

BILDERSPRACHE UND SZENISCHES VERSTEHEN  
ANHAND DES  
"THERAPEUTISCHEN SANDSPIELS"  
IN DER  
INTEGRATIVEN GESTALT THERAPIE  
-  
EINE METHODE IN DER KINDER-, JUGEND- UND ERWACHSENEN-  
(GESTALT-) PSYCHOTHERAPIE

Master Thesis zur Erlangung des akademischen Grades

„Master of Science“

im Universitätslehrgang

Psychotherapie (Master of Science) - Integrative Gestalttherapie Upgrade 2

von

Claudia Wielander

Department für

Psychosoziale Medizin und Psychotherapie

an der Donau - Universität Krems

Betreuer: Dr. Volkmar Baulig

Göfis, 2.12.2009

## EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Claudia Wielander, geboren am 9.5.1964 in D - Düsseldorf erkläre,

1. dass ich meine Master Thesis selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Master Thesis bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,
3. dass ich, falls die Arbeit mein Unternehmen betrifft, meinen Arbeitgeber über Titel, Form und Inhalt der Master Thesis unterrichtet und sein Einverständnis eingeholt habe.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift

## ABSTRACT

**Titel:** Bildersprache und szenisches Verstehen anhand des "Therapeutischen Sandspiels" in der integrativen Gestalttherapie - Eine Methode in der Kinder-, Jugend- und Erwachsenen- (Gestalt-) Psychotherapie

**Verfasserin:** Claudia Wielander

In der vorliegenden These wird die Methode des „Therapeutischen Sandspiels“, basierend auf den Theorien C. G. Jungs, diskutiert und anhand der Themen Spiel, Sprache und Kreativität in die Theorien der Integrativen Gestalttherapie eingearbeitet. Der Fokus liegt dabei auf dem nonverbalen Ausdruck durch Bilder und Szenen. Das Spielen im Sand stellt einen therapeutischen Schutzraum dar, in dem persönliche Entwicklung und Gesundung geschieht. Ebenso wird auf diagnostische Möglichkeiten und Fragestellungen eingegangen. Es entsteht hiermit eine neue, kreative Methode der Integrativen Gestalttherapie, die in der Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen verwendet werden kann. Am Ende der Arbeit werden zwei Falldarstellungen anhand von Bildmaterial dargestellt.

This thesis discusses the method of “therapeutic sandplay”, based on the theories of C. G. Jung. The approach is incorporated into the theories of Integrative Gestalt Therapy based on play, language and creativity. The focus is upon the nonverbal expression through pictures and scenes. Playing in the sand represents a Therapeutic Shelter, in which personal development and recovery take place. Diagnostic possibilities and questions are explored as well. A new creative method of Integrative Gestalt Therapy develops hereby, which can be used in the work with children, adolescents and adults. At the end of this paper two case studies are being illustrated via visual material.

**Typ der Arbeit:** Theoriearbeit mit Praxisbezug

**Ziel:** Ziel ist es anhand der Methode des „Therapeutischen Sandspiels“ die große Bedeutung des nonverbalen psychotherapeutischen Zugangs (in der Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen) aufzuzeigen. Eine sehr gut zu integrierende Arbeitsweise in die Integrative Gestalttherapie.

Das Medium des Spielens im Sand wird als therapeutischer Schutzraum gesehen, in dem persönliche Entwicklung und Gesundheit (scheinbar) wie von selbst geschieht. Zusätzlich wird die Einbettung in das diagnostische Klassifikationssystem OPD beleuchtet.

**Inhalt:** Inhaltlich wird die Methode des therapeutischen Sandspiels (basierend auf den Theorien *C. G. Jungs*) diskutiert in der Theorie der integrativen Gestalttherapie anhand der (Entwicklungs-) Themen: Spiel, Sprache, therapeutische und kreative Prozesse, (OPD) Diagnostik und Praxisbezug.

**Ergebnis:** Die Anwendbarkeit des „Therapeutischen Sandspiels“ in der Integrativ - gestalttherapeutischen Praxis.

**4 - 5 Schlüsselwörter:** Therapeutisches Sandspiel; Integrative Gestalttherapie; nonverbale Methode der Kinder-, Jugend-, und Erwachsenen Psychotherapie; Bildersprache; Szenisches Verstehen.

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>Kapitel 1</b> .....	<b>1</b>
<b>VORWORT</b> .....	<b>1</b>
<b>EINLEITUNG</b> .....	<b>1</b>
<b>Kapitel 2</b> .....	<b>5</b>
<b>HAUPTTEIL</b> .....	<b>5</b>
Struktur und Aufbau der Arbeit.....	5
<b>Theoretischer Teil - Sandspiel</b> .....	<b>6</b>
Geschichte des Therapeutischen Sandspiels .....	6
Entwicklung und Vertreter .....	7
Inhaltlicher Hintergrund - Theoretische Konzepte von C.G. Jung .....	12
Methode des Therapeutischen Sandspiels .....	16
Bezug zu den Prinzipien der Integrativen Gestalttherapie .....	26
Unterschiedliche Prinzipien der Kindertherapie.....	30
Zusammenfassung und Ausblick .....	32
<b>Theoretischer Teil – Vertiefend</b> .....	<b>33</b>
Thematischer Überblick.....	33
Spiel .....	33
„Ohne Spielzeug bei mir kein Ernstzeug“ .....	33
Entwicklungspsychologie des Spiels.....	37
Was geschieht nun eigentlich beim Spielen? Wozu spielen Kinder?.....	40
Sprache .....	44
Bildung des kommunikativen Gedächtnisses und symbolischen Denkens .....	45
Symbolisierungsfähigkeit und Sprachentwicklung .....	48
Bildersprache - szenisches Verstehen .....	50
Kreative Prozesse .....	52
Wie wird der kreative Prozess in der Therapie möglich? .....	55
Diagnostik.....	58
Sandspieldiagnostik.....	58
Prozessuale Diagnostik der Integrativen Gestalttherapie.....	64
Prozessuale versus klassifikatorische Diagnostik.....	71
Klinische Diagnostik.....	74
DSM IV.....	75
Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik.....	76
Integrationsniveau Achse IV - Struktur nach OPD .....	76
Therapeutische Haltung oder wie weit kann dies im TS geleistet werden? .....	82
Diagnostik in der Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie.....	86
<b>CONCLUSIO</b> .....	<b>88</b>
<b>Kapitel 3</b> .....	<b>94</b>
<b>PRAKTISCHER TEIL</b> .....	<b>94</b>
Patient A.....	94
Patient B .....	102

## ABBILDUNGSVERZEICHNIS

<i>Nummer</i>	<i>Seite</i>
Abbildung 1: Der Sandkasten.....	17
Abbildung 2: Die Materialien .....	18
Abbildung 3: Tiere.....	19
Abbildung 4: Fahrzeuge .....	19
Abbildung 5: Gottesarchetypen .....	20
Abbildung 6: Kreativer Prozess .....	52
Abbildung 7: Raumsymbolisches Deutungsschema .....	60
Abbildung 8: Diagnostische Dimensionen und Interventionen .....	69
Abbildung 9: Aspekte gestalttherapeutischer Diagnostik .....	70
Abbildung 10: Zeitliche Aspekte der Figur - Grundbildung des Selbst.....	72
Abbildung 11: Teilfunktionen des Selbst – kategoriale Diagnostik .....	73
Abbildung 12: Kategoriale Diagnostik.....	74
Abbildung 13: Sandbild 1A.....	96
Abbildung 14: Sandbild 2A.....	96
Abbildung 15: Sandbild 3A.....	97
Abbildung 16: Sandbild 4A.....	98
Abbildung 17: Sandbild 5A.....	98
Abbildung 18: Sandbild 6A.....	99
Abbildung 19: Sandbild 7A.....	100
Abbildung 20: Sandbild 8A.....	100
Abbildung 21: Sandbild 9A.....	101
Abbildung 22: Sandbild 1B.....	103
Abbildung 23: Sandbild 2B.....	104
Abbildung 24: Sandbild 3B.....	105
Abbildung 25: Sandbild 4B.....	106
Abbildung 26: Sandbild 5B.....	107
Abbildung 27: Sandbild 6B.....	108
Abbildung 28: Sandbild 6B_Ausschnitt.....	109

## DANKSAGUNGEN / WIDMUNGEN

*Für meine erwachsenen Kinder*

*Judith und Jan,*

*die meine Spielleidenschaft teilen.*

„Nur wenn sie von anderen Menschen und gesellschaftlichen Institutionen Unterstützung erfahren, sind einzelne Menschen in der Lage, kulturell bedeutsame Artefakte zu schaffen.“ (Tomasello, 2006, 273)

Wie bedeutsam die vorliegende Arbeit ist, wird sich zeigen.

Schreiben konnte ich sie nur mit Unterstützung von Vielen, denen mein Dank gilt:

Dr. Walter Lindner, der mich im Therapeutischen Sandspiel ausbildete,

Meinen Patienten, die sich auf den Sandkasten einließen und besonders den beiden, die mir ihre Geschichten und ihr Bildmaterial zur Verfügung stellten,

Dr. Volkmar Baulig, mein universitärer Betreuer, der mich ermutigte Fakten zu schaffen,

Robert, mein Lebensmann, der viel Geduld aufbrachte und mich wunderbar bekochte,

Eduard und Viola, die viele Stunden für Korrekturvorschläge aufwendeten,

Anna, die mich immer wieder motivierte dranzubleiben und

Meinen Freunden, die Verständnis für meinen sozialen Rückzug in der Zeit des Schreibens zeigten.

## ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

### **Abkürzung**

TS	Therapeutisches Sandspiel
IGT	Integrative Gestalttherapie
GT	Gestalttherapie
KIP	Katathymes Bilderleben
DSM IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Nr.4
ICD 10	International Classification of Diseases, Nr.10
OPD	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik, Nr.1
GAF	Global Assessment of Functioning



## *Kapitel 1*

# BILDERSPRACHE UND SZENISCHES VERSTEHEN ANHAND DES "THERAPEUTISCHEN SANDSPIELS" IN DER INTEGRATIVEN GESTALTHERAPIE

## EINE METHODE IN DER KINDER-, JUGEND- UND ERWACHSENEN- (GESTALT-) PSYCHOTHERAPIE

### **VORWORT**

Die neuesten Forschungen der Neurowissenschaften (vgl. *Herles*, 2004, 32 - 43) kommen immer mehr zu der Erkenntnis, dass der haptische Zugang zur Welt zunehmend in den Hintergrund gerät. Unsere Erlebniswelten reduzieren sich mehr und mehr auf zweidimensionales Wahrnehmen in Form von TV und Computer. Das dreidimensionale Erleben, also die Erfahrungen über das Auge, das Ohr und die Hand treten in kindlichen Entwicklungen in den Hintergrund. Beeindruckt hat mich der Vortrag von Prof. Dr. *Diethard Herles* am 7. Symposium „Therapeutische und pädagogische Möglichkeiten mit Ton“ in Klingenmünster, in dem er sagte: „[...] *Sperrys* Untersuchungen sind für uns deshalb so wichtig, weil sie deutlich zeigen, dass das menschliche Gehirn in vielen Alltagszusammenhängen wesentliche Aufgaben nur nonverbal lösen kann, somit die dazu notwendigen Denkopoperationen den verbalen zumindest gleichrangig sind [...], dass der stumme Teil unseres Denkapparates auf derselben Stufe steht wie der Sprechende, dass auch jener wahrnehmen, denken, lernen und sich erinnern, folgern, wohl überlegte Entscheidungen treffen, unerwartete,

willkürliche Handlungen und komplizierte, erlernte Bewegungen ausführen kann.“  
(Herles D., 2004, 40, cit. Sperry, Roger, 1985, 82)

Die gesellschaftlichen Entwicklungen der vergangenen hundert Jahre veränderte innerhalb dreier Generationen den Lebensrhythmus und die Lebensformen eines großen Teils der Bevölkerung gleich zwei Mal völlig.

Die Veränderungen, die die Entwicklung von einer Agrargesellschaft zu einer Industriegesellschaft und gegenwärtig zur post - industriellen Informationsgesellschaft mit sich bringen, beeinflussen nicht nur die Arbeitswelt stark, sondern ebenso das Zusammenleben der Familien, den Umgang mit Partnerschaften und der freien Zeit, sowie den Kommunikationsstil.

Das Modell der traditionellen Familie wird abgelöst durch neue Gebilde der AlleinerzieherInnen - Familie und der Patchwork - Familie. Partner werden damit zu Lebensabschnittspartnern. Diese Familiensysteme erfordern für deren Funktionieren ein Mehr an Kommunikation und an Zeit, wovon wir scheinbar immer weniger zur Verfügung haben.

Gefahrlose und natürliche Spielräume für Kinder, als auch nicht - vorstrukturierte Kommunikationsräume zwischen Erwachsenen sind in unseren Wohnformen und Familienstrukturen wenig zu finden. Selbst Freizeitaktivitäten unterliegen einem Leistungsanspruch. In fast allen Arbeitsfeldern steigt der psychische Druck auf den Einzelnen.

Ständige wirtschaftliche Innovation und fortschreitende Globalisierung bringen eine Lockerung der Bindewirkungen von Nationen und Familie mit sich und schwächen damit die prägende Wirkung von Kirche, Glaube und historischen Vorbildern. Jeder ist für seine Werte zunehmend selbst verantwortlich.

Die damit einhergehende Digitalisierung der Kommunikation wirkt sich stark auf den Umgang mit Zeit, Sprache und (Zusammen-) Spiel aus. Wir kommunizieren im Telegrammstil mit Wortphrasen und verstecken persönlichen Kontakt, für den wir keine

Zeit mehr übrig haben, hinter kurzen Emails und Sms, suchen Partner über Internet - Plattformen und spielen alleine am PC mit virtuellen Freunden.

Nichts erscheint uns mehr klar und eindeutig - wir sind mit großen Unsicherheiten des Lebens konfrontiert. Besonders Männer kommen dabei immer häufiger an ihre Grenzen. Sie haben vielfach nicht erlernt wie sie sich ausdrücken sollen. Einerseits sprechen sie zu wenig mit ihren Partnerinnen und Kindern, andererseits sind sie gewohnt dabei sachlich zu bleiben und teilen ihre Gefühle wenig mit. Außerhalb von sportlichen Betätigungen gibt es kaum spielerisches Miteinander.

Dieser Gesellschaftswandel der sogenannten ersten Welt zeigt sich inzwischen weltweit in Schlafstörungen, Depressionen, Burnout - Phänomenen, in Angststörungen und Gewaltausbrüchen (z.B. Amokläufen). Des Menschen Sehnsüchte nach Kontakt und Beziehungen, nach Anerkennung und Sinnfindung sind jedoch geblieben. Hierauf hat die Integrative Gestalttherapie Antworten.

Therapeutische Prozesse werden immer wichtiger, weil hier Schutzräume entstehen, wo innegehalten werden kann. Wesentliche Bedürfnisse und Wünsche können durch das zur Verfügung stellen von Spielräumen, in denen Lösungen erarbeitet werden, ihren Raum und Ausdruck finden.

Die vorliegende Arbeit soll hierfür einen möglichen Zugang aufzeigen.



## **EINLEITUNG**

Diese Arbeit entstand aus dem Bedürfnis, die von mir in der täglichen Arbeit als sehr wertvoll erlebte, psychotherapeutische Methode: „Das Therapeutische Sandspiel“ (in der Folge mit TS abgekürzt) darzustellen und die Adaptierung für die Integrative Gestalttherapie theoretisch zu begründen.

Die Methode des Therapeutischen Sandspiels soll als Bereicherung der Integrativen Gestalttherapie dienen und dem TS selbst einen höheren Stellenwert, sowie mehr Beachtung in der Psychotherapie einräumen.

Mein Interesse gilt seit jeher jeder Form therapeutischen Spiels, den Themen Kreativität und Motivation, sowie dem diagnostisch - differenzierten Einsatz kreativer Medien / Methoden. Dabei beschäftigt mich vor allem der sprachlose Zugang zu den Emotionen und die Bedeutung der Sprache, sowie der „Nicht - Sprache“ in therapeutischen Gesundungs- und Entwicklungsprozessen.

Es ist mir wichtig festzuhalten, dass mir neben meiner (fallweisen) Arbeit mit Kindern und Jugendlichen vor allem der spielerische Zugang in der Erwachsenen-Psychotherapie zunehmend bedeutsam erscheint.

Die vorliegende Arbeit ist ebenso ein Plädoyer für mehr Sinneserfahrung über den sinnfreien Zugang des Spiels, für mehr Raum zum (scheinbar) sinnlosen Experimentieren, welche in der Folge auch „flow“ Erfahrungen kreativen Ausdrucks ermöglichen. (Vgl. *Perls*, 1991) (Vgl. *Csikszentmihalyi, M.*, 2008)

Auch im psychotherapeutischen Tun wird viel reflektiert und viel gesprochen über Gedachtes. Gerade die Integrative Gestalttherapie aber ermöglicht durch ihre methodischen Angebote auch ein hohes Maß an neuen Sinneserfahrungen. Sie bietet experimentellen Raum als einen Ort für Spielerfahrungen im Sinne des Anknüpfens am „inneren Kind“. (Vgl. *Winnicott, D.W.*, 2006)

Die Realitätsumwandlung im kindlichen Spiel hat den tieferen Sinn, sich nebst der realen, begrenzten Welt eine eigene, innere Welt zu konstruieren, die nach den eigenen Vorstellungen und dem Wohlbefinden eingerichtet werden kann. Es ist dies ein für die Menschwerdung lebensnotwendiges und konstitutives Handeln, damit sich der erwachsene Mensch später in Tagträume versetzen kann, sich gewünschte Situationen ausdenken kann und damit der realen Welt entfliehen und sie neu gestalten kann. (Vgl. *Oerter*, 1999, 13) Diesem Handeln wird in der Therapie wieder Raum gegeben. „Nicht Vorstellung und Phantasie sind die Ursache für die Spieltätigkeit, sondern umgekehrt: das Spiel schafft die Rahmenbedingungen für die Entwicklung von Vorstellung und Phantasietätigkeit“ (*ibid.*, 14), die nötig ist um kreative Lösungen finden zu können.

Ebenso gibt es eine Vielzahl von Patienten, die diese Zugänge auch benötigen, weil sie mit rein sprachlichen Angeboten nichts anfangen können. Sei es, da sie aufgrund von sozial - emotionalen Defiziten oder geistigen Beeinträchtigungen über wenig Reflexionsvermögen verfügen, oder weil sie traumatisiert sind, oder weil sie über wenig (deutsche Mutter-) Sprache verfügen, oder ganz einfach, weil sie Kinder sind.

In Zeiten reduzierter Ressourcen für Psychotherapie ist es mir ebenso ein Anliegen dennoch eine effiziente Behandlung anbieten zu können. Prozesse sind heute kürzer, spontaner, schneller und sollten ebenso heilsam wirken.

Das therapeutische Sandspiel ist eine Einladung an Alle: an Kinder, Jugendliche und Erwachsene, an Patienten, an Migranten, an beeinträchtigte Menschen. Es ist eine Chance „Sprachloses“ und „Atmosphärisches“ auszudrücken um „Gestalten“ gesund schließen zu können.

Es ist aus meiner Sicht ebenso nicht mehr zeitgemäß von „nicht - therapiefähigen Patienten“ zu sprechen. Meines Erachtens ist es an der Zeit, dass sich Fachleute aufmachen um Zugangsschwellen abzubauen um fachlich kompetente Leistungen allen Menschen, die deren Hilfe bedürfen, zugänglich und möglich zu machen.

Mein beruflicher Werdegang entspringt der sozialen Arbeit, sodass ich eine hohe Affinität zu Menschen mit mangelnden Ressourcen entwickelt habe. Menschen mit Zugangshindernissen zu Bildung und Geld haben oft auch den Mangel einer ausreichenden emotionalen Entwicklung erlebt. Sie haben deshalb einerseits einen hohen Bedarf an psychotherapeutischer Leistung bei gleichsam hohem Zugangshindernis durch (andauernden) Mangel an Geld, Bildung, sprachlicher Ausdrucksfähigkeit und sozialen Kontakten. Oft entsprechen sie, auch bei den Psychotherapeuten nicht, dem erwarteten Klientel.

Meine Forschungsfrage lautet: Wie kann das Therapeutische Sandspiel nach *C.G.Jung* in den theoretischen Konzepten der Integrativen Gestalttherapie Platz finden?

Dabei beschäftigen mich die folgenden Fragen: Wodurch wird das Therapeutische Sandspiel zur relevanten und praktikablen Methode in der Kinder-, Jugend- und Erwachsenen- Gestaltpsychotherapie? Was bedeutet in diesem Kontext : „Szenisches Verstehen“ und „Bildersprache“ ?

Ich möchte bereits in der Darstellung der geschichtlichen Entwicklung der Methode implizit zeigen, welche gemeinsamen Wurzeln mit der Integrativen Gestalttherapie (IGT) vorhanden sind. Auch vermute ich, dass viele Prinzipien der IGT im Therapeutischen Sandspiel (TS) wiedererkannt werden können. Um der Kinder- und Jugendpsychotherapie gerecht zu werden, gehe ich auf spezielle Faktoren dieser Arbeit ein.

Die Methode des TS stelle ich in der vorliegenden Arbeit auf mehrere Säulen: Entwicklungspsychologisch auf die beiden Säulen (szenisches) Spiel und (Bilder-) Sprache, prozessorientiert auf das Thema Kreativität und als vierte Säule versuche ich das TS in die Diagnostik der integrativen Gestalttherapie einzuordnen.

Die Veranschaulichung der methodisch - therapeutischen Praxis dient der Beantwortung der Frage wie das TS in die IGT auch praktisch integriert werden kann.

Es wurde die männliche Schreibform für die leichtere Lesbarkeit gewählt, dabei sind aber beiderlei Geschlechter gleichermaßen gemeint.

## **HAUPTTEIL**

### **Struktur und Aufbau der Arbeit**

Im ersten Teil werden die Entstehungsgeschichte des Sandspiels und die theoretischen Konzepte von *C.G. Jung* als „Hintergrund“, die Beschreibung der Methode als „Figur im Vordergrund“ der vorliegenden Arbeit beschrieben.

In den darauffolgenden Teilen werden die dazu gehörigen Prinzipien der Integrativen Gestalttherapie und die unterschiedlichen Prinzipien der Kinder-, Jugend- und Erwachsenenpsychotherapie dargestellt.

Es folgen vertiefende Kapitel zu den Themen Spiel, Sprache, Kreativität und Diagnostik. Dabei wird auf das Wesen des (kindlichen) Spiels und seine Bedeutung für die Entwicklung des Menschen in Bezug auf seine Fähigkeit zur Handlungsplanung, seiner Symbolisierungsfähigkeit und Sprachentwicklung eingegangen. Über die Beschreibung der Sandspieldiagnostik zur prozessualen Diagnostik der IGT wird ein Übergang zur OPD<sup>i</sup> hergestellt um die beschriebene Methode in das Strukturniveau der OPD einzuordnen.

Unentbehrlich ist es den Blick auf kreativ - therapeutische Prozesse zu richten, sowie im Hinblick auf den Einsatz der Methode des TS den differenzierten diagnostischen Blick einzunehmen.

Nach einer theoretischen Conclusio, die die Forschungsfrage beantworten soll, wird im letzten Teil der Arbeit der Bogen über die Praxeologie des Therapeutischen Sandspiels gespannt. Fallbeispiele und Bildmaterial fließen ein.



# Theoretischer Teil - Sandspiel

## Geschichte des Therapeutischen Sandspiels

In diesem Teil stelle ich dar, wie sich das Therapeutische Sandspiel geschichtlich entwickelt hat. Wenngleich *Carl Gustav Jung* als Urvater mit seiner *Jung'schen* Psychoanalyse den theoretischen Rahmen gab, so waren es doch seine Schülerinnen, die das Sandspiel zu einer anwendbaren therapeutischen Methode entwickelten.

Es gab bereits Vorläuferkonzepte, wie die „World Technique“ von *Margaret Lowenfeld* und psychologische Tests. Die Schweizerin *Dora Maria Kalff* (2000) gilt als die eigentliche Begründerin der *Jung'schen* Sandspielmethode in den 60er Jahren, die sich in ihren entwicklungspsychologischen Konzepten auf *Erich Neumann* (1973) stützte.

So nahm die Entwicklung ihren Ausgang am Züricher See in der Schweiz und ist mittlerweile in den USA, der Schweiz und Deutschland weiterentwickelt worden. Inzwischen hat sich die Sandspielmethode bis nach Asien, Australien, Südamerika und Osteuropa ausgebreitet.

In der Schweiz und Deutschland gibt es eine Vereinigung namens ISST (Internationale Gesellschaft für Sandspieltherapie) mit Sitz in der Schweiz, die Kongresse, Aus- und Fortbildungen für Interessierte am TS anbietet. Die Zeitschrift „Sandspiel - Therapie“ wird als gemeinsames Organ der deutschen und schweizerischen Gesellschaft für Sandspieltherapie in Deutschland herausgegeben.

Als weitere bedeutende und aktuelle Vertreterin ist *Ruth Ammann* (2001) zu nennen.

Ich stütze mich auf die genannten Personen, sowie auf *Rie Rogers Mitchell* und *Harriet S. Friedman* (beide, 1997), die einen guten Überblick über die unterschiedlichsten Konzepte, Forschungen, Anwendungen und gegenwärtigen Entwicklungen geben.

In Österreich hat *Walter Lindner* das TS mit den methodischen Konzepten des KIP<sup>ii</sup> verbunden. Ich durfte eine gute, praxisorientierte Weiterbildung bei ihm besuchen.

Dabei ist mir aufgefallen, dass sich vieles mit den Prinzipien der Integrativen Gestalttherapie verbinden lässt. *Lindner* nennt das TS, aufgrund der vielfältigen Entwicklungsstränge „Integratives Sandspiel“.

Das gewöhnliche Spielen mit Sand ist seit Menschengedenken faszinierend und jeder, der bereits am Sandstrand oder nur am Rand einer Sandkiste verweilen konnte, wird zumindest berichten, dass er zu spielen begonnen hat.

## Entwicklung und Vertreter

H.G.WELLS, CARL GUSTAV JUNG, MARGARET LOWENFELD, DORA MARIA  
KALFF, RUTH AMMANN

Der britische Schriftsteller *H.G. Wells* (1866 – 1946), Autor der bekannten Bücher „Die Zeitmaschine“ (1895) und „Der Krieg der Welten“ (1898) schrieb auch ein unbekanntes Buch „Floor Games“ (1911), welches er selbst als sehr unbedeutend erachtete. Er beschreibt darin die um 1900 ungewöhnliche Situation wie ein Vater (er selbst) mit seinen zwei Söhnen spontan mit Figuren und kleinen Objekten am Boden spielt. *Wells* gilt als unkonventioneller Denker, der als Radikaler und Feminist angefeindet und von der damaligen Jugend 1934 als Kultfigur gefeiert wurde.

In diesem Buch beschreibt er ein tagelanges „Städtebauspiel“ und das „Spiel der wunderbaren Inseln“. (Vgl. *Mitchell / Friedmann*, 1997, 22 - 24) *Wells* kannte *C.G.Jung* und teilte mit ihm das Interesse am Konzept des „kollektiven Unbewussten“ und der „kreativen Imagination“.

Jahre später griff *Margaret Lowenfeld* seine Ideen auf und entwickelte diese auf der Ebene der psychologischen Anwendungsmöglichkeiten weiter. So großen gesellschaftspolitischen Einfluss seine Bücher und Filme auch nahmen, so hatte *Wells*

keine Ahnung, welchen großen Einfluss er auf die Weiterentwicklung der Kinderpsychotherapie bekommen sollte. (Vgl. *ibid.*, 22 - 26)

*Margaret Lowenfeld* (1890 – 1973) wurde in London geboren. Ihr Vater Henry (Heinz) Lowenfeld, polnisch - jüdischer Herkunft, hatte 1880 im polnischen Freiheitskampf alles verloren und ist nach England geflüchtet, wo er wieder zu Reichtum und Ansehen gelangte. Sie verbrachte eine unglückliche Kindheit in Polen und England. Durch den Kontakt zu ihren deutschen Cousins in Polen lernte sie Polnisch und Deutsch verstehen.

Sie, die den kunstliebenden Vater verehrte, litt unter der frühen Scheidung ihrer Eltern. Die Mutter wurde daraufhin häufig krank und Margaret ebenso. Sie konnte aber, so wie ihre Schwester, Medizin studieren und schloss 1918 ihr Studium ab. Ein Jahr später, während des Krieges, ging sie nach Osteuropa und arbeitete in Kriegslagern. Nach dem Militärdienst blieb sie im neuen Staat Polen. Die schweren Kriegsjahre mit Entbehrungen hatten ihr Denken geformt und „ihr Verständnis für die innere Welt des Kindes sensibilisiert.“ (*ibid.*, 30) Die Kriegserfahrungen verglich sie mit einer psychoanalytischen Analyse, die eine Tür zu ihrem Inneren geöffnet hatte. (Vgl. *ibid.*) Zurück in England engagierte sie sich in der Behandlung von kranken und unterernährten Kindern und forschte zur kindlichen Entwicklung. 1928 verließ sie die traditionelle medizinische Kinderpraxis um eine der ersten psychologischen Kliniken für Kinder zu gründen. (Vgl. *ibid.*, 31)

Während dieser Zeit erinnerte sie sich an *Well's* Buch und übersetzte seine Beschreibungen in eine psychotherapeutische Methode. Sie sammelte alle Arten von Materialien und entwickelte ihre Methode in das Spiel mit Sandkasten und Wasser weiter. „In weniger als drei Monaten, nachdem ein metallener Sandkasten auf einem Tisch und ein Regal mit vielen kleinen Figuren zu der Ausstattung des Spielzimmers hinzugekommen waren, hatte sich spontan eine neue Methode entwickelt, die von den Kindern selbst kreiert worden war“ (*Lowenfeld* 1979, 280 - 1)“ (*ibid.*, 32 cit. nach: *Lowenfeld, M.* (1979): *The World Technique*. George Allen&Unwin, London), die sie „World Technique“ nannte. (*ibid.*, 32)

In multiprofessioneller und ganzheitlicher Weise erforschten *Lowenfeld* und ihre Studenten ab 1930 an der „*Lowenfeld* Klinik“, heute Institute of Child Psychology (ICP), die „Vorstellungen und Erfahrungen der Kinder, die nicht in Worte gefaßt werden konnten, sowie die Entwicklung von Techniken, mittels derer sie ausgedrückt werden konnten. Die `World Technique´ und der `Mosaik Test´ waren das Resultat (*Lowenfeld* 1948a)“ (*ibid.*, 33, cit. nach: *Lowenfeld, M.*, (Hrsg.) (1948a): *On the Psychotherapy of Children*. E.T. Heron&Co. Ltd. London) (Vgl. *ibid.*, 27 - 49)

Als sie erstmals ihre neu geschaffene Methode auf einer internationalen Konferenz in Paris demonstrierte, war *Jung* zugegen. Von da an besuchte sie ihn oft in Zürich. (*ibid.*, 40) Sie bezeichnete ihre Technik als ein wissenschaftliches und ein therapeutisches Instrument. 1937 stellte sie erstmals ihre Arbeit dem englischen Psychologenverband vor. „Für *Lowenfeld* spiegeln Sandbilder das präverbale, unbewußte Leben eines Kindes wider und stellen gleichzeitig eine ästhetische Erfahrung dar, die zwar nicht übersetzbar ist, aber grundlegend befriedigend und ausdrucksfähig für das was das Kind dem Therapeuten mitteilen möchte.“ (*ibid.*, 40)

*Charlotte Bühler* verwendete in der Folge *Lowenfeld's* World Gegenstände und kreierte damit den „World Test“, ein kinderpsychologisches Testinstrument. (*ibid.*, 57ff)

Ebenso hat *Erik Hamberger Erikson* etwa zeitgleich in Deutschland seinen „Dramatic Productions Test“ (*ibid.*, 50 - 51) entwickelt. Später eröffnete er, inzwischen nach Boston / USA geflüchtet und als Analytiker ausgebildet, als einer der ersten Kinderanalytiker seine Praxis. An der psychologischen Klinik in Harvard und an der Universität Californiens forschte er an der kindlichen Entwicklung weiter. (Vgl. *ibid.*, 50 - 56)

*Dora Kalff* wurde 1904 in der Schweiz geboren. In der Kindheit kränklich, entwickelte sie eine „natürliche Introvertiertheit“ (*ibid.*, 80) und dabei ein reiches Innenleben. Sie liebte den Orient, exotische Ideen, Menschen und Plätze, lernte viele Fremdsprachen und wendete sich im Londoner Studium der Kunst und dem spirituellen Bereich zu. Später ging sie nach Frankreich um Musik zu studieren, wurde Konzertpianistin. Daraufhin lernte sie in Italien die Kunst des Buchbindens. Als sie sich in Florenz in

einen Mann verliebte, war ihr Vater aus religiösen Gründen gegen diese Verbindung und zitierte sie zurück in die Schweiz. 1934 heiratete sie den Banker Leopold Kalff und ging mit ihm nach Holland. Gemeinsam mit ihrem kleinen Sohn Peter verließ sie, als eine der letzten, Holland wieder Richtung Schweiz „bevor der Krieg ausbrach und die Deutschen Holland okkupierten.“ (*ibid.*, 81) Ihr Mann hingegen blieb in Holland. In der Schweiz wurde sie als Ausländerin behandelt und zog ins Dorf Palpan, wo sie in Kontakt mit *Jung's* Tochter Gret Jung - Baumann kam, die ihr vorschlug Psychologie zu studieren.

