.....	36
5.2	HIV und die fünf Säulen der Identität .....	37
5.2.1	Werte Säule: Schuld, Überlebensschuld, Verantwortung .....	38
5.3	Fallbeispiel: Fünf Säulen der Identität.....	40
6	Abwehrmechanismen .....	42
6.1	Abwehrmechanismen und ihre Ursprünge.....	42

6.2	Eine psychodynamische Perspektive .....	43
6.3	Fallbeispiel: Humor .....	46
6.4	Fallbeispiel: Spaltung .....	48
6.5	Integrationsniveau der psychischen Struktur .....	50
6.5.1	Psychische Struktur .....	50
6.5.2	Strukturelles Integrationsniveau .....	50
6.5.2.1	Diagnostik des Strukturniveaus .....	51
6.5.2.2	Strukturelle Störungen .....	55
6.5.2.3	Das dreidimensionale Modell .....	56
6.5.3	Fallbeispiel: Gut integriertes Strukturniveau .....	60
6.5.4	Fallbeispiel: Gering integriertes Strukturniveau .....	63
7	Kontaktfunktionen .....	67
7.1	Definition .....	67
7.2	Introjektion .....	67
7.2.1	Fallbeispiel: Introjektion .....	69
7.3	Projektion .....	70
7.3.1	Fallbeispiel: Projektion .....	71
7.4	Konfluenz .....	72
7.4.1	Fallbeispiel: Konfluenz .....	73
7.5	Retrofektion .....	75
7.5.1	Fallbeispiel: Retrofektion .....	75
7.6	Weitere Kontaktstörungen .....	77
7.6.1	Deflektion .....	77
7.6.2	Egotismus .....	78
7.6.3	Reaktivität .....	78
8	Resilienzen .....	79
8.1	Definition .....	79
8.1.1	Protective factor-resilience cycle .....	79
8.2	Neurobiologische Hintergründe .....	81
8.2.1	Resilienzen in der Kindheit .....	83
8.2.2	Risikofaktoren in der Kindheit .....	83
8.3	Abgrenzung zwischen Coping und Abwehrmechanismen bzw. Kontaktfunktionen .....	84
8.4	Resilienzen und Psychotherapie .....	85

8.5 Fallbeispiel: Resilienzen und Coping .....	86
9 Zusammenfassung und Diskussion .....	89
Literaturverzeichnis .....	93
Tabellenverzeichnis.....	101
Abbildungsverzeichnis.....	102

*Für die gesamte Arbeit gilt, dass die abwechselnd gewählte männliche bzw. weibliche Form jeweils pars pro toto steht, je nach Kontext wechselt und keine Bewertung des jeweils anderen Geschlechts darstellt.*

## **1 Einleitung**

Bald sind 30 Jahre vergangen, seit das HI-Virus 1983 entdeckt wurde und das Leben von vielen Menschen verändert hat. Jeder hat Bilder zu HIV und AIDS im Kopf, Bilder, die sich im Laufe der Jahre verändert haben, und Bilder, die sich beständig halten. Das Interesse an HIV war groß, es ist noch immer da und es wird weniger. Es wurde viel geforscht, im medizinischen Bereich, im psychologischen Bereich, im soziologischen Bereich, und wenig im psychotherapeutischen Bereich.

Jeder Infizierte muss sich mit der Infektion und ihren Auswirkungen auf irgendeine Art und Weise auseinandersetzen. Die vorliegende Arbeit soll diese Auseinandersetzung wissenschaftlich darlegen, indem die von der HIV-Infektion betroffenen Lebensbereiche mit den auf unterschiedlichen Integrationsniveaus der psychischen Struktur auftretenden Abwehrmechanismen und Kontaktfunktionen in Zusammenhang gebracht werden. Dies findet sich bislang nicht in der wissenschaftlichen Literatur.

Der Arbeit liegt die Vermutung zugrunde, dass der Unterschied zwischen einer HIV-Infektion bzw. einer Erkrankung an AIDS und vielen anderen Krankheiten nicht nur die derzeitige Unheilbarkeit, die auch bei anderen Krankheiten zutrifft, ist, sondern dass HIV-positive Personen zumeist mit Stigmatisierungen konfrontiert sind, die zu Einschränkungen im privaten und beruflichen Leben führen. Setzt man sich mit der Verarbeitung einer HIV-Infektion auseinander, stößt man neben den gesundheitlichen Aspekten rasch auf Schwierigkeiten in vielen anderen Lebensbereichen. Diese sollen mit Hilfe des Modells der fünf Säulen der Identität geordnet und in einen wissenschaftlichen Zusammenhang gebracht werden.

Diese weiten Problemfelder müssen verarbeitet werden. Da bei jeder Verarbeitung Abwehrmechanismen und Kontaktfunktionen zum Tragen kommen, werden diese

aufbauend auf den Integrationsniveaus der psychischen Struktur erörtert. Besonderes Augenmerk wird auf den Krankheitsbegriff und auf die Kontaktfunktionen, wie sie in der Gestalttherapie beschrieben werden, gelegt. Ziel ist, die Besonderheiten im Zuge einer Auseinandersetzung mit einer Infektion mit dem HI-Virus herauszuarbeiten, um in der Psychotherapie dem Klienten optimale Unterstützung anzubieten. Das Wissen um die Abwehrmechanismen auf unterschiedlichen Strukturniveaus ist für jede therapeutische Arbeit wichtig, bei der Auseinandersetzung mit einer HIV-Infektion kommt die breite Palette an möglichen Problembereichen hinzu.

Zunächst werden in Kapitel zwei Basisinformationen zu HIV und AIDS gegeben: Der Verlauf der Infektion, Übertragungswege und Behandlungsmöglichkeiten werden dargestellt und Informationen zur Epidemiologie gegeben.

Kapitel drei beschäftigt sich mit den bisherigen Forschungsarbeiten zum Thema HIV/AIDS, wobei hier spezifisch jene Arbeiten beleuchtet werden, die sich mit den Aspekten der vorliegenden Arbeit beschäftigen, also mit dem Modell der fünf Säulen der Identität, den Abwehrmechanismen, den Kontaktfunktionen und dem Integrationsniveau der psychischen Struktur sowie den Resilienzen und Copingstrategien.

Aufbauend auf einer allgemeinen Definition des Krankheitsbegriffs sowie der Sichtweise von Gesundheit und Krankheit in der Gestalttherapie werden in Kapitel vier die damit verbundenen Grundbegriffe der integrativen Gestalttherapie dargestellt. In Zusammenhang mit Krankheit steht immer Diagnostik, weshalb dieses weite Feld hier angerissen wird.

Das Modell der fünf Säulen der Identität wird herangezogen, um die Vielfalt der Lebensbereiche darzustellen, die durch die Infektion betroffen sein können und die Identität möglicherweise bedrohen.

Diese Bedrohung der Identität führt zum Einsatz von Abwehrmechanismen, die je nach Integrationsniveau der psychischen Struktur unterschiedlich ausfallen. Damit befasst sich Kapitel sechs.

Daran knüpfen die Kontaktfunktionen als Besonderheit in der Theorie der Gestalttherapie an. Diese werden in Kapitel sieben beschrieben und in Zusammenhang mit der Auseinandersetzung mit einer bestehenden HIV-Infektion gebracht.

Zuletzt soll der Bogen zu allgemeinen Resilienzen und Copingstrategien gespannt werden, die unabhängig von einer bestimmten therapeutischen Richtung Einfluss in das therapeutische Arbeiten nehmen können.

Da Theorie alleine noch keine Psychotherapie macht, sondern diese immer aufbauend auf dem theoretischen Hintergrund in der Praxis stattfindet, werden die einzelnen theoretischen Gesichtspunkte jeweils begleitend anhand von anonymisierten Fallvignetten veranschaulicht.

## 2 HIV und AIDS

### 2.1 Definition

HIV steht für „Human Immunodeficiency Virus“ (menschliches Immunschwächevirus), AIDS bedeutet Acquired Immune Deficiency Syndrome (erworbenes Immunschwächesyndrom).

Der Nachweis einer HIV-Infektion erfolgt mit dem HIV-Antikörpertest. Ein positiver HIV-Antikörpertest bedeutet, dass eine Infektion mit dem HI-Virus stattgefunden hat. Eine HIV-infizierte Person wird als HIV-positiv bezeichnet, die Betroffene muss aber keine Beschwerden oder Krankheitszeichen haben.

HIV kann im Verlauf der Infektion zu einer Schwächung des Immunsystems mit einer spezifischen Kombination von Krankheitssymptomen führen. Vollbild AIDS bedeutet, dass der Wert der CD4-Zellzahl im Blut unter 200 Zellen/ $\mu$ l sinkt (Normalwert: 500 – 1500 CD4- Zellen/ $\mu$ l Blut) oder mindestens eine spezifisch AIDS-definierende Erkrankung diagnostiziert wird (Aids Hilfe Wien, 2011).

Viren sind kleinste Krankheitserreger, die nur ca. 1/1000000cm groß sind. Sie besitzen keinen eigenen Stoffwechsel und können sich daher nur in geeigneten Wirtszellen vermehren.

Das HI-Virus wurde 1983 entdeckt und ist ein RNA-Virus, hat also seine Erbinformation in Form von RNA (Ribonukleinsäure) gespeichert. Gerät das Virus in die Blutbahn eines Menschen, haftet es über seine Rezeptoren an die entsprechenden Rezeptoren der Wirtszellen an. In diesem Fall sind das die CD4-Rezeptoren, die vor allem an den T-Helferzellen, an den Makrophagen und an einigen Zellen des Zentralnervensystems zu finden sind. Die virale Erbinformation wird in die menschliche Zelle eingebaut, während sich die Viren gleichzeitig vermehren. Es setzt ein Kreislauf ein, der zur Zerstörung einer immer größeren Zahl von Abwehrzellen führt. Sinkt die Zahl der CD4-Zellen sehr stark, ist das

Abwehrsystem nicht mehr effizient. Gleichzeitig nimmt die Viruszahl laufend zu, das Immunsystem wird zunehmend schwächer (die AIDS-Hilfen Österreichs, 2002).

## 2.2 Verlauf der HIV-Infektion

Verlauf, Dauer und Symptome sind bei jeder HIV-Infizierten unterschiedlich. Manche Personen erkranken früh immer wieder an leichten und/oder ernsten Infektionen, andere sind über viele Jahre hinweg ohne medikamentöse Behandlung asymptomatisch. Generell kann der Verlauf einer HIV-Infektion in drei Phasen unterteilt werden (die AIDS-Hilfen Österreichs, 2008):

1. Akute Infektion (Primärinfektion): Ein bis vier Wochen nach der Infektion findet eine intensive Auseinandersetzung des Immunsystems mit dem Virus statt. Dies ist die Zeit, in der es zu einer starken Vermehrung der HI-Viren kommt bis schließlich die Antikörperproduktion des Körpers gegen das Virus einsetzt. In dieser Zeit treten häufig unspezifische Symptome wie etwa Fieber, Hautausschläge, Halsentzündungen und Lymphknotenschwellungen auf.
2. Latenzphase (symptomfreie Phase): In dieser Zeit treten keine HIV-spezifischen klinischen Symptome auf. Das HI-Virus ist allerdings nicht inaktiv, sondern bewirkt eine fortschreitende Beeinträchtigung des Immunsystems. Die Dauer dieser Phase weist große individuelle Unterschiede auf und kann von einigen Monaten bis zu vielen Jahren betragen.
3. AIDS: Die Diagnose AIDS wird gestellt, wenn die CD4-Zellzahl unter 200 Zellen/ $\mu$ l Blut sinkt oder wenn mindestens eine spezifisch AIDS-definierende Erkrankung diagnostiziert wird. Zu den AIDS-definierenden Erkrankungen zählen einerseits opportunistische Infektionen, andererseits bestimmte Tumore.

Unter opportunistischen Infektionen versteht man durch Mikroorganismen (Einzeller, Bakterien, Viren, Pilze) ausgelöste Erkrankungen, die nur bei Menschen mit geschwächtem Immunsystem auftreten. Zu ihnen zählt man unter anderem Toxoplasma-Enzephalitis, Pneumocystis-carinii-Pneumonie (PCP), Tuberkulose, Candida-Infektionen und Herpes-Simplex-Infektionen.

AIDS-definierende Tumore sind das Kaposi-Sarkom, maligne Lymphome und das invasive Zervixkarzinom.

Sowohl die Aufstellung der opportunistischen Infektionen als auch der AIDS definierenden Tumore sind nicht vollständig und sollen dazu dienen, einen Eindruck der möglichen Krankheitsbilder zu bekommen.

Teilweise findet man in der Literatur eine weitere Unterteilung in eine zusätzliche Phase, die so genannte Phase der HIV-assoziierten Krankheiten, die zwischen der Latenzphase und dem Vollbild AIDS angesiedelt ist (die AIDS-Hilfen Österreichs, 2002). Diese Phase ist gekennzeichnet durch eine Reduktion der CD4-Zellzahl und durch das Auftreten von HIV-assoziierten Krankheiten, die allerdings keine der AIDS-definierenden Krankheiten sind. Dazu gehören zum Beispiel bakterielle Lungenentzündungen und Gehirnhautentzündungen.

### **2.3 Übertragung des HI-Virus**

Damit es zu einer Übertragung des HI-Virus kommen kann, muss eine infektiöse Flüssigkeit auf eine geeignete Eintrittspforte treffen, um so in den Körper eines anderen Menschen zu gelangen (Aids Hilfe Wien, 2011).

Infektiöse Flüssigkeiten sind Blut, Sperma (inklusive Präejakulat), Scheidensekret, Muttermilch und Liquor cerebrospinalis (Gehirn- und Rückenmarksflüssigkeit). Alle anderen Flüssigkeiten können ausgeschlossen werden, da die Virenkonzentration zu gering ist.

Eintrittspforten sind entweder frische, offene Wunden bzw. Injektionen oder – auch unverletzte – Schleimhäute. Zu den Schleimhäuten zählen die Bindehaut des Auges, Mund- und Nasenschleimhaut, Analschleimhaut und bei der Frau die Vaginalschleimhaut bzw. beim Mann Eichel und Harnröhreneingang sowie die Innenseite der Vorhaut.

Laut Aids Hilfe Wien (2011) erfolgen 80 Prozent aller neuen HIV-Infektionen durch ungeschützten Geschlechtsverkehr (anal, vaginal, selten auch oral). Weitere Infektionswege sind das gemeinsame Benutzen von Spritzen beim intravenösen Drogengebrauch (9 Prozent aller HIV-Neuinfektionen in Österreich), vertikale Übertragung (die Übertragung des Virus einer HIV-positiven Mutter auf ihr Kind), Nadelstichverletzungen und Arbeitsunfälle sowie Bluttransfusionen.

Die Wahrscheinlichkeit einer vertikalen Übertragung liegt ohne Präventionsmaßnahmen bei 20 bis 25 Prozent. Mit medikamentöser Therapie der

Mutter, eventuell Kaiserschnittentbindung, Stillverzicht und Schutzbehandlung des Säuglings kann das Übertragungsrisiko auf 1 bis 2 Prozent reduziert werden.

Nadelstichverletzungen und Arbeitsunfälle bei medizinischem Personal stellen nur ein sehr geringes Risiko dar. Ist eine Nadel mit HIV-positivem Blut verunreinigt, liegt die Infektionswahrscheinlichkeit bei 0,2 bis 0,4 Prozent.

Bei Transfusionen und Blutprodukten besteht in Österreich eine Wahrscheinlichkeit von 1:1500000 – 1:3000000, eine Blutkonserve einer HIV-positiven Person zu erhalten.

## **2.4 Medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten**

Nach heutigem Stand der Wissenschaft ist eine HIV-Infektion behandelbar, allerdings nicht heilbar. Ziel der Behandlung ist, dass sich möglichst wenige Viren im menschlichen Körper befinden, indem ihre Vermehrung gehemmt wird.

Die hochaktive antiretrovirale Therapie (HAART) besteht aus einer Kombination von mindestens drei gegen das HI-Virus wirksamen Substanzen und ist die Behandlungsmethode erster Wahl. Die auch als Kombinationstherapie bekannte Behandlung gibt es in dieser Form seit 1996 (Aids Hilfe Wien, 2006). Aufgrund der möglichen Neben- und Wechselwirkungen dürfen die Medikamente nur nach Verschreibung durch den behandelnden Arzt eingenommen werden. Sowohl um den optimalen Behandlungsbeginn festzulegen als auch um den Therapieerfolg oder möglichen Misserfolg zu messen, sind regelmäßige (meist vierteljährliche) Kontrolluntersuchungen notwendig. Die wichtigsten Marker für den Therapiebeginn bzw. -erfolg sind die Anzahl der CD4-Zellen im Blut und die Anzahl der HI-Viren im Blut (Viruslast, viral load) (die AIDS-Hilfen Österreichs 2008).

Eine Impfung zum Schutz vor einer HIV-Infektion gibt es derzeit nicht.

## **2.5 Epidemiologie**

### **2.5.1 Epidemiologie weltweit**

Laut UNAIDS Global Report (2010) gibt es im Jahr 2009 geschätzte 2,6 Millionen HIV-Neuinfektionen. In den meisten Ländern nimmt die Zahl der Neuinfektionen seit dem Ende der 1990er Jahre ab, wobei hier regionale Unterschiede zu beachten sind:

Nach wie vor gibt es die höchste Zahl an Neuinfektionen in Ländern Afrikas südlich der Sahara. In West-, Zentral- und Osteuropa, Zentralasien und Nordamerika bleibt die Zahl der Neuinfektionen in den letzten fünf Jahren stabil.

Die Zahl der an AIDS verstorbenen Personen beträgt im Jahr 2009 geschätzte 1,8 Millionen, wobei hier seit 2004 ein Rückgang zu bemerken ist. Zurückgeführt wird das vor allem auf einen verbesserten Zugang zu Medikamenten und Therapiemöglichkeiten sowie auf verbesserte Unterstützungsmöglichkeiten für HIV-positive Menschen.

Weltweit leben Ende des Jahres 2009 geschätzte 33,3 Millionen HIV-infizierte Menschen. Obwohl die Anzahl der Neuinfektionen seit dem Ende der 1990er Jahre weltweit insgesamt kontinuierlich abnimmt, nimmt die Anzahl der insgesamt HIV-positiven lebenden Personen aufgrund der verbesserten medizinischen Versorgungsmöglichkeiten und der damit einhergehenden höheren Lebenserwartung zu.

Generell gilt, dass die epidemiologischen Zahlen für einzelne Länder separat betrachtet werden müssen, um Ausreißer aus der Statistik berücksichtigen zu können.

### **2.5.2 Epidemiologie in Österreich**

Um eine Übersicht über die Epidemiologie der HIV Infektionen in Österreich zu bekommen, wird die *Kohortenstudie* (Gogl, Jöchl, Kitchen, Scarletti & Zangerle, 2010) herangezogen, da sich diese zum Ziel setzt, die Epidemiologie der HIV-Infektionen zu dokumentieren. Etwa zwei Drittel der antiretroviral behandelten Patienten Österreichs werden in der Kohortenstudie erfasst. Die Kohortenstudie wurde 2001 gegründet. Von 2002 bis 2009 nahmen 4553 Patienten teil, geschätzte 1084 Personen sind verstorben. In der Kohorte von 2009 befinden sich 2430 Patienten. Die Anzahl der zum entsprechenden Zeitpunkt HIV-infizierten Personen in Österreich wird auf 6560 geschätzt, darin enthalten sind geschätzte 33 Prozent nicht diagnostizierte HIV-Infektionen. In der Kohortenstudie sind 31 Prozent der Teilnehmer weiblich und 69 Prozent männlich, wobei die sexuelle Orientierung nicht explizit ausgewiesen wird. 35 Prozent der Studienteilnehmer geben einen homosexuellen Kontakt als Übertragungsweg an, 43 Prozent einen heterosexuellen Kontakt und 16 Prozent intravenösen Drogenkonsum. Das Alter der Klienten der

Kohortenstudie beträgt durchschnittlich 44 Jahre. 27 Prozent der Studienteilnehmer sind älter als 50 Jahre, 9 Prozent älter als 60 Jahre.

Ko-Infektionen treten bei HIV-infizierten Menschen häufig auf: Besonders Syphilis ist oft bei Männern, die Sex mit Männern haben, zu finden.

Die Aids Hilfe Wien (2011) gibt mitunter andere Zahlen an. Laut Aids Hilfe Wien leben in Österreich 12000 HIV-positive Menschen, davon sind zwei Drittel Männer und ein Drittel Frauen. 2009 erfolgten laut Aids Hilfe Wien fast 43 Prozent der Neuinfektionen über heterosexuelle Kontakte, 41 Prozent über homosexuelle Kontakte und 9 Prozent über intravenösen Drogenkonsum.

### **3 Bisherige Forschungsergebnisse zum Thema HIV/AIDS**

Zunächst soll ein Überblick über bereits existierende Forschungsarbeiten zu den Themenschwerpunkten dieser Arbeit gegeben werden. Es wird darauf geachtet, dass sowohl bei dem Thema des Modells der fünf Säulen der Identität, der Abwehrmechanismen, der Kontaktfunktionen und des Strukturniveaus als auch der Resilienzen und Copingstrategien auf bestehende Arbeiten in Hinblick auf HIV und AIDS Bezug genommen wird. Weiters werden bisherige Auseinandersetzungen mit dem Thema HIV und AIDS in der Gestalttherapie dargestellt

#### **3.1 Fünf Säulen der Identität**

Das Konzept der fünf Säulen der Identität von Petzold (1984) ziehen Prieger und Schwinn (1988) für ihre therapeutische Tätigkeit mit drogenabhängigen, inhaftierten Frauen heran. Sie gehen davon aus, dass es in der Therapie um die Entwicklung, Erhaltung und Wiederherstellung von Identität geht, die auf den Ebenen Leiblichkeit, sozialer Kontext, Arbeit und Leistung, materielle Sicherheit und Werte aufgrund von Defiziten, Störungen und Konflikten beschädigt sein kann. Behandelt werden die jeweils entsprechenden Themen, die sich in der Arbeit mit der spezifischen Gruppe inhaftierter, an einer Suchterkrankung leidender Frauen ergeben können. Das beschriebene Projekt beginnt im Jahr 1977 und dauert 8,5 Jahre, fällt also genau in die Zeit der Entdeckung des HI-Virus im Jahr 1983. Dementsprechend nimmt diese Thematik großen Raum ein, da es sich um eine neue Problematik handelt, die alle – sowohl Therapeutinnen als auch Klientinnen – vor neue Herausforderungen stellt. Mit Hilfe etlicher Fallbeispiele werden spezifische Schwierigkeiten herausgearbeitet und der Umgang damit veranschaulicht.

#### **3.2 Abwehrmechanismen, Kontaktfunktionen und Strukturniveau**

Da das Thema der Abwehrmechanismen in der psychotherapeutischen, im Speziellen in der psychoanalytischen, Literatur eine lange Tradition hat, finden

einzelne Abwehrmechanismen in der Forschung im Zusammenhang mit HIV zwar immer wieder Erwähnung, jedoch als expliziter Aspekt bei der Krankheitsverarbeitung findet sich kaum Literatur. Interessanterweise werden Abwehrmechanismen als eigener Forschungsgegenstand am meisten bei schwangeren Frauen beforscht.

Abwehrmechanismen bei HIV-positiven Frauen, die entweder schwanger sind oder sich mit dem Thema Kinderwunsch auseinandersetzen, untersuchen Aka-Dago-Akribi, Msellati, Yapi, Welfens-Ekra und Dabis (2001) in der Elfenbeinküste sowie Hebling und Hardy (2007) in Brasilien. Um mit den mit dem positiven HIV-Status verbundenen Ängsten umzugehen, werden die Abwehrmechanismen der Verleugnung, Projektion, Rationalisierung und Regression wirksam. Im deutschsprachigen Raum setzen sich bereits 1988 Weingart, Schaefer und Stauber mit dieser Thematik auseinander, wobei es sich in dieser Untersuchung mehrheitlich um ehemals oder aktuell heroinabhängige Frauen handelt. Die Autoren stellen die Mechanismen der Spaltung, Verleugnung, Projektion, Verdrängung, Regression und Affektisolierung als wirksame Abwehr fest.

Abgesehen davon erwähnt etwa Rosenblatt (1994), ein bedeutender Vertreter der Gestalttherapie, den Abwehrmechanismus der Verdrängung bei der Auseinandersetzung mit der HIV-Infektion. Auf die Arbeit Rosenblatts und seine Erfahrungen mit HIV-positiven Klienten wird in Kapitel 3.4 genauer eingegangen.

Bock und Reimitz (1992) setzen sich mit der Rationalisierung in Bezug auf den Sinn bzw. die Sinnlosigkeit einer Psychotherapie bei Vorliegen einer HIV-Infektion auseinander: Der Nutzen einer Therapie wird aufgrund des ohnehin nahenden Todes in Frage gestellt.

Sowohl die Kontaktfunktionen, wie sie in der Gestalttherapie beschrieben werden, als auch das Integrationsniveau der psychischen Struktur sind bislang im Zusammenhang mit HIV nicht thematisiert und untersucht worden. Insofern kann die vorliegende Arbeit als erste angesehen werden, in der die Aspekte Abwehrmechanismen, Kontaktfunktionen und Strukturniveau mit dem Thema HIV verbunden werden.

### 3.3 Resilienzen und Copingstrategien

Zu den Themen Resilienzen und insbesondere Coping gibt es eine Vielzahl an Untersuchungen, insbesondere aus dem gesundheitspsychologischen Bereich. Im Zusammenhang mit HIV lassen sich die so genannten Interventionsstudien diesem Gebiet zuordnen.

Sowohl Studien, die sich mit der Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen beschäftigen, als auch Falldarstellungen lassen sich in solche *vor* und *nach* Einführung der hochaktiven antiretroviralen Therapie (HAART) im Jahr 1996 unterteilen. Diese Unterscheidung ist wichtig, da nach Einführung der HAART Themen wie Compliance und Adhärenz bzw. generell der Umgang mit der täglichen Medikamenteneinnahme auftreten und zunehmend an Bedeutung gewinnen.

Bereits 1989 bzw. 1990 beschäftigt sich Dunde mit den Möglichkeiten psychotherapeutischer Betreuung bei Menschen mit einer HIV-Infektion oder bei Ausbruch der Krankheit AIDS und erörtert die Bedeutung von Psychotherapie für das psychische und immunologische Befinden HIV-positiver Personen.

Struempfel (1992) erörtert anhand von Fallbeispielen Themen, die in der Therapie mit HIV-positiven Menschen auftauchen. Er vertritt die Meinung, dass Psychotherapie mit HIV-Infizierten nicht Sterbe- sondern Lebensbegleitung bedeutet. Ausgehend von zwei Fallbeispielen HIV-infizierter Männer geht Weinel (1991) der Frage nach, bei welchen Voraussetzungen eine langfristige, aufdeckende psychoanalytische Einzeltherapie indiziert ist.

