

Rückmeldungen geben und annehmen lernen:

Eine Reflexion über die Kombination

von gestalttherapeutischen Techniken

mit der strukturbezogenen Psychotherapie

Master Thesis zur Erlangung des akademischen Grades
Master of Science (Psychotherapie)
im Universitätslehrgang
Psychotherapie
Fachspezifikum – Integrative Gestalttherapie

von

Mag.^a Astrid Kaufitsch

Klagenfurt

Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit
an der Donau-Universität Krems

Klagenfurt, am 18. September 2013

Inhaltsverzeichnis

1	Einführung	4
2	Konkrete Fragestellung	6
3	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik, Strukturbezogene Psychotherapie und Integrative Gestalttherapie	8
3.1	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik	8
3.2	Verknüpfung der Integrativen Gestalttherapie mit strukturellen Schädigungen	13
3.3	Operationalisierter Psychodynamischer Diagnostik und Strukturbezogener Psychotherapie	14
3.4	Therapeutische Haltungen nach Rudolf	15
3.5	Integrative Gestalttherapie	17
4	Rückmeldungen	24
4.1	Rückmeldungen bzw. Feedback in der Integrativen Gestalttherapie	24
4.2	Begriff „Feedback“	25
4.3	Arten von Feedback bzw. Rückmeldungen	27
4.4	Rahmenbedingungen	30
4.5	Indikationen für Rückmeldungen	32
5.	Angemessene Rückmeldungen auf verschiedenen Strukturniveaus	33
5.1	Personen auf desintegriertem Strukturniveau	40
5.2	Personen auf gering integriertem Strukturniveau	53
5.3	Personen auf mäßig integriertem Strukturniveau	67
5.4	Personen auf gut integriertem Strukturniveau	79

6. Resümee über die Kombination von gestalttherapeutischen Techniken mit der strukturbezogenen Psychotherapie bezogen auf die Auswahl von Rückmeldungsformen	87
6.1 Was kann die OPD bei der Auswahl von Rückmeldetechniken in die Integrative Gestalttherapie einbringen?	87
6.2 Was kann die Strukturbezogene Psychotherapie bei der Auswahl von Rückmeldetechniken in die Integrative Gestalttherapie einbringen?	89
6.3 Was bringt die Integrative Gestalttherapie in Zusammenhang mit Rückmeldungen?	89
6.4 Weiterführende Überlegungen	90
7. Literaturverzeichnis	96
8. Abbildungsverzeichnis	101

1 Einführung

Im Rahmen der Selbsterfahrungsseminare habe ich bei Herrn Markus Hochgerner MMSc. und Frau Dr.ⁱⁿ Ulla Dilltsch verschiedene Rückmeldungsmöglichkeiten und Feed back Varianten kennenlernen dürfen.

Mir persönlich haben diese Interventionstechniken sehr viel gebracht. Aufgrund dessen bezog ich Rückmeldungen in therapeutische Gespräche mit ein. Ich erzielte damit jedoch nicht immer die Wirkung, die ich mir davon erhofft hatte.

Bei manchen Personen prallten sowohl positive als auch negative Rückmeldungen ab, als wäre nie etwas gesagt worden. Es kam zu Reaktionen wie Blicken, die komplettes Unverständnis signalisierten oder teilnahmslose bis lethargische Antworten.

Nachdem sich Personen mehrmals in der besagten Weise verhielten, begann ich zu beobachten, ob die betreffenden Personen auf positive und negative Rückmeldungen von anderen in der gleichen, scheinbar unbeteiligten Art reagierten. Da die Reaktionen auf andere Therapeutinnen und Betreuerinnen tatsächlich ähnlich ausfielen, schloss ich ein persönliches Problem mit meiner Person oder mit meiner Vorgangsweise aus.

Zu dem besagten Zeitpunkt war ich in verschiedenen Bereichen tätig:

- im Therapiezentrum Weidenhof, sozialpädagogisch – therapeutische und psychotherapeutische Wohngemeinschaft (<http://www.therapie-weidenhof.at>)
- bei der auxilior netzwerk-sozialbetreuung GmbH in der Familienintensivbetreuung (<http://www.auxilior.at/Betreuungsangebot.htm>) und
- in privater Praxis.

Zuerst fiel mir diese Reaktionsweise bei mehreren jungen Frauen im Therapiezentrum Weidenhof auf. Später bemerkte ich, dass auch Mütter im Rahmen der Familienintensivbetreuung ähnlich reagierten, die meisten Personen in privater Praxis jedoch nicht.

Daraufhin begann ich mich für die Ursache dieses Phänomens zu interessieren.

Während des Ausbildungsseminars *„Arbeit mit strukturellen Schädigungen in der Integrativen Gestalttherapie“* unter der Leitung von Herrn Hochgerner MMsc. und Mag.^a Klampfl Msc. wurde die *„Operationalisierte Diagnostik OPD-2“* (2006) und die *„therapeutischen Haltungen“* von Rudolf (2006) vorgetragen.

In der *„Strukturachse“* der OPD-2 fand ich, eine kompakte Beschreibung von verschiedenen Verhaltensmustern und entsprechende Behandlungsempfehlungen für Personen, die strukturelle Schädigungen aufweisen, die in der *„Strukturbezogenen Psychotherapie“* von Rudolf in Form der *„therapeutischen Haltungen“* noch konkretisiert werden.

2 Konkrete Fragestellung

In dieser Arbeit wird untersucht, inwiefern es Sinn macht, die therapeutischen Haltungen der Strukturbezogenen Psychotherapie von Rudolf, die auf den Annahmen der Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) basieren, für die Auswahl von gestalttherapeutischen Rückmeldungstechniken zu nutzen.

Diese Fragestellung bezieht sich also auf die Anwendung von gestalttherapeutischen Interventionstechniken.

In der Integrativen Gestalttherapie werden bereits verschiedenste Rückmeldungstechniken angewendet. Zur Auswahl von Interventionstechniken wurden vorwiegend themenspezifische Kriterien genutzt. Über lange Zeit vernachlässigte die klassische Gestalttherapie die wissenschaftliche Theoriebildung (vgl. Petzold, 1994, S. 19ff).

Anhand von Fallbeispielen wird dargestellt, was die unterschiedlichen Strukturniveaus konkret ausmachen und welche therapeutische Haltung Rudolf für das entsprechende Strukturniveau empfehlen würde. Im Anschluss wird gezeigt, welche Konsequenzen diese Überlegungen für die Auswahl einer integrativ gestalttherapeutischen Interventionstechnik ergeben.

Diese Fragestellung befasst sich vorwiegend mit Interventionslehre in Zusammenhang mit Krankheits- und Gesundheitslehre (vgl. Abbildung 1).

Die Strukturachse der OPD bietet neue Gesichtspunkte zur Beschreibung von Störungsbildern bzw. Begabungsprofilen an und ist somit als eine Gesundheits- bzw. Krankheitslehre anzusehen. Da es der klassischen Gestalttherapie an einer Krankheitslehre fehlt (Petzold, 1994, S. 36), könnte insbesondere die Strukturachse der OPD diese Lücke - im Sinne einer „*integrativen Orientierung*“ (Petzold, 1993, S. 762) - füllen.

Die Strukturbezogene Psychotherapie stellt ein Behandlungskonzept für diese neuentdeckten „*strukturellen Störungen*“ dar und hätte der integrativen Gestalttherapie mit dem Konzept der „*therapeutischen Haltungen*“ eine Ergänzung zur Interventionslehre zur Verfügung stellen.

„Tree of science“ von Petzold

Metatheorien (metatheories, large range theories)	Klinische Theorien (reality explaining theories, middle range theories)	Praxeologie (praxeology, small range theories)	Praxis (practice, concrete interventions with varying range)
Ontologie	Allgemeine Theorie der Therapie	Prozesstheorie	
Erkenntnistheorie	Entwicklungstheorie	Methodenlehre	mindestens
Wissenschaftstheorie	Persönlichkeitstheorie	Interventionslehre	„dyadische Therapie“
Anthropologie Gesellschaftstheorie	Krankheits- und Gesundheitslehre		
Ethik			

Abb.1: „Tree of science“ (vgl. Petzold, 2009; Fuhr & Sreckovic & Gremmler, 2006)

Um die oben genannten Fragestellungen zu klären, werden zuerst die grundlegenden Konzepte, Begriffe und Zusammenhänge erläutert:

Nach einem kurzen Überblick über die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD-2), den Zusammenhang zu der Strukturbezogenen Psychotherapie und den therapeutischen Haltungen von Rudolf, wird Bezug genommen auf die Anknüpfungspunkte und Gemeinsamkeiten mit der Integrativen Gestalttherapie.

Es folgt eine Präzisierung der Begriffe *Rückmeldung* sowie *Feedback* und eine Darstellung der unterschiedlichen Rückmeldungstechniken.

Danach werden die einzelnen Strukturniveaus näher beschrieben und nach passenden, angemessenen gestalttherapeutischen Rückmeldungstechniken gesucht.

Abschließend wird ein Resümee über den Nutzen der kombinatorischen Anwendung von gestalttherapeutischen Techniken mit der strukturbezogenen Psychotherapie bezogen auf die Auswahl von Rückmeldungsformen gezogen.

3 Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik, Strukturbezogene Psychotherapie und Integrative Gestalttherapie

Nach einem kurzen Abriss über den Aufbau der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD bzw. OPD-2), wird die Anwendung der Strukturachse in der Integrative Gestalttherapie diskutiert. Darüber hinaus wird gezeigt, wie die Strukturachse der OPD mit der Strukturbezogenen Psychotherapie von Rudolf (2006) in Zusammenhang stehen.

Es folgt eine kurze Darstellung der therapeutischen Haltungen in der strukturbezogenen Psychotherapie nach Rudolf. Anschließend wird dargestellt, welche typischen gestalttherapeutischen Vorgehensweisen es nach Richter (2011) gibt bzw. wie die „*Vier Wege der Heilung und Förderung*“ nach Petzold (2000) aussehen.

Daraus wird abgeleitet, welche Gemeinsamkeiten die typische Vorgehensweisen in der Integrativen Gestalttherapie und die therapeutischen Haltungen der Strukturbezogenen Psychotherapie aufweisen.

3.1 Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik

Gemeinsam mit anderen Forschern entwickelte Rudolf die „*Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik*“, abkürzt: OPD.

Rudolf vertritt die Auffassung, dass Psychotherapie nicht im Forschungslabor untersucht werden sollte, sondern direkt in der Praxis und zwar so, wie sie praktiziert und nicht wie sie in einem Handbuch beschrieben wird. (vgl. Petzold et.al 2000, S. 16)

Mit der OPD sollte eine einheitliche Definition von Störungen geschaffen werden, um diese Untersuchungsergebnisse besser miteinander vergleichen und verknüpfen zu können.

Außerdem wollte der Arbeitskreis OPD mit der Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik ein Diagnoseverfahren entwickeln, das nicht nur Symptome auflistet, sondern eine umfassendere Darstellung einer Person ermöglicht. Darum wurden

auch Ressourcen und vorhandene Fähigkeiten miteinbezogen. Die Beschreibung basiert auf einem 5- Achsenmodell:

Achse 1: Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen

(Arbeitskreis OPD, 2006, S. 61ff)

Auf dieser Achse werden der Schweregrad somatischer und psychischer Befunde, Rahmenbedingungen der Behandlung, Behandlungserwartungen und -motivation, Leidensdruck, Krankheitseinsicht, sekundärer Krankheitsgewinn und die persönlichen und sozialen Ressourcen.

Achse 2: Beziehung

(Arbeitskreis OPD, 2006, S. 82ff)

Die Beziehungssachse gibt Aufschluss darüber, wie *„ein Mensch seine Beziehungen zu anderen lebt und erlebt“* (Arbeitskreis OPD, S. 82). Informationen darüber werden aus folgenden Quellen gewonnen:

- Wie beschreibt die Person ihr eigenes Beziehungsverhalten?
- Wie nimmt die Person das Beziehungsverhalten von Interaktionspartnerinnen wahr?
- Wie erleben andere (auch die UntersucherInnen) die Person?
- Wie erleben andere (auch die UntersucherInnen) sich gegenüber der Person?

Es werden explizit Informationen aus der Gegenübertragung verwendet. Das üblicherweise praktizierte Beziehungsverhalten soll auf diese Weise besser fassbar und die *„Dysfunktionalität und die Stabilität des Beziehungsmusters“* (Arbeitskreis OPD, 2006, S. 92) erklärbar werden.

Achse 3: Konflikt

(Arbeitskreis OPD, 2006, S. 95ff)

Diese Achse beschreibt die Person in Bezug auf die folgenden *„zeitlich überdauernden Konflikte“* (Arbeitsgruppe OPD, 2006, S. 111):

1. Individuation versus Abhängigkeit,
2. Unterwerfung versus Kontrolle,
3. Versorgung versus Autarkie,
4. Selbstwertkonflikt,
5. Schuldkonflikt,
6. Ödipaler Konflikt,
7. Identitätskonflikt (Identität versus Dissonanz).

Achse 4: Struktur

(Arbeitskreis OPD, 2006, S. 113ff)

Mit dem Begriff „*Struktur*“ ist das gesamte „*Gefüge von psychischen Dispositionen*“ gemeint. Struktur beschreibt den regelhaft, sich wiederholenden Ablauf im Erleben und Verhalten von Menschen, der sich über einen längeren Zeitraum hinweg ergeben hat, aber nicht starr und unabänderlich ist (vgl. Arbeitskreis OPD, 2006, S. 114).

In der OPD wird die Struktur anhand von 4 Dimensionen beschrieben (Arbeitskreis OPD, 2006, S. 188):

1. Selbstwahrnehmung und Objektwahrnehmung,
2. Steuerung des Selbst und der Beziehungen,
3. Emotionale Kommunikation nach innen und außen und
4. die innere Bindung und äußere Beziehung

Probleme, die bei strukturellen Störungen und Defiziten auftreten, können

- (1) auf das Selbst (z.B. Selbstbild, Selbstwert, Selbstfürsorge) und / oder
- (2) auf die Objektwelt (Selbst-Objekt Differenzierung, Empathie, Affektausdruck)

bezogen sein.

Um den Entwicklungsgrad dieser psychischen Funktionen zu beschreiben, wird in der OPD folgende 4-stufige Graduierung vorgenommen (Arbeitskreis OPD, 2006, S. 120):

- Gutes strukturelles Integrationsniveau
- Mäßiges strukturelles Integrationsniveau
- Geringes strukturelles Integrationsniveau
- desintegriertes strukturelles Integrationsniveau

Diese Graduierung wird in der Abbildung 2 näher erläutert.

Tabelle 4-12: Kriterien für die Einschätzung des Strukturniveaus

①	gut integriert	Relativ autonomes Selbst; strukturierter psychischer Binnenraum, in dem sich intrapsychische Konflikte abspielen können; Fähigkeit zur Selbstreflexion und realitätsgerechten Wahrnehmung des anderen; Fähigkeit zur Selbststeuerung; Empathiefähigkeit; ausreichend gute innere Objekte; zentrale Angst: die Zuneigung des Objekts zu verlieren.
	1,5	gut bis mäßig.
②	mäßig int.	Die intrapsychischen Konflikte sind destruktiver; selbstentwertende und autodestruktive Tendenzen; Schwierigkeit, Selbstbild und Identität zu gewinnen; Übersteuerung und eingeschränkte Selbstwertregulierung; Objektbilder sind auf wenige Muster eingeeengt; wenig empathiefähig; dyadische Beziehungen sind vorherrschend; zentrale Angst: das wichtige Objekt zu verlieren.
	2,5	mäßig bis gering
③	gering integriert	Wenig entwickelter psychischer Binnenraum und geringe Differenzierung psychischer Substrukturen; Konflikte sind interpersonell statt intrapsychisch; Selbstreflexion fehlt; Identitätsdiffusion; Intoleranz für negative Affekte; Impulsdurchbrüche und große Kränkbarkeit; Abwehr: Spaltung, Idealisierung, Entwertung; fehlende Empathie und eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit; innere Objekte sind vorwiegend verfolgend und strafend; zentrale Angst: Zerstörung des Selbst durch den Verlust des guten Objekts oder durch das böse Objekt
	3,5	gering bis desintegriert
④	desintegriert	Die fehlende Kohärenz des Selbst und die überflutende Emotionalität werden durch Abwehrmuster im Sinne postpsychotischer, posttraumatischer, perverser Organisationsformen überdeckt. Selbst- und Objektbilder erscheinen konfundiert. Empathisches Objektwahrnehmen so gut wie unmöglich. Verantwortung für eigenes impulsives Handeln wird nicht erlebt (die Dinge geschehen einfach). Zentrale Angst: symbiotische Verschmelzung von Selbst und Objektrepräsentanzen mit der Folge des Selbstverlustes.

Abbildung 2: Kriterien für die Einschätzung des Strukturniveaus (Arbeitskreis OPD 2006, S. 258)

Meistens ist das Strukturniveau in verschiedenen Bereichen unterschiedlich ausgeprägt. Selten ist es möglich, durchgängig und eindeutig ein Strukturniveau zu bestimmen. Der Grad des Strukturniveaus schwankt auch immer wieder.¹

Achse 5: psychische und psychosomatische Störungen

nach ICD 10 bzw. DSM IV

(Arbeitskreis OPD, 2006, S. 36)

¹ Detaillierte Angaben zur Beurteilung der Strukturachse sind im OPD-2 auf den Seiten 255 – 280 und 432- 440 zu finden.

3.2 Verknüpfung der Integrativen Gestalttherapie mit strukturellen Schädigungen

Im Rahmen der Gestalttherapie wurden noch keine bekannten, eigenständigen Versuche zur Erklärung von strukturellen Schädigungen unternommen.

Salem (2004, S. 289ff) beschreibt die Vor- und Nachteile der verschiedenen psychodynamischen Ansätze zur Erklärung und Diagnose von strukturellen Schädigungen, auf die ich in diesem Zusammenhang nicht näher eingehen möchte.

Voitsmeier (1998, S. 5) vertritt die Auffassung, dass insbesondere die Strukturachse der OPD zur Diagnostik von strukturellen Störungen heran gezogen werden sollte. Die dargestellten Dimensionen stellen eine sinnvolle Ergänzung zur Beschreibung von psychischen Vorgängen in der Integrativen Gestalttherapie dar. Wie in den nächsten Kapiteln noch näher ausgeführt wird, kann von der Strukturachse der OPD und der Strukturbezogenen Psychotherapie von Rudolf (2006, S. 121ff) zudem schlüssig abgeleitet werden, warum Interventionstechniken für bestimmte Personengruppen sinnvoll erscheinen und weniger.

Der Krankheitsbegriff im OPD unterscheidet sich jedoch deutlich von der Auffassung der klassischen Gestalttherapie, in der „*Krankheit*“ als eine gesunde Reaktion auf die sozialen und gesellschaftlichen Umstände angesehen wird (vgl. Perls et al., 1991, S. 70 ff; Blankertz, 2000, S. 41ff; Hutterer-Krisch et. al. 1999, S. 22f). Im Vergleich dazu werden im Rahmen der OPD die einzelnen Phänomene vorwiegend in Bezug auf die Person und weniger auf ihr soziales Umfeld beschrieben.

Aus gestalttherapeutischer Sicht wäre es daher wünschenswert, wenn allgemein anerkannte Konzepte entwickelt werden, die soziale, gesellschaftliche, politische und andere Umweltbedingungen noch mehr in die Behandlung und Therapie miteinbeziehen würden. Ansonsten besteht die Gefahr, dass Psychotherapie zur Unterstützung bei der Stabilisierung des „*Fassaden-Ich des Identitätsarbeiters*“ (Daniel, 1981) verkommt.

3.3 Operationalisierter Psychodynamischer Diagnostik und Strukturbezogener Psychotherapie

Über Jahrzehnte hinweg arbeitete Rudolf als Leiter der Gruppe „*Struktur*“ an der Erstellung der „*Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik*“ (OPD) mit.

Rudolf befasste sich dazu sehr intensiv mit der Diagnostik von strukturellen Störungen.

Wie Kernberg (1985), Kohut (1976) und Mentzos (2009) hat auch Rudolf in der konkreten Arbeit mit Menschen, die strukturelle Störungen aufweisen, festgestellt, dass diese Personengruppe von den klassischen Techniken der Psychoanalyse nur in stark eingeschränkter Weise profitieren (vgl. Salem, 2004).

Rudolf fand die psychoanalytische Theorie zwar gut geeignet für die Therapie von konfliktneurotischen PatientInnen, aber nicht für PatientInnen mit tiefgreifenden Persönlichkeitsproblemen.

Auf diesen Erkenntnissen basierend entwickelte er einen neuen Zugang zur Behandlung von Menschen mit strukturellen Störungen: die „*Strukturbezogene Psychotherapie*“.

Rudolf übernimmt in der Strukturbezogenen Psychotherapie die Gliederung in die unterschiedlichen Strukturniveaus aus dem OPD (gut integriert, mäßig integriert, gering integriert, desintegriert) und setzt sie anstelle der Kernbergschen Organisationsniveaus (neurotisch, Borderline, psychotisch).