1949 ließ sie sich scheiden und begann ihr Studium am *C.G. Jung* Institut in Zürich. 1954 traf sie dann auf *Lowenfeld*. *Jung* ermunterte sie, sich mit der „World Technique“ von *Lowenfeld* weiter zu beschäftigen. So ging sie für ein Jahr nach London um bei *Lowenfeld* und *D.W. Winnicott* zu lernen. Diese Erfahrungen prägten die Richtung in die sie das Sandspiel weiterentwickelte. Sie hatte dabei viel ermutigenden Kontakt zu *Jung*. Um ihre Methode vom „World Technique“ abzugrenzen, nannte sie sie „Sandspiel“. (Vgl. *ibid.*, 79 - 85)

„Dora Kalff hatte erkannt, daß das Sandspiel dem Kind eine [...] Möglichkeit gab, seine archetypischen und intrapersonellen Welten auszudrücken, und gleichzeitig in Kontakt mit dem äußeren Alltagsleben zu treten. Die Vermischung dieser verschiedenen Dimensionen [...] konnte Bilder der Versöhnung und Ganzheit fördern und die lebenswichtige Verbindung zwischen dem Ego und dem Selbst wieder herstellen.“ (*ibid.*, 85) Wichtige Träume leiten sie, ihre bestehende Faszination an der asiatischen Philosophie mit ihren Entwicklungen zu verknüpfen.

Sie hatte Kontakte zu Tibetischen Mönchen, zum Dalai Lama, und viele Besuche von spirituellen Lehrern. Eine weitere Brücke bildete sich als sie den Zenmeister Professor Daisetz Suzuki kennenlernte und daraufhin nach Japan reiste. Suzuki erkannte im Sandbild Parallelen zur Zenlehre, da „der im Zen nach Weisheit suchende Schüler [...] keine direkte Antwort auf seine Frage [bekommt], sondern zuerst auf seine Imaginationen und eigenen inneren Ressourcen zurückgeworfen [wird].“ (*ibid.*, 86) Heute ist das Sandspiel eine der wichtigsten psychotherapeutischen Methoden in

Japan, was besonders auf die künstlerische Tradition des „Hakoniwa“, bei der es um das Herstellen von Miniaturgärten geht, zurückzuführen ist. Die *Jung'sche* Symbollehre hat Japanische Therapeuten sehr beeinflusst.

Ebenso passt das Sandspiel mit den Schwerpunkten der Symbolik und der Wertfreiheit und dem nonverbalen Ausdrücken von Gefühlen gut in die Japanische Mentalität. (Vgl. *ibid.*, 86 - 87)

*Kalff* gründete 1985 die Internationale Gesellschaft für Sandspieltherapie (ISST) mit Sitz in Zollikon in der Schweiz.

*Carl Gustav Jung* lebte von 1875 - 1961. Er war ein Schüler Freuds und trennte sich um 1912 von ihm.

In seiner Autobiografie „Erinnerungen, Träume und Gedanken“ (1962) beschreibt *C.G.Jung*, sein „Spiel im Sand am Ufer des Zürichsees“ wie er das Spielen als Weg entdeckte, der ihm wesentlich dabei half, die Trennung von Freud zu verarbeiten. (Vgl. *Ammann*, 2001, 17 ) (Vgl. *Mitchell / Friedman*, 1997, 84)

*Jung* prägt den Begriff des „abaissement du niveau mental“, den er von dem französischen Philosophen und Arzt *Pierre Janet* (1859 – 1947) übernommen hat, der sich vor allem mit der Psychiatrie beschäftigte. *Janet* beschrieb damit einen Bewusstseinszustand, in dem die Funktionen des klaren, verstandesmäßigen und mentalen Denkens abgeschwächt sind. *Jung* erklärt dazu, es sei „ein Zustand herabgesetzter Bewußtseinsintensität (in Träumen, Delirien, Tagträumen, Visionen usw.). In diesen Zuständen hört die von der Bewusstseinskonzentration auf die unbewussten Inhalte ausgehende Hemmung auf, und damit strömt, wie aus geöffneten Seitentüren, das vorher unbewusste Material in den Raum des Bewusstseins. [...] [Dies] entspricht ziemlich genau dem primitiven Bewusstseinszustand, in welchem man den Ursprung der Mythenbildung vermuten muss.“ (*Jung*, GW9, § 263, cit. nach: *Kendler Maria* in: Zeitschrift für Sandspiel -Therapie, Heft 24, Mai 2008, 21 - 47)

Dieser von *Jung* beschriebene Zustand wird im TS, sobald sich der Sandspieler auf den Kasten und das Material einlässt, sehr oft beobachtet. „Im Sandspiel wird das `abaissement du niveau mental´ vor allem durch den Kontakt der Hände mit dem Sand induziert.“ (*Kendler Maria* in: Zeitschrift für Sandspiel - Therapie, Heft 24, 23)

*Ruth Ammann*, ebenso *Jung'sche* Analytikerin, darf als eine der jüngeren Vertreterinnen des TS vollständigshalber genannt werden. Sie stellt in ihrem Buch „Das Sandspiel. Der schöpferische Weg zur Persönlichkeitsentfaltung“ (2001) sehr detailliert ganze Fallbeispiele anhand von Sandbild - Sequenzen praktisch dar. Sie wurde bei *Dora Kalff* ausgebildet.

## **Inhaltlicher Hintergrund - Theoretische Konzepte von C.G. Jung**

Die Konzepte *Jung'scher* Analyse setze ich als bekannt voraus. Deshalb möchte ich nur kurz darauf eingehen.

### IDEE DES KOLLEKTIVEN UNBEWUSSTEN

Die *Jung'sche* Analytische Therapie ist ebenso wie die Integrative Gestalttherapie ein tiefenpsychologischer Ansatz. Dem tiefenpsychologischen Phänomen „in denen das logische, denkende Bewusstsein weniger dominant ist [...] wird in der *Jung'schen* Psychologie ein Eigenleben und ein eigener Wert zugesprochen.“ (*Kerndler Maria*, 2008, 23) In einem ersten Schritt geht es *Jung* um den Ausdruck des Unbewussten um diese Äußerungen „zu betrachten [...] und in ihrem Wesen zu erkennen. [...] Das Unbewusste ist ein gleichwertiger Gesprächspartner wie die bewusste Einstellung und das vernünftige Denken.“ (*ibid.*) Neben der Anerkennung eines persönlichen Unbewussten entwickelte er die Vorstellung eines „kollektiven Unbewussten“, worauf seine Erkenntnisse der Instinkte, Archetypen, Komplexe und der gesamten Symboltheorie gründen. Das „kollektive Unbewusste“ ist keine persönliche Erwerbung, sondern ist ererbt. Es unterscheidet sich vom persönlichen Unbewussten dadurch, dass die Inhalte nie im Bewusstsein waren, daher auch keine verdrängten oder vergessenen Inhalte darstellen. (Vgl. *Jung*, 2004, 45)

Um die Existenz des „kollektiven Unbewussten“ zu beweisen, bedient sich *C.G.Jung* der Konstruktion der „Instinkte“ und der „Archetyphen“.

#### ARCHETYPEN, INSTINKTE UND KOMPLEXE SYMBOLTHEORIE

„Es [das kollektive Unbewusste] besteht aus präexistenten Formen, Archetyphen, die erst sekundär bewußtwerden können und den Inhalten des Bewußtseins festumrissene Form verleihen.“ (*ibid.*, 46)

*Murray Stein* bezeichnet die „Archetyphen“ als die „unpersönlichen Schichten des Unbewussten“. (*Stein Murray*, 2000, 110)

Die „Instinkte“ finden sich in Impulsen, Gedanken, Erinnerungen, Phantasien und Emotionen wieder und werden wiederum als impulsive und unreflektierte, vom Willen nicht steuerbare Handlungen sichtbar. (Vgl. *ibid.*, 118 - 119)

Die „Archetyphen“ stellen eine „mögliche Form“ dar, welche sich durch endlose Wiederholungen in die psychische Konstitution eingepreßt hat. Diese Form ist ohne Inhalt und beschreibt einen Typus der Auffassung oder des Handelns. Eignet sich im Leben etwas, das dieser Form entspricht, so entwickelt sich gerade zwanghaft eine Instinktreaktion, die sich wider Vernunft und Willen durchsetzt. (Vgl. *Jung*, 2004, 51)  
Archetyphen sind somit Strukturelemente der Psyche. (Vgl. *Kerndler*, 33) Das Material für diese Formen, die *Jung* „Archetyphen“ nennt, entsteht in Träumen oder in aktiven Imaginationen. Diese Traumquellen sind oft unterdrückte „Instinkte“ (vgl. *ibid.*), so seine Vorstellungen.

Als gängige Archetyphen seien hier folgende benannt: Anima - Animus, Persona - Schatten, Held, göttliches Kind, König - Königin, alter Weiser, ... und werden oft als Gegensatzpaare, als „zwei entgegengesetzte Polaritäten des Ichs“ (*Stein*, 148), beschrieben und sind eine Entdeckung der kultur- und geschichtsunabhängigen Gemeinsamkeiten im menschlichen Denken und Imaginieren. (Vgl. *Stein*, 114 u. 227)



*Jung* sieht die Ebene der Bewusstheit und die der Unbewusstheit ebenfalls als komplementäres Gegensatzpaar.

Es drängt sich oft die Notwendigkeit auf, dass undeutliche Inhalte durch sichtbare Gestaltung verdeutlicht werden müssen um eine Bewusstseinsannäherung zu ermöglichen, so auch im TS. (Vgl. *Kerndler*, 29ff) Das psychische Thema, welches sich gestaltet und in Form sichtbar wird, wird von den „Komplexen“ - stark energetisch aufgeladene emotionale Erinnerungen, Bilder oder Gefühle - motiviert und entstammt der persönlichen Biografie. Jedem „Komplex“ wohnt wiederum eine archetypische Dimension inne und kann grundsätzlich als Überreaktion oder Hemmung in Erscheinung treten. (Vgl. *ibid.*, 36)

Das „Selbst“ stellt sich in den Sandbildern symbolisch in Figuren, in Formen (der Zahl Vier), als Baum, als religiöse Figur oder als Stein dar.

Nach *Jung* ist das Ziel jedes Individuationsprozesses das Finden eines persönlichen Lebenssinns. Individuation entsteht durch die Differenzierung von Kollektivwerten durch Identifizierung und Entwicklung eigener Werte zu persönlicher Bewusstheit. (Vgl. *ibid.*, 46)

GEMEINSAMKEITEN UND TRENNENDES  
ZWISCHEN  
ANALYTISCHER PSYCHOLOGIE - INTEGRATIVER GESTALT THERAPIE

*Jung*'sche Sandspieltherapeuten betrachten die Bilder im TS aus dem Blickwinkel Analytischer Konzepte mit dem Fokus auf der Symbolsprache. Sie diagnostizieren und intervenieren daher auf der Ebene der archetypischen Symbole. Für Integrative Gestalttherapeuten ist dies als Hintergrundwissen zwar spannend und interessant, gerät aber aufgrund der prozessorientierten, interaktiven Art der „Hier und Jetzt“ Bezogenheit im therapeutischen Alltag in den Hintergrund.

Wo gibt es dennoch Gemeinsamkeiten in den Konzepten der Analytischen Therapie nach *Jung* und der Integrativen Gestalttherapie bezogen auf das TS?

In den theoretischen Überlegungen des Phänomens der archetypischen Gegensatzpaare wird dies besonders deutlich. Was *Jung* in seiner Bezogenheit der Archetypen beschreibt, könnte genauso gut aus den Überlegungen *Salomon Friedlaenders* „Schöpferische Indifferenz“ entstammen.

Beiden therapeutischen Methoden geht es um einen Bewusstwerdungsprozess, der durch kreative Möglichkeiten im „Zwischen“, im Sinne *Winnicotts* Intermediärobjekt, gesucht wird. Es wird vorausgesetzt, dass sich somit innerpsychisches Chaos prozessorientiert in äußerer Ordnung imaginativ ausdrückt und es dafür einen vorgegeben Rahmen benötigt.

Vorerst sind die Voraussetzungen dafür das absichtslose Spiel, ein kreativer Prozess, der intentional verstanden wird und damit ein tendenziell nonverbales Vorgehen ist. Die verbale Sprache wird als Hindernis in diesem Prozess gesehen. Die Symbolik wird in der IGT individuell vom Spielenden selbst interpretiert, was das Vorhandensein von archetypisch impliziten, kollektiven Inhalten ja keineswegs ausschließt.

Der nach *Jung* ausgebildete Sandspiel - Therapeut wird eher die Bilder für sich sprechen lassen und den Prozess von Bild zu Bild erkennen. Hingegen wird der IGT-Therapeut intervenieren und die dargebotene Szene zum Anlass nehmen, in ein Spiel

der Möglichkeiten einzusteigen, und den Prozess fortführen. Ein intermediärer Quergang könnte sich anschließen. Beides sind Varianten, die ihre Berechtigung haben und praktische Ergebnisse bringen.

## **Methode des Therapeutischen Sandspiels**

In diesem Kapitel stelle ich dar, welche Materialien für das TS gebraucht werden. Ich lehne mich dabei an die Vorgaben von *Dora Kalff* und *Ruth Ammann*, da sie mir in der Praxis nützlich erscheinen, an.

Des Weiteren beschreibe ich die Art und Weise wie mit dem TS gearbeitet wird. Ich beziehe mich dabei auf meine eigenen Erfahrungen, sowie auf meine sandspieltherapeutische Ausbildung bei *Dr. Walter Lindner*.

### MATERIALIEN IM TS

Die Grundausstattung besteht aus einem Sandkasten der Maße: 57 x 72 x 7 cm. Der Innenraum ist blau gestrichen - symbolisiert Wasser oder Himmel - und ist wasserdicht. Meist besteht der Kasten aus Holz, andere Materialien sind ebenso denkbar. Die Größe entspricht dem menschlichen Blickfeld. Die rechteckige Form stellt ein offenes Feld dar, welches durch die Form nicht einengt.

Der Kasten ist mit Sand gefüllt, welcher glatt gestrichen angeboten wird. Der Sand ist trocken. Sollte nur ein Kasten zur Verfügung stehen, wird er fallweise auch feucht angeboten.



Abbildung 1: Der Sandkasten

In Reichweite befinden sich eine Kanne mit Wasser und mehrere Regale mit Gegenständen aus den unterschiedlichsten Materialien.

Die Gegenstände „aus der Welt“ sind in sechs Ebenen sortiert.

Die unterste Ebene ist die der Mineralien. Hier finden sich Steine, Muscheln, Holz, Zapfen, Rindenstücke. Dann folgt die Ebene der Pflanzenwelt. Es finden sich hier Bäume, Blätter, Blumen, Blüten, Früchte, Schoten.

Die nächst höhere Ebene ist die der Tiere. Alle Arten und Gattungen werden hier gefunden. Meerestiere, Reptilien, Vögel, Säuger, Haustiere, Raubtiere, Insekten.



Abbildung 2: Die Materialien





Abbildung 3: Tiere

Die vierte Ebene ist die Welt der Menschen. Hier finden sich neben menschlichen Figuren und Kunstfiguren auch Häuser, Fahrzeuge, Gegenstände des täglichen Gebrauchs. Auf dem vorletzten Regal werden Archetypen angeboten: Märchenfiguren, Formen und Symbole.

Auf der obersten und sechsten Ebene sind dann Gottesarchetypen zu finden: Engel, Buddha, Phönix, Federn, Adler, Sonnensymbol.



Abbildung 4: Fahrzeuge



Abbildung 5: Gottesarchetypen

Da Figuren und Symbole auch auf unterschiedlichen Ebenen zugeordnet werden können, entsteht ihre zu interpretierende Zugehörigkeit durch die Ebene, auf der sie gefunden werden.

Die Materialiensammlung ist eine persönliche des jeweiligen Therapeuten und stellt somit auch seine äußere Welt dar, die seine innere repräsentiert.

Die Gegenstände sind alle geordnet auf den einzelnen Regalen zu finden.

## EINFÜHRUNG INS TS

Der Therapeut führt den Sandspieler bei jedem Bild in die Arbeit ein. Er tut dies immer mit demselben Ritual und von derselben Seite aus. Der Kasten wird benannt und der blaue Boden gezeigt. Es wird darauf aufmerksam gemacht, dass der Kasten wasserdicht und mit Sand gefüllt ist und Wasser im Krug vorhanden ist. Es wird die Möglichkeit benannt mit dem Sand, dem Wasser und den Gegenständen zu arbeiten um damit ein Bild oder eine Szene darzustellen. Der Therapeut weist darauf hin, dass es genügend Zeit gibt, dass still gearbeitet wird und der Patient deutlich mitteilen soll wann er fertig ist. Dabei werde er vom Therapeuten still begleitet.

Diese Vorgehensweise ist sehr haltgebend und stützend. Sie zeigt Zeit und Raum an in dem nun geschützt dargestellt werden kann. *Ruth Ammann* meint dazu: „ Diese treffende Umschreibung des `freien und geschützten Raumes´ trifft im Kern auch auf die therapeutische Haltung, die der Analytiker gegenüber seinem erwachsenen Analysanden einnimmt, zu. Und zu diesem `freien und geschützten Raum´ paßt auch, daß die Form des Sandkastens, die Fläche des Blickfeldes umfassend, ein gutes menschliches Maß hat, das den Analysanden beschränkt, aber auch beruhigt, schützt und konzentriert.“ (*Ammann, 2001, 48*)

Der erste Schritt ist manchmal das Berühren des Sandes und das Gestalten mit dem Sand. Die Berührung des Sandes mit den Händen lässt bereits den bei *Jung* erwähnten „abaissement du niveau mental“ entstehen. (Vgl. diese Arbeit, 11) Es kann aber auch sein, dass es vom Gestaltenden (anfangs) vermieden wird mit dem Sand zu arbeiten.

Wasser kann dazu genommen werden oder ausgespart bleiben. Die Erfahrung zeigt an der Verwendungsart den Vertrauensgrad zum Therapeuten und auch den Grad der Angst (z.B. etwas falsch zu machen, sich zu zeigen,...). Vorsichtige Patienten arbeiten häufig erst im Laufe der Therapie, nach mehrmaligem Gebrauch des Sandkastens mit dem Sand selbst. Wasser wird oft deutlich später eingesetzt und bestimmt die Tiefungsebene der therapeutischen Arbeit.

„Das sinnliche Material öffnet einen non-verbalen [sic!] Zugang zu den Emotionen (emotional tiefend und evozierend), berührt frühe Erfahrungen und macht sie zugänglich, beinhaltet ebenso die Möglichkeit neue Erfahrungen in diesem Bereich zu machen und zu integrieren. Der direkte körperliche Kontakt mit der feinen Eigenstruktur des [...] [Sandes, *Anm.d.V.*] ermöglicht die Aktivierung der Erinnerungen und die Neuerfahrung von feinsten Empfindungen über die Haut, welche Emotionen auslösen. Diese können sowohl Wohlwollen, Lust, Zärtlichkeit sein, wie auch Ekel, Scham, ... je nach Vorerfahrungen und moralischer Besetzung. Die Wahrnehmung erfolgt direkt über die feinen Nervenbahnen der Fingerkuppen.“ (*Wielander Claudia, 2000, 43*)



## DIE ROLLE DES THERAPEUTEN ALS BEGLEITER

In der Aufforderung eine Szene im Sandkasten zu gestalten nimmt der Therapeut eine anleitende Rolle ein, er fordert auf, motiviert und gibt eine Möglichkeit vor.

Damit wird zunächst der Rahmen für das eigentliche Geschehen geschaffen und der Beginn des Spiels markiert.

Der Therapeut bittet um ein deutliches Zeichen wann der Gestaltende fertig ist. Während der Gestaltung ist "Die/Der Therapeut(in) [...] dann stiller Begleiter(in), Beobachter(in). Dabei ist jedoch sehr wesentlich, in dieser Begleitung eine positive, stärkende innere Haltung einzunehmen und beizubehalten. Die Aufgabe der/des Therapeutin/en ist es, durch das zur Verfügung stellen eines geschützten Raumes [...] eine Atmosphäre zu schaffen, die es der/dem Klientin/en erleichtert, die unbewussten, konflikthafter Inhalte darzustellen. [...] Dies ist nicht immer leicht, da durch das Gestalten in uns Prozesse, Gefühle angeregt werden, die eine Herausforderung an unsere positive innere Haltung darstellen." (*Lindner Walter, 2004, 3*) Es ist ein wichtiger Prozess des Therapeuten, dem Gestaltenden damit zu vermitteln, dass das was er in uns auslöst auch von uns gehalten, ausgehalten wird und veränderbar ist, ohne uns zu verwirren oder zu ängstigen. (Vgl. *ibid.*)

Wir sprechen dabei von der Haltung des „Containings“ (vgl. *Rudolf Gerd, 2006, 122*), der dies übersetzt als "die Klage aufnehmen und emotional verarbeiten". (*ibid.*) Wir stellen uns als Psychotherapeuten als emotionales Gefäß zur Verfügung und versuchen während des Gestaltungsprozesses sehr präsent und offen zu sein, um die in uns entstehenden Gefühle bewusst wahrzunehmen. Es wird dabei nicht miteinander gesprochen. Da Patienten in der Praxis aber manchmal sprechen, gibt es fallweise eine Resonanz wie „mhm“ oder eine nonverbale, ermunternde Antwort, in dem Sinne, dass schon alles in Ordnung sei. Es wird damit die momentane Situation mit und teilweise für den Gestaltenden ausgehalten.

In der darauffolgenden Beschreibungssequenz ändert sich die Haltung des Therapeuten zu einem „sich neben den Patienten stellen“ (*ibid.*)

## BILDBETRACHTUNG

Sobald der Patient signalisiert, dass er fertig ist, beginnt der Therapeut das Bild möglichst wertfrei zu beschreiben. Damit wird anerkannt, dass es so ist wie es ist, „aber er interpretiert und analysiert es zu diesem Zeitpunkt nicht.“ (*Ammann*, 2001, 28)

Der Patient hat nun die Gelegenheit innerlich etwas zurückzutreten, von seiner vormaligen Involvierung Abstand zu gewinnen und in die Position der distanzierten Betrachtung zu kommen. Gleichzeitig hört er, was der Therapeut beschreibt und entwickelt dabei Gefühle und Gedanken. Beschrieben werden Formen (die sich ergeben haben), Farben (und Farbübereinstimmungen), Zusammenhänge (Gruppierungen), die Raumaufteilung, die (Blick-) Richtungen, die Mengen (Zahl Zwei, Drei, Vier, Fünf,...), die Arten des verwendeten Materials (nur Mineralien, ausschließlich Tiere,...). (Vgl. *Lindner*, 5 - 6) Bereits *Ammann* lässt ihre Patienten „auch erzählen, was [...] [ihnen] zu dem Bild in den Sinn kommt, was [...] [sie] zu der Gestaltung bewegt oder gar erschüttert hat.“ (*Ammann*, 28)

Vielfach reagieren Patienten abwehrend: „Das hab ich gar nicht so gewollt“, „das war nicht absichtlich“, „eigentlich wollte ich ja“, „das ist mir noch gar nicht aufgefallen“.

Der Therapeut bittet, das Bild dennoch so zu lassen, wie es eben geworden ist und fragt nach der momentanen Resonanz. Patienten, denen es schwer fällt ihre Gefühle zu artikulieren, erhalten Unterstützung wie z.B.: „Spüren Sie in ihren Körper hinein, was bemerken sie im Moment?“ oder „Fühlt es sich kalt oder warm an, eng oder weit“. Ebenso wird nach der Identifizierung nachgefragt: „Wenn Sie in ihrem Bild jemand wären oder sich einen Platz suchen würden, wer oder wo wären sie?“

Für eigene diagnostische Überlegungen ist das von *Ammann* beschriebene „Raumsymbolische Deutungsschema“ (vgl. *Ammann*, 83) sehr hilfreich und wird im Kapitel Diagnostik dargestellt.

Wird nun im „klassischen“ TS das Bild für sich stehengelassen oder eine Serie an Bildern gestaltet, so weicht bereits *Ruth Ammann* von dieser Vorgehensweise ab. „Nach meiner Erfahrung gibt es grundsätzlich zwei Arten des Prozeßverlaufs: den

*heilenden Prozeß* und den *Prozeß der Transformation* der persönlichen Weltsicht.“ *Ammann* spricht davon, dass der heilende Prozess wirksam wird bei Kindern, die seelische Verletzungen in der frühen Kindheit erfahren haben. „Sie leiden [...] an einer sogenannten Urbeziehungsstörung“ (*ibid.*, 29) und haben damit zu wenig gesundes Vertrauen in die Welt. (Vgl. *ibid.*) „In diesen Fällen führt der therapeutische Prozeß in die tiefliegenden Erlebnisschichten der frühen Kindheit, die sich dem Bewußtsein und der Verbalisierung entziehen. [...] Die Bilder und Kräfte der ungestörten Ganzheit werden durch das Sandspiel belebt und wirksam [...]“ (*ibid.*) Eine analytische Interpretation hält sie, auch zu einem späteren Zeitpunkt, für störend und überflüssig. (Vgl. *ibid.*) Beim „transformatorischen Prozeß [...] handelt es sich um Menschen, die grundsätzlich eine gesunde Lebensbasis und ein stabiles Ich haben, deren Weltsicht aber zu eng, zu einseitig oder krankmachend geworden ist.“ (*ibid.*, 30) Zu diesen Prozessen gehört die Auseinandersetzung mit den Schattenanteilen der Persönlichkeit (vgl. *ibid.*) und „diese psychischen Wandlungen [...] setzen ein gesundes Ich-Bewußtsein und Selbstwertgefühl voraus und bilden Stufen im Individuationsprozeß eines Menschen.“ (*ibid.*)

Anschließend an die Bildbetrachtung kommen alle weiteren gestaltmethodischen Interventionsmöglichkeiten in Betracht.

Der Gestalttherapeut kann sich sicherlich in den Zeilen *Ammanns* wiederfinden, wenn sie sagt: „Dann fordere ich sie [die Lehr-Analysanden] auf, mir zu dem Bild etwas zu erzählen oder darüber zu phantasieren. Nach einiger Zeit beginne ich auf das, was ich höre und sehe, zu antworten oder auch meine aufsteigenden Phantasien und Gedanken zu äußern. So entsteht - immer mit Blick auf das Sandbild - ein Dialog [...], der oft spielerisch, phantasierend beginnt, meistens aber schnell in die Tiefe geht und das bis dahin verborgene Problem berührt. Das ganz Besondere[...] ist, daß, weil beide immer bezogen sind auf das Dritte, nämlich das Sandbild [...], Dinge von so großer Tiefe und Intimität ausgesprochen werden können, wie ich sie in [...] der verbalen Analyse sehr selten zu hören bekomme.“ (*Ammann*, 81)

Der Erfahrung nach ist es tatsächlich oft gut ein Bild einfach stehen zu lassen. Das mag für den Gestalttherapeuten ungewöhnlich erscheinen, stellt aber nur eine weitere Möglichkeit des Umgangs dar. Ich bitte die Patienten ein „inneres Foto“ davon zu machen um es so nach Hause zu nehmen und verlasse mich darauf, dass es in ihnen emotional nachwirkt. Nächste Stunde frage ich danach.

Es kann aber genauso gut ein (neues) Thema auftauchen, ein Symbol weiterbearbeitet werden oder ein Widerstand akzeptiert werden.

Wie mit dem TS weiter gearbeitet wird hängt weitgehend auch vom Thema des Patienten, seiner Diagnose, seinem Strukturniveau und der therapeutischen Beziehung ab.

Dazu ein Beispiel: Mit einer Patientin, die an einer destruktiven Persönlichkeitsstörung leidet, werde ich mit Sicherheit keine Identifizierungsarbeit machen und Verstärkungen ausschließen, wenn sie destruktive Inhalte (eigenes Liegen im Grab) im TS darstellt, obwohl ich sie um die Gestaltung eines „sicheren Ortes“ (vgl. *Luise Reddemann*, 2001) gebeten habe. Vielmehr werde ich sie in der Zuschauerrolle im Sinne der „Position des Dritten“ (vgl. *Rudolf*, 126) halten. *Rudolf* meint u.a. damit „die Übertragungsangebote des Patienten, gespeist aus negativen biografischen Erfahrungen, werden therapeutisch nicht aufgegriffen und verstärkt.“ (*ibid.*, 127), sondern ihr Resonanz über meine eigenen Gefühle geben, oder (nonverbal) etwas Beschützendes, Trostgebendes (z.B. einen Baum) dazustellen um Gefühle (z.B. Trauer) zu evozieren. Das ausgedrückte Thema der Patientin ist in diesem Beispiel, dass sie sich nirgends sicher fühlt, außer fantasiert im eigenen Grab.

#### UNTERSCHIEDLICHE EINSATZMÖGLICHKEITEN / ARBEITSMÖGLICHKEITEN

Im TS kann man auch themenzentriert arbeiten, indem man ein Thema (siehe oben) vorgibt und bittet, dazu ein Bild zu gestalten. Genauso möglich ist es das TS im Sinne einer systemischen Aufstellungsarbeit zu verwenden. Dabei wird eine konkrete Anleitung gegeben: „Bitte suchen sie eine Figur für den Vater, eine für sich selbst und stellen Sie diese so zueinander wie Sie die Beziehung erleben.“

Ebenso würde es im supervisorischen Kontext ein Problembild mit der entsprechenden *Veränderung zu einem Lösungsbild geben, indem unterschiedliche Lösungen* ausprobiert werden. Im paartherapeutischen Setting kann der Kasten geteilt werden und jeder gestaltet das momentane Thema nach seiner Sicht oder das Paar gestaltet ein gemeinsames Bild.

#### ABSCHLUSS DES SANDBILDES

Die Sandbilder werden fotografisch vom Therapeuten festgehalten. Danach wird das Bild erst in Abwesenheit des Patienten abgebaut und zusammengeräumt um Kränkungen zu vermeiden.

### **Bezug zu den Prinzipien der Integrativen Gestalttherapie**

Zu den wichtigsten Grundkonzepten der IGT möchte ich im Folgenden einen Bezug zum TS herstellen, indem ich zuerst einen kurzen Überblick über die Prinzipien der IGT gebe. Ich orientiere mich hierfür an den Ausführungen von Nancy Amendt-Lyon, Inge Bolen und Katleen Höll. (Vgl. Hochgerner u.a., 2004, 101 - 124)

„Die Gestalttherapie hat sowohl psychoanalytische (Freud, Reich, Rank), gestalttheoretische (Lewin, Goldstein, Gelb, Wertheimer, von Ehrenfels, Koffka), holistische (Smuts), philosophische (Tillich, Friedlaender, Buber, Husserl), Zenbuddhistische wie auch psychodramatische (Max Reinhardt, Moreno) Einflüsse integriert.“ (*ibid.*, 101)

#### GESTALT, FIGUR - GRUND

Die Grundkonzepte der Gestalttherapie sind eher philosophisch - ästhetischer Natur. Gestalt könnte man hiernach beschreiben als einen Elementenkomplex, dem das geistige Prinzip, die Tendenz zur Einheitsbildung zugrunde liegt. Der Organismus hat die Tendenz zur „guten Gestalt“. Gut ist die Gestalt dann, „wenn sie prägnant (deutlich ausgeprägt) ist, wenn bei hoher Komplexität die strukturelle Ordnung bewältigt wird.“ (*Rausch, E.*, 1966, 904 ff, cit. nach: *Amendt - Lyon, u.a.*, 2004, 103)

Als Figur betrachtet die GT jenen Aspekt der Wahrnehmung, der in den Blickpunkt der Aufmerksamkeit einer Person rückt und sich gleichsam vom (Hinter-) Grund deutlich unterscheidet. Als Grund wird all das definiert, was die Figur sinngemäß einbettet und ihr den Bedeutungsrahmen gibt. Zur Figur kann ein Gegenstand, eine Person, ein Thema oder ein Gefühl werden. Figur und Grund sind aufeinander bezogen und ergeben Gestalt. Der Gestaltbildungsprozess ist ein komplexes Wechselspiel zwischen Bedürfnissen, Handlungen und Wahrnehmungen, die zur Figur werden und sich wieder in den Hintergrund auflösen. Dazu gehören ebenso kollektive Erfahrungen. (*ibid.*, 101 - 104)

#### ORGANISMUS - UMWELT - FELD

Organismus - Umwelt - Feld gilt als Bezeichnung für die dynamischen Wechselwirkungsprozesse zwischen Organismus und seiner Umwelt. Dabei ist das Organismus - Umwelt - Feld als Einheit, als Gestalt, zu betrachten. (Vgl. *ibid.*, 104 - 108)

#### LEIB - SEELE - GEIST - EINHEIT

Die Leib - Seele - Geist - Einheit beschreibt die Annahme der Verbundenheit der somatischen, psychischen und interaktionalen Prozesse. Der Körper sendet eine Vielfalt an Signalen nach innen und außen. Mithilfe dieser Informationen werden Interaktionsprozesse vor aller sprachlichen Kommunikation gesteuert. Es handelt sich um „ein eigenes somatisches System, welches durch komplexe Symbolik das basale soziale Geschehen reguliert.“ (*ibid.*, 109) (Vgl. *ibid.*, 108f)

#### SELBST ALS PROZESS

Wir erschaffen unser Selbst in fortlaufenden Kontaktprozessen neu. Das Selbst wird in Es-, Ich- und Persönlichkeitsfunktionen unterteilt. Die Es - Funktionen einer Person beziehen sich auf alles was ein Mensch spürt und braucht, beschreiben „den momentanen Hintergrund einer Person, körperliche Regungen, unerledigte Situationen, diffuse Wahrnehmungen und Gefühle.“ (*ibid.*, 110) In den Ich - Funktionen zeigt sich der Mensch als Handelnder, indem er entscheidet, besitzt, etwas will oder

ablehnt und plant. Es stellt die aktive Zielgerichtetheit dar und ist die schöpferische Anpassung des Organismus durch gesunde Aggressionen. Die Persönlichkeitsfunktionen verleihen ein Gefühl der Identität und Kontinuität. (Vgl. *ibid.*, 109f)

#### SCHÖPFERISCHE ANPASSUNG

Die schöpferische Anpassung ist die Art wie jemand seine Fähigkeiten einsetzt um seine Bedürfnisse zu befriedigen und um Gleichgewicht zu erlangen, sowohl intra-, als auch interpersonell und sozial. Es erfordert eine lebendige und kreative Auseinandersetzung mit der Umwelt. (Vgl. *ibid.*, 113f)

#### BEWUSSTHEIT – AWARENESS

Awareness „kann bereits per se heilsam sein, weil sie Integration des `Subjektiven´ und des `Objektiven´ ist.“ (*ibid.*, 116) und bedeutet eine „entspannte Wahrnehmungsleistung der ganzen Person“ (*ibid.*) Gremmler - Fuhr unterscheidet zwei Modi der Bewusstheit: die Achtsamkeit und das Gewahrsein, wobei sich die Achtsamkeit mehr auf den wachsamem Kontakt auf das wichtigste Ereignis, und das Gewahrsein auf das unmittelbare Erfassen von Zusammenhängen (Figur und Grund) bezieht, welches unscharf Ganzheiten erfasst.