Bei der Evaluation eines systemischen Therapieansatzes zeigt sich bereits 1997 die Unterschiedlichkeit verschiedener Patientengruppen (homosexuelle versus hämophile versus intravenöse Drogengebraucher) bezogen auf ihre Bedürfnisse. Dies verlangt ein flexibles Therapeutenverhalten und ein den jeweiligen Erfordernissen angepasstes, ressourcenorientiertes Vorgehen (Vogt-Hillmann).

Siemens (2000) zeigt auf, dass insbesondere der Beginn mit der antiretroviralen Therapie und indirekt die Konfrontation mit einer unheilbaren Krankheit Auswirkungen wie Depression, Schamgefühle und Belastungsreaktionen haben können. In einer Falldarstellung werden die positiven Effekte einer gestalttherapeutischen Behandlung gezeigt. Auch in einem Forschungsprojekt mit

homosexuellen HIV-infizierten Männern erweist sich der gestalttherapeutische Ansatz als unterstützend (Siemens, 1993).

In einer Studie vergleichen Rojas, Schlicht, Hautzinger, Escobar und Bock (2002) erstmals die Wirkungen eines Sportprogramms mit denen einer Psychotherapieintervention und einer Kontrollgruppe. Es kommen verhaltenstherapeutische und kognitive Ansätze, Elemente aus der Gestalttherapie, der Gruppendynamik und der Entspannungstherapie zum Einsatz. Die Ergebnisse zeigen sowohl in der Sport- als auch in der Psychotherapiegruppe positive Veränderungen in der globalen Lebensqualität. Erwartungsgemäß verbessert sich die körperliche Leistungsfähigkeit in der Sportgruppe. Obwohl sich die CD4-Zellzahlen und die Viruslast nicht verändert haben, vertreten die Autoren aufgrund der Ergebnisse die Auffassung, dass sowohl sportliche Aktivität als auch Psychotherapie geeignete Strategien der Krankheitsbewältigung darstellen.

Fasce Cayo (2007) untersucht die Auswirkungen eines psychotherapeutischen Programms auf die Lebensqualität HIV-positiver Menschen in Peru und Deutschland. Die Untersuchung findet im Rahmen des EUROVITHA-Projekts statt. Das Konzept der Psychotherapie integriert wie bei Rojas et al. (2002) verhaltenstherapeutische und kognitive Ansätze, Elemente aus der Gestalttherapie, der Gruppendynamik und der Entspannungstherapie. Das Hauptziel ist die Erhöhung der Lebensqualität von Menschen mit HIV und AIDS. Dies soll durch den Abbau von Depression, Angst und Stress, durch die Entwicklung von adaptiven Copingstrategien, durch die Erweiterung der sozialen Unterstützung, durch das Erlernen von effektiven Entspannungsmethoden und durch die Stärkung der internalen Kontrollüberzeugungen geschehen. Die Ergebnisse zeigen, dass die peruanische Stichprobe trotz der größeren Belastungen durch die Lebensbedingungen und trotz geringerer Bewältigungsstrategien weniger Depressionen wahrnimmt. Zurückzuführen ist das auf die bessere soziale Unterstützung und auf die Tatsache, dass die peruanische Bevölkerung weniger grübelt als die deutsche Stichprobe und nicht im Detail Gründe und Konsequenzen analysiert. Durch die geringeren Depressionswerte steigt die Lebensqualität.

Eine weitere Interventionsstudie stellen Hüsler, Werlen und Sigrist (2002) an. Hier steht neben der Stabilisierung bzw. Verbesserung der psychischen Befindlichkeit, der Stabilisierung von Safer-Sex-Verhalten und der Stabilisierung bzw. Verbesserung des körperlichen Befindens bedingt durch die verbesserte Medikation die zusätzliche Frage im Zentrum, wie sich die Compliance bzw. Adhärenz verbessern lässt. Im Hintergrund steht die Vermutung, dass non-compliant Verhalten die Wahrscheinlichkeit der Resistenzbildung von HI-Viren erhöht. Die Interventionen der Studie beruhen auf verhaltens- und hypnotherapeutischen Elementen und Entspannungsübungen. Die Ergebnisse zeigen zufriedenstellende Effekte: Es zeigen sich deutliche Veränderungen bei den Befindlichkeitsparametern Depression, Angst und innere Kommunikation. Ebenfalls verbessern sich die physischen Symptome, und es lässt sich ein korrelativer Zusammenhang zwischen Befindlichkeitsmaßen und Symptomlage nachweisen: Mit dem Rückgang der körperlichen Beschwerden nehmen Angst und Depression ab und die seelische Gesundheit zu.

### **3.4 Bisherige Beschäftigungen mit dem Thema HIV in der Gestalttherapie**

Innerhalb der Gestalttherapie beschäftigt sich besonders Daniel Rosenblatt mit dem Thema HIV.

In einem 1994 publizierten Artikel setzt er sich mit Aspekten der Arbeit mit AIDS-Patienten auseinander. Zu beachten ist, dass dieser Artikel vor Einführung der HAART verfasst wurde. Erst angesichts dieses Umstandes wird die Aussage verständlich, dass Therapeuten nicht mehr unter der hoffnungsvollen Prämisse handeln könnten, dass ihre Anstrengungen den Infizierten zu einem glücklichen, gesunden und erfolgreichen Leben verhelfen, sondern dass es um das melancholische Abenteuer ginge, einem Menschen zu seinem frühen Tod zu verhelfen (Rosenblatt, 1994).

Rosenblatt, der Ende der 1960er Jahre die erste Therapiegruppe für schwule Männer in New York leitete und seine therapeutischen Erfahrungen im Bereich HIV/AIDS – wie er schreibt – ausschließlich aus der Arbeit mit Männern bezieht, betont jedoch explizit, dass seine Arbeit auch relevant für die Arbeit mit Frauen sei.

Rosenblatt nennt die Dimensionen Angst, Verdrängung, Paranoia, Depression und Schuld, mit welchen sich HIV-positive Patienten oft auseinandersetzen müssen.

Als besonderen Aspekt betreffend Angst nennt Rosenblatt die Tatsache, dass die Ängste von HIV-positiven Menschen oft in der Realität begründet seien und es daher auch in der Therapie darum ginge, diese Symptome zu diskutieren und jene auszusortieren, die in irrealer Furcht und Angst begründet seien, und herauszufinden, wie mit den in der Realität begründeten Ängsten umgegangen werden könne.

Der Abwehrmechanismus der Verdrängung findet bei Rosenblatt im Zusammenhang mit der Auseinandersetzung der HIV-Infektion Erwähnung. Die therapeutische Arbeit bestünde hier darin, sich mit der Verdrängung zu verbünden und ihre verschiedenen Dimensionen zu erkennen.

Rosenblatt beschäftigt sich in Bezug auf Paranoia mit den abstrusen Entstehungsideen bezüglich des HI-Virus. Seine Verantwortung als Therapeut sieht er darin festzustellen, wie wichtig die Paranoia für einen Patienten ist, nicht jedoch darin, eine Differenz zwischen ihm und dem Patienten herzustellen, die auf der Meinung über den Ursprung des Virus basiert. Eine Verringerung der Paranoia helfe dem Patienten in dem ausschließlichen Fall, dass er von seiner Paranoia überwältigt würde.

Rosenblatt findet es wichtig, zwischen Traurigkeit und Depression zu unterscheiden und betont die Legitimation der authentischen Trauer und ihre Funktion zur Heilung. Authentische Trauer entspreche einer richtigen Einschätzung der Lage der Patienten. Die Behandlung depressiver HIV-positiver Patienten unterscheide sich nicht von der HIV-negativer Patienten, mit der Einschränkung, dass letztlich sowohl Therapeut als auch Klient hilflos gegenüber der Infektion seien.

Bereits Rosenblatt setzt sich mit dem Thema Schuld im Zusammenhang mit dem Vorliegen einer HIV-Infektion – insbesondere bei Männern, die Sex mit Männern haben, – auseinander. Mit dem Einsetzen der AIDS-Epidemie habe sich das Maß der Schuldgefühle stark erhöht, da die emotionale Gleichung, dass homosexueller Sex gleich Sünde sei und den Tod zur Folge habe, für viele Realität werde. Schuldgefühle über sexuelle Handlungen würden durch die Infektion so verstärkt, dass Sex permanent tabuisiert werde. Als speziellen Aspekt der Schuld beschäftigt sich Rosenblatt mit der Überlebens-Schuld. Diese bezieht sich auf die Fragen von HIV-positiven Personen, warum sie im Gegensatz zu anderen, bereits verstorbenen Infizierten, überleben. Rosenblatt gibt die Erklärung, dass sich der Überlebende niedergeschlagen und schuldig fühle, um mit dem Verlust fertig zu werden. Dabei

spiele auch die Unfähigkeit, eine befriedigende, rationale Erklärung für den Tod zu finden, eine Rolle.

Neben Rosenblatt beschäftigt sich auch Klepner bereits 1992 mit der Anwendbarkeit der Gestalttherapie bei HIV-positiven Menschen. Klepner skizziert vier Bereiche, die in der Arbeit mit HIV-infizierten Personen von Bedeutung sind: Vermittlung von Wissen über HIV, Umgangsformen mit Stress, die Hervorhebung eines bedeutungsvollen Lebens in möglichst vielen Bereichen und die Förderung von Heilung. Die Gestalttherapie sei besonders gut geeignet für die Arbeit mit HIV-positiven Menschen, da ein Schwerpunkt auf experimentellem Arbeiten liege, aber auch aufgrund ihres existentiellen Ansatzes, der Betonung der Wichtigkeit von Aggression und Konflikten und der Betonung des Kontaktkonzepts.

Singer (1999) arbeitet besondere Aspekte in der Arbeit mit homosexuellen Paaren heraus. Grundsätzlich vertritt er die Ansicht, dass sich die Gestalttherapie mit diesen nicht maßgeblich von der therapeutischen Arbeit mit heterosexuellen Paaren unterscheidet: „Ein Paar ist ein Paar ist ein Paar – ungeachtet seiner sexuellen Orientierung“ (Singer, 1999, S. 164). Dennoch verdienen bestimmte Aspekte in der Arbeit mit homosexuellen Männern besondere Beachtung. Singer nennt das männliche Rollenverhalten, Unterschiede in der Art sich zu zeigen, im Ausdruck und in der Bestätigung von Verbindlichkeit, in der Sexualität und in sexuellen Rollen sowie HIV/AIDS. In Bezug auf HIV und AIDS betont Singer, dass das Vorliegen einer HIV-Infektion häufig das Gefühl der Sterblichkeit und die Wahrnehmung der eigenen Endlichkeit und Vergänglichkeit verändert. Des Weiteren bedeutet eine HIV-Infektion oftmals auch eine zweite Krise des coming outs. Singer schenkt auch der Tatsache Beachtung, dass die meisten homosexuellen Männer – allein aufgrund ihrer sexuellen Orientierung – immer wieder mit negativen und ablehnenden Reaktionen aus dem sozialen Umfeld rechnen müssen und damit oft innerpsychische Spannungen verbunden sind.

Eppelsheimer (1992) stellt in einer Fallstudie die Arbeit als Gestalttherapeut mit einem drogensüchtigen, HIV-positiven Mann dar. Neben Themen, die hauptsächlich mit der HIV-Infektion in Zusammenhang stehen, wie Sexualität, Safer Sex und Krankheitseinsicht, beschäftigt sich Eppelsheimer mit speziellen Problematiken von

Suchtpatienten und damit verbundenen spezifischen Aspekten in der Psychotherapie.

Lemmen (1996) betont, dass die Diskussion um den möglichen Nutzen von Psychotherapie für HIV-infizierte Menschen dort zu kurz greift, wo sie ausschließlich unter dem Aspekt einer quantitativ messbaren Immunstabilisierung und Lebensverlängerung geführt wird. Er berichtet, dass in seiner eigenen Arbeit die qualitativen Veränderungen in vielen Fällen überzeugt hätten, selbst wenn alle Untersuchungen keinen quantitativ messbaren, lebensverlängernden Effekt feststellen konnten. Psychotherapie könne allein schon als Sterbehilfe ihre Berechtigung haben.

## **4 Der Krankheitsbegriff und Grundbegriffe der Gestalttherapie**

### **4.1 Definition von Krankheit**

Krank bedeutet ursprünglich „schmal, schlank, gering, schwach, nichtig“ (Blankertz & Doubrawa, 2005).

Definiert man Krankheit als den Gegensatz von Gesundheit, kommt man nicht um den Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation (WHO) umhin. Diese definiert Gesundheit als einen Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur als das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen (WHO, 2009).

Als problematisch wird der Krankheitsbegriff besonders im psychischen Bereich angesehen, da er einen großen normativen Anteil hat und mitunter der Anschein entsteht, dass es sich bei Diagnosen um konkrete Tatsachen handelt. Dennoch wird die Notwendigkeit der Kommunikation anerkannt, und Diagnoseschemata wie ICD, DSM und OPD sind aus der Praxis nicht wegzudenken.

### **4.2 Biopsychosoziales Modell**

Im Zusammenhang mit der von der WHO gegebenen Definition von Gesundheit spricht man heute auch vom so genannten biopsychosozialen Modell von Gesundheit und Krankheit.

Während einerseits die moderne Gesundheitsfürsorge großteils auf der Grundlage des biologisch-medizinischen Modells mit einer dualistischen Vorstellung von Körper und Seele beruht, wird andererseits in den letzten Jahrzehnten die Beziehung von Leib und Seele neu durchdacht: Es wird anerkannt, dass der Zustand des Körpers und der Zustand der Seele in wichtiger Hinsicht zusammenhängen (Zimbardo, 1995). Genauso spielen soziale Faktoren eine bedeutende Rolle für das Vorhandensein bzw. Fehlen von Gesundheit, sodass sich ein biopsychosoziales Verständnis von Gesundheit und Krankheit weitgehend etabliert hat.

### **4.3 Der Krankheitsbegriff in der Gestalttherapie**

Trotz der Problematiken, die rund um die Begriffe Gesundheit und Krankheit entstehen, schreiben Blankertz und Doubrawa (2005), dass auf den Krankheitsbegriff schon deswegen nicht gänzlich verzichtet werden könne, da „Therapie“ nun einmal „Heilung“ bedeute und der Begriff „Heilung“ keinen Sinn mache, wenn es nicht etwas gäbe, das geheilt werden solle, und das nenne man „Krankheit“.

Jedoch hat auch die Gestalttherapie bislang keine endgültig befriedigende Lösung der Problematik des Krankheitsbegriffs gefunden. Selbst Fritz Perls hat nie eine systematische Krankheitsdefinition gegeben (Krisch, 1992).

Bei Amendt-Lyon, Bolen und Höll (2004) findet man die Definition von Gesundheit aus gestalttherapeutischer, ganzheitlicher Sicht als die Fähigkeit eines Menschen, seine psychischen, geistigen, physischen und sozialen Bedürfnisse ohne Schaden für sich und seine Umwelt zu befriedigen. Demgegenüber definieren die Autoren Krankheit als die Unfähigkeit einer Person, ihre Bedürfnisse und die Wahrnehmung ihres Umfeldes zu einer sinnvollen Ganzheit zu organisieren, deren Bedeutung zu erfassen, Prioritäten zu setzen sowie situationsadäquate Handlungen auszuführen. Krisch (1992, S.64) gibt folgende allgemeine Definition von Krankheit: „Krankheit ist eine Störung des Wachstums bzw. der Entwicklung und entsteht als Folge dauerhafter Störung der organismischen Selbstregulation, die für ein gesundes Funktionieren des Organismus Voraussetzung ist“.

#### **4.3.1 Schöpferische Anpassung und organismische Theorie**

Ein wichtiger Begriff der Gestalttherapie im Zusammenhang mit dem Konzept von Gesundheit und Krankheit ist die *Würdigung*: „Damit ist gemeint, dass das (scheinbar) ‚Krankhafte‘ des Klienten zunächst als die kreative Lösung (s)eines Problems anzusehen ist, in der sich seine Kraft und seine Fähigkeit zur Problemlösung ausdrücken“ (Blankertz & Doubrawa, 2005, S.185). Auch ein Symptom kann als kreative Lösung eines Problems gesehen und gewürdigt werden. Diese Überlegung ist nur unter der Prämisse möglich, dass Menschen auf vielfältige Weise lernfähig sind und dadurch früher Gelerntes und Erlebtes in spätere Zeiten

hineinwirken (Staemmler, 2009); genauso können auch *nicht* Gelerntes und Erlebtes in der Gegenwart Spuren zeigen. Allein mit diesen Überlegungen ist nicht geklärt, ob diese Spuren nützlich sind oder nicht. Das Leben ist ein Prozess, und die entscheidende Frage ist, *wie* man auf bestimmte Lebenssituationen antwortet. In diesem Sinn sprechen Gestalttherapeuten von  *kreativer* oder  *schöpferischer Anpassung*. Gemeint ist die Art, wie der Mensch seine Fähigkeiten benutzt, um das Bestmögliche aus den Gegebenheiten seiner Umwelt zu machen (Amendt-Lyon et al., 2004). Damit in Zusammenhang steht der so genannte  *mittlere Modus*. Der Ausdruck geht auf Salomo Friedlaender zurück, gemeint ist der Modus zwischen den extremen Polaritäten. Diese Polaritäten, in die sich alle Phänomene des Lebendigen differenzieren, sind noch nicht unterschieden, sie sind im Gleichgewicht. Von diesem Nullpunkt aus kann eine Differenzierung in eine der beiden Pole erfolgen (Gremmler-Fuhr, 2001). Perls (2007) bezeichnet den mittleren Modus als einen Zustand der kreativen Spontaneität.

Nach Blankertz und Doubrawa (2005) soll der Ausdruck kreative Anpassung ein notwendiges Paradox bezeichnen, nämlich die schwierige Aufgabe, zwischen den beiden Polen immer wieder ein nur vorläufig zu erreichendes Gleichgewicht zu schaffen. „Psychische Störungen und Leiden gelten als Ausdruck nicht gelingender Versuche einer solchen schöpferischen Anpassung an die Umwelt“ (Amendt-Lyon et al., 2004, S.121).

Ob nun aber menschliches Verhalten und Beziehungsmuster als funktional und gesund oder dysfunktional und krank bezeichnet werden, hängt von deren Bedeutung im Organismus-Umweltfeld einer Person ab. Die Theorie der Gestalttherapie lehnt sich hier an die  *organismische Theorie* Goldsteins an (Goldstein, 1934). Goldstein betrachtet den Organismus als unteilbares Ganzes, eine Veränderung im Vordergrund bedingt eine Veränderung im Hintergrund. Wenn aber Vordergrundprozesse abgespalten vom dazugehörigen Hintergrund geschehen, ist das Funktionieren des gesamten Feldes gestört. Daher werden in der Gestalttherapie Vordergrundfiguren im Kontext vom Hintergrundgeschehen gesehen. Auch Goldsteins Umgang mit Symptomen kann im Sinn des Konzepts der schöpferischen Anpassung interpretiert werden: Goldstein betont die persönliche Bedeutung eines Symptoms für den Organismus. Wichtig ist, dass Gesundheit aus gestalttherapeutischer Sicht somit nichts Statisches darstellt, sondern ständig in

Bewegung ist und intakte Gestaltbildungsprozesse beinhaltet, die lebenslanges Wachstum und die Nutzung des eigenen Potentials erlauben (Krisch, 1992).

Die organismische Theorie bringt den Gesundheits- bzw. Krankheitsbegriff in Einklang mit dem biopsychosozialen Modell.

#### **4.3.2 Kontakt, Kontaktgrenze und Kontaktzyklus**

Ein zentraler Begriff in der Gestalttherapie ist der *Kontakt*. Darunter versteht man die Bezeichnung für einen Prozess des Austausches z.B. zwischen Organismus und Umwelt (Blankertz & Doubrawa, 2005).

Um dies besser zu verstehen, ist es wichtig, die gestaltpsychologischen Gesetze als theoretischen Hintergrund der Gestalttherapie nicht außer Acht zu lassen. Vor allem das Gesetz der Geschlossenheit, der Zeigarnik-Effekt (unerledigte Handlungen werden bevorzugt im Gedächtnis behalten), die Betonung der Figur-Grund-Bildung, das Konzept der Selbstaktualisierung und der aktiven Auseinandersetzung mit der Umwelt haben Einfluss auf die Gestalttherapie. Eine wesentliche Grundannahme der Gestaltpsychologie besagt, dass Fakten, Sinneswahrnehmungen, Verhaltensweisen und Phänomene nicht durch ihre einzelnen Bestandteile ihre Bedeutung erlangen, sondern erst durch ihre Organisation definiert werden. Der Mensch nimmt Gegenstände nicht als unzusammenhängende Bruchstücke wahr, sondern organisiert sie im Wahrnehmungsprozess zu einem sinnvollen Ganzen (Krisch, 1992).

Ebenso kann der Mensch nur in einem ihn umgebenden Feld leben, er ist jeden Augenblick Teil des Feldes, Leben und Wachstum finden grundsätzlich in Auseinandersetzung mit der Umwelt statt. Die ganze Person gestaltet sich demnach in dem Kontakt Organismus-Umwelt: „Kein Individuum ist sich selbst genug; das Individuum kann nur in einem es umgebenden Feld leben. Das Individuum ist unvermeidlich in jedem Augenblick Teil eines Feldes. Sein Verhalten ist eine Funktion des ganzen Feldes, das ihn und seine Umwelt einschließt“ (Perls, 2007). An der *Kontaktgrenze* zwischen Individuum und Umwelt finden die psychischen Ereignisse statt. Das gestalttherapeutische Paradox des Kontakts bzw. der Kontaktgrenze bedeutet Berührung und Abgrenzung zugleich: „Wir sprechen vom Organismus, der zur Umwelt Kontakt aufnimmt, aber es ist der Kontakt selbst, der die einfachste und erste Realität bildet“ (Perls, Hefferline & Goodman, 1991, S.9).

Laura Perls (2005) betont, dass Kontakt die Wahrnehmung und Verarbeitung des anderen sowie des Verschiedenen, des Neuen und des Fremden sei. Kontakt sei kein Zustand, sondern eine Tätigkeit.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang der Begriff des *Selbst*. Dieses wird nicht als Instanz, sondern als Funktion verstanden: „Das Selbst existiert als ein Prozess, wenn eine Interaktion an der Organismus-Umweltfeld-Grenze bzw. an der Kontaktgrenze stattfindet“ (Amendt-Lyon et al., 2004, S.109). Des Weiteren ist das Selbst spontan und im mittleren Modus (Perls et al., 1991).

Im Sinn der organismischen Selbstregulation verläuft die Auseinandersetzung des Organismus mit seiner Umwelt oder ein Prozess innerhalb des Organismus im so genannten *Kontaktzyklus*. Dabei handelt es sich um ein idealtypisches Phasenmodell (Amendt-Lyon et al., 2004). Je nach Bedürfnislage tritt eine Figur aus dem Hintergrund in den Vordergrund und drängt nach Schließung – ganz im gestaltpsychologischen Sinn. Jeder Kontaktzyklus verläuft in vier Schritten (Krisch, 1992):

1. Vorkontakt: Ein Reiz oder ein Bedürfnis taucht aus dem Hintergrund – aus dem Organismus oder der Umwelt – auf und wird zur Figur im Vordergrund. Die Inhalte des ursprünglichen Vordergrunds rücken in den Hintergrund.
2. Kontaktnahme: Die Möglichkeiten zur Befriedigung treten in den Vordergrund. Das Verlangen des Vorkontakts tritt in den Hintergrund.
3. Kontaktvollzug: Der Kontakt selbst wird zur Figur, die ganze Person ist vom Erleben erfasst.
4. Nachkontakt: Die Figur tritt in den Hintergrund zurück. Der Kontaktprozess ist beendet, und der Organismus ist bereit für den nächsten Kontaktzyklus.

Dreitzel (2004), der sich intensiv mit dem Kontaktmodell und in diesem Zusammenhang mit psychotherapeutischer Diagnostik beschäftigt, nennt eben diese Kontaktphasen Vorkontakt (erste Phase), Orientierung und Umgestaltung (zweite Phase), voller Kontakt (dritte Phase) und Nachkontakt (vierte Phase).

In der Weiterentwicklung des Phasenmodells durch die Cleveland School werden die einzelnen Phasen weiter differenziert und als „Gestaltzyklus des Erlebens“

beschrieben (Nevis, zit. nach Gremmler-Fuhr, 2001). Die Elemente dieses Gestaltzyklus lauten Empfindung, Bewusstheit, Energie, Handlung, Kontakt, Lösung und Abschluss und werden meist als offener Kreis dargestellt.

Wichtig bei der Betrachtung des Kontaktzyklus ist die Überlegung, dass erst die permanente Aufeinanderfolge solcher Zyklen mit flexiblen und intakten Gestaltbildungsprozessen im Sinne der organismischen Selbstregulation die Grundlage für lebenslanges Wachsen und Reifen und damit für Gesundheit schlechthin ist.

### **4.3.3 Support**

Laura Perls (2005) beschreibt in ihrem Kontakt-Support-Konzept das Verhältnis von Kontaktprozessen und Stütze zueinander, indem sie die Bedeutung der Stütze – *des Supports* - betont, ohne den Kontakt nicht gelingen kann: „*Kontakt* ist nur in dem Maß möglich, in dem *Stütze* verfügbar ist. *Stütze* ist der gesamte Hintergrund, aus dem sich die gegenwärtige Erfahrung hervorhebt (existiert) und eine bedeutungsvolle Gestalt bildet“ (Perls, 2005, S.94). Damit ist gemeint, dass Kontakt und Stütze in einem Figur-Hintergrund-Verhältnis stehen: Stütze – sowohl Selbst-Unterstützung (self-support) als auch Unterstützung aus dem Umfeld (environmental support) – als Hintergrund ist notwendig, damit Kontakt und Gestaltbildung im Vordergrund möglich sind. Stütze ist daher erforderlich, damit die genannten Kontaktprozesse gut ablaufen können (Votsmeier-Röhr, 2005).

Nach Perls (2005) beginnt Stütze mit der primären Physiologie wie Atmung, Blutkreislauf und Verdauung, geht weiter mit der Entwicklung der Hirnrinde, der Entwicklung der Zähne, mit Sensitivität, Beweglichkeit und aufrechter Haltung, Sprache, Gewohnheit und Sitten. Wichtig sind Assimilierung und Integration von Erfahrungen und Gelerntem, damit diese als Hintergrund den jeweiligen Gestaltbildungen im Vordergrund Stütze verleihen können und nicht, wie im Fall von Mangel an Stützung, als Angst erlebt werden. Der Aspekt der Angst wird von Laura Perls nicht weiter ausgeführt, wohingegen Votsmeier-Röhr (2005) unter Einbezug der Angsttheorie Goldsteins das Kontakt-Support-Konzept präzisiert. Für Goldstein ist der Organismus in Angst in seiner Existenz bedroht (Goldstein zit. nach Votsmeier-Röhr, 2005), woraus Votsmeier-Röhr folgert, dass daraus die Vermeidung bestimmter Kontakte erfolgt, um das Auftreten von Angst zu vermeiden. Er erkennt,

dass das Kontakt-Support-Verhältnis mit der Erhaltung, Sicherung und Verwirklichung der Identität einhergeht: Bei Angst geht es um die Angst vor Gefährdung der persönlichen Identität (der Ich-Identität), derer man sich erst bei Angst und Erschütterung gewahr wird.