Er begründet die Entwicklung von Persönlichkeitsstrukturen auf Grundlage von Ergebnissen der aktuellen Säuglings- und Kleinkindforschung (insbesondere Aspekte der Emotionsregulierung).

Die psychotherapeutische Vorgangsweise leitet Rudolf von den jeweiligen strukturellen Möglichkeiten einer Person in der jeweiligen Entwicklungsphase ab. Darauf basierend entwickelt er die verschiedenen therapeutischen Haltungen zur Behandlung von PatientInnen auf den unterschiedlichen Strukturniveaus.

3.4 Therapeutische Haltungen nach Rudolf

Rudolf hat in der strukturbezogenen Psychotherapie drei verschiedene therapeutische Positionen / Haltungen unterschieden:

sich hinter die/den Patientin/en stellen, sich neben die/den Patienten stellen und sich neben die/den Patientin/en stellen (vgl. Rudolf, 2006, S. 122).

Sich hinter die/en Patientin/en stellen (vgl. Rudolf, 2006, S. 122)

Identifizierung:	die Sicht der/des Patientin/en teilen
Containing:	die Klage aufnehmen und emotional verarbeiten
Erbarmen:	Annehmen des fremden Leids
Hilfs-Ich:	Ich-Funktionen zur Verfügung stellen
Sorge:	Schaden vermeiden durch Vorsorgen
Unterstützung:	Hilfestellung als Mentor, Coach, Elternersatz

Zu Beginn der Therapie und / oder bei Menschen mit fehlender Daseinsgewissheit sollte sich die/der TherapeutIn voll und ganz hinter die/den PatientIn stellen. Die/der TherapeutIn unterstützt die/den PatientIn dabei, Eindrücke zu ordnen und stellt ihre/seine eigene Wahrnehmung und Emotionalität zur Verfügung.

Die Erfahrungen der/des PatientIn werden aus der gleichen Position betrachtet und somit mit der/dem PatientIn geteilt. Der PatientIn soll eine Solidaritätserfahrung vermittelt werden, die ihr/sein Ich stärkt.

Das bedeutet nicht, dass die/der TherapeutIn einfach nur mit der/dem PatientIn „mitschwimmen“ soll. Vielmehr geht es darum Antworten, Klärungen bzw. Differenzierungen an zu bieten und Interesse an der/dem PatientIn zu zeigen. Ziel ist es, der/dem PatientIn Geborgenheit zu vermitteln, gemeinsam mit der/dem TherapeutIn Ängste zu überwinden und die/den PatientIn gleichzeitig vor affektiver Überflutung zu schützen.

Sich neben die/en Patientin/en stellen (vgl. Rudolf, 2006, S. 122)

geteilte Aufmerksamkeit für die Situation der/des PatientIn

Aus dieser Position heraus betrachtet die/der TherapeutIn gemeinsam mit der/dem PatientIn von außen das Erleben und Tun der/des PatientIn. Die/der PatientIn stellt das Subjekt dar und die Umwelt das Objekt. Die/der TherapeutIn vermittelt zwischen den beiden und versucht ein ganzheitliches Bild entstehen zu lassen, indem Subjektives und Objektives gleichermaßen gelten. Auf diese Weise wird der/dem PatientIn eine mehrperspektivische Wirklichkeit ermöglicht.

Sich der/dem Patientin/en gegenüberstellen (vgl. Rudolf, 2006, S. 122)

Spiegelung: eigene Wahrnehmung zur Verfügung stellen; der/dem PatientIn ihr/sein Bild zurückgeben

Antwort: den PatientInnen die emotionale Resonanz der/des TherapeutIn sehen lassen

Alterität: das Anders-Sein des Gegenübers betonen

Konfrontation: mit Aspekten der Realität und eigenen Verantwortung

Gemeinsam versucht die/der TherapeutIn mit der/dem PatientIn, das Erleben und Verhalten der/des PatientIn wahrzunehmen, zu beschreiben und zu erklären. Nur wenn das Verhaltensmuster für die/den PatientIn verstehbar und als emotionale Antwort auf ihre lebensgeschichtlichen Erfahrungen akzeptiert wird, ist eine kritische Betrachtung und Auseinandersetzung mit Dysfunktionalem möglich.

Mit dieser therapeutischen Haltung werden die Objektdifferenzierung, die ganzheitliche Objektwahrnehmung und letztlich auch die Empathie gefördert. Die/der TherapeutIn gibt sich als abgegrenzte Person mit eigener Geschichte und eigenen Interessen zu erkennen, indem sie ihre Gegenübertragung in empathischer Weise einbringt.

3.5 Integrative Gestalttherapie

Im Folgenden werden zunächst zwei Typologien aus der Integrativen Gestalttherapie näher beschrieben, die im nächsten Abschnitt für den Vergleich mit den therapeutischen Haltungen von Rudolf heran gezogen werden.

Zur Veranschaulichung der typischen Vorgehensweise in der integrativen Gestalttherapie wird auf die „*Modalitäten der Gestaltarbeit*“ von Richter (2011) und die „*Vier Wegen der Heilung und Förderung*“ von Petzold (2000) Bezug genommen.

3.5.1 „*Modalitäten der Gestaltarbeit*“ von Richter

Richter unterscheidet zwischen 4 verschiedenen Modalitäten in der Gestaltarbeit (Richter, 2011, S. 114 - 115):

„*Übungszentriertes Vorgehen*“

Fähigkeiten und Fertigkeiten wie z.B. die Ausdrucksfähigkeit oder Bewusstheit sollen durch übungszentriertes Vorgehen verbessert werden, z.B. mit Hilfe von Wiederholungen, Steigerung des Schwierigkeitsgrades und Variationen der Übungen.

„*Erlebniszentriertes Vorgehen*“

Beim erlebniszentrierten Vorgehen steht, wie der Name schon vermuten lässt, das Erleben aller inneren und äußeren Vorgängen im Hier und Jetzt im Zentrum der Betrachtung. Richter bezieht sich in diesem Zusammenhang auf die Übungen von Stevens (1975) zur Schulung der Wahrnehmung. Die Bewusstseinslandkarte soll durch erlebnisaktivierende und erfahrungszentrierte Selbsterfahrung angereichert werden. Die typische Frage bei dieser Vorgangsweise lautet: „*Was fühlst du jetzt?*“

„*Konfliktzentriertes Vorgehen*“

Im Rahmen des konfliktzentrierten Vorgehens werden Blockaden, Reinszenierungen von frühen Störungen und Schädigungen bearbeitet. Es wird nach Lösungen für Konflikte und Quellenszenen gesucht. Dieser Schritt bildet das Kernstück der gestalttherapeutischen Arbeit.

Bsp. für Interventionen: „*Bleibe bei deinem Gefühl. Folge deinen Körperimpulsen.*“

Typische Fragen bei dieser Vorgangsweise sind z.B. *„Woher kennst du das Gefühl? Woran erinnert dich das?“*

„Nachnährendes Vorgehen“

„Nachnährendes Vorgehen“ im Sinne von *„Nachbeelterung“* eignet sich insbesondere zur Behandlung früher Störungen. Die/der TherapeutIn begleitet und verhält sich wie eine wichtige, frühe Bezugsperson. Aus dieser Position heraus ermöglicht sie/er positive Beziehungserfahrungen, die den Defiziten der Kindheit entgegen gesetzt werden sollen. Dazu werden mehr Nähe und Körperkontakt eingesetzt und zur Unterstützung Übergangsobjekte (z.B. Teddybär, Puppe), Märchen und magische Objekte herangezogen.

3.5.2 „Vier Wege der Heilung und Förderung“ von Petzold

Synopse der „vier WEGE“ der Heilung und Förderung

	Erster WEG	Zweiter WEG	Dritter WEG	Vierter WEG
Ziele	Bewusstseinsarbeit ► Einsicht, Sinnfindung, kognitive Regulation: <i>„Sich selbst verstehen, die Menschen, die Welt, das Leben verstehen lernen.“</i>	Nach/Neusozialisation ► Grundvertrauen, Selbstwert, emotionale Regulation: <i>„Zugehörig sein, beziehungsfähig werden, Liebe spüren und geben, sich zum Freund werden.“</i>	Erlebnis/Ressourcenaktivierung ► Persönlichkeitsentfaltung/gestaltung, Lebensstiländerung: <i>„Neugierde auf sich selbst und Andere, sich selbst zum Projekt machen, sich in Beziehungen entfalten.“</i>	Exzentritäts/Solidaritätsförderung ► Metaperspektive, Solidarität, Souveränität: <i>„Nicht alleine gehen, füreinander eintreten, gemeinsam Zukunft gewinnen.“</i>
Inhalte	Lebenskontext/kontinuum s-analyse, Problem-, Ressourcen-, Potential-, Lebenszielanalysen, Biographie- u. Identitätsarbeit, Zukunftsplanung, Sinn- u. Wertefragen, Neubewertungen (appraisal), Änderung von kognitiven Stilen und des Lebensstils durch <i>kompensierende kognitive Einsicht</i>	Stärkung von Grundvertrauen u. Selbstwert, Restitution beschädigter Persönlichkeitsstrukturen, des emotionalen Spektrums, der empathischen Kompetenz, der Beziehungsfähigkeit, Neubewertungen (valuation), Änderung emotionaler Stile durch <i>kompensierende emotionale Erfahrungen</i>	Erschließung persönlicher und gemeinschaftlicher Ressourcen/Potentiale, Kreativitätsförderung, Netzwerk-Enrichment, Aktivierung Hemmung dysfunktionalen Verhaltens, Lebensstiländerung durch <i>alternative, kognitive/emotionale Erfahrungen und multisensorische/multiexpressive Performanzen</i> .	Exzentrische, mehr- u. metaperspektivische Betrachtung von Lebenslage, Entfremdungsproblemen, Lebens-Zukunftsplanung, Netzwerkentwicklung, Wertefragen, Identitätsarbeit, Lebensstiländerung durch <i>gemeinsame kognitive/emotionale Erfahrungen und multisensorische/multiexpressive Performanzen</i>
Methoden/Techniken	Narrative Praxis, Beziehungsarbeit, Sinngespräch, tiefenhermeneutisches Verstehen u. Durcharbeiten, Metareflexion, cognitive modelling, Problemlösung	Emotionale Differenzierungsarbeit im Beziehungsprozess, Regressionsmethoden, bottom-up/ top-down emoting, Hemmung durch Alternativemoting, Netzwerk-/Konvoiarbeit	Kreativ-, Sport-, Bewegungstherapie, Rollenspiel, positives Emoting, Freizeitaktivierung, Performanztraining, Netzwerkpflege, Natur- u. ästhetische Erfahrungen, kreative Medien, Hausaufgaben, Tagebuch	Netzwerk- u. Projektarbeit, Gruppentherapie, CaseManagement, assertives Training, Kontrolltraining, Sozialberatung, Empowerment Training, Exchange Learning, Co-Counseling, Selbsthilfe, Bildungsarbeit
Modalitäten	III. konfliktzentriert/störungsspezifisch, einsichtsorientiert, ggf. VI. medikamentengestützt	III. konflikt-/störungsspezifisch, II. erlebniszentriert/emotionsorientiert, ggf. V. netzwerk- u. VI. medikamentengestützt	II. erlebnis- u. I. übungszentriert, V. netzwerkorientiert, IV. supportiv, ggf. VI. medikamentengestützt	V. netzwerkorientiert, IV. supportiv, II. erlebnis- u. I. übungszentriert, ggf. VI. medikamentengestützt

Abbildung 3: „Vier Wegen der Heilung und Förderung“ von Petzold et al. (2012, S. 29)

1. Weg – Bewusstseinsarbeit:

Ziele: Förderung von Exzentrizität,

- Einsicht in Biographie,
- Übersicht über den Lebenskontext,
- Voraussicht auf Entwicklungen,
- Bewusstwerden der eigenen Selbstsorge und
- Selbsttechniken der Subjektkonstitution

Dieser 1. Weg der Heilung basiert auf dem Modell der "*hermeneutischen Spirale*": aufbauend auf multidimensionalem Wahrnehmen im unmittelbaren Erleben Bezüge zu Aktuellem, Vergangenen, Prospektivem erfassen, die zum Verstehen von Auswirkungen und Nachwirkungen führen und das Geschehene erklären, was schließlich in verändern (einer "*Neuorientierung*") münden kann. (vgl. Petzold et al., 2000, S. 8)

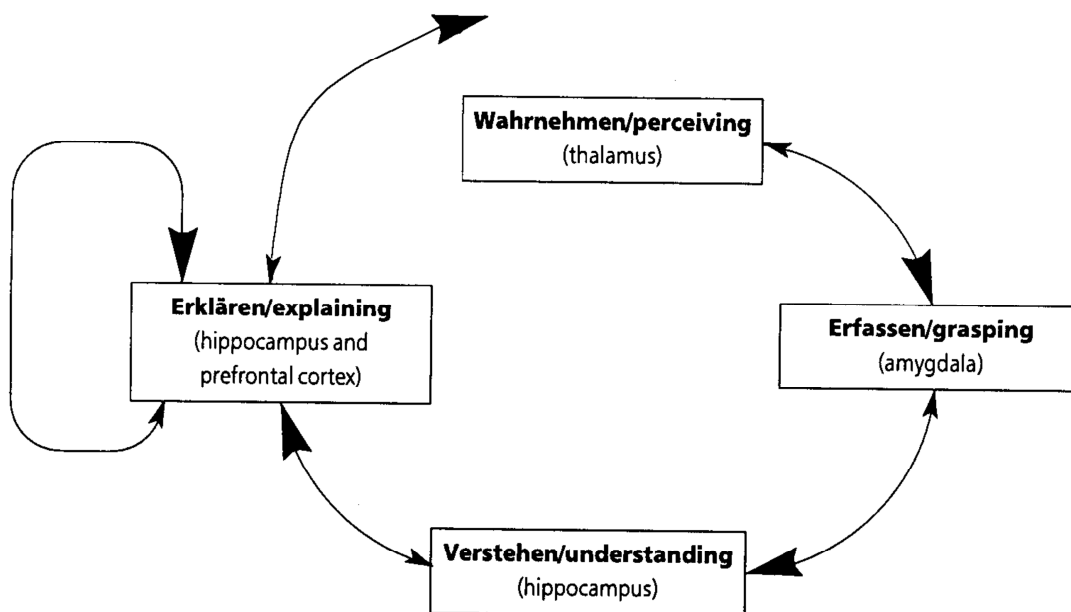


Abbildung 4:

Die hermeneutische Spirale „Wahrnehmen ↔ Erfassen ↔ Verstehen ↔ Erklären“ und ihre Überschreitung des Erklärens durch ↑Diskursanalyse (Foucault), ↓Deonstruktion (Derrida), ↗ transversale Mehrebenenreflexion (Petzold) zu einer Metahermeneutik

zit. nach Steffan & Petzold (2001, S. 479)

2. Weg – Nach- / Neusozialisation:

- Ziele: - Grundvertrauen stärken,
- das emotionale Erlebens-, Ausdrucks- und Mitteilungsspektrum erweitern
 - defizitäre Strukturen durch *korrigierende* oder *alternative* Erfahrungen in einer gewachsenen, tragfähigen therapeutischen Beziehung verändern
 - Integration und Neuorientierung mit entsprechenden handlungswirksamen Lernschritten, z. B. in Self-Parenting, Selbstsorge, der Selbstregulation, Selbstentwicklung

Parentingstrategien können auch für Jugendliche und Erwachsene in schwierigen Lebenssituationen sinnvoll sein. Therapeutinnen übernehmen im Rahmen des 2. Weges die Rolle der kompetenten, erwachsenen Schutz-, Pflege- und Bezugsperson und bieten (den früher fehlenden) Beistand.

3. Weg – Erlebnis-/Ressourcenaktivierung:

- Ziele: - den Erlebens- und Ausdrucksspielraum zu erweitern,
- das Ressourcenpotential zu vergrößern,
 - die Ressourcennutzung zu verbessern,
 - die Selbstwirksamkeitserwartungen sowie die
 - die Kompetenzen und Performanzen des *Copings* und *Creatings* zu fördern,
 - eine neue Strukturbildung zu anregen,
 - die Lebensgestaltung im Vergleich zu anderen bekräftigen (mit "*signifikant others*"),
 - alternative Erfahrungsmöglichkeiten bereitstellen (z. B. mittels Bewegung, Spiel, kreativen Medien, Experimenten und Projekten, kommunikativer Förderung),
 - die Selbstwahrnehmung aus der Ressourcenperspektive entwickeln

4. Weg –Exzentritäts- / Solidaritätsförderung:

Ziele: - Entwicklung persönlicher Souveränität

- Patientinnen sind oft genug "*Opfer*" gesellschaftlicher Benachteiligung. Durch Engagement für andere können sie an "*Selbstwirksamkeit*" gewinnen.
- Die solidarische Haltung der/des TherapeutIn zeigt sich in engagiertem Eintreten, wo Unrecht geschieht oder geschehen ist (gesundheitspolitisches Engagement wie z.B. Aktivierung sozialer Netzwerke und Supportsysteme, Wohngemeinschafts- und Selbsthilfeprojekte oder konkrete alltagspraktische Hilfen - initiierte und begleitete soziotherapeutische Maßnahmen bei akuten Belastungen)

3.5.3 Überschneidungen der Kategorisierungen

Die Kategorisierung der therapeutischen Haltungen in der strukturbezogenen Psychotherapie von Rudolf überschneidet sich weitgehend mit den Modalitäten der Gestaltarbeit von Richter (vgl. Seim, 2008, S. 15ff) und den vier Wegen der Heilung und Förderung von Petzold:

Die therapeutische Position *Sich hinter den Patienten stellen* entspricht größtenteils dem *nachnährenden Vorgehen* von Richter und dem *zweiten Weg der Heilung und Förderung* von Petzold (Nach- und Neusozialisation, emotionale Differenzierungsarbeit - differentielles Parenting/Reparenting) und teilweise auch dem *vierten Weg der Heilung und Förderung*: jener Teil, der sich auf die Solidaritätserfahrungen durch alltagspraktische Hilfen und Empowerment bezieht.

Die therapeutische Position *sich neben den Patienten stellen* entspricht in etwa dem übungszentrierten Vorgehen von Richter und dem *dritten Weg der Heilung und Förderung* (Ressourcenorientierte Erlebnisaktivierung).

Die therapeutische Position *sich dem Patienten gegenüberstellen* ist mit dem *erlebniszentrierten bzw. konfliktzentrierten Vorgehen* nach Richter und dem *ersten Weg der Heilung und Förderung* (Bewusstseinsarbeit) vergleichbar.

Aufgrund dieser Parallelen erscheint es durchaus möglich und sinnvoll zu sein, das Konzept der strukturellen Störungen mit der Integrativen Gestalttherapie zu verknüpfen.

4 Rückmeldungen

In dem vorangehenden Kapitel wurde der Zusammenhang zwischen Strukturbezogener Psychotherapie und der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik kurz dargestellt. Danach wurde damit begonnen, die Vorteile der konkreten, detailreichen Beschreibung von strukturellen Störungen in der OPD aufzuzeigen. Zuletzt wurden die Ähnlichkeiten zwischen den therapeutischen Haltungen von Rudolf und der Integrativen Gestalttherapie herausgearbeitet.

In diesem Abschnitt wird zunächst darauf Bezug genommen, zu welchem Zeitpunkt Rückmeldungen und Feedback erstmals als Interventionstechniken der Integrativen Gestalttherapie verwendet wurden. Anschließend wird die Bedeutung des Begriffes „*Feedback*“ und das Konzept des „*Johari-Fensters*“ erklärt. Danach werden die verschiedenen Arten von Feedback präzisiert. Es folgt ein kurzer Abriss über mögliche Rahmenbedingungen und Indikationen für Feedback bzw. Rückmeldungen.

Aufbauend auf diesen Begriffsklärungen wird im darauffolgenden Kapitel gezeigt, wie das Strukturniveau einer Person eingeschätzt werden kann und wie sich daraus eine indikationsgerechte Auswahl von psychotherapeutischen Techniken ableiten lässt.

4.1 Rückmeldungen bzw. Feedback in der Integrativen Gestalttherapie

Bereits in den 40er und 50er Jahren erkundigte sich Fritz S. Perls bei Zuschauer/innen seiner Arbeit mit einzelnen Personen (im sogenannten „*heißen Stuhl*“) nach ihrer Resonanz, bat sie also um Rückmeldungen und nutzte somit ZuschauerInnen als „*sprechende Kulisse*“ (Hartmann-Kottek, 2008, S. 353).

In den 60er und 70er Jahren kam es zur Entwicklung einer neuen Art von gestalttherapeutischer Gruppenarbeit. Lewins Verständnis von Gruppenprozessen wurde aufgegriffen und in weiterer Folge dieser gruppenspezifische Ansatz in die gestalttherapeutische Konzeption von Perls integriert. (vgl. Hartmann-Kottek, 2008, S. 353ff; Ronall & Feder, 1983, S. 9).

Während dieser Zeit manifestierten sich Rückmeldungen und Feedback als typische Techniken der Gestalttherapie.