#### HIER UND JETZT

Das „Hier und Jetzt - Prinzip“ ist ein Grundpfeiler der IGT, indem die Bewusstheit des Augenblicks verdeutlicht wird. „ Die Gegenwart gilt als die einzige reale Zeit in dem Sinne, als dass sie unmittelbar erlebt wird und Handeln nur in der Gegenwart stattfindet. [...] Nach Friedlaender (1918) handelt es sich um einen Zustand der Ausgewogenheit, der Nicht - Bewertung, der Ziellosigkeit. [...] [und] heißt [...] in der östlichen Philosophie [...] Spontanität.“ (*ibid.*, 117)

## KONTAKTMODELL

Das Kontaktmodell ist eines der zentralen Konzepte der GT und beschreibt die Wechselwirkungsprozesse zwischen Figur - Grund - Auflösung und der Organismus - Umweltfeld - Differenzierung.

## DIALOGISCHES PRINZIP

Das dialogische Prinzip beschreibt eine Haltung der Begegnung, welches von Gegenwärtigkeit und Respekt, sowie durch Offenheit und Absichtslosigkeit gekennzeichnet ist. Es hat sich entwickelt aus dem Dialogischen Prinzip des „Ich-Du“ nach *Buber*. Durch den Kontakt mit dem Du erschafft der Mensch fortwährend sein eigenes Selbst neu. *Buber* nennt den Prozess „Umfassung“, indem ein Mensch beider Realitäten gewahr ist. Die gemeinsame Suche nach Sinnfindung in der therapeutischen Auseinandersetzung durch das Hineinversetzen des Therapeuten in die Wirklichkeit des Patienten wird damit beschrieben. (Vgl. *ibid.*, 120 ff)

## KREATIVITÄT

Durch das fruchtbare Wechselspiel zwischen Figur und Hintergrund entsteht etwas völlig Neues, also eine Integrationsleistung. Dieser Prozess wird kreativer Prozess genannt. Die gestalttherapeutische Arbeit mit darstellenden Materialien erlaubt Integration von Bewusstheit, Bewegung und Affekten in einem gegenwartsbezogenem Kontaktprozess. (Vgl. *ibid.*, 122f)

## EXPERIMENT

„Der Interventionsstil variiert mit der Therapeutenpersönlichkeit und dem Erfahrungsschatz des Therapeuten, den Anforderungen der prozessualen Diagnostik und der Ausstattung des Praxisraums.“ (*ibid.*, 124) Spontane Experimente sind für Situation und Person maßgeschneidert. (Vgl. *ibid.*)

Die Aufforderung ein Sandbild zu gestalten kann also ein Experiment sein, welches zu einem kreativen Prozess auffordert, wenn es spontan mit einem erfassten Phänomen in Verbindung steht. Genauso gut kann es gesehen werden als eine Aufforderung zur



Förderung von Awareness im Hier und Jetzt. Durch die achtsame Haltung des Patienten im TS wird ein Gewahrsein von Zusammenhängen ermöglicht und gefördert. Durch die achtsame Begleitung durch den Therapeuten wird ein vorsprachlicher Dialog hergestellt. Es gestaltet sich Figur in einem Umweltfeld, löst sich (in einem folgenden Sandbild) wieder auf um in den Hintergrund zu treten usw. Mit Hilfe seiner Ich - Funktionen stellt der Patient seine Es - Funktionen im Bild dar und durch die anschließende Betrachtung entstehen nach und nach Persönlichkeitsfunktionen. Durch das gestaltende Einlassen auf eine Szene folgt der Patient seinen bisherigen Erlebensqualitäten. Auf eine schöpferische Anpassung verlassen wir uns.

Diese Zusammenhänge könnten hier nun unendlich fortgesetzt werden.

## **Unterschiedliche Prinzipien der Kindertherapie**

Das TS stellt einen methodischen Ansatz in der Kinder-, Jugend- und Erwachsenentherapie dar. Wodurch unterscheidet sich nun die Kinder- und Jugendlichen - Psychotherapie von der mit Erwachsenen?

Ich beziehe mich dabei auf *Ingeborg und Volkmar Baulig (2002)* und auf *Nitza Katz – Bernstein (2007)*.

Zuerst ist es wichtig eine Auftragsklärung zu machen. Wenn ein Kind oder Jugendlicher zur Therapie kommt, so kommt er meist mit einem Erwachsenen, der ein Anliegen in Bezug zum Kind mitbringt, als auch die Therapie bezahlt. Kinder werden meist geschickt und kommen nicht selbstbestimmt. Sie erleben dies auf den Ebenen der Leistung und der Identität oft als ein persönliches Versagen. Gründe um in die kindertherapeutische Praxis zu kommen, liegen oftmals auch im Umfeld des Kindes und nicht am Kind selbst. Deshalb sind ein systemischer Blickwinkel und ein vernetztes Vorgehen, besonders zur Klärung der Anliegen, hilfreich und bedeutsam. (Vgl. *Baulig und Baulig, 2002, 26*) Damit nicht divergierende Aufträge am Anfang der Therapie stehen, ist es wichtig, dies vorerst auf der Erwachsenenenebene zu klären und

die Bezugspersonen immer wieder in zeitlichen Abständen in den Prozess einzubeziehen.

Für Kinder und Jugendliche, die sich unter Psychotherapie selten etwas vorstellen können, auch weil ihnen diese von Erwachsenen als „Reparaturwerkstätte für Kinder“ vermittelt wird, ist es oft wichtig eine Kennenlern- und Motivations- oder Abklärungsphase einzuführen, die aus 3 - 5 Sitzungen bestehen kann. Danach ist es wichtig einen Auftrag vom Kind oder Jugendlichen zu erhalten und diesen mit den Erwartungen der Eltern abzugleichen. Die Fremdbestimmung des Kindes ist nach Möglichkeit mit ihm zu thematisieren. Es benötigt vom Therapeuten ein hohes Maß an Flexibilität um das Setting zu gestalten.

In der Kindertherapie fließt auch ein pädagogischer Aspekt in die Therapie ein. Dies entweder, weil es Probleme im pädagogischen Kontext gibt, oder auch, weil im therapeutischen Setting selbst Grenzen gesetzt werden müssen. Der Therapeut ist hier viel mehr gefordert die jeweilige Ebene zu gestalten. (Vgl. *ibid.*, 36 - 45)

Das Bereitstellen eines „safe place“ (vorwiegend bei jüngeren Kindern) fordert einen spielerischen, oft nonverbalen Dialog zwischen Kind und Therapeuten. „Kinder drücken sich in der Regel körperlicher und symbolisch - spielerischer aus.“ (*ibid.*, 81) Es ist hierbei wichtig, dass ein Raum entsteht, in dem die Botschaft vermittelt wird, dass das Kind so da sein darf, wie es ist. Das TS kann für manche Kinder so ein sicherer Ort sein. (Vgl. *Katz-Bernstein*, 2007, 100 ff)

Methodisch wird mit dem Kind ein spielerischer Dialog kreiert, indem es die Führung, innerhalb des gesetzten pädagogischen Rahmens, erhält. Damit wird auch eine Sprunghaftigkeit der Themen zugelassen. (Vgl. *Baulig und Baulig*, 81 - 90)

Regression wird in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen vermieden und ist aufgrund ihres Alters nicht nötig. Kinder werden im TS nach der Geschichte gefragt, die sie vielleicht erzählen möchten, aber es wird niemals gedeutet oder nach ihren Gefühlen gefragt. Sie werden jedenfalls nach der eigenen Identifizierung gefragt, da

sie sich immer selbst (und oft mit anderen) in der Szene darstellen, wohingegen Erwachsene oft Teile ihres Ichs darstellen.

Da besonders im Symbolspiel der therapeutischen Praxis für Kinder ein heilsamer Weg gefunden werden kann, eignet sich das TS in hohem Maße dazu eingesetzt zu werden, wenn ein „Erzählen ohne Sprache“ notwendig wird.

## **Zusammenfassung und Ausblick**

Es wurde nun ein theoretischer Bogen über die Entstehungsgeschichte des Sandspiels, sowie der zugrunde liegenden Konzepte der Analytischen Psychologie nach *C.G. Jung* als der inhaltlichen Basis, weiter über gemeinsame geschichtliche Wurzeln der IGT mit dem Therapeutischen Sandspiel, gespannt. Der Beschreibung der Methode wurden die wichtigsten gestalttherapeutischen Prinzipien nachgestellt und ein phänomenologischer Zusammenhang hergestellt.

Einige Unterschiede zwischen Kinder-, Jugendlichen- und Erwachsenentherapie wurden aufgezeigt.

Im folgenden Teil wird der theoretische Boden des TS anhand von vier Themen vertiefend betrachtet.

# Theoretischer Teil – Vertiefend

## Thematischer Überblick

Um zu verdeutlichen, welche Dimensionen das TS bestreitet, werden in den folgenden Kapiteln Vertiefungen zu den Themen Spiel, Sprache, kreative Prozesse und Diagnostik vorgenommen. Dies sind die Grundpfeiler aus denen die gestalttherapeutische Methode des TS erwächst. Diese Themen hängen intrinsisch so zusammen, dass sich daraus schon fast selbstredend die Beantwortung der Hypothese ergibt, welche in der Conclusio ausgeführt ist.

## Spiel

### „Ohne Spielzeug bei mir kein Ernstzeug“

(Friedlaender Salomo / Mynona, 1982 a, 679)

Ein erster Blick auf das therapeutische Sandspiel ist das Spiel an sich.

Das vorliegende Kapitel stützt sich vor allem auf die Autoren *Donald W. Winnicott* (2006) und *Ralf Oerter* (1999). *Winnicott* entwickelte den Begriff des Intermediären (Spiel-) Raumes, der für die Entwicklung von Kreativität und den Erhalt von Gesundheit notwendig ist. (Vgl. *Winnicott*, 2006, 52ff), Er diskutiert den Objektbezug der bei *Oerter* durch den Begriff des Gegenstandbezuges abgelöst wird und die Spielentwicklung anhand der Persönlichkeitsentwicklung strukturiert.

Im TS wird der Intermediärraum durch das Angebot des Kastens symbolisiert bzw. sichtbar gemacht. Die Möglichkeit der Verwendung von Gegenständen, sowohl des Sandes selbst, Wasser, sowie allerlei Figürliches und Gegenständliches aus der Welt, führt dann zum vertieften Spiel und zur Herstellung eines Bildes oder einer Szene - ganz aus dem Augenblick geboren, ein individueller seelischer Abdruck in Sand.

Wenn in der psychoanalytischen Literatur das Spiel stets im Zusammenhang mit Trieben gesehen wird, so grenzt sich bereits *Winnicott* von dieser einengenden Darstellung ab, indem er meint: „...dass wir uns für eine gute Darstellung des Spielens an Autoren halten müssen, die Nichtanalytiker sind. (z.B. *Lowenfeld*, 1935)“ (*Winnicott*, 2006, 50) Er wertschätzt dabei die Arbeiten von *Melanie Klein*, kritisiert aber ihre fast ausschließlichen Betrachtungen zum Thema der Anwendung des Spiels im therapeutischen Setting. *Winnicott* macht keinen Unterschied zwischen dem Spiel mit Kindern oder Erwachsenen. (Vgl. *ibid.*, 50)

Und wenn spielen als „ein Handeln der ganz besonderen Art“ (*Oerter*, 1999, 1) gesehen wird, so hat dieses Handeln eine ganz bestimmte Intention und ist durch einen Gegenstandsbezug gekennzeichnet. (Vgl. *ibid.*, 3)

#### GEGENSTANDSBEZUG

„Ohne Gegenstand keine Handlung, aber ohne Gegenstand auch keine Entwicklung“. (*ibid.*, 4) Entwicklungspsychologisch tritt diese Intention bzw. Zielgerichtetheit beim Kind bereits in den ersten Lebensmonaten auf. Der Bezug der Gegenstände, auf Objekte bezogene Tätigkeiten, ist ein nach außen gerichtetes Tun, welches notwendig ist, um später die Vorstellungstätigkeit des Handelns und das Denken auszubilden, welches ja ein nach innen gerichtetes Tun ist. (Vgl. *ibid.*) So die psychologische Herangehensweise.

*Winnicott* entwickelte 1971 das Konzept der Übergangsphänomene, beschreibt das Spiel im Bezug zu Zeit und Raum und platziert es in ein Zwischen: in den Raum zwischen innen und außen, zwischen Raum und Zeit, zwischen Mutter und Kind. Um das Außen zu kontrollieren, bedarf es zu handeln, und handeln ist für *Winnicott* gleichbedeutend mit spielerischem Handeln. Er hält „das Spiel für das Universale“ (*Winnicott*, 2006, 52) und für etwas „Natürliches“ (*ibid.*, 54), sowie für einen Ausdruck von Gesundheit. Davon leitet er erst Psychoanalyse und Psychotherapie ab. (Vgl. *ibid.*) Die psychoanalytischen Konzepte waren bisher von dem umgekehrten Weg ausgegangen.

„In der Literatur gibt es zahlreiche Versuche, Merkmale und Definitionen für das Phänomen Spiel aufzustellen [...]. Im Folgenden soll der Versuch unternommen werden, mit drei Merkmalen zur Kennzeichnung des Spiels auszukommen. [...] Alle drei Merkmale orientieren sich an dem Handlungskonzept, das erste (Handlung als Selbstzweck) und das letzte (Ritual und Wiederholung) beziehen sich auf die Handlungsdynamik, das zweite (Realitätskonstruktion) bezieht sich auf den Handlungsrahmen, den sich der Akteur im Spiel schafft. Diese drei Charakteristika werden als Tiefenmerkmale und damit auch als notwendige Kennzeichnung des Spiels angesehen.“ (Oerter Rolf, 1999, 1)

#### ZWECKFREIHEIT UND INTRINSISCHE MOTIVATION

Spielhandlungen unterscheiden sich von sonstigen Handlungen durch ihre *Zweckfreiheit* und die *intrinsische Motivation*. Der Spielhandlung fehlt in der Handlungsstruktur die Folge des Ergebnisses. Sie hat also keine Konsequenz, die wiederum den sogenannten Ernsthandlungen eigen ist. Die Tätigkeit selbst rückt also in den Vordergrund und das Kind „vergisst“ gewissermaßen den Zweck der Handlung. Diese ist vielmehr dem Handeln selbst eigen.

Warum ist es so attraktiv zweckfrei zu handeln und zu spielen? (Vgl. Oerter, 6) Oerter erklärt dies mit der intrinsischen, also innewohnenden Motivation: „Die Tätigkeit selbst wird verstärkt und belohnt [...] bzw. das bei der Tätigkeit auftretende Flußerlebnis [...] motiviert zur Beibehaltung der Tätigkeit.“ (*ibid.*) Es findet ein „Aufgehen in der Tätigkeit“ (*ibid.*) statt, welche nicht nur im Spiel, sondern auch „auf viele Berufs- und Freizeitaktivitäten“ (*ibid.*) zutrifft.

So lebt das Spiel grundsätzlich aus diesen kreativen Elementen. Es findet die Erfahrung des Aufgehens in der Umwelt statt. Hier kommt es zur gegenteiligen Erfahrung der Heraushebung des Ichs, vor allem in Wettbewerbsspielen. Im Spiel wird weiters eine andere Realität konstruiert, ein Spielrahmen vereinbart, Rollen eingenommen, ausprobiert und mit Symbolen hantiert. (Vgl. *ibid.*, 9 - 13)

## RITUAL UND WIEDERHOLUNG

Wiederholungen führen oft zu intensiveren Emotionen und Handlungen. Die einfachste Wiederholung ist die Bewegung, die intensiviert wird. Die komplexere Wiederholung wird sichtbar im Ausspielen unverarbeiteter, einschneidender Erlebnisse, im Ausspielen von Wünschen und Zielvorstellungen zum Zwecke der Bewältigung.

In unzähligen und variierten Wiederholungen wird ein Thema durchgespielt und immer wechselnde Rollen eingenommen, bis das Thema intrinsisch verstanden wird. (Vgl. *Oerter*, 1999, 15ff)

„Die kindliche Vorliebe für Rituale mag daher eine biologische Wurzel besitzen und ursprünglich der Vorbereitung auf spätere soziale Rituale gedient haben. Wir beobachten die aktive Herbeiführung von Ritualen bereits im zweiten Lebensjahr. Die Kinder lieben eine festgelegte Reihenfolge von Handlungen mit zeremoniellem Charakter...“ (*ibid.*, 17)

Im Spiel Erwachsener zeigt sich eine starke Tendenz zur Ritualisierung, wenn Spiele öffentlich ausgetragen werden. Im Ritual zeigt sich aber auch eine Paradoxie des Spiels. Obwohl im Spiel Handlungsraum entsteht, wird dieser gleichzeitig durch Regeln wieder beschränkt. Diese Regeln entspringen jedoch dem Ritual, denn dieses taucht bereits früher auf und hat, wie das ritualisierte Verhalten von Tieren zeigt, eine biologische Wurzel. Die Funktion dieser damit einhergehenden Beschränkungen des Spiels gibt Sicherheit, es wird damit Ordnung hergestellt und die Spannung gesteigert, sowie das Gefühl vom Besonderen hervorgerufen. Dies findet sich in allen Festritualen wieder. (Vgl. *ibid.*, 18)

## REALITÄTSKONSTRUKTIONEN

Die Realitätsumwandlung im Spiel hat den tieferen Sinn, sich nebst der realen, begrenzten Welt eine eigene, innere Welt zu konstruieren, die nach den eigenen Vorstellungen und dem Wohlbefinden eingerichtet werden kann. Dies ist ein für die Menschwerdung lebensnotwendiges und konstitutives Handeln, damit sich der erwachsene Mensch später in Tagträume versetzen kann, sich gewünschte

Situationen ausdenken kann und damit der realen Welt entfliehen und sie neu gestalten kann.(vgl. *ibid.*, 13)

## Entwicklungspsychologie des Spiels

Hier gebe ich einen kurzen Überblick über die Spielarten in entwicklungspsychologischer Reihenfolge geben: und stütze mich außer auf *Rolf Oerter* (vgl. *Oerter*, 93ff) auch auf die Autoren *Nitza Katz-Bernstein* und *Helmut Zaepfel* (*beide*, 2004)

### SENSOMOTORISCHES SPIEL

Das sensomotorische Spiel entwickelt sich bereits im ersten Lebenshalbjahr und besteht aus der regelhaften Wiederholung des Zyklus: Erwartung - Erregungssteigerung - Spannungslösung z.B. durch das Verschwinden und Auftauchen einer Person oder eines Gegenstandes. Es sind Nachahmungsspiele, sowie frühe Interaktionsspiele mit Gegenständen (geben und nehmen / zeigen und verstecken) mit motorischen Angeboten (z.B.: Hoppe, hoppe, Reiter). (Vgl. *Oerter*, 93)

*Nitza Katz-Bernstein* beschreibt diese Spielart als funktionales Explorationsspiel, in dem bereits eigene Entschlüsse (z.B. intentionales Greifen) gefasst werden, sowie das "mothing" Sprachartikulation vorbereitet, serielles Verstehen begründet und die Bedeutung der Worte erlernt werden. Dies geschieht lange vor dem Sprechen des ersten Wortes. Die Intentionalisierung innerer Repräsentanzen wird hier begonnen (durch die Frage: Existiere ich, wenn ich nicht da bin?). Angst - Lust Gefühle werden im Spielen ausgehalten, damit Vertrauen gebildet, sowie bereits zwei Gegenstände zu einem dritten Zweck verbunden (Sequenzen gebildet) und damit Mentalisierung<sup>iii</sup> vorbereitet. (Vgl. *Oerter*, 111ff; vgl. *Katz-Bernstein*, 2007, 41 - 46; vgl. *Wielander*, 2009)



## SYMBOLSPIEL (ALS - OB - SPIEL)

Erste Gesten und Zeichen werden entwickelt (z.B. winken) und auf angebotene Provokationen wird mit Blickkontakt und Lächeln reagiert.

Hier vollführt das Kind durch Nachahmung von „Skripts<sup>IV</sup>“ - Tätigkeiten wie baden und füttern - Handlungen, die es z.B. mit Puppen selbst durchführt. Es tut so, als ob es die Mutter wäre und zeigt beim Spielen eigene Erfahrungen, die es durch die Pflegepersonen an sich selbst erlebt hat. Dabei werden auch Gegenstände umgedeutet und substituiert. Einfache Szenen (Anfang, Mitte, Schluss) werden nachgeahmt, Störungen ins Spiel integriert und Themen durchgehend aufgenommen. (vgl. *Katz - Bernstein*, 2007, 49ff; vgl. *Oerter*, 69 und 93 - 96)

Diese Spielart findet sich in der therapeutischen Identifizierungstechnik wieder, „...bei der der Klient in eine spielerische `als - ob´ - Beziehung mit einem von ihm projizierten Inhalt tritt.“ (*Katz-Bernstein Nitza, Zaepfel Helmut*, 2004, 379)

Weiters werden bereits durch Imitation der Sprachmelodie erste Sprachmuster und Handlungsabfolgen erprobt, sowie Szenen weiterentwickelt.

## PARALLELSPIEL

Diese Vorform des Rollenspiels taucht im Alter von 2 - 2,5 Jahren auf und stellt eine Übergangsform des Spiels dar. Kinder spielen dabei nebeneinander, beobachten sich, greifen aber nicht in das Spiel des anderen ein. Es findet sich teilweise sogar bis im Vorschulalter wieder. Das Parallelspiel bereitet das komplizierte soziale Spiel in mehrerer Hinsicht vor. „Der Gegenstand besitzt im Parallelspiel noch *subjektive Valenz*“ (*Oerter*, 98) und stellt ein „Hindernis für einen gemeinsamen Gegenstandsbezug“ (*ibid.*) dar.

## ROLLENSPIEL / SZENISCHES SPIEL

Im Rollenspiel stellen die vereinbarten Handlungsmuster, durch die die Rollen definiert sind, bereits den Gegenstandsbezug her. Dieser wird dahingehend verändert, dass nicht mehr Gegenstände das Ziel darstellen, sondern Spielthema und Spielidee (das Sujet) an deren Stelle treten. Jeder Mitspieler muss zumindest das Handlungsmuster seiner eigenen Rolle und das von mindestens einem anderen kennen.

Im Rollenskript ist bereits die Funktion mehrerer Rollen vorhanden, nämlich die des Akteurs (z.B. die Mutter, die das Kind badet) als auch des Rezipienten (z.B. das Kind, welches gebadet wird). Es findet im Rollenspiel also eine „fiktive Verwandlung der eigenen Person in einen Rollenträger“ (*ibid.*, 99) statt und die Rollenträger müssen sich an die Regeln des Rollenskriptes halten. Nur dann, „kann der gemeinsame Gegenstandsbezug aufrechterhalten bleiben.“ (*ibid.*) Ebenso „siegte beim Rollenspiel die *objektive Valenz*<sup>vi</sup> des Gegenstandes.“ (*ibid.*, 102) (Vgl. *ibid.*, 99 - 102)

## REGELSPIEL

Wie der Name schon besagt, stehen hier vor allem die Regeln im Vordergrund. Dieses Spiel ist auf Gewinnen und damit auf Geschicklichkeit und / oder Regelbeherrschung ausgerichtet. Gegenstände (Karten, Spielfiguren, Ball) kommen zwar ebenso vor, sind aber nur notwendiger Bestandteil und dienen eher der Aufforderung und Motivation der Spieler. Ebenso kann aber gerade die Regel auch das Spiel attraktiv machen. Es entsteht Spannung mit Gegenständen in ritualisierter Form, also den Regeln entsprechend, umzugehen. Gegenstände und Regelwerk verschmelzen zu einem gemeinsamen Gegenstand, auf den die eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten gerichtet werden. (Vgl. *ibid.*, 101) „Phänomenologisch erlebt der Spieler Involviertheit in das Spiel als Konzentration auf die Spieletappen und die Spielgegenstände. Fähigkeit ist hier definiert durch die enge Beziehung zu Spielobjekt und -regel.“ (*ibid.*)

Das Spiel ist demnach sehr eng mit der Entwicklung der Persönlichkeit, der Entwicklung der Sprache und des Umgangs mit der aktuellen Lebenswelt verbunden.

Ob jemand genügend Spielraum in seiner Kindheit zur Verfügung hatte, zeigt sich daher auch später in seinen Fähigkeiten zu symbolisieren, im verbalen Ausdruck, in seiner Rollenflexibilität, in der Übernahme von Rollenskripts, in der Verfügbarkeit von psychischen Innenräumen, so wie in seinen Grenzen zwischen Innen- und Außenwelt. Diese Fähigkeiten werden im diagnostischen Blick wiederum relevant und es werden bekanntlich bestimmte Störungsbilder daraus klassifiziert. Also bestimmt die Spielmöglichkeit den Grad an psychischer Gesundheit mit. (Vgl. Winnicott, 2006, 52)

Wenn das Spiel an sich dazu nötig ist, um Vorstellungen zu entwickeln, welche wiederum zu jeder Lösungsentwicklung und Veränderung notwendig sind, so liegt die Bedeutung des Zur - Verfügung - stellens von Spielräumen auf der Hand. Und wo könnten sich Erwachsene dies besser gestatten, als im therapeutischen Setting?

*Nitza Katz - Bernstein* spricht davon, dass im Symbolspiel das „Du“ entdeckt wird. „Dies ist der Weg zur Kommunikation und zur symbolisierten Art der Kontaktaufnahme - zur Sprache und damit zu einem sozialen Umgang mit [...] Impulsen“ (*Katz - Bernstein, 2007, 143*) (Vgl., *ibid.*)

Im therapeutischen Setting ist das Konzept des „safe place“ (vgl. *ibid.*, 100ff) eine wichtige Grundvoraussetzung für das Spiel, welches damit zum therapeutischen Spiel wird. In der Psychotherapie mit Erwachsenen stellen der Therapieraum und das Setting bereits diesen sicheren Ort dar. In der Arbeit mit jüngeren Kindern wird ein Raum im Raum geschaffen.

## **Was geschieht nun eigentlich beim Spielen? Wozu spielen Kinder?**

*Rolf Oerter* benennt als erste Form der Realitätsbewältigung das Nachspielen, das Nachgestalten der Realität. In der Fiktion des Spiels geht es aber nicht um reine Nachgestaltung der Realität, sondern um die Ergänzung durch die Fiktion, womit bereits die Realität transformiert wird. Dies geschieht systematisch und nicht zufällig und dient der Korrektur des (nicht aushaltbaren oder bewältigbaren) Alltages. Durch

das Schaffen dieser Gegenwelten wird entweder die Flucht aus dem, die Erhöhung oder die Kompensation des Alltages realisiert. Es entsteht ein Spielverlauf und eine Spielgeschichte wird sichtbar. (Vgl. Oerter, 1999, 255 - 266) „Die *Transformation ins Räumliche* (Nähe, Abgrenzung, Ferne, Kontrolle durch Einsperren, Rangfolge als Ordnung von Figuren u.a.m.) zeigt, [...] isomorphe Züge zur sprachlichen Darstellung psychischer Thematiken. Räumliche Metaphern, wie „du bist in meinem Herzen“, „ich bin dir nahe“, „er fühlt sich eingesperrt“ oder „er ist ganz oben“ treten in der Entwicklung wesentlich später auf als räumliche Darstellungen im Spiel, das viel anschaulicher und konkreter ist.“ (*ibid.*, 260)

Durch die Entwicklung des gemeinsamen Gegenstandsbezugs im frühkindlichen Spiel ist damit das Spiel auch bedeutend für den Aufbau zentraler Handlungsmuster. Was ist damit gemeint? In den Beobachtungen von Mutter - Kind - Interaktionen stellte Bruner (1975) fest, dass (Spiel-) Etappen dabei auf den Spracherwerb vorbereiten. (Bruner, J.S., 1975, 2, 1 - 19, cit. nach Oerter, 1999, 105) Diese sind zugleich auch Schritte in Richtung zum gemeinsamen Gegenstandsbezug. Dies soll hier kurz veranschaulicht werden:

- Kind lernt zuerst das Objekt (den Gegenstand) vom Akteur (der Mutter) zu unterscheiden (der Gegenstand ist nicht gleich die Mutter)
- Die Mutter zeigt den Gegenstand (immer wieder) und benennt ihn
- Somit werden Objekte mit Lauten vom Kind assoziiert
- Die Mutter führt mit dem Gegenstand, auf den die Aufmerksamkeit fokussiert ist, Handlungen durch
- Der Tonfall von Frage und Antwort wird unterschieden und damit vom Kind gelernt.
- All diese Prozesse werden in eine immer komplexere Spielhandlung eingebettet. Bsp.: „Wo - Da - Spiel“ (Vgl. Oerter, 1999, 105ff)

Es entwickelt sich daraus eine Handlungsgrammatik des gemeinsamen Gegenstandsbezuges (vgl. *ibid.*) „[...] die der sprachlichen Grammatik entspricht.“ (*ibid.*, 106) „Insofern ähnelt eine Handlungsgrammatik der Sprachgrammatik: einfachste wie komplizierteste Sachverhalte lassen sich durch die Subjekt - Prädikat - Objekt - Relation darstellen.“ (*ibid.*, 108) So gesehen ist Spiel eine Notwendigkeit um Handlungsabläufe, sowie um Sprache zu erlernen. Ebenso ist das Spiel nötig um die Realitätsebene zu wechseln, indem man über Metakommunikation dies vereinbart („wir spielen jetzt so“). Zuerst wird also auf der Metaebene kommuniziert, dann entwickelt sich die Kommunikation innerhalb des festgelegten (Spiel-) Rahmens. (Vgl. *ibid.*, 117ff)

Daraus wird ersichtlich, dass das Spiel nötig für soziales Lernen ist, sowie zum Üben und Erlernen einer Kommunikation. Die Sprachentwicklung geht damit mit der Spielentwicklung Hand in Hand. Die Sprache wird also schrittweise an äußere Handlungen gekoppelt, „so daß das Kind die wechselseitige Stützung der taktilen oder kinästhetischen Erfahrung mit dem (unverstandenen) sprachlichen Laut erfährt.“ (*ibid.*, 123)

„Durch solche Benennungen werden Gegenstände fixiert und handhabbarer gemacht, weil Namen auch auf nicht sichtbare Objekte bezogen werden können und weil der geplante Umgang mit Objekten vorweg ausgedrückt werden kann. Weitaus häufiger aber sind handlungsbegleitende kommunikative Sprechakte. Das Kind beschäftigt sich mit Gegenständen, Mutter (bzw. Bezugsperson) und Kind begleiten die Handlung durch Sprache.“ (*ibid.*, 124)

Zudem legte S. Freud in seinen frühen Werken den Schwerpunkt des Spiels auf die wunscherfüllende Funktion des Spiels. „Es erlaubt dem Kind aus den Zwängen der Realität zu entfliehen und ermöglicht das Ausleben tabuisierter Impulse, vor allem aggressiver Bedürfnisse. Die Wunscherfüllung gehorcht dem Lustprinzip, das im Spiel, vor allem im Phantasiespiel, über das Realitätsprinzip siegt, weil es sich nicht um die äußere Wirklichkeit zu kümmern braucht.“ (*ibid.*, 175)

Er spricht in diesem Zusammenhang von der Katharsishypothese, die in seinem psychoanalytischen Denken besagt, „daß durch erneutes Ausleben früherer Probleme bzw. von unerlaubten Triebwünschen eine `Reinigung´ erfolgt, die den Patienten von seinen Ängsten befreit.“ (*ibid.*) (Vgl. *ibid.*)

Wenn nun das Funktionale des Spiels beschrieben wurde, so beschreibt *Oerter* bezogen auf die Dynamik des Spiels drei Ebenen der Handlung, welche er den Konzepten von *Leontjew, A.N.*, wie auch schon den Begriff des Gegenstandsbezuges, entnimmt:

- „Tätigkeit = Motiv des Handelns (nicht / wenig bewußt)
- Handlung = Ziel des Handelns (bewußt)
- Operation = Mittel des Handelns (automatisiert und nicht bewußt)“  
(*Leontjew, A.N.*, 1977, cit. nach *Oerter*, 1999, 181)

Daraus folgert, dass das Motiv / Thema (Problemthema oder Lösungsthema) des TS unbewusst ist oder in den Termini der IGT gesprochen, vorbewusst. Es wird dabei eine gezielte bewusste Handlung mit einem gedachten Ziel ausgeführt – nämlich das Bauen im Sand, das Aufbauen einer Szene. Der Patient denkt sich etwas dabei und hat eine bestimmte Situation oder Szene vor dem inneren Auge. Der Sand, die Figuren und das Wasser werden operationalisiert (nicht bewusst und automatisch) als Mittel zum Zweck verwendet. (Vgl. *Oerter*, 181)

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Entwicklung des Kindes mit dem Spiel und dieses wiederum mit der Sprache untrennbar verknüpft ist. Im nächsten Kapitel wird deutlich, dass auch die Entwicklung von Affekten und Emotionen, in demselben Prozess einhergehen.