#### **4.3.4 Störungen an der Kontaktgrenze**

Wenn es zu Störungen an der Kontaktgrenze kommt, wird der Organismus letztendlich in seiner vollen Entfaltung behindert. Die für einen Menschen zulässigen Kontaktmöglichkeiten ergeben sich aus der jeweiligen Ich-Grenze: „Die Grenzen des menschlichen Wesens, die Ich-Grenzen, sind durch seine sämtlichen Lebenserfahrungen und seine eingebauten Fähigkeiten bestimmt, neue oder intensiviertere Erfahrungen zu assimilieren“ (Polster & Polster, 2001, S.114). Die Ich-Grenze ist nie starr, sondern weist intraindividuell (und interindividuell) große Variabilität auf und kann sich auch im Laufe des Lebens ändern. Innerhalb der Ich-Grenze ist Kontakt leicht herzustellen, an der Ich-Grenze wird er risikoreicher und die Wahrscheinlichkeit der Befriedigung ist unsicherer, außerhalb der Ich-Grenze schließlich ist Kontakt so gut wie unmöglich (Polster & Polster, 2001). Ist kein ausreichender Support vorhanden, das heißt, geht ein Kontakt weit über die Ich-Grenze hinaus, entstehen Angst und Existenzbedrohung. Wird das Kontakterlebnis zu unerträglich, kommt es zu Störungen bzw. wird es beendet.

Bei Störungen an der Kontaktgrenze beschreibt Perls (2007) Mechanismen, die zu deren Bewältigung eingesetzt werden können. Die vier wichtigsten sind Introjektion, Projektion, Retroflexion und Konfluenz. Sinn dieser Kontaktvermeidungsformen, die ihren Ursprung in der Psychoanalyse haben, ist es, – ganz im Sinne der schöpferischen Anpassung – den Organismus zu schützen und zu stützen. Somit fungieren sie als Bewältigungsstrategie in schwierigen Situationen und sind nach Auffassung Perls die Ursache von Neurosen. Genauer wird in Kapitel sieben auf die Kontaktfunktionen – wie sie auch genannt werden – eingegangen.

#### **4.3.5 Das „Problem“ der Diagnostik**

Spricht man über Gesundheit und Krankheit, stößt man unweigerlich auf das weite Feld der Diagnostik, weshalb an dieser Stelle einige Überlegungen dazu dargestellt werden.

Standardisierte Klassifikationssysteme, die breite Anwendung finden, sind die ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) bzw. die Kapitel V (F) als internationale Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation und das DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) der American Psychiatric Association. Vermehrte Anwendung findet zunehmend die OPD (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik) bzw. die OPD-2, herausgegeben vom Arbeitskreis OPD.

Zimbardo (1995) formuliert treffend, dass der Versuch psychische Störungen zu klassifizieren komplex und umstritten sei, da jede Klassifikation unter dem Einfluss der jeweils dahinter stehenden Theorie stehe und kein theoretischer Ansatz von allen geteilt werde.

Als Gründe *für* die Notwendigkeit einer einheitlichen Diagnostik werden unter anderem genannt, dass sie Orientierungshilfe biete, dass sie die Kommunikation und somit die Verbindung zu anderen Schulen aufgrund der gemeinsamen Sprache ermögliche und dass sie eine bewusste Diagnose anstrebe statt einer schlampigen und beiläufigen (Hutterer-Krisch & Amendt-Lyon, 2004). Lenz und Küfferle (1998) betonen in Bezug auf psychiatrische Störungsbilder, dass ohne ein Kriterium, das es erlaubt, zwischen Krankheit und Gesundheit bzw. zwischen verschiedenen Arten von Krankheit zu unterscheiden, eine rationelle Planung psychiatrischer Versorgung niemals durchführbar wäre.

Demgegenüber steht die Meinung, dass die Zuordnung eines Menschen zu einer Kategorie im Gegensatz zu den beschriebenen Sichtweisen der Gestalttherapie stehe und eine Etikettierung vermieden werden sollte. Stattdessen sollte der Psychotherapeut nach dem Prinzip der selektiven Authentizität arbeiten und dem Patienten mitteilen, wie er ihn im aktuellen Geschehen erlebe (Hutterer-Krisch & Amendt-Lyon, 2004).

#### **4.3.5.1 Prozessdiagnostik**

Als Konsens kann man die Betonung auf eine Diagnostik, die Prozesse beschreibt, die die Einzigartigkeit jedes Menschen zu wahren versucht und eine Orientierung auf

der diagnostischen Landkarte ermöglicht, verstehen (Hutterer-Krisch & Amendt-Lyon, 2004).

Vereinbar ist dies mit den zentralen Begriffen gestalttherapeutischer Diagnostik, die sich auf den Kontaktbegriff, die Kontaktgrenze und das Selbst beziehen (Hutterer-Krisch & Amendt-Lyon, 2004). Es herrscht eine prozessuale Auffassung des Selbst, was zum Umgang mit Diagnosen als momentane Arbeitshypothesen führt. Demgemäß spricht man von *Prozessdiagnostik*. Darin enthalten ist auch die Überzeugung, dass das Leben und somit auch Psychotherapie Prozesse sind und daher Veränderung prinzipiell möglich ist. Gearbeitet wird im *Hier und Jetzt*, denn was im Hier und Jetzt dem Bewusstsein zugänglich ist, ist auch der Veränderung zugänglich (Amendt-Lyon et al., 2004).

#### **4.3.5.2 Eine psychodynamische Sichtweise - OPD**

Eine psychodynamische Diagnostik betont den Aspekt der persönlichen Begegnung zwischen Patientin und Psychotherapeutin, wodurch die große Nähe zwischen psychotherapeutischer Diagnostik und psychotherapeutischer Behandlung gezeigt wird (Rudolf, 2010). Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD), herausgegeben vom Arbeitskreis OPD, ist ein diagnostisches Instrument, das psychische Störungen hinsichtlich ihrer Psychodynamik auf vier Ebenen abbildet und mit der ICD-10-Klassifikation verbindet. Die OPD-2 beinhaltet die Erweiterung um einen psychodynamischen Behandlungsplan: „Der Prozess der Therapieplanung muss auf den Pfeilern Diagnostik, Zielformulierung sowie Ableitung von angemessenen therapeutischen Schritten ruhen“ (Arbeitskreis OPD, 2007, S.28). Idealerweise werden die Effekte dieser Schritte im klinischen Alltag überprüft. Wichtig ist, dass die Diagnostik nicht nur der Beschreibung von kritischen und/oder veränderungswürdigen Merkmalen dient, sondern auch der Erfassung von Ressourcen und Kompetenzen. Der Prozess der Therapieplanung wird mehr oder weniger als ein interaktionelles Geschehen zwischen Therapeutin und Patientin gesehen.

Um einen Überblick über die OPD bzw. OPD-2 zu erhalten, werden in aller Kürze die fünf Achsen vorgestellt. Die ersten vier Achsen entstammen einem aus der

Psychoanalyse abgeleitetem psychodynamischen Verständnis, die fünfte Achse enthält deskriptiv-phänomenologische Aspekte:

- Achse I – *Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen*: Die Betonung liegt hier auf der Beschwerdesymptomatik und Therapieerwartung, auf Erlebniselementen, Motivation und vorhandenen Ressourcen und weniger auf dem tatsächlichen Krankheitsverhalten.
- Achse II – *Beziehung*: Die Achse wurzelt zum Teil in der psychoanalytischen Diagnostik, da diese immer auch Beziehungsdiagnostik ist, indem dem Wechselspiel von Übertragung und Gegenübertragung Beachtung geschenkt wird.
- Achse III – *Konflikt*: Der zentralen Rolle innerer Konflikte der klassisch psychoanalytischen Diagnostik wird hier Rechnung getragen. Dabei können lebensbestimmende, verinnerlichte Konflikte den eher aktuellen, äußerlich determinierten konflikthaften Situationen gegenübergestellt werden.
- Achse IV – *Struktur*: Hier werden Qualitäten bzw. Insuffizienzen psychischer Strukturen abgebildet. Dazu werden etwa die Möglichkeit oder Unmöglichkeit zur inneren und äußeren Abgrenzung und die Fähigkeit oder Unfähigkeit zur Selbstwahrnehmung und Selbstkontrolle gezählt.
- Achse V – *Psychische und psychosomatische Störungen*: Die Achse dient der genauen Erfassung von psychopathologischen Phänomenen, indem die deskriptiv-phänomenologische Diagnostik (ICD-10, DSM-IV) berücksichtigt wird.

Für das weitere Verständnis der Abwehrmechanismen ist es wichtig, im Auge zu behalten, dass die psychische Struktur den Hintergrund darstellt, vor dem sich Konflikte mit ihren mehr oder weniger gut oder schlecht angepassten Lösungsmustern abspielen.

Das Ausmaß der strukturellen Beeinträchtigung wirkt sich auf das Gewicht aus, das lebensgeschichtlich erworbene Konflikt dispositionen bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Beschwerden haben können. Es prägt die habituellen Beziehungsmuster: Bei stärkerer struktureller Einschränkung werden diese zunehmend ineffizient und brüchig, sodass die Aufnahme dauerhafter Beziehungen

schließlich überhaupt misslingt. Weiters hat das Strukturniveau Einfluss darauf, ob es sich bei der jeweiligen Symptombildung um eine neurotische handelt oder ob die Art, Vielfalt, Heftigkeit und Wechselhaftigkeit der Beschwerden darauf hindeutet, dass basale psychische Funktionen beeinträchtigt sind und die Regulierungsmöglichkeiten der Betroffenen regelmäßig überfordert werden. Die genannten Achsen gehen einher mit den Voraussetzungen und Möglichkeiten einer psychotherapeutischen Behandlung, die der Art und dem Gewicht der strukturellen Schwierigkeiten angepasst werden muss (Arbeitskreis OPD, 2007).

## 5 Die fünf Säulen der Identität

Ein Spezifikum einer HIV-Infektion sind die mitunter weit reichenden Auswirkungen auf unterschiedliche Lebens- oder Identitätsbereiche. Zwecks Veranschaulichung und um diesen „unterschiedlichen Lebensbereichen“ eine wissenschaftliche Basis zu geben, wird das Modell der fünf Säulen der Identität herangezogen.

### 5.1 Das Modell der fünf Säulen der Identität

Petzold (1984) beschäftigt sich mit den Begriffen „Selbst“, „Ich“ und „Identität“ und entwickelt das Modell der „Fünf Säulen der Identität“ (Petzold, 1984, 2001). Dieses Modell gründet auf der Überlegung, dass das Ich nicht situationsunabhängig ist, sondern sich in verschiedenen Kontexten – oder Identitätsbereichen – vollzieht. Wichtig ist, dass diese Bereiche, oder Säulen – wie sie im Modell genannt werden –, zusammen wirken und der vollkommene Verlust eines Bereiches nicht kompensiert werden kann, auch wenn Akzentverschiebungen möglich sind. Zu einem vollen Identitätserleben sind alle fünf Säulen notwendig.

Das Modell besteht aus folgenden „fünf Säulen der Identität“ (Petzold, 1984, 2001):

1. *Leib* oder *Leiblichkeit*: Das ist der individuelle Leib bzw. das, was eine Person von sich selbst erlebt und nach außen hin verleiblicht (der soziale Leib).
2. *Soziales Netzwerk*: Darunter versteht man den sozialen Kontext, dem eine Person zugehört und der der Person zugehört: Familie, Freunde, Kollegen. Das soziale Netzwerk trägt zur Identität der eigenen Person und zur Identität anderer Personen bei.
3. *Arbeit, Leistung, Freizeit*: Eine Person verwirklicht sich in der Arbeit und im konkreten Tun und identifiziert sich damit. Gleichzeitig wird eine Person durch ihre Arbeit erkannt und erhält Identifizierungen.
4. *Materielle Sicherheiten*: Gemeint sind ökonomische Absicherungen und ökologisches Eingebundensein durch Besitz, Geld und Güter. Auch milieu-

ökologische Bezüge wie ein Haus, die Heimat oder das Verhältnis zur Natur werden dazugezählt.

5. *Wertorientierungen*: Hier sind weltanschauliche und religiöse Überzeugungen sowie Sinn konstituierende Systeme enthalten. Werte werden sozial vermittelt, man bekennt sich zu ihnen und teilt sie mit anderen. Da Werte überdauern, haben sie eine hohe Beständigkeit im Hinblick auf Verwandlung in der Zeit.

Die fünf Bereiche haben jeweils sowohl Vergangenheit, also Entstehungsgeschichte, als auch Zukunft und somit Entwicklungsperspektiven.

## **5.2 HIV und die fünf Säulen der Identität**

Das Modell der fünf Säulen der Identität wird von Lemmen (1996) als hilfreiche Orientierung in der Arbeit mit HIV-positiven Menschen herangezogen. Das Modell sei unterstützend, um herauszufinden, in welchen Bereichen ein Klient „den Boden unter den Füßen verloren hat und in welchen Bereichen neuer Boden geschaffen werden kann“ (Lemmen, 1996, S.162).

Lemmen sieht unter Anderem folgende Fragen, die bei einer HIV-positiven Person auftauchen können, mit den jeweiligen Bereichen verbunden:

1. *Leiblichkeit*: Wie wirkt sich die Infektion bzw. Erkrankung aus? Wie wird sie erlebt? Kann ich jemals wieder Nähe, Zärtlichkeit, Intimität, körperliche Geborgenheit und Sexualität ohne Angst erleben? Kann ich mich selbst und meinen Körper trotz und mit dem Virus lieben? Halte ich es aus, meine sexuelle Attraktivität einzubüßen? Lohnt es sich angesichts der Übermacht des Virus zu kämpfen? Wenn ja, wie?
2. *Soziales Netzwerk*: Wer wird trotz der Infektion bzw. Erkrankung zu mir stehen? Wem kann ich mich anvertrauen, wie werden die anderen reagieren: mit Mitleid, Ablehnung, Vorwürfen? Wie werden sich meine zwischenmenschlichen Beziehungen verändern? Wer hält mein Leiden und Sterben aus?
3. *Arbeit und Leistung*: Lohnt es sich angesichts der Infektion überhaupt noch, meine Karrierepläne zu verfolgen? Wer wartet schon darauf, meinen Platz einzunehmen, wenn ich keine 100 Prozent mehr leisten kann? Was verliere

ich alles, wenn ich nicht mehr arbeiten kann und was fange ich dann mit mir selbst an?

4. *Materielle Sicherheit*: Welche finanziellen Einschränkungen werden auf mich zukommen und kann ich meinen Lebensstil beibehalten? Wie viel Genuss darf ich mir noch leisten? Wie viel an sozialer Einbindung werde ich verlieren, wenn und weil ich mir bestimmte Aktivitäten nicht mehr leisten kann?
5. *Werte*: Welche Lebensziele muss ich aufgeben? Welchen Sinn hat mein Leben angesichts all dieser Veränderungen noch? Gibt es Hoffnung?

Lemmen (1996) streicht heraus, dass die Werte-Säule am meisten mit den anderen Säulen verwoben ist. Daher kann ihre Bedrohung alle anderen Säulen in Mitleidenschaft ziehen, aber auch die Kraft geben, Bedrohungen in anderen Säulen aufzufangen.

Zudem kommt erschwerend hinzu, dass Infizierte sich mitunter in der paradoxen Situation befinden, manifest gesund und potentiell schwer krank zu sein (Stummer, 2009). Durch diese Unsicherheit werden die verschiedenen Lebensbereiche in unterschiedlichem Ausmaß betroffen und mitunter in Frage gestellt.

### **5.2.1 Werte Säule: Schuld, Überlebensschuld, Verantwortung**

Eine besondere, häufig auftretende Frage im Zusammenhang mit einer HIV-Infektion aus dem Bereich der Werte ist die Schuldfrage. Da laut Kohortenstudie 94 Prozent aller HIV-Übertragungen in Österreich auf sexuellem Weg oder beim Drogenkonsum geschehen, stehen auch nahezu alle HIV-positiven Menschen vor der Frage, wie die Ansteckung bei ihnen passiert ist und ob bzw. wie das eigene Handeln dazu beigetragen hat. Es handelt sich um eine heikle Thematik, da diese meist gleichzeitig die Auseinandersetzung mit der eigenen Verantwortlichkeit und einer irreversiblen Handlung mit möglicherweise letalen Folgen bedeutet.

Rosenblatt setzt sich bereits 1994 mit dem Thema Schuld bei HIV-positiven Männern, die Sex mit Männern haben, auseinander. Er streicht heraus, dass sich das Ausmaß der Schuldgefühle in dieser Gruppe mit dem Auftreten des HI-Virus stark erhöht habe, da die emotionale Gleichung, dass homosexueller Sex gleich Sünde sei und den Tod zur Folge habe, für viele Realität werde. Rosenblatt beschreibt, dass als Folge oft jede sexuelle Aktivität vermieden wird, da es die

Sexualität war, die die todbringende Krankheit eingebracht hat: „Das Schuldgefühl über die sexuelle Handlung wird durch die Infektion so verstärkt, daß Sex als dreckig angesehen und permanent tabuisiert wird“ (Rosenblatt, 1994, <http://www.gestalt.de/aids.html>).

Auch weist Rosenblatt bereits 1994 auf den Umgang mit Schuldgefühlen von HIV-positiven Klienten, die ungeschützten Geschlechtsverkehr mit anderen Männern praktizierten und somit die Ansteckung einer weiteren Person riskierten, hin. Rosenblatt gibt zu, dass er als Therapeut darüber nahezu genauso empört war wie der Klient selbst, er aber dennoch versuchte, nicht Schuld zuzuweisen oder gar neue Schuldgefühle aufzubauen. Da die Handlungen nicht rückgängig gemacht werden können, sei es sinnvoller, die Patienten aufzufordern, den ernstesten Folgen ihres Tuns Beachtung zu schenken. Rosenblatt macht deutlich, wie eng die Schuldfrage und die Versuchung zu moralischen Bewertungen beieinander liegen. Nichtsdestotrotz bleibt die nüchterne Feststellung, dass man als HIV-positiver Mensch zugleich Opfer und potentieller Täter ist, da man selbst irgendwann infiziert wurde und man das Virus prinzipiell weitergeben und andere infizieren kann (Stummer, 2009).

Verknüpft mit der Schuldfrage ist auch das Thema der Überlebensschuld. Bereits Rosenblatt schreibt 1994, dass sich der Überlebende niedergeschlagen und schuldig fühlt, teils als Mittel, um mit dem Verlust fertig zu werden, teils aus Unfähigkeit, eine befriedigende, rationale Erklärung für den Tod zu finden. Dass das Thema auch im Jahr 2011 Brisanz hat, zeigen zwei Artikel von Langer (Langer 2011a, 2011b), in denen er sich mit dem Dilemma der so genannten Langzeitüberlebenden beschäftigt. Er streicht heraus, dass sich durch Einführung der HAART einerseits die Lebensqualität HIV-Positiver verbessert habe, andererseits aber das Gefühl bei einigen HIV-positiven Menschen entstehe, dass das eigene Überleben auf Kosten anderer, bereits Verstorbener, ginge. Alleine das Wort „überleben“ suggeriere einen Zeitpunkt, an dem mit dem HI-Virus infizierte Menschen statistisch betrachtet an AIDS sterben müssten (Langer, 2011b).

### **5.3 Fallbeispiel: Fünf Säulen der Identität**

Die fünf Bereiche der Identität können nicht nur am Beginn einer HIV-Infektion bedroht sein, sondern in jedem Infektionsstadium. Exemplarisch möchte ich einen Fall eines HIV-positiven Mannes darstellen, der bereits seit über 20 Jahren das Virus im Körper trägt.

Herr E. ist ein 50-jähriger Mann, der Sex mit Männern hat, und sich vor über 20 Jahren mit dem HI-Virus angesteckt hat. Er kommt in Psychotherapie, da er nach einem längeren Krankenhausaufenthalt unter starkem Schwitzen, Schwindel und Panik leidet. Herr E. kommt Anfang Juni das erste Mal zu mir, mit dem Anliegen, bis Anfang September wieder arbeitsfähig zu sein. Anfang September beginnt die Schule, und die Vorstellung, nicht mehr als Lehrer in seinem Beruf tätig zu sein, bereitet ihm große Angst. Der Klient hatte nie eine Paarbeziehung und seit einem Jahr keinen Geschlechtsverkehr. Er lebt recht zurückgezogen, hat wenig Sozialkontakte. Er hadert mit dem Älterwerden, mit dem Verlust körperlicher Attraktivität und quält sich mit Schuldgefühlen bezüglich seiner Infektion. Auch wirft er sich selbst vor, nicht so stark wie andere Personen zu sein und mehr Probleme mit der HIV-Infektion zu haben als andere Personen. Neben dem Schwitzen und dem damit verbundenen Ekel leidet er auf körperlicher Ebene vor allem unter fortschreitenden Polyneuropathien und Rückenproblemen. Krankheit und Sterben beschäftigen ihn sehr, insbesondere da er – vor allem in jüngeren Jahren – den Verfall und den Tod einiger Bekannter und Freunde miterleben musste. Aufgrund der fortschreitenden Polyneuropathien fürchtet er, schon demnächst im Rollstuhl zu sitzen. Mit diesen körperlichen Beeinträchtigungen geht die Angst einher, seinen Job nicht mehr ausführen zu können. Dies hätte nicht nur zur Folge, dass er „das letzte Sinnvolle in seinem Leben verlieren würde“, sondern auch, dass er sich nicht mehr imstande sehe, seinen Lebensstandard aufrecht zu halten. Er fragt sich, ob das österreichische Sozialsystem ausreicht, um ihn aufzufangen. Zudem brächen im Fall des Arbeitsplatzverlusts seine letzten Sozialkontakte ab, wobei er sich in seinem momentanen körperlichen Zustand ohnehin nicht für ein Treffen mit anderen Leuten bereit sehe.

Schon bald nach Beginn der Therapie wird ersichtlich, dass die manifesten Probleme von Herrn E. nicht seit Beginn der Infektion bestehen. Solange er keine Symptome

und keine stationären Krankenhausaufenthalte hatte, war er physisch und psychisch in der Lage, sein gewohntes Leben weiter zu führen. Er hatte zwar keine feste Partnerschaft, jedoch eine Reihe Bekannter und Freunde, gelegentliche Sexualkontakte und einen festen Arbeitsplatz, der zwar nicht sein Traumjob war, aber im Großen und Ganzen Freude bereitete. Durch die Möglichkeit, sein gewohntes Leben fort zu führen, geriet sein Wertesystem nicht durcheinander, und die Bekanntschaft mit anderen HIV-positiven Männern verlieh der Infektion eine gewisse Normalität.

Besonders deutlich wird, dass mit dem Einsetzen der Krankheitssymptome alle fünf Säulen der Identität im Leben von Herrn E. schwer getroffen werden und somit das große Ausmaß an Angst und Verzweiflung verständlich machen. Des Weiteren wird einmal mehr ersichtlich, dass das Ganze mehr als die Summe der Einzelteile ist – um es einmal mehr mit den Worten der Gestaltpsychologie zu sagen: Die Kumulation der wegbrechenden Säulen macht die Situation für Herrn E. besonders tragisch.

Wie sehr die Möglichkeit einer Psychotherapie von der körperlichen Verfassung der Klienten abhängig ist, zeigt sich am Beispiel von Herrn E.: Am Beginn der Therapie erscheint er pünktlich zu den wöchentlichen Terminen. Er zeigt ein großes Bedürfnis, seine Situation zu besprechen, und aufgrund der Fülle der ihn belastenden Themen ist ein Strukturieren der Themen, seiner Gedanken und Gefühle von Therapeutinnenseite hilfreich, wobei ich immer wieder darauf achten muss, ihn nicht in seinen Bedürfnissen einzuengen. Das Konzept der fünf Säulen der Identität ist hier besonders nützlich, da ich beim Thematisieren einer Säule darauf hinweise, die anderen nicht aus den Augen zu verlieren. Aufgrund der verzweifelten Lage des Klienten stehen regelmäßig stabilisierende Maßnahmen im Vordergrund, doch wirkt sich die schlechte körperliche Verfassung von Herrn E. kontinuierlich auf sein psychisches Befinden aus. Schließlich muss die Therapie abgebrochen werden, da es ihm aufgrund einer täglichen, ambulant durchgeführten Infusionstherapie, mit der ein weiter Anfahrtsweg zum Krankenhaus verbunden ist, und eines weiteren in Aussicht gestellten stationären Krankenhausaufenthalts aufgrund einer latenten Tuberkulose nicht mehr möglich ist, regelmäßig Psychotherapie in Anspruch zu nehmen.

## 6 Abwehrmechanismen

### 6.1 Abwehrmechanismen und ihre Ursprünge

Die Theorie der Abwehrmechanismen stammt aus der Psychoanalyse und ist auch außerhalb dieser weit verbreitet und akzeptiert.

Unter Abwehrmechanismen versteht man Mechanismen der Verarbeitung von Konflikten und Traumata. Intrapsychische Spannungen werden durch sie zwar nicht gelöst, jedoch weniger bewusst spürbar und dadurch erträglicher gemacht (Mentzos, 2009). Rudolf (2008) beschreibt als die zentrale Funktion der Abwehr, wichtige Aspekte des Selbst und der Objekte aus der Wahrnehmung auszublenden sowie zugehörige Handlungsimpulse und Emotionen zu unterdrücken. Ziel ist der Schutz des Selbst.