4.2 Begriff „Feedback“

Das Wort „Feedback“ bedeutet „Rückkoppelung“ und wurde ursprünglich im Bereich Kybernetik, der Lehre von den Regelungsprozessen, verwendet (vgl. Fengler, 2002, S. 151). In der Gruppendynamik wird Feedback im Sinne einer Rückmeldung über das erlebte Verhalten in der Gruppe verstanden (Bohlen, 2004, S. 260).

Von entscheidender Bedeutung für die Entwicklung der Feedback Methode waren die Erkenntnisse von den amerikanischen Sozialpsychologen Luft und Ingham (1955) im Western Training Laboratory in Group Development an der Universität von Californien in Los Angeles.

Johari Fenster

	dem Selbst bekannt	dem Selbst unbekannt
anderen bekannt	I Bereich der freien Aktivität	II Bereich des blinden Flecks
anderen unbekannt	III Bereich des Vermeidens und Verbergens	IV Bereich der unbekanntem Aktivität

Abbildung 5: Graphisches Schema der Wahrnehmung in interpersonalen Beziehungen (vgl. Luft, 1963, S. 22 zitiert nach Majce-Egger, 1999, S. 98)

Das Johari-Fenster wurde 1955 von Joseph Luft und Harry Ingham entwickelt und zählt seit den 1960/70er Jahren zum Standardrepertoire gruppenspezifischer

Modelle und Verfahren. Es dient vor allem der Veranschaulichung von Unterschieden zwischen der Eigen- und Fremdwahrnehmung eines Menschen.

Bereich der freien Aktivität

Der Bereich der freien Aktivität ist der Person selbst und anderen bekannt. Im Vergleich zu den anderen Bereichen ist dieser Teil relativ klein.

Bereich des Vermeidens und Verbergens

Es gibt Bereiche, von denen die Person zwar weiß, die sie aber nicht nach außen tragen möchte. Oft wird einige Mühe in Kauf genommen, um diese Anteile vor anderen geheim zu halten.

Bereich des blinden Flecks

Blinder Fleck wird jener Teil genannt, der nach außen für andere sichtbar wird, von der betreffenden Person selbst nicht wahrgenommen wird.

Bereich der unbekanntem Aktivität

Dieser Bereich ist weder der Person, noch anderen bekannt. Im Rahmen der Gruppendynamik hat Joseph Luft das Ziel formuliert, den Handlungsspielraum zu erweitern und transparenter zu machen. Zur Vergrößerung des eigenen Freiraumes tragen Mitteilungen über sich, bisher Privates oder Feedback bei.

Informationen teilen

Wenn persönliche Geheimnisse mit-(anderen)geteilt werden, dann wird weniger Aufwand zur Verheimlichung notwendig. Auf diese Weise werden der Freiraum und der Handlungsspielraum der betreffenden Person in der Öffentlichkeit erweitert (vgl. Antons, 1973, S. 112).

Feedback geben und nehmen

Wenn Wahrnehmungen bzw. Beobachtungen der betreffenden Person direkt mitgeteilt werden, können blinde Flecken ausgeräumt werden. Der Person wird die Möglichkeit eröffnet, neue Erkenntnisse über sich selbst zu gewinnen und den

eigenen privaten und öffentlichen Handlungsspielraum bewusster wahrzunehmen und auszufüllen (vgl. Antons, 1973, S. 112).

Diese beiden Möglichkeiten der Veränderung ergänzen sich und können Menschen dabei unterstützen, Unbewusstes bewusster und handhabbarer zu gestalten.

4.3 Arten von Feedback bzw. Rückmeldungen

Es gibt verschiedenste Arten von Rückmeldungen und Feedback (vgl. Fengler, 1998; Bernstädt & Hahn, S. 98ff). In meiner Arbeit wird vorwiegend auf die folgenden 3 Arten von Rückmeldungen bzw. Feedback Bezug genommen, die im Folgenden näher definiert werden:

- Feedback bzw. Rückmeldungen über sich selbst
- Feedback bzw. Rückmeldungen geben
- Feedback bzw. Rückmeldungen nehmen

Die Begriffe *Feedback* und *Rückmeldungen* werden im Rahmen dieser Arbeit synonym verwendet.

In der Literatur über Feedback werden sehr häufig „*Rückmeldungen über sich selbst*“ nicht behandelt. Das Beherrschen dieser Form der Rückmeldung bildet jedoch die Voraussetzung für das Erlernen der anderen beiden Formen. Aus diesem Grund wird die Definition dieses Begriffes als erstes behandelt:

4.3.1 Feedback bzw. Rückmeldungen über sich selbst

Ein Feedback bzw. eine Rückmeldung über sich selbst sollte die eigene Wahrnehmung zu einem bestimmten Thema beschreiben.

Die Vorgangsweise dabei entspricht in etwa der „*Konzentrationstechnik*“ von F. S. Perls, die später u.a. auch als „*Bewusstwerdung*“ (de Roeck, 1985, S. 62) bzw. „*Bewusstheit (awareness)*“ oder „*fokussierte Aufmerksamkeit*“ (Hartmann-Kottek, 2008, S. 101 - 102) bezeichnet wurde. Es geht bei der „*Konzentrationstechnik*“ darum, sich mit reiner Beobachtung zufrieden zu geben; zu beschreiben, ohne zu bewerten und das Gesagte in dieser Form aufzunehmen (vgl. Hartmann-Kottek, 2008, S. 101 – 102; de Roeck, 1985, S. 62).

Fengler (1998, S. 78) beschreibt u.a. die „*Selbstmitteilung in die Gruppe*“. Mit dieser Formulierung definiert er im Prinzip das, was mit einer Rückmeldung über sich selbst gemeint ist, wobei er die spezielle Situation des Einzelsettings nicht mit einbezieht.

Das sogenannte „*Blitzlicht*“ stellt eine wenig zeitintensive Form der Rückmeldung über sich selbst dar. Diese Form wird von GruppenleiterInnen sehr häufig dazu genutzt, um sich einen Überblick über die momentane persönliche Befindlichkeit jeder/s Teilnehmerin/s zu verschaffen (vgl. Fengler, 1998, S. 77).

Eine andere Form der Rückmeldung über sich ist das Sharing. „*Sharing*“ wird in gestalttherapeutischen Gruppen häufig am Ende von Übungen eingesetzt, um einen Erfahrungsaustausch über persönliche Erlebnisse zu ermöglichen, die während Einzelarbeiten angeklungen sind (Hartmann-Kottek, 2008, S. 362). Beim Sharing teilt eine Person mit, was in ihr vorgeht, während sie einen Gruppenprozesses oder eine therapeutische Interaktion wahrnimmt (vgl. Petzold, 1987, S. 247). Das Sharing wurde von Moreno entwickelt und bedeutet Spiegelung (Baer, 2004, S. 415; vgl. Gessmann, 1998).

4.3.2 Feedback bzw. Rückmeldungen geben / nehmen

Sehr häufig wird in Gruppen durch die Leitung der Austausch von Feedback angeregt, d.h. alle geben einander Rückmeldungen und nehmen bzw. bekommen Rückmeldungen.

Aber was bedeutet das konkret?

Wenn sich ein Feedback oder eine Rückmeldung an eine andere Person richtet, gibt es immer eine Person, die ein Feedback gibt und eine Person, die ein Feedback nimmt.

Wenn z.B. die Person A von einem anderen Gruppenteilnehmer B wissen möchte, wie er sie einschätzt, dann gibt die Person B der Person A ein Feedback bzw. eine Rückmeldung und die Person A ist in diesem Fall die Person, die ein Feedback bekommt / nimmt.

Die Person, die ein Feedback gibt, sollte die eigene Wahrnehmung in

angemessenen, wertschätzenden Worten beschreiben. So könnte z.B. der Gruppenteilnehmer B sagen, dass er die Person A als sehr zuverlässig und ehrlich einschätzt, aber manchmal auch als sehr detailverliebt in ihren Erzählungen.

Es könnte dann noch ein (Veränderungs-)Wunsch in Form einer Bitte (im Sinne von Rosenberg, 2004, S. 87ff) geäußert werden. So könnte die Person B die Person A um prägnantere Aussagen bitten. Dadurch würde es B leichter fallen, der Person A über längere Zeit interessiert zu zuhören.

Die rückmeldende Person (in dem obengenannten Beispiel die Person B) sollte ihre Sichtweise zum Thema: idealerweise „*konstruktiv*“, „*hilfreich*“ und „*sachgerecht*“ (Bohlen, 2004, S. 260) bzw. „*beschreibend*“, „*konkret*“, „*angemessen*“, „*brauchbar*“, „*erbeten*“, „*zur rechten Zeit*“, „*klar und genau formuliert*“ und „*korrekt*“ beschreiben (Antons, 1973, S. 109).

Eine Rückmeldung bzw. ein Feedback kann einer anderen Person sowohl angeboten, als auch von der betreffenden Person erbeten werden.

Es sollte (mit Hilfe eines entsprechenden Rituals) betont werden, dass es sich um die Wahrnehmung bzw. persönliche Meinung einer bestimmten Person handelt. Unter dem Stichwort „*Gestalt-Gruppentherapie*“ im Lexikon der Gestalttherapie von Blankertz & Doubrawa (2005) wird darauf hingewiesen, dass es beim Geben von Feedback sinnvoll ist, die Teilnehmer/innen dazu aufzufordern „*über sich und ihr Erleben zu sprechen*“, um der Gefahr der gegenseitigen Verletzung vor zu beugen.

Die Person, die ein Feedback nimmt (in unserem Beispiel die Person A), sollte nur Verständnisfragen zur Erläuterung der Sichtweise (der Person B) stellen, ansonsten sind keine Kommentare oder Anmerkungen vorgesehen bzw. erlaubt.

Wertschätzend und dankend werden die Worte der rückmeldenden Person (B) aufgenommen und die eigene Sicht zu dem betreffenden Thema kann in der Folge erweitert werden.

Im Anschluss an eine Rückmeldung kann ein Abgrenzungsritual angeschlossen werden wie z.B.: *„Ich danke dir dafür, dass du mir das gesagt hast. Ich werde deine Worte auf mich wirken lassen und überdenken.“*

Mit Feedback kann viel erreicht werden, wenn die entsprechenden Voraussetzungen dafür geschaffen werden:

„Das Geben von Rückmeldungen fällt üblicherweise nicht leicht und erfordert ein Klima der Kooperation und Angstfreiheit, um Lernbedingungen zu schaffen, die das Äußern und Verarbeiten von Rückmeldungen über Wirkungen, die einem selbst nicht zugänglich sind und die man in der eigenen Umgebung auslöst, ermöglichen sollen.“ (Bohlen, 2004, S. 260)

Als Abschluss einer Rückmeldungsübung sollte besprochen werden, welche Gefühle ausgelöst worden sind und ob noch etwas offen geblieben ist. Es sollte genügend Zeit zum Verarbeiten der neugewonnenen Erkenntnisse eingeplant werden.

4.4 Rahmenbedingungen

Setting

Die meisten Übungen können im Einzel-, Paar-, Kleingruppen- und Gruppensetting angewendet werden.

Struktur / Vorgabe

Im Vorfeld der Rückmeldungsübung wird der Ablauf der Übung genau erklärt:

z.B. Jede/r sagt Jeder/m etwas oder jede/r sucht sich 3 Personen aus, die ihr/ihm etwas sagen etc.

Der zeitliche Rahmen für die Übung wird im Vorfeld geklärt:

Bei einem sogenannten Blitzlicht handelt es sich z.B. um eine kurze Rückmeldung über die momentane Befindlichkeit, um die weitere Vorgangsweise in einer Gruppe zu klären. (vgl. Fengler, 1998, S. 77)

Genauso kann eine ausführliche Besprechung mit open end vereinbart werden. Meistens werden aus zeitlichen Gründen jedoch Regelungen in der Mitte dieser

beiden Extreme vereinbart.

Ausführliche Informationen über die Gestaltungsmöglichkeiten von Feedback finden sich bei Fengler (1998).

Thema

Ebenso finden Sie bei Fengler (1998) eine ausführliche Besprechung der möglichen Inhalte.

In Rückmeldungsrounds im Ausbildungskontext und in der Erwachsenenbildung sind häufig die Stärken und Schwächen einer Person Thema. Dadurch wird es möglich, Ressourcen und Ansatzpunkte für Verbesserungsmöglichkeiten einer Person anzusprechen.

Das Thema sollte sich nach den TeilnehmerInnen (ihren Fähigkeiten, derzeitigen Bedürfnissen etc.) richten und möglichst für alle von Interesse sein.

In einer laufenden Gestalttherapie oder Gestalttherapiegruppe kann auch eine Person im therapeutischen Prozess um Rückmeldungen zu einem bestimmten Thema bitten. In der Praxis wird einer Person jedoch viel häufiger von der/dem GruppenleiterIn eine Rückmeldung/srunde angeboten.

Medium

Um Rückmeldung auszurücken können auch kreative Medien zu Hilfe genommen werden:

*schriftlich (Brief, Plakat, etc.)

*bildnerisch (Foto, Zeichnung, Collage etc.)

*symbolisch (Gegenstand z.B. Postkarte, Muschel, Seil, Knöpfe, Stein,
Lebewesen z.B. Romanfigur, Schauspieler, Pflanzen,
Skulptur stellen,
Ton, etc.)

Damit wird den TeilnehmerInnen die Möglichkeit geboten, Inhalte mit allen Sinnen wahrzunehmen bzw. auszudrücken und auszuprobieren.

4.5 Indikationen für Rückmeldungen

Fengler (2002, S. 152) fasst die Funktionen des Feedbacks von London wie folgt zusammen:

1. *Feedback steuert Verhalten.*
2. *Feedback hilft, zielgerichtet zu arbeiten.*
3. *Positives Feedback ermutigt.*
4. *Feedback hilft bei der Fehlersuche.*
5. *Feedback fördert persönliche Lernprozesse.*
6. *Feedback hebt die Motivation.*
7. *Feedback hilft bei der Selbsteinschätzung.*
8. *Feedback ermöglicht die Fähigkeit, sich hilfreiches Feedback verschaffen zu können.*
9. *Feedback führt zu einem Zuwachs an Einfluss sowohl beim Empfänger wie beim Geber von Rückmeldungen.*
10. *Feedback bewirkt eine enge Verbindung mit der Aufgabe.*
11. *Feedback hilft bei der Identifikation mit der Arbeitsumgebung und bei der Planung von beruflicher Entwicklung.*
12. *In Verhandlungen hilft es bei der Einschätzung von Angeboten.*
13. *Feedback hilft, die Qualität von Entscheidungen zutreffend zu bewerten und zu beurteilen.*

Im Rahmen der Gruppendynamik wurde die Technik des Feedbacks entwickelt, um die Selbst- und Fremdwahrnehmung zu verbessern und damit in weiterer Folge die sozialen Kompetenzen zu erweitern (vgl. dazu Bohlen, 2004, S. 253ff).

Wie von Inge Bohlen (2004, S. 253f) näher beschrieben besteht eine starke Ähnlichkeit zwischen den Konzepten der Gruppendynamik und der Gestalttherapie. Beide finden ihre Ausgangspunkte in der Berliner Schule der Gestaltpsychologie und der Feldtheorie von Lewin (1963).

5. Angemessene Rückmeldungen auf verschiedenen Strukturniveaus

In dieser Arbeit wurden bisher die Begriffe „Operationalen Psychodynamische Diagnostik“, „Strukturbezogene Psychotherapie“ näher ausgeführt. Daran anschließend konnte gezeigt werden, wie viele Parallelen die Strukturbezogenen Psychotherapie und die Integrativen Gestalttherapie aufweisen.

Im letzten Kapitel sind die Begriffe „Feedback“ bzw. „Rückmeldungen“ konkretisiert worden.

Das folgende Kapitel ist in vier Teile untergliedert.

In jedem dieser Teile wird zuerst eines der vier Strukturniveaus der OPD-2 näher beschrieben.²

Die verschiedenen Strukturniveaus werden anhand der Achse IV Struktur des Erhebungsbogens des OPD-2 (S. 473, Abb. 4) näher beschrieben und in folgende Unterpunkte untergliedert:

1. Kognitive Fähigkeiten: Selbstwahrnehmung und Objektwahrnehmung
2. Steuerungsfähigkeit: Selbstregulierung und Regulierung des Objektbezugs
3. Emotionale Fähigkeit: Kommunikation nach innen und nach außen
4. Fähigkeit zur Bindung: Innere Objekte und äußere Objekte

Vor der Besprechung dieser Fähigkeiten auf den einzelnen Strukturniveaus werden diese Begriffe noch genauer ausgeführt.

Anschließend wird erklärt, wie die entsprechenden therapeutischen Haltungen auf dem jeweiligen Strukturniveau nach Rudolf aussehen.

Daraus werden in einem nächsten Schritt die Möglichkeiten der optimalen Förderung mit Hilfe von integrativ gestalttherapeutischen Rückmeldungen / Feedback auf dem jeweiligen Strukturniveau abgeleitet und anhand von praktischen Beispielen im

² Im Vergleich dazu umfasst die Typologie konfliktbedingter und struktureller Störungen nach Rudolf (2006, S. 166ff) sechs spezifische Typen, denen spezielle Konflikte und Krankheitsbilder zugeordnet werden (siehe Abbildung 11, S39). In dieser Typologie sind Mischformen der verschiedenen Strukturniveaus enthalten, die sich aus den vier Grundformen ableiten lassen.

therapeutischen Einzelsetting näher erläutert.

Im darauffolgenden, letzten Kapitel wird ein Resümee über die Nutzung der Dimensionen der Strukturachse der OPD-2 für die Beschreibung einer Person und ihrer Beschwerden und den darauf basierenden Anregungen durch die therapeutischen Haltungen nach Rudolf in der Integrativen Gestalttherapie gezogen. Abschließend wird auf Erweiterungs- bzw. Verbesserungsmöglichkeiten der derzeitigen Theorie und Praxis Bezug genommen.

Achse IV Struktur	gut ①	1,5	mäßig ②	2,5	gering ③	3,5	desinte- griert ④	nicht beurteil- bar ⑤
1a Selbstwahrnehmung	①		②		③		④	⑤
1b Objektwahrnehmung	①		②		③		④	⑤
2a Selbstregulierung	①		②		③		④	⑤
2b Regulierung d. Objektbezugs	①		②		③		④	⑤
3a Kommunikation nach innen	①		②		③		④	⑤
3b Kommunikation nach außen	①		②		③		④	⑤
4a Bindung an innere Objekte	①		②		③		④	⑤
4b Bindung an äußere Objekte	①		②		③		④	⑤
5 Struktur gesamt	①		②		③		④	⑤

Abbildung 4: Achse IV Struktur des Erhebungsbogens der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-2) Erhebungsbogen (OPD-2, S. 473)

Achse IV Struktur des Erhebungsbogens des OPD-2

„Kognitive Fähigkeiten : Selbstwahrnehmung und Objektwahrnehmung“

(OPD-2, S. 259):

Die Selbstwahrnehmung beinhaltet die Fähigkeit, sich ein Bild von sich selbst und seinen innerseelischen Vorgängen machen zu können. Dazu ist es besonders wichtig, die eigenen Affekte deutlich voneinander abgrenzen zu können. Die eigene Identität beinhaltet ein Selbstbild in Bezug auf psychosexuelle und soziale Aspekte und sollte über einen längeren Zeitraum aufrechterhalten werden können.

Die Objektwahrnehmung bezieht sich auf die Fähigkeit sich ein adäquates Bild von einer anderen Person mit ihren individuellen Eigenschaften machen zu können.

Eine angemessene Differenzierung zwischen sich und anderen vornehmen zu können (Selbst-Objekt-Differenzierung) setzt sowohl eine realistische Selbst- als auch Objektwahrnehmung voraus.

Selbstwahrnehmung und Objektwahrnehmung

Das Selbst wahrnehmen	Die Objekte wahrnehmen
1.1. Selbstbild reflektieren und ausdifferenzieren	1.4. Selbst-Objekt-Differenzierung: eigene Gedanken, Bedürfnisse, Impulse von denen anderer unterscheiden
1.2. Eigene Affekte differenzieren	1.5. Andere in ihren verschiedenen Aspekten, d.h. ganzheitlich wahrnehmen
1.3. Eigene Identität entwerfen und weiterentwickeln	1.6. Ein realistisches Bild von anderen entwerfen können

Abbildung 7: Selbstwahrnehmung und Objektwahrnehmung (vgl. OPD-2, S. 259)

**„Steuerungsfähigkeit: Selbstregulierung und Regulierung des Objektbezugs“
(OPD-2, S. 262 - 263)**

Die Selbststeuerung basiert auf der Fähigkeit, sich selbst verantwortlich, kompetent und selbstwirksam zu erleben und über Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein verfügen zu können.

Von Steuerung kann zu viel oder zu wenig gegeben sein. Steuerung bewegt sich zwischen den Polen eines zu stark eingeschränkten bis hin zu einem zu unkontrollierten, impulsiven Handlungs- und Kommunikationsspielraum.

In Bezug auf andere ist Steuerung erforderlich, um auf der einen Seite die Beziehung vor vorschnellen, unüberlegten Handlungen zu schützen und auf der anderen Seite die eigenen Interessen bzw. die Grenzen zwischen sich und der anderen Person zu wahren. Das eigene Handeln wird mitbestimmt durch die Antizipation, also der Fähigkeit mögliche Reaktionen anderer vorausschauend mit zu bedenken.