## Sprache

Es wird nun dargestellt wie die Fähigkeit zur (sprachlichen) Symbolisierung entsteht, sowie der Fokus auf nonverbale und verbale Sprache gerichtet.

Es wurden bereits die unmittelbaren Verknüpfungen in der Entwicklung der Sprache mit dem kindlichen Spiel aufgezeigt. Nun soll vertiefend auf die Grundlagen des Spracherwerbs und speziell auf die eben genannten Themen Symbolisierung, nonverbales Verstehen und Grenzen der verbalen Sprache eingegangen werden, womit ein Bezug zum TS hergestellt wird. Dabei soll deutlich werden, wie sehr die Entwicklung der Sprache mit der Entwicklung von Affekten und Gefühlen, aber auch dem Denken und der Erinnerung verbunden ist und ohne Spiel sich nicht entwickelt.

Ich stütze mich dabei auf *Ralf Oerter* (1999), *Ulrich Streeck* (2000), *Diethard Herles* (2004), *Michael Tomasello* (2006), *Nitza Katz - Bernstein* (2007) und *Harald Welzer* (2008).

Mich interessieren der Prozess der Symbolentstehung und die Differenzierung der Sprache als nonverbales im Gegensatz zum verbalen Geschehen. Vor allem die Frage nach ob es die verbale Sprache in therapeutischen Prozessen, insbesondere im TS, zwingend benötigt, oder ob das szenische Darstellen von (unbewussten) Inhalten, die noch nie der Sprache zugänglich waren, alleine ausreichend sein könnte um Veränderungsprozesse zu bewirken. Ich gehe der Frage nach, ob zuerst die Symbolisierungsfähigkeit oder zuerst die Sprache entstanden ist.

Die Neurowissenschaften bestätigen, dass wichtigste Entscheidungen im Leben vorwiegend nonverbal gelöst werden und damit diesen Prozessen eine mindestens ebenso hohe Bedeutung zukommt wie verbalen Prozessen. (Vgl. *Sperry*, 1985, 82, cit. nach: *Herles, D.*, 2004, 40)

Man gerät der haptische Zugang zur Welt zunehmend in den Hintergrund und es reduzieren sich unsere Erlebniswelten auf zweidimensionales Wahrnehmen. Erfahrungen über das Auge, Ohr und die Hand treten in den Hintergrund. (Vgl. *Herles*,

2004, 32 - 43) Dadurch verändern sich sinnlich - emotionales Erleben bereits im Kleinkindalter. Erfahrungen, die direkt und unmittelbar erlebbar, begreifbar sein sollen, werden nun vermehrt zu Erlebnissen in virtuellen Welten, denen die unmittelbare und individuelle Erfahrung fehlt. Vorgegebene Welten ersetzen diesen wichtigen Entwicklungsraum.

Wenn es Kindern und Jugendlichen immer öfter an unmittelbarer Realitätserfahrung, an sensomotorischen Erlebnissen, die über Bewegungen des Körpers, die Hand und die Haut gehen, mangelt, verkümmern nicht nur sinnliche Qualitäten, sondern auch die Fähigkeit eine Handlungsplanung mit ihren jeweiligen Konsequenzen abzuschätzen.

Emotionen sind mit Handlungen untrennbar verknüpft. Etwas zu berühren bedeutet auch gleichzeitig berührt zu werden und sich selbst zu berühren. Wenn das Kind nicht mehr spielen, formen, herstellen, nachfühlen muss, geht ihm ein Zugang zur Außenwelt und damit auch zu seiner Innenwelt verloren.

## **Bildung des kommunikativen Gedächtnisses und symbolischen Denkens**

Bereits in den ersten beiden Lebensmonaten regulieren Säuglinge ihre Bewegungen und wahrscheinlich auch ihre Gefühle mit den Bewegungen, Handlungen und Gefühlen der Bezugspersonen. Blicke und Laute werden bereits mit der Mutter ausgetauscht. Diese Interaktionsprozesse stabilisieren und erweitern sich zu Mustern, sogenannten „scripts“. (Vgl. *Welzer, 2008, 70*)

Worauf ich hier nicht weiter vertiefend eingehe ist der Entwicklungsprozess des Affekt-Spiegels, das „mirroring“, welches nach *Gergely (1995, 1996)* als „soziobiofeedback model of affect mirroring“ bezeichnet wird.

*Welzer* bezieht sich in seinen Ausführungen auf *Daniel Stern (1998, 96 - 98)* und erweitert dessen Begriff der „protonarrativen Hülle“ mit den Begriff der „protonarrativen Sequenz“, wobei der Begriff „narrativ“ für Repräsentationen im Gehirn von non-



verbalen Abläufen steht, „deren Struktur die Basis für die spätere Herausbildung der Möglichkeit des Spracherwerbs bildet.“ (Welzer, 77) Diese „protonarrative Sequenz“ bildet sich durch viele Interaktionsformen, also Spiele, mit Gegenständen zwischen Mutter und Kind „im Rahmen intensiver face - to - face Interaktionen“. (ibid., 77) Es entstehen so Repräsentanzen im Gedächtnis, wovon sich neurowissenschaftliche, wie entwicklungspsychologische Modelle ableiten lassen. Es gibt dabei „die zeitliche Sequenzierung des gemeinsamen Handlungsablaufs, die mit einer Reihe sinnlicher (visueller, taktiler, auditiver, olfaktorischer) Reize und emotionaler Zustände einhergeht“ (ibid., 78), in dem jeder Moment im Ergebnis eine „Bedeutung“ für das Baby hat“ (ibid., 79), mit einem bestimmten Gefühl gekoppelt und als Erfahrung im Gehirn repräsentiert wird. (Vgl. ibid., 76 - 82) Dieses Modell ist etwa sechs Entwicklungsjahre einer ständigen Veränderung unterworfen und damit überkomplex. Die Erinnerungsinhalte differenzieren sich immer mehr aus und es werden Repräsentationen für Phantasien, Erinnerungen an einzelne Ereignisse, sowie autobiografische Ereignisse, also selbstbezogene Erinnerungen, im Gedächtnis angelegt.

Damit geht Welzer davon aus, „daß Emotionen die eigentlichen Generatoren von Bedeutung und Sinn, später von Bewußtsein sind. Erst das ermöglicht Intersubjektivität“ und stellt „die Basis“ zur „strukturierten Kommunikation“ dar. (ibid., 83) Das Baby verfügt damit über „scripts“, die ihm ermöglichen zu wissen was im Handlungsablauf als Nächstes kommt. (vgl. ibid.)

Zeitgleich stattfindende Äußerungen des Säuglings werden durch den „babytalk“ der Eltern akzentuiert und damit markiert. Der Säugling besitzt die Fähigkeit zur referentiellen Entkoppelung, sowie zur referentiellen Verankerung. (Streeck, 63ff) Der Säugling weiß demnach über die Als - ob - Gefühle der Eltern Bescheid und kann damit bereits reale Gefühle von gespielten unterscheiden. Er entkoppelt diese ihm entgegengebrachten markanten Gefühle von den tatsächlichen Gefühlen, erkennt deren Als - ob - Qualität und bezieht sie auf sich selbst, indem er diese „als Ausdruck und Widerspiegelung seines eigenen Affektzustandes versteht“ (ibid., 64) und verankert diesen Prozess im Gehirn als Erfahrung. Der Säugling trennt zwischen den

Ebenen, auf denen sein Gegenüber ihm nicht nur etwas darstellt, sondern ihm dabei auch etwas mitteilt, braucht dazu aber die Markierungen, die auch Überzeichnungen genannt werden könnten. Das Als - ob - Spiel wird demnach bereits sehr früh von den Eltern imitierend gelernt und in der späteren Entwicklung nachgespielt.

Daraus entstehen die inneren Repräsentanzen „im und durch den Prozeß der Affektspiegelung“ (Gergely, 1995 und 1996, cit. nach Streeck, 69) wodurch gelernt wird die eigenen Affekte zu kontrollieren und sich emotional selbst zu regulieren.

„Die Erfahrung, durch Expression und Externalisierung Gefühlszustände erfolgreich regulieren zu können, macht das Kind später auch beim symbolischen Spiel [...] mit Hilfe einer `Spiegelung´ in den Spielfiguren und Figurationen [...]. Die heilende Kraft des kindlichen Spiels beruht nicht zuletzt auf dieser regulatorischen Eigenschaft. Das Spiel ist Externalisierung eines Gefühlszustands und seine `Verankerung´ in einer Spielfigur, mit der das Kind sich identifiziert. [...] Wichtiger erscheint mir noch, daß die Kinder einen echten Spielgefährten haben, dessen `Stellungnahme´ zum Spiel sie verinnerlichen können. Die Regulierungsfunktion des Spiels kommt dann [...] durch die Verinnerlichung der `Kommentare´ zu den Externalisierungen zustande. (Vgl. Fonagy und Target 1996, 221)“ (*ibid.*, 71 - 72) Später wird das Als - ob - Wissen auf die „Dingwelt“ ausgeweitet. Diese „doppelte Perspektive, in der eine Sache sie selbst sein kann, aber auch etwas anderes, ist ein wesentlicher Aspekt der Symbolfunktion“ (*ibid.*, 72)

Auch wenn diese Fähigkeit zum Symbolspiel bereits vorhanden ist, ist es wichtig, weiterhin als Spielpartner „markierend“ auf das kindliche Spiel einzugehen. (Vgl. Fonagy und Target 1996, 228, cit. nach: Streeck, 73)

Damit wird das Kind unterstützt seine Impulse „durchzuarbeiten“ und sie als Gedanken und Spiel, statt als Realität, zu begreifen. „Erstens also wegen der `Markiertheit´, zweitens am Fehlen von Handlungsfolgen und drittens aufgrund der stärkeren Beeinflußbarkeit lernen Säuglinge sehr schnell den Unterschied zwischen spielerischen und echten Affektcommentaren, und dies fördert die Entwicklung des symbolischen Denkens“ (Gergely u. Watson 1996, 1199, cit. nach: Streeck, 74)

## Symbolisierungsfähigkeit und Sprachentwicklung

Verbale und nonverbale Sprache setzt also eine sinnlich erfahrbare Außenwelt, Handlungsskripts, Emotionen und Symbolisierung derselben und damit eine psychische Innenwelt voraus. „Die Dynamik von inneren Repräsentanten, sensorischen und motorischen Komponenten und deren affektiver Besetzung zeigt sich in einer Vernetzung von kleinsten Erfahrungseinheiten, die sich in der sozialen Interaktion mit dem Kind und seinen Handlungsmustern widerspiegelt. Aus anfänglichen reflexartigen Kontrollmustern entwickeln sich differenzierte `actionsskripts` und `emotionale skills`, die der Integration von Emotionen und Handlungsstrategien dienen.“ (Wielander, Claudia, 2004, 55)

Tomasello (vgl. 2006,127ff) spricht von „Szenen geteilter Aufmerksamkeit“. Es „sind soziale Interaktionen, bei denen das Kind und der Erwachsene während einer bestimmten Zeit ihre Aufmerksamkeit auf einen dritten Gegenstand konzentrieren und außerdem jeweils gegenseitig auf die Aufmerksamkeit des anderen hinsichtlich dieses dritten Gegenstandes achten.“ (*ibid.*,128)

Besondere Merkmale derselben sind, dass sie in einem „Zwischenbereich angesiedelt [sind] - einem wesentlichen Zwischenbereich sozial geteilter Wirklichkeit - zwischen der größeren Welt der Wahrnehmung und der kleineren Welt der Sprache.“ (*ibid.*) und „daß das kindliche Verstehen einer Szene gemeinsamer Aufmerksamkeit das Kind selbst und seine eigene Rolle in der Interaktion als ein wesentliches Element enthält, wobei sowohl das Kind als auch seine Rolle aus derselben `Außenperspektive` aufgefaßt werden wie die anderen Personen und der Gegenstand, so daß alle Elemente in einem gemeinsamen Repräsentationsformat vorliegen, was sich bei dem Prozeß des Erwerbs sprachlicher Zeichen als entscheidend herausstellt.“ (*ibid.*,128 - 129) Hierbei entwickelt sich der „Intersubjektive Kontext“, innerhalb dessen Symbolisierungsprozesse, auch die der Sprache, stattfinden können. (Vgl. *ibid.*,130)

Die Sprache symbolisiert nur einen Teil der Dinge, „die bei den intentionalen Interaktionen in der Szene gemeinsamer Aufmerksamkeit vor sich gehen.“ (*ibid.*, 130) Tomasello bezeichnet diesen Teil die „Szene der Referenz“. (Vgl. *ibid.* 130ff)

Spracherwerb braucht nach *Tomasello* (vgl. *ibid.*, 131) also einen Gegenstand gemeinsamer Aufmerksamkeit, den Erwachsenen und das Kind.

Es wird vom Kind in seiner Sprachentwicklung ebenso verstanden, dass es ein „Format der Sprache“ gibt, indem die Mitspielerrollen ausgetauscht werden können. Das bedeutet das Kind kann einen Rollentausch mit den Erwachsenen vornehmen. *Tomasello* nennt diesen Vorgang: „Imitation durch Rollentausch“ (*ibid.*, 132 - 134) (Vgl. *ibid.*) “Das Ergebnis dieses Vorgangs [...] ist ein sprachliches Symbol: ein Kommunikationsmittel, das intersubjektiv von beiden Teilnehmern der Interaktion verstanden wird. [...] das Kind versteht, daß es ein Symbol erworben hat, das [...] sozial geteilt wird [...]“. (*ibid.*, 139)

Sprache zu erwerben ist demnach ohne soziale und kulturelle Beziehung nicht möglich. Vor der Sprachentwicklung muss es deshalb ein Umfeld geben, in dem strukturierte soziale Tätigkeiten stattfinden, die vorerst vom Kind intentional verstanden werden, noch bevor es ein Sprachsymbol entwickelt. Dieses intentionale Verstehen ist also archaischer als die Sprachsymbole selbst. Die Sprache ist hiermit ein möglicher Ausdruck intentionalen Verstehens auf einer symbolisierten Ebene, mit Hilfe sprachlicher Symbole. Einfache und komplexe Handlungsmuster entsprechen einer Grammatik, die der sprachlichen Grammatik entspricht. (Vgl. *Oerter.*, 1999, 106ff) Gegenstände werden in den Handlungen der beteiligten Personen in neue Sinnzusammenhänge gegeben und es entstehen daraus neue Szenen. Dies alles wird im Als - ob - Spiel bereits geübt.

Im Gegensatz dazu, dass „die meisten entwicklungspsychologischen Theorien [vgl. Lichtenberg, J., 1983, Dornes M., 1993, 1997] die Fähigkeit zum symbolischen Denken als Reifungs- oder Entwicklungserrungenschaft ansehen, die sich vergleichsweise unabhängig von Interaktionserfahrungen herausbildet“ (*Streeck, Ulrich, 2000, 69*) stellt *Streeck*, basierend auf der Theorie *Fonagys* hiermit eine interaktionistische Theorie der Symbolentwicklung dar. (Vgl. *Fonagy, P., 1995*)

Ohne aber den in der psychoanalytischen Psychosomatik diskutierten Grundgedanken der Alexithymiehypothese zu verwerfen, die besagt, dass psychosomatische

Basisregulation auf Defizite in der Symbolbildung zurückzuführen sind, plädiert er auf eine Einschränkung oder Spezialisierung dieses Konzeptes. Da mittlerweile bekannt ist, dass diese „Patienten nicht nur im verbalen, sondern auch im nonverbalen Ausdruck von Gefühlen beeinträchtigt sind“ (*Streeck*, 2000, 69, Fußnote 6) und daraus folgernd mangelhaft mit ihren Gefühlszuständen mit anderen kommunizieren, beschreibt *Streeck* dies als eine „mangelhafte[n] Nutzung anderer Menschen zur Affektregulation“. (*ibid.*) Er spricht damit von „Signalisierungsdefiziten“, nicht nur von „Symbolisierungsdefiziten“. (*ibid.*) (Vgl. Hoppe, K., 1989, Pally R., 1998 und Krause R., 1997, 1998)

Das Arbeiten mit Gegenständen im TS ermöglicht den Ausdruck des intensional Verstandenen in symbolischer Form und kann in der Folge auch in verbale Sprache übersetzt werden. Es können aber auch, auf verbaler oder nonverbaler Ebene, neue intentionale Sinnzusammenhänge entstehen.

Bei *Tomasello* wird mehr als deutlich, dass die Sprache nicht die Voraussetzung für Symbolisierungsfähigkeit ist, sondern umgekehrt: Symbole werden als Teilhabe an „Szenen geteilter Aufmerksamkeit“ (*Tomasello, M.*, 127 ff) entwickelt und bilden die Grundlage jeglichen Spracherwerbs. (Vgl. *ibid.*, 77 ff u.126 ff)

In wieweit das TS Sinn ergibt für Menschen, die über keinen oder nur rudimentären Sprachausdruck verfügen, versuche ich im Kapitel Diagnostik zu klären.

## **Bildersprache - szenisches Verstehen**

Vor dem Sprachsymbol steht daher immer eine Szene und wird als diese, bildlich und emotional verbunden, im Gehirn abgespeichert. Die Bilder, die in den „Szenen geteilter Aufmerksamkeit“ nach *Tomasello* entstanden, sind bereits etwas worin und worüber wir uns verständigen. Sei dies mit Lauten oder bereits mit Worten. Da wir unsere eigenen Bilder ja nicht mit jedem bisher geteilt haben, kommunizieren wir immer ausgehend von den intrinsischen Bedeutungszuschreibungen der eigenen Szenen.

Bei manchen Menschen wird es eine größere, ähnlichere, bei anderen eine geringere Übereinstimmung der Bedeutungen geben, die aber nicht vorausgesetzt werden kann. Eine Szene, ein Bild, wird also immer aus den eigenen Emotionen heraus verstanden, die in der Folge mit anderen geteilt (kommuniziert) werden müssen. Worte sind für Emotionen aber unzulängliche Symbole und wir beziehen uns deshalb im Verstehen wiederum auf unsere eigenen inneren szenischen Bilder. Damit liegen Missverständnisse in der Natur der Sache. Dasselbe kann auch geschehen, wenn wir die Sprache weglassen und uns an Hand von Bildern verständigen. Es entstehen dabei wieder neue „Szenen geteilter Aufmerksamkeit“, da über das Bild ein Verstehen stattfindet, Gefühle empathisch entschlüsselt werden.

Sprache ist eine Metaebene, wobei wirkliches Verstehen und Verstanden werden emotional und wortlos geschieht. Das wortlose Sprechen ist ja mit Gestik, Mimik, Handlungen und Stimmungen und diese wiederum intrinsisch mit Emotionen (und den damit verbundenen inneren Bildern) verbunden.

# Kreative Prozesse

In diesem Kapitel stelle ich im Überblick dar was mit Kreativität gemeint ist, was in kreativen Prozessen geschieht um damit eine Verbindung zum TS herzustellen. Dabei fließen Erkenntnisse und Beschreibungen von *Jakob Levy Moreno* (1991), *D.W. Winnicott* (2006), *Frederick Perls*, *Ralph F. Hefferline*, *Paul Goodman* (alle 1991), *Joseph Zinker* (1993), evolutionstheoretische und anthropologische Konzepte beschrieben von *Dorothea Rahm* u. a. (1999), sowie Artikel aus den Sammelbänden der Hrsg. *Hilarion Petzold* und *Ilse Orth* (1991) und Betrachtungen von *Nancy Amendt - Lyon* (2006) indirekt ein.

In der folgenden Grafik stelle ich die vorliegende Literatur in einem schematischen Ablauf dar, womit ich zeige wie ein kreativer Prozess abläuft. (Vgl. *Wielander*, 2002)

Bevor ein schöpferischer Prozess in Gang kommt, benötigt es bestimmte Bedingungen. Es braucht einerseits einen bewertungsfreien Raum und Zeit. Es besteht weiter eine innere Notwendigkeit, ein Anlass, der einen schöpferischen Prozess initiiert. Das kann eine Idee sein, aber auch Not etwas verändern zu müssen, vergleichbar mit einer Krise. Diese führt oft zu innerer Verwirrung, wird als inneres

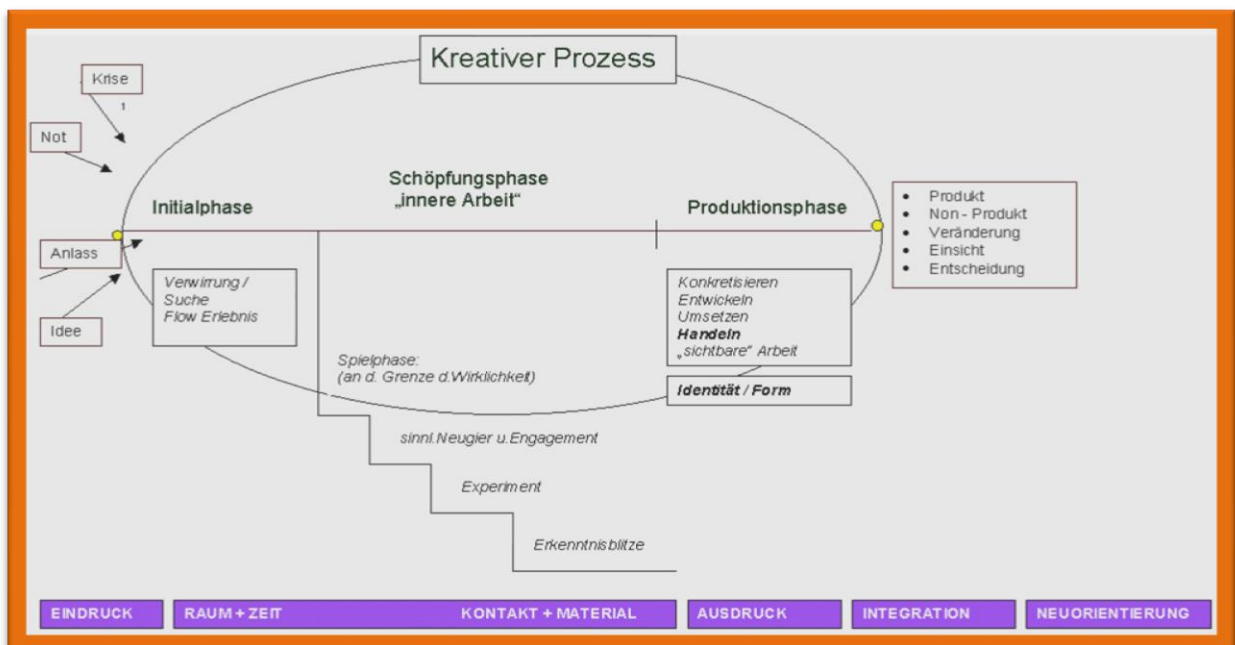


Abbildung 6: Kreativer Prozess

Chaos erlebt und beschreibt zugleich die Suche nach dem Beginn eines Weges. Als Hauptmotivation erscheint „die Tendenz des Menschen, sich selbst zu verwirklichen, seine Potentialitäten zu entfalten“. (Carl R. Rogers, 1991) (Vgl. Wielander, 2002, 21 - 26)

Die Initialphase des kreativen Prozesses dauert bis zum sogenannten „flow“ - Erlebnis, auch „Aha“ - Erlebnis genannt. „Die Wiederholung von Spielhandlungen vermittelt nicht selten ein Flow - Erlebnis (vgl. Csikszentmihalyi Mihaly, 1985), das mit besonderen Emotionen gekoppelt ist und neben dem Meisterungserlebnis das Aufgehen in der Tätigkeit sowie Verschmelzungserlebnisse ermöglicht.“ (Oerter, 1999, 16). „Flow (engl. fließen, rinnen, strömen) bedeutet das Gefühl des völligen Aufgehens in einer Tätigkeit, auf Deutsch in etwa *Schaffens-* oder *Tätigkeitsrausch*, *Funktionslust*: unüberspannt [sic!], wenn der Wille zentriert ist - Konzentration, ohne erzwingen zu wollen.“ ([http://de.wikipedia.org/wiki/Flow\\_\(Psychologie\)](http://de.wikipedia.org/wiki/Flow_(Psychologie)), [22.11.2009])

Erst dieser Impuls gibt eine Richtung an, eröffnet eine spielerisch - regressive Phase, eine Schöpfungs- und Spielphase, die notwendig ist um zu experimentieren, auf Materialsuche zu gehen, auszuprobieren und wieder zu verwerfen und um Erkenntnis zu gewinnen. „Verbunden mit der Offenheit und dem Fehlen von Rigidität [...] finden wir die Fähigkeit, mit Ideen, Farben, Formen, Beziehungen spontan zu spielen – Elemente in unmögliche Positionen zu schieben, wilde Hypothesen zu bilden, Gegebenes zu problematisieren, das Lächerliche auszudrücken, etwas von einer Form in eine andere zu übertragen, etwas in unwahrscheinliche Entsprechungen zu transformieren. In derartigen Formen spontanen Spielens und Explorierens kommt dann eine Ahnung auf [...]“, (Rogers, C., 1991, 246) was der Inhalt dieser Phase sein kann.

Anschließend erfolgt erst die eigentliche Handlungsphase (von mir gerne als „Bastelphase“) beschrieben. Hier geschieht konkretes Tun, der den vorherigen Prozess umsetzt und damit sichtbar macht. Diese Produktionsphase ist daher äußerer Ausdruck eines vorangegangenen, inneren Prozesses.



„Erst wenn ausreichend gespielt wurde, kann an die Erstellung einer Form, eines Produktes oder Werkes gedacht werden. Und nur wenn genug Zeit mit Spielen verbracht wurde, wird das Produkt Spuren und Identität seines Herstellers aufweisen und damit ein kreatives Werk sein. Wenn dieser Prozess gelingt, wird sowohl in der psychischen als auch in der schöpferischen Entwicklung Integration und eine Neuorientierung möglich. (Nicht nur) die psychische Ordnung wird durch `zufällige` Momente in ihrer Struktur gestört (irritiert), und es kommt dadurch zur ständigen Neuorientierung des Selbst ohne die innere und äußere Bezogenheit aufzugeben. Diese Anpassungsfähigkeit und Flexibilität ist zur gesunden psychischen Stabilität notwendig.“ (*Wielander, 2002, 24*)

Bedeutend ist also das Neu - Entstandene, welches unverwechselbar den Schöpfer mit repräsentiert. In diesem handelnden Prozess ist der Vergleich zwischen dem von *C.G. Jung* beschriebenen Zustand des „abaissement du niveau mental“ (vgl. *Jung, diese Arbeit, 11*) und dem gestalttherapeutischen Modus der Bewusstheit, das Gewahrsein, angebracht. (Vgl. *Fuhr Reinhard, Gremmler - Fuhr Martina, 1995, 153 ff*)

Dies ist an sich bereits ein Integrationsprozess, der Neuorientierung ermöglicht. Das kann auch der Beginn eines weiteren (kreativen) Prozesses sein.

Besonders *Friedlaenders* Konzept der „Schöpferischen Indifferenz“ beschreibt sehr einfach und anschaulich das Zentrum aller Kreativität. Diese Indifferenz ist zugleich das „Nichts“ als auch „Zentrierung“. Dieser Kern der Kreativität wird auch als fruchtbare „Leere“ oder das Prinzip des Zeit - Zentrums, als „Hier und Jetzt“ benannt, auf das sich die jeweiligen (differenten) Pole beziehen. (Vgl. *Frambach, L., 2006, 137*). Das Selbst befindet sich hier spontan im „mittleren Modus“.

## Wie wird der kreative Prozess in der Therapie möglich?

*Nancy Amendt - Lyon* gibt einen guten Überblick über die "Einflussfaktoren auf schöpferische therapeutische Interventionen in der Gestalttherapie":

- Anregen produktiven Denkens, der Einsicht und der schöpferischen Anpassungsfähigkeit
- Das Anwenden der Prinzipien der Gestalttheorie
- Reorganisieren des Feldes auf der Suche nach der 'guten Form'
- Prozessorientierter Ansatz
- Wahrnehmen und Verstehen
- Ansprechen der strukturellen Beziehung zwischen Ausdruck und Erfahrung
- Das Auffinden des persönlichen Bedeutungsgehalts innerhalb des je eigenen Lebenskontextes
- Verwandeln des Vertrauten in Neuartiges und Schätzenswertes
- Risikofreude und die Bereitschaft sich überraschen zu lassen
- Produktives Einsetzen von Humoristischem, von Metaphern und Fehlleistungen
- Kenntnis der Indikationen und Kontraindikationen beim Einsatz verschiedener Methoden und Materialien
- Das Sich - Einlassen auf eine dialogische Beziehung
- Das Praktizieren einer prozessorientierten Diagnostik
- Das Fördern authentischen Selbstausdrucks und eines unverwechselbaren Stils in der Beziehung

- Das Schaffen eines Raumes zur Ermöglichung spielerischer Erfahrungen zwischen Therapeut und Patient
- Die persönliche Vertrautheit mit Methoden und Materialien

(Amendt - Lyon, Nancy, 2006, 10, Tabelle 1)

Die Kreativität der Gestalttherapie ist also „untrennbar mit der Kraft des Selbst verbunden“ (Sichera, Antonio, 2006, 111) und bemüht sich immer wieder um schöpferische Anpassung. Das Selbst handelt grundsätzlich kreativ, auch dann, wenn es sich in einer Notlage befindet, wenn es gehemmt oder angegriffen wird, um dem Organismus ein Überleben zu sichern. Wenigstens wird dabei ein Feld hergestellt, welches „nicht zur Gänze destruktiv ist.“ (*ibid.*) (Vgl. *ibid.*, 111)

In diesem Sinne ist jedes Sandbild ein einmaliges kreatives Produkt, entstanden aus einem schöpferischen Prozess. Jedes Mal entsteht etwas völlig Neues, noch nie Dagewesenes, das die Einmaligkeit des Gestaltenden widerspiegelt und Selbst-Erkenntnis oder eine neue Weltsicht entstehen lässt. Im kreativen Prozess, der im TS stattfindet, verbinden sich die Gestaltprinzipien zu einem Prozess des Gewahrseins von implizitem Wissen, welches vorerst nonverbalen Ausdruck erfährt.