Schuster und Springer-Kremser (1997) betonen, dass Abwehrmechanismen auf allen Entwicklungsstufen der psychischen Organisation auftreten; eingeteilt werden sie nach dem Grad ihrer Reife. Paulina Kernberg (Kernberg zit. nach Schuster & Springer-Kremser, 1997) unterscheidet zwischen normalen, neurotischen, Borderline und psychotischen Abwehrmechanismen. Schuster und Springer-Kremser übernehmen diese Ordnung und gruppieren die Abwehrmechanismen folgendermaßen (wobei sie betonen, dass es eine vollständige Liste nicht geben kann):

- Erste Ebene: Normale Abwehrmechanismen:
  - Humor
  - Vorwegnahme
  - Unterdrückung
  - Sublimierung
  
- Zweite Ebene: Neurotische Abwehrmechanismen
  - Verdrängung
  - Regression

- Reaktionsbildung
  - Wendung gegen die eigene Person
  - Isolierung
  - Ungeschehenmachen
  - Verkehrung ins Gegenteil
  - Verleugnung
  - Konversion
  - Projektion
  - Introjektion und Identifizierung
  - Intellektualisierung
  - Rationalisierung
- Dritte Ebene: Borderline-Abwehrmechanismen
    - Spaltung
    - primitive Idealisierung
    - projektive Identifizierung/introjektive Identifizierung
    - omnipotente Kontrolle
    - Entwertung
- Vierte Ebene: Psychotische Abwehrmechanismen
    - Entlebung
    - Belebung
    - Zersplitterung

## **6.2 Eine psychodynamische Perspektive**

Die psychodynamische Perspektive richtet den Fokus auf die dem Verhalten zugrunde liegenden Konflikte und Polaritäten. In diesem Sinn werden Kontaktvermeidungsmechanismen vorwiegend in ihrer Bedeutung für die mögliche Konflikt- und Spannungsbewältigung im jeweils aktuellen Zusammenhang mit bedeutsamen anderen Menschen verstanden und interpretiert (Salem, 2004). Mentzos (2009), ein Vertreter der psychodynamischen Sichtweise, beschäftigt sich ausführlich mit Abwehrmechanismen und Modi der Verarbeitung von Konflikten und Traumata. Auch er teilt die Abwehrmechanismen nach dem Grad ihrer Reife ein,

wobei Reife bzw. Unreife daran gemessen werden, welcher Grad der Regression vorliegt, das heißt, auf welche entwicklungspsychologisch frühere Stufe ein Individuum zurückgreift. Mentzos trifft eine Einteilung in vier bzw. fünf Ebenen (siehe Tabelle 1).

**Tabelle 1:** Abwehrmechanismen nach Mentzos (2009, S.47)

I. Ebene
a. psychotische Projektion (z.B. Verfolgungswahn)
b. psychotische Introjektion (z.B. Glaube, Jesus zu sein)
c. psychotische Verleugnung (z.B. in der Manie)
d. psychotische Abspaltung (z.B. bei der psychotischen Depersonalisation)
II. Ebene
a. die nichtpsychotische Projektion, Spaltung, Verleugnung usw.
b. Identifikation als Abwehr, insbesondere projektive Identifikation: zu [sic] der Projektion des Negativen auf das Objekt kommt – per Induktion – ein interaktioneller Druck hinzu, der andere soll sich der Projektion entsprechend verhalten!
III. Ebene
a. Intellektualisierung, Rationalisierung, Affektualisierung usw.
b. Verschiebung, Verlagerung, Verdrängung i. e. S. usw.
c. Ungeschehenmachen, Wendung gegen das Selbst, Reaktionsbildung
IV. Ebene
Reifes Coping; Sublimierung, Humor usw.
V. Zusätzlich: Psychosoziale Abwehr und Somatisierung

Die Wichtigkeit um das Wissen der Abwehrmechanismen ergibt sich aus dem besseren Verständnis der Dynamik und der Funktion einzelner Symptome. Mentzos ergänzt, dass Abwehrmechanismen nicht nur der Verminderung der intrapsychischen Spannung dienen, sondern oft auch einer kompromisshaften Befriedigung: „Erst im ‚Schutze‘ der Verleugnung, der Verdrängung, der Spaltung usw. können nämlich verbotene und gefährlich erscheinende Bedürfnisse und Wünsche wenigstens gelegentlich *kompromisshaft* [Hervorhebung im Original] – sei es auch manchmal nur *symbolisch* [Hervorhebung im Original] – befriedigt werden“ (Mentzos, 2009, S.49). Weiters betont er, dass psychische Störungen generell, also auch schwere

psychische Störungen, nicht nur Ausfallserscheinungen, Defizite oder Dysfunktionalitäten sind, sondern auf gewisse Weise auch aktiv. Selbst wenn Prozesse unbewusst mobilisiert werden, so beinhalten sie dennoch defensive oder kompensatorische Funktionen und dürfen deshalb als funktional bewertet werden. In diesem Sinn ist die Auffassung Mentzos gut kompatibel mit der Sicht der Gestalttherapie, die von schöpferischer Anpassung spricht und die subjektive Bedeutung jedes Symptoms im jeweiligen Kontext betont.

Mentzos unterscheidet zwischen Abwehrmechanismus und Modus. Modus wird definiert als „die für jede psychische Störung charakteristische und im Vordergrund stehende Art der pathologischen Verarbeitung und/oder Kompensation von Konflikt, Trauma oder anderen Überforderungen“ (Mentzos, 2009, S.49). Der Modus dient einer übergeordneten Funktion und Struktur der Abwehr und Kompensation. Er ist nicht mit einem bzw. der Summe der Abwehrmechanismen identisch, sondern enthält höchstens einen oder mehrere von ihnen. Als Beispiel nennt er den hysterischen oder histrionischen Modus. Mentzos meint, dass sich dieser zwar der Abwehrmechanismen der Verdrängung (Identifikation, Emotionalisierung, Dramatisierung) bediene, seine übergeordnete und die einzelnen Abwehrmechanismen verbindende Funktion und Struktur jedoch die Herstellung einer unbewussten Inszenierung sei. Dadurch sollen der Betreffende selbst oder seine Beziehungen und die jeweilige Gesamtsituation anders erscheinen als sie tatsächlich sind. Dies habe zur Folge, dass, verglichen mit der vorher unerträglichen Spannung, eine Erleichterung im Sinn einer partiellen, scheinbaren Befreiung von der Ausweglosigkeit des Konflikts eintrete.

Vergleichbar mit dem Schema des histrionischen Modus sind der zwangsneurotische, der phobische und der depressive Modus.

Wie bei frühen oder strukturellen Störungen, bei denen der Säugling bzw. das Kleinkind bei Überforderung oder Traumatisierung auf „primitivere“ Schutzmechanismen zurückgreifen müssen, besonders ersichtlich wird, ist das Fatale dabei, dass diese frühen Schutzmechanismen in ihrer undifferenzierten Wirkungsweise die Entwicklung des Selbst-Umweltfeldes schwer beeinträchtigen können (Salem, 2004). Dies gilt prinzipiell ebenso für andere Störungen, wenn auch in unterschiedlich stark ausgeprägtem Ausmaß.

Zu beachten ist, dass derselbe Modus durch verschiedene Konflikte oder andere Belastungen mobilisiert werden kann bzw. ein bestimmter Konflikt durch verschiedene Modi beantwortet werden kann. Kurz gesagt: Modi sind relativ unspezifisch. Dies ist vor allem von großer praktischer Bedeutung, da das deskriptiv fassbare klinische Bild einer psychischen Störung mehr dem jeweils mobilisierten Modus und weniger dem dahinter liegenden Konflikt oder Trauma entspricht.

Bereits 1991 geht Mentzos von der Hypothese aus, dass viele psychische Störungen, sowohl psychotische als auch nichtpsychotische, weder direkte Folgen biologischer Defekte und Schädigungen oder psychologischer Traumatisierungen und Mangelzustände noch aus intrapsychischen Konflikten resultierende intrapsychische Spannungen und Belastungen sind, sondern eine Reaktion auf diese. Diese Reaktion nennt Mentzos hochkompliziert, da sie aus einem komplexen System von Abwehr- und Kompensationsvorgängen besteht. Betont wird weniger die Somato- und Psychogenese, als vielmehr die intrapsychische Dynamik, die aus dem Zusammenspiel von primärer Störung, Schädigung, Belastung etc. einerseits, und Bewältigungs-, Abwehr- und Kompensationsmechanismen andererseits entsteht. Erst durch diese Verarbeitungsreaktionen ergibt sich das sichtbare klinische Bild und der mitunter bewusst erlebte Leidensdruck.

### **6.3 Fallbeispiel: Humor**

Frau L. ist eine 31-jährige persische Frau, die direkt nach Erhalt eines HIV-positiven Testergebnisses zu mir in Psychotherapie kommt. Testanlass war, dass ihr Freund stationär im Krankenhaus aufgenommen und dort HIV-positiv getestet wurde. Für Frau L. ist ihr Ergebnis ein großer Schock und eine große Überraschung. Sie beteuert über etliche Wochen hinweg, sich nicht erklären zu können, wie es zu der Übertragung kam, da es keinerlei Sexualkontakt gegeben hätte und auch sonst keine Möglichkeit einer Übertragung des Virus. Anfangs zeigt sie die typischen Reaktionen der Schockphase einer traumatischen Krise. Laut Sonneck (2000) ist diese gekennzeichnet durch das Fernhalten der Wirklichkeit: Äußerlich kann man geordnet erscheinen, während innerlich alles chaotisch ist und später oft keine Erinnerung an diese Zeit existiert. Bei Frau L. zeigt sich dies, indem sie weiterhin studiert und ihrer

Arbeit nachgeht, sich aber permanent mit der Infektion beschäftigt, Schlafstörungen zeigt und immer wieder von starken Gefühlen überschwemmt wird, sobald sie alleine ist. Verschärfend kommt hinzu, dass sie niemandem von ihrer Situation erzählen kann und die Infektion sowohl vor ihrer Familie, als auch vor ihren Freunden geheim hält.

Erst nach einigen Wochen, als sich ihr Zustand stabilisiert, kann sie in Andeutungen ausdrücken, dass sie dumm gewesen sei, da sie sich nicht informiert hätte und spielt so auf ungeschützten Geschlechtsverkehr an. Sie bleibt jedoch sehr vage in ihren Aussagen, und aufgrund ihrer Tendenz, sich selbst als dumm – oder in ihren Worten „deppat“ bzw. „stupid“ – zu bezeichnen und ihrer insgesamt schlechten psychischen Verfassung dränge ich sie nicht, mehr zu erzählen. Ich merke, dass es ihr schnell zu viel wird, sie von intensiven Gefühlen überrollt wird und sich ihre Symptomatik verschlechtert. Es braucht Zeit, bis es möglich ist, sich den negativen Anteilen zu stellen. Frau L. bringt selbst immer wieder zwei Engel ins Spiel: Sie spricht von einem „good angel“ versus einem „bad angel“, die sie abwechselnd stützen und sie anklagen, selbst schuld an ihrer Situation zu sein. Mithilfe dieser beiden Engel ist es therapeutisch gut möglich, die verschiedenen Seiten zur Sprache kommen zu lassen und nebeneinander stehen zu lassen.

Frau L. reagiert schon nach wenigen Stunden mit Humor auf ihre Situation. So lacht sie zum Beispiel, wenn sie erzählt, was für „verrückte Dinge“ sie mache, um sich abzulenken oder wenn sie ihre Meditationsübungen beschreibt. Dadurch wird die Stimmung im Raum tatsächlich leichter, auch ich als Therapeutin merke den damit einhergehenden Spannungsabbau. Gleichzeitig muss ich aufpassen, mich nicht verführen zu lassen, „darüber hinweg zu lachen“ und die dahinter liegenden Gefühle zu vermeiden. So bleibe ich ernst, wenn sie mir lachend beklemmende Passagen aus ihrem Tagebuch vorliest, und melde rück, dass es in Ordnung ist, traurig und wütend zu sein. Ich bekomme den Eindruck, dass Frau L. es als erleichternd empfindet, in ihren Ängsten und widersprüchlichen Gefühlen ernst genommen zu werden. Ich fordere sie auf, bei ihren negativen Gefühlen zu bleiben, um dann wieder gezielt auf die positive Seite zu wechseln, um nicht in einer negativen Gefühlsspirale zu verharren. Dies ist allerdings erst einige Wochen nach der Befundmitteilung möglich, als sich Frau L. in den bei Sonneck (2000) beschriebenen Reaktions- und Bearbeitungsphasen befindet. Anfangs, in der Schockphase, habe ich den Humor,

wenn er aufgetaucht ist, meist zugelassen, da die Stabilisierung der Klientin zu dieser Zeit Priorität hatte und ihr Lachen mitunter zur Beruhigung und Entspannung beigetragen hat.

#### **6.4 Fallbeispiel: Spaltung**

Bei Herrn N. handelt es sich um einen erfolgreichen Manager, der sich kurz vor Therapiebeginn mit dem HI-Virus infiziert hat. Die Ansteckung erfolgte bei einem Geschlechtsverkehr mit einem Mann, den er kürzlich kennen gelernt hat und in dem er den perfekten Menschen sieht. Herr N. erzählt mir, was für ein wundervoller und verständnisvoller Mann X. doch sei, sie seien für einander bestimmte Seelenverwandte. Nicht einmal die HIV-Infektion kann daran rütteln: Herr N. wendet sich ursprünglich mit der Frage an mich, wie er X. helfen könne, da dieser an der Infektion und an der Infektionsweitergabe mehr leide als er selbst. Dies ändert sich jedoch rasch, als X. beginnt, sich zurückzuziehen und Abstand einzufordern. Für Herrn N. ist das ein vollkommen unverständlicher Wunsch: X., der kürzlich noch idealisiert wurde, wird nun entwertet, der Wunsch nach Abstand als skandalös hingestellt, und der Kontakt von Herrn Ns. Seite komplett abgebrochen. Gleichzeitig leidet er sehr unter der Trennung und der damit verbundenen Kränkung.

Dieses Muster wiederholt sich in diversen zwischenmenschlichen Beziehungen: Immer wieder berichtet der Klient, ganz wunderbare Menschen kennen gelernt zu haben, sei es im Berufsleben oder in der Freizeit, mit denen er sehr rasch und erwartungsvoll enge Beziehungen eingeht, die kurz darauf in Enttäuschungen enden, weil das Gegenüber oder der Klient selbst sich zurückzieht. Der Klient ist dann sehr enttäuscht und verletzt, er reagiert mit Unverständnis, Traurigkeit und Ärger.

Nicht nur zwischenmenschliche Beziehungen werden in gut und böse eingeteilt, sondern etwa auch die Infektion mit dem HI-Virus, seine sexuelle Orientierung, seine berufliche Karriere oder fremde Länder, in denen er sich aus beruflichen Gründen immer wieder aufhält. Bei der HIV-Infektion zeigt sich dies, indem er diese entweder sehr verharmlost und als nahezu heroisch darstellt oder sie als das morgige Todesurteil empfindet. Noch schwerer fällt ihm der Umgang mit seiner sexuellen Orientierung: Er selbst bezeichnet sich als bisexuell, wobei der Sex mit Männern im Vordergrund steht und der Umgang mit den homosexuellen Anteilen mehr

thematisiert wird als die heterosexuellen Begegnungen. Er hadert mit der schwulen Szene, die er als oberflächlich und einseitig beschreibt, er wertet sie ab, verdammt sie nahezu. Gleichzeitig hat sie eine starke Anziehungskraft, er bewundert Menschen, die „fähig sind“, flüchtige Sexbekanntschaften zu haben. Abwechselnd stellt er „schöne, männliche“ Männer auf ein Podest und schätzt die „Oberflächlichkeit und Fixierung auf Äußerlichkeiten“ gering. Heterosexuelle Beziehungen beschreibt er entweder als ein ausgewogenes Maß oder als konservativ und langweilig.

In der Therapie geht es darum, die Graustufen zwischen den schwarz-weiß Beschreibungen zu entdecken und spüren zu lernen. In den Worten der Gestalttherapie kann man sagen, dass Herr N. den mittleren Modus finden muss. Es braucht Zeit, bis er sich seiner Muster bewusst wird und erkennt, wann es wieder mal so weit ist, dass er eine hochgelobte Person nicht mehr aushält und im Begriff ist, den Kontakt abrupt abzubrechen. Herr N. lernt, solche Kontaktabbrüche sanfter zu gestalten, das heißt, Personen nicht vollkommen aus seinem Leben zu verbannen, sondern zum Beispiel vorübergehend die Frequenz der Kontakte deutlich zu reduzieren. Wichtig hierbei ist, dass es ihm möglich wird, sein Verhalten auch gegenüber den Beteiligten zu kommunizieren. Als Therapeutin kann ich ihm anbieten, auf seine Abwertungen, die er – abwechselnd mit Lobeshymnen – auch mir gegenüber zeigt, nicht mit Kontaktabbruch zu reagieren und ihn damit in seinen bisherigen Erfahrungen zu bestätigen, sondern ihm die Integration meiner verschiedenen Seiten zu ermöglichen: Manchmal bin ich frisch und munter, manchmal bin ich müde und unkonzentrierter als üblicherweise, manchmal kann ich ihm flexibel einen Termin anbieten, dann muss ich einen Termin aufgrund eines Krankenstandes absagen.

Der Prozess von Herrn N. dauert – mit Unterbrechungen – einige Jahre, an dessen Ende er sein Verhalten in zwischenmenschlichen Beziehungen insofern geändert hat, als er Kränkungen und Spannungen besser aushält. Die Tendenz, die Welt in gut und böse zu spalten, bleibt bestehen, jedoch in geringerem Ausmaß. Immer wieder hadert er mit seiner Sexualität und dem Umgang damit, sieht diesen Ambivalenzen jedoch gelassener entgegen. Auch in seinem beruflichen Leben ist er immer wieder drauf und dran, die Karriere in der Firma, in der er tätig ist, einzustellen

und sich mehr dem Leistungssport zu widmen, um eine Woche später die Firma als die höchste Verwirklichung anzusehen. Hier fällt es Herrn N. immer wieder schwer, die verschiedenen Anteile auszuhalten.

In einer unserer letzten Stunden bei der Reflexion unserer Beziehung antwortet er auf meine Frage, wie denn der ideale Therapeut für ihn sein solle, mit „männlich“. Dennoch kann er die vergangene therapeutische Arbeit wertschätzen und akzeptieren, dass auch ich ihm nicht alles bieten kann.

## **6.5 Integrationsniveau der psychischen Struktur**

Da Abwehrmechanismen und Kontaktfunktionen auf unterschiedlichen Integrationsniveaus der psychischen Struktur zum Tragen kommen, werden im Folgenden die psychische Struktur und die strukturellen Integrationsniveaus dieser dargestellt.

### **6.5.1 Psychische Struktur**

Unter psychischer Struktur versteht man das Gefüge von psychischen Funktionen und deren inneren Zusammenhalt, welche einer Person die Selbstregulierung und kreative Anpassung im Leben ermöglichen. Dadurch wird das Empfinden von Identität und Selbstwert ermöglicht (Votsmeier, 2001).

Struktur bezieht sich auf das Selbst und seine Beziehungen zu den Objekten. Das Selbst ist gekennzeichnet durch die Art der Wahrnehmung, durch den Kontakt und die Beziehungen zur Umwelt genauso wie durch die Wahrnehmung und den Kontakt zu den inneren Vorgängen. Erfahrungen werden assimiliert und integriert, was zur Entwicklung eines Verständnisses seines selbst in Relation zu den vergangenen Erfahrungen, der gegenwärtigen Situation und der Zukunftsperspektive führt. Hier kann eine Verbindung zur Gestalttherapie gezogen werden, die von einem relationalen Selbst spricht (Salem, 2001).

### **6.5.2 Strukturelles Integrationsniveau**

Der Grad der Verfügbarkeit (oder der Einschränkung) über psychische Funktionen in der Regulierung des Selbst und seiner Beziehungen zu den inneren und äußeren

Objekten wird anhand des strukturellen Integrationsniveaus der jeweiligen Funktionen beschrieben. Im Unterschied zum Konflikt, der als sich wiederholendes Muster inhaltliche psychodynamische Aspekte des Geschehens und Bedingungen der Symptomauslösung beschreibt, bezieht sich Struktur „auf die Vulnerabilität der Persönlichkeit, die Disposition zur Krankheit und die Kapazität zur Verarbeitung von inneren und äußeren Belastungserfahrungen“ (Arbeitskreis OPD, 2007, S.255). Die gleichen Konfliktthemen bringen auf unterschiedlichem Strukturniveau verschiedene Ausgestaltungen hervor. Diese zeigen sich etwa in verschiedenartiger Qualität der Affekte, unterschiedlicher Qualität und Intensität der Bedürfnisse sowie mitunter unterschiedlich reifer Abwehr. Laut Arbeitskreis OPD (2007) ist es bei einem desintegrierten Strukturniveau schwieriger, stabile Konfliktmuster auszumachen, was bis zu einem Fehlen von eindeutig erkennbaren Konflikten führen kann. Für die therapeutische Diagnostik und Arbeit gilt es zu beachten, dass die aktuelle krankheitswertige Störung nicht notwendigerweise Aufschluss über die zugrunde liegende Struktur gibt, und insbesondere regressive Zustände und Krisen nur Indikatoren für die strukturelle Bereitschaft darstellen.

#### **6.5.2.1 Diagnostik des Strukturniveaus**

Hilfreich zur Diagnose struktureller Störungen kann die bereits vorgestellte Strukturachse (Achse IV) der OPD bzw. OPD-2 sein: Hier wird das Funktions- und Integrationsniveau der strukturellen Fähigkeiten und Vulnerabilitäten einer Person anhand folgender Dimensionen beurteilt (Arbeitskreis OPD, 2007):

- Kognitive Fähigkeiten: Selbstwahrnehmung und Objektwahrnehmung
- Steuerungsfähigkeit: Selbstregulierung und Regulierung des Objektbezugs
- Emotionale Fähigkeit: Kommunikation nach innen und außen
- Fähigkeit zur Bindung: Innere Objekte und äußere Objekte
- Exkurs: die strukturelle Funktion der Abwehr

Bevor auf die einzelnen Dimensionen näher eingegangen wird, soll zwecks Verständlichkeit die Operationalisierung dieser vorgestellt werden. Diese erfolgt über vier Stufen, die von gut integriert über gering integriert, mäßig integriert bis zu desintegriert reichen:

- Das *gut integrierte Strukturniveau* ist gekennzeichnet durch die Fähigkeit, psychisches Erleben differenziert wahrzunehmen sowie Konflikte intrapsychisch auszutragen. Die regulierenden Funktionen stehen der Person prinzipiell zur Verfügung und können auch bei Belastungssituationen erhalten oder wieder gewonnen werden.
- Beim *mäßig integrierten Strukturniveau* sind die beschriebenen Funktionen und Fähigkeiten prinzipiell erhalten, aber herabgesetzt.
- Das *gering integrierte Strukturniveau* zeigt eine deutlich reduzierte Verfügbarkeit der regulierenden Funktionen. Diese Reduktion kann entweder dauerhaft im Sinne eines Entwicklungsdefizits oder wiederkehrend im Zusammenhang mit Belastungssituationen im Sinn einer strukturellen Vulnerabilität auftreten.
- Das *desintegrierte Strukturniveau* ist gekennzeichnet durch die überdauernde Einschränkung struktureller Funktionen, die über Ausnahmezustände und bestimmte psychotische Krankheitsbilder hinausgeht. Es zeigen sich etwa fehlende Kohärenz des Selbst, überflutende Emotionalität sowie konfundierende Selbst- und Objektbilder.

Die Einteilung in diese vier Stufen erfolgt anhand der genannten fünf Dimensionen, die im Folgenden erläutert werden:

- Bezogen auf das Selbst beschreibt die *kognitive Dimension* die Fähigkeit, ein Bild des eigenen Selbst und der innerseelischen Vorgänge inklusive der eigenen Affekte differenziert wahrnehmen zu können. Damit ist auch die Befähigung gemeint, das Selbstbild hinsichtlich seiner psychosexuellen und sozialen Aspekte kohärent und über die Zeit hinweg konstant halten zu können (Identität). Bezogen auf die Objekte ist die Fähigkeit gemeint, ein realistisches Bild des Gegenübers zu entwickeln und es als mit individuellen Eigenschaften ausgestattet wahrzunehmen. Die Selbst-Objekt-Differenzierung, also die Fähigkeit zwischen eigenem und anderem sicher unterscheiden zu können, ist die zentrale Voraussetzung sowohl für eine realistische Selbst- als auch Objektwahrnehmung und damit die

Voraussetzung für das entsprechende Niveau bezüglich der weiteren Dimensionen.

- In Bezug auf das Selbst resultiert aus der *Steuerungsfähigkeit* die Möglichkeit, sich selbstverantwortlich und als Urheberin des eigenen Handelns zu erleben und aus dieser Selbstwirksamkeit Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein ableiten zu können. Das Augenmerk liegt auf der aktiven und regulativen Leistung wie zum Beispiel der Fähigkeit, eigene Affekte und Impulse zu steuern. Je geringer das jeweilige Strukturniveau, desto geringer ist die Steuerungsfähigkeit: Dinge geschehen einfach, und die Person fühlt sich nicht als verantwortliche Akteurin der eigenen psychischen Vorgänge. Gegenüber den Objekten beziehen sich die Steuerungsaufgaben sowohl auf den Schutz der Beziehung vor eigenen Impulsen als auch auf die Wahrung eigener Interessen. Antizipation, das heißt, die Fähigkeit, Reaktionen anderer vorherzusehen, beeinflusst wiederum das eigene Handeln. Es wird möglich, sich von Geschehenem zu distanzieren, sich auf sich selbst zu besinnen und aus dieser Position heraus neue Einstellungen zu gewinnen.
- Aus der Fähigkeit, Affekte in sich entstehen zu lassen und zu erleben, ergibt sich die Möglichkeit, innere Dialoge zu führen und sich selbst zu verstehen (*emotionale Kommunikation*). Phantasiefähigkeit als Voraussetzung für das Finden von kreativen Lösungen ist genauso wichtig wie das emotionale Erleben der eigenen Körperlichkeit. In Bezug auf ein Gegenüber geht es um die angemessene Mitteilung eigener Affekte ebenso wie um das emotional erreichbar sein für die Affekte von anderen. Daraus ergeben sich wechselseitiges Verstehen und ein Wir-Gefühl der Reziprozität. Hervorgehoben wird die Fähigkeit zur Empathie, also die Fähigkeit, „sich mit dem eigenen psychischen Erleben vorübergehend in die Innenwelt des anderen hineinzusetzen und dessen Sichtweise mit der eigenen in Berührung zu bringen“ (Arbeitskreis OPD, 2007, S.266).
- Als Voraussetzung für die *Fähigkeit zur Bindung* fungiert die Fähigkeit, Objektrepräsentanzen, also innere Vorstellungsbilder, von wichtigen

Menschen zu entwerfen, sie emotional positiv zu besetzen und aufrechtzuerhalten, zu internalisieren. Fähigkeit zur Bindung bedeutet, sich einerseits intrapsychisch und andererseits im interpersonellen Kontakt auf wichtige Andere beziehen zu können. Eine positive Entwicklung der Internalisierungsfunktion führt zu den Möglichkeiten der Selbstberuhigung und des Selbstschutzes. Die Objektinternalisierung ist ebenso Bedingung für die emotionale Bindungsfähigkeit an andere wie auch für die Fähigkeit, sich aus Bindungen lösen und Abschied nehmen zu können. Ein Indikator für die Stabilität emotionaler Beziehungen ist die Fähigkeit, Affekte wie Verbundenheit, Dankbarkeit, Verantwortung, Schuld und Trauer zu empfinden. In der Außenwelt zeigt sich die Bindungsfähigkeit in dem Vermögen, Hilfe zu suchen und anzunehmen und wohlgemeinte Unterstützung und Sorge anderer zu akzeptieren.