Für die Selbstregulierung und die Regulierung des Objektbezugs ist es wichtig, Distanz gewinnen, sich auf sich selbst besinnen, genau hinsehen, neue Einstellungen gewinnen und sich entscheiden zu können.

Steuerung

Das Selbst regulieren

- 2.1. Sich von Impulsen distanzieren, Impulse steuern und integrieren
- 2.2. Sich von Affekten distanzieren und Affekte regulieren
- 2.3. Sich von Kränkungen distanzieren, Selbstwert regulieren

Den Bezug zum Objekt regulieren

- 2.4. Die Beziehung vor eigenen störenden Impulsen schützen; intrapsychische statt interpersonelle Abwehr
- 2.5. In Beziehungen eigene Interessen aufrechterhalten und die Interessen anderer angemessen berücksichtigen
- 2.6. Die Reaktionen anderer antizipieren

Abbildung 8: Steuerung (vgl. OPD-2, S. 263)

„Emotionale Fähigkeit: Kommunikation nach innen und außen“

(OPD-2, S. 266)

Die emotionale Kommunikation nach innen bezieht sich auf die Fähigkeit, innere Dialoge mit sich selbst führen und Verständnis für sich selbst aufbringen zu können. Dazu ist es wiederum erforderlich, Gefühle in sich zulassen und erleben zu können. Mit Hilfe von eigenen fantasierten Gedanken kann zwischen den eigenen Gefühlslagen und den darauf basierenden Handlungsmöglichkeiten vermittelt werden.

Mit Hilfe der emotionalen Kommunikation nach außen erfolgt der emotionale Austausch zwischen dem Selbst mit anderen. Es umfasst die „*zwischenmenschlich-emotionale Kontaktaufnahme*“, das Aussprechen der eigenen Gefühle, die emotionale Erreichbarkeit für andere, das „*wechselseitige Verstehen*“ darauf basierende „*Wir-Gefühl*“ (OPD-2, S. 266).

Empathie beruht auf diesen beiden Fähigkeiten und ermöglicht erst wirkliches Verständnis für eine andere Person.

Emotionale Kommunikation

Emotionale Kommunikation nach innen	Emotionale Kommunikation mit anderen
3.1. Eigene Affekte generieren und erleben	3.4. Emotionale Kontaktaufnahme: Gefühle anderen gegenüber zulassen, Besetzungen wagen, Wir-Gefühl erreichen (Reziprozität)
3.2. Eigene Fantasien entwerfen und nutzen	3.5. Eigene Affekte zum Ausdruck bringen, sich von Affekten anderer erreichen lassen
3.3. Die eigene Körperwahrnehmung bzw. das Körper selbst emotional beleben	3.6. Empathie erleben

Abbildung 9: Emotionale Kommunikation (vgl. OPD-2, S. 267)

„Fähigkeiten zur Bindung: Innere Objekte und äußere Objekte“

(OPD-2, S. 269 - 270)

Um sich an innere Objekte binden zu können, bedarf es der Fähigkeit zur Internalisierung, also der Fähigkeit, sich in der Vorstellung Bilder (Objektrepräsentanzen) von wichtigen anderen verschaffen zu können. Diese sollten über einen längeren Zeitraum positiv erlebt werden. Positive innere Objekte sind erforderlich, um sich beruhigen, trösten, schützen zu können.

Erst wenn die Fähigkeit zur Internalisierung von Objekten verfügbar ist, wird eine emotionale Bindung an äußere Objekte möglich, ebenso wie die Fähigkeit von Bindungen Abstand bzw. Abschied zu nehmen und Trauer zu empfinden.

Mit Hilfe der Fähigkeit zur inneren und äußeren Bindung können gute, äußere Objekte genutzt werden, d.h. Hilfe gesucht, angenommen und akzeptiert werden.

Bindung

An innere Objekte gebunden sein

- 4.1. Internalisierung: Positive Selbst- und Objektrepräsentanzen, positive objektbezogene Affekte aufbauen und erhalten können
- 4.2. Positive Introjekte: Für sich sorgen sich beruhigen, trösten, helfen, schützen, für sich eintreten
- 4.3. Variable und trianguläre Bindungen Unterschiedliche innere Objektqualitäten; Zuwendungen zum einen ist nicht Abwendung vom anderen

An äußere Objekte gebunden sein

- 4.4. Bindungsfähigkeit: Sich emotional an andere binden können (Dankbarkeit, Fürsorge, Schuld, Trauer)
- 4.5. Hilfe annehmen: Unterstützung, Versorgung, Sorge, Anleitung, Entschuldigung von anderen annehmen können
- 4.6. Sich aus Bindungen lösen und Abschied nehmen können

Abbildung 10: Bindung (vgl. OPD-2, S. 269)

Eine ausführliche Darstellung der verschiedenen Strukturniveaus befindet sich im OPD-2 (2009, S. 259 - 280 bzw. S. 432 - 440).

Eine grobe Übersicht über die Strukturniveaus bietet Rudolf (2006, S. 61-62; siehe Abbildung 11).

Typologie konfliktbedingter und struktureller Störungen

	1	2	3	4	5	6
	Neurotische Konflikte mit gutem Strukturniveau	Neurotische Konflikte mit strukturellen Ausfällen	Bewältigung struktureller Störung durch Charakterabwehr	Bewältigung durch symptomwertiges Verhalten	Strukturelle Störung gering integriert	Strukturelle Störung desintegriert
	Konflikt	Konflikt	Konflikt	Konflikt	Struktur	Struktur
			Struktur	Struktur		
Struktur-niveau	gut integriert	gut bis mäßig	mäßig	mäßig bis gering	gering	desintegriert
Konflikt (OPD)	Ödipal-sexueller Konflikt	Autarkie-Versorgungs-Konflikt	Autonomie-Abhängigkeits-Konflikt	vermischt	schillernd	fehlende Konfliktfähigkeit
	Schuldkonflikt	Selbstwertkonflikt	Identitätskonflikt			
	Kontroll-Unterwerfungs-Konflikt					
Klinisches Bild z.B.	Generalisierte Angststörung	Dysthymie	Narzistische Persönlichkeitsstörung	Bulimie	Borderline-Persönlichkeitsstörung	dissoziale Persönlichkeitsstörung
	Depressive Episode	Somatoforme Störungen	Anorexie	Spielsucht	Paranoide Persönlichkeitsstörung	Sexuelle Perversion („forensische Patienten“)

Abbildung 11: Typologie konfliktbedingter und struktureller Störungen (vgl. Rudolf, 2006, S. 170)

5.1 Personen auf desintegriertem Strukturniveau

Kognitive Fähigkeiten

Selbstwahrnehmung (OPD-2, S. 261 - 262, S. 432 - 433)

Falls überhaupt mit entsprechender Unterstützung eine Selbstbeschreibung möglich ist, wirkt sie beliebig, unklar, unrealistisch, nicht nachvollziehbar, nicht authentisch, verzerrt, widersprüchlich, eigenartig befremdlich, undifferenziert und u.U. entliehen, abwegig oder großartig. Wenige Tage später kann es zu einer völlig anderen Beschreibung kommen. Es fehlt Personen auf desintegriertem Niveau an

- (1) einem logischen nachvollziehbaren Zusammenhang,
- (2) guten inneren Objekten und
- (3) Struktur in Bezug auf ihr Selbst.

Zwischen der eigenen und anderen Personen kann nicht unterschieden werden. Die Person verfügt nicht über das Gefühl einer eigenen Identität.

Objektwahrnehmung (OPD-2, S. 262, S. 433 - 434)

Die Beschreibung anderer wirkt vage, unrealistisch, unverständlich, instabil, extrem positiv oder negativ überzeichnet. Andere werden vorwiegend in Bezug auf die eigene Bedürftigkeit hin idealisiert bzw. entwertend wahrgenommen. Sehr häufig werden andere als aggressiv, verfolgend, ungerecht und bedrohlich erlebt und aufgrund dessen gefürchtet bzw. bekämpft. Empathisches Objektwahrnehmen ist quasi unmöglich.

Steuerungsfähigkeit

Selbstregulierung (OPD-2, S. 265, S. 434 - 435)

Es fehlt die Vorstellung bzw. das Gefühl, die eigenen Handlungen steuern zu können. Die betreffende Person hat das Gefühl, alles würde einfach so geschehen - ohne ihr eigenes Zutun. Über eigenes Handeln zu reflektieren ist kaum möglich.

Auch eigene heftige, aggressive Handlungen werden nicht als solche wahrgenommen, sondern als selbstverständliche, notwendige, gerechtfertigte Reaktion auf das Verhalten anderer gesehen. In Phasen von ausgeprägtem Steuerungsverlust kommt es sehr häufig zu gesetzeswidrigen Handlungen (z.B. Alkohol- oder Drogenmissbrauch, körperliche Übergriffe, perverse Handlungen).

Differenziertere moralische Wertungen können nicht vorgenommen werden, lediglich Unterscheidungen in Gut und Böse. Das Selbstwertgefühl unterliegt starken Schwankungen (von stark überhöht bis stark erniedrigt).

Regulierung des Objektbezugs (OPD-2, S. 266, S. 435 - 436)

Wenn ein Versuch der Regulation von Objektbeziehungen unternommen wird, dann nur mit dysfunktionalen und destruktiven Mitteln.

Auf diesem Strukturniveau können die Verhaltensweisen anderer nicht antizipiert bzw. deren Interessen nicht berücksichtigt werden.

Emotionale Fähigkeit

Kommunikation nach innen (OPD-2, S. 268, S. 436 - 437)

Die eigenen Affekte können nicht kontrolliert oder ausgedrückt werden. Heftige emotionale Erregung tritt ebenso auf, wie emotionale Leblosigkeit und Starre. Die Unterscheidung zwischen Phantasie, Erinnerung und Realität fällt schwer. Der eigene Körper wird als entfremdet oder befremdend wahrgenommen.

Kommunikation nach außen (OPD-2, S. 268 - 269, S. 437 - 438)

Die Kontaktaufnahme mit anderen wird vermieden (z.B. zu Boden blicken) oder wird oberflächlich-emotionslos bzw. feindselig-distanziert gestaltet.

Verständnis für andere oder ihre Bedürfnisse kann in den meisten Fällen nicht aufgebracht werden.

Fähigkeit zur Bindung

Innere Objekte (OPD-2, S. 272, S 439)

Auf diesem Strukturniveau gelingt es nicht auf positive, innere Objekte zurück zu greifen. Da keine überdauernden, abgegrenzten, objektalen Vorstellungen möglich sind, können auch keine positiven Beziehungserfahrungen internalisiert werden und in weiterer Folge fehlt deren selbstregulierende Wirkung. Die nur teilweise internalisierten Objekte wirken viel mehr beunruhigend, verwirrend und steigern die Erregung und Impulsivität.

Die Zentrale Angst des Selbst bezieht sich auf die symbiotische Verschmelzung der

Selbst- und Objektrepräsentanzen und in weiterer Folge auf den Identitätsverlust.

Äußere Objekte (OPD-2, S. 272, S 440)

Wenn es zu länger andauernden Beziehungen kommt, dann wirken sie befremdlich, unverständlich und ignorieren die Interessen der/s anderen.

Es besteht entweder eine Neigung zu sehr symbiotischen Beziehungen, zu ängstlicher Wahrung der Autonomie oder überhaupt zur Vermeidung von Objektbindungen.

Typische Abwehrformen zur Stabilisierung des Selbst sind (vorübergehendes) psychotisches Erleben bzw. dissoziative Bewusstseinszustände (vgl. OPD-2, S. 273), aber auch perverse Verarbeitung von Erlebnissen (vgl. OPD-2, S. 265; Rudolf, 2006, S. 179).

Im Rahmen der Gestalttherapie unterscheidet sich der Umgang mit Abwehrmechanismen deutlich vom psychoanalytischen Zugang. Nach der Auffassung von Bilek & Weidinger (1996, S. 220) stellen z.B. psychotische Zustände aus gestalttherapeutischer Sicht eine extreme Form der Kontaktvermeidung dar, welche zu einer Bedrohung der gesamten psychischen Stabilität führen.

Therapeutisches Vorgehen

Das therapeutische Vorgehen auf desintegriertem Strukturniveau orientiert sich an der therapeutischen Haltung „*sich hinter den Patienten stellen*“ von Rudolf (2006, S. 122), welche bereits im Abschnitt 3.4. näher beschrieben wurde. „*Identifizierung*“, „*Containing*“, „*Erbarmen*“, „*Hilfs-Ich*“, „*Sorge*“ und „*Unterstützung*“ werden im Rahmen dieser Haltung bevorzugt eingesetzt.

Die Person wird aus ihrer Perspektive beim Ordnen ihrer Eindrücke unterstützt. Gleichzeitig wird ihr Ich gestärkt. Perls (1974, S. 57) bezeichnet diesen Bereich der Bewusstheit als „*bewusstes Wahrnehmen des Selbst*“.

Die/der TherapeutIn vermittelt Interesse, Geborgenheit, Unterstützung, Schutz sowie das Gefühl von Solidarität. (vgl. Hartmann-Kottek, 2008, S. 12).

5.1.1 Gestalttherapeutische Rückmeldungen von Personen auf desintegriertem Strukturniveau aus der therapeutischen Position sich hinter die/en PatientIn stellen

Auf desintegriertem Strukturniveau fehlt es der Person an der Stabilität, um ein differenziertes Feedback über eine andere Person (im Sinne eines Feedbacks wie es in Kapitel 4.3.2 beschrieben wurde) abzugeben. Es würde die Fähigkeit erfordern gesichert zwischen sich und anderen unterscheiden zu können. Personen auf desintegriertem Strukturniveau gelingt es jedoch nur fallweise, etwas über sich selbst oder andere auszusagen.

Darum geht es auf diesem Strukturniveau vorrangig darum, sich in Abgrenzung zu anderen besser spüren zu lernen. Personen auf desintegriertem Strukturniveau profitieren im Gruppensetting am ehesten von „*Einzelarbeiten in Gruppen*“. Diese Form des Arbeitens hat Perls F. zu Beginn seiner Tätigkeit zu Unterrichtszwecken eingeführt (Hartmann, 2008, S. 353).

Perls (1974, S. 57) würde in diesem Zusammenhang vom „*bewussten Wahrnehmen des Selbst*“ sprechen. Zur Förderung von basalen Aussagen über sich selbst, können z.B. Fragen gestellt werden wie:

„*Was beobachten Sie gerade? Was sehen / hören / fühlen Sie jetzt gerade?*“ „*Was nimmst Du gerade wahr?*“ (Blankertz & Doubrawa, 2005a)

Der Schulung der Wahrnehmung wird im Rahmen der Gestalttherapie große Bedeutung beigemessen.

„*Wirklichkeit ist Gewahrsein des geschehenden Erlebens, ist tatsächliches Fühlen, Sehen, Bewegen, Tun.*“ (Perls, 1974, S. 54)

Perls hat sich mit dieser Aussage nicht explizit auf Personen mit stark eingeschränkten Möglichkeiten bezogen, er hat sie aber auch nicht ausgenommen. Die Schulung dieser basalen Fähigkeiten macht auf allen Strukturniveaus Sinn.

U.a. werden kreative Medien genutzt, um den Selbsta Ausdruck - also ein Feedback über sich selbst - zu fördern (vgl. Hochgerner, 2007).

Zur Beschreibung von Befindlichkeiten werden z.B. Vorschläge in Form einer Reihe von Eigenschaftsworten, Fotos, Zeichnungen (viele Smileys mit unterschiedlichem Gesichtsausdruck), Bildern, Puppen, Steine, Knöpfe, Gedichten etc. angeboten und herausgearbeitet.



Abbildung 12: Selbsterstellte, erweiterbare Eigenschaftswortliste mit Smileys

Wenn es einer Person auf desintegriertem Strukturniveau gelingt, eine Rückmeldung über sich selbst (vgl. Kapitel 4.3.1) zu geben, kann eine positive Rückmeldung über den gelungenen Gefühlsausdruck mitgeteilt werden, z.B. in der Form von

„Das haben Sie jetzt sehr nachvollziehbar beschrieben.“

„Dieses Gefühl ist sehr gut nachvollziehbar.“

„Ich kann mir jetzt gut vorstellen, wie es Ihnen gerade geht.“

„Ich verstehe jetzt gut, was Sie meinen und warum Sie das möchten.“

Insbesondere zu Beginn einer Therapie ist es wichtig, zu erklären, dass es in

Ordnung ist, wenn einmal kein Gefühl vorhanden ist oder ein Gefühl nicht benannt werden kann. Die Gefühle müssen auch nicht besonders sein oder anderen Anforderungen gerecht werden. Vielmehr geht es im Rahmen der Gestalttherapie darum, sich wohlwollend zu beobachten und sich besser kennen zu lernen, ohne zu bewerten. Es gibt schließlich gute Gründe, warum eine Person ist, wie sie ist (vgl. Blankertz & Doubrawa, 2005a).

5.1.2 Gestalttherapeutische Rückmeldungen an Personen auf desintegriertem Strukturniveau aus der therapeutischen Position sich hinter die/den PatientIn stellen

Es ist nicht möglich, einer Person das „Bewusstwerden“ abzunehmen. GestalttherapeutInnen versuchen vielmehr, KlientInnen einen Spiegel zur Verfügung zu stellen, der zu mehr Selbsterkenntnis führt (vgl. Roeck, 1985, S. 63).

Umso ungewohnter die Information bzw. das Bild ist, das durch eine Intervention entsteht, umso wahrscheinlicher rüttelt es auf und überrascht (vgl. Tophoff, 1994, S. 117).

Um die Wahrnehmung der eigenen Person zu fördern, werden zu Beginn der Gestalttherapie möglichst offene, weite Fragen gestellt. Erst später stellen GestalttherapeutInnen auch ihre eigenen Wahrnehmungen von der Person zur Verfügung. Es wird jedoch mitgeteilt, dass es sich um die Wahrnehmung der/des TherapeutIn handelt (vgl. Bankertz & Doubrawa, 2005a).

Für Personen auf desintegriertem Strukturniveau stellen solche offenen, weiten Fragen zur emotionalen Befindlichkeit sehr häufig eine Überforderung dar.

Auf desintegriertem Strukturniveau benötigen Personen vielmehr basale Rückmeldungen durch andere. Wie eine liebevolle, einfühlsame Mutter sollte die/der TherapeutIn sich in die Person einfühlen und Gefühle benennen, welche die Person beschäftigen könnten oder in dieser konkreten Situation die meisten Menschen beschäftigen würden:

z.B. *„Sie sehen müde aus.“*

„Sie wirken traurig auf mich.“

„Sie erscheinen mir ärgerlich.“

„Diese Vorkommnisse scheinen Sie aufzuregen.“

„Menschen, die bei einem Diebstahl erwischt werden, fühlen sich oft beschämt.“

„Die meisten Menschen sind traurig, wenn ihre Mutter stirbt.“

Um zu betonen, dass es sich um eine Wahrnehmung von außen handelt, die nicht jenen der betreffenden Person entsprechen muss, ist es empfehlenswert nach zu fragen, ob die Person es tatsächlich so empfindet:

z.B. *„Sie sehen müde aus. Sind Sie müde?“*

„Sie wirken traurig auf mich. Sind Sie traurig?“

„Sie erscheinen mir ärgerlich. Sind Sie tatsächlich ärgerlich? Oder wirkt es nur nach außen so?“

„Diese Vorkommnisse scheinen Sie aufzuregen. Regt Sie das tatsächlich auf?“

„Menschen, die bei einem Diebstahl erwischt werden, fühlen sich oft beschämt. Hatten Sie in dieser Situation auch dieses Gefühl?“

„Die meisten Menschen sind traurig, wenn ihre Mutter stirbt. Macht Sie das traurig?“

Damit ist klar benannt:

- Die Person vermittelt einen bestimmten Eindruck nach außen.
- Dieser Eindruck muss nicht mit den von der Person wahrgenommenen Empfindungen übereinstimmen.
- Die Person hat die Möglichkeit den vermittelten Eindruck zu korrigieren.

Diese Vorgehensweise kann für eine Person auf desintegriertem Niveau hilfreich sein, ihre Eindrücke neu zu ordnen und sich im Laufe der Zeit besser zu spüren. Falls es einer Person jedoch nicht möglich ist zwischen sich und einer anderen zu differenzieren, können solche einfache Rückfragen bereits eine Überforderung darstellen.

5.1.3 Fallbeispiel Oliver

Oliver (20 Jahre) leidet unter Depressionen unterschiedlicher Ausprägungen. Er ist adipös und arbeitslos. Er wird von seiner Mutter zur Therapie in einer Wohngemeinschaft überredet. Oliver meint sehr häufig, er könnte an seiner Situation so und so nichts ändern. Es würde ihm keine Chance geboten, etwas Sinnvolles zu unternehmen.

Obwohl er im Rahmen von verschiedenen Praktika wenig Ausdauer an den Tag legt, sieht er sich zeitenweise fähig, ein Studium zu absolvieren. Wenn konkrete Termine anstehen, gibt er widersprüchliche, z.T. schwer nachvollziehbare, befremdliche Erklärungen ab, die er aber selbst zu glauben scheint. Oliver wird immer wieder „krank“, wobei er nur schwer benennen kann, was ihm konkret fehlt.