Wir befinden uns nun gewissermaßen im Zentrum und im Herz der vorliegenden Thesis. Das Spielen führt in den kreativen Prozess hinein, die Sprache beschreibt und transformiert das (nonverbale) Geschehen auf eine kognitive - kommunikative Ebene. Die Neurowissenschaften bestätigen ganz grundsätzlich die enorme Bedeutung kreativen Arbeitens: „Die emotionale Resonanz auf künstlerische Darstellungen, sagt *Damasio*, erzeuge ein Lustgefühl, das großteils auf körperliche Reaktionen wie Atmen, Puls und Leitfähigkeit der Haut fußt, die allesamt mit der Wahrnehmung bestimmter Objekte assoziiert sind, [...] (*Damasio, AR*, 2001, 68). Diese Reaktionen machen Entscheidungen möglich und sie unterstützen schöpferisches Bearbeiten.“ (*Damasio*, 1994, cit. nach: *Burley, Todd*, 2006, 100)

In den Worten *Nakamuras J.* und *Csikszentmihalyi M.* ausgedrückt, wird „der kreative Beitrag [...] durch das Zusammenwirken dreier Systemkomponenten erstellt: (a) die erfinderische Person; (b) die symbolische Domäne, die ein Individuum in sich aufgesogen hat, mit der sie arbeitet und zu der sie das ihre beisteuert; und (c) das soziale Umfeld aus Türstehern und Praktikern, die die Beiträge erbitten oder sie verweigern, auf sie reagieren, sie beurteilen und sie belohnen.“ (*Burley*, 101)

Im Grunde ist damit alles gesagt. Offen bleiben noch diagnostische Überlegungen, denen ich das folgende Kapitel widme.

## Diagnostik

Diagnostische Überlegungen ermöglichen das Einordnen des TS in die Behandlung von Leidenszuständen. Es ist wichtig therapeutisches Handeln als solches zu erkennen und damit auch das Ziel des Handelns zu definieren. So einfach gestaltet sich dies aber nicht. Einerseits obliegt dem TS nach C.G. Jung eine eigene symbolorientierte analytische Sandspieldiagnostik, andererseits ist dieser Blickwinkel der IGT - immanenten, prozesshaften Diagnostik diametral entgegengesetzt. In den folgenden Abschnitten werden diese beiden Ansätze gegenübergestellt und daraus eine therapeutische Haltung für das TS erarbeitet, sowie auch auf das Spezielle der Kinder- und Jugendlichen Therapiediagnostik eingegangen.

Um eine klinische Einordnung zu ermöglichen, gibt es eine Auswahl an Diagnosemanualen: die OPD<sup>6)</sup>, das DSM IV und die ICD 10 seien genannt, wobei die beiden letzteren hier nur indirekt Bezugskontext erfahren, da sie deskriptiv psychiatrische Störungen klassifizieren und nicht wie die OPD auf die Psychodynamik, die OPD-2 zudem noch auf die Therapieplanung, eingehen.

## Sandspieldiagnostik

Diagnostik im psychotherapeutischen Prozess, besonders auch in der Kinder- und Jugendtherapie, ist natürlich mehr als nur die Diagnostik, die sich am TS orientiert. Ich setze also hier voraus, dass diese explizite Betrachtungsweise eingebettet ist in einen anamnestisch, diagnostischen Gesamtprozess.

*Ruth Ammann* entwickelte aufgrund „allgemein gültiger Kriterien“ (*Ammann*, 2006, 83) [Anm. d. V.: der Jung'schen Psychoanalyse?] und aufgrund ihrer Erfahrungen mit dem TS eine Deutungshilfe. Sie sieht verschiedene Bewusstseins- und Befindlichkeits-ebenen und Befindlichkeiten als Diagnosekategorien, die im Raumsymbolischen Deutungsschema ihren Eingang finden und in der Grafik (Abb. Nr. 8, *Ammann*, 83) schematisch dargestellt sind.

„Durch die plastische Verarbeitbarkeit des Sandes ergibt sich im Sandkasten eine Entwicklung von unten nach oben. Der Analysand kann in die Tiefe arbeiten und in die Höhe, er kann den Sand stark plastisch bearbeiten oder beinahe nicht berühren. Diese Verschiedenheiten müssen bei der Interpretation auch beachtet werden. Je plastischer jemand arbeitet, je mehr Licht und Schatten in sein `Weltbild´ kommen, desto mehr nähert er sich der konkreten, materiellen Welt an. Ich beobachte auch, daß mit der wachsenden Plastizität im Bild auch der psychische Schatten des Analysanden immer deutlicher sichtbar wird.“ (Ammann, 2001, 84)

Erich Neumanns Entwicklungstheorie fließt ebenso in ihre Überlegungen ein.

Der Sandspieler steht vor dem Kasten. Aus dieser Richtung wird auch das fertige Bild angesehen, beschrieben und gegebenenfalls interpretiert. Die Mitte, bzw. eine Mittelpunkt-darstellung, wird immer als Thema des Selbst gesehen. Die Themen in den Ecken stellen oft die Themen der Rahmenbedingungen dar, sowie die prägenden Komponenten. (Vgl. *ibid.*, 84 - 85)

Wichtig erscheint mir auch die Betrachtung der Richtungen und der Bewegung. Von links (unten) nach rechts (oben) wird Progression angedeutet, Bewegungen von rechts (oben) nach links (unten) regressiven Entwicklungen zugeordnet. (Vgl. *ibid.*, 84 - 85 ) Davon ausgehend wird links im Bilde die Vergangenheit und rechts die Zukunft, unten das Unbewusste und oben eher bewusste Inhalte dargestellt. (Vgl. *ibid.*, 85) Somit zeigt „die Bewegung von links unten nach rechts oben [...] eine Entwicklung in die Außenwelt, `ins Leben´ an. Sie ist häufig bei jüngeren Kindern anzutreffen.“ (Ammann, 2001, 85)

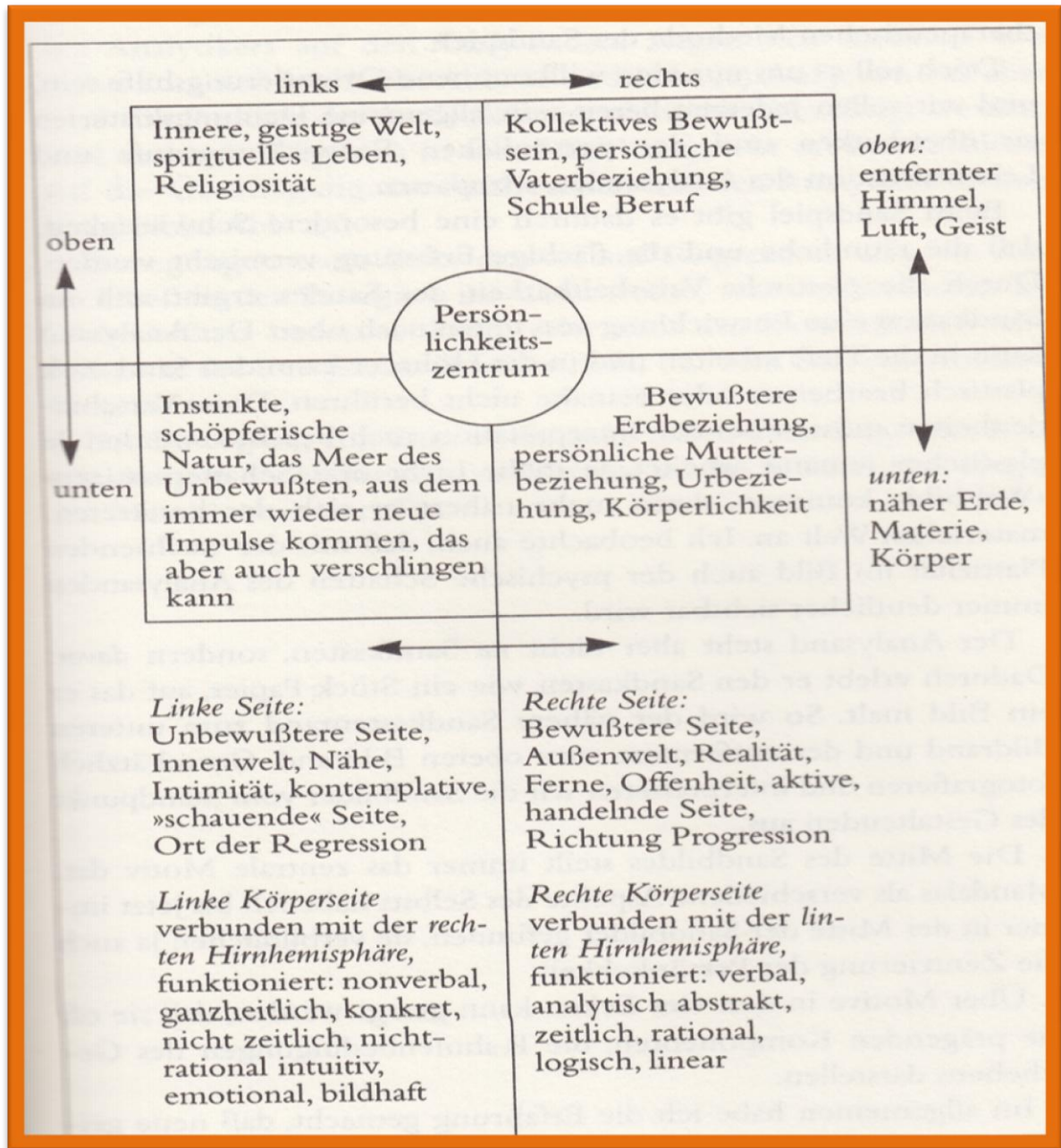


Abbildung 7: Raumsymbolisches Deutungsschema

Walter Lindner ergänzt dies mit den Begriffen von Körperlichkeit (oben - rechts im Bilde) und Spiritualität (unten - links im Bilde), sowie Himmel und Horizont oben und Erde und Materie unten. (Vgl. Lindner, 2004, 8)

Aus der aktuellen Literatur werden hauptsächlich fünf Kriterien zur Betrachtung des Sandbildes genannt:

1. Entstehung des Sandbildes: Wie groß ist das Interesse? Wird der Sand trocken oder nass verwendet oder die Sandgestaltung vermieden? In welcher Art und Weise wird gestaltet? Entsteht ein geschlossenes Bild? Welche Kommentare werden dabei gemacht?
2. Inhalt des Sandkastens: Welche Formen, Symbole, Figuren werden verwendet? In welcher Weise werden sie gebraucht: Blickrichtungen, Gruppierungen, Beziehungen, Verbindungen? Welche Formen entstehen aus Sand und Figurpositionen? Wo ergeben sich Übereinstimmungen oder Gegensätze?
3. Welche Entwicklung ist aus der Folge von Sandbildern ersichtlich?: Von Statik zu Bewegung, hin zu mehr Gleichgewicht und Zentrierung? Verändert sich eine bedeutende Rolle oder Position? Welche Themen haben sich entwickelt oder haben sich weiterentwickelt? Gibt es einen roten Faden?
4. Die Sandspielgeschichte: Erzählt der Sandspieler eine Geschichte während er das Bild anfertigt? Entstehen emotionale Schwingungen beim Arbeiten?
5. Die gefühlsmäßige Reaktion des Therapeuten [*Anm.d.V.:* Gegenübertragungsgefühle]: Welche spontan auftretende Gefühle oder Bilder entstehen während der Begleitung? Was fällt auf, welchen Eindruck macht das Bild auf den Therapeuten? (Vgl. *Mitchell , Rie Rogers / Friedman, Hariett 1997, 127 - 130*)

*Friedman* ergänzt diese Überlegungen 1987 durch folgende Fragestellungen:

1. Wo sind die Energiepunkte?
2. Wo sind die Schwierigkeiten?
3. Welche Gruppierungen sind augenscheinlich?
4. Welche Probleme werden angezeigt?



5. Gibt es Hilfs- oder Kraftquellen, die im Sandbild sichtbar sind? (Vgl. *ibid.*, 130)

Besondere Bedeutung misst *Dora Kalff* dem ersten Sandbild zu, andere Autoren eher dem zweiten. Sie meint dazu, dass das erste Bild folgende Informationen enthalten kann:

1. „wie der Klient der Therapie gegenüber eingestellt ist
2. das Verhältnis des Klienten zum eigenen Unbewußten
3. ein persönliches Problem
4. eine mögliche Lösung“ (*ibid.*, 130)

Es wird bei der Interpretation auch darauf Bedacht genommen welche Symbole verwendet werden. In der Symboltheorie können dann drei Ebenen der differenzierten Betrachtung dienen:

- Kollektive Ebene: der kollektive, also allgemein gültige – über eine oder alle Kulturen hinweg gleiche – Bedeutungsinhalt eines Symbols (im Sinne des kollektiven Unbewussten nach *C.G.Jung*)
- Subjektive Ebene: Jedes Symbol wird als eine symbolhafte Darstellung eines Teils des Subjekts (des Gestalters) gewertet und fließt in der Beschreibung als Qualitätsebene ein, wie etwas ist: rund, weich, gegensätzlich,....
- Objektebene: Jedes Symbol ist eine symbolische Darstellung eines Teils des Umwelt - Feldes und beinhaltet das Thema der Identifikation und Interaktion. Bezüge zu anderen Objekten, Gliederungen, Formen, Übereinstimmungen, Anfang und Ende werden identifiziert.

Wenn ein Symbol als „unbewusster Ausdruck einer verdrängten Interaktion“ (*Lindner Walter*, 2004, 11) gesehen wird, so beschäftige ich mich beim Aufstellen der Figuren im Sand symbolisch eben mit den verdrängten Interaktionen. Die Darstellung mit Hilfe

der Archetypen (mit Ausnahme der Gottesarchetypen, die bewusst sind) ist emotional noch stärker wirksam. (Vgl. *Lindner*, 2004, 11 - 18)

Nun kann methodisch die Symbolebene beschrieben werden. Zuerst wird geordnet, Formen, Farben, Gestalten, Kategorien (Menschen, Tiere, Pflanzen) werden benannt. Archetypen, die Sinneswahrnehmungen und die Eigenschaften der Symbole werden analysiert.

Es kann verbal, aber auch akustisch, pantomimisch, grafisch, indirekt (mit Metaphern, Allegorien, Gleichnissen) beschreibend vorgegangen werden. Die Bearbeitung kann aufdeckend, zudeckend oder am Symbol assoziierend geschehen. Eine Symbolaufhebung durch Interpretation des Symbols geschieht als letztes und am besten vom Patienten selbst.

Grundsätzlich soll assoziierend beschreibend vorgegangen werden, indem vieles offen bleibt. Das Wissen um Symbolinhalte soll erst zu einem späteren Zeitpunkt in den Therapieprozess eingesetzt werden, da es konfrontierend wirkt. Auf eine Deutung wird weitgehend verzichtet oder aber als Impuls für den therapeutischen Prozess eingebracht.

Ziel ist es, aus all diesen Interpretationsmöglichkeiten Tendenzen zu verdeutlichen und mögliche Entwicklungen und Themen fassbar zu machen.

Wenn dem Gestalter ein Thema vorgegeben wurde, so kann auch bei der Bildbeschreibung deutlicher auf Zusammenhänge mit dem Thema eingegangen werden. Methodische Anpassungen an das Setting oder an den Prozess beeinflussen auch die darauffolgende Beschreibung oder Intervention.

Wird der Sandkasten bei der Paartherapie in zwei Hälften geteilt, in denen die Partner zur Gestaltung aufgefordert werden, geht es vielleicht eher darum Ähnlichkeiten, Unterschiede und Umgang mit den Grenzen hervorzuheben. Wird ein Bild aus einer anderen Stunde fortgesetzt, so wie auch eine Geschichte weitergeht, wird der

Betrachtungswinkel eher stärker auf der Entwicklung des Themas liegen. (Vgl. *ibid.*, 2004, 9)

Fragen nach der Identifikation oder auch nach einem guten Platz für sich selbst im Bild geben diagnostische Informationen. Diesen folgt dann die Frage nach momentan auftauchenden Gefühlen des Gestalters.

Die Reaktionen auf therapeutische Interventionen, indem eine Kleinigkeit verändert wird (z.B. die Blickrichtung einer Figur verändert oder eine Figur ausgetauscht), sind für IGT Therapeuten im Sinne des prozessualen therapeutischen Prozesses beschreibbar.

Letztlich obliegt die Deutungshoheit dem Gestalter selbst!

Entwicklungspsychologische Kenntnisse erleichtern ebenso die diagnostischen Ebenen zu füllen. Beispiele typischer Darstellungen (vgl. *ibid.*, 17) werden anhand von Fallbeispielen im praktischen Teil der vorliegenden Thesis gegeben.

## **Prozessuale Diagnostik der Integrativen Gestalttherapie**

Ich stütze mich bei diesem Kapitel auf die Autoren *Reinhard Fuhr*, *Milan Sreckovic* und *Martina Gremmler - Fuhr* (1999), *Renate Hutterer - Krisch* (1999), *Ingeborg* und *Volkmar Baulig* (2002), *Nancy Amendt - Lyon* (2006), *Gerd Rudolf* (2006), sowie *Nitza Katz - Bernstein* (2007).

Ausgehend von einem schöpferisch - kreativen Arbeitsstil „benötigen wir genügend diagnostisches Knowhow, um den Entwicklungsstand des Patienten, seine vordringlichen Konflikte und seinen Umgang mit zwischenmenschlichen Problemen, korrekt einzuschätzen. Hierfür ist nicht nur der schöpferische Sinn vonnöten, mit dem wir sämtliche vorhandenen Muster und Informationspuzzleteile zu einem sinnvollen Ganzen fügen, sondern auch die Bereitschaft, diese Einzelteile immer wieder neu

zusammensetzen, während der diagnostisch - therapeutische Prozess seinen Lauf nimmt.“ (*Amendt - Lyon, Nancy, 2006, 8*)

In der traditionell „klinischen Psychologie wird Diagnostik bzw. werden diagnostische Verfahren vorwiegend am Anfang und am Ende einer psychotherapeutischen Behandlung als Instrumente für die Einschätzung der Therapie - Indikation und Effektkontrolle eingesetzt.“ (*Fuhr, Sreckovic, Gremmler - Fuhr, 1999, 635*) „Für die therapeutische Praxis selbst wiederum gilt, daß jeder Intervention eines Therapeuten wie immer bewußte diagnostische Einschätzungen vorausgehen – alles andere wäre willkürliches Handeln bzw. würde auf erkenntnistheoretischen und psychologischen Irrtümern beruhen.“(*ibid.*, 636)

Ausgangspunkte für die gestalttherapeutische Diagnostik sind gestaltpsychologische Prinzipien wie Figur - Hintergrund - Phänomene. Daher sind auch die „diagnostischen Dimensionen, Kategorien und Kriterien, nur jeweils vor dem Hintergrund des Gesamtkonzepts von gestalttherapeutischer Diagnostik zu begreifen. Die Isolation von einzelnen Kategorien (wie `Depression`, `Narzißt`, `Borderline` und dgl.) widerspricht dieser Grundannahme, zumal es sich bei der Gestaltbildung (der `Figur - Hintergrund - Auflösung`) um einen sich *ständig verändernden Prozeß* handelt.“ [...] „Diagnostische Aussagen beziehen sich daher immer auf [...] [die] kreativen Anpassungen des Menschen und seines Umweltfeldes, die er im Rahmen seiner physischen, biologischen, emotionalen, kognitiven und geistigen Möglichkeiten entwickelt hat, auch wenn diese Anpassungen in der gegenwärtigen Situation als unangemessen und dysfunktional eingeschätzt werden.“ (*ibid.*, 637)

Der prozessdiagnostische Ansatz der IGT stützt sich auf das Konzept der Wahrnehmung und des Verstehens. Durch kreatives Arbeiten in der Therapie versuchen wir Zugänge zu schaffen und dabei die Beziehung zwischen Figur und Hintergrund fassbar zu machen um deren Sinn zu verstehen. Verhaltensmuster und die momentane emotionale Befindlichkeit treten damit ins Blickfeld. (Vgl. *Amendt - Lyon, N., 2006, 9*)

Dazu meint *Amendt - Lyon* weiter: „Prozessorientierte Diagnostik kann metaphorisch als die Summe von Zwischenstopps beschrieben werden, die man während einer Reise einlegt, wobei die Dauer jeweils variiert. Diagnostik darf demnach als besonderer Stil oder als besondere Weise des In-der-Welt-Seins mit anderen gelten. Der Lebenskontext, die interpersonellen Muster und die unmittelbaren emotionalen Reaktionen des Therapeuten (i.e. die Gegenübertragung) sind integraler Bestandteil des diagnostischen Prozesses und wirken sich nicht minder auf die schöpferische therapeutische Praxis aus.“ (*ibid.*, 10 - 11)

Sie bezieht sich auf *Laura Perls*, wenn sie schreibt, „dass die Gestalttherapie es sich angelegen sein lässt, Wesentliches intuitiv zu erfassen und einen prozessualen Zugang zu den Dingen zu pflegen.“ (*ibid.*, 12)

Prozessorientierte Diagnostik ist damit die logische Handlungsfolge einer prozessorientierten, kreativen, schöpferischen Vorgehensweise. Sie berücksichtigt verschiedene Faktoren, „wozu auch die Persönlichkeitsstruktur des Patienten und in gleichem Maße die des Therapeuten, die zwischenmenschlichen Beziehungsmuster und ungelöste Konflikte sowie die Dynamik therapeutischer Interaktion gehören.“ (*ibid.*, 20 - 21)

Prozessuale Diagnostik lässt sich also als einen kreativen Prozess auffassen. Es werden einerseits anamnestische Daten gesammelt, ebenso aber im Kontakt und in der entwickelnden therapeutischen Beziehung - phänomenologisch vorgehend - Wahrnehmungen gemacht. Krankheit oder Störung wird gesehen als Störung der Selbstregulation und der kreativen Anpassung (ans Umweltfeld). *Goodman* und *Perls* trennen die schöpferische Anpassung auf der einen Seite, die sie als Gesundheit definieren, von den Blockierungen auf dem Weg der schöpferischen Anpassung, die sie als Krankheit definieren. In ähnlicher Weise trennen sie zwischen gesundem Kontakt im Organismus - Umweltfeld und Kontaktstörungen sowie dem Schwund der Ich - Funktionen.

Demnach können wir uns als IGT - Therapeuten sowohl der Förderung gesunden Wachstums als auch der Arbeit an krank machenden Blockierungen widmen, was

einer doppelten Zielsetzung entspricht: „Erweiterung der Potentiale des Menschen und Überwindung oder Linderung von `Störungen´ und `Pathologien´.“ (Fuhr, Sreckovic, Gremmler - Fuhr, 1999, 640) (Vgl. *ibid.*, 639)

Auf der Grundannahme, dass Diagnostik ein Prozess des (An)Erkennens und der Erkenntnis ist, lassen sich „**Praxisprinzipien für diagnostische Prozesse**“ ableiten:

1. „Die Person wird als Ganzheit von Körper, Seele und Geist in Beziehungen zum Umweltfeld aus subjektiver (erlebnismäßiger) und objektiver (funktionaler) Perspektive betrachtet.[...]
2. Diagnostische Aussagen beziehen sich auf die zirkulären Wechselbeziehungen im Organismus-Umweltfeld des Klienten (zu dem auch der Therapeut gehört)[...]
3. Diagnostische Aussagen werden auf gegenwärtige erlebte Prozesse im Organismus-Umweltfeld bezogen.[...]
4. Diagnostische Aussagen erfolgen im Dialog; sie müssen vom Klienten erfahrungsmäßig und reflektierend nachzuvollziehen und zu überprüfen sein. [...]" (*ibid.*, 641 - 642) (Vgl. 640 ff)

Wozu braucht es aber diese prozessuale Diagnostik? *Staemmler Frank - M.* hat es übersichtlich prägnant formuliert und erwähnt sieben Thesen dafür:

- Man kann nicht nicht diagnostizieren (These 1)
- Die Diagnose bezieht sich auf den Teil des Lebensraums, der der persönlichen Verantwortung und subjektiven Einflussmöglichkeit der Klienten unterliegt. (These 2)
- Die Erarbeitung der Diagnose ist eine gemeinsame Handlung von Therapeut und Klient (These 3)
- Diagnose und Therapie sind ein und derselbe Prozess (These 4)

- Die Diagnose verändert sich kontinuierlich im Laufe der Therapie (These 5)
- Die Diagnose ist jeweils einmalig und kann daher nur phänomenologisch-deskriptiv sein (These 6)
- Die Diagnose ist feldabhängig (These 7) (Vgl. *Staemmler*, 1999, 675ff)

Welche Phänomene des Klienten beschäftigen uns IGT - Therapeuten? Worauf legen wir unsere Aufmerksamkeit und welche Handlungskonsequenzen ergeben sich daraus? “Bei der Benennung der Dimensionen gehen wir *deskriptiv*, nicht klassifikatorisch, vor (obwohl die Dimensionen natürlich auch in klassifikatorischer Weise genutzt werden könnten). Denn es handelt sich hier um ein *multidimensionales* Diagnostikkonzept, das auch als Kritik an Konzepten mit der Vorgabe eindimensionaler, klassifikatorischer Eigenschaften verstanden werden kann. Die Dimensionen sind als diagnostische Prüfsteine in einem *Kontinuum* zu verstehen. Sie reichen von schwerwiegenden Defiziten und eingeschränkten Funktionsweisen des Klienten im Umweltfeld bis hin zu existentiellen Sinnfragen und Krisen. [...] ‘Veränderung’ bezieht sich auf die Vervollständigung und Nutzung von Kompetenzen und auf die Formen der Problembewältigung des Klienten. ‘Wandel’ meint grundlegende Transformationen der Strukturen des Denkens, der sozialen, ethisch-moralischen und ästhetischen Einstellungen, Selbst- und Weltbilder etc. Die Dimension ‘Sinn’ schließlich bezieht sich auf die Auseinandersetzung des Klienten mit existentiellen Fragen wie Sterben und Tod, Isolation, Freiheit, Verantwortung, Sinnfindung, Religiosität und Spiritualität und den Umgang mit existentiellen Herausforderungen und Lebensaufgaben. Diese Auseinandersetzungen gehen häufig mit tiefgreifenden Krisen einher, die der besonderen diagnostischen Aufmerksamkeit und spezieller, stabilisierender und bestätigender Interventionsformen bedürfen.“ (*ibid.*, 643 - 644)

Die folgende Tabelle (*ibid.*, 643) benennt diese Dimensionen im Überblick und führt über die phänomenologische Betrachtung zu den passenden Interventionen:

**Tabelle 1:**  
Diagnostische Dimensionen und Interventionen im Überblick

	Diagnostische Dimensionen	Phänomene des Klienten	Interventionen (Beispiele)
Persönlichkeitsentwicklung & Gemeinschaftsentwicklung  „Heilung“ von „Störungen“ & „Pathologien“	<b>Sinn</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● existentielle Fragen und Krisen</li> <li>● Intentionen</li> <li>● Perspektiven</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● existentiell bestätigen</li> <li>● Stimmigkeit überprüfen</li> <li>● philosophische Gespräche</li> </ul>
	<b>Wandel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Lebensthemen</li> <li>● Welt- und Selbstbilder</li> <li>● Wertorientierungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Klärung existentieller Konflikte</li> <li>● Abschied und Integration von „alten“ Realitäten</li> <li>● Probehandeln, Experimentieren</li> </ul>
	<b>Veränderung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Kompetenzen</li> <li>● ungenutzte Möglichkeiten</li> <li>● situative Konflikte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Konfliktklärung</li> <li>● Zielklärung</li> <li>● Aktivierung von Ressourcen</li> </ul>
	<b>Störung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Unzulänglichkeitserlebnisse</li> <li>● mangelnde Selbstunterstützung</li> <li>● Schwund der Ich-Funktionen</li> <li>● eingeschränktes Kontakterleben</li> <li>● situationsunangemessene Kontaktfunktionen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Problemidentifikation</li> <li>● Aufmerksam-Machen</li> <li>● Verstärken</li> <li>● Übertreiben</li> <li>● Experimente</li> </ul>
	<b>Fixierung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● „Fixierte Gestalten“</li> <li>● „Impass“</li> <li>● „Unerledigte Situationen“</li> <li>● habituelle Konflikte (z. B. Loyalitäts- und Einstellungskonflikte)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Kontaktexperimente</li> <li>● innere Dialoge</li> <li>● Dialoge mit (imaginierten) Beziehungspartnern</li> </ul>
	<b>Defizit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● habituelle Mangel Erfahrungen</li> <li>● eingeschränkte Funktionsweisen (z. B. Abgrenzungsprobleme, Selbstschädigung, „Realitätsverzerrung“)</li> <li>● „Spaltung“ zwischen antagonistischen Aspekten eines Lebensbereichs oder Erlebens (z. B. „blinder Fleck“, „Schatten“)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Suche nach abgespaltenen Polen</li> <li>● Kontaktexperimente</li> <li>● Konfrontation durch den Therapeuten</li> <li>● zeitweises Leihen des „Ich“ des Therapeuten</li> </ul>

Abbildung 8: Diagnostische Dimensionen und Interventionen

Zusammenfassend gibt die nächste Tabelle 2 (*ibid.*, 644, Tab. 2) Überblick über Aspekte gestalttherapeutischer Diagnostik:



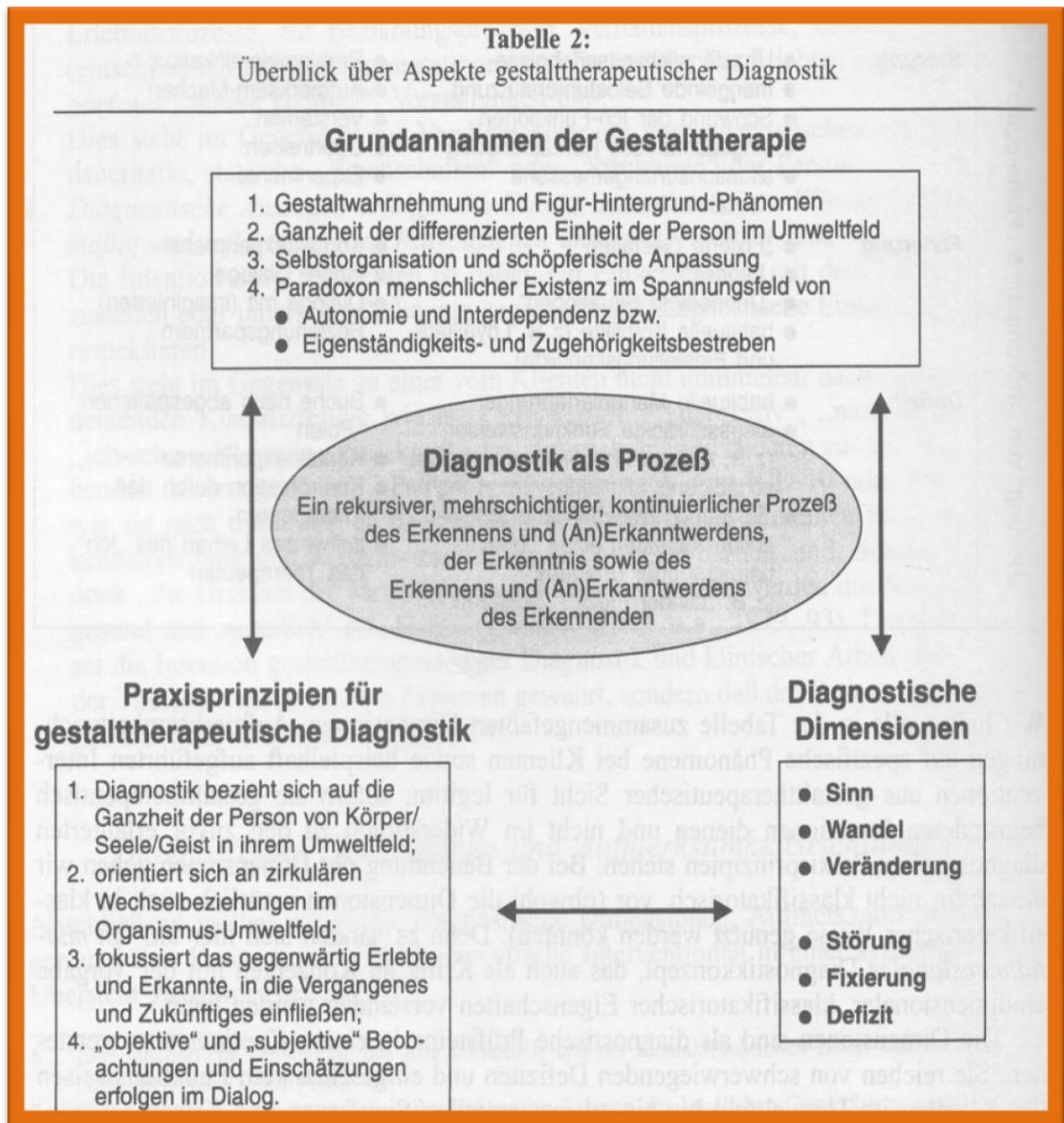


Abbildung 9: Aspekte gestalttherapeutischer Diagnostik

Zur gestalttherapeutischen Diagnostik gehört auch die Analyse des therapeutischen Prozesses. Somit ist der Therapieprozess mit dem diagnostischen Erkennungsprozess gleichzusetzen. „Die Wahrheit offenbart sich, das sagt schon Friedrich Nietzsche, von Moment zu Moment durch das schöpferische Handeln des Menschen“ (Müller, Bertram, 1999, 649) (Vgl. *ibid.*)