- Bezogen auf die *Abwehr* ist von Bedeutung, dass diese in allen strukturellen Dimensionen von Belang ist und daher stets mitberücksichtigt, und nicht als eigene Kategorie eingeschätzt wird. Beachtung findet die unterschiedliche Qualität und Effektivität der Abwehr auf den unterschiedlichen Strukturniveaus:

Bei einem gut integrierten Strukturniveau ist die Abwehr stabil verfügbar und je nach Situation flexibel wirksam. Konfliktbedingt können bestimmte Befriedigungen und kognitive Leistungen eingeschränkt sein, die Selbst- und Objektrepräsentanzen werden dadurch jedoch nicht wesentlich verändert. Als typische Abwehrmechanismen werden Verdrängung, Rationalisierung und Verschiebung genannt.

Ein mäßig integriertes Strukturniveau zeichnet sich durch eine stark ausgeprägte und rigide Abwehr aus, das heißt, die Abwehr kann situativ nicht verändert werden, mitunter vorübergehend krisenhaft versagen, und gleichzeitig können Abwehrmechanismen der nächst geringeren Stufe wirksam werden. Hier sind als typische Abwehrmechanismen Verleugnung, Wendung gegen die eigene Person, Isolierung und Projektion zu nennen.

Ein gering integriertes Strukturniveau ist gekennzeichnet durch verzerrte Selbst- und Objektrepräsentanzen und eine unzureichende intrapsychische Abwehr. Es treten Überflutungen von Bedürfnissen und Triebregungen sowie

impulsive Handlungen auf, die allerdings keine nachhaltige Befriedigung verschaffen. Typische Abwehrmechanismen auf dieser Stufe sind die Spaltung der Selbst- und Objektrepräsentanzen und sich daraus ableitend die projektive Identifizierung sowie Idealisierung und Entwertung der Objekte.

Auf desintegriertem Strukturniveau bewirkt die Abwehr ein inneres Gleichgewicht um den Preis gravierender Realitätsverzerrung. Die Abwehr kann einerseits längerfristig aufrechterhalten werden, andererseits auch bei scheinbar kleinen situativen Anlässen vorübergehend in psychotisches Erleben münden. Es kann zu dissoziativen Bewusstseinszuständen kommen, die zu Handlungen führen können, welche nicht der eigenen Verantwortung zugeschrieben werden.

### **6.5.2.2 Strukturelle Störungen**

Bei Menschen mit strukturellen oder frühen Störungen – wie sie auch genannt werden – ist die Integration ihrer psychischen Struktur beeinträchtigt. Zu finden sind hier die Krankheitsbilder der Persönlichkeitsstörungen, psychosomatische Erkrankungen, Suchterkrankungen und posttraumatische Belastungsstörungen. Entscheidend für das Vorliegen einer strukturellen Störung ist allerdings nicht die klinische Diagnose, sondern das Integrationsniveau der psychischen Struktur (Votsmeier, 2001). Rudolf spricht von struktureller Vulnerabilität, wenn „auf der Grundlage früh beeinträchtigter Persönlichkeitsentwicklungen bestimmte Integrationsschritte nicht erfolgen konnten und daher strukturell verankerte Funktionen nicht sicher zur Verfügung stehen“ (Rudolf, 2008, S.37). Es liegt dann eine Disposition vor, die im Fall spezifischer Anforderungen in das Erscheinungsbild der strukturellen Störung mündet.

Votsmeier (2001) stellt ein Entstehungsmodell struktureller Störungen vor, in dem - sehr gekürzt zusammengefasst – kumulative Traumatisierungen in der frühen Kindheit und gescheiterte Bewältigungsversuche zu einer dissoziativen Verarbeitung dieser Erfahrungen führen. Strukturelle Defizite und dysfunktionale Anpassungen können eine dauerhafte Folge sein.

Diese dysfunktionalen Anpassungen sind im Grunde Vermeidungsreaktionen auf Katastrophenerwartungen und haben das Ziel, die Ich-Grenze zu sichern. Diese Ich-

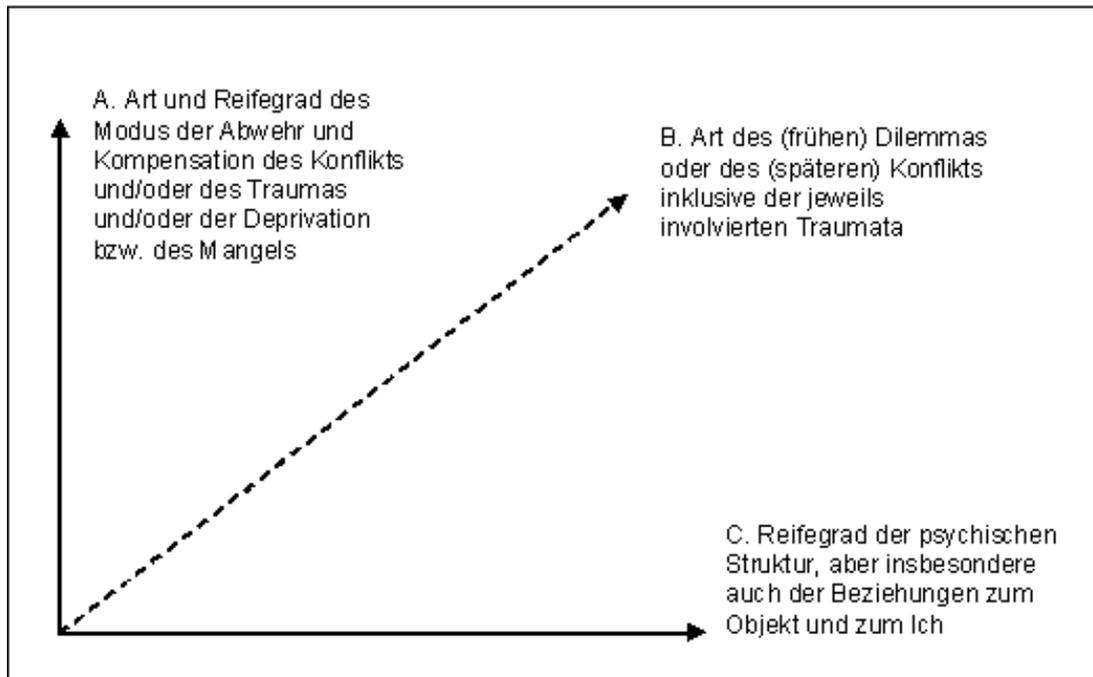
Grenze ist aufgrund der Vorerfahrungen eingeschränkt, das heißt, die Person kann nicht einschätzen, was zu bewältigen sie in der Lage ist und was nicht. Ziel der Regulierung der Ich-Grenze ist es, das Auftreten einer erneuten und wiederholten Erschütterung bzw. Traumatisierung zu verhindern. Mechanismen zur Regulierung der Ich-Grenze sind unter Anderem Kontaktunterbrechungsmechanismen wie Projektion, Introjektion, Retrofektion, Deflektion oder Konfluenz, auf die in Kapitel sieben genauer eingegangen wird.

### **6.5.2.3 Das dreidimensionale Modell**

Mentzos (1991, 2009) entwickelt ein dreidimensionales Modell zur Psychodynamik psychischer Störungen: Die drei diagnostischen Dimensionen lauten Struktur, Konfliktart und Verarbeitungsmodus. Mit Struktur ist die Beschaffenheit des Ich gemeint, also Stabilität der Ich-Grenze, Grad der Integration und Kohäsion. Damit ist auch der relationale Charakter des Selbst, wie er in der Gestalttherapie verstanden wird, erfasst: „Schon der Begriff ‚Selbst‘ setzt ein zu sich selbst in Beziehung setzendes Ich voraus“ (Salem, 2004, S.294) und kann nur mittelbar in der Beziehung zu anderen Menschen sichtbar werden; wie anhand der Strukturachse (Achse IV) der OPD bzw. OPD-2 gezeigt, sind Interaktion mit und Reaktion des Gegenübers unumgängliche Bestandteile zur Ermittlung der Funktionen des Selbst, zur Ermittlung der Fähigkeit zu Offenheit und Abgrenzung im Kontakt, zur Einfühlung in andere Personen und zu vorhandenen Integrationsleistungen. Je nach Schwere der Störung und/oder Krise ist die Beobachtungs- und Wahrnehmungsfunktion des Selbst mehr oder weniger dauerhaft gestört (Salem, 2001).

Abbildung eins zeigt eine graphische Darstellung der dreidimensionalen Diagnostik (Mentzos, 2009, S.86).

**Abbildung 1:** Dreidimensionale Diagnostik psychischer Störungen (A, B, C)



Anhand der genannten Kriterien (Struktur, Konfliktart und Verarbeitungsmodus) ist es möglich, Psychosen von Neurosen und von Störungen des intermediären Raums, des Raums zwischen Psychosen und Neurosen, zu unterscheiden. Zu den Störungen des so genannten intermediären Raums zählt Mentzos (1991) neben Borderlinestörungen, atypischen Hysterien, latenten Psychosen und Psychosomatosen vor allem Persönlichkeitsstörungen.

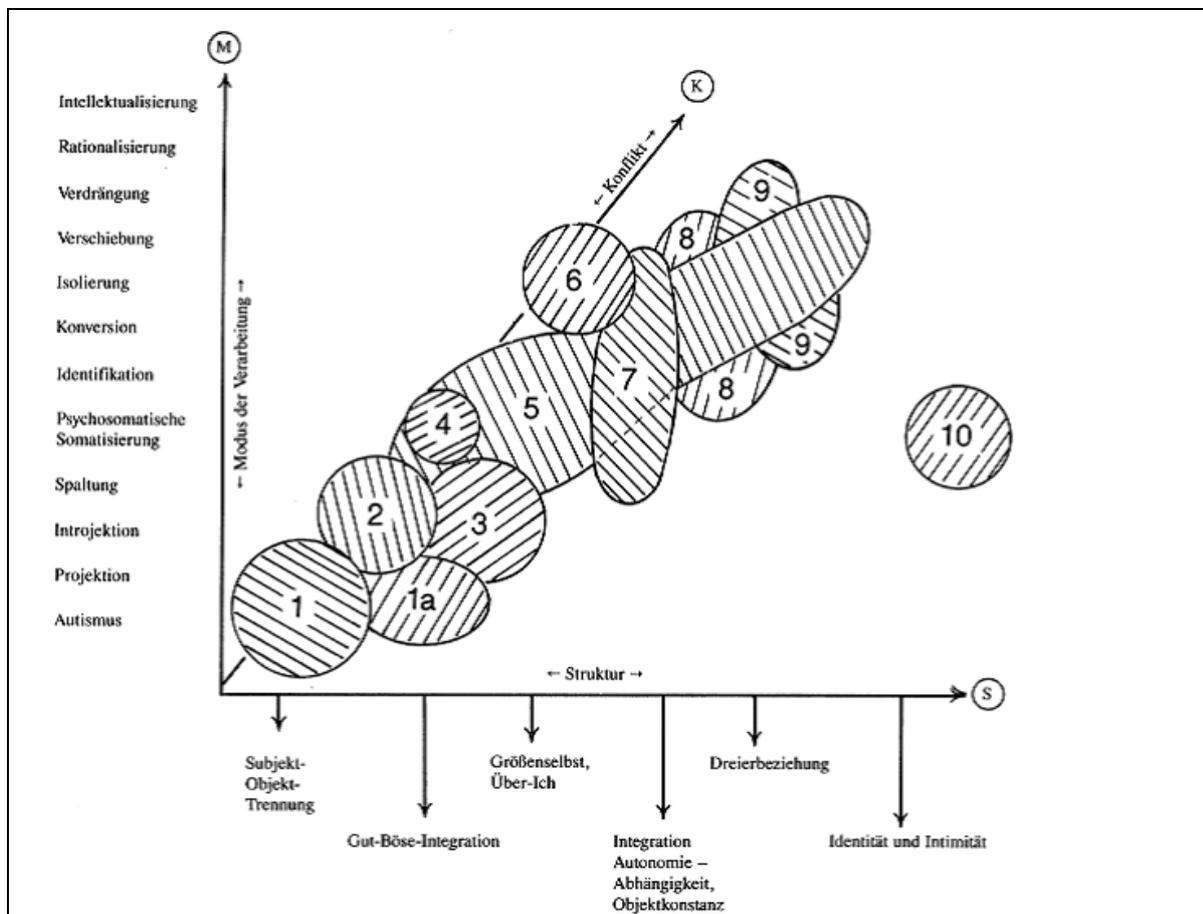
Zunächst soll eine Abgrenzung zwischen Psychosen und Neurosen erfolgen.

*Psychosen:* Bezogen auf die Struktur zeigt sich bei Psychosen eine mangelhaft ausgebildete Ich-Grenze, das heißt, dass das Selbst vom Nicht-Selbst nicht eindeutig unterschieden werden kann. Der zugrunde liegende Konflikt wird benannt als nicht adäquate Lösung der entwicklungspsychologischen Aufgabe der Subjekt-Objekt-Trennung. Der Modus der Verarbeitung des zugrunde liegenden Konflikts zeigt sich in primitiven und groben Abwehrmechanismen (Ebene I) wie Wahnideen und Halluzinationen.

*Neurosen:* Bei Neurosen zeigen sich gut ausgebildete Ich-Grenzen und intrapsychische Spannungen aus reiferen Konflikten sowie reifere Abwehrmechanismen dieser zugrunde liegenden Konflikte (Ebenen II bis IV). Wie Salem (2004) ergänzt, sagt das Vorhandensein von frühen Kontaktvermeidungsmechanismen zunächst nichts über das Niveau der Störung aus: Auch Neurotiker können auf relativ unreife Verarbeitungsmechanismen zurückgreifen, und erst das Fehlen reifer Abwehrmechanismen lassen zu dem Schluss kommen, dass (nahezu) ausschließlich unreife Mechanismen zur Verfügung stehen.

*Störungen des intermediären Bereichs:* Das Verhältnis bzw. die Trennung zwischen Borderlinestörungen und Persönlichkeitsstörungen ist oft uneindeutig und verwirrend, da es sowohl viele Überschneidungen und Übergänge als auch Gegensätze gibt (Salem, 2004). Mithilfe der dreidimensionalen Diagnostik von Mentzos (1991, 2009) und der Abbildung zwei (Mentzos, 1991, S.116) soll die diagnostische Zuordnung verständlich werden.

**Abbildung 2:** Einordnung verschiedener klinischer Bilder im dreidimensionalen Modell (Modus, Struktur, Konflikt)



*Erläuterungen:*

- 1 Schizophrene Psychosen
- 1a Schizoaffektive Psychosen
- 2 Borderline
- 3 Affektive Psychosen
- 4 Psychopathie i. e. S.
- 5 Persönlichkeitsstörungen, narzißtische Störungen und Charakterneurosen
- 6 Maligne Hysterie
- 7 Angstneurose
- 8 Zwangsneurose
- 9 Hysterie
- 10 Panik mit Somatisierung beim Normalen in extremen Streß

Wie aus Abbildung zwei ersichtlich wird, bedienen sich Personen mit Persönlichkeitsstörungen einer großen Spannweite von Abwehrmechanismen bzw.

Modi der Verarbeitung, sie sind auf unterschiedlichen Strukturniveaus zu finden und haben verschiedene zugrunde liegende Konflikte. Eine Überlagerung besteht sowohl mit Borderlineerkrankungen als auch mit affektiven Psychosen und neurotischen Störungsbildern.

In Anbetracht der in dieser Arbeit stattfindenden Auseinandersetzung mit Abwehrmechanismen bzw. Kontaktfunktionen soll mit Hilfe dieses Modells verdeutlicht werden, wie vielfältig diese in jedem Störungsbild sein können und dass erst durch das Zusammenspiel von diesen mit dem zugrunde liegenden Konflikt und dem Strukturniveau sinnvolle Aussagen gemacht werden können.

### **6.5.3 Fallbeispiel: Gut integriertes Strukturniveau**

Herr T., ein junger Mann Anfang 30, der Sex mit Männern praktiziert, kommt zum Erstgespräch zwei Tage nach Erhalt eines positiven HIV-Testergebnisses. Herr T. hat sich beim ungeschützten Geschlechtsverkehr angesteckt, das Ergebnis belastet ihn sehr. Zu Beginn der Therapie lebt er aufgrund seiner Arbeit in Kärnten, fährt aber wöchentlich nach Wien, da er dort sein gesamtes soziales Netz hat und sich bedeutend wohler fühlt als in der Kleinstadt, in der er lebt und arbeitet.

Herr T. ist als eines von vier Kindern auf dem Land aufgewachsen, seine Kindheit und seine Beziehung zu seinen Eltern und Geschwistern beschreibt er als gut und angenehm. Seine Eltern ließen sich scheiden als er 12 Jahre alt war, mit seinem Stiefvater kommt er nicht so gut aus: Dieser werte ihn des Öfteren aufgrund seiner sexuellen Orientierung ab, nenne ihn „Schwuchtel“ und akzeptiere ihn als einziger in der Familie nicht.

Herr T. hat in Wien Medizin studiert, aufgrund eines Jobangebots ist er vor einigen Monaten nach Kärnten gezogen. Prinzipiell sei Medizin die richtige Wahl gewesen, auch Arbeitsstellen in Wiener Krankenhäusern hätten ihm trotz der Anstrengungen gefallen. An seinem derzeitigen Arbeitsplatz hingegen sei er sehr unglücklich, da er sich nicht wirklich wohl fühle, mit einigen Kollegen prinzipiell auskomme, mit anderen jedoch Spannungen wahrnehme. Auch habe er in Kärnten zwar einige Bekannte, jedoch keine Freunde.

Im Laufe der Therapie geht es um die Auseinandersetzung mit der HIV-Infektion und deren Auswirkung auf mehrere Lebensbereiche. Anfangs ist der Gedanke, positiv zu sein, ständig präsent und beherrscht sein gesamtes Denken. Er macht sich Sorgen

um seine berufliche Zukunft, wissend, dass ein Outing seine Karriere als Arzt beenden würde. Nach dem Erhalt der Diagnose ist er drei Wochen in Krankenstand gegangen. In dieser Zeit fürchtet er sich jeden Tag davor, in die Arbeit zurück zu gehen. Er macht sich Sorgen, dass Kollegen etwas ahnen könnten und dass er den Anforderungen des Spitalsalltags momentan nicht gewachsen ist.

Sein medizinisches Hintergrundwissen hilft ihm, seine Situation richtig einzuschätzen und seine guten Werte richtig einzuordnen ohne diese überzubewerten oder zu schmälern. Dennoch verunsichern ihn diverse Symptome wie wiederkehrende Aften im Mund, sodass er sich vermehrt mit den Themen Krankheit bis hin zum Sterben beschäftigt. Seine Erfahrungen, die er bisher mit dem Tod im Zuge einer vergangenen Tätigkeit auf einer Geriatriestation gemacht hat, tauchen wieder auf.

Ein großes Thema stellt für ihn die Frage der Schuld dar, da er zwar meist Safer Sex praktiziert habe, jedoch gelegentlich ungeschützte Kontakte in Kauf genommen habe. Er beschreibt Sex als eine bzw. *die* Möglichkeit des Kontakts in seiner einsamen Zeit in Kärnten: Sexuelle Kontakte mit Gelegenheitspartnern seien seine Art gewesen, der Einsamkeit zu entkommen. Seine Sexualität bleibt während der gesamten Therapie Thema: Der Umgang mit Sexualität hat sich durch die Diagnose stark verändert, da die Angst, jemand anderen anzustecken, ständiger Begleiter ist. Trotz seines medizinischen Wissens befürchtet er in manchen Momenten, jemanden aufgrund eines Pickels bei der Lippe beim Küssen anzustecken. „Der Sex ist nicht mehr so wie früher“ sind die Worte des Klienten, und er meint damit, dass er Sexualität seit der Infektion nicht mehr genießen könne.

Am Beginn der Therapie geht es zunächst darum, den Klienten zu stabilisieren, ihn auf seine Rückkehr in den Berufsalltag vorzubereiten, den Umgang mit Freunden zu thematisieren, denen er nach einiger Zeit fürchtet, zur Last zu fallen, sowie zu ordnen, wen er über seine HIV-Infektion informieren möchte. Anfangs wird der Klient regelmäßig von seinen Gefühlen überschwemmt und kann an nichts Anderes als das positive Ergebnis denken. Dies geht über in eine Trauerphase, in der es dem Klienten schwer fällt, sich für Dinge zu begeistern und in der er eine große Traurigkeit spürt. Da er vor der Diagnose ein humorvoller, optimistischer und geselliger Mensch gewesen sei und dieses gute Grundgefühl abhanden gekommen sei, formuliert er in einer Stunde treffend: „Ich vermisse mich selbst“.

Im Laufe der Auseinandersetzung mit der Infektion beginnt Herr T. auch die äußeren Umstände seines Lebens zu ändern: Da er in Kärnten nicht glücklich werden könne, das wöchentliche Pendeln sehr anstrengend sei und er seine Freunde und gewohnte Umgebung vermisse, kündigt er und zieht zurück nach Wien. Er steckt seine Energie in die Renovierung einer Wohnung und schafft sich so neue Perspektiven. Sein Sexualleben bleibt Thema, wobei die irrationalen Befürchtungen in den Hintergrund rücken und die Möglichkeit einer neuen Beziehung in den Vordergrund.

Das Integrationsniveau der psychischen Struktur kann als gut bis mäßig eingeordnet werden. Im Folgenden soll Herr T. bei den einzelnen Funktionen eingestuft werden.

Die Selbstwahrnehmung ist gut ausgebildet. Der Klient kann sich sowohl in seinem Umfeld beschreiben als auch seine dazugehörigen Gefühle und Stimmungen. Er kann Affekte benennen. Bei der Beschreibung von Objekten ergibt sich meist ein differenziertes Bild: Arbeitskollegen und Freunde werden differenziert wahrgenommen, seine Eltern und sein Stiefvater werden etwas einseitiger beschrieben, was auf eine konflikthaft eingeschränkte Wahrnehmung hindeutet.

Steuerungsfähigkeit und Selbstregulierung sind in der ersten Phase der Infektion und der Therapie als mäßig einzustufen. Der Klient berichtet, regelmäßig von seinen Gefühlen überschwemmt zu werden ohne dagegen etwas tun zu können. Auch in der Therapiestunde kann er seine Gefühle nicht steuern und wird von ihnen überflutet. Dies ändert sich im Laufe der Monate bzw. im Laufe der Stabilisierung deutlich, der Klient erlebt sich wieder als selbstwirksamer, Diskrepanzen zwischen seinem „unvorsichtigen Verhalten“ und der daraus resultierenden Folge können nicht nur benannt, sondern auch recht gut toleriert werden.

Bei der emotionalen Kommunikation kann Herr T. ein gutes Integrationsniveau zugeschrieben werden. Er erlebt Affekte situativ angemessen und kann dies auch mitteilen. Selbst bei angst- oder schambesetzten Themen reißt die Kommunikation nicht ab.

Die Fähigkeit zur Bindung kann als gut eingestuft werden. Wichtige Beziehungserfahrungen können auch in der sehr belasteten Zeit innerlich bewahrt

werden, der Klient kann Hilfe annehmen und sich mit Hilfe der positiven inneren Objekte selbst beruhigen und gezielte Handlungen setzen. Die sozialen Bindungen sind vielfältig und mehrschichtig.

Die Abwehrmechanismen des Klienten sind relativ stabil verfügbar und flexibel situativ wirksam, es lassen sich Rationalisierungen und Verschiebungen festmachen. Herr T. rechtfertigt seinen ungeschützten Geschlechtsverkehr mit der Einsamkeit, unter der er in der fremden Umgebung litt und einem Arbeitsplatz, an dem er sich nicht wohl fühlte. Die aufgrund der Infektion entstandene Angst vor körperlicher Nähe und Sexualität verschiebt er auf die irrealen Angst, jemand anderen beim Küssen anzustecken. Somit vermeidet er Nähe und die Möglichkeit einer neuen Bekanntschaft bzw. Partnerschaft.

In der ersten krisenhaften Phase nach Erhalt des Ergebnisses wird das vorübergehende Wirksamwerden von Abwehrmechanismen der nächstgeringeren Stufe deutlich: Der Klient fürchtet, andere Menschen könnten ihm die Infektion anmerken bzw. ansehen, er projiziert seine eigenen Beobachtungen auf andere Personen. Dies geschieht, obwohl er auf kognitiver Ebene sehr genau weiß, dass dies ein Ding der Unmöglichkeit ist. Hier wird deutlich, wie aufgrund einer Stress- bzw. Krisensituation auf unreifere Abwehrmechanismen zurückgegriffen wird. Sobald Stabilisierung eingetreten ist, ist dieses Rückgreifen nicht mehr „notwendig“, und es werden ausschließlich dem gut integrierten Strukturniveau zuordenbare Mechanismen wirksam.

#### **6.5.4 Fallbeispiel: Gering integriertes Strukturniveau**

Herr B., Mitte 30, zum Zeitpunkt des Therapiebeginns in Haft, weiß zu Beginn der Therapie seit einigen Monaten von seiner HIV-Diagnose. Da er zu diesem Zeitpunkt noch ein weiteres Jahr inhaftiert sein wird, möchte er diese Zeit nutzen, um sich einerseits mit der Infektion und den damit verbundenen Umständen seines bisherigen und aktuellen Lebens auseinanderzusetzen und sich andererseits auf das Leben nach der Haft vorzubereiten. Er bekommt die Erlaubnis, einmal wöchentlich von der Justizanstalt, die außerhalb Wiens liegt, zur Psychotherapie nach Wien zu fahren.

Aus der Anamnese ergibt sich langjähriger Drogenkonsum mit mehreren stationären und ambulanten Entzügen und Therapien, mehrmaligen Gefängnisaufenthalten und mehreren Spitalsaufenthalten aufgrund von Überdosen bzw. deren Folgen. Aufgewachsen ist er in einem gewalttätigen Umfeld, verwaist, die Eltern selbst an einer Suchterkrankung leidend. Immer wieder gab es Versuche, ein drogenfreies und nicht delinquentes Leben zu führen, eine Zeit lang hatte er eine fixe Beziehung und einen festen Job, die Frau verstarb jedoch an einer Überdosis, er selbst landete nach einem Einbruch in Haft. Das Ausmaß der bestehenden Verwaistungen und Traumatisierungen wird erst im Laufe der Therapie ersichtlich, die sich über mehrere Jahre erstreckt, in denen ich den Klienten in der Haft, bei seinem Weg in die „Freiheit“, bei Rückfällen, bei der Jobsuche und schließlich beim Eingehen einer neuen Beziehung und bei der beginnenden Vaterschaft begleite. Gemäß dem aktuellen Zustand des Klienten reicht das Angebot von hochschwelliger Psychotherapiestunden bis zu niederschwelliger Begleitung.