Andere Personen erwähnt er hauptsächlich in Zusammenhang mit finanziellen Angelegenheiten und Regeln: jene Personen, die ihn gewähren lassen, werden häufig idealisiert, Personen, die nicht seinen Wünschen entsprechen, werden entwertet und oft als verfolgend, ungerecht bzw. bedrohlich empfunden. Zu Beginn der Therapie sieht er wüstes Schimpfen und Schreien als selbstverständliche, unbedingt notwendige und gerechtfertigte Reaktion auf das Verhalten anderer an.

Oliver schaut sich im Internet perverse Fotos und Filme an, z.T. mit pädophilen und sodomitischen Inhalten. Er empfindet keine Reue, sondern gibt eine schwer nachvollziehbare Erklärung dafür ab, warum er dies getan hat.

Oliver wird häufig von Kontrolleuren erwischt, weil er ein Bus- bzw. Zugticket zu Hause vergessen hat oder weil er nicht oder zu wenig bezahlt hat. Im Zuge dessen kommt es oft zu verbalen Auseinandersetzungen, weil sich Oliver ungerecht behandelt fühlt.

Oliver pflegt von sich nur wenige Beziehungen zu anderen. Er kümmert sich vorwiegend um sein körperliches Wohlergehen.

Zum überwiegenden Teil der Zeit wirkt Oliver teilnahmslos und lethargisch. Nur wenn es aufgrund der Nichteinhaltung seiner Pflichten zu Konsequenzen in Form von Einschränkungen von Annehmlichkeiten kommt, kann er sehr erregt und emotional reagieren.

Im Folgenden sind einige Sequenzen aus Therapiesprächen mit Oliver inhaltlich wiedergegeben, um zu veranschaulichen, wie entsprechende Rückmeldungen aussehen.

Alkoholkonsum:

Th.: *„Wie ging es dir am Wochenende?“*

O.: *„Eh gut, hat alles gepasst.“*

Th.: *„Wie ist es mit dem Essen gegangen?“*

O.: *„auch gut, aber ich habe trotzdem extrem zugenommen.“ (RvP3)*

Th.: *„Ich verstehe.“*

Wir besprechen kurz, was er alles zu sich genommen hat.

Th.: *„Es sieht so aus, als hättest du nicht besonders viel gegessen, aber sehr viele alkoholische Getränke mit hohem Zuckergehalt getrunken (RaP4).“*

O.: *„Ja, das könnte sein. Zuhause kann ich ausgehen und Alkohol trinken.“*

Th.: *„Du hast jetzt an einem Wochenende so viel zugenommen, wie du in etlichen Wochen abgenommen hast. (RaP) Das ist doch schade. Was könntest du statt diesen kalorienreichen, alkoholischen Getränken trinken?“*

O.: *„Alkohol ist einfach günstiger (RvP)“*

.....

Duschen:

Th.: *„Du wirkst sehr grantig auf mich. Ist das so oder täusche ich mich?“ (RaP)*

O.: *„Ich wurde von mehreren Betreuerinnen blöd angeredet. Sie sagen, ich stinke und ich soll mich duschen gehen. Das regt mich auf. Ich habe mich gerade geduscht und ich möchte in Ruhe gelassen werden.“*

Th.: *„Ich verstehe. Ich sehe, dein T-Shirt ist komplett nass. Es sieht so aus, als würdest du extrem schwitzen.“ (RaP)*

O.: *„Ja, ich schwitze extrem viel, seit ich hier bin. Ich bin es nicht gewöhnt mich so*

3 =Rückmeldung von der Person

4 = Rückmeldung an die Person

viel zu bewegen (RvP).“

Th.: *„Ich verstehe. Was hast du schon alles versucht, um das Schwitzen in den Griff zu bekommen?“*

O.: *„Nicht viel. Ich habe nicht so viele T-Shirts, dass ich sie alle paar Stunden wechseln könnte“*

.....

Zimmer:

Th.: *„Du wirkst heute sehr teilnahmslos auf mich. Ist das so?“ (RaP)*

O.: *„Mir ist alles egal.“*

Th.: *„Was ist denn passiert?“*

O.: *„Die Betreuerinnen regen sich ständig darüber auf, wie mein Zimmer aussieht. Ich kann nichts machen. Es geht einfach nicht (RvP).“*

Th.: *„Du wirkst vollkommen resigniert.“ (RaP)*

O.: *„Bin ich auch. Ich habe so viele Sachen und so wenig Platz. Es geht sich vorn und hinten nicht aus.“*

Th.: *„Ich verstehe. Mir fällt auf, dass du nicht so viel Bekleidung hast. Eigentlich nur ein paar T-Shirts und zwei Hosen oder täuscht mich das?“ (RaP)*

O.: *„Ja, ich habe nur wenige T-Shirts und Hosen, die mir passen, aber ich habe enorm viele Sachen. Ich weiß nicht, wie ich das angehen soll. (RvP) Noch einen Schrank bekomme ich nicht, der würde auch nicht ins Zimmer passen.“*

Th.: *„Wie wäre es, wenn du jene Bekleidungsstücke aussortieren würdest, die dir nicht mehr passen? Dann hättest du schon bedeutend weniger Bekleidung.“*

O.: *„Ja, aber wie soll ich das angehen? Ich schaffe das nicht (RvP)“*

.....

Freund

Th.: *„Ich habe gehört, dein Freund zieht wieder nach Hause. Die meisten Menschen sind in solchen Situationen traurig. Du wirkst nicht traurig.“* (RaP)

O.: *„Ich sehe keinen Grund dafür. Ich möchte solche Gefühle auch nicht spüren. Wenn ich so etwas spüre, überschwemmt es mich (RvP).“*

Th.: *„Ich verstehe. Wie sieht das dann aus?“*

O.: *„Ich schlage um mich (RvP)“*

.....

Medikamente:

Th.: *„Du nimmst deine Schilddrüsenmedikamente wieder nicht. Stimmt das?“*

O.: *„Ja, wer hat dir das gesagt?“*

Th.: *„Niemand. Ich merke es an dir: du bewegst dich langsamer, du hast keine Lust zu nichts, du schaust wieder weniger auf dein Äußeres, du nimmst zu.“* (RaP)

O.: *„Ich nehme nicht wegen der Tabletten wieder zu, sondern einfach so.“*

Th.: *„Das mag schon sein, dass du dein Gewicht auch ohne Schilddrüsenmedikamente halten kannst, aber die Schilddrüsenmedikamente wirken sich auf deinen ganzen Körper aus, nicht nur auf dein Gewicht.“* (RaP)

O.: *„Ich spüre nichts. (RvP)“*

.....

Rückmeldungen an Oliver beziehen sich vorwiegend auf die mangelnde Selbstfürsorge (Gesundheit, Körperpflege, Ordnung, etc.) und das Wahrnehmen der eigenen Gefühle.

Insbesondere das Benennen von Sachverhalten und Gefühlen für und mit Oliver unterstützen ihn dabei, mehr von sich und seiner Umwelt wahrzunehmen.

Es gelingt auch, ihn dazu zu bewegen, sich vorübergehend mehr um sich, seine Gesundheit, Sauberkeit und Ordnung zu kümmern. Es bedarf jedoch immer wieder der Erinnerung an grundlegende Abläufe und Handlungen. Oliver scheint darauf wieder zu vergessen. Ihm selbst scheint nichts daran zu liegen, vieles macht er nur anderen zu liebe.

Immer wieder kommt es zu massiven Rückschlägen.

Mit der Zeit gelingt es Oliver besser, seine eigenen Gefühle in angemessener, verständlicher Form zu benennen.

5.2 Personen auf gering integriertem Strukturniveau

Kognitive Fähigkeiten

Selbstwahrnehmung (OPD-2, S. 261, S. 432 - 433)

Falls selbstreflexives Wahrnehmen möglich ist, dann nur in eingeschränkter Form. Es gelingt auch mit Unterstützung keine nachvollziehbare Beschreibung der eigenen Person bzw. ihres Innenlebens. Angaben über die eigene Person wirken unklar, vage, widersprüchlich, u.U. auch verzerrt (z.B. großartig überzeichnet, entwertet, diffus, vermengt mit Bildern von wichtigen Bezugspersonen).

Auch die Wahrnehmung und Artikulation von Affekten erscheint undifferenziert und schwer nachvollziehbar. Es kann zu Erregungszuständen, Entfremdung und Affektleere, Depression und manischer Gestimmtheit kommen. Gefühlslagen können nicht gezielt zur Verhaltenssteuerung eingesetzt werden. Negative Affekte wie Verachtung, Ekel und Wut dominieren.

Mal treten diese mal jene Aspekte der Person ins Zentrum der Betrachtung, ein überdauerndes Identitätsgefühl ist nicht gegeben.

Objektwahrnehmung (OPD-2, S. 261, S. 433 - 434)

Die eigene Person kann nicht abgegrenzt von anderen wahrgenommen werden. Subjekt und Objekt werden miteinander verwechselt, miteinander vermengt bzw. vermischt. Unerträgliche Affekte werden häufig nach außen verlagert und eigene Projektionen, Bedürfnisse und Befürchtungen überlagern das Bild von anderen. Das Verhalten und die Reaktionen anderer können nicht nachvollzogen werden. Die Beschreibung anderer ergeben schwer vorstellbare Bilder. Objekte werden blass oder als besonders gut oder besonders schlecht, als schwarz oder weiß wahrgenommen, mehr Differenzierungen (Graustufen) gelingen nicht.

Steuerungsfähigkeit

Selbstregulierung (OPD-2, S. 264 - 265, S. 434 - 435)

Sich eigene Triebwünsche in sozial angepasster Form und entsprechend den eigenen Wertvorstellungen zu erfüllen, ist nur sehr eingeschränkt möglich. Es gelingt nicht, Impulse zu integrieren oder aufzuschieben (Untersteuerung). Versuche, die eigenen Impulse zu steuern, wirken abrupt und erbringen nicht die erhoffte Wirkung. Häufig kommt es aufgrund der Unfähigkeit, unangenehme Affekte auszuhalten oder zu verarbeiten, zu impulsivem Verhalten bis hin zu aggressiven Handlungen gegenüber anderen. Unbewältigte Schuldgefühle können zu Selbstbestrafungen führen, die z.T. selbstverletzende bzw. selbstzerstörerische Formen annehmen.

Es besteht die Neigung zu schneller, großer Kränkbarkeit und unrealistischen Größenvorstellungen.

Der geringe Selbstwert äußert sich auch in Form von Scham, Ekel vor sich selbst, Entwertung, Gereiztheit, Beziehungsabbruch und der Unfähigkeit eigene Grenzen zu akzeptieren

Regulierung des Objektbezugs (OPD-2, S. 265, S. 435 - 436)

Eigene unbewältigte Impulse wirken in Form von interpersoneller Abwehr sehr störend auf die Beziehung. Die eigenen Interessen werden in der Beziehung zu anderen rasch als bedroht empfunden, wobei die Reaktionen und Interessen anderer kaum oder gar nicht zugänglich sind. Resultierend können sie nicht in das eigene Handeln miteinbezogen werden.

Emotionale Fähigkeit

Kommunikation nach innen (OPD-2, S. 268, S. 436 - 437)

Das Erleben deutlich ausgestalteter Gefühle ist stark eingeschränkt, das betrifft besonders warme, zugewandte Affekte, gefolgt von Traurigkeit und Schuld. Unangenehme, negative Gefühle wie Verzweiflung, Panik Wut, Ekel und Verachtung überkommen die Person und halten über einen längeren Zeitraum an.

Negative Phantasien bzw. Vorstellungen mutieren schnell zu real wahrgenommenen Bedrohungen. Das Erleben des eigenen Körpers wirkt unklar, bruchstückhaft und teilweise bedrohlich oder wie eingefroren.

Kommunikation nach außen (OPD-2, S. 268, S. 437 - 438)

Die emotionale Kontaktaufnahme wird entweder vermieden oder erfolgt in drängender, übergriffig-distanzloser Art. Im Gespräch wirkt die Person oft verwirrend, distanziert, leer und unbeteiligt. Es besteht die Neigung zur Entwertung anderer und zu einem starken Wechsel zwischen Überengagement und Resignation.

Die Person kann nur sehr eingeschränkt Verständnis und Mitgefühl für andere aufbringen.

Fähigkeit zur Bindung

Innere Objekte (OPD-2, S. 271, S. 439)

Aus dem Kontakt mit anderen können keine positiven, sondern überwiegend bedrohliche, verfolgende innere Bilder entwickelt werden. Dementsprechend wirkt die Vorstellung von inneren Objekten nur in sehr eingeschränktem Maße beruhigend.

Es besteht vielmehr die zentrale Angst, von Objekten überwältigt, beschädigt oder vernichtet zu werden.

Äußere Objekte (OPD-2, S. 271 - 272, S. 440)

Die Bilder wichtiger anderer unterscheiden sich wenig voneinander und erscheinen vorwiegend negativ bzw. funktionalisiert.

Emotionale Bindungen an andere können als inkonstant bezeichnet werden und unterliegen starken Schwankungen: zwischen extremer Zuneigung und zerstörerischem Hass, oder zwischen großer Distanz und intensivem Nähe Erlebnis.

Typische Abwehrformen zur Stabilisierung des Selbst erfolgen gemäß der OPD-2 über die Spaltung der Selbst- und Objektimages (vgl. OPD-2, S. 273) z.B. in Form der projektiven Identifizierung oder der Idealisierung bzw. Entwertung der Objekte. Bezüglich der Abwehrmechanismen unterscheidet sich der gestalttherapeutische Ansatz deutlich von der psychoanalytischen Betrachtungsweise (vgl. Zabransky & Wagner-Lukesch, 2004, S. 138ff).

Therapeutisches Vorgehen

In der Therapie von Personen auf gering integriertem Strukturniveau erscheint es empfehlenswert die therapeutische Haltung des „*sich hinter den Patienten stellen*“ von Rudolf im Sinne von „*die Sicht des Patienten teilen*“ einzunehmen (vgl. Rudolf, 2006, S. 122).

„*Identifizierung*“, „*Containing*“, „*Erbarmen*“, „*Hilfs-Ich*“, „*Sorge*“ und „*Unterstützung*“ spielen dabei eine tragende Rolle.

Auch Rückmeldungen von und an Personen mit gering integriertem Strukturniveau sind in eingeschränkter Form sinnvoll. Der Fokus der Therapie liegt in der Stabilisierung und im Ausbau von z.T. bereits vorhandenen, grundlegenden Fähigkeiten.

5.2.1 Gestalttherapeutische Rückmeldungen von Personen auf gering integriertem Strukturniveau aus der therapeutischen Position sich hinter die/den PatientIn stellen

Im Rahmen der Gestalttherapie werden auch Personen mit gering integriertem Strukturniveau im „*Hier und Jetzt*“ zu Rückmeldungen über sich selbst angeregt. In Form von „*Ich-Botschaften*“ werden die momentane Befindlichkeit und die eigene Sicht der Dinge ausgedrückt. Die Versprachlichung fördert die Selbstreflexivität, gleichzeitig wird die zur Verfügung stehende affektive Verarbeitungskapazität miteinbezogen.

Falls der Person noch die Worte für ihre Gefühle fehlen, kann dabei Hilfestellung angeboten werden, z.B. Eigenschaftswörter verbal anbieten, typische Eigenschaftswörter auflisten und immer wieder ergänzen etc. (vgl. Kapitel 5.1.1).

Fragen wie z.B. „*Was beobachten Sie?*“ „*Was sehen / hören / fühlen Sie?*“ können differenzierter beantwortet werden als von Personen mit desintegriertem Strukturniveau.

Mittels konkreter Fragen kann eine wertschätzende Wahrnehmung der eigenen Person gefördert werden. Auf diese Weise wird das Eigenerleben verbessert bzw.

gesichert und gleichzeitig werden gute Selbstrepräsentanzen aufgebaut.

z.B. „Was finden Sie gut?“ „Was mögen Sie?“ „Was machen Sie gerne?“ „Was tut Ihnen gut?“ „Was können Sie?“ „Welches Verhalten finden Sie wünschenswert und angebracht?“ „Welches Verhalten finden Sie für sich undenkbar?“

Bereits Fritz Perls, Paul Goodman und Ralph F. Hefferline (1991, S. 18) haben die Wichtigkeit der „*bewussten Wahrnehmung*“ erkannt, welche das Spüren der eigenen Person mit den eigenen Gedanken, Wahrnehmungen und Gefühlen umfasst.

Für Personen auf diesem Strukturniveau kann es sehr hilfreich sein, wenn einfache Wahrnehmungsübungen in einer Gruppe durchgeführt und durchbesprochen werden. Im geschützten Rahmen können die TeilnehmerInnen sehen, wie Übungen auf andere wirken und zu welchen Wahrnehmungen sie bei anderen Menschen führen.

Unterschiede zwischen Personen können im Einzelsetting mit Hilfe von Fragen herausgearbeitet werden:

z.B. „Was essen Sie gerne? Was isst ihr Sohn gerne?“

„Welche Musik hören Sie gerne? Und Ihre Eltern: was hören sie gerne?“

„Was machen Sie gerne? Was machen Ihre Kinder gerne? Gibt es Gemeinsamkeiten / Unterschiede?“

„Schlafen Sie gerne länger? Wie verhalten sich andere Familienangehörige?“

„Sprechen Sie mehrere Sprachen? Versteht Ihre Freundin auch so viele Sprachen?“

„Wie verhalten Sie sich, wenn Sie sich über eine Person ärgern? Wie verhält sich Ihre Mutter in einer vergleichbaren Situation?“

Das Erarbeiten der Unterschiede zwischen Personen ist förderlich für die Entwicklung von Empathie und zur Abgrenzung von der Meinung anderer. Es wird klarer, dass es noch andere Möglichkeiten gibt, in einer bestimmten Situation zu reagieren (vgl. Roeck, 1985, S. 65). Situationen werden durch die Klärung der näheren Umstände oft besser verständlich und für die Person leichter handhabbar. Unterschiedliche Auffassungen zu verschiedenen Themen können dadurch besser

gesehen und besprochen werden.

Durch engagiertes Zuhören vermittelt die/der TherapeutIn gleichzeitig Interesse an der Person, ihrem Dasein und ihrem Erleben.

Folgende gestalttherapeutische Übungen von Stevens fördern den Selbsta Ausdruck und erscheinen für dieses Strukturniveau besonders geeignet:

- „*Wahrnehmung des eigenen Gesichts*“ (Stevens, 1975, S. 86),
- „*Dialog der Hände*“ (Stevens, 1975, S. 87),
- „*Dialog mit dem Symptom*“ (Stevens, 1975, S. 89 - 90) und
- „*Motorrad*“ (Stevens, 1975, S. 160).

Bei diesen Übungen gilt es zu beachten, dass viele Personen die Augen nicht schließen möchten. Da es für Wirkung der Übungen nicht bedeutsam ist, kann das Augenschließen weggelassen werden und zu einem Angebot umformuliert werden wie z.B.: „*Wenn sie es möchten, können Sie die Augen schließen.*“

Bei der Anleitung zur „*Wahrnehmung des eigenen Gesichts*“ geht es darum, darauf zu achten, die eigenen Gesichtszüge zu spüren.

Mit der Übung „*Dialog der Hände*“ wird die Aufmerksamkeit auf die Unterschiede zwischen beiden Händen gerichtet.

Der „*Dialog mit dem Symptom*“ bezieht sich auf die Wahrnehmung und Beschreibung der Auswirkungen eines körperlichen Symptoms.

Bei der Übung „*Motorrad*“ geht es darum sich mit einem bestimmten Motorrad zu identifizieren.

Diese Übungen ermöglichen eine relativ unverfängliche Auseinandersetzung mit der eigenen Wahrnehmung, ohne die Person mit schwierigen Inhalten zu konfrontieren.

Ähnlich wie bei der „*intermediäre Verwendung von Gegenständen*“ (Hochgerner, 2007, S. 149) ermöglichen diese und ähnliche Übungen eine Auseinandersetzung mit der eigenen Gefühlswelt in geschütztem Rahmen.

5.2.2 Gestalttherapeutische Rückmeldungen an Personen auf gering integriertem Strukturniveau aus der therapeutischen Position sich hinter die/den PatientIn stellen

Um Personen mit geringem Strukturniveau angemessene Rückmeldungen zu geben, versetzt sich die/der TherapeutIn in die betreffende Situation und hilft beim Ordnen der Eindrücke. Die/der TherapeutIn fungiert als Hilfs – Ich und stellt ihre eigene Wahrnehmung, ihre Überlegungen oder Gefühlsreaktionen zur Verfügung z.B.

„Ich stelle mir vor, in Ihrer Lage wäre ich sehr traurig, aber vielleicht auch wütend.“

„So wie Sie die Situation schildern, empfinde ich das Verhalten dieser Person als sehr unangemessen und respektlos.“

„Wenn ich mir diese Situation aus Ihrer Sicht vorstelle, würde ich wahrscheinlich an Ihrer Stelle eine Person zu Hilfe rufen.“

Um die Antizipation (vorausschauendem Denken/ Fantasie) und konkrete Planung von Lebenszusammenhängen zu fördern, denkt die/der TherapeutIn vorausschauend mit, welche Konsequenzen die/der PatientIn zu tragen bekommen könnte und bezieht sie in das Gespräch mit ein, z.B.