Durch die Gegenübertragungsanalyse als selbstkritische Dimension erhält der diagnostische Prozess immer wieder hypothetischen Charakter. *Müller* plädiert neben der Selbsterkenntnisreichen vorübergehenden Gewissheit sich auch auf eine festschreibende Diagnostik zu einigen um eindeutige Zusammenhänge benennen zu können und untersucht dahingehend den Nutzen der ICD 10 für die gestalttherapeutische Diagnostik. (Vgl. *ibid.*, 648 ff)

Er sieht dies als schulenübergreifendes und berufsübergreifendes klassifikatorisches System der Kommunikation, als Obulus an die Logik der Krankenkassen und als Überprüfung für die Angemessenheit des eigenen Systems. (Vgl. *ibid.*, 651)

### **Prozessuale versus klassifikatorische Diagnostik**

Als Raster für einen gestalttherapeutischen Diagnoseansatz sieht *Müller* „die Grunddynamik des Kontaktprozesses bzw. die Strukturbildung des Selbst und ihre unterschiedlichen Grundstörungen, [...] der auf das Wie, die Form und nicht auf den Inhalt, nicht auf das Warum und Was konzentriert ist.“ (*ibid.*, 652) (Vgl. *ibid.*, 651 ff) Er bewertet die gestalttherapeutische, prozessorientierte Diagnostik als nicht vollständig, indem er sagt: „Diagnostizieren ist auch eine unabdingbare Voraussetzung für das Erleben und therapeutische Handeln, denn ohne ein Ausgerichtetsein auf etwas und ein Bewerten (und das heißt Abbruch des letztlich unendlichen Prozesses der Erkenntnis) ist therapeutisches Handeln unmöglich.“ (*ibid.*, 653)

Er bezieht sich auf *Perls* und meint, es sei durchaus gestalttherapeutisch immanent, sich immer wieder festzulegen, solange es im „Fluß bleibt“. (Vgl. *ibid.*) „Besonders mit der Hintergrundkenntnis [...] [der] Grundcharaktere wird die individuelle Form des Symptoms um so deutlicher und ermöglicht [...] damit erst, den schöpferischen Anteil des einzelnen zu würdigen.“ (*ibid.*, 654) In der Folge stellt er die Theorie des Selbst als Basis einer gestalttherapeutischen Diagnostik dar. (Vgl. *ibid.*, 655 ff) *Müller* stellt weiter fest, dass durch das gestalttherapeutische Verständniss des Selbst, „jede Kontaktunterbrechung (gewohnheitsmäßiger Ich - Funktionsverlust) zu einem

bestimmten Zeitpunkt des Kontaktverlaufes (des Vorkontaktes, der Kontaktaufnahme etc.) zu einer diagnostisch bezeichnaren, typischen Erlebnis- und Verhaltensstruktur führen muß.“ (*ibid.*, 656)

Um sein Modell gestalttherapeutischer Diagnostik zu entwickeln, bezieht er sich auf *Perls'* verschiedene Aspekte des Selbst: „die zeitlichen Aspekte der Figur - Grundbildung des Selbst, die Teilfunktionen des Selbst (Ich - Funktion, Persönlichkeitsfunktion, Es - Funktion), [sowie] die Qualitäten des Selbst (Stärke der Tendenzen im Organismus - Umweltfeld, Bewußtheitsgrad, Innen- und Außenorientierung, Identität)“. (*ibid.*) Bezogen auf das gestalttherapeutische Kontaktmodell, indem die „jeweilige Form der Kontaktunterbrechung (Konfluenz, Introjektion, Projektion, Retroflection) in Wirkungszusammenhang mit den einzelnen Phasen dieses Figur - Grund - Modells [...] [von *Perls* u.a. gebracht wurden].“ Um dies zu veranschaulichen, entwickelte er nachstehende grafische Darstellung. (*ibid.*, 657, Abb. 1):

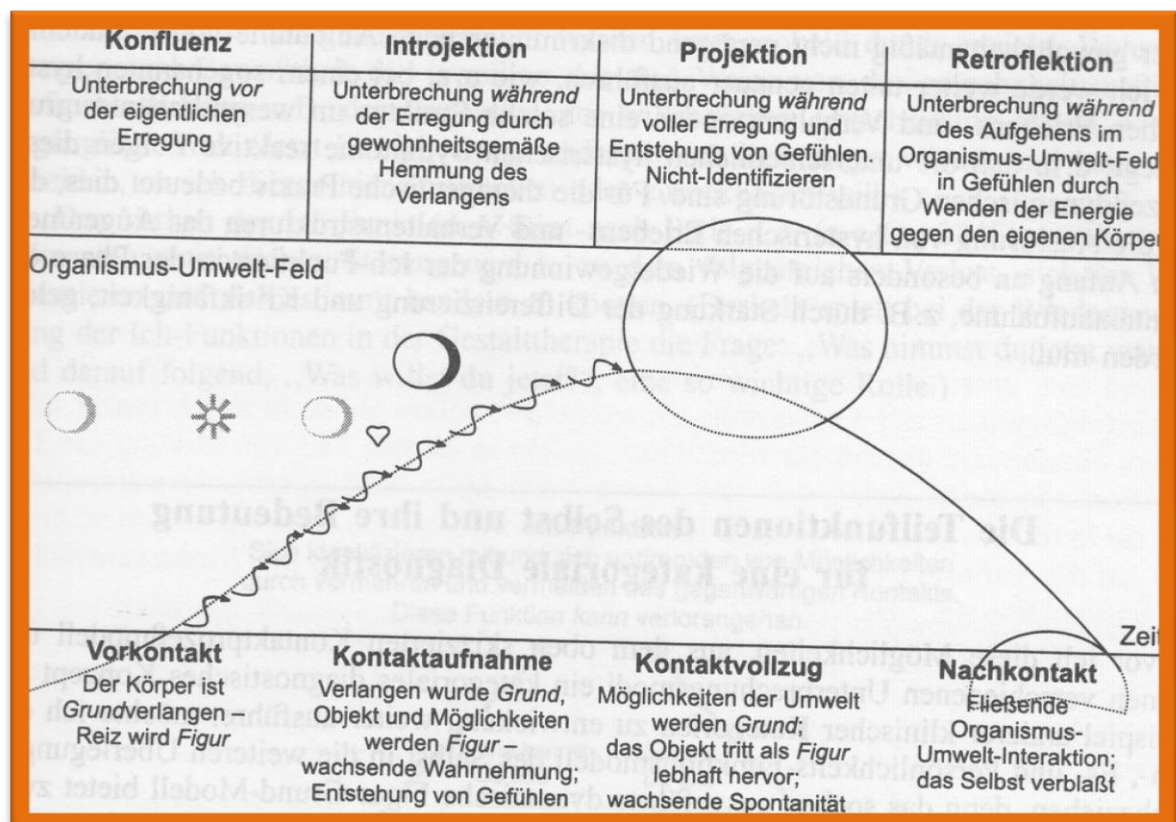


Abbildung 10: Zeitliche Aspekte der Figur - Grundbildung des Selbst

Die Kontaktunterbrechungen ordnet er hier beschreibend bestimmten pathologischen Erlebens- und Verhaltensweisen zu: Der Konfluenz den psychotischen Zustand, der Introjektion dem Zwang, dem Projizieren den Grundmechanismus von Angst- und Panikstörungen und der Retroflexion narzistische Erlebens- und Verhaltensstörungen, womit Müller grundlegende gestalttherapeutisch konzeptionelle Bezüge zum ICD 10 - Diagnoseschema leitend begründet. (Vgl. *ibid.*, 657)

In den beiden folgenden Grafiken (*ibid.*, 659, Abb. 2; 664, Abb. 3) zeigt Müller auf, dass festlegende, am Symptom orientierte, Diagnostik nicht grundlegend der prozessorientierten, gestalttherapeutischen Diagnostik widerspricht, sondern das eine das andere alternierend bedingt und sich in Wechselwirkung entwickelt:

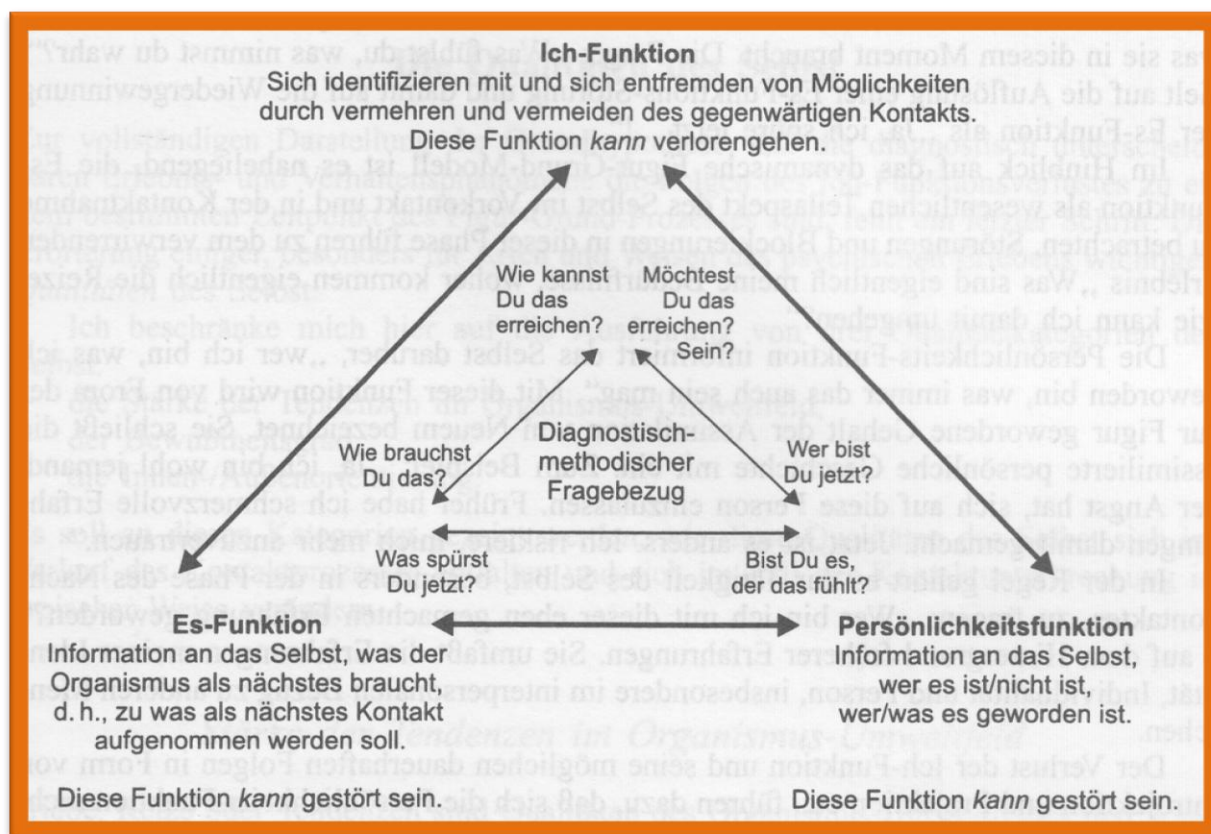


Abbildung 11: Teilfunktionen des Selbst – kategoriale Diagnostik



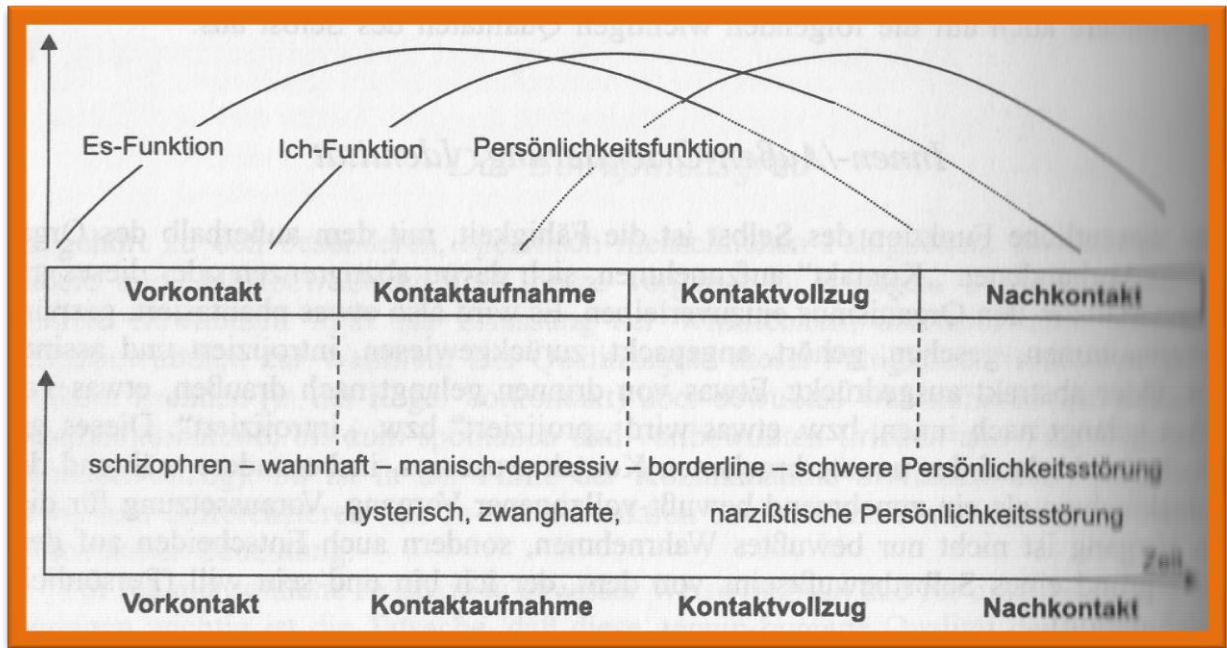


Abbildung 12: Kategoriale Diagnostik

## Klinische Diagnostik

In den vorangegangenen Kapiteln lag der Blick auf dem diagnostischen Prozess im TS selbst - also dem traditionellen „WIE“ der *Jung'schen* Sandspieltherapeuten, zum Anderen auf der Prozessdiagnostik als Basis des Diagnostizierens in der IGT.

*Müllers* Überlegungen stellten daran anknüpfend den Bezug zur ICD 10 her.

Um noch eine weitere klinische Einordnung zu ermöglichen, beziehe ich mich auf *Gerd Rudolf*, welcher maßgeblich an der Entwicklung der Achse IV - Struktur des OPD beteiligt war. Überleitend dazu wird das DSM IV kurz beschrieben.

Das OPD ist ein psychodynamisches Diagnosemanual auf den Achsen I - V. Es werden hierbei das Krankheitserleben und die Behandlungsvoraussetzungen (soziale Ebene), die Themen Beziehung, Konflikt, Struktur und psychische und psychosomatische Störungen betrachtet. Hiermit wird wieder am ICD 10<sup>vii</sup> angeknüpft.

Die Betrachtungen der unterschiedlichen Störungsniveaus können ergänzend im *Arbeitskreis OPD* nachgelesen werden. Sie werden in der vorliegenden Arbeit nur soweit herangezogen, als es die Diskussion, ob das TS auf den Niveaus „gering integriert“ und „desintegriert“ stattfinden kann oder nicht, erforderlich macht. Falls ja, wird auf die Arbeitsweise eingegangen.

Differenzierungen des „gering integrierten Strukturniveaus“ sind von *Melitta Schwarzmann* und *Markus Hochgerner* beschrieben worden und sollen diskutiert werden. Die Fokussierung soll gleichzeitig einen Übergang in die Praxeologie ermöglichen und die therapeutischen Haltungen des Psychotherapeuten im TS deutlich machen, sowie die theoretische Conclusio einleiten.

Diese Thesis setzt sich weitgehend nur mit der Strukturachse auseinander.

## **DSM IV**

Das DSM IV<sup>viii</sup> hat eine multiaxiale Einteilung in fünf Achsen. „Zu einer Diagnose gehört die Angabe des Zustandes auf jeder dieser fünf Achsen:

Achse I: Klinische Störungen und andere klinisch relevante Probleme. Hauptsächlich Zustandsstörungen, schwere mentale Fehlstörung und Lernunfähigkeiten (Beispiele: Angststörungen, Störungen der Impulskontrolle, Essstörungen).

Achse II: Persönlichkeitsstörungen und geistige Behinderungen (Beispiele: Borderline, schizoide oder paranoide Persönlichkeitsstörungen, anti - soziale Persönlichkeiten).

Achse III: Medizinische Krankheitsfaktoren. Diese Achse umfasst körperliche Probleme, die bedeutsam für die psychische Erkrankung sein können.

Achse IV: Psychosoziale und umgebungsbedingte Probleme (Beispiele: Wohnungsprobleme, Berufliche Probleme, Probleme im sozialen Umfeld)

Achse V: Globale Beurteilung des Funktionsniveaus anhand der GAF - Scala<sup>ix</sup> .

Auf einzelnen dieser Achsen kann die Angabe auch `keine´ oder eine mehrfache sein.“  
(*Arbeitskreis OPD*, 2001, 7 - 20)

Aus der Unzufriedenheit der Therapeuten mit der phänomenologischen Ausrichtung des DSM IV und der ICD ist die OPD entstanden, die eine psychodynamische Ausrichtung hat. (Vgl. *ibid.*)

## **Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik**

„Die multiaxiale psychodynamische Diagnostik [*Anm. d. V.:* des OPD-2 im Vergleich zum OPD-1] basiert nach wie vor auf den fünf Achsen `Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen´, `Beziehung´, `Konflikt´, `Struktur´ und `Psychische und psychosomatische Störungen nach dem Kapitel V (F) der ICD 10´.“ (*Cierpka, Manfred* in: *Arbeitskreis OPD-2*, 2007, 8)

## **Integrationsniveau Achse IV - Struktur nach OPD**

„Struktur bezieht sich auf die Vulnerabilität der Persönlichkeit, die Disposition zur Krankheit und die Kapazität zur Verarbeitung.“ (*Arbeitskreis OPD* (Hg.), 2001, 160)  
Diese Verarbeitungskapazität des Patienten ist im Bezug auf kreative Medien zu diskutieren und die Arbeitsweisen anzupassen, sowie den Einsatz des Mediums danach sorgsam zu wählen. Das erfordert die Kenntnis von Strukturniveaus beim Gestalttherapeuten, sowie das Erkennen (oftmals anhand der Gegenübertragungsanalyse) des therapeutischen Handlungsprozesses.

Die Struktur wird in vier Integrationsniveaus eingeteilt, die jeweils auf sechs Beurteilungsdimensionen bezogen werden. Die Gesamteinschätzung bildet wiederum einen Durchschnittswert. Die Einschätzung des Niveaus orientiert sich an einem Zeitrahmen der letzten ein bis zwei Jahre. „Aktuelle Störungen, insbesondere auch regressive Zustände und Krisen bestimmen nicht für sich allein genommen das strukturelle Niveau, sondern stellen Indikatoren für die strukturelle Bereitschaft dar.“  
(*ibid.*)

## ALLGEMEINE CHARAKTERISTIK

Man unterscheidet zwischen: Guter Integration, mäßiger Integration, gering integriert und desintegriertem Funktionsniveau.

Niveau: Gute Integration

Gute Integration ist gekennzeichnet durch das Vorhandensein eines psychischen Innenraums, indem intrapsychische Konflikte ausgetragen und moduliert werden können. Dies geschieht entweder zwischen zwei Bedürfnissen oder zwischen Bedürfnis und internalisierter Norm oder Idealen. Diese intra- oder interpersonell regulierenden Funktionen (siehe unten: Beurteilungskriterien) sind prinzipiell und über längere Lebensperioden hinweg verfügbar, sowie unabhängig von Belastungsfaktoren vorhanden oder werden rasch wiedergewonnen.

Die zentrale Angst gilt dem Liebesverlust des Gegenübers (Objekt).

In der Gegenübertragung werden modulierte, untereinander in Beziehung stehende Gefühlsregungen wahrgenommen, „die sich auf die Wiederbelebung biografisch relevanter Konflikte mit historisch erlebten Personen beziehen.“ (*ibid.*, 161)

Niveau: Mäßige Integration

Psychischer Innenraum ist vorhanden. Ich - Funktionen und modulierende Fähigkeiten sind ebenfalls vorhanden, aber situativ herabgesetzt. Die intrapsychischen Konflikte haben andere Inhalte und gestalten sich zwischen den Polen der unbewussten gierigen Bedürftigkeit, der Bemächtigung und Unterwerfung und den streng rigiden, strafenden Normen oder überzogenen Idealen. „Die zentrale Angst gilt dem Verlust oder der Zerstörung des stützenden, steuernden Objekts.“ (*ibid.*)

In der Gegenübertragung sind punktuell schwer aushaltbare Erlebnisse, die aber durch konsequente Gegenübertragungsanalyse wieder auf relevante Beziehungserfahrungen des Patienten zurückgeführt werden können. (*ibid.*, 161f)



Niveau: Gering integriert

Im Sinne eines Entwicklungsdefizites oder im wiederkehrenden Zusammenhang mit Belastungssituationen sind die inter- oder intrapsychischen Funktionen deutlich reduziert. Der seelische Binnenraum ist wenig entwickelt, die Idealstruktur wenig differenziert und die normative Struktur dissoziiert. Unbewusste Bedürfnisregungen wenden sich sofort nach außen. Somit kommt es „zu einem Vorherrschen interpersoneller Konflikte [...]. Die zentrale Angst gilt der Vernichtung des Selbst durch das böse Objekt oder durch den Verlust des guten Objekts.“ (*ibid.*, 162)

Die Gegenübertragung ist durch Heftigkeit und abrupte Veränderungen im Erleben gekennzeichnet. Patienten mobilisieren in ihrem Gegenüber „Teil - Ich - Funktionen, über die sie selbst nicht verfügen.“ (*ibid.*)

Niveau: Desintegration

Es ist keine durchgängige Selbststruktur ausgebildet. Deshalb besteht bei Belastungen die Gefahr der Desintegration oder Fragmentierung. Nach einem psychotischen Zusammenbruch kann eine psychotische Restituierung erfolgen. Der Patient spaltet Triebimpulse und narzistische Bedürfnisse ab um Stabilität zu erreichen. Diese werden in der psychotischen Dekompensation projektiv verarbeitet und damit als „von außen kommend“ erlebt. Falls von einem Konflikt gesprochen werden kann, so betrifft er die Fusion mit dem Gegenüber versus einer isolierenden Abgrenzung oder einer narzistischen Selbstüberhöhung als Kompensation schwerster Selbstzweifel. (*ibid.*, 162 f)

#### STRUKTURELLE BEURTEILUNGSDIMENSIONEN

Die Fähigkeiten und Funktionen des Ichs sind kognitive Fähigkeiten (zur Selbst- und Objektwahrnehmung), Steuerungsfähigkeit (zur Selbstregulierung und Regulierung des Objektbezugs), emotionale Fähigkeiten (zur Kommunikation nach innen und außen) und Fähigkeiten zur Bindung (an innere und äußere Objekte). Der Aspekt der Abwehr „ist in allen strukturellen Dimensionen von Bedeutung, sodass er stets

mitberücksichtigt und nicht als eigene Kategorie eingeschätzt wird.“ (*ibid.*, 272) (Vgl. *Arbeitskreis OPD-2*, 2007, 259 - 280)

### **Kognitive Fähigkeiten: Selbstwahrnehmung und Objektwahrnehmung**

Die Dimensionen der Selbstwahrnehmung sind die *Selbstreflexion* (die Fähigkeit ein Bild des eigenen Selbst zu gewinnen), die *Identität* (ein Selbstbild hinsichtlich der „psychosexuellen und sozialen Aspekte“ zu haben und über die Zeit konstant zu halten) und die *Introspektionsfähigkeit* („die Fähigkeit, innerseelische Vorgänge, vor allem Affekte bei sich selbst differenziert wahrnehmen zu können“). (*Arbeitskreis OPD*, 2001, 163) (Vgl. *ibid.*)

Die Dimension der Objektwahrnehmung beschreibt die Fähigkeit vom Anderen ein Bild zu entwickeln, welches sich vom Selbstbild unterscheidet, weiters den Anderen, in unterschiedlichen Facetten, mit eigenen Ansprüchen und Rechten ausgestattet, wahrzunehmen. Ebenso geht es darum, ob die Fähigkeit zur Empathie, Intuition und das Verstehen der Affekte des Gegenübers differenziert möglich ist. (*ibid.*, 176 ff) Die zentrale Voraussetzung einer realistischen Selbst- und Objektwahrnehmung setzt „die Fähigkeit, zwischen Eigenem und Anderem sicher unterscheiden zu können“, voraus. (*eadem*, 2007, 259)

### **Steuerungsfähigkeit: Selbstregulierung und Regulierung des Objektbezugs**

„Die Dimension Steuerung beschreibt einen integrierenden Aspekt des psychischen Erlebens“ (*ibid.*, 2007, 262) und „aus dieser Selbstwirksamkeit auch Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein abzuleiten.“ (*ibid.*) Selbststeuerung ist ein bipolares Konzept: einerseits kann die Handlungs- und Kommunikationsfähigkeit mit anderen, andererseits die Integration der Impulse und Affekte, eingeschränkt sein. Umso weniger Impulse und Affekte integriert werden können, „kommt es zu ungewolltem oder impulsivem Agieren von Affekten und Triebregungen“ (*ibid.*) Gegenüber den Objekten sind die Regulierungsaufgaben der „Schutz der Beziehung vor eigenen Impulsen als auch die Wahrung eigener Interessen [...], die Fähigkeit Reaktionen

anderer vorherzusehen [...]“ (*ibid.*), als auch Distanz herzustellen und mit Kränkungen umzugehen. (Vgl. *ibid.*)

### **Emotionale Fähigkeit: Kommunikation nach innen und außen**

Gemeint ist die Fähigkeit sich emotional auf sich und andere zu beziehen, innere Dialoge zu führen und sich anderen mitzuteilen. Ebenso ist die Möglichkeit die innerpsychischen Vorgänge des Gegenübers wahrzunehmen, zu differenzieren und emotional zu entschlüsseln, gemeint. Empathie und Nähe - Distanz - Regulation sind hierzu notwendig. „In der Binnenkommunikation spielen die eigenen Fantasien eine wichtige Rolle als Vermittler von emotionalen Zuständen und daran angeknüpften Handlungsentwürfen (z.B. auch von kreativen Lösungen).“ (*ibid.*, 266) Auf den Objektbezug bezogen betrifft diese Dimension „die zwischenmenschlich - emotionale Kontaktaufnahme, die Mitteilung eigener Affekte an andere und die Fähigkeit, sich von den Affekten anderer emotional erreichen zu lassen, sowie das wechselseitige Verstehen [...]“ (*ibid.*) (Vgl. *Arbeitskreis OPD*, 2001, 178 ff)

### **Fähigkeiten zur Bindung: Innere Objekte und äußere Objekte**

„Diese strukturellen Funktionen betreffen die Fähigkeit, sich sowohl intrapsychisch wie im interpersonellen Kontakt auf wichtige andere beziehen zu können.“ (*Arbeitskreis OPD-2*, 2007, 269) Die Verfügbarkeit von internalisierten Anderen „bildet die Voraussetzung [...], sich selbst zu beruhigen, zu trösten [und] zu schützen“. (*ibid.*) Stabilität in emotionalen Beziehungen beinhaltet, dass „pro - soziale Affekte“ gegenüber den inneren als auch den äußeren Objektrepräsentanzen erlebt werden können. „Dazu gehören Verbundenheit, Dankbarkeit, Verantwortungsgefühl, Fürsorglichkeit [...] und die Fähigkeit, Schuld zu erleben.“ (*ibid.*, 270) (Vgl. *ibid.*, 269 - 272)

## INDIKATOREN FÜR STRUKTURELLE PROBLEMATIK

Indikatoren einer strukturellen Problematik sind: Orientierungslosigkeit oder der Verlust der Orientierung, solange es nicht im Sinne einer Krise eine Ausnahmeerscheinung bildet, sondern als durchgängiges Phänomen erscheint. Die Fragen, die sich der Patient dabei stellt sind:

Wer bin ich eigentlich? (Psychische Identität), mein Körper ist mir fremd (Körperliche Identität), welche sexuelle Orientierung spüre ich? (Sexuelle Identität), was soll ich werden / lernen / studieren? (Berufliche Identität). Welches ist mein Platz in der Gesellschaft? Wo will ich leben? Wie sehr bin ich Außenseiter? (Soziokulturelle Identität). Wer passt zu mir? Mit wem halte ich es aus (Partnerschaftliche Identität). Nach welchen Wertmaßstäben richte ich mein Handeln? (Wertorientierung).

Diese Fragen gehen für IGT - Therapeuten an dem Modell „Säulen der Identität“ entlang. Da Sinn und Orientierung in einem Leben immer wieder verloren gehen können, benötigt es die Frage nach der außerkrisenhaften, überdauernden Zeit der letzten Jahre.

Damit eine sichere Basis als eigener Standort wahrgenommen wird, bedarf es der Intensionalität, dem sogenannten Richtungsvektor. Ist diese Basis nicht vorhanden, gibt es kein deutliches Spüren von „Wünschen, Impulsen, Absichten, Tendenzen, Motivationen, Bedürfnissen, welche die Richtung zeigen könnten“. (*Arbeitskreis OPD*, 2001, 73) Stattdessen herrscht eine unbehagliche bis diffus - ängstliche Leere vor, Ratlosigkeit bis Verzweiflung, die als generelle Brüchigkeit wahrgenommen werden kann. (Vgl. *ibid.*, 72 - 73)

Patienten berichten statt über Beziehungsinhalte über ihre Beziehungslosigkeit - die Unmöglichkeit es mit sich alleine auszuhalten - welche angstgestaltet ist. Heftige Affekte werden eher in der Gegenübertragung vom Therapeuten erlebt als vom Patienten selbst. Patienten berichten als ein: „es geschieht (mir)“. Essanfälle, selbstverletzendes Verhalten und impulsives Handeln gehören zum diagnostischen Bild einer strukturellen Störung, werden aber wenig reflexiv vom Patienten

beschrieben. Auch niedrig strukturierte Träume erscheinen als unmittelbarer Ausdruck von Affekten, Impulsen und Bedrohungen und stellen Erinnerungen an somatisch-affektive, nicht bildhafte, nicht sprachlich symbolisierte Erfahrungen dar. Es überwiegt in ihnen Chaos und Impulsivität, sowie Destruktivität, die auf Verlassenheits- und verletzlichen Erfahrungen basieren. (Vgl. *ibid.*, 74 - 78)

Strukturbezogene Psychotherapie ist demnach ein interpersonelles Geschehen. Dort, wo die Störungsbereiche auf gering oder desintegriertem Integrationslevel liegen, stellt es einen Fehler dar zu tiefen, zu deuten oder regressiv zu arbeiten. Der Patient braucht hingegen Unterstützung in der aktuellen Bewältigung seiner realen sozialen Probleme und Befindlichkeiten, benötigt eine stützende Begleitung im Sinne des Hilfs-Ichs, benötigt. Desweiteren benötigt er ein übendes Setting um strukturelle Fähigkeiten zu erlernen und einzuüben und Bewältigungsmöglichkeiten für strukturelle Einschränkungen, die (zunächst) unveränderbar sind. (Vgl. *ibid.*, 117)

Als therapeutisch erfolgreich erweist sich Wahrnehmungsförderung (körperlich / emotional), Symbolisierungsförderung und Förderung interaktionellen Verhaltens.

Die verbesserte Differenzierung des Selbsterlebens verändert die Abwehrstruktur und fördert über symbolisierenden Ausdruck die Bedenk- und Besprechbarkeit bis dahin nicht erfassbarer Gefühls- und Erlebensinhalte. Erst dadurch wird schädigendes Selbst- und Fremderleben als Ich - schädigend erlebbar, relativierbar und veränderbar. (Vgl. *Schwarzmann*, 2000)

### **Therapeutische Haltung oder wieweit kann dies im TS geleistet werden?**

Welche Fragen muss sich der Sandspieltherapeut stellen, wenn er mit dem TS Störungsbilder behandeln möchte, die ein geringes oder desintegriertes Niveau aufzeigen? Es entstehen Fragen in Bezug zum Setting, zur Deutung, zur Symbolisierungsfähigkeit, zur Struktur und betreffen die therapeutische Haltung, die therapeutischen Interventionen und Interventionsebenen, den therapeutischen Prozess und Therapiefokus. (Vgl. *Rudolf*, 2006, 96 - 159)

Besonders das haltende Containment ist eine Stärke des TS. Möglicherweise muss aber, abhängig vom Strukturniveau, fallweise der therapeutische Prozess verbal unterstützt werden: im Sinne eine Ermutigung, Beschwichtigung, Anleitung und einer motivierenden Haltung. Daraus resultierend plädiere ich zu Themenvorgaben und kürzeren Sequenzen im TS, sowie über das Spüren des Sandes (sensorische Erfahrung) zu arbeiten.

Die dringend antwortende Haltung des Therapeuten als Gegenüber ist nötig um ein stark forderndes Beziehungsbedürfnis zu stillen. (Körperliche) Nähe des Therapeuten aber noch angstbesetzt und kann im TS durch das Intermediärobjekt (Sandkasten) teilweise erfüllt werden.