Herrn B. kann ein geringes Integrationsniveau der psychischen Struktur zugeteilt werden, die Beurteilungsdimensionen können wie folgt beschrieben werden:

Die kognitiven Fähigkeiten bezüglich Selbst- und Objektwahrnehmung zeigen ein gering integriertes Niveau: Die reflexive Wahrnehmung des Selbst ist eingeschränkt, der Klient gibt plakative Beschreibungen von sich, und Affekte sind der Introspektion nur erschwert zugänglich. Da der Klient als durchaus „therapieerfahren“ gelten kann und daher oft sagt, was er meint, was ich als Therapeutin „hören möchte“, wird mitunter ein höheres Strukturniveau präsentiert. Bei genauerem Nachfragen wird jedoch rasch deutlich, dass sich hinter den Worten des Klienten „Worthülsen“ verbergen, die er nicht genauer beschreiben kann. Objekte werden generell als einseitig und klischeehaft beschrieben, z.B. die wunderbare Ex-Verlobte, der gemeine Beamte im Gefängnis.

Die Steuerungsfähigkeit des Klienten wird auf desintegriertem Niveau eingestuft. Dinge geschehen aus Sicht des Klienten einfach, Steuerung ist oft nicht möglich. Regelmäßig führt der Verlust der Steuerungsfähigkeit zu delinquenten Handlungen oder Substanzmissbrauch, und diese Handlungen erscheinen selbstverständlich, gerechtfertigt oder werden verleugnet. Längerfristig können keine Ziele verfolgt

werden: So möchte der Klient immer wieder eine stationäre Drogentherapie machen, sich einen Arbeitsplatz suchen, seine Wohnung herrichten oder sich um die notwendigen Untersuchungen bezüglich HIV kümmern. Keines dieser Ziele wird erreicht.

Bezüglich der emotionalen Kommunikationsfähigkeit ist Herr B. auf geringem Strukturniveau einzustufen. Die emotionale Kontaktaufnahme gestaltet sich oft als schwierig, es kommt zu Missverständnissen, Aneinander-Vorbeireden und wenig wechselseitigem Verstehen. Es wird deutlich, dass sich der Klient nur schwer in andere hineinversetzen kann. Dies ist oft auf den ersten Blick nicht unbedingt ersichtlich, da der Klient sich sprachlich gut ausdrücken kann und dieses Defizit somit „überspielen“ kann.

Die emotionale Bindungsfähigkeit ist mäßig, Mitmenschen schwanken von Woche zu Woche zwischen guten Freunden und Menschen, mit denen er nichts mehr zu tun haben möchte. Es entsteht der Eindruck, dass der Klient die meisten anderen Menschen mehr zu seinem Zweck gebraucht als an ihnen als Person interessiert zu sein. Von einzelnen Personen können allerdings stabile Bilder aufrechterhalten werden, was zu einer mitunter erhöhten Objektabhängigkeit führt.

Die zum Einsatz kommenden Abwehrmechanismen befinden sich auf geringem strukturellen Integrationsniveau. Es herrschen Projektionen und Spaltungen vor: Die Umwelt wird entweder als nur gut und hilfreich (z.B. eine Betreuerin aus einer niederschweligen Suchtberatungseinrichtung) oder als störend und böse (z.B. die Beraterin vom Arbeitsmarktservice, die ihn nicht verstehen möchte oder die Mutter der Lebensgefährtin, die mit ihrer Alkoholabhängigkeit die eigene Beziehung zur Partnerin gefährdet) erlebt. Eigene Anteile werden in die Mitmenschen projiziert, eigenes Unvermögen so gut wie nicht wahrgenommen.

In der Therapie ist die Konfrontation mit den benutzten Abwehrmechanismen einerseits unabdingbar, andererseits muss sie vorsichtig geschehen, um nicht eine zu große Kränkung im Klienten hervorzurufen und so einen Beziehungsabbruch zu riskieren. Da der Klient im ersten Jahr bei jeder wöchentlichen Therapiestunde zusätzlich den Gewinn einiger Stunden in Freiheit hat, ist dies für ihn bestimmt eine

Motivation, die Therapiestunden einzuhalten. Somit erhält die Psychotherapie, wenn auch nicht offiziell, so doch realerweise einen gewissen Zwangscharakter, der den Vorteil hat, dass der Klient die Stunden penibel einhält. Erst durch diese Kontinuität ist es möglich, dass Beziehungsaufbau zwischen uns stattfinden und Vertrauen von ihm zu mir aufgebaut werden kann. Dies ist das Fundament, das es ermöglicht, auch nach der Entlassung die Therapie weiterzuführen. Es gibt immer wieder Phasen, in denen der Klient sich nicht meldet und nicht erreichbar ist, die abgelöst werden von Phasen, in denen der Klient Hilfe annehmen kann und sich – wenn auch zögerlich – mit seinen destruktiven Anteilen auseinandersetzen kann. Themen sind das Verantwortung Übernehmen für das eigene Handeln, das Erproben von anderen Sichtweisen, das Suchen und Ausprobieren von Strategien in Stresssituationen sowie das Erlernen einer gewissen Realitätsprüfung bei zu hoch gesteckten Zielen, die zwangsläufig in eine Enttäuschung münden müssen.

Nicht schön reden kann man, dass auch das (vorübergehende) Therapieende kein geplantes war, sondern dass der Klient einige Monate nach der Geburt seines Kindes, trotz Unterstützung vor und nach der Geburt, die Termine nicht mehr einhält und nicht mehr erreichbar ist.

## 7 Kontaktfunktionen

### 7.1 Definition

Beschäftigt man sich mit den Abwehrmechanismen in der Gestalttherapie, ist zunächst eine Begriffsklärung notwendig. Ausgehend von dem in Kapitel 4.3.2 beschriebenen Kontaktmodell spricht man in der Gestalttherapie von Störungen an der Kontaktgrenze (Kontaktstörung), von Kontaktunterbrechungen, Kontaktvermeidung oder Widerstand. Gremmler-Fuhr (2001) favorisiert aufgrund der Wertneutralität den Begriff *Kontaktfunktion*.

Perls beschäftigt sich hauptsächlich mit vier Mechanismen, die zur Bewältigung von Störungen an der Kontaktgrenze eingesetzt werden können und seiner Auffassung nach die Ursache von Neurosen sind: Introjektion, Projektion, Konfluenz und Retrofektion (Perls, 2007). Weiters beschreibt er Egotismus, Verdrängung, Reaktionsbildung und Sublimierung (Perls, 1991).

Gemeinsam ist den Kontaktfunktionen, dass sie im Sinne der schöpferischen Anpassung zunächst als brauchbar, ja sogar notwendig gelten, da eine Kontaktunterbrechung „sinnvoll eingesetzt, der Gesundheit ähnlich dienen kann wie ein Skalpell“ (Hartmann-Kottek, 2008, S.111). Kontaktfunktionen sind Schutz- und Vermeidungsstrategien, um Bedrohungen der Ich-Grenze zu verhindern. Problematisch wird es, wenn diese Strategien nicht mehr flexibel gehandhabt werden können, sondern zu Fixierungen werden, die automatisiert ablaufen und zu Blockierungen führen. Votsmeier-Röhr (2005) spricht dann statt von kreativer Anpassung von dysfunktionaler Anpassung.

### 7.2 Introjektion

*„Der Introjektor tut, was andere von ihm erwarten könnten“ (Perls, 2007, S.58).*

Der Begriff Introjektion findet sich schon in der Psychoanalyse als Abwehrmechanismus, dort auch unter dem Begriff der Einverleibung (Krisch, 1992).

Unter Introjekten versteht man unverdaute Einstellungen, Handlungsweisen, Gefühle und Wertungen; der Vorgang, durch den diese fremden Materialien der

Persönlichkeit hinzugefügt werden, nennt man Introjektion. Der Terminus „verdauen“ bezieht sich auf Perls Vergleich mit unverdauter Nahrung: Hinuntergeschlungene Nahrung, die hineingewürgt wird, nicht weil man sie haben möchte, sondern weil man sie essen muss, liegt einem schwer im Magen, verursacht Unbehagen oder Erbrechen (Perls, 2007). Genauso verhält es sich beim psychischen Assimilationsprozess (Perls spricht auch von „psychischer Nahrung“): „Theorien, Tatsachen, Verhaltensnormen, moralische, ethische, ästhetische oder politische Werte – alle kommen ursprünglich aus der Außenwelt auf uns zu“ (Perls, 2007, S.51). Da es aber in der Umwelt nichts gibt, für das nicht ein organismisches Bedürfnis, egal ob physisch oder psychisch, besteht, müssen sämtliche Ideen erst verdaut und bewältigt werden, wenn sie zu den eigenen Ideen werden sollen. Ein unkritisches Übernehmen hingegen endet in einem unverdauten Zustand, und die Ideen bleiben Fremdkörper, „auch wenn sie sich in unserem Geist eingenistet haben“ (Perls, 2007, S.51). Die unklare Unterscheidung zwischen der Person selbst und der Umwelt kann als Verschiebung der Kontaktgrenze nach außen verstanden werden (Votsmeier-Röhr, 2005).

In der Introjektion sieht Perls demzufolge eine doppelte Gefahr:

1. Introjekte verhindern, dass sich eine Persönlichkeit entwickeln kann, da wenig Raum für die Entdeckung dieser bleibt. Der Introjizierende ist zu sehr damit beschäftigt, Fremdkörper niederzuhalten, die sich in seinem System eingenistet haben.
2. Die Introjektion kann zur Spaltung der Persönlichkeit führen, da zwei unvereinbare, aber dennoch geschluckte Anschauungen den Menschen in Stücke reißen können, wenn dieser versucht, jene zu vereinen. Die Grenze zwischen der Person und der übrigen Welt ist soweit hineinverlegt, dass von der Person fast nichts mehr übrig bleibt: „Wenn der Introjektor sagt ‚Ich glaube‘, dann meint er gewöhnlich ‚Die anderen glauben‘“ (Perls, 2007, S.53).

Die große Schwierigkeit bei der Aufhebung von Introjekten liegt in ihrer langen Geschichte, da Introjektionen bereits im frühen Kindesalter beginnen. Die primäre Aufgabe besteht daher darin, innerhalb des Individuums ein Gefühl für seine Wahlmöglichkeiten zu schaffen und die Fähigkeit, zwischen „mir“ und „dir“ zu unterscheiden, zu fördern (Polster & Polster, 2001).

Dennoch betont Perls, dass dieser Prozess des Hinunterschluckens von ganzen Brocken gelegentlich auch notwendig und nützlich sei, da es unmöglich sei, immer alle Informationen zu assimilieren. Zum Aufbau und zur Entwicklung einer Persönlichkeit müsse jedoch auch psychische Nahrung verdaut werden.

### **7.2.1 Fallbeispiel: Introjektion**

Frau W. ist eine 50-jährige Frau, am Land aufgewachsen, geschieden, mit fünf erwachsenen Kindern. Zunächst hat sie die in ihrem Umfeld gültigen Normen erwartungsgemäß erfüllt: geheiratet, Kinder bekommen, einen „anständigen Beruf“ gelernt: Sie wurde Kindergärtnerin und hat sich nebenher um den Haushalt gekümmert.

Zu dem Zeitpunkt als Frau W. zu mir in Therapie kommt, liegt die Scheidung viele Jahre zurück, sie lebt schon lange in Wien, und der Exmann ist kürzlich verstorben. Frau W. setzt sich schon lange mit den von ihr introjizierten Normen und Werten auseinander: Sowohl in ihrem Elternhaus als auch in der ländlichen Umgebung wurde die Erfüllung des traditionellen Frauenbildes geschätzt. Dem musste sie sich widersetzen als sie sich scheiden ließ und nach Wien zog, um ihren ursprünglichen Beruf aufzugeben und sich künstlerisch zu betätigen. Beim ungeschützten Geschlechtsverkehr mit einem Mann, mit dem sie eine Affäre hatte, steckte sie sich mit dem HI-Virus an. Seitdem erlebt sie ihren Körper als schmutzig und nicht mehr begehrenswert. Sie ist derzeit Single, und es fällt ihr sehr schwer, damit umzugehen, wenn sie einem Mann gefällt, ja schon, zu unterscheiden, was ein Mann überhaupt von ihr möchte, wenn er sie anspricht. Sie selbst nennt dafür Enttäuschungen in der Vergangenheit und die HIV-Infektion als Gründe. Schon als Kind habe sie sich schwer getan, mit Burschen umzugehen, sie erinnert sich an Situationen im Schwimmbad, wo sie gehänselt wurde. Von ihren Eltern habe sie immer nur gehört, dass sie „schnell heiraten solle“. Weder in ihrer Ehe noch in Beziehungen mit anderen Männern habe sie das Gefühl bekommen, als Frau attraktiv zu sein. Ihr Körper war Mittel zum Zweck, durch die HIV-Infektion wurde ihr sogar dieses Gefühl noch genommen: Ihr Körper sei jetzt gar nichts mehr wert. Aufgrund immer wieder im Zuge von AIDS auftretender Erkrankungen wird das Gefühl der Wertlosigkeit verstärkt.

Bei Frau W. wird gut verständlich, was Perls meint, wenn er schreibt, dass der Introjizierende nie eine Chance bekommt, „seine Persönlichkeit zu entwickeln, weil er so stark damit beschäftigt ist, die Fremdkörper, die sich in seinem System eingenistet haben, niederzuhalten. Je mehr Introjekte er sich aufgehalst hat, desto weniger Raum bleibt ihm für den Ausdruck oder auch nur die Entdeckung seiner selbst“ (Perls, 2007, S.52). Genau dies sind die Aufgaben in der Therapie: Frau W. entdeckt sich mehr und mehr selbst.

Sie beginnt zu lernen, mit ihrem Körper wertschätzender umzugehen und sich bewusster um sich selbst zu kümmern. Wichtig ist für sie, sich immer wieder bewusst zu machen, welche Anteile – welche Introjekte – am Werk sind, wenn sie meint, ihren Ansprüchen nicht zu genügen. Einmal hält sie lachend fest: „Es war immer so praktisch, dass ich so praktisch war ... jetzt ist schön langsam Schluss damit!“

Sie widmet sich selbstbewusster ihren Kunstprojekten und verabschiedet sich auch innerlich mehr und mehr von der Rolle „der perfekten Hausfrau“, indem sie auch ihren erwachsenen Kindern mehr Eigenverantwortung zugesteht. Männer und ihre – wie sie es nennt – Aversion gegen sie bleiben Thema, die hier bestehenden Introjekte sind fest verankert.

Auch die Arbeit mit der HIV-Infektion stellt eine schwierige Aufgabe dar, da die Infektion Teil der Realität ist. Die Klientin kann zwar lernen, mit ihren Introjekten differenzierter umzugehen, HIV-positiv bleibt sie. Sie verstirbt ein halbes Jahr nach Beginn der Psychotherapie.

### **7.3 Projektion**

*„Der Projektor tut anderen das an, was er ihnen vorwirft“ (Perls, 2007, S.58).*

Bei der Projektion wird im Gegensatz zur Introjektion die Grenze zwischen Organismus und Umweltfeld nach innen verschoben, das heißt, es werden dem Organismus zugehörige Elemente als dem Umweltfeld zugehörig erlebt. Die Folge ist, dass sich der Organismus gegenüber dem Umweltfeld als stark reduziert erlebt (Gremmler-Fuhr, 2001). Praktisch bedeutet das, dass die Umwelt dafür verantwortlich gemacht wird, was im Selbst begründet liegt: „Anstatt aktiv an seinem eigenen Leben zu partizipieren, wird der Projektor ein passives Objekt, ein Opfer der Umstände“ (Perls, 2007, S.55). Die Grenze zwischen der Person und der übrigen Welt wird ein wenig zu Gunsten der Person verschoben, sodass es ermöglicht wird,

Aspekte der Persönlichkeit, die als schwierig, anstößig oder unattraktiv befunden werden, zu verleugnen und zu verwerfen. Das heißt, Gefühle oder Handlungen, die nicht „sein sollten“, werden von der Person nicht gefühlt bzw. begangen. Dieses „nicht sein sollen“ sind Introjektionen, die das jeweilige Fühlen und Handeln als schlecht wertet. Zur Lösung dieses Dilemmas werden eigene Gefühle bzw. Taten anderen Menschen zugeschrieben (Polster & Polster, 2001).

Auch bei der Projektion gilt, dass diese nicht per se negativ sein muss, da die Fähigkeit zur Projektion eine natürliche menschliche Reaktion ist: Kann man von sich selbst auf andere schließen, stellt dies einen Beweis für die menschliche Gegenseitigkeit dar (Polster & Polster, 2001).

### **7.3.1 Fallbeispiel: Projektion**

Um die Kontaktfunktion der Projektion zu veranschaulichen, wird Herr B., jener Klient, der während der Haft mit Psychotherapie begonnen hat, herangezogen.

Die Projektion als Mittel, das Selbst zu schützen, bleibt bei ihm während der gesamten Therapie aufrecht: Seien es die Justizbeamten, die ihm nur Böses wollen, die Freunde, die ihn nur ausnützen möchten, in seiner Wohnung schlafen und sein Geld haben möchten, die Substitutionsärztin, die ihm falsche und unbrauchbare Rezepte ausstelle, die Beamten von der MA 40 (Sozialamt), die ihm das Geld zu spät überwiesen hätten etc.

Schon in der ersten Stunde sagt Herr B., dass HIV ihn ausbremse: Er selbst sieht sich am besten Weg zu einem „ordentlichen Leben“, frei von Drogen und frei von Delikten, die ihm weitere Haftstrafen bringen könnten. Die Infektion mit dem HI-Virus wird als *der* Hindernisgrund beschrieben, der den Weg in das ersehnte „normale“ Leben verstelle. Nun soll hier keineswegs der Eindruck entstehen, dass eine HIV-Infektion eine lapidare Sache sei, die nicht das Potential hätte, jemanden tatsächlich „auszubremsen“: Die Mitteilung, HIV-positiv zu sein, löst fast immer eine mehr oder weniger starke Krise aus, die verarbeitet werden muss und die Gefühle wie Trauer, Wut, Hilflosigkeit, Angst und Ohnmacht nach sich ziehen kann.

Dennoch wird deutlich, dass der Klient seine eigenen Anteile ausblendet und auf andere Personen und Gegebenheiten projiziert: Er übernimmt für keine seiner Handlungen die Verantwortung, eigene Gefühle und Affekte werden anderen

zugeschrieben, er selbst fällt dadurch in die Opferrolle. Auch die Darstellung des Infektionsweges variiert je nach besonderer Thematik der Stunde: Einmal erfolgte die Übertragung bei einem gegengeschlechtlichen Geschlechtsverkehr, einmal bei einer Vergewaltigung am schwulen Straßenstrich, einmal beim gemeinsamen Benützen von Drogenbesteck. Auch hier ist zu betonen, dass alle drei Möglichkeiten für die tatsächliche Übertragung in Frage kommen und im Nachhinein nicht feststellbar ist, wann und wie diese stattgefunden hat. Vielmehr soll aufgezeigt werden, wie neben der deutlichen Spaltung die eigene Verantwortungslosigkeit bezüglich der Einhaltung der Safer Sex und Safer Use Regeln auf andere Personen projiziert wird.

In der Therapie geht es darum, dass der Klient lernt, Verantwortung für sein Handeln, vor allem auch für sein gegenwärtiges, zu übernehmen, indem er sich als selbstbestimmter erleben und die Konsequenzen seiner Handlungen antizipieren lernt. Immer wieder bitte ich Herrn B. zu überlegen, was er denn in einer bestimmten Situation tun könne, damit er lernt, seinen Handlungsspielraum zu erweitern und nicht mehr auf das bloße Projizieren angewiesen zu sein. Das erweitert auch seine zwischenmenschliche Kompetenz: Herr B. geht eine längerfristige Beziehung mit einer Frau ein, die ihm viel bedeutet und die die Mutter seines Kindes wird. Hier zeigt sich Herr B. als durchwegs verständnisvoll für die Bedürfnisse seiner Partnerin, wobei nicht ausgeblendet werden darf, dass das Übel in der Schwiegermutter gesehen wird, die für sämtliche Probleme, sei es in der Paarbeziehung oder mit dem Jugendamt, verantwortlich gemacht wird. Wie bereits erwähnt, ist auch das Therapieende ein abruptes und ungeplantes, da Herr B. zu den Terminen nicht mehr erscheint und nicht mehr erreichbar ist.

#### **7.4 Konfluenz**

*„Der pathologisch Konfluente weiß nicht, wer wem was tut“ (Perls, 2007, S.58).*

Konfluenz bezeichnet in der Gestalttherapie die fehlenden Kontaktgrenzen gegenüber der Umwelt, wodurch die Abgrenzung zwischen Subjekt und Objekt negiert wird (Blankertz & Doubrawa, 2005). Organismus und Umweltfeld verschmelzen, was auch als ein Festhalten am Gewohnten oder als Tradition begriffen werden kann (Gremmler-Fuhr, 2001). Durch die zeitweilige Auflösung der Ich-Grenze kann das Individuum keinen Unterschied zwischen sich und der Welt

erkennen; ein pathologisch konfluenter Mensch weiß nicht, wo er aufhört und wo andere anfangen: „Der pathologisch konfluente Mensch verknotet seine Bedürfnisse, seine Emotionen und seine Aktivitäten in ein hoffnungslos verwirrtes Knäuel, bis er sich selbst nicht mehr dessen bewußt ist, *was* [Hervorhebung im Original] er tun möchte und *wie* [Hervorhebung im Original] er sich daran hindert“ (Perls, 2007, S.57). Ein konfluenter Mensch weigert sich, Differenzen zu tolerieren bzw. hat jedes Gefühl für Grenzen verloren.

Nicht pathologische, das heißt, nur zeitweilige Konfluenz, zeigt sich in Situationen, in denen ein Wir-Gefühl wichtiger ist als Individualität (Votsmeier-Röhr, 2005). Beispiele hierfür wären etwa Mannschaftssportarten, Chorsingen oder Mitarbeit bei einer politischen Kampagne (Polster & Polster, 2001).

#### **7.4.1 Fallbeispiel: Konfluenz**

Bei Herrn M. handelt es sich um einen über 50-jährigen Mann, der seit knapp 20 Jahren mit seinem Partner zusammenlebt, beide sind HIV-positiv bzw. an AIDS erkrankt, wissen dies seit vielen Jahren, der Partner um fünf Jahre länger als Herr M. selbst. Herr M. berichtet, dass die Diagnose ein großer Schock gewesen sei, auch wenn er damit gerechnet hätte. Er hätte eine Depression entwickelt, war auch einige Monate in Psychotherapie, habe diese aber nach einigen Monaten aufgrund der Besserung der Symptome beendet. Grund für einen neuerlichen Psychotherapiebeginn ist eine deutliche Verschlechterung der depressiven Symptomatik: Herr M. leidet sehr unter seinen körperlichen Erkrankungen, er hat mehrere stationäre Spitalsaufenthalte hinter sich, und seine körperliche Leistungsfähigkeit ist stark eingeschränkt. Er hadert sehr mit dem Sinn für weitere Bemühungen bezüglich seiner Gesundheit, da er seine früheren Kräfte nicht mehr erreichen wird können. Der Klient ist zum Zeitpunkt des Therapiebeginns nicht arbeitsfähig, das Verfahren für die dauerhafte Invaliditätspension ist am Laufen. Herr M. und sein Partner wohnen in einem Haus mit Garten am Stadtrand von Wien. Den Klienten belastet die Erhaltung des Hauses und die Pflege des Gartens. Weiters kümmert er sich um seine 80-jährige Mutter, zu der er ein enges Verhältnis hat.

Schon bald nach Therapiebeginn wird die Partnerschaft des Klienten Thema. Herr M. und Y. leben seit knapp 20 Jahren zusammen, am Beginn war die Beziehung sehr

schwierig, es gab viele Streitereien inklusive Handgreiflichkeiten. Auch jetzt gäbe es immer wieder Spannungen und Streit, gleichzeitig sei ein Leben ohne den Partner nicht vorstellbar. Der Gesundheitszustand des Partners sei noch schlechter als der des Klienten selbst. Herr M. macht sich Sorgen um den Partner, wenn er selbst nicht zu Hause ist, sei es, weil er im Krankenhaus ist, Einkäufe erledigt oder bei mir in Psychotherapie ist. Herr M. erzählt, dass der Partner viel Alkohol trinke, nicht daheim, sondern im Wirtshaus. Es käme dann besonders oft zu Streitereien, da dann beide gereizt seien und Herr M. sich außerdem Sorgen um seinen Partner mache. Herr M. ist abwechselnd ärgerlich auf seinen Partner und bekommt Schuldgefühle, weil er ärgerlich ist. In der Therapie argumentiert Herr M. nahezu vehement, wenn es bezüglich der depressiven Symptomatik darum geht, den anderen Pol zu erspüren und wie er selbst dazu beitragen kann, sein Befinden zu ändern: Er gehe sehr gerne spazieren oder in ein nahegelegenes Einkaufszentrum, könne dies aber nicht regelmäßig tun, da er den Partner nicht so lange allein lassen könne. Ähnliche Sorgen bereitet ihm eine anstehende ambulante Rehabilitation nach einem kürzlichen Herzinfarkt. Die Übertragung des HI-Virus war und ist laut Klient kein Thema in der Beziehung. Ähnlich ist es mit dem problematischen Alkoholkonsum von Y.: Herr M. berichtet, dass er seinen Partner schon gerne öfter darauf ansprechen würde, er aber einen schrecklichen Streit fürchtet, wie es ihn am Beginn der Beziehung mehrmals gegeben hätte. So ein Streit wäre das Schlimmste, das passieren könne.

In der Therapie geht es darum, dass Herr M. beginnt, seine eigenen Bedürfnisse besser wahrzunehmen und sich getrennt von seinem Partner zu erleben. Er erzählt mir nach einigen Stunden, dass eine Psychologin ihm einmal gesagt hätte, er sei abhängig von seinem Partner, er dies aber nicht so sehe, da er gerne für ihn da sei. Ich spreche ihm das „gerne für ihn da sein“ nicht ab, vielmehr fördere ich das Wahrnehmen der unterschiedlichen Wünsche und Bedürfnisse. Herr M. kann sich diesbezüglich recht gut auf kleine Schritte einlassen und beginnt eigenverantwortlicher zu handeln. Der Partner reagiert zunächst mit vermehrtem Druck, indem er seinen Alkoholkonsum steigert. Da Herr M. allerdings nicht mehr Abstinenz verlangt, gewinnt auch Y. mehr an Freiheit, was langfristig zu einer Stabilisierung der Beziehung führt. Nach knapp eineinhalb Jahren hat sich die

Situation deutlich stabilisiert, das konfluente Verhalten beider Partner tritt deutlich in den Hintergrund, und Herr M. beginnt sogar wieder Teilzeit zu arbeiten.