„Manche Psychopharmaka wirken erst nach einer bestimmten Zeit in vollem Umfang und müssen regelmäßig eingenommen werden, damit sie wie vorgesehen wirken. Sie haben erzählt, dass Sie dazu neigen, Ihre Medikamente unregelmäßig einzunehmen“

„So wie Sie mir die Sachlage schildern, müssen Sie damit rechnen, dass Sie Ihren Platz in der Übergangswohngemeinschaft verlieren, wenn Sie diesen Konflikt in dieser Form lösen.“

„Ich glaube, wenn Sie das Ihrer Mutter in dieser Form sagen, könnte sie sich vor den Kopf gestoßen fühlen und dementsprechend wütend oder zumindest verärgert reagieren.“

Mit Hilfe dieser therapeutischen Haltung soll eine Solidaritätserfahrung vermittelt werden, die Ich stärkend wirkt und Geborgenheit vermittelt. In dieser geschützten Atmosphäre werden bedrückende Gefühle leichter ansprechbar, wobei die/der

TherapeutIn darauf achtet, die Person nicht zu überfordern und vor affektiver Überflutung zu schützen.

GestalttherapeutInnen drängen ihre eigene Meinung nicht auf, sondern unterstützen Personen bei der Entscheidungsfindung und bei der Entwicklung eines eigenen Standpunktes. Eigene Standpunkte der/des TherapeutIn *können* manchmal im passenden Rahmen und entsprechender Form mitgeteilt, *dürfen* aber nicht aufgedrängt werden (vgl. Blankertz & Doubrawa, 2005b).

Letzten Endes kann nur die Person selbst sagen, wie die Situation aus ihrer Sicht aussieht und wie sie sich anfühlt (vgl. Blankertz & Doubrawa, 2005b).

Die Einflussnahme der/des TherapeutIn auf KlientInnen bleibt im Rahmen des Gestaltansatzes beschränkt bzw. wohldosiert und unterscheidet sich deutlich von anderen Therapieschulen (vgl. Staemmler, 1995).

5.2.3 Fallbeispiel: Sybille

Über längere Zeit musste Sybille (20 Jahre) aufgrund ihrer Essstörung im Krankenhaus künstlich ernährt werden. Zudem wies sie eine emotional-instabile Persönlichkeitsstörung und Alkoholabhängigkeitssyndrom auf. Ihre Tante hat Sybille danach einen Platz in der therapeutischen Wohngemeinschaft organisiert.

Während der Therapiestunden sagt Sybille ungefragt nur wenig über sich selbst. Meist wirkt sie affektleer.

Außerdem ist auffallend, dass Sybille zu Beginn der Stunde von sich aus nie ein Thema einbringt. Darauf angesprochen meint die junge Frau, sie würde sich nichts merken. Beharrlich schreibt sie sich jedoch auch keine Themen für die Stunde auf.

Wenn Sybille etwas über andere erzählt, dann von gemeinsamen Unternehmungen.

Sie sagt quasi nie, dass sie jemanden gerne mag oder wie sie die Beziehung zu einer Person empfindet. Wen Sybille mag oder nicht, lässt sich nur daraus ableiten, mit wem sie etwas gemeinsam unternehmen mag und mit wem nicht.

Immer wieder beklagt sie sich darüber, dass sie niemand leiden könnte. Auf diesen Gedanken kommt sie immer wieder, wenn andere junge Frauen in ihrer Wohngemeinschaft etwas ohne sie unternehmen möchten oder sie aus therapeutischen Gründen an einer Aktivität nicht mitmachen darf.

Mit bestimmten Personen möchte Sybille rund um die Uhr zusammen sein. Wenn es diesen Personen zu viel wird, kann sie das überhaupt nicht akzeptieren. Sie wird dann sehr aufgebracht und sehr erregt. Sybille läuft in derartigen Situationen oft davon, z.T. über viele Kilometer. Sehr häufig betrinkt sie sich auch massiv. Im betrunkenen Zustand wiederum neigt Sybille zu promiskuitivem Verhalten.

Trotz intensiver Bemühungen und verschiedenster Angebote gelingt es Sybille nicht, anders zu reagieren. In den meisten Fällen scheitern Versuche, sie zu beruhigen oder sie auf andere Weise von ihrem Vorhaben abzuhalten. Manchmal droht Sybille mit Selbstmord und / oder reagiert mit aggressiven Handlungen auf Versuche, sie von ihren Vorhaben abzuhalten. In weiterer Folge kommt es zu stationären Aufnahmen.

Nach solchen Vorfällen wollen die anderen jungen Frauen in die Wohngemeinschaft erst recht nichts mit ihr unternehmen oder mit ihr ausgehen. Das kann Sybille überhaupt nicht nachvollziehen und findet, dass sie selbst nicht so nachtragend wäre.

Außerdem lässt sich Sybille leicht unerlaubten Handlungen überreden wie z.B. zum Rauchen in den Räumlichkeiten der Wohngemeinschaft.

Sybille mag sich und ihren Körper nicht, sie findet sich viel zu dick, obwohl ihr Gewicht im Normalbereich liegt und ihr Körper als wohlproportioniert bezeichnet werden kann. Sie spricht auch ungern über ihren Körper. Sybille bedient sich auch bulimischer Verhaltensweisen, um ihr Gewicht zu beeinflussen.

Sie neigt in jeder Hinsicht zu Überengagement oder Resignation: entweder ist sie vollmotiviert und nicht zu bremsen oder sie möchte gar nichts tun.

Auf die Frage, was sie gerne tut, nennt Sybille zwei Hobbys. Bei genauerem Nachfragen stellt sich heraus, dass die junge Frau diese Tätigkeiten zuletzt vor zwei bis drei Jahre mit Personen ausgeübt hat, die sie gerne mag. Ohne diese Personen kann sich Sybille nicht zu diesen Beschäftigungen aufraffen. Sie sieht diese Lieblingsbeschäftigungen von nahestehenden Personen jedoch weiterhin als ihre eigenen an.

Sybille erzählt zwar laufend von ihren Angehörigen (Vater, Mutter, Bruder, Tante, Oma), aber die Beschreibung der Personen ergibt kein nachvollziehbares Bild. Hauptsächlich erzählt Sybille davon, was ihre Angehörigen für sie getan oder nicht getan haben. Es fällt ihr jedoch schwer, Stärken und Schwächen einer Person nebeneinander zu sehen.

Zur Veranschaulichung folgen nun einige, inhaltlich wiedergegebene Sequenzen aus Therapiesprächen mit Sybille.

Konzentrationsstörungen:

Th.: *„Wie geht es dir heute?“*

S.: *„Mit geht es gar nicht gut Ich fühle mich so schlapp ... Ich habe extreme Konzentrationsschwächen ... Ich kann die Augen kaum offen halten ... Am liebsten würde ich mich niederlegen.“ (RvP⁵)*

Th.: *„Hast du nicht gut geschlafen?“*

S.: *„Ich habe geschlafen wie ein Stein, aber ich werde nicht richtig munter.“ (RvP)*

Th.: *„Was glaubst, du woran das liegt?“*

S.: *„Mir kommt vor, das liegt an den Medikamenten. Ich bin komplett fertig.“ (RvP)*

Th.: *„Nimmst du sie schon länger oder erst seit kurzem?“*

S.: *„Ich bekomme sie schon länger, aber es wird nicht besser (RvP) ...“*

Ausflug:

Th.: *„Wie war das Wochenende?“*

S.: *„Nicht so gut, ich habe mir mit dem Essen ziemlich schwer getan. Ich war nicht gut drauf. (RvP) Dann waren wir bei einem Fest. Als ich gerade an der Theke stand, mussten wir wieder alle wieder nach Hause. Die anderen haben mir die Schuld dafür gegeben und mir gesagt, dass sie sich wegen mir geschämt haben. Ich habe mich sehr geärgert (RvP).“*

Th.: *„Wieso haben sie sich wegen dir geschämt?“*

S.: *„Sie haben gemeint, dass ich mich extrem aufgeführt habe. Dabei habe ich ja gar nichts getan. Ich habe mir normal etwas bestellt, die anderen wollten mich davon abhalten und ich habe mich gewehrt. (RvP)“*

Th.: *„Gegen wen hast du dich gewehrt?“*

5 Rückmeldung von der Person

S.: *„Ich habe mich von Mary und Xenia los gerissen und bin davon.“*

Th.: *„Was hast du dir bestellt? Ein alkoholisches Getränk?“*

S.: *„Ja, ist ja nichts dabei, bin ja schon erwachsen“*

Th.: *„Ist Alkohol in der WG nicht verboten?“*

S.: *„Ja, aber das ist mir so etwas von egal.“ (RvP)*

Th.: *„Es ist dir aber nicht egal, dass die anderen dich jetzt links liegen lassen und mit dir nichts unternehmen wollen, oder? (RaP⁶)“*

S.: *„Das ist mir nicht egal und ich verstehe es nicht. Zum Arbeiten bin ich gut genug, aber unternehmen will niemand mit mir etwas (RvP)“*

Alkohol:

Th.: *„Mir fällt auf, dass du in Situationen, in denen du dich ungerecht behandelt fühlst, immer wegläufst. Stimmt das?“ (RaP)*

S.: *„Nicht immer, aber sehr häufig.“*

Th.: *„Wann gelingt es dir, da zu bleiben?“*

S.: *„wenn ich gut drauf bin und sonst alles passt.“ (RvP)*

Th.: *„Was ist dann?“*

S.: *„Ich bin ausgeschlafen, ich arbeite, was ich gern möchte, ich bekomme zu essen, was ich gerne habe.“ (RvP)*

Th.: *„Wann bist du ausgeschlafen?“*

S.: *„Wenn ich rechtzeitig schlafen gehe und nicht zu lange aufbleibe. Das mache ich meistens, aber manchmal reicht es nicht und ich kann trotz der Medikamente nicht gut schlafen und bin ich morgens ganz fertig. (RvP)“*

6 = Rückmeldung an die Person

Th.: *„Wann arbeitest du, wo du es gerne möchtest?“*

S.: *„Wenn ich in der Morgenrunde dazu eingeteilt werde.“*

Th.: *„Wer teilt die Aufgaben ein?“*

S.: *„Wir gemeinsam, aber manchmal ignorieren sie meinen Wunsch und dann werde ich sauer, weil ich nicht immer nur arbeiten will wie die Böse und die anderen machen nichts“ (RvP)*

Th.: *„Ich kann mir vorstellen, dass du in einer solchen Situation Unterstützung von Betreuerinnen bekommen könntest. Hast du das schon einmal probiert? Kannst du dir das vorstellen?“ (RaP)*

S.: *„Momentan schon, aber ob es mir in dem Moment dann einfällt, wenn ich so sauer bin, weiß ich nicht. Ich bin dann immer so schnell auf 180 und dann geht nichts mehr.“ (RvP)*

Th.: *„Du hast diesbezüglich schon einiges probiert (RaP). Was hat dir bisher am meisten geholfen?“*

.....

Th.: *„Mir fällt auf, dass Gehen dir dabei hilft, dich zu beruhigen (RaP)“*

In diesem Beispiel wird deutlich, wie Sybille durch Nachfragen zu differenzierteren Rückmeldungen über die eigene Gefühlslage ermutigt werden kann.

Mittels gezielter Fragen ist es Sybille auch möglich, Rückmeldungen über Unterschiede zwischen der eigenen und anderen Personen zu geben. Sie bemerkt, dass sich andere wegen ihr geschämt haben, sie selbst steht jedoch zu ihrem Verhalten und sieht keine Veranlassung, sich zu schämen. Sybille grenzt sich mit dieser Aussage deutlich von der Meinung der anderen ab. Diese Fähigkeit, sich von anderen abzugrenzen, bildet eine Grundlage für die Entwicklung von Empathie.

Mit Hilfe von Fragen gelingt es, die unterschiedlichen Facetten der Situation herauszuarbeiten, z.B. wie ist es mit/ohne Tabletten? Wie unterscheiden sich Situationen, in denen Sybille sich ungerecht behandelt fühlt? Sybille konnte dazu angeregt werden, Rückmeldungen über die Unterschiede zu geben. Insbesondere

Fragen zur Erläuterung der Situation waren dabei besonders hilfreich: *„Wer teilt die Aufgaben ein?“* *„Wann bist du ausgeschlafen?“*

Wenn typische Reaktionen beobachtet werden, unterstützen diesbezügliche Rückmeldungen die Person dabei, sich dieser Zusammenhänge bewusst zu werden, wie z.B. *„mir fällt auf, dass du in Situationen, in denen du dich ungerecht behandelt fühlst, immer wegläufst. Stimmt das?“* *„Mir fällt auf, dass Gehen dir dabei hilft, dich zu beruhigen“*.

Eine als sicher empfundene Umgebung ist Voraussetzung, um unbefangen den Gefühlsausdruck zu üben und diesbezüglich neue positive Erfahrungen zu sammeln. Nur auf dieser Basis können mit der Zeit tiefgreifende Ängste überwunden werden.

5.3 Personen auf mäßig integriertem Strukturniveau

Kognitive Fähigkeiten

Selbstwahrnehmung (OPD-2, S. 260, S. 432 - 433)

Es besteht wenig Interesse über die eigene Person zu reflektieren. Die Selbstwahrnehmung beschränkt sich vorwiegend auf das handelnde Ich (auf selbst Gesagtes bzw. Getanes). Die eigene Person wird stark abhängig von der Situation und Stimmung beschrieben, Affekte werden gemieden, um stabil bleiben zu können. Die Affektwahrnehmung ist eingeschränkt, negative Affekte (wie Wut, Angst, Enttäuschung, Selbstentwertung, Depression) überwiegen. Es gestaltet sich schwierig, die passenden Begriffe zu finden und die eigene Person abgegrenzt von anderen zu betrachten.

Objektwahrnehmung (OPD-2, S. 260, S. 433 - 434)

Die adäquate Beschreibung von anderen ist zwar erschwert, aber prinzipiell möglich und kann insbesondere dann nicht aufrechterhalten werden, wenn sich die Person durch Wünsche und Bedürfnisse anderer in Bedrängnis gebracht sieht. Das Bild des anderen kann dann vorübergehend kippen, was zu Schwierigkeiten in der Beziehung führt. Mit etwas Abstand gelingt es jedoch wieder auf andere und ihre Interessen ein zu gehen.

Das Bild von anderen kann nicht realistisch oder in der entsprechenden Komplexität und Widersprüchlichkeit erfasst werden. Es kommt zu negativen und positiven Überzeichnungen.

Steuerungsfähigkeit

Selbstregulierung (OPD-2, S. 263 - 264, S. 434 - 435)

Die Möglichkeit, in sozial angepasster Form flexibel auf eigene Triebwünsche und Affekte einzugehen, ist aufgrund der starken Fixierung auf bestimmte, verdrängte Wünsche, eingeengt. Triebwünsche können nur in eingeschränkt aufgeschoben und verlagert werden. Es fällt schwer heftige und negative Affekte zu ertragen, das bewusste Steuern bzw. Tolerieren von Affekten und Triebwünschen gelingt häufig nicht (Übersteuerung), es kommt zu verstärkter Selbstkontrolle und eingeschränkter emotionaler Flexibilität, gelegentlich möglicherweise auch zu Impulsdurchbrüchen.

Die überhöhten Ansprüche an sich haben stark kritisierenden Charakter oder wirken

punktuell aufgehoben. Die Regulation des Selbstwertgefühls kann z.B. durch Misserfolge, Meinungsverschiedenheiten gestört werden und zu Empfindlichkeit, Kränkbarkeit, Selbstüberhöhung, Selbstentwertung, Rückzug, Selbstbestrafung oder autoaggressiven Tendenzen führen. Es besteht die Neigung zu übermäßigem Alkoholkonsum und Essanfällen. Bedürfnisse nach Zuwendung und Bestätigung können, wenn überhaupt, nur indirekt geäußert werden.

Regulierung des Objektbezugs (OPD-2, S. 264, S. 435 - 436)

Die Regulierung wichtiger Beziehungen wird durch die beeinträchtigte Impuls-, Affekt- und Selbstwertsteuerung erschwert. Längerfristig werden entweder eigene oder fremde Interessen in extremer Weise überbetont. Es kommt zu keinem Interessensausgleich. Die Fähigkeit zur Antizipation ist nur eingeschränkt möglich, die Reaktionen anderer werden übertrieben negativ eingeschätzt.

Emotionale Fähigkeit

Kommunikation nach innen (OPD-2, S. 267, S. 436 - 437)

Eigene Affekte können nur eingeschränkt gespürt, differenziert, zugeordnet, mitgeteilt und verstanden werden. Es überwiegen negative Affekte wie Enttäuschung, Selbstentwertung, depressive Affektlage, Kränkbarkeit.

Phantasie und Vorstellungskraft sind ebenfalls nur eingeschränkt möglich. Es zeigen sich Unsicherheiten im Körperselbstbild und kein lebendiges Körpererleben. Die Beschreibung des eigenen Körpers wirkt ich-dyston.

Kommunikation nach außen (OPD-2, S. 267, S. 437- 438)

Es zeigt sich ein eingeschränktes und wenig persönliches Interesse an Kontakten zu anderen. Die Kommunikation wird durch das rigide, gebremste Verhalten und die hintergründige, übermäßige Kränk- und Reizbarkeit erschwert. Die Tendenz, Interessen anderer in Bezug auf eigene Wünsche und Befürchtungen hin zu interpretieren, erschwert die Fähigkeit zur Empathie. Um ein Wir-Gefühl zu erreichen, bedarf es eines enormen Aufwandes.

Fähigkeit zur Bindung

Innere Objekte (OPD-2, S. 270 - 271, S. 439)

Das Entwerfen von stabilen, guten, inneren Bildern von wichtigen anderen, um unabhängiger von deren realen, äußeren Präsenz zu werden, ist nur schwer möglich. Insbesondere in schwierigen, belastenden Situationen können diese Bilder recht schnell verblassen. Es stehen nur einige wenige innere Bilder zur Verfügung, die nicht unterstützend wirken, sondern vielmehr antreiben, kritisieren, fordern oder vernachlässigen. Es besteht ein hoher innerer Druck, den Erwartungen von anderen entsprechen zu müssen.

Die zentrale Angst bezieht sich auf die Zerstörung oder den Verlust des wichtigen, stützenden Objektes. Die Fähigkeit zu triadischen Beziehungen (Dreierbeziehungen, vgl. Sohni, 1991, S. 213ff) ist wenig bis gar nicht vorhanden, dyadische Beziehungen (Zweierbeziehungen, vgl. Sohni, 1991, S. 214ff) werden bevorzugt.

Äußere Objekte (OPD-2, S. 271, S. 440)

Es kann eine deutliche Objekt-Abhängigkeit vorliegen, wobei wichtigen anderen eine überhöhte Bedeutung beigemessen wird. Andere werden scheinbar nicht gebraucht, eher funktionalisiert. Es kommt zu unrealistischen Beziehungserwartungen. Sich Unterstützung zu organisieren oder in Anspruch zu nehmen fällt schwer. Abschied nehmen wird vermieden, übergangen oder verkompliziert durch extremes Klammern.

Zu den typischen Abwehrformen zur Stabilisierung des Selbst zählen die Verleugnung, die Wendung gegen die eigene Person, die Reaktionsbildung, die Isolierung und die Projektion⁷. Vorübergehend wird auch auf Abwehrmechanismen der nächstgeringeren Stufe (z.B. Idealisierung, Entwertung, Spaltung) zurückgegriffen. Wie schon erwähnt unterscheidet sich der gestalttherapeutische Zugang zum Thema „Abwehrmechanismen“ deutlich vom psychoanalytischen Ansatz (vgl. Zabransky & Wagner-Lukesch, 2004, S. 138ff).

Personen mit mäßigem Strukturniveau leiden häufig an Versagensängsten und stellen überhöhte Anforderungen an sich. Es besteht die Neigung, Angebote seitens der/des TherapeutIn als Aufgabenstellung zu deuten. Angebote ohne klare Zielvorgaben schüren Versagensängsten und führen zu Stressreaktionen „*Ich weiß*

⁷ Eine sehr anschauliche Erklärung für eine Projektion findet sich z.B. bei Stevens, 1975, S. 64f

nicht, was der Therapeut möchte/ ich mache es sicher falsch ...“ (Hochgerner, 2007, S. 146)

Es wird als hilfreich empfunden, wenn im Vorfeld die Ziele in Übungen möglichst klar benannt werden, um derartigen Stressreaktionen vorzubeugen.