Das TS kann bei ausreichendem Support auch als Methode genutzt werden, um etwas anschaulich zu machen, zu „zeigen wie meine Welt als Therapeut ist“, sozusagen als erweiterbarer Resonanzkörper: durch das Bauen von Szenen, Gestalten von Bildern, Aufstellen von Figuren und begleitendem Erklären: „so“ verstehe ich dich, nehme ich dich wahr. Dabei kann der Therapeut mit eigenem Einbringen Fremdes im Patienten bildlich spiegeln.

Der Therapeut darf sich in seiner Haltung nicht entmutigen lassen, sollte nicht leicht kränkbar sein und Angriffe nicht gegen sich selbst gerichtet interpretieren. Am Wichtigsten erscheint es die positiven Seiten am Patienten zu entdecken und damit den liebenden Blick - trotz allem - zu bewahren. (Vgl. *ibid.*, 120)

Im TS kann nach und nach am seelischen Binnenraum gebaut werden. Vom Therapeuten wird hier eine wesentlich höhere strukturierende Aktivität gefordert, die sich auf das Setting wie auf die Interventionen, die methodische Wahl und den Prozess bezieht. Wenn diese Haltung beibehalten werden kann, so ist das TS ebenso auf diesen Integrationsniveaus als Methode verwendbar. *Tomasello* spricht von der Entwicklung des seelischen Binnenraumes in verbal begleiteten Interaktionen. (Vgl. *diese Arbeit*, Kapitel Sprache, 44 ff)

Wenn therapeutische Interventionen vorwiegend spiegelnd, antwortend, strukturierend und konfrontierend sind, so muss überlegt sein, auf welche Weise im TS gearbeitet wird und es bedarf damit eines kreativen Umgangs von Seiten des Therapeuten.

*Melitta Schwarzmann* und *Markus Hochgerner* beschreiben Heilfaktoren bei Menschen mit mangelnder Daseinsgewissheit<sup>x</sup> (Borderline - Niveau bei gering integriertem Strukturniveau). Patienten gaben in einer klinischen Untersuchung an, dass sie es als stützende Begleitung erlebten, wenn die Therapeuten „konkrete Antworten gaben, ihnen Ratschläge erteilten oder wenn sie in selektiver Offenheit von sich selbst erzählten. Dagegen wehrten sie die emotionale Resonanz der Therapeuten eher ab – sie dürfte noch zu bedrohlich gewesen sein.“ (*Schwarzmann, Hochgerner, 2004, 319*)

Menschen, die über mangelnde Daseinsgewissheit verfügen, sind überfordert ihr Inneres darzustellen, da sie dafür selbst noch gar kein Bild haben. (Vgl. *Schwarzmann, 2000*) Die therapeutische Arbeit orientiert sich vor allem auf der Ebene der Wahrnehmung. Sensorische Übungen mit Materialien (hier: Sand), die Arbeit am Körperbild und am Grundvertrauen stehen im Vordergrund. Fähigkeiten müssen entwickelt und Ressourcen entdeckt werden. Die Beziehungsgestaltung im Sinne des Intermediärobjekts nach *Winnicott* ist indiziert. (Vgl. *ibid.*)

„Patienten mit mangelnder Selbstgewissheit<sup>xi</sup> profitierten ebenso von der stützenden Begleitung, jedoch mehr von der Resonanz des Therapeuten, [welche] half, ihre Emotionen und sich selbst mehr zu erkennen.“ (*ibid.*, 321)

Daher wird es im TS nicht ausreichen die Bilder nur zu beschreiben, sondern antwortend darauf zu reagieren. Auch die emotionale Resonanz des Patienten (auf das gestaltete Bild) soll durch den Therapeuten klar unterstützt sein. Nach dem Motto: „Ich an Ihrer Stelle, hätte wahrscheinlich ein Gefühl von Traurigkeit / Freude / Ärger“. (Vgl. *Rudolf, 120 - 139*) um die Affektdifferenzierung zu unterstützen.

Ein kreativer Umgang des Therapeuten mit dem TS ist gefragt, wenn es darum geht:

- „gemeinsame sprachliche Bilder für das zunächst wortlose Erleben des Patienten zu schaffen
- Muster des Erlebens und Verhaltens herauszuarbeiten
- neue Bewältigungsstrategien für die strukturelle Problematik zu finden
- dafür bereitliegende Ressourcen nutzbar zu machen“ (*ibid.*, 135)

Es liegen unterschiedliche Übungssets der Traumatherapie (vgl. *Luise Reddemann*, 2001) vor, sodass für die Affektregulierung höchstens kreative Erweiterungen durch das TS gefunden werden können. (*ibid.*, 145 - 146)

Die Vorstellungen von positiven (inneren) Objekten können über das Figurenmaterial des TS gut unterstützt werden. Ein tröstendes, beschützendes Objekt kann gewählt werden, aber auch mitgegeben werden. Zu einem späteren Therapiezeitpunkt werden diese positiven Objekte, oder aber bereits Introjekte, in den Sandspielszenen weiterentwickelt und verwendet.

Im TS kann die Symbolisierungsfähigkeit entwickelt werden, indem Wahrnehmungen und Affekte ihren figürlichen Ausdruck erhalten, erlebte (familiäre) Atmosphären werden in Form gebracht und können anschließend in Sprache übersetzt werden. Durch einen Mittelweg zwischen Progression und Regression wird ein mittlerer Modus der Tiefung erreicht.

Verfügen Menschen über gar keine Sprache muss vorerst abgeklärt sein, was der Grund dafür ist. Menschen, die nicht sprechen, weil sie nicht hören können, haben, so kann man annehmen, dennoch Symbolisierungsfähigkeit erlangt und andere Symbole als die der verbalen Sprache erlernt. Haben Menschen durch Deprivationserlebnisse in der frühen Kindheit wenig „Szenen geteilter Aufmerksamkeit“ erlebt oder waren diese undeutlich, emotional diffus besetzt, so ist es teilweise möglich, zumindest denkbar, durch die Arbeit am TS daran anzuknüpfen. In diesem Falle erscheint eine verbale



Transformation durch benennen der Symbolebene und der möglichen Gefühle durch Resonanz des Therapeuten wichtig.

Es kann aber auch sein, dass durch angeborene geistige Behinderung die Möglichkeit Sprachsymbole zu entwickeln nicht oder nur rudimentär gegeben war, sodass ebenso der Aufbau seelischer Bilder und Szenen nie möglich war.

Ähnliches können wir auch auf dem desintegrierten Strukturniveau finden.

## **Diagnostik in der Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie**

Im Unterschied zur Erwachsenendiagnostik ist die Einschätzung des Entwicklungsalters im Bezug zum Realalter zu beachten. Zudem liegt der diagnostische Blick nicht nur auf dem Individuum, sondern viel stärker als beim Erwachsenen auf dem Umfeld des Kindes, welches aus dem systemischen Blickwinkel in die Diagnostik mit einbezogen wird. Ebenso wird der diagnostische Prozess mit den Eltern als Auftraggeber rückgekoppelt und ihre Sichtweisen einbezogen. (Vgl. *Baulig und Baulig, 2002, 71*)

Das Hauptaugenmerk liegt allerdings bei Kindern nicht auf den Defiziten, sondern auf den bevorstehenden oder nicht bewältigten Entwicklungsaufgaben.

Im Vordergrund stehen die aktive Beziehung und weniger die Gegenübertragungsphänomene. *Baulig und Baulig* beschreiben folgende Faktoren zur diagnostischen Strukturierung im Kontakt:

- „Wie erlebt das Kind sich und seine Umwelt? (Glaubenssätze)
- Wie fühlt sich das Kind im Therapieraum mit dem Therapeuten? (Emotionalität)
- Wie nimmt das Kind Kontakt auf? (Dialog- und Kontaktfähigkeit)

- Welche Rolle erhält die Mutter / der Vater in der neuen Situation? (Verselbständigungskompetenz)
- Mit welchen Themen bringt es sich ein? (Inhaltliche Akzentuierung)
- Mit welchen Ausdruckskompetenzen teilt es sich mit? (Ausdrucksrepertoire)
- Was erwartet das Kind vom Therapeuten: Oma - Rolle, Papa - Ersatz? (Bedürfnisstruktur)
- Wie geht das Kind mit Grenzen um? - Im Raum, mit Materialien, mit dem Therapeuten (Selbstregulationsfähigkeit)
- Inwieweit und mit welcher Ausdauer lässt sich das Kind auf der Spielebene ein? ADHS - Kinder wechseln oft die Spiel- und Ausdrucksebene (Konzentration und Aufmerksamkeit)
- Wie reagiert das Kind auf Veränderungen, z.B. am Anfang und am Ende der ersten Therapiestunden? (sozial - emotionale Flexibilität)
- Wie teilt sich das Kind am Ende der ersten Therapiestunden den Eltern mit? (Bereitschaft zur Therapie)“ (*ibid.*, 2002, 69 - 70)

Kindergestalt Diagnostik stellt also eine „ausdrucksorientierte und beziehungsorientierte Informationserhebung“ (*ibid.*, 70) dar, die sich auf „die Pole Selbstbegrenzung und Eingrenzungsbedarf, Regression und Progression, Aktivität und Ruhe, Nähe und Distanz, Offenheit und Verschlussenheit, Klarheit und Unklarheit, Beziehungsorientierung und Unabhängigkeit“ (*ibid.*), emotionale, kognitive, Fantasie- und Zielorientierung beziehen soll. (Vgl. *ibid.*)

## CONCLUSIO

Die Conclusio soll als Beantwortung meiner Hypothese dienen. Dabei wird die Bezogenheit der einzelnen Kapitel verdeutlicht und gezeigt wie sich das TS theoretisch und methodisch in die IGT einbettet. Hiermit zeige ich auf, dass das TS eine praktikable und vielfältige Methode darstellt, welche sowohl in der Kinder- und Jugendlichen - Psychotherapie, jedoch auch in der Erwachsenentherapie ihren Platz hat. Die große Bedeutung des szenischen Verständnisses auf der Therapeuten-, als auch auf der Patientenseite wurde in der vorliegenden Thesis zum Ausdruck gebracht. Auf diesem methodischen Weg, über Bilder zur Versprachlichung, und von der Sprache zum Bild zu gelangen, sowie die Bedeutung dessen, soll eine Antwort auf meine eingangs gestellte Forschungsfrage sein.

Meine Forschungsfrage lautet: Wie kann das Therapeutische Sandspiel nach C. G. Jung in den theoretischen Konzepten der Integrativen Gestalttherapie Platz finden?

Dabei stellen sich mir die folgenden Fragen: Wodurch das Therapeutische Sandspiel zur relevanten und praktikablen Methode in der Kinder-, Jugend- und Erwachsenen Gestalt - Psychotherapie wird und was in diesem Kontext: „szenisches Verstehen“ und „Bilder - Sprache“ bedeuten.

Therapeutisches Sandspiel in der Integrativen Gestalttherapie heißt ein kreatives und ein strukturbezogenes Medium zu haben in dem szenisches Arbeiten möglich ist. Der Zugang ist ein spielerischer, der in der Psychotherapie zunehmend seine Bedeutung erfährt.

Es finden sich die Grundprinzipien der IGT wieder. Eine Szene oder ein Bild entsteht im „Hier und Jetzt“ und es wird damit auch ein „Dort und Damals“ atmosphärisch und situativ - szenisch erlebbar. Die Szene wird zur „Figur“ auf dem „Hintergrund“ der Biografie. Es ist ein experimenteller, spielerischer Ansatz. Erlebnisse, die nicht sprachlich ausgedrückt werden können, werden symbolisch dargestellt.

TS ist auch ein dialogisches Verfahren mit Hilfe eines Intermediärobjektes.

Der emotionale Ausdruck erfolgt im Wesentlichen über das Bild. Im TS werden innerpsychische Bilder in Szene gebracht und Atmosphären der Biografie oder der aktuellen Lebenssituation zugänglich gemacht. Allerdings sind die Themen oft durch Symbole verschlüsselt dargestellt. Somit wird die Angst und Spannung reduziert, da die „Sprache“ der Symbole im Vorbewussten Stadium bleibt.

Im Sandkasten entstehen weitgehend ein wertfreier Raum für Experimente und ein ebenso begrenzter Raum um Halt zu finden.

Im diesem abgegrenzten Raum, in dem die fiktive Welt des Spiels entsteht, ist ein indirekter Kontakt zur Therapeutin möglich und der Sandspieler kann sich von Beziehungsangeboten abschirmen und zur Ruhe kommen. Es entsteht ein Ort, wo Verweigerung und Aggressionen nicht sanktioniert werden. Die spontanen Intentionen und Gefühle können ausgedrückt und mit der realen Außenwelt im Sinne der „Triangulierung“ verbunden werden. Eigene Grenzen werden erschaffen und damit erfahrbar, die Kommunikation ist nonverbal und szenisch - bildhaft. „Durch die Symbolisierung kann eine kontinuierliche, spielerische Überprüfung von Beziehungsgestaltungsmöglichkeiten stattfinden und Beziehungskontinuität entstehen.“ (*ibid.*, 102) (Vgl. *Katz - Bernstein*, 2007, 101 - 102)

Um es mit *Herles* zu sagen: „Bildliches Erinnerungswissen ist mit Orten und Situationen verbunden, die sich bleibend in unser Gedächtnis eingepägt haben. Solche Erinnerungsbilder beziehen sich auf unsere individuelle Lebensgeschichte, sie prägen damit sehr viel stärker unsere Identität, als dies die [...] existierenden, begrifflichen Wissensbestände tun.“ (*Herles*, 2004, 42). Prof. *Herles* zitiert dabei *Pöppel Ernst* (*Pöppel* 2000, 21 - 39, cit. nach: *Herles* 2004, 42), der begriffliches Wissen als Ich - fern, bildliches Wissen aber als Ich - nah bezeichnet. (Vgl. *Herles*, 2004)

Es geht aber nicht nur um erinnerte Bilder, sondern auch um Spielräume, die zur Entwicklung von Lösungen und Veränderungen genützt werden können.

Wie im TS immer wieder beobachtbar, entsteht ein Zeit - Raum des Vertieft seins, eine Konzentration auf das momentane Tun in dem die Person die spielt, nicht gestört werden möchte. Deshalb tritt der Therapeut erst wieder in Kontakt mit dem Patienten, wenn dieser das Zeichen gibt, dass er fertig ist. Einschränkungen dabei treten in der Arbeit mit Patienten auf gering integriertem Strukturniveau auf, da sich hier unbewusste Bedürfnisregungen sofort nach außen wenden und Antworten des Gegenübers einfordern. (Vgl. *Arbeitskreis OPD* (Hrsg.) , 2001, 162) (Vgl. *Strukturniveaus, diese Thesis* in: Kap. klinische Diagnostik OPD)

Das Handeln im TS ist im Moment des Gestaltens ein Zeitraum außerhalb der therapeutischen Beziehung auch außerhalb des Handelnden selbst und auch nicht Teil der äußeren Welt. Gegenstände der äußeren, realen Welt werden einbezogen „und verwendet [...] für Vorstellungen aus der inneren, persönlichen Realität“. (*Winnicott*, 2006, 63) (Vgl. *ibid.*) Diese metaphorische Vorstellung ist dennoch innerhalb eines therapeutischen Settings und damit innerhalb der therapeutischen Beziehung platziert.

Im TS sind alle Spielformen enthalten. Der Schwerpunkt liegt jedoch auf dem sensomotorischen, dem Als - ob - Spiel, dem Symbol- und dem Rollenspiel.

Das Spiel ist weiters eine Notwendigkeit um Handlungsabläufe und um Sprache zu erlernen. Es ist ein guter Zugang um die Realitätsebene zu wechseln. „Wir spielen jetzt so“ wird auf der Metaebene kommuniziert, dann entwickelt sich die Kommunikation innerhalb des festgelegten (Spiel-) Rahmens. (Vgl. *Oerter.*, 117 ff)

Das in Sprache Symbolisierte, einst sensomotorisch Erlebte, zu narrativen Szenen im Gedächtnis Gespeichertes, kann so, meiner Ansicht nach, auch wieder zerlegt werden. Dies geschieht im TS, indem Szenen mit Gegenständen dargestellt werden und diese Inhalte spielerisch in neue (intrinsische) Sinnzusammenhänge gelangen. Wichtig dabei ist die subjektive Bedeutungszuschreibung der spielhandelnden Person selbst.

Das intentionale Verstehen kann auf der Symbolebene, nämlich die der Gegenstände, ausgedrückt werden. Dies geschieht im TS und in allen Spielen. Die sprachliche

Transformation durch den Begleiter wäre für die Entwicklung der Sprache nötig, ist aber dort wo bereits Sprache entwickelt wurde, da bereits Symbole entwickelt wurden, nicht notwendig. Die Symbolentwicklung stellt *Streeck*, basierend auf der Theorie *Fonagys*, als einen interaktionistischen Prozess dar, der ich mich hier gerne anschließe. (Vgl. *Fonagy, P.*, 1995) Ebenso macht auch *Tomasello* mehr als deutlich, dass die Sprache nicht die Voraussetzung für Symbolisierungsfähigkeit ist, sondern umgekehrt: Symbole werden als Teilhabe an den „Szenen geteilter Aufmerksamkeit“ (*Tomasello, M.*, 12 7ff) entwickelt und bilden die Grundlage jeglichen Spracherwerbs. (Vgl. *ibid.*, 77 ff u.126 ff)

In der Folge kann das Bild oder der Prozess in verbale Sprache übersetzt werden, muss aber nicht!

Wichtig dabei erscheint mir allerdings die im TS praktizierte verbale Beschreibung der szenischen Darstellung durch den Therapeuten - vergleichend der Mutter - Kind - Interaktionen, in der Handlungsabfolgen im Nachhinein beschreibend kommentiert werden. Dies ist wichtig um die Darstellung zu würdigen und möglichst wenig bewertend anzuerkennen: „Aha, das hast du also gemacht; das bist du also“.

Da jeder, der sprechen auch symbolisieren kann, genügt es, sich im TS über die Symbolwelt zu verständigen. Über die „Szene geteilter Aufmerksamkeit“ bildet sich ein allmählicher interaktiver Prozess der Bedeutungserkenntnis. Dieser kann in der Symbolisierung der Sprache münden. Es ist aber nicht zwingend notwendig, wie die Erfahrung mit dem TS zeigt. (Vgl. *Tomasello*, diese Arbeit, 48 ff) Einschränkungen ergeben sich hier allerdings durch das diagnostische Strukturniveau „gering integriert“, wo Symbole wieder sprachlich entschlüsselt werden müssen um einen Entwicklungsschritt zu ermöglichen. (Vgl. *diese Arbeit*, Kap. Klinische Diagnostik OPD)

Das Entstehen innerer Bilder über sprachliche und nonverbal - körperliche Zugewandtheit der frühesten Bezugspersonen ist mit der Sprachentwicklung, damit auch mit der Entwicklung des Gedächtnisses untrennbar verbunden.

Über einen stützenden, elterlich antwortenden, Nachsozialisationsprozess in der strukturellen Therapie wird versucht an Versäumtem oder vor dem Trauma anzuschließen. Traumatische Erlebnisse, Deprivation und inadäquate, sowie ambivalente Stimulation besetzen in frühen Entwicklungsphasen Introjekte negativ oder diffus. Damit stagniert sowohl die kognitive, damit einhergehend die sprachlich - symbolische Entwicklung.

Abgrenzen möchte ich die Arbeit im TS daher beim desintegrierten Strukturniveau, da Patienten mit vorwiegender Strukturproblematik die Welt des Als - ob - Spiels fremd erscheint. Patienten, die (noch) nicht gut symbolisieren können, sind im TS überfordert. Ebenso betrifft die Abgrenzung Patienten, die sich kurz vor oder kurz nach psychotischem Krankheitserleben bewegen. Die Bilder, die ihre fragmentarische und chaotische Innenwelt widerspiegeln würde, können im akuten Krankheitserleben nicht integriert werden. Diesen Patienten ist eher genützt, wenn sich der Therapeut spiegelnd und antwortend ihnen gegenüber stellt und Realität, also Außenwelt vermittelt, sowie sie von strukturierenden psychosozialen Maßnahmen eher profitieren.

Über Figuren und Sand zu Bildern zu kommen, bedeutet über intrinsische Prozesse Heilung zu erfahren. Über verbale Begleitung, anerkennende Beschreibungen, werden diese Inhalte kommunikations- und beziehungsfähiger. Frei nach dem Motto: „Wenn du mich erkennst, erkenne ich mich selbst“.

Bilder sind somit für sich genommen bereits Sprache und Sprache ist immer auch Szene, welche durch Spielen entsteht.

Szenen, die im TS ausgedrückt werden, werden als Struktur definiert, denn es sind „verdichtete Szenen“, [...] Sedimente von Beziehungserfahrungen, die [...] die Strukturbildung [des Selbst] mitgestalten.“ (Dorothea Rahm, 1999, 120) Szenen sind somit lebendige Geschehnisse, Interaktionen zwischen Menschen unterschiedlicher Rollen und Funktionen. Sie geben die Grundstrukturen, also die Wesenseigenschaften der Person wieder, als auch übergeordnete Strukturen wie das „Leib - Selbst“, „Rollen-Selbst“, das „Ich“ und die „Identität“. Der Dialog steht für eine Grundstruktur des Menschen. Intrapersonelle Kommunikation basiert auf den erlebten Interpersonell

erfahrenen Dialogen. Diese Grundstrukturen werden bei *C. G. Jung* die Archetypen genannt. (*ibid.*, 120) (Vgl. *ibid.*)

Hier schließt sich der Kreis.

Im Folgenden, praktischen Teil werde ich anhand von zwei Falldarstellungen und dem dazugehörigen Bildmaterial den theoretischen Betrachtungen Gestalt verleihen. Es bleibt mir zu hoffen, dass sich zunehmend Integrative Gestalttherapeuten für diese Methode begeistern lassen um sie in die praktisch therapeutische Arbeit zu integrieren und für Patienten zur Verfügung zu haben.

Besonders ist sie auch unserem Berufsstand selbst dienlich im Sinne einer Burnout - Prävention. Wie in allen kreativen Medien ist es durch den oder das anwesende „Dritte“, dem Intermediärobjekt oder dem intermediären Raum möglich, immer wieder zurückzutreten um nicht stets in der Übertragungsrolle zu bleiben.



## PRAKTISCHER TEIL

Nun folgen zwei Falldarstellungen und anhand des Bildmaterials wird die Methode des therapeutischen Sandspiels szenisch sichtbar dargestellt.

Es wird ein kurzer Verlauf beschrieben um die Entwicklung nachvollziehen zu können. Teilweise gehe ich auf die klassische *Jung'sche* Beschreibungsweise ein, teilweise auf den Inhalt der Psychotherapie. Es werden beide Patienten kodiert dargestellt und soweit die Geschichten verändert um deren Identität zu schützen. Die Bilder sind von ihnen freigegeben.

### Patient A

Patient A, ich nenne ihn hier Andreas, ein junger Mann mit 28 Jahren, kommt bereits mit einiger psychotherapeutischer Vorerfahrung im Laufe von 2 Jahren wöchentlich in die Psychotherapie. Andreas arbeitet seit einiger Zeit als Zimmermann, obwohl er Elektrotechnik gelernt hat. Dadurch ist sein Einkommen gering, weil er in diesem Beruf eine Anlernkraft ist und keine Ausbildung vorweisen kann. Er ist aufgrund seiner Vorgeschichte und seiner Symptomatik sozial wenig verwurzelt, ebenso ohne Partnerin, lebt aber in einer Wohngemeinschaft.

Er leidet unter einer posttraumatischen Belastungsstörung mit Angst- und Panikattacken, Schlafstörungen, Alpträumen und fallweise Dissoziationen. Anfangs bekämpft er eine Agoraphobie (vor geschlossenen Räumen und Fahrzeugen), leidet unter sozialer Einsamkeit und fühlt sich intellektuell wenig beansprucht.

Andreas ist suchtgefährdet, trinkt phasenweise viel Alkohol. In der Vergangenheit hatte er eine Drogenabhängigkeit mit leichteren Drogen (Cannabis) zu bekämpfen, die als Selbstmedikation gesehen werden kann.

Es wird keine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Aus der Kindheit werden massive soziale und emotionale Probleme berichtet.

Andreas wurde im Kleinkindalter über Jahre hinweg von seinem Onkel immer wieder sexuell missbraucht. Seine Mutter beschreibt er mit wenigen kognitiven und emotionalen Kompetenzen ausgestattet. Sie bietet ihm keinen Schutz und nimmt den Missbrauch nicht zur Kenntnis. Vermutlich weiß sein Vater davon und ist damit Mittäter.

Auffälligkeiten im Kindesalter werden von den Eltern nicht als Störungen mit einer Ursache erkannt, sondern als Unfolgsamkeit bestraft.

Die Therapie ist durch suizidale Krisen und Dissoziationen gekennzeichnet, es werden dennoch keine stationären Aufenthalte nötig, und Andreas ist nur eine kurze Zeit antidepressiv gering mediziert.

Zum Ende der Therapie sind beinahe alle Symptome verschwunden. Andreas beschließt noch einige Zeit zu einem männlichen Therapeuten zur weiteren Stabilisierung zu gehen.

Zwei Jahre nach Beendigung unseres therapeutischen Kontaktes, entscheidet er einen Ortswechsel in eine Großstadt, wo er ein Studium aufnimmt. Eine Partnerin zu finden bleibt gleichzeitig sein größter Wunsch.

Als Andreas seinen sexuellen Missbrauch formulieren kann, ist er noch nicht in der Lage eine Anzeige zu erwägen. Dadurch ging der Täter aufgrund der Verjährung straffrei aus. Folgedessen hat Andreas keinen Anspruch auf finanzielle Unterstützung aus dem Opferschutzgesetz, keinen Schadenersatz erhalten, und er finanzierte sich seine langjährigen Psychotherapien selbst. Andreas älterer Bruder wird im Erwachsenenalter psychotisch. Einen sehr jungen Bruder versucht er durch eine Meldung am Jugendamt vor einem ähnlichen Schicksal zu bewahren. Mit seiner Familie hat er den Kontakt abgebrochen.

Die vorliegende Bilderfolge entstand innerhalb eines Jahres. Es wurde viel mit Sandbildern, aber auch intermedial gearbeitet. Es entstanden innerhalb der therapeutischen Arbeit ebenso gemalte Bilder und Tonskulpturen.

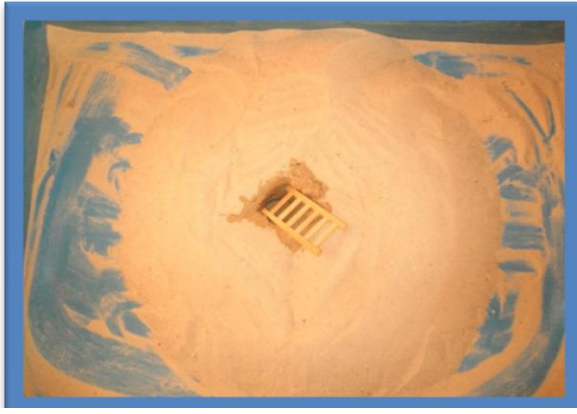


Abbildung 13: Sandbild 1A

Es handelt sich um eine Mittelpunkt-darstellung. Damit kann von einer Darstellung des Selbst ausgegangen werden.

Das Thema kann „aufbrechen, hinabsteigen oder herausklettern“ heißen. Möglicherweise zeigt es auch eine Bereitschaft an, aus sich heraus zu gehen, oder ist eine Einladung zur

Hilfestellung. Nasser Sand und blaue Umgebung stellen Wasser dar, dies für Emotionen steht. Die Öffnung geht in die Tiefe, eine Leiter symbolisiert den Ein- oder Ausgang und die Unterstützung, die nötig ist oder gewünscht wird.

Das folgende Bild zeigt möglicher Weise das Innere des Berges aus Abb. 13. Ein Thema wird angezeigt. Zum Vorschein kommt ein kleiner Vogel, der in einem Käfig eingesperrt ist, mit dem sich Andreas identifiziert. Auf der Symbolebene: die böse Hexe mit einem vergifteten Apfel, ein Einhorn (göttlicher Archetyp), ein Vogelstrauß als schnelles großes Tier, der der Hexe entgegenkommt, lassen Raum für Interpretationen. Es wurden bereits Hügel umwandert und ein Weg zurückgelegt.



Abbildung 14: Sandbild 2A



Abbildung 15: Sandbild 3A

Die Figuren sind im bewussten und bewusstseinsnahen Bereich angesiedelt und in der Zukunft dargestellt

Im Bild 3A wurde ein Thema vorgegeben, welches sich aus dem therapeutischen Prozess ergeben hat.: Traum und Wirklichkeit. Folgerichtig wurde der Traum links im Bild und die Wirklichkeit rechts im Bild dargestellt.

Hier kommt wieder die Hexe vor, die nun den Vogelkäfig in der Hand hat und ihr gegenüber wieder ein Tier, diesmal mächtiger und größer, ein Flugsaurier. Bietet sie ihm den kleinen Vogel an? In einem Kreis stehen sieben Personen, die aber unbeteiligt am Geschehen sind. Der Vogel im Käfig ist jedenfalls in Gefahr. In der Traumseite sind Tiere dargestellt: die Kuh als Mutter - Archetyp, der Elefant als männliches Kraftsymbol, die wohl als (internalisierte) weibliche und männliche Ich - Anteile verstanden werden können. Ebenso sind einige Mineralien als Umgebung zu sehen. Im linken oberen Eck gibt es einen Teich, indem eine Ente schwimmt.

Im Bild 4 A taucht erstmalig ein kleiner Tiger auf, mit dem sich Andreas identifiziert. Sein Gefährte stellt die Schildkröte dar, die im Leben später wichtig wird. Kuh und Elefant wieder als gute Wunscheltern gelten könnten, die beschützend den Kleinen zusehen.

Ein Fluss der Emotionen mit einem Kanu, damit dieser Fluss bereist werden kann, ist dargestellt. Symbole der Liebe und Fruchtbarkeit, also des Lebens, sind in der bewussten Zukunft gestaltet (sechs rote Rosen, ein Ei). Im linken oberen Eck, befindet sich ebenso ein Lebenssymbol: eine Sonne, die aus Steinen dargestellt ist. Rechts unten steht erhöht ein dicker Buddha (göttlicher Archetyp) und links unten: Samenschoten, ebenso ein Symbol für Leben. (siehe Abb. 16)

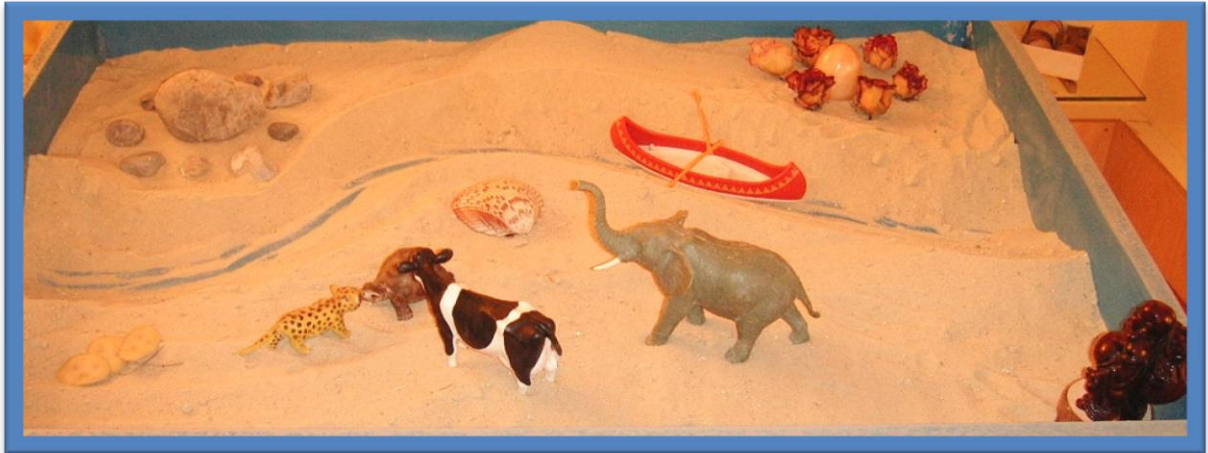


Abbildung 16: Sandbild 4A

Dieses Bild entsteht wenige Tage nach dem Bild 4A. Es wird nun der geschlossene Hügel dargestellt. Dies weist auf einen Rückschlag, eine Krise hin, oder aber auch auf ein neues Thema. Zu sehen sind sehr viele Spuren im Sand, die konzentrische Kreise bilden.



Abbildung 17: Sandbild 5A



Im Bild 6A ist der Lebensbaum dargestellt, bestehend aus rechts und linksdrehenden Spiralen, an der Wurzel sind Muscheln zu sehen. Das gibt Hoffnung, die Krise scheint überstanden zu sein.