## **7.5 Retrofektion**

*„Der Retrofektor tut sich selbst das an, was er am liebsten den anderen antäte“ (Perls, 2007, S.58).*

Unter Retrofektion versteht man die Zurückhaltung von Impulsen und Aktivitäten, die auf das Umweltfeld gerichtet sind und die die entstandenen Grenzen zu überschreiten im Begriff sind. Retrofektion bezieht sich im Gegensatz zur Introjektion, Projektion und Konfluenz auf den Pol der Abgrenzung und des Widerstands (Gremmler-Fuhr, 2001): „Der Retrofektor kann eine Grenze zwischen sich und der Umwelt ziehen, und er zieht sie sauber und ordentlich genau in der Mitte – aber er zieht sie durch seine eigene Mitte“ (Perls, 2007, S.58). Somit wird die eigene Person so behandelt wie eigentlich andere Personen oder Sachen bevorzugt behandelt würden. Schon Freud beschreibt die Retrofektion als Wendung gegen das Selbst (Krisch, 1992). Impulse, die normalerweise nach außen gegen ein bestimmtes Objekt gewendet sind, werden auf die eigene Person gerichtet. Polster und Polster (2001) ergänzen, dass Retrofektion nicht nur bedeutet, dass der Betreffende sich das zufügt, was er gerne einem anderen zufügen würde, sondern auch, dass er sich das antut, von dem er möchte, dass es ihm ein anderer antut. Diese Selbstliebe beschreiben sie als Folge von Introjektionen, bei denen die Schlussfolgerung von zu wenig Aufmerksamkeit von der Außenwelt erhalten zu haben „deshalb muss ich es selbst machen“ lautet. Als Beispiele nennen Polster und Polster, sich ausschließlich mit sorgfältig ausgesuchten Dingen zu umgeben, wie etwa sich auserlesene Nahrungsmittel zu besorgen und zuzubereiten, sich schöne Kleidung oder ein teures Auto zu kaufen.

### **7.5.1 Fallbeispiel: Retrofektion**

Herr A. ist ein Mitte 30-jähriger Mann, der Sex mit Männern hat und der drei Tage nach Erhalt eines HIV-positiven Testergebnisses in einem sehr verzweiferten Zustand zu mir kommt. Schon in der ersten Stunde geißelt er sich mit der Frage, warum gerade *er* sich angesteckt habe und mit Selbstvorwürfen: Eigentlich sei er

szenefern, nie gehe er in die (schwule) Szene, Sex interessiere ihn nicht, nur einmal sei er hingegangen – warum? Er stellt sich immer wieder die selben Fragen und martert sich mit Selbstvorwürfen. Die Wut auf die Welt kommt mit doppelter Wucht zurück.

Aus der Anamnese wird eine schwierige Lebensgeschichte deutlich, die von gewalttätigen Übergriffen in der Kindheit, Ablehnung durch den Vater und gleichzeitigen Partnerersatz für die Mutter sowie sich repetierender Konfrontation mit schweren Erkrankungen in der Familie gekennzeichnet ist. Aktuell kommen erschwerend finanzielle Sorgen und Überlastung am Arbeitsplatz hinzu. Herr A. hatte bereits in der Vergangenheit mit Depressionen, Panikattacken und Suizidgedanken zu kämpfen.

Die Unklarheit der Infektion – lange Zeit beteuert er keinen ungeschützten Geschlechtsverkehr gehabt zu haben, sondern nur das Restrisiko eines ungeschützten aktiven Oralverkehrs ohne Samenerguss im Mund – löst sich auf, als er erzählt, dass es zu einem Samenerguss im Mund gekommen sei und somit Kontakt mit einer infektiösen Flüssigkeit bestanden habe. Seine Wut auf sich selbst, die sich sowohl in selbstverletzendem Verhalten durch Zwicken in Arme und Beine und in stark selbstabwertendem Verhalten zeigt, wird dadurch für mich verständlicher. Insgesamt ist es schwierig für ihn, seine Wut auf differenzierte Art und Weise auszudrücken. Des Weiteren ist er überzeugt davon, ein schlechteres Immunsystem als andere Menschen zu haben und daher früher zu sterben, auch wenn die medizinischen Befunde in keiner Weise darauf hindeuten. Aufgrund seiner starken Gefühlsausbrüche ist er immer wieder überzeugt davon, dass er mir „zu viel werde“. In der Therapie geht es daher immer wieder darum, ihm zu bestätigen, dass dies nicht der Fall sei, und ihn erleichtert mein Versprechen, dass ich mich melden würde, sollte dies doch passieren. Somit kann ich als Therapeutin Stütze bieten, indem ich seine Sorgen, Ängste und Wut aushalte, sodass er nicht all seine Energie gegen sich selbst richten muss. Auch ein Sortieren seiner Gedanken und Gefühle ist unterstützend, und dieses Sortieren bezieht sich auf nahezu alle Lebensbereiche: Was sagen *seine* Befunde und *seine* Werte für *ihn* aus? Welche Stressfaktoren in der Arbeit sind bedingt durch die äußeren Gegebenheiten und wo und wie kann er für Pausen sorgen und Aufgaben abgeben? Wofür ist tatsächlich der fremde Andere bezüglich seiner Infektion zu beschuldigen und was ist *seine* eigene Verantwortung?

Damit einher geht, dass der Klient lernen muss, Verantwortung für sich und sein Handeln zu übernehmen, da er es war, der den ungeschützten Sexualkontakt zugelassen hat. Dafür die Verantwortung „auf gesunde Art und Weise“ zu übernehmen und nicht mit selbst verletzendem Verhalten auszuagieren macht einen großen Teil der Therapie aus. Da der Klient sportlich ist und Wert auf seinen Körper legt, ist es möglich, auf der körperlichen Ebene Zugang zu finden: Sowohl Rad fahren als auch spazieren gehen wirken der Anspannung entgegen und auch meinem Vorschlag, regelmäßig Massagen in Anspruch zu nehmen, kann er einiges abgewinnen, und eine Lockerung seiner angespannten Körperhaltung wird schon beim Besprechen der Möglichkeiten sichtbar. Insgesamt ist bei diesem Klienten eine stützende Haltung notwendig, die sich auch darauf bezieht, ihn auf seinem Weg zu begleiten, wenn er lernt, verschiedene Anteile und Aspekte zu differenzieren, diese Ambivalenzen auszuhalten und Verantwortung für sein Leben zu übernehmen.

## **7.6 Weitere Kontaktstörungen**

Die Kontaktstörungen Introjektion, Projektion, Konfluenz und Retroflektion werden in der Literatur oft erweitert um Deflektion, Egotismus und Reaktivität. Diese werden der Vollständigkeit halber angeführt und im Folgenden erläutert.

### **7.6.1 Deflektion**

Von Erving und Miriam Polster (2001), Krisch (1992) und Gremmler-Fuhr (2001) werden Deflektion bzw. Deflexion genannt (zwecks Vereinheitlichung wird in dieser Arbeit uniformiert von Deflektion geschrieben).

Die Deflektion erinnert an den Abwehrmechanismus der Isolierung und ist eine Form der Kontaktvermeidung, bei der das Individuum sich dem direkten Kontakt mit anderen Menschen entzieht und so nichts an sich herankommen lässt (Krisch, 1992). Die Erregung wird so klein wie möglich gehalten. Erreicht wird dies etwa durch Weitschweifigkeit, durch eine übertriebene Ausdrucksweise, durch einen scherzhaften Ton, einer stereotypen Sprache oder Vermeiden von direktem Augenkontakt (Polster & Polster, 2001). Dadurch fühlt sich der Betroffene oft unberührt und missverstanden, seine Interaktionen misslingen.

### **7.6.2 Egotismus**

Gremmler-Fuhr (2001) beschreibt Egotismus (Perls spricht von Egoismus) als die Vermeidung des Sich-Einlassens zugunsten von Nachsinnen und Prüfen. Damit einher gehen Verlangsamung und Verzögerung des Kontaktverlaufs sowie ein Vorgang der Distanzierung. Mit dem Risiko, dauerhaft in Distanz und Isolation von der Umwelt zu bleiben, schützt sich das Individuum durch Selbstbeobachtung und Umsicht vor voreiligen Aktionen: „Der Patient vergewissert sich, daß tatsächlich alle Möglichkeiten des Grundes erschöpft sind, daß keine Gefahr oder Überraschung mehr drohen, ehe er sich einlässt“ (Perls, 1991, S.250).

### **7.6.3 Reaktivität**

Reaktivität hat ihre Ursprünge in der Reaktionsbildung, unter dessen Terminus sie auch bei Perls (1991) zu finden ist. Reaktivität entsteht, wenn das Kontinuum des Ansteigens und Abklingens der Erregung durch spezifische, nicht wahrgenommene Angstreaktionen unterbrochen oder blockiert wird. Meint der Organismus angegriffen zu werden, reagiert er auf diesen Angriff entweder mit Kampf, Flucht oder sich tot stellen (Gremmler-Fuhr, 2001).

## 8 Resilienzen

### 8.1 Definition

Das Wort Resilienz stammt aus dem Lateinischen, „resilio“ bedeutet „ich springe zurück“; gemeint ist „zurückspringen“ in den Zustand vorübergehenden Wohlbefindens (Reddemann, 2011).

Petzold und Müller (2004, S.188) definieren demgemäß Resilienz als „psychologische bzw. psychophysiologische Widerstandsfähigkeit, die Menschen befähigt, psychologische und psychophysische Belastungen (stress, hyperstress, strain) unbeschädigt auszuhalten und zu meistern“. Es handelt sich um Widerstandskräfte, die während der Lebensspanne ausgebildet werden und die eine Art psychischer Immunität gegenüber erneuten, ähnlichen Belastungssituationen oder kritischen Lebensereignissen bilden. Somit erhöhen sie die Bewältigungskompetenz bei Risiken oder stressful life events. Da Resilienz für verschiedene Belastungen unterschiedlich ausgebildet wird, spricht man im Plural von Resilienzen (Petzold & Müller, 2004).

Reddemann (2011) spezifiziert Resilienz als seelische Widerstandskraft. Diese Widerstandskraft gegenüber Belastungen ergibt sich aus dem Verhältnis zwischen Risiko- und Schutzfaktoren: Wenn die Belastungsfaktoren zu hoch sind, hat jemand möglicherweise keine Kraft mehr für Veränderungen, die resilienten Kräfte erschöpfen sich und sind ungenügend.

#### 8.1.1 Protective factor-resilience cycle

Petzold und Müller (2004) beschreiben den so genannten *protective factor-resilience cycle*. Darunter werden zirkuläre bzw. spiralförmig progredierende Prozesse verstanden, in denen externale und internale Schutzfaktoren und Resilienzen zusammenspielen. Um diesen Prozess besser zu verstehen, müssen zunächst die verwendeten Begriffe erläutert werden.

*Externale protektive Faktoren* und Ressourcen müssen immer auf zwei Ebenen betrachtet werden:

1. auf der Ebene objektiver Verfügbarkeit
2. auf der Ebene subjektiver Wahrnehmung und Bewertung

Das bedeutet, dass bei objektiv vorhandenen Ressourcen immer die kognitive Einschätzung und emotionale Bewertung eine Rolle spielen.

Externale protektive Faktoren sind entwicklungsfördernde Einflüsse, die vom Säuglingsalter über die gesamte Kindheit und Jugend dafür sorgen, dass der Entwicklungsprozess möglichst ungestört verläuft. Im weiteren Lebensverlauf puffern sie Überlastungsprozesse ab, sodass keine strukturschädigenden Belastungen eintreten, sondern sich Resilienzen bilden. In unbelasteten Situationen des Alltags wirken sie unterstützend für eine positive Entwicklungsdynamik. Protektive externale Faktoren sind etwa soziale Unterstützung und materielle Ressourcen.

Als *internale Schutzfaktoren* nennen Petzold und Müller (2004) unter anderem kognitive und emotionale Kompetenzen und Wissensressourcen. Auch Selbstsicherheit, Selbstvertrauen, erlebte und integrierte Selbstsicherheit und positive Kontrollüberzeugungen können als Resilienzen auf der psychologischen Ebene verstanden werden.

Stein (2009, S.35) definiert Ressourcen als „sowohl unspezifische allgemeine Kräfte, als auch individuelle Fähigkeiten des Menschen, die zur Bewältigung von Aufgaben und Anforderungen mobilisiert werden können“. Weiters trifft er eine Unterteilung in soziale Ressourcen (sozioökonomische Lebensbedingungen, soziales Netzwerk), persönliche Ressourcen (Introspektionsfähigkeit, Realitätssinn, Kommunikationsfähigkeit, internale Kontrollüberzeugungen, Selbstwirksamkeit) und instrumentale Ressourcen (Verfügbarkeit erworbener Copingstrategien).

Im Zusammenhang mit dem protective factor-resilience cycle sprechen Petzold und Müller (2004) von Coping- oder Creating-Mustern (das Finden und Gestalten neuer Lösungen), mit denen man auf Herausforderungen, Belastungen, aber auch Entwicklungsaufgaben reagieren kann.

Laut Heim (1993, S.29) ist *Coping* oder Bewältigung „als das Bemühen zu verstehen, bereits bestehende oder zu erwartende Belastungen durch Krisen innerpsychisch (emotional/kognitiv) zu verarbeiten oder durch zielgerichtetes Handeln auszugleichen und zu meistern“. Coping ist als prozesshafter Vorgang zu verstehen, mit dem versucht wird, das innere Gleichgewicht trotz einer andauernden Belastung zu erhalten oder wiederherzustellen und dadurch den inneren und äußeren Druck zu reduzieren (Stein, 2009). Im Kontext von Krankheitsbewältigung definiert Ermann (1997, S.19) Coping als „das bewußte bzw. bewußtseinsnahe Bemühen, die durch Krankheit aufgetretenen oder zu erwartenden Belastungen *emotional, kognitiv und durch Handeln* [Hervorhebung im Original] zu bewältigen“.

Der protective factor-resilience cycle macht deutlich, wie externale und internale Faktoren mit Coping- und Creatingstrategien zusammenspielen:

Belastung/Überlastung → externale protektive Faktoren → erfolgreiches Coping/Buffering → Resilienz/interner Schutzfaktor → Optimierung der Nutzung externaler Ressourcen und protektiver Prozesse → Resilienzen → Entwicklungsaufgaben → externale protektive Faktoren → erfolgreiches Creating → usw.

Bei diesem theoretischen Modell ist zu beachten, dass es nicht *den* Resilienzfaktor gibt, sondern viele voneinander unabhängige protektive und Risikofaktoren, von denen jeder in unterschiedlichem Maß zu Resilienz beiträgt (Reddemann, 2011).

## **8.2 Neurobiologische Hintergründe**

Bauer (2010) beschäftigt sich mit dem Zusammenhang zwischen Gehirn- und Genaktivitäten und dem täglichen Leben inklusive Lebensstil und Beziehungserfahrungen.

Die biologische Reaktion auf Belastungen und Stress ist von Person zu Person verschieden; entscheidend sind nicht objektive Tatsachen, sondern die subjektive Bewertung durch die Seele und das Gehirn. Diese Bewertung erfolgt durch die Großhirnrinde und durch das mit ihr verbundene limbische System, einer Art

„Zentrum für emotionale Intelligenz“. Die Bewertung neuer Situationen hängt von Vorerfahrungen aus ähnlichen Situationen ab, die in Nervenzell-Netzwerken gespeichert sind und mit denen das Gehirn die aktuelle Situation abgleicht. Aufgrund unterschiedlicher Vorerfahrungen kann die objektiv gleiche Situation interindividuell unterschiedlichste Reaktionen auslösen. Wird eine äußere Situation als alarmierend eingeschätzt, aktiviert die Amygdala (Mandelkern), ein Teil des limbischen Systems, den Hypothalamus und den Hirnstamm, die ihrerseits Körperreaktionen in Gang setzen. Genauso wie äußere Situationen individuell unterschiedlich bewertet werden, fällt auch das Ausmaß der Aktivierung durch die Amygdala von Person zu Person unterschiedlich aus. Besonders starke Auswirkungen haben Traumata: Hier behält die Amygdala eine bleibende Erhöhung ihrer Empfindlichkeit bei und reagiert mit einer dauerhaften Überaktivierung, mitunter auch in objektiv gefahrlosen Situationen.

Belastungssituationen wie Angst und Gefahrensituationen führen im Gehirn außerdem zur Aktivierung von bestimmten Stressgenen (z.B. des Stressgens CRH), welche im Großhirn und im limbischen System bei psychischem Stress ausgeschüttet werden. Körperliche Reaktionen mit Auswirkungen auf das Herz- und Kreislaufsystem sowie das Immunsystem können die Folge sein. Auch der Verlauf bereits bestehender körperlicher Erkrankungen kann sich verschlechtern und eine Rückwirkung auf das Gehirn eintreten: Stress- und Belastungssituationen können eine nachhaltig schädigende Wirkung auf Nervenzell-Strukturen haben. Hier zeigt sich, dass einschneidende oder oft wiederholte Vorerfahrungen von negativen oder stressigen Situationen neuronale Netzwerke derart verändern, dass bei der Interpretation künftiger Situationen solche Interpretationen vorherrschen, die in die gleiche oder ähnliche negative Richtung gehen.

Protektive internale und externale Faktoren hingegen gewährleisten ein optimales Funktionieren der Genregulation und der Nutzung neuronaler Netzwerke (Petzold & Müller, 2004). Sie puffern neurophysiologisch und immunologisch belastende oder gar überlastende Außeneinflüsse ab und unterstützen Coping- und Creatingstrategien, sodass sich keine dysfunktionalen Mechanismen ausbilden. Vielmehr werden Genregulationen und neuronale Netzwerkverbindungen ausgeprägt, durch die eine besondere Belastungsfähigkeit sowie effektive Coping- und Creatingstrategien entstehen. Aus neurobiologischer Sicht kann so Resilienz

beschrieben werden, die dann als ein internal protektiver Faktor zur Verfügung steht und die Effekte schon vorhandener internaler und hinzukommender externaler Schutzfaktoren und Ressourcen verstärkt.

### **8.2.1 Resilienzen in der Kindheit**

Da die Bildung von Resilienzen von Säuglingsalter an stattfindet, heben Petzold und Müller (2004) die Bedeutung von Schutzfaktoren im Kindesalter hervor. Sie fokussieren auf insgesamt 17 Faktoren, von denen hier einige exemplarisch genannt werden sollen:

- soziale Unterstützung innerhalb des sozialen Netzwerkes
- eine verlässliche Beziehung zu einem „significant caring adult“
- positive Temperamenteigenschaften
- positive Erziehungsklimata
- soziale Vorbilder, die konstruktives Bewältigungsverhalten modellhaft zeigen
- realistische Situationseinschätzung und positive Zukunftsorientierung
- Phantasiepotential

Auch Bauer (2010) betont die Bedeutung des Säuglings- und Kleinkindalters für die weitere Entwicklung: Die Bildung von Nervenzell-Netzwerken verläuft parallel zur Entwicklung von Fühlen, Denken und Handeln. Seelische und geistige Aktivität, die sich aus der Interaktion des Kindes mit seiner Umwelt ergeben, aktivieren diejenigen Nervenzell-Netzwerke, in denen die zu diesen Aktivitäten gehörenden Wahrnehmungs- und Handlungsmuster gespeichert sind. Da die neurobiologische Entwicklung untrennbar mit der emotionalen und intellektuellen verbunden ist, nennt Bauer die Sicherung einer konstanten, fürsorglichen und liebevollen Betreuung für Kinder nicht nur ein humanes und soziales Erfordernis, sondern auch eine Voraussetzung für eine ungestörte neurobiologische Entwicklung.

### **8.2.2 Risikofaktoren in der Kindheit**

Entwicklungsverläufe unterliegen vielfältigen Einflüssen. Diese können nicht nur förderlich und schützend, sondern auch belastend und bedrohlich sein (Petzold & Müller, 2004). Zum Tragen kommen diese Risiko- und Belastungsfaktoren genauso

wie die Schutzfaktoren und Ressourcen in spezifischen, meist prekären und schwierigen, Lebenslagen.

Petzold und Müller (2004) arbeiten 14 Risikofaktoren im Kindheits- und Jugendalter heraus, von denen auch hier einige beispielhaft genannt werden sollen:

- psychiatrische Probleme bei einem Elternteil
- 20 oder mehr stressful life events pro Jahr
- der Ernährer der Familie ist arbeitslos
- vier oder mehr Kinder pro Familie
- Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit
- rigider Erziehungsstil der Eltern

Reddemann und Dehner-Rau (2008) nennen als Risikofaktoren in der Kindheit etwa Scheidung, Umzug, Krankheit oder Tod eines Elternteils und weisen auf die Gefahr hin, dass aus einem sicheren Bindungsstil ein unsicherer entstehen kann.

### **8.3 Abgrenzung zwischen Coping und Abwehrmechanismen bzw. Kontaktfunktionen**

Stein (2009) weist darauf hin, dass es nicht primär gutes oder schlechtes Coping gäbe, sondern dass es sich jeweils um den mehr oder weniger geglückten Versuch der Neuanpassung mittels individuell verfügbarer Problemlösungsstrategien handle. Dieser Terminus des „mehr oder weniger geglückten Versuchs der Neuanpassung“ erinnert an den Begriff der schöpferischen Anpassung und wie er in der Theorie der Gestalttherapie verwendet wird. Wie bereits erläutert, versteht man darunter die Art, wie der Mensch seine Fähigkeiten benutzt, um das Bestmögliche aus den Gegebenheiten seiner Umwelt zu machen (Amendt-Lyon, Bolen & Höll, 2004).

Wichtig ist, zwischen Coping und Abwehrmechanismen bzw. Kontaktfunktionen zu unterscheiden. Coping und Abwehr beschreiben ähnliche und mitunter sogar identische Vorgänge, allerdings vor dem Hintergrund verschiedener theoretischer Konzepte: Das Konzept der Abwehr stammt aus der Psychoanalyse, das Copingkonzept aus der Verhaltensmedizin (Ermann, 1997). Laut Stein (2009) stellt Coping einen mehr oder weniger bewussten Prozess dar, während es sich bei der

Abwehr um einen überwiegend unbewussten Vorgang handelt. Abwehrmechanismen dienen der Verminderung intrapsychischer Spannung und der Reduzierung der dadurch entstehenden Unlust und stellen den Versuch dar, Angst und Spannung im Falle einer Konfrontation mit einem unlösbaren Konflikt, einer unlösbaren Aufgabe oder einer überwältigenden Erfahrung zu lindern bzw. zu vermeiden (Mentzos, 2009). Während Coping zu einer bewussten und zielgerichteten Lösung des Problems führt, werden bei der Abwehr Erinnerungen, Phantasien, Impulse, Gefühle und Konflikte aus der bewussten Wahrnehmung und Reflexion ausgeschlossen (Stein, 2009). Auch Stein (2009) betont, dass Abwehr genauso wenig wie Coping nicht primär pathologisch sei, sondern erst ein Erstarren in den Abwehrmechanismen problematisch werde.

#### **8.4 Resilienzen und Psychotherapie**

Reddemann (2011) betont die Wichtigkeit um das Wissen von Resilienzen, da man mit dem Bewusstsein um die Möglichkeiten der lebenslangen Förderung dieser in der Psychotherapie anders helfen kann als wenn die Konzentration einzig auf das Schwere und das Leid gerichtet wird. Gleichwohl warnt sie davor, Resilienz ausschließlich um ihrer selbst willen als therapeutisches Ziel anzusehen, da auch andere Faktoren in der Psychotherapie durchaus berechtigt ihren Platz haben müssen. So können etwa auch Widerstand leisten und aufbegehren – um nur zwei Möglichkeiten zu nennen – eine heilsame Wirkung haben.

Entscheidend ist nach Reddemann (2011) dennoch die Vorstellung, dass sich Resilienz erlernen lässt und dies in der Psychotherapie daher gefördert werden sollte. Auch bei Personen, die über viele Resilienzen verfügen, sollte man diese nähren.

Nach Reivich und Shatté (zit. nach Reddemann, 2011, S.31) „geht es darum,

1. alte Belastungen zu überwinden
2. Alltagsbelastungen durchzuhalten
3. sich nach vorne zu bewegen (in die Zukunft hinein)
4. Wachstum zu ermöglichen und zu fördern“.

Generell sind eine optimistische und vorausplanende Haltung sowie sich nicht dauerhaft selbst die Schuld zu geben sehr resilienzfördernd (Reddemann, 2011).

Um Widerstandskräfte zu stärken, beschäftigen sich Reddemann und Dehner-Rau viel mit den Ressourcen, die jeder Mensch für sich entdecken und verfügbar machen kann. Als eine Möglichkeit von vielen schlagen sie das Erstellen einer Ressourcenliste vor (Reddemann & Dehner-Rau, 2008). Auch Stein (2009) betont, dass jeder Mensch über ein bestimmtes Repertoire an Bewältigungsstrategien verfügt, aus denen er die am sinnvollsten erscheinenden auswählt, um ein bestimmtes Ziel zu erreichen. Coping kann also als Versuch der Neuanpassung mittels individuell verfügbarer Problemlösungsstrategien verstanden werden.

Wie bereits erwähnt, verändern einschneidende und oft wiederholte Erfahrungen von negativen und belastenden Situationen neuronale Netzwerke derart, dass neue – auch neutrale – Situationen in eine ähnliche negative Richtung interpretiert werden. Laut Bauer (2010) ist es eine wichtige Aufgabe von Psychotherapie, eine solche Entwicklung aufzuhalten oder rückgängig zu machen. Er betont, dass Psychotherapie zu neurobiologischen Veränderungen führen kann, die sich begleitend zu einer seelischen Gesundheitsförderung einstellen.

### **8.5 Fallbeispiel: Resilienzen und Coping**

Herr S. ist ein Mitte 20-jähriger, ursprünglich aus der Schweiz stammender, homosexueller Mann, der seit zwei Jahren in Wien lebt, um hier evangelische Theologie zu studieren. Er kommt zu mir in Psychotherapie kurz nachdem er im Zuge einer Blutspende relativ überraschend ein HIV-positives Testergebnis erhalten hat. Er wirkt sehr gefasst, hat viele Fragen zum Thema HIV/AIDS und Informationen über die Infektion und die weiteren notwendigen Schritte nimmt er erleichtert und dankbar auf. Die Auskunft, dass er seinen Traum, evangelischer Pfarrer zu werden, nicht aufgeben muss, entlastet ihn sehr. Sicherheitshalber vereinbaren wir einen weiteren Termin für die Folgewoche, doch da der Klient sehr stabil wirkt, rechne ich zu diesem Zeitpunkt nicht mit einer längeren Psychotherapie.