Therapeutisches Vorgehen:

Auf mäßig integriertem Strukturniveau empfiehlt Rudolf (2006, S. 122), eine Mischung aus den therapeutischen Haltungen sich neben die/den PatientIn stellen (vgl. Abschnitt 3.4) und sich die/dem PatientIn gegenüberstellen (vgl. Abschnitt 3.4).

sich neben die/den PatientIn stellen:

Die therapeutische Haltung sich neben die/den PatientIn stellen beinhaltet Techniken zur Stabilisierung der Persönlichkeit, zur Stärkung der Wahrnehmung und wird zur Angstbewältigung eingesetzt. Dazu wird die Situation der Person gemeinsam aus ihrer Sicht näher betrachtet. Gleichzeitig wird im Rahmen dieser therapeutischen Haltung an der bewussten Wahrnehmung gearbeitet, um der Person die Perspektive anderer Menschen näher zu bringen und dadurch ein umfassenderes Bild der Wirklichkeit entstehen zu lassen. Perls (1974, S. 57) bezeichnet diesen Bereich der Bewusstheit als „*bewusstes Wahrnehmen der Welt*“.

sich dem Patienten gegenüberstellen“:

„*Spiegelung*“, das Prinzip „*Antwort*“ und z.T. auch konfrontative Techniken sind Rückmeldungen aus der therapeutischen Position „sich dem Patienten gegenüberstellen“. Auch diese altbewährten Techniken sind förderlich für Personen mit mäßig integriertem Strukturniveau. Um diese therapeutische Position jedoch klar von der sich neben die/den PatientIn stellen abzugrenzen und weil sich diese Haltung auch gut für Personen mit gut integriertem Strukturniveau eignet, werden diese Art der Rückmeldungen im Abschnitt 5.4.1 und 5.4.2 näher behandelt.

5.3.1 Gestalttherapeutische Rückmeldungen von Personen aus der therapeutischen Position sich neben die/den PatientIn stellen

Im Rahmen der therapeutische Haltung des sich neben die/den PatientIn stellen (Rudolf, 2006, S. 122) wird empfohlen, die Situation der Person gemeinsam mit der Therapeutin „von außen“ - also aus einer Meta-Perspektive –zu untersuchen.

Konkret wird die betreffende Person dazu angeleitet, sich das Geschehen auf der Leinwand oder „wie in einem Video, einem Roman, einem Tagebuch, einem Traum, einem Bericht“ (Rudolf, 2006, S. 123) vorzustellen. Nun soll die Person aus dieser Sicht ihre Wahrnehmungen beschreiben / Rückmeldungen geben.

Die/der TherapeutIn greift unterstützend ein, wenn wichtige Details und Zusammenhänge nicht benannt werden. Mit Hilfe von konkreten Fragen können Zusatzinformationen erhoben werden, um die Sichtweise der Person zu erweitern oder zu konkretisieren:

z.B.

„Welche Überschrift würden Sie dieser Szene geben? Was läuft da zwischen ihnen?“

„Worum geht es Ihnen und Ihrer Frau bei dieser Auseinandersetzung? Reden Sie vom selben Thema? Oder geht es Ihrer Frau um etwas anderes?“

„Wie verhält sich Ihre Mutter? Steht sie unterstützend, neutral oder ablehnend zu Ihnen?“

„Welche Rolle nimmt Ihr Bruder in solchen Situationen normalerweise ein?“

„Was würden Sie sagen: Ist das ein heftiger Streit zwischen ihnen oder kommen solche Auseinandersetzungen in dieser Form zwischen ihnen häufiger vor?“

Menschen neigen dazu, sich bestimmte, für sie typische Verhaltensweisen anzugewöhnen, die nicht immer zielführend sind. *„Patient und Therapeut suchen gemeinsam nach neuen Verhaltensmöglichkeiten anstelle der dysfunktionalen Muster.“* (Rudolf, 2006, S 127) Um solche eingefahrene Muster zu unterbrechen, kann nach Handlungsalternativen in einer bestimmten Situation gefragt werden.

z.B. *„Wenn wir die Zeit zurück drehen könnten und Sie noch einmal zur Türe hereinkommen würden. Was würden Sie ihrem Chef dann gerne sagen?“*

„Das Verhalten ihrer Freundin scheint Sie zu ärgern. Was ist es, was Sie konkret ärgert? In welcher Form könnten Sie das ansprechen?“

Um Gefühle zum Ausdruck zu bringen, kann auch der *„leere Stuhl“* zu Hilfe genommen werden. Das Gespräch in Angst besetzten Situationen kann auf diese Weise geübt und die damit verbundenen Ängste abgebaut werden.

Im Rahmen der Gestalttherapie gelten *„warum“* und *„weil“* als *„Schutzworte“*, die zu Begründungen und Erklärungen hervorrufen. (z.B. *„Warum bin ich so gehemmt?“*) (vgl. Roeck, 1985, S. 16-17; Stevens, 1975, S. 110). Durch Antworten auf *„Wie“-*Fragen werden Vorgänge bewusster. (*„Wie mache ich mir selbst Angst?“*) Bewusstes Wahrnehmen ermöglicht Veränderungen und selbst verantwortliches Handeln (vgl. Roeck, 1985, S. 16-17; Stevens, 1975, S. 11).

Von den gestalttherapeutischen Übungen von Stevens erscheinen für dieses Strukturniveau die folgenden Übungen besonders geeignet:

- *„Dialog zwischen Symptom und Mitmensch“* (Stevens, 1975, S. 90)
- *„Umkehrung der vorherrschenden Charakterzüge“* (Stevens, 1975, S. 158)

Beim *„Dialog zwischen Symptom und Mitmensch“* ist ebenfalls empfehlenswert die Anweisung zum Augenschließen in ein Angebot um zu formulieren wie z.B.: *„Wenn sie es möchten, können Sie die Augen schließen.“* Diese Übung regt dazu an, sich aktiv mit den Auswirkungen des speziellen Symptoms auf den Kontakt zu den Mitmenschen auseinander zu setzen. Das Symptom wird dazu aus verschiedenen Blickwinkeln näher betrachtet.

Die Übung *„Umkehrung der vorherrschenden Charakterzüge“* ermöglicht eine unverfängliche Auseinandersetzung mit konträren Eigenschaften der eigenen Person und verschiedenen Blickwinkeln.

5.3.2 Gestalttherapeutische Rückmeldungen an Personen aus der therapeutischen Position sich neben die/den PatientIn stellen

Die/der TherapeutIn kann eine Rückmeldung über das Verhalten der Person in bestimmten Situationen dazu nutzen, um typische Verhaltensweisen bewusst zu machen.

z.B. „Wenn ich dieses Thema anspreche, bekommen Sie immer rote Flecken am Hals.“

„Bisher sind Sie immer ärgerlich geworden, wenn Ihr Vater so etwas zu Ihnen gesagt hat.“

„Es erscheint mir so, als würden Sie sich immer in Ihre Wohnung zurück zu ziehen, wenn Sie traurig sind.“

„Ich habe den Eindruck gewonnen, Sie sprechen als einzige in Ihrer Familie ein Problem direkt an.“

„Sie sagen, ihre Mutter verhält sich so. Das bedeutet nicht, dass es für Sie passend sein muss und dass Sie ihr Verhalten übernehmen müssen. Es gibt noch andere Möglichkeiten diese Situation zu meistern.“

Ebenso können Verhaltensänderungen und Bemühungen zur Verbesserung der Situation angesprochen werden.

z.B. „Mir fällt auf, dass Sie jetzt häufiger durchschlafen können.“

„Sie wirken wieder fröhlicher auf mich, seit Sie von dort weggezogen sind.“

„Seit Sie dort arbeiten, erscheinen Sie mir ausgeglichener und weniger deprimiert.“

„Es ist gut, dass Sie das sagen: Wenn Sie mir sagen, was Sie sich wünschen, geben Sie mir die Möglichkeit darauf einzugehen.“

Im Einzelsetting kann die/der TherapeutIn Handlungsalternativen selbst einbringen.

In einer Gruppe können auch andere dazu befragt werden, wie sie sich in derartigen Situationen verhalten oder wahrscheinlich verhalten würden. Auf diese Weise kann

die ganze Gruppe profitieren und soziale Kompetenzen erwerben.

z.B.: Eine Mitbewohnerin borgt sich laufend etwas aus, gibt es aber nicht mehr zurück. Was würden die einzelnen Personen in einer derartigen Situation gerne sagen? Was könnte hilfreich sein, um beim Standpunkt bleiben zu können, ihr nichts mehr zu borgen?

Für viele ist der Gedanke hilfreich: Wenn die Mitbewohnerin nur befreundet bleiben will, wenn sie etwas bekommt, dann ist sie keine richtige Freundin.

Ein anderer Standpunkt könnte sein: solange die eigenen Bedürfnisse davon nicht beeinträchtigt sind, spielt es keine Rolle, wenn eine Mitbewohnerin mitnascht.

Eine weitere Meinung könnte sein: eine Person fragt nur um etwas, wenn sie selbst nichts hat und darum sollte ihr gegeben werden, worum sie bittet.

Ein anderes Beispiel:

Eine Person kommt zu vereinbarten Terminen immer wieder zu spät oder gar nicht. Welche Möglichkeiten hat die wartende Person?

Die Person freundlich auf ihr Verhalten ansprechen, die Person zuhause oder von der Arbeit abholen, sich eine Beschäftigung für die Wartezeit mitnehmen (Buch, Zeitung, Spiele am Handy etc.), selbst immer zu spät kommen, der Person die Freundschaft kündigen, sich mit der Person nicht mehr treffen,

Bei solchen Übungen ist es wichtig zu betonen, dass es nicht darum geht, eine richtige Lösung zu finden. Vielmehr dienen sie dazu verschiedene Standpunkte kennen zu lernen. Dadurch kann der eigenen Handlungsspielraum erweitert und andere Standpunkte zu einem Thema besser in das eigene Handeln miteinbezogen werden.

Es kann nützlich sein durchzusprechen, was verschiedene Handlungsalternativen zur Folge haben.

z.B.: Wenn die Person der Mitbewohnerin nichts mehr borgt, wird die sie der Person wahrscheinlich unfreundlicher gegenüber treten und vielleicht vorübergehend nicht mehr ihre Freundin bleiben wollen. Es könnte die Entscheidung anstehen: will die Person ihre Sachen nicht mehr verborgen oder ihre Freundin behalten?

5.3.3 Fallbeispiel: Lydia (16)

Lydia wurde aufgrund einer schweren Essstörung (Anorexia nervosa) und psychosomatischen Beschwerden von ihrer Mutter dazu überredet, sich in stationäre Therapie zu begeben. Es fällt ihr zu Beginn der stationären Therapie sehr schwer, ohne ihre Mutter auszukommen. Sie glaubt, ihre Mutter nicht allein lassen zu können. Immer wieder versucht sie wegzulaufen und erklärt in lautstarker, dramatischer Weise, dass sie unbedingt sofort wieder nach Hause möchte.

Beim Essen kommt es zu Beginn der Therapie ebenso zu extremen Gefühlsausbrüchen. Lydia weint und weint und scheint sich gar nicht mehr zu beruhigen. Sie möchte am liebsten gar nichts essen.

Lydia redet ungern über sich und ihre Situation und meidet Themen, die sie emotional berühren könnten, wie z.B. die Trennung ihrer Eltern.

Ihre Eltern haben sich vor zwei Jahren getrennt und ihr Vater hat eine andere Frau geheiratet, die Lydia nicht ausstehen kann. Lydia findet, diese Frau hat ihr den Vater weggenommen. Lydia scheint schockiert darüber gewesen zu sein, dass ihr Vater ausgezogen ist und sie und ihre Mutter im Stich gelassen hat. Was ihre Mutter und ihr Vater zu der jetzigen Situation beigetragen haben, kann und will Lydia nicht sehen. Es scheint so, als würde aus der Sicht von Lydia ausschließlich die neue Frau ihres Vaters dafür verantwortlich sein, dass es zu dieser Situation gekommen ist. Diese Sichtweise ermöglicht es Lydia, sich nicht mit negativen Gefühlen ihrem Vater und ihrer Mutter gegenüber befassen zu müssen. Ihre Mutter ist seit der Trennung sehr traurig und bedrückt. Lydia glaubte, ihr in dieser schweren Zeit beistehen zu müssen.

Es fällt Lydia sichtlich schwer, die innerfamiliäre Situation zu erklären. Es ist spürbar, dass Lydia einerseits loyal zu ihrer Mutter sein möchte, andererseits aber auch ihren Vater sehr gern mag. Die junge Frau wünscht sich alles wäre so wie früher. Über Emotionen in diesem Zusammenhang möchte sie am liebsten nicht sprechen, so als ob dann alles nicht geschehen wäre.

Während einer körperlichen Erkrankung konnte sie vorübergehend nicht viel essen.

Als Lydia bemerkte, wie schnell sie abnehmen kann, verordnete sie sich selbst eine Diät, um ihre Idealfigur zu erlangen. In Folge nahm sie stark ab. Dennoch hatte sie noch immer nicht das Gefühl, schlank genug zu sein. Schließlich war sie in einem derartig schlechten körperlichen Zustand, dass sie ins Krankenhaus gebracht werden musste und im Anschluss daran zur stationären Therapie.

Lydia kann ihren Körper nicht annehmen, wie er ist. Sie empfindet sich als zu „dick“. Aus diesem Grund möchte sie ihr Spiegelbild nicht betrachten und am liebsten nicht über ihren Körper sprechen. Ihr Körper ist zwar vorhanden und sie kann nicht ohne ihn sein, aber sie mag ihn trotzdem nicht besonders. (Dieses Gefühl kann sie erst später näher benennen.)

In der Schule erbrachte Lydia immer gute Leistungen. Ihre Eltern waren von ihr nichts anderes gewöhnt. Mit der Zeit war es für ihre Eltern selbstverständlich, dass Lydia so gute Leistungen erbrachte. Ihr fiel es aber zunehmend schwerer, diesen Erwartungen zu entsprechen.

Die vorherrschende Stimmungslage von Lydia kann als depressiv bezeichnet werden. Manchmal kommt es auch zu Wutausbrüchen. Zu Beginn der Therapie scheinen negative Affekte ihr Stimmungsbild zu beherrschen.

Lydia wollte im Rahmen der Therapie immer genau wissen, wozu sie etwas machen sollte. Wenn sie nicht wusste, was das Ziel einer Aufgabe ist, wurde sie nervös, angespannt und bekam Angst zu versagen.

Zur Veranschaulichung der entsprechenden Rückmeldungen ist im Folgenden eine Sequenz aus den Therapiegesprächen mit Lydia inhaltlich wiedergegeben.

Th.: *„Es wirkt auf mich so, als würdest du deinen Vater sehr vermissen. (RaP⁸)“*

L.: *„Ja, das stimmt. Das Leben früher mit ihm war ganz anders. Damals waren wir noch eine Familie. Damals haben wir noch viel gemeinsam unternommen.“*

Th.: *„Es macht dich traurig, wenn du daran denkst. Stimmt es?“ (RaP)*

L.: *„Ja sehr.“*

8 = Rückmeldung an die Person

- Th.: *„Wie ist es jetzt? Unternimmt er jetzt nichts mehr mit dir?“*
- L.: *„Ich treffe ihn regelmäßig, aber immer gemeinsam mit seiner neuen Frau. Wenn ich die neue Frau meines Vaters sehe, ärgere ich mich jedes Mal aufs Neue. Ich kann sie nicht ausstehen.“ (RvP⁹)*
- Th.: *„Hast du das deinem Vater schon einmal gesagt?“*
- L.: *„Nein, das habe ich nicht gemacht. Das traue ich mich einfach nicht.“ (RvP)*
- Th.: *„Was befürchtest du, wenn du es ihm sagst?“*
- L.: *„Ich befürchte, dass er mich dann nicht mehr sehen möchte.“ (RvP)*
- Th.: *„Hat er so etwas ähnliches schon einmal gesagt? Oder ist das eine Vermutung von dir?“*
- L.: *„Er hat noch nichts dergleichen gesagt.“*
- Th.: *„Ich habe den Eindruck, du würdest deinen Vater lieber ohne seine Frau treffen. Kann das sein?“ (RaP)*
- L.: *„Ja, das stimmt.“*
- Th.: *„Kannst du dir vorstellen, ihm das zu sagen?“*
- L.: *„Ja, das könnte ich machen. Das ist eine gute Idee.“*
- Th.: *„Es wirkt auf mich so, als ob du dir wünschen würdest, dass deine Eltern noch zusammenwohnen würden und ihr regelmäßig alle drei gemeinsam etwas unternehmen würdet. Sehe ich das richtig?“ (RaP)*
- L.: *„Natürlich, aber das wird nicht mehr passieren. Das kann ich vergessen.“*
- Th.: *„Das macht dich sehr traurig (RaP)“*

Im persönlichen Gespräch war spürbar, wie schwer es Lydia fällt, ihre eigenen Emotionen zu zeigen und unter Kontrolle zu halten.

Rückmeldungen darüber, wie die ihre Gefühlslage nach außen hin wirkt,

9 = Rückmeldung von der Person

unterstützten Lydia dabei, ihre eigenen Emotionen wahrzunehmen und näher zu benennen. Emotionen, die Lydia nahe gingen, wurden auf diese Weise ansprechbarer, Wünsche durften wahrgenommen und ausgesprochen werden. Ihr Handlungsspielraum erweiterte sich. (Im konkreten Beispiel konnte sie die Möglichkeit in Betracht ziehen, ihren Vater darauf anzusprechen, dass sie ihn gerne alleine ohne seine neue Frau treffen möchte.)

Mit Unterstützung wurde es Lydia möglich, die Situation ein wenig aus einer Meta-Ebene zu betrachten. Dazu waren Fragen an Lydia förderlich, die sie dazu veranlassten, sich die Situation genauer anzusehen (z.B. *„Was befürchtest du, wenn du es ihm sagst?“* *„Hat er so etwas ähnliches schon einmal gesagt?“*). Auf diese Weise gelang es Lydia, sich die Situation allgemein anzusehen und Rückmeldungen darüber abzugeben.

5.4 Personen auf gut integriertem Strukturniveau

Kognitive Fähigkeiten

Selbstwahrnehmung (OPD-2, S. 259 - 260, S. 432 - 433)

Die Person ist dazu fähig, sich selbst differenziert, realistisch, konstant und kohärent wahrzunehmen. Die eigene Person bzw. das Innenleben kann differenziert bzw. facettenreich sprachlich beschrieben werden. Positive Affekte (wie z.B. Freude, Neugier, Stolz) überwiegen. Negative Affekte treten in unterschiedlicher Form und Ausprägung auf. Die Fähigkeit zur Selbstreflexion kann durch Konflikte vorübergehend beeinträchtigt sein.

Objektwahrnehmung (OPD-2, S. 260, S. 433 - 434)

Affekte, Impulse, Gedanken, Bedürfnisse und Interessen anderer können realistisch, angemessen und abgrenzt wahrgenommen werden. Es gelingt eine realistische, differenzierte, über einen längeren Zeitraum konstante Beschreibung anderer. Dieses Bild kann auch in konflikthaftern Situationen, in groben Zügen, beibehalten werden.

Steuerungsfähigkeit

Selbstregulierung (OPD-2, S. 263, S. 434 - 435)

Die Person nimmt sich als Urheber der eigenen (kompetenten) Handlungen wahr. Ambivalenzen können toleriert, Triebimpulse erlebt, berücksichtigt, kontrolliert integriert und befriedigt werden. Unbehagliche, heftige oder ambivalente Affekte werden ausgehalten, ausgedrückt und angemessen verarbeitet.

Regulierung des Objektbezugs (OPD-2, S. 263, S. 435 - 436)

Wünsche und Interessen anderer können neben den eigenen wahrgenommen und angemessen berücksichtigt werden. Die Fähigkeit zur Antizipation ist gegeben. Es ist möglich, Lösungsvorschläge zu erarbeiten und Meinungsverschiedenheiten ohne verstimmte und gekränkte Reaktionen auszutragen.

Emotionale Fähigkeit

Kommunikation nach innen (OPD-2, S. 667, S. 436 - 437)

Vielfältige, angemessene Affekte können zugelassen und erlebt werden. Fantasien und Träume sind hilfreich bei der Entwicklung von kreativen Lösungen.

Kommunikation nach außen (OPD-2, S. 267, S. 437 - 438)

Es besteht die Möglichkeit zur facettenreichen, emotional-beteiligten Kontaktaufnahme und zum kommunikativen Austausch. U.U. wirken neurotische Konflikte (wie Angst, Scham und Schuldgefühle) störend auf die Kommunikationsbereitschaft.

Empathie, Einfühlungsvermögen und Anteilnahme stehen zur Verfügung.

Fähigkeit zur Bindung

Innere Objekte (OPD-2, S. 270, S. 439)

Unterschiedliche, vielfältige, emotional stabile innere Bilder von wichtigen anderen können bewahrt und von Bildern anderer Personen gut unterschieden werden. Die Zentrale Angst des Selbst bezieht sich auf den Verlust der Zuneigung bzw. der Liebe des Objekts.

Aufgrund positiver Beziehungserfahrungen kann die Person sich beruhigen, für sich selbst sorgen, sich helfen lassen und Zugehörigkeits- bzw. Verantwortungsgefühl entwickeln. Triadische Beziehungen (Dreierbeziehungen, vgl. Sohni H., 1991, S 213ff) können geführt werden.

Äußere Objekte (OPD-2, S. 270, S. 440)

Die Person verfügt über die Fähigkeit sich zu binden und hegt auch den Wunsch Beziehungen zu anderen zu knüpfen, die für sie zwar von emotionaler Bedeutung sind, aber kein Abhängigkeitsverhältnis darstellen.

Objektbindungen können angemessen gelöst werden, indem z.B. eine Trennung von einem verlorenen Objekt betrauert und Abschied genommen wird.

Zu den typischen Abwehrformen zur Stabilisierung des Selbst zählen dem OPD-2 zufolge die Verdrängung, das Rationalisieren und die Verschiebung. Beide werden den reiferen Formen der Abwehr zugeordnet.

Mit den psychoanalytischen Abwehrmechanismen setzen sich die Beiträge von Zabransky & Wagner-Lukesch (2004, S. 138ff) und Blankertz & Doubrawa (2005c) kritisch auseinander.

Als typische Abwehrmechanismen gelten im Rahmen der Gestalttherapie

- die Introjektion (Perls et al., 1991, S. 252),
- die Projektion (Perls et al., 1991, S. 253)
- die Retrofektion (Perls et al., 1991, S. 254) und
- die Konfluenz (Perls et al., 1991, S. 250).

Therapeutisches Vorgehen:

Das therapeutische Vorgehen auf gut integriertem Strukturniveau orientiert sich an der therapeutischen Haltung sich der/dem PatientIn gegenüberstellen (vgl. Abschnitt 3.4) nach Rudolf (2006, S. 122).

Typische Techniken, die im Rahmen dieser therapeutischen Position verwendet werden, um die Entwicklung der betreffenden Person optimal zu fördern, sind „*Spiegelung*“, „*Antwort*“, „*Alterität*“ und „*Konfrontation*“.

Im Rahmen dieser therapeutischen Position kann auch am „*bewussten Wahrnehmen dessen, was dazwischen ist – des Zwischenreich der Phantasie*“ (Perls, 1974, S. 57) gearbeitet werden, „*dass einen daran hindert, in Fühlung mit sich selbst oder mit der Welt zu sein*“ (ebd.).

Stevens (1975) nennt es die „*Wahrnehmung, die sich auf die Aktivität der Phantasie gründet*“, auf denen Aktivitäten wie erklären, vorstellen, interpretieren, vermuten, denken, vergleichen, planen ... basieren.

5.4.1 Gestalttherapeutische Rückmeldungen aus der therapeutischen Position sich der/dem PatientIn gegenüber stellen

In der therapeutischen Position *sich* der/dem PatientIn gegenüber stellen können alle Formen von Rückmeldungen angewendet werden, die

im Kapitel 4.3.1 Feedback bzw. Rückmeldungen über sich selbst (S. 29) und im Kapitel 4.3.2 Feedback bzw. Rückmeldungen geben / nehmen (S. 30)

beschrieben wurden, also sowohl:

Rückmeldungen über mich an eine andere Person oder Personengruppe, als auch Rückmeldungen über eine andere Person an eine andere Person.

Es geht dabei vorwiegend um die differenzierte Wahrnehmung der eigenen Gefühle und den möglichst optimalen Ausdruck der dahinterstehenden Bedürfnisse in Form von Mitteilungen bzw. Wünschen an andere.

Perls (1974) hat bereits anhand von Beispielen gezeigt, wie Rückmeldungen über sich selbst formuliert werden sollten.

Diese Gedanken hat Stevens (1975) aufgegriffen und sowohl anschaulich wie praktikabel zusammengefasst (S. 106 - 117).

Rosenberg (2001) kam zu fast identischen Erkenntnissen wie Stevens. In Form der „*gewaltfreien Kommunikation*“ konkretisierte und perfektionierte Rosenberg diese Ideen, wobei er sich mehr auf die Lehre dieser neuen Form der Kommunikation spezialisiert. Um den Unterschied zwischen der bisher gebräuchlichen und der wünschenswerten neuen Form zu veranschaulichen, verwendet er in seinen Seminaren die Begriffe „*Wolfssprache*“ und „*Giraffensprache*“ (Rosenberg, 2006).

5.4.2 Fallbeispiel: Richard (45)

Richard steht vor der Scheidung. Es kriselt schon seit Jahren immer wieder zwischen ihm und seiner Frau, aber wegen der Kinder (16 und 18) sind sie zusammen geblieben. Mittlerweile sind ihre beiden Kinder alt genug, um die Trennung der Eltern leichter verarbeiten zu können. Darum möchte sich seine Frau jetzt scheiden lassen und zu einem anderen Mann ziehen. Im Zuge dieser Entwicklung verfällt Richard vermehrt in depressive Phasen, aus denen er sich alleine nur schwer wieder lösen kann.

Richard fällt es schwer, sich an diese neue Situation zu gewöhnen. Es macht ihn traurig, dass seine Frau nicht mehr mit ihm zusammen leben möchte und sich seine Familie in absehbarer Zeit komplett auflösen wird. Beide Kinder werden wahrscheinlich studieren. Er weiß nicht, ob er dann alleine im Haus neben seinen Schwiegereltern bleiben möchte oder ob er dann lieber wegziehen sollte. Sein Herz hängt jedoch ziemlich an seinem Haus, weil er es z.T. selbst gebaut hat.

Über einige Monate hinweg betrauert Richard die Veränderung seines gewohnten Umfeldes. Seine Frau vollzieht die Trennung in langsamen Schritten und sorgt sich gleichzeitig um sein Wohlergehen. Ihre Anteilnahme findet er einerseits hilfreich, andererseits erschwert es ihm die emotionale Ablösung.

Die Ankündigung der Trennung nagt am Selbstwert von Richard: er vergleicht sich immer wieder mit dem Mann, mit dem seine Frau in Zukunft zusammenleben möchte. Es fällt ihm schwer nachzuvollziehen, dass seine Frau einen Mann bevorzugt, der zwar ihr Bedürfnis nach Zuneigung stillen, aber sie nicht finanziell versorgen kann.

Nach einiger Zeit beginnt Richard sein Selbstwertgefühl zu steigern, indem er Frauen einfallsreich und liebevoll umwirbt. Es wirkt so, als wäre es ihm wichtig sich zu beweisen, dass er noch sehr begehrenswert auf Frauen wirken kann. Die einzelnen, kleinen Schritte bis zur völligen Trennung bzw. Scheidung bewirken immer wieder kleine Rückschläge in Bezug auf den Aufbau eines neuen Selbstbewusstseins.

Richard gelingt es dennoch sowohl seine Frau, also auch seine Kinder,

Schwiegereltern und viele andere Personen über einen längeren Zeitraum konstant, differenziert und vielschichtig wahrzunehmen und zu beschreiben. An sich selbst nimmt er vielfältige, z. T. widersprüchliche Gefühle, Wünsche und Bedürfnisse wahr. Es ist ihm möglich ambivalente Gefühle auszudrücken und auszuhalten.

Richard kann sich vorstellen, wie sich seine Frau in verschiedenen Situationen voraussichtlich verhalten wird und liegt mit seinen Annahmen nur selten daneben.

Nach einiger Zeit findet auch Richard eine Freundin und lässt sich neuerlich auf eine Beziehung ein.

Um die entsprechenden Rückmeldungen auf diesem Strukturniveau zu veranschaulichen wird im Folgenden eine Sequenz aus den Therapiesprächen mit Richard inhaltlich wiedergegeben.

Kühlschrank:

Th.: *„Du wirkst heute sehr ärgerlich auf mich. Stimmt dieser Eindruck?“ (RaP¹⁰)*

R.: *„Ja, ich bin sehr ärgerlich.“ (RvP¹¹)*

Th.: *„Was macht dich denn so ärgerlich?“*

R.: *„Meine Freundin stellt die Butter immer in das Gemüsefach, man stellt die Butter nicht ins Gemüsefach, sondern man stellt die Butter ins dafür vorgesehene Butterfach.“*

Th.: *„Ich sehe, das bringt die richtig auf die Palme.“ (RaP)*

R.: *„Ja, das stimmt. Ich habe es ihr schon so oft gesagt und es nützt einfach nichts. Sie macht es immer und immer wieder.“*

Th.: *„Mir fällt auf, dass du sehr häufig >man< sagst und >ich< meinst.“ (RaP)*

R.: *„Tatsächlich?“*

Th.: *„Du hast jetzt z.B. gesagt: >man stellt die Butter ins dafür vorgesehene Butterfach<“(RaP)*

R.: *„Das ist auch so vom Hersteller des Kühlschranks vorgesehen.“*

Th.: *„Kannst du bitte stattdessen einmal folgenden Satz sagen: >ich stelle die Butter ins dafür vorgesehene Butterfach, so wie es vom Hersteller vorgesehen ist.<“*

R.: *„Ich stelle die Butter ins dafür vorgesehene Butterfach, so wie es vom Hersteller vorgesehen ist.“*

Th.: *„Wie ist das für dich?“*

R.: *„Klingt komisch“ (RvP)*

Th.: *„Kannst du bitte sagen: das klingt komisch für mich.“*

10 = Rückmeldung an die Person

11 Rückmeldung von der Person

R.: *„Das klingt komisch für mich. Wozu soll das gut sein?“*

Th.: *„Damit sagst du, dass du es so haben möchtest, wie es der Hersteller vorgesehen hat und übernimmst Verantwortung für deine Entscheidung. Du findest es komisch und du redest dabei über dich. Eine andere Person könnte diesen Sachverhalt anders sehen.“*

R.: *„Ja, verstehe.“*

Th.: *„Bitte sag: ja, ich verstehe.“*

R.: *„Ja, ich verstehe.“*

Th.: *„Hast du deiner Freundin schon gesagt, dass du gerne hättest, dass sie die Butter bitte ins Butterfach geben soll?“*

R.: *„Ja, aber ziemlich entnervt und ich habe bestimmt nicht bitte gesagt“*

Anhand dieses Beispiels ist erkennbar, dass es Richard schwer fällt seine Sicht nicht zu verallgemeinern. Um den Verlust der Zuneigung seiner Freundin nicht zu verlieren, versucht er seine Wünsche ihr gegenüber immer wieder als allgemein gültige Regeln zu deklarieren.

Es ist möglich Richard auf diesen Zusammenhang anzusprechen, d.h. ihn mit seinem Verhalten zu konfrontieren und ihm Rückmeldungen über die eigene Sicht seines Verhaltens zu geben. Zuerst versucht er seinen Standpunkt als rational zu erklären. Mit der Zeit gelingt es ihm dann zunehmend besser, zu seiner Meinung zu stehen und die Verantwortung dafür zu übernehmen.

Richard kann seine Sicht der Dinge und die Sicht seiner Partnerin immer klarer und differenzierter beschreiben.

Wenn Richard es möchte, kann er auf alle Formen von Rückmeldungen an eine andere Person zurückgreifen. Ebenso besteht die prinzipielle Fähigkeit Rückmeldungen von anderen aufzunehmen, zu verstehen und zu verarbeiten.

Aus therapeutischer Sicht stehen also alle Arten von Rückmeldungen zur Auswahl, um Richard bei der Lösung seiner Konflikte zu unterstützen.

6. Resümee über die Kombination von gestalttherapeutischen Techniken mit der strukturbezogenen Psychotherapie bezogen auf die Auswahl von Rückmeldungsformen

In den vorangehenden Kapiteln wurden zugrundeliegende Begriffe wie z.B. OPD, Strukturbezogene Psychotherapie, Rückmeldungen und Feedback definiert. Anhand von Fallbeispielen wurden die unterschiedlichen Strukturniveaus besprochen und nach entsprechenden gestalttherapeutischen Rückmeldungen gesucht.

Dieser Abschnitt enthält zunächst eine Zusammenfassung der Ergebnisse dieser Untersuchung. Anschließend folgen Überlegungen zu Erweiterungen bzw. Verbesserungen der derzeitigen Theorie und Praxis.

6.1 Was kann die OPD bei der Auswahl von Rückmeldetechniken in die Integrative Gestalttherapie einbringen?

Die OPD ist ein brauchbares Instrument zur Beschreibung dessen, was wahrnehmbar und beschreibbar ist. Sie bietet einen enormen Vorrat an Erklärungsmodellen und Begrifflichkeiten für verschiedenste Phänomene an, der den sich in Behandlung befindlichen Personen zur Verfügung gestellt werden kann.

Die Dimension der Strukturachse der OPD-2 ermöglicht eine umfangreiche, detaillierte Beschreibung der strukturellen Fähigkeiten einer Person. Aufgrund der Zuordnung zu einem bestimmten Strukturniveau können die persönlichen Möglichkeiten einer Person leichter eingeschätzt und die Auswahl der entsprechenden therapeutischen Haltung nach Rudolf vorgenommen werden (vgl. Hochgerner, 2007, S. 136)

Das Strukturniveau kann sich auch deutlich vom Funktionsniveau unterscheiden. Das Funktionsniveau beschreibt die psychische, soziale und berufliche Funktionsfähigkeit (siehe Abbildung 13; vgl. Seim, 2008, S. 11). Hinter hohen Funktionsniveaus können sich strukturelle Defizite verbergen, wodurch die Symptomatik manchmal weniger ausgeprägt erscheint. Die Beschreibung und Einschätzung der Symptomatik auf der Strukturachse der OPD erleichtert das Erkennen einer Diskrepanz zwischen Funktionsniveau und Strukturniveau, wodurch in weiterer Folge die therapeutische

Vorgangsweise besser auf die spezielle Symptomatik abgestimmt werden kann.

Code (Benutzen Sie auch entsprechende Zwischenwerte, z. B: 45, 68, 72)

- 100-91** Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten; Schwierigkeiten im Leben scheinen nie außer Kontrolle zu geraten; keine Symptome.
- 90-81** Keine oder nur minimale Symptome (z.B. leicht Angst vor einer Prüfung), gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten, interessiert und eingebunden in ein breites Spektrum von Aktivitäten, sozial effektiv im Verhalten, im allgemein zufrieden mit dem Leben, übliche Alltagsprobleme oder -sorgen (z.B. nur gelegentlicher Streit mit einem Familienmitglied).
- 80-71** Wenn Symptome vorliegen, sind dies vorübergehende oder zu erwartende Reaktionen auf psychosoziale Belastungsfaktoren (z.B. Konzentrationsschwierigkeiten nach einem Familienstreit); höchstens leichte Beeinträchtigung der sozialen beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. zeitweises Zurückbleiben in der Schule).
- 70-61** Einige leichte Symptome (z.B. depressive Stimmung oder leichte Schlaflosigkeit ODER einige leichte Schwierigkeiten hinsichtlich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. gelegentliches Schuleschwänzen oder Diebstahl im Haushalt), aber im allgemeinen relativ gute Leistungsfähigkeit, hat einige wichtige zwischenmenschliche Beziehungen.
- 60-51** Mäßig ausgeprägte Symptome (z.B. Affektverflachung, weitschweifige Sprache, gelegentliche Panikattacken) ODER mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. wenige Freunde, Konflikte mit Arbeitskollegen, Schulkameraden oder Bezugspersonen).
- 50-41** Ernste Symptome (z. B. Suizidgedanken, schwere Zwangsrituale, häufige Ladendiebstähle) ODER eine Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. keine Freunde, Unfähigkeit, eine Arbeitsstelle zu behalten).
- 40-31** Einige Beeinträchtigungen in der Realitätskontrolle oder der Kommunikation (z. B. Sprache zeitweise unlogisch, unverständlich oder belanglos) ODER starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen, z. B. Arbeit oder Schule, familiäre Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder Stimmung (z. B. ein Mann mit einer Depression vermeidet Freunde, vernachlässigt seine Familie und ist unfähig zu arbeiten; eine Kind schlägt häufig jüngere Kinder, ist zu Hause trotzig und versagt in der Schule).
- 30-21** Das Verhalten ist ernsthaft durch Wahnphänomene oder Halluzinationen beeinflusst ODER ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens (z.B. manchmal inkohärent, handelt grob inadäquat, starkes Eingenommensein von Selbstmordgedanken ODER Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen (z. B. bleibt den ganzen Tag im Bett, hat keine Arbeit, Kein Zuhause und keine Freunde).
- 20-11** Selbst- und Fremdgefährdung (z. B. Selbstmordversuche ohne eindeutige Todesabsicht, häufig gewalttätig, manische Erregung) ODER ist gelegentlich nicht in der Lage, die geringste Hygiene aufrechtzuerhalten (z. B. schmiert mit Kot) ODER grobe Beeinträchtigung der Kommunikation (größtenteils inkohärent oder stumm).
- 10-1** Ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu verletzen (z. B. wiederholte Gewaltanwendung) ODER anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten ODER ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht.
- 0** Unzureichende Informationen

Abbildung 13:

GAF-Skala: Global Assessment of Functioning Scale in: Diagnostische Kriterien und Differentialdiagnosen des diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen DSM-III.R
zit. nach: www.psychiatrie-in-berlin.de/soziotherapie/gaf_skala.pdf, Zugriff am 14.6.2013

6.2 Was kann die Strukturbezogene Psychotherapie bei der Auswahl von Rückmeldetechniken in die Integrative Gestalttherapie einbringen?

Wie anhand von Fallbeispielen bereits gezeigt werden konnte, macht es durchaus Sinn die therapeutischen Haltungen nach Rudolf mit den Techniken und Auffassungen der Integrativen Gestalttherapie zu verbinden und auf die besonderen Bedürfnisse der entsprechenden Strukturniveaus einzugehen (vgl. Hochgerner, 2007, S. 136).

Im Sinne des „*Awareness*“ bzw. des „*Gewahrseins*“ werden im Rahmen der Gestalttherapie üblicherweise Rückmeldungen von der/dem TherapeutIn an die Person besonders sorgsam und sparsam eingesetzt (vgl. z.B. Blankertz & Doubrawa, 2005a). Es konnte jedoch gezeigt werden, in welcher Form Personen auf den unterschiedlichen Strukturniveaus von Rückmeldungen durch die/den TherapeutIn profitieren können. Insbesondere für angehende PsychotherapeutInnen stellt die Kenntnis der verschiedenen Strukturniveaus mit der entsprechenden therapeutischen Haltungen nach Rudolf eine Erleichterung bei der Auswahl von Rückmeldungen dar.

6.3 Was bringt die Integrative Gestalttherapie in Zusammenhang mit Rückmeldungen?

Das methodische Spektrum der Integrativen Gestalttherapie kann als sehr vielfältig und umfassend bezeichnet werden. Es gibt nahezu unerschöpflich viele Möglichkeiten zur Förderung der *Awareness* bzw. des *Gewahrseins*. Besonders hervorzuheben ist diesbezüglich die Sammlung an Übungen von Stevens (1975). In dieser Arbeit wurden nur einige, wenige Techniken aufgezeigt, die in Zusammenhang mit Rückmeldungen besonders nützlich erschienen sind.

Im Folgenden möchte ich nochmal kurz zusammenfassen, welche Formen der Rückmeldungen in Gruppen auf den einzelnen Strukturniveaus zu empfehlen sind, um die Möglichkeiten auf den einzelnen Strukturniveaus zu verdeutlichen:

Wenn sich in einer Gruppe mehrere Personen auf desintegriertem Strukturniveau befinden, besteht die Möglichkeit auf „*Einzelarbeiten in Gruppen*“ zurück zu greifen. Personen auf gering integriertes Strukturniveau profitieren besonders von

Wahrnehmungsübungen in der Gruppe. Das Beschreiben der eigenen Wahrnehmungen erweitert das Spektrum der anderen TeilnehmerInnen und umgekehrt.

Personen auf mäßigem Strukturniveau sollten dazu befragt werden, wie sie sich in bestimmten Situationen verhalten würden, um die sozialen Kompetenzen der einzelnen Personen zu erweitern.

Auf gut integriertem Strukturniveau können alle Formen von Rückmeldungen angewendet werden, auch die sehr verbreitete Form des Feedbacks geben und nehmen.

In der Integrativen Gestalttherapie steht die Person und ihr Erleben im Zentrum und mit ihr wird vorrangig gearbeitet (vgl. Voitsmeier, 1998, S. 4). Die sprachliche, kulturelle und situationsspezifische Anpassung der angewandten Techniken an die jeweilige Person steht in der Integrativen Gestalttherapie im Vordergrund.

6.4 Weiterführende Überlegungen

Im Folgenden werden drei zentrale Gesichtspunkte zur Erweiterung bzw. Verbesserung der bisher ausgeführten Konzepte dargestellt:

- Differenzierung zwischen desintegriertes Strukturniveau und Dissoziation
- Umgang mit Schwankungen des Strukturniveaus
- Ressourcenorientierung

6.4.1 Differenzierung zwischen desintegriertem Strukturniveau und Dissoziation

Im Rahmen der Strukturachse der OPD-2 wurde bisher auf Dissoziationen wenig Bezug genommen.¹²

Bei Dissoziationen handelt es sich um eine „*strukturelle Aufspaltung mentaler Prozesse, bei der es zur Abspaltung von Wahrnehmung, Bedeutungen, Gefühlen, Erinnerungen oder gar Teilen der Identität kommen kann*“ (Buttollo et. al., 1999, S. 45).

¹² Schauenburg (2013) kündigt Arbeiten von Freyberger und Greifswald zum Thema „*dissoziative Störungen*“ an.