Abbildung 18: Sandbild 6A

Zwei Monate später ein bedeutsamer Entwicklungsschritt. Nach einer langen Reise kommt der Mann an einen sicheren Ort um zu verweilen. Der Begleiter, die Schildkröte ist da, und auch die Leiter von Bild 1A ist wieder im Bild. Es ist wohl ein Ausgang gefunden worden. Es gibt eine Feuerstelle, also Nahrung und Wärme. (Abb. 19)



Abbildung 19: Sandbild 7A

Nun werden Tiere zu Gefährten und mit deren Unterstützung kann auch dem großen Tiger, den Herausforderungen eines Mannes, der Zukunft begegnet werden. Links im Bilde gibt es eine Raststätte, die auch wieder verlassen werden kann. (Abb. 20)



Abbildung 20: Sandbild 8A





Abbildung 21: Sandbild 9A

Ein finales Bild: Alles hat seinen Platz bekommen, die Themen sind geordnet, unterschiedliche Ebene und Bereiche des Lebens integriert. Es gibt ein Innen (Mittelpunkt), wo der bewaffnete Krieger den Zerberus der Unterwelt in Schacht hält. Diese Szene (das Unterbewusste) ist deutlich abgegrenzt und geschützt. Die kleinen Tiere haben ihren Spielplatz erhalten, Die Eier (links oben) sind in einem Körbchen, es gibt starke männliche Elefanten, die Kuh, einen beschützenden Buddha, männliche und weibliche Bäume und Geheimnisse, die große Muschel im Hintergrund und ein Tipi aus weichen Federn. Zwei weitere menschliche Figuren sind hinzugekommen. Dieses Bild darf als Darstellung integrierter Ichanteile angesehen werden. Es gibt ein Zentrum, alle Ecken sind besetzt und damit ist auch der Rahmen gesichert. Das Thema Beziehung wird dargestellt. Weibliche und männliche Symbole, Tiere und Menschen sind in friedlicher Koexistenz oder zumindest im Gleichgewicht. Es gibt eine spirituelle Ebene in der bewussten Zukunft. Eine beruhigende Aussicht. (Abb. 21)



## Patient B

Im Fall B handelt es sich um ein Kind im Alter von 11 Jahren, türkischer Abstammung, in der 3. Generation in Österreich lebend.

Bayram wird mit seiner Mutter vorstellig, da er sehr belastet ist. Er hat dieses Schuljahr von der Volksschule ins Gymnasium gewechselt und hat schlechte Leistungen in Deutsch. Bayram befindet sich in psychologischer Abklärung, um abzuklären, ob eine Legasthenie vorliegt, die in der Folge auch festgestellt wird.

Anfangssymptomatik: Schlafstörungen, Albträume, Suizidgedanken, leicht ablenkbar.

Die Familie lebt in einem großen Haus, in dem die weitere Großfamilie lebt. Es gibt einige ältere Cousins, mit denen Bayram gerne spielt. Die junge Mutter ist bei den Kindern daheim, es gibt eine 2 jährige Schwester. Die Mutter spricht perfekt Deutsch und hat die Mittelschule abgeschlossen. Sie erscheint emotional und kognitiv sehr kompetent. Es gibt keine Erziehungsprobleme. Der Vater spricht schlecht Deutsch und schichtet in einer Fabrik. Die Mutter hatte vor 6 Jahren eine Todgeburt eines gesunden Mädchens. Dieses Erlebnis hat sie nicht verarbeitet. Soziale Kontakte muttersprachlich deutscher Kinder hat Bayram kaum. Ebenso wünscht er sich, dass sein Vater mehr ihm unternehmen würde.

Die Therapie beschränkt sich auf sechs Stunden mit dem Kind. Danach ist er symptomfrei, erleichtert und beginnt positive Deutschnoten zu schreiben. Die Eltern haben meine pädagogisch - sozialen Vorschläge aufgegriffen und umgesetzt. Er erhält weiterhin Förderung in Legasthenie und Deutsch. Eine Rückstufung in die Hauptschule möchten sich die Kindeseltern noch vorbehalten. Der Mutter wird ein Therapieangebot zur Aufarbeitung ihres Traumas gemacht.

Da Bayram zwar die deutsche Sprache sehr gewandt beherrscht, das Sprechen aber so wirkt, als sei es gut antrainiert, entscheide ich mich mit dem Sandspiel zu arbeiten,

was er freudig annimmt. Die Bilder werden von mir am Ende der Stunde beschrieben, Bayram äußert sich wenig dazu, sodass wir die Ergebnisse so stehen lassen.

Sein sprachlicher Ausdruck in schönem Hochdeutsch wurde von mir als Kontaktabwehr interpretiert, da er den ortsüblichen Dialekt beherrscht. Bayram ist im Gespräch emotional wenig gut erreichbar, seine Bilder zeigen aber ein äußerst lebendiges Innenleben. Sein Thema ist, dass er mit zu wenigen gleichaltrigen Kindern (außerhalb der Familie) Kontakte hat. Er wirkt anfangs sehr zurückhaltend, äußert sich wie einer einstudierten Rolle mit Benimmregeln, aber das Kind wird emotional nicht spürbar. Die Bilder sind in der Reihenfolge ihres Entstehens abgebildet. Besonders gut ist die Entwicklung vom relativen Chaos zur relativen Struktur zu erkennen.

Das erste Bild bezeichnet Bayram als „Der Traum des Eichhörnchens“ (siehe im Bild 1B rechts unten). Der Blick auf die Szene im Tipi (Bild 2B) lohnt, in der eine kuschelige Szene stattfindet. Bayram identifiziert sich mit dem schwarzen Ritter Auf der Symbolebene sieht man viele gefährliche und wilde Inhalte, auch sexueller Art, die teilweise noch unter dem Sand versteckt werden. Als Ritter ist er von gefährlichen



Abbildung 22: Sandbild 1B

Tieren und Dingen bedroht und muss kämpfen. Als Eichhörnchen kann er die Szene von außen betrachten.



Abbildung 23: Sandbild 2B

Es gibt eine Entwicklung vom Kampf zum friedlichen Miteinander, von einem äußeren Chaos zu einer relativen Ordnung. Es gibt immer eine Zaun, der vorerst oben rechts angeordnet ist und als Entwicklungsschranke (in Richtung bewußter Zukunft) gesehen werden kann. Dieser Zaun öffnet sich bereits im dritten Bild und verschiebt sich zunehmend. Fast in jedem Bild gibt es den schwarzen Ritter, das Eichhörnchen (im dritten Bild nicht sichtbar, sitzt links unten) und die Babytiger, die zunehmend ein beschütztes Zuhause erhalten und mit den großen Tigern eine Familie bilden.





Abbildung 24: Sandbild 3B

Umso mehr der Ritter die Tiere zähmt, umso seltener hat Bayram Albträume, umso weniger grübelt er. Die Soldaten sind die Beschützer des Ritters vor den wilden Tieren, was ich als eine kreative Lösung interpretiere.

Im Bild 3B sind die Tiere auf die linke Seite gewandert und die Schlacht scheint für den Ritter geschlagen, zumindest gibt es ein annäherndes Gleichgewicht. Es kommen erstmals einige Tannenbäume hinzu, der Jahreszeit entsprechend verschneit. Bayram nennt diese Szene: „Kampf im Wald“

Im Sandbild 4B taucht neben dem Ritter die erste menschliche Figur auf. Der Kampf des Ritters mit den Tieren werden von dem Mann gefilmt. Im unteren rechten Eck ist ein Wassertrog hinzugekommen. Die Richtung des Zaunes hat sich inzwischen verschoben. Ich interpretiere es als eine Abgrenzung gegenüber der Vergangenheit anstatt der Zukunft.



Abbildung 25: Sandbild 4B



Abbildung 26: Sandbild 5B

Zwischen Bild 4B und dem folgenden sind drei Wochen vergangen und Bayrams Anfangssymptome sind verschwunden. Der Mann mit der Filmkamera ist wieder weg, allerdings auch der schwarze Ritter und sämtliche Soldaten mit den Kampfflugzeugen und Panzern. Der Phönix ist wieder aufgetaucht. An dessen Stelle sind im rechten unteren Eck Sonnenblumen hinzugekommen. Die Tiere scheinen im friedlichen Miteinander zu sein. Es gibt keinen Kampf mehr und die Tiere scheinen in spannender Erwartung zu sein. (Bild 5B)





Abbildung 27: Sandbild 6B

In der letzten Szene wird die Welt der Tiere von der der Menschen getrennt. Die Menschen beobachten nun die Tiere im Zoo, wo sie gut betreut werden. Es gibt zwei Wärter, Blumen und Nahrung. In der Menschenwelt taucht allerdings ein neues Thema auf. Die Hexe, der Zauberer und das Gerippe als Symbole einer magischen Welt, einer Zwischenwelt? Bayram identifiziert sich mit dem Zauberer und meint, dass dieser noch einen Gegenzauber sucht um die Hexe und das Gerippe zu besiegen. Die Menschen würden diese Figuren (Zauberer, Hexe und Gerippe) aber nicht sehen können.

Ich möchte ihm weiterhin viel Glück dabei wünschen Gegenzauber zu finden, dort wo er sie im Leben benötigt, deshalb schenke ich ihm zum Abschluss der Therapie einen Zauberstab.



Abbildung 28: Sandbild 6B\_Ausschnitt

Seine Mutter berichtet mir aktuell achtzehn Monate später, dass Bayram Freunde in der Schule gefunden habe und auch einen besten Freund. Er habe sich verliebt (die sexuelle Thematik ist ja schon in den Bildern symbolisiert und damit angekündigt). Die schulischen Leistungen haben sich verbessert und er hat ein weiteres Geschwisterchen bekommen.

- ENDE -



## LITERATURVERZEICHNIS

*Arbeitskreis OPD* (2001) (Hg.), 3. aktualisierte u. korr. Auflage: Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual. Bern: Hans Huber

*Arbeitskreis OPD-2* (2007) (Hg.), 2. überarbeitete Auflage: Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung, Bern: Hans Huber

*Amann, Ruth* (2001), überarb. u. erw. Neuauflage: Das Sandspiel. Der schöpferische Weg der Persönlichkeitsentwicklung. Düsseldorf: Verlag Walter

*Amendt - Lyon, Nancy* in: *Lobb, Margherita Spagnuolo; Amendt - Lyon, Nancy* (2006) (Hg.): Die Kunst der Gestalttherapie. Eine schöpferische Wechselbeziehung. Wien: Springer, 7 - 25

*Amendt - Lyon, Nancy; Bolen, Inge; Höll, Katleen* (2004) : Konzepte der Gestalttherapie in: Hochgerner, Markus; Hoffmann - Widhalm, Herta; Nausner Liselotte; Wildberger Elisabeth, (2004) (Hg.): Gestalttherapie. Wien: Facultas, 101 - 124

*Baulig, Ingeborg; Baulig, Volkmar* (2002): Praxis der Kinder - Gestalttherapie. Bergisch - Gladbach: EHP - Andrea Kohlhage

*Bruner, J. S.* (1975): The ontogenesis of speech acts. *Journal of Child Language*, 2, 1 - 19, cit. nach: *Oerter, Rolf* (1999): Psychologie des Spiels. Weinheim: Beltz

*Burley, Todd* (2006) in: *Lobb, Margherita Spagnuolo; Amendt - Lyon, Nancy* (2006) (Hg.): Die Kunst der Gestalttherapie. Eine schöpferische Wechselbeziehung. Wien: Springer, 95 - 106

*Csíkszentmihályi, Mihály* (1985) : Das Flow - Erlebnis. Stuttgart. Klett - Cotta. in: *Oerter, Rolf* (1999): Psychologie des Spiels. Weinheim: Beltz, 16

*Csikszentmihályi, Mihály* (2008, 10. Auflage) : Das Flow - Erlebnis. Stuttgart. Klett - Cotta

*Damasio, AR* (1994): Descartes' error: Emotion, reason, and the human brain. Grosset / Putnam, New York, cit. nach: *Burley, Todd* (2006, 100)

*Damasio, AR* (2001): Some notes on brain, imagination and creativity. In: *Pfenninger KH, Shubik VR* (eds): The origins of creativity. Oxford Univ. Press, New York, 59 - 68, cit. nach: *Burley, Todd* (2006, 100 )

*Dornes, M.* (1993): Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen. Frankfurt a.M. 1999, cit. nach: *Streeck Ulrich* (2000) (Hg.): Erinnern, Agieren und Inszenieren. Enactments und szenische Darstellungen im therapeutischen Prozeß. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

*Dornes, M.* (1997): Die frühe Kindheit. Entwicklungspsychologie der ersten Lebensjahre. Frankfurt a.M. 1999, cit. nach: *Streeck Ulrich* (2000) (Hg.): Erinnern, Agieren und Inszenieren. Enactments und szenische Darstellungen im therapeutischen Prozeß. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

*Fonagy, P.* (1995): Discussion of „The role of parental mirroring of affects in early psychic structuration“ by György Gergely. Vortrag auf der IPV - Konferenz zur psychoanalytischen Forschung. London, cit. nach: *Streeck, Ulrich* (2000) (Hg.): Erinnern, Agieren und Inszenieren. Enactments und szenische Darstellungen im therapeutischen Prozeß. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

*Fonagy, P.* (1996): Die Bedeutung der Entwicklung metakognitiver Kontrolle der mentalen Repräsentation für die Betreuung und die Entwicklung des Säuglings. *Psyche* 51, 4, 349 - 368, cit nach: *Katz - Bernstein Nitza* (2007) 2. Auflage: Selektiver Mutismus bei Kindern. München: E. Reinhardt

*Fonagy, P.; Target, M. (1996):* Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International Journal of Psychoanalysis* 77: 217 - 233, cit. nach: *Streeck, Ulrich (2000) (Hg.):* *Erinnern, Agieren und Inszenieren. Enactments und szenische Darstellungen im therapeutischen Prozeß.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

*Frambach, Ludwig (2006):* Das weltenschwangere Nichts. Salomo Friedlaenders „Schöpferische Indifferenz“ in: Lobb, Margherita Spagnuolo; Amendt - Lyon, Nancy (2006) (Hg.): *Die Kunst der Gestalttherapie. Eine schöpferische Wechselbeziehung.* Wien: Springer, 129 - 144

*Friedlaender, Salomo (1918):* Schöpferische Indifferenz. Georg Müller, München

*Friedlaender, Salomo (1982a):* Aus den philosophischen Tagebüchern / Moral und Politik. *Merkur* 7, 679, cit. nach: Frambach, Ludwig (2006)

*Fuhr, Reinhard; Gremmler - Fuhr, Martina (1995):* Gestalt - Ansatz. Grundkonzepte und -modelle aus neuer Perspektive. Köln: Ed. Humanist. Psychologie; Köln: Moll und Eckhardt

*Fuhr, Reinhard; Streckovic, Milan; Gremmler - Fuhr, Martina (1999) (Hg.):* *Handbuch der Gestalttherapie.* Göttingen: Hogrefe

*Gergely, G. (1995):* The role of parental mirroring of affects in early psychic structuration. Vortrag auf der 5. IPV - Konferenz zur psychoanalytischen Forschung. London, cit. nach: *Streeck, Ulrich (2000) (Hg.):* *Erinnern, Agieren und Inszenieren. Enactments und szenische Darstellungen im therapeutischen Prozeß.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

*Gergely, G.; Watson, J. (1996):* The social biofeedback theory of parental affect-mirroring: The development of emotional self - awareness and self - control in infancy. *International Journal of Psychoanalysis* 77: 1181 - 1212, cit. nach: *Streeck, Ulrich (2000) (Hg.):* *Erinnern, Agieren und Inszenieren. Enactments und szenische Darstellungen im therapeutischen Prozeß.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

*Gontard, Alexander von (2007): Theorie und Praxis der Sandspieltherapie. Ein Handbuch aus kinderpsychiatrischer und analytischer Sicht. Stuttgart: Kohlhammer*

*Herles, Diethart (2004): Tasten - Wissen - Denken: Die Bedeutung sinnlicher Erfahrung im Spiegel neuerer Gehirnforschung. in: Therapeutische und pädagogische Möglichkeiten mit Ton. Dokumentation zum 7. Symposium zur Fortbildung für Pädagogen, Therapeuten und Töpfer. Klingenmünster: kalkspatz e. V. (Hg.), 32 - 43*

*Hochgerner, Markus; Hoffmann - Widhalm, Herta; Nausner Liselotte; Wildberger Elisabeth,(2004) (Hg.): Gestalttherapie. Wien: Facultas*

*Hoppe, K. (1989): Zur gegenwärtigen Alexithymie - Forschung. Psyche 43: 1029 - 1043, cit. nach: Streeck, Ulrich (2000) (Hg.): Erinnern, Agieren und Inszenieren. Enactments und szenische Darstellungen im therapeutischen Prozeß. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht*

*Hutterer - Krisch, Renate; Luif, Ingeborg; Baumgartner, Gertrud (1999) (Hg.): Neue Entwicklungen in der Integrativen Gestalttherapie. Wiener Beiträge zum Theorie - Praxis - Bezug. Wien: Facultas*

*Jung, Carl Gustav (1962): Erinnerungen, Träume und Gedanken. Zürich / Stuttgart: Rascher*

*Jung, Carl Gustav : Die Archetypen und das kollektive Unbewusste. GW 9.Olten: Walter 1976 b, cit. nach: Kerndler Maria, in: Zeitschrift für Sandspiel - Therapie : Heft 24, Verlag Linde von Keyserlingk, Münsingen-Apfelstetten (Hg.) (2008) , 22 - 23*

*Jung, Carl Gustav (2004), 11. Auflage: Archetypen. München: DTV*

*Kalff, Dora M., (2000), 4. Auflage: Sandspiel. Seine therapeutische Wirkung auf die Psyche. München: E. Reinhardt*

*Katz - Bernstein Nitza (2007) 2. Auflage: Selektiver Mutismus bei Kindern. München: E. Reinhardt*

*Katz - Bernstein Nitza, Zaepfel Helmut*: Ali und sein Schweigen. in: *Hochgerner, Markus; Hoffmann - Widhalm, Herta; Nausner Liselotte; Wildberger Elisabeth*, (2004) (Hg.): Gestalttherapie. Wien: Facultas, 379 - 390

*Klein, Melanie (1932)*: The Psycho - Analysis of Children, Rev. ed. London (Hogarth Press and the Institute of Psycho - Analysis) 1949. Deutsch: Die Psychoanalyse des Kindes, Wien (Int. Psychoanal. Verlag) 1934.

*Krause, R.* (1997): Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre. Bd. 1: Grundlagen. Stuttgart, cit. nach: *Streeck, Ulrich* (2000) (Hg.): *Erinnern, Agieren und Inszenieren. Enactments und szenische Darstellungen im therapeutischen Prozeß.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

*Krause, R.* (1998): Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre. Bd. 2: Modelle. Stuttgart, cit. nach: *Streeck, Ulrich* (2000) (Hg.): *Erinnern, Agieren und Inszenieren. Enactments und szenische Darstellungen im therapeutischen Prozeß.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

*Leontjew, A. N.* (1977): Tätigkeit, Bewußtsein, Persönlichkeit. Stuttgart: Klett, cit. nach: *Oerter, Rolf* (1999): *Psychologie des Spiels.* Weinheim: Beltz

*Lichtenberg, J.* (1983): *Psychoanalyse und Säuglingsforschung.* Berlin 1991, cit. nach: *Streeck, Ulrich* (2000) (Hg.): *Erinnern, Agieren und Inszenieren. Enactments und szenische Darstellungen im therapeutischen Prozeß.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

*Lindner Walter* (2004): *Das Integrative Sandspiel: Seminarunterlagen*

*Lobb, Margherita Spagnuolo; Amendt - Lyon, Nancy* (2006) (Hg.): *Die Kunst der Gestalttherapie. Eine schöpferische Wechselbeziehung.* Wien: Springer

*Lowenfeld, Margaret* (1935): *Play in Childhood,* Bath (Cedric Chivers) 1969, cit. nach: *Mitchell, Rie Rogers; Friedman, Harriet S.* (1997): *Konzepte und Anwendungen des Sandspiels.* München: E. Reinhardt

*Lowenfeld, Margaret* (1948a) (Hg.): *On the Psychotherapy of Children*. E. T. Heron & Co. Ltd., London, cit. nach: *Mitchell, Rie Rogers; Friedman, Harriet S.* (1997): *Konzepte und Anwendungen des Sandspiels*. München: E. Reinhardt

*Lowenfeld, Margaret* (1979): *The World Technique*. Georges Allen & Unwin, London, cit. nach: *Mitchell, Rie Rogers; Friedman, Harriet S.* (1997): *Konzepte und Anwendungen des Sandspiels*. München: E. Reinhardt

*Mitchell, Rie Rogers; Friedman, Harriet S.* (1997): *Konzepte und Anwendungen des Sandspiels*. München: E. Reinhardt

*Maar Christa / Obrist, Hans Ulrich / Pöppel, Hans* (Hg.) (2000): *Weltwissen, Wissenswelt. Das globale Netz von Text und Bild*. Köln

*Müller, Bertram* (1999): Ein kategorisches Modell gestalttherapeutischer Diagnostik in: *Fuhr, Reinhard; Streckovic, Milan; Gremmler - Fuhr, Martina* (1999) (Hg.): *Handbuch der Gestalttherapie*. Göttingen: Hogrefe, 647 - 671

*Nakamuras J., Csikszentmihalyi M.* (2001): *Catalytic creativity: The Linus Pauling case*. *American Psychologist* 56 (4): 337

*Neumann, Erich* (1973): *The Child*. C.G. Jung Foundation for Analytical Psychology, Inc. New York, cit. nach: *Mitchell, Rie Rogers; Friedman, Harriet S.* (1997): *Konzepte und Anwendungen des Sandspiels*. München: E. Reinhardt

*Oertler, Rolf* (1999): *Psychologie des Spiels*. Weinheim: Beltz

*Pally, R.* (1998): *Emotional processing: The mind - body connection*. *International Journal of Psychoanalysis* 79:349-362, cit. nach: *Streeck, Ulrich* (2000) (Hg.): *Erinnern, Agieren und Inszenieren. Enactments und szenische Darstellungen im therapeutischen Prozeß*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

*Perls, Frederick S.; Hefferline, Ralph F.; Goodman, Paul* (1991) 5.Auflage: *Gestalt - Therapie. Lebensfreude und Persönlichkeitsentfaltung*. Stuttgart: Klett - Cotta

*Petzold, Hilarion; Orth, Ilse* (1991) (Hg.), 2. Auflage: Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie. Band I + II, Paderborn: Junfermann

*Pöppel, Ernst*: Drei Welten des Wissens – Koordinaten der Wissenswelt. In: *Maar Christa / Obrist, Hans Ulrich / Pöppel, Hans* (Hg.) (2000): Weltwissen, Wissenswelt. Das globale Netz von Text und Bild. Köln, 21 - 39

*Rahm, Dorothea; Otte, Hilka; Bosse, Susanne; Ruhe - Hollenbach, Hannelore* (1999), 4. Auflage: Einführung in die Integrative Therapie. Grundlagen und Praxis. Paderborn: Junfermann

*Rausch, E.* (1966): Das Eigenschaftsproblem in der Gestalttheorie der Wahrnehmung. In: *Metzger W.* (Hg.): Handbuch der Psychologie, Bd. 1, 904 ff. Hogrefe, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle cit. nach: *Amendt - Lyon, Inge Bolen, Katleen Höll* (2004) : Konzepte der Gestalttherapie

*Rogers, Carl R.* in: *Petzold, Hilarion; Orth, Ilse* (1991) (Hg.), 2. Auflage: Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie. Band I + II, Paderborn: Junfermann, 241

*Reddemann, Luise* (2001), 2. Auflage: Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta

*Rudolf, Gerd* (2008), 2. Auflage: Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen. Stuttgart: Schattauer

*Schwarzmann M., Hochgerner, M.* (2000): Seinsangst oder mangelnde Daseinsgewissheit. Psychotherapieforum. 8, 4, 137 - 147

*Schwarzmann M., Hochgerner, M.* (2004): Psychosomatik in der Integrativen Gestalttherapie in: *Hochgerner, Markus; Hoffmann - Widhalm, Herta; Nausner Liselotte; Wildberger Elisabeth*, (2004) (Hg.): Gestalttherapie. Wien: Facultas, 307 - 330

*Sichera, Antonio* (2006): Therapie, eine Sache der Ästhetik: Kreativität, Träume und Kunst in Gestalttherapie (PHG) in: *Lobb, Margherita Spagnuolo; Amendt-Lyon, Nancy* (2006) (Hg.): Die Kunst der Gestalttherapie. Eine schöpferische Wechselbeziehung. Wien: Springer, 109 -116

*Staemmler, Frank - M.* unter Mitarbeit von *Bock, Werner* (1999): Verstehen und Verändern - Dialogisch - prozessuale Diagnostik in: *Fuhr, Reinhard; Streckovic, Milan; Gremmler - Fuhr, Martina* (1999) (Hg.): Handbuch der Gestalttherapie. Göttingen: Hogrefe , 673 - 687

*Stein, Murray* (2000): C.G. Jungs Landkarte der Seele. Eine Einführung. Düsseldorf: Walter

*Stern, Daniel* (1998): Die Mutterschaftskonstellation. Eine vergleichende Darstellung verschiedener Formen der Mutter - Kind - Psychotherapie. Stuttgart: Klett - Cotta, cit. nach: *Welzer, Harald* (2008), 2. Auflage: Das kommunikative Gedächtnis. Eine Theorie der Erinnerung. München: C.H. Beck oHG

*Streeck, Ulrich* (2000) (Hg.): Erinnern, Agieren und Inszenieren. Enactments und szenische Darstellungen im therapeutischen Prozeß. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

*Sperry, Roger* (1985): Naturwissenschaft und Wertentscheidung. München, Zürich

*Target ,M.; Fonagy, P.* (1996): Playing with reality: II. The development of psychic reality from a theoretical perspective. International Joernal of Psychoanalysis 77: 459 - 479, cit. nach: *Streeck, Ulrich* (2000) (Hg.): Erinnern, Agieren und Inszenieren. Enactments und szenische Darstellungen im therapeutischen Prozeß. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

*Tomasello, Michael* (2006) : Die kulturelle Entwicklung des menschlichen Denkens. Frankfurt am Main. Suhrkamp



*Wells, H.G. (1895): The Time Machine: An Invention. Heinemann, London, cit. nach: Mitchell, Rie Rogers; Friedman, Harriet S. (1997): Konzepte und Anwendungen des Sandspiels. München: E. Reinhardt*

*Wells, H.G. (1895): The War of the Worlds. Heinemann, London, cit. nach: Mitchell, Rie Rogers; Friedman, Harriet S. (1997): Konzepte und Anwendungen des Sandspiels. München: E. Reinhardt*

*Wells, H.G. (1911a): Floor Games. Palmer, London. Neuauflage (1976) Arno Press, New York, cit. nach: Mitchell, Rie Rogers; Friedman, Harriet S. (1997): Konzepte und Anwendungen des Sandspiels. München: E. Reinhardt*

*Welzer, Harald (2008), 2. Auflage: Das kommunikative Gedächtnis. Eine Theorie der Erinnerung. München: C.H. Beck oHG*

*Wielander, Claudia (2000): wachsen an der töpferscheibe: Töpfern an der Scheibe: Behandlungsmöglichkeit von Menschen mit Ich - struktureller früher Schädigung (Frühstörung, Autismus, Borderline). Göfis: Graduierungsarbeit für die Fachsektion integrative Gestalttherapie im ÖAGG*

*Wielander, Claudia (2002): Ton in der Therapie. Unser „Innen“ benötigt Struktur um sich kreativ auszudrücken. Differenzierungen zum Einsatz des Material Tons in Therapie, Pädagogik, Kunst und Keramik / Töpferei. in: Töpferblatt des kalkspatz e. V., 2002 - 1, (Hg), 21-26*

*Wielander Claudia (17. / 18.4.2009): Mitschrift der Lehrveranstaltung: Spielen: Katz-Bernstein, Nitz: Universitätslehrgangs der Donau - Uni - Krems: Psychotherapie (Master of Science) - Integrativer Gestalttherapie Upgrade 2*

*Winnicott, Donald W. (2006), 11. Auflage: Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart: Klett - Cotta*

*Wygotsky, L.* (1986): Denken und Sprechen. Fischer, Frankfurt am Main, cit. nach: *Katz - Bernstein, Nitza* (2007) 2. Auflage: Selektiver Mutismus bei Kindern. München: E. Reinhardt

*Zollinger, B.* (1995): Die Entdeckung der Sprache. Haupt, Bern, cit. nach: *Katz - Bernstein, Nitza* (2007) 2. Auflage: Selektiver Mutismus bei Kindern. München: E. Reinhardt

## INDEX

- 
- <sup>i</sup> OPD: Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik, Manual für Diagnostik (OPD-2: und Therapieplanung).
- <sup>ii</sup> Katathymes Bilderleben
- <sup>iii</sup> Mentalisierung: „Mentalisation bezeichnet die Fähigkeit, Sprache zu entwickeln (Zollinger, B. 1995), über sich nachzudenken und mit weiteren Personen zu kommunizieren (Fonagy, P. 1996).“ (Vgl. Nitza Katz - Bernstein, 2007, 42) Also ist die Fähigkeit zur Mentalisierung die Fähigkeit des Erkennens unterschiedlicher Perspektiven.
- <sup>iv</sup> Skripts: kulturell standardisiertes, schematisches „Drehbuch“ für Handlungsabläufe. (Vgl. Oerter, 1999, 69) Bsp.: „...Tätigkeiten des Kochens, Fütterns, Badens, Zu - Bett - Bringens...“ (ibid, 1999, 69)
- <sup>v</sup> Subjektive Valenz: „ [...] besitzt ein Gegenstand dann, wenn er die Handlung des Akteurs voll an sich bindet, das Subjekt gewissermaßen vollkommen in Beschlag nimmt.“ (Oerter, 1999, 26) Gegenstand besitzt subjektiven Wert.
- <sup>vi</sup> Objektive Valenz: „ [...] erhält ein Gegenstand aufgrund der in ihm unabhängig von subjektiven Deutungen steckenden Handlungsmöglichkeiten.“ (Oerter, 1999, 31)
- <sup>vii</sup> „Die ICD - 10 ist ein internationales Klassifikationssystem der Vereinten Nationen. Das DSM IV muss daher nicht die zahlreichen Kompromisse und Ergänzungen der ICD - 10 berücksichtigen und beinhaltet speziellere und genauere diagnostische Kriterien. Das macht es für die Forschung sehr interessant. Die ICD - 10 hingegen setzt ihren Schwerpunkt intensiver auf die interkulturelle Perspektive und die Anwendbarkeit vor allem auch in den Ländern der Dritten Welt. DSM - IV berücksichtigt im Gegensatz zur ICD - 10 geschlechtsspezifische Unterschiede. [...]“ (Wikipedia,[http://de.wikipedia.org/wiki/Diagnostic\\_and\\_Statistical\\_Manual\\_of\\_Mental\\_Disorders](http://de.wikipedia.org/wiki/Diagnostic_and_Statistical_Manual_of_Mental_Disorders) [23.11.2009] )
- <sup>viii</sup> „Das [DSM IV] Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen) ist ein Klassifikationssystem der American Psychiatric Association [...], die diese das erste Mal 1952 in den herausgegeben hat. Seither gibt es auch Ausgaben in anderen Ländern. Seit 1996 beispielsweise gibt es die deutsche Publikation des DSM-IV. Aktuell liegt die Version DSM-IV (DSM-IV-TR) vor (Stand: März 2007). Der Inhalt des DSM wird von Experten festgelegt, um Diagnosen reproduzierbar zu gestalten. Die Klassifikation wurde erstellt, um die Diagnose und Heilung zu erleichtern, weswegen die Nomenklatur heute in Kliniken und Versicherungsgesellschaften gebräuchlich ist. [...] Das DSM - IV ist ein Ersatz und/oder eine Ergänzung für die jeweiligen Passagen im ICD 10. [...] Das DSM - IV ist ein nationales Klassifikationssystem der Vereinigten Staaten von Amerika.“ (Wikipedia,[http://de.wikipedia.org/wiki/Diagnostic\\_and\\_Statistical\\_Manual\\_of\\_Mental\\_Disorders](http://de.wikipedia.org/wiki/Diagnostic_and_Statistical_Manual_of_Mental_Disorders)) [17.10.2009]
- <sup>ix</sup> GAF - Skala ist eine psychologische Skala zur Erfassung des allgemeinen Funktionsniveaus einer Person. „Die psychischen, sozialen und beruflichen Funktionen werden dabei auf einem hypothetischen Kontinuum von

---

psychischer Gesundheit bis Krankheit gedacht.“ (Arbeitskreis OPD-2, 2007, 151)

Die Skala entspricht der Achse V des DSM - IV. Der Zeitraum der Beurteilung im OPD bezieht sich auf die letzten 7 Tage. (Vgl. *ibid.*, 150 - 151)

x Hochgerner, M. und Schwarzmann, M. differenzieren das Strukturniveau „gering integriert“ in mangelnde Selbst- und mangelnde Daseinsgewissheit. (Vgl. beide, 2000, 137 - 147)

xi Narzistisches Niveau bei gering integriertem Strukturniveau. (Vgl. Hochgerner, M. und Schwarzmann, M., 2000, 137 - 147)