In der darauf folgenden Woche erscheint der Klient jedoch deutlich instabiler und berichtet von stark depressiven Symptomen: Nichts mache ihm mehr Freude, er könne sich zu nichts aufraffen, verlasse oft tagelang nicht das Haus und betrachte

sein Lage als aussichtslos. Aufgrund der sich verschlechterten Symptomatik vereinbaren wir eine psychotherapeutische Behandlung mit dem Ziel, die Symptome der Belastungsreaktion zu lindern.

Herr S. verfügt glücklicherweise über eine Anzahl an externalen protektiven Faktoren: Seine finanzielle Situation ist, wenn auch nicht überdurchschnittlich gut, so doch auch nicht beunruhigend, ebenso wie sein soziales Netzwerk zwar nicht ausnehmend groß, dafür aber zuverlässig ist. Er verfügt über einige sehr gute Freunde, und auch das Verhältnis zu seinen Eltern, die er aufgrund der räumlichen Distanz nur selten sieht, ist sehr liebevoll und geprägt von Offenheit und gegenseitigem Vertrauen. Auf meine Frage, wie seine Eltern auf sein Outing bezüglich seiner Homosexualität reagierten, erzählt er nahezu erheitert, mit welcher Selbstverständlichkeit sie diesem begegneten und berichtet schmunzelnd, dass sie mit ihm sogar die Regenbogenparade besucht hätten. Er sei stolz auf seine Eltern und deren Toleranz, insbesondere da sie in konservativen Kreisen am Land lebten und mit dem Thema Homosexualität vor seinem Outing keine Berührungspunkte hatten. Diese guten Erfahrungen sind dem Klienten sowohl auf kognitiver als auch auf emotionaler Ebene zugänglich, sodass ihm die Vorstellung plausibel erscheint, seinen Eltern, denen er zwar keine Sorgen bereiten möchte, dennoch von der HIV-Infektion zu erzählen und so seine Isolation zu verringern.

Als wichtiger Resilienzfaktor stellt sich trotz vorübergehender Zweifel der religiöse Glaube des Klienten heraus. Inmitten der Belastungsreaktion und der depressiven Symptomatik wundert sich der Klient zunächst, dass sein Glaube nicht so hilfreich sei, wie er das erwartet hätte. Diese Zweifel verunsichern den Klienten kurzfristig sehr, insbesondere da er sie mit der Schuldfrage verknüpft, die ihn mehr und mehr beschäftigt. In dieser Zeit der Verunsicherung sehe ich es als meine Aufgabe als Psychotherapeutin, ihn zu begleiten und nicht gegen seine Zweifel zu arbeiten. Aufgrund seiner stützenden Erfahrungen, die er mit Religiosität in der Vergangenheit gemacht hat, findet er schon bald nicht nur Trost und Kraft in seinem Glauben, sondern wendet sich auch an eine ihm gut bekannte Seelsorgerin, um mit ihr das Gespräch zu suchen. Er möchte auch unbedingt sein Studium fortsetzen, überlegt allerdings, zunächst ein Semester zu pausieren, um wieder Struktur in sein Leben zu bringen. Er plant, sich auch vermehrt um seinen Körper kümmern, und der

Stellenwert von Gesundheit ändert sich. Dies zeigt sich unter Anderem indem er beschließt, mit dem Rauchen aufzuhören. Innerhalb weniger Wochen ändern sich die Kontrollüberzeugungen des Klienten, er nimmt sein Leben wieder in die Hand, er erlebt sich als selbstwirksam und handlungsfähig. Die depressive Symptomatik lässt deutlich nach, und aufgrund seiner gut verfügbaren und wirksamen Copingstrategien kann die Psychotherapie erfolgreich abgeschlossen werden.

## 9 Zusammenfassung und Diskussion

Das Thema HIV/AIDS wurde bislang vielfältig beforscht, allerdings kaum unter psychotherapeutischen Gesichtspunkten. Die Auseinandersetzung mit dem Thema HIV/AIDS wird zwar im Antrag zur Anerkennung der integrativen Gestalttherapie als Ausbildungseinrichtung unter dem Kapitel „Dokumentation der psychotherapeutischen Methode durch Fallstudien, Transkripte etc.“ erwähnt, das besondere Augenmerk auf die durch die Infektion hervorgerufenen oder verstärkten Schwierigkeiten in Verbindung mit Abwehrmechanismen und Kontaktfunktionen findet sich in dieser Form bislang nicht in der wissenschaftlichen und gestalttherapeutischen Literatur.

In der vorliegende Arbeit werden nicht nur die Relevanz des Wissens um die Abwehrmechanismen und Kontaktfunktionen für psychotherapeutisches Handeln ausgewiesen, sondern es soll auch an Laura Perls erinnert werden, die ihre Arbeit als politische versteht, indem Menschen unterstützt werden, authentischer zu werden. Dass wir (immer noch) in einer Zeit leben, in der HIV und die damit verbundenen Themen wie Sexualität, Krankheit und Sterben als Tabuthemen gelten, zeigt sich unter anderem darin, dass HIV-positive Menschen weitreichender als „nur“ in ihrer körperlichen Integrität bedroht sind. Dieser Hintergrund ist in der psychotherapeutischen Arbeit mit HIV-positiven Menschen stets mitzubedenken, da erst dadurch die Notwendigkeit des Einsatzes der unterschiedlichen Abwehrmechanismen und Kontaktfunktionen verständlich wird. Gleichzeitig wird die Arbeit an Resilienzen und Copingstrategien betont, da diese den Support, genau genommen die Selbst-Stütze, fördern, sodass der Klient befähigt wird, auf „möglichst gesunde Art und Weise“ mit der HIV-Infektion und den damit verbundenen Schwierigkeiten umzugehen.

Tatsächlich wird die Breite der Themen sichtbar, die entweder in direktem Zusammenhang mit der HIV-Infektion stehen oder sich daraus ergeben können und die ein breites Spektrum an Abwehrmechanismen „verlangen“. HIV-Infektionen

finden auf allen Integrationsniveaus der psychischen Struktur statt und sind weder an ein gering integriertes Niveau noch an ein gut integriertes Niveau gebunden. Umso wichtiger ist die Kenntnis der unterschiedlichen Abwehrmechanismen und Kontaktfunktionen, um dem Klienten optimale Unterstützung anzubieten.

Die zwei Konzepte, Abwehrmechanismen und Kontaktfunktionen, sind kein Widerspruch, sondern stehen nebeneinander und ergänzen einander.

Eine psychodynamische Sichtweise, die den Hintergrund für das Konzept der Abwehrmechanismen bildet, ist besonders hilfreich, wenn es um die Einschätzung des Grades der Reife bzw. Unreife geht. Hier wird Bezug genommen auf Erkenntnisse der Entwicklungspsychologie: Reife bzw. Unreife wird daran gemessen, auf welche entwicklungspsychologisch frühere Stufe ein Individuum zurückgreift, das heißt, welcher Grad der Regression vorliegt. Da die Gestalttherapie selbst keine eigenen Konzepte zur Entwicklungspsychologie hat, ist ein Herbeiziehen psychodynamischer Konzepte umso bedeutsamer: Erst die Einbeziehung der psychodynamischen Sichtweise und entwicklungspsychologischen Hintergründe ermöglicht das Verständnis für Abwehrmechanismen. Zu betonen ist, dass Reife bzw. Unreife keine Bewertung darstellen, sondern Implikationen nicht nur für die Diagnostik, indem ein anamnestisches Gesamtbild entstehen kann, sondern auch für das therapeutische Vorgehen ermöglichen. Je nach Reifegrad der psychischen Struktur stellen sich Selbst- und Objektwahrnehmung, Kommunikation und Regulation der Emotionen sowie die Bindungsfähigkeit unterschiedlich dar. In der Therapie muss daher nicht nur dem jeweiligen Störungsbild, sondern auch dem jeweiligen Integrationsniveau Rechnung getragen werden. Besonders bei frühen Störungen kommt die undifferenzierte Wirkungsweise der frühen Schutzmechanismen zum Tragen und verursacht eben aufgrund dieser Undifferenziertheit Leid. Ohne einen psychodynamischen Hintergrund wird dieser Mangel an konstruktiver Selbstregulierung nicht verständlich. Wie auch in einem Fallbeispiel gezeigt bedeutet dies für das therapeutische Vorgehen, dass etwa bei einem gering integrierten Strukturniveau die dennoch unabdingbare Konfrontation mit den rigiden Abwehrmechanismen vorsichtig geschehen muss, da sonst ein Beziehungsabbruch riskiert wird. Die genannten rigiden Abwehrmechanismen zeigen sich mitunter bei der Verarbeitung einer HIV-Infektion besonders stark, da diese eine Bedrohung in mehreren Lebensbereichen darstellen kann.

Diese Bedrohung gilt selbstverständlich für jedes Integrationsniveau der psychischen Struktur: Wie anhand eines weiteren Fallbeispiels erläutert, kann es aufgrund der psychischen Belastung zu einem vorübergehenden Absinken des Strukturniveaus auf die nächstgelegene Stufe kommen. Sobald Stabilisierung eintritt, ist auch eine Rückkehr zum gewohnten Strukturniveau möglich und wahrscheinlich.

Die Kontaktfunktionen, wie sie in der Gestalttherapie beschrieben werden, beziehen sich hingegen nicht auf ein psychodynamisches Modell, sondern auf das Kontaktmodell der Gestalttherapie. Der Einsatz einer bestimmten Kontaktfunktion ist nicht an ein bestimmtes Integrationsniveau gebunden. Somit lassen sich auch keine Rückschlüsse von einer bestimmten Kontaktfunktion auf ein bestimmtes Integrationsniveau ziehen. Nichtsdestotrotz stellt das Konzept der Kontaktfunktionen einen wertvollen Beitrag für die Psychotherapie dar: Es macht das Muster bestimmter Denk- und Handlungsweisen transparenter, sodass diese aufgebrochen und aufgrund neuer Erfahrungen, die auch in der Therapie gemacht werden, verändert werden. Mit dem Kontaktmodell und den Kontaktfunktionen als Hintergrundwissen ist es daher gut möglich, in der Therapie „nicht in den leeren Raum zu arbeiten“, sondern erstarrte Muster erkennbar zu machen und – dem Tempo des Klienten angepasst – wieder flexibler einsetzbar zu machen.

Es zeigt sich, dass Psychotherapie oft sehr stützend nach dem Erhalt eines HIV-positiven Testergebnisses ist, um akute Belastungen und Ängste abzufangen bzw. zu bearbeiten. Bei anderen Klienten treten Probleme erst im Laufe der Infektion auf, etwa wenn erste Symptome sichtbar werden oder wenn Probleme mit dem Umfeld – sei es im privaten oder im beruflichen Bereich – auftreten. Wichtig in der Arbeit mit HIV-positiven Personen ist, die Einschränkung mitzubeachten, dass die HIV-Infektion nicht „wegtherapiert“ werden kann. Dies ist, meiner Meinung nach, sowohl die besondere Herausforderung für die Therapeutin als auch für den Klienten, da der Wunsch, „dass alles wieder gut wird“ in dieser Form nicht erfüllt werden kann und „nur“ eine Annäherung in Form von gelungener Trauerarbeit und konstruktivem Umgang mit der Infektion stattfinden kann. Umso wichtiger ist neben der Würde, wie sie in der Gestalttherapie betont wird, auch die Beachtung von vorhandenen Ressourcen und Resilienzen sowie das Fördern und Herausarbeiten von möglichen Copingstrategien, da die Auseinandersetzung mit der HIV-Infektion auch nach

Abschluss einer Psychotherapie nicht beendet sein wird. Ich betrachte eine Psychotherapie daher in diesem Rahmen unter Anderem dann als gut abgeschlossen, wenn entsprechend der jeweils individuellen Möglichkeiten eine Auseinandersetzung mit den vorherrschenden Problemen stattgefunden hat und der Klient Abwehrmechanismen flexibel einsetzen kann. Dies ist insofern stimmig mit den Konzepten der Abwehrmechanismen und der Kontaktfunktionen, da auch dort jeweils die nützlichen und sinnvollen Funktionen betont werden, die erst dann problematisch werden, wenn es zu einer Erstarrung kommt.

## Literaturverzeichnis

Aids Hilfe Wien (Hrsg.). (2011). *AIDS Statistik*. Zugriff am 19.10.2011. Verfügbar unter <http://www.aids.at/index.php?id=15>.

Aids Hilfe Wien (Hrsg.). (2006). *Handbuch Langzeitberatung*. Unveröffentlichtes Handbuch.

Aids Hilfe Wien (Hrsg.). (2011). *FAQ*. Zugriff am 3.11.2011. Verfügbar unter <http://www.aids.at/index.php?id=14>.

Aka-Dago-Akribi, Hortense, Msellati, P., Yapi, D., Welfens-Ekra, C. & Dabis, F. (2001). Procreation and child desire of women living with HIV in Abidjan, Cote d'Ivoire. *Psychology, Health and Medicine*, Vol.6(3), 283-291.

Amendt-Lyon, Nancy, Bolen, Inge & Höll, Kathleen. (2004). Konzepte der Gestalttherapie. In Hochgerner, Markus, Hoffmann-Widhalm, Herta, Nausner, Lieselotte & Wildberger, Elisabeth (Hrsg.), *Gestalttherapie* (S.101-124). Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Arbeitskreis OPD (Hrsg.). (2007). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung*. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

Bauer, Joachim. (2010). *Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern*. München: Piper Verlag GmbH.

Blankertz, Stefan & Doubrawa Erhard. (2005). *Lexikon der Gestalttherapie*. Wuppertal: Peter Hammer Verlag.

Bock, Marlene & Reimitz, Monika. (1992). Zum Umgang mit AIDS in Paarbeziehungen und Familien. In Ermann, Michael & Waldvogel, Bruno (Hrsg.), *HIV-Betroffene und ihr Umfeld. Ergebnisse aus psychosozialer Forschung und Praxis* (S.165-173). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

Die AIDS-Hilfen Österreichs (Hrsg.). (2002). *HIV/AIDS Handbuch*. Salzburg.

Die AIDS-Hilfen Österreichs (Hrsg.). (2008). *Aspekte+. Leben mit HIV*. Broschüre der AIDS-Hilfen Österreichs.

Dreitzel, Hans Peter. (2004). *Gestalt und Prozess. Eine psychotherapeutische Diagnostik oder: Der gesunde Mensch hat wenig Charakter*. Bergisch Gladbach: Edition Humanistische Psychologie.

Dunde, Siegfried (Hrsg.). (1989). *Psychotherapie bei HIV-Infektionen und AIDS*. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.

Dunde, Siegfried. (1990). Die Bedeutung von Psychotherapie für das psychische und immunologische Befinden HIV-Infizierter Menschen. In Deutsche AIDS-Stiftung „Positiv leben“, *Aids und Psyche. Zum Einfluss von Psyche und Immunsystem auf den Verlauf der HIV-Infektion* (S.171-180). Berlin: Edition Sigma.

Eppelsheimer, Hans. (1992). Einzeltherapie eines HIV-Positiven Süchtigen. Eine Fallstudie. In Krisch, Renate & Ulbing, Madelaine (Hrsg.), *Zum Leben finden. Beiträge zur angewandten Gestalttherapie* (S. 193–210). Köln: Edition Humanistische Psychologie.

Ermann, Michael. (1997). *Psychotherapeutische und psychosomatische Medizin. Ein Leitfaden auf psychodynamischer Grundlage*. Stuttgart: Kohlhammer.

Fasce Cayo, Ninoshka. (2007). *Auswirkungen eines psychotherapeutischen Programms auf die Lebensqualität HIV-1-positiver Menschen in Peru und Deutschland*. Tübingen: Dissertation, Universität Tübingen.

Gogl, Stefanie, Jöchel, Margret, Kitchen, Maria, Scarcletti, Mario & Zangerle, Robert. (2010). *HIV/AIDS In Austria 2010. 17th Report Of The Austrian HIV Cohort Study*. Wien: AGES – Austrian Agency for Health and Food Safety.

Goldstein, Kurt. (1934). *Der Aufbau des Organismus. Einführung in die Biologie unter besonderer Berücksichtigung der Erfahrungen am kranken Menschen*. Den Haag: Nijhoff.

Gremmler-Fuhr, Martina. (2001). Grundkonzepte und Modelle der Gestalttherapie. In Fuhr, Reinhard, Sreckovic, Milan & Gremmler-Fuhr, Martina (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (S. 345-392). Göttingen. Hogrefe-Verlag.

Hebling, E.M. & Hardy, E. (2007). Feelings related to motherhood among women living with HIV in Brazil: A qualitative study. *AIDS Care*, Vol.19(9), 1095-1100.

Heim, Edgar. (1993). Der Bewältigungsversuch in Krise und Krisenintervention. In Schnyder, Ulrich & Sauvant, Jean-Daniel (Hrsg.), *Krisenintervention in der Psychiatrie* (S.27-43). Bern: Hans Huber Verlag.

Hartmann-Kottek, Lotte. (2008). *Gestalttherapie*. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

Hüsler, Gebhard, Werlen, Egon & Sigrist, Michael. (2002). Psychotherapie mit HIV-Patienten – Effekte einer Gruppentherapie. In Strauß, Bernhard (Hrsg.), *Psychotherapie bei körperlichen Erkrankungen* (S.253–268). Göttingen: Hogrefe-Verlag.

Hutterer-Krisch, Renate & Amendt-Lyon, Nancy. (2004). Gestaltdiagnostik – Gestalttradition und grundlegende diagnostische Modelle und Konzepte. In Hochgerner, Markus, Hoffmann-Widhalm, Herta, Nausner, Lieselotte & Wildberger, Elisabeth (Hrsg.), *Gestalttherapie* (S.289-306). Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Klepner, Perry. (1992). HIV/AIDS and Gestalt therapy. *Gestalt Journal*, 15(2), 5-24.

Krisch, Renate. (1992). Der gestalttherapeutische Krankheitsbegriff. In Krisch, Renate & Ulbing, Madelaine (Hrsg.), *Zum Leben finden. Beiträge zur angewandten Gestalttherapie* (S.63-110). Köln: Edition Humanistische Psychologie.

Langer, Phil C. (2011a). „Und was jetzt“? Das Dilemma der Langzeitüberlebenden. *Projekt Information*, Jahrgang 19, Nr.2, 14-16.

Langer, Phil C, (2011b). Wessen Dilemma? *Projekt Information*, Jahrgang 19, Nr.3, 15-17.

Lenz, Gerhard & Küfferle, Bernd. (1998). *Klinische Psychiatrie. Grundlagen, Krankheitslehre und spezifische Therapiestrategien*. Wien: Facultas Universitätsverlag.

Lemmen, Karl. (1996). Psychosoziale Beratung und Krisenintervention im Rahmen von Aidshilfe. In Deutsche AIDS-Hilfe e.v. (Hrsg.), *Psychotherapie bei Aids* (S.123-134). Berlin: Ullstein Mosby.

Mentzos, Stavros. (1991). *Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Mentzos, Stavros. (2009). *Lehrbuch der Psychodynamik. Die Funktion der Dysfunktionalität psychischer Störungen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co.KG.

Perls, Fritz. (2007). *Grundlagen der Gestalt-Therapie. Einführung und Sitzungsprotokolle*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Perls, Frederick S., Hefferline, Ralph F. & Goodman, Paul. (1991). *Gestalt-Therapie. Lebensfreude und Persönlichkeitsentfaltung*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Perls, Frederick S., Hefferline, Ralph F. & Goodman, Paul. (2007). *Gestalttherapie. Zur Praxis der Wiederbelebung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Perls, Laura. (2005). *Leben an der Grenze. Essays und Anmerkungen zur Gestalt-Therapie*. Bergisch Gladbach: Edition Humanistische Psychologie – Verlag Andreas Kohlhage.

Petzold, Hilarion. (1984). Vorüberlegungen und Konzepte zu einer integrativen Persönlichkeitstheorie. *Integrative Therapie. Zeitschrift für Verfahren Humanistischer Psychologie und Pädagogik*, 10(1984), 159-189.

Petzold, Hilarion G. (2001). *Integrative Therapie – Das „biopsychosoziale“ Modell kritischer Humantherapie und Kulturarbeit. Ein „lifespan developmental approach“ Theorie, Praxis, Wirksamkeit. Jubiläumsausgabe zum 25jährigen Bestehen der Zeitschrift „Integrative Therapie“*. Paderborn: Junfermann Verlag.

Petzold, Hilarion G. & Müller, Lotti. (2004). Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie: Protektive Faktoren und Resilienzen in der diagnostischen und therapeutischen Praxis. *Psychotherapie Forum*, (2004) 12, 185-196.

Polster, Erving & Polster, Miriam. (2001). *Gestalttherapie. Theorie und Praxis der integrativen Gestalttherapie*. Wuppertal: Peter Hammer Verlag.

Prieger, Almut & Schwinn, Erika. (1988). *„Im Knast Therapie – das schafft ihr nie!“. Gestalttherapie hinter Gittern. Erfahrungen mit Integrativer Therapie in einem Projekt für inhaftierte drogenabhängige Frauen*. Frankfurt am Main: dipa-Verlag.

Reddemann, Luise (2011). *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT – Das Manual. Ein resilienzorientierter Ansatz in der Psychotraumatologie*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Reddemann, Luise & Dehner-Rau, Cornelia. (2008). *Trauma. Folgen erkennen, überwinden und an ihnen wachsen. Ein Übungsbuch für Körper und Seele*. Stuttgart: Trias Verlag.

Roja, Roberto, Schlicht, Wolfgang, Hautzinger, Martin, Escobar, Luis & Bock, Julia. (2002). Sport und Psychotherapie. Wirkungen auf psychosoziale und physiologische Zustände bei HIV-1 positiven Menschen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 10 (4), 147-156.

Rosenblatt, Daniel. (1994). Gestalttherapie mit AIDS-Patienten. *Gestaltkritik*. 1. Zugriff am 26.09.2011. Verfügbar unter <http://www.gestalt.de/aids.html>

Rudolf, Gerd. (2008). Struktur als psychodynamisches Konzept der Persönlichkeit. In Rudolf, Gerd, Grande, Tilman & Henningsen, Peter (Hrsg.), *Die Struktur der Persönlichkeit. Theoretische Grundlagen zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen* (S.2-48). Stuttgart: Schattauer.

Rudolf, Gerd. (2010). *Psychodynamische Psychotherapie. Die Arbeit an Konflikt, Struktur und Trauma*. Stuttgart: Schattauer.

Salem, Elisabeth. (2001). Gestalttherapie und narzißtische Störungen. In Fuhr, Reinhard, Sreckovic, Milan & Gremmler-Fuhr, Martina (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (S.733-746). Göttingen. Hogrefe-Verlag.

Salem, Elisabeth. (2004). Frühe Störungen als Anwendungsgebiet von Gestalttherapie. In Hochgerner, Markus, Hoffmann-Widhalm, Herta, Nausner, Lieselotte & Wildberger, Elisabeth (Hrsg.), *Gestalttherapie* (S.289-306). Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Schuster, Peter & Springer-Kremser, Marianne. (1997). *Bausteine der Psychoanalyse. Eine Einführung in die Tiefenpsychologie*. Wien: WUV-Universitätsverlag.

Siemens, Harm. (1993). A Gestalt approach in the care of persons with HIV. *Gestalt Journal*, 16(1), 91-104.

Siemens, Harm. (2000). The Gestalt approach: Balancing hope and despair in persons with HIV/AIDS. *Gestalt Journal*, 23(2), 73-79.

Singer, Allan. (1999). Gestalt-Paartherapie mit schwulen Paaren: Die Erweiterung des therapeutischen Gewährseinshintergrund. In Wheeler, Gordon & Backman, Stephanie (Hrsg.), *Gestalttherapie mit Paaren* (S.163-182). Wuppertal: Peter Hammer Verlag.

Staemmler, Frank-M. (2009). *Was ist eigentlich Gestalttherapie? Eine Einführung für Neugierige*. Bergisch Gladbach: Verlag Andreas Kohlhage.

Stein, Claudius. (2009). *Spannungsfelder der Krisenintervention. Ein Handbuch für die psychosoziale Praxis*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Struempfel, Uwe. (1992). Psychotherapeutische Begleitung von Menschen mit HIV und AIDS. *Gestalttherapie*, 6(2), 67-74.

Stummer, Klaus. (2009). Psychologische Aspekte im Umgang mit HIV/AIDS. *Plus Minus*, 2/2009, 13-15.

UNAIDS. (2011). *Report On The Global AIDS Epidemic 2010*. Zugriff am 19.10.2011. Verfügbar unter [http://www.unaids.org/globalreport/Global\\_report.htm](http://www.unaids.org/globalreport/Global_report.htm).

Vogt-Hillmann, Manfred. (1997). Evaluation systemischer Psychotherapie bei der Behandlung psychosomatischer Patienten. Möglichkeiten systemtherapeutischer Interventionen am Beispiel HIV-infizierter und AIDS-erkrankter Patienten. *Fortschritte der Psychologie, Band 20*.

Votsmeier, Achim. (2001). Grundsätze der Gestalttherapie bei strukturellen Störungen. In Fuhr, Reinhard, Sreckovic, Milan & Gremmler-Fuhr, Martina (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (S.715-732). Göttingen. Hogrefe-Verlag.

Votsmeier-Röhr, Achim. (2005). Das Kontakt-Support-Konzept von Lore Perls und seine Bedeutung für die heutige Gestalttherapie. *Gestalttherapie*, 19,2, 29-39.

Weinel, Elke. (1991). Zur Indikation psychoanalytisch orientierter Psychotherapie bei HIV-/AIDS-Patienten. In Richter, Horst Eberhard & Wirsching Michael (Hrsg.), *Neues Denken in der Psychosomatik* (165-172). Frankfurt a. M.: Fischer Taschenbuch Verlag.

Weingart, Brigitte, Schaefer, A. & Stauber, Manfred. (1988). Zur psychischen Verarbeitung des AIDS-Problems bei schwangeren Frauen. In Prill, H. J., Stauber, Manfred & Teichmann, A. (Hrsg.), *Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe 1987. Erfahrungen und Ergebnisse* (S.141-151). Berlin: Springer.

WHO (Weltgesundheitsorganisation). (2009). *Übersetzung Verfassung der Weltgesundheitsorganisation*. Zugriff am 19.10.2011. Verfügbar unter [http://www.admin.ch/ch/d/sr/0\\_810\\_1/](http://www.admin.ch/ch/d/sr/0_810_1/).

Zimbardo, Philip G. (1995). *Psychologie*. Berlin: Springer-Verlag.

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Abwehrmechanismen nach Mentzos (2009, S.47) .....	44
--	----

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Dreidimensionale Diagnostik psychischer Störungen (A, B, C).....	57
Abbildung 2: Einordnung verschiedener klinischer Bilder im dreidimensionalen Modell (Modus, Struktur, Konflikt).....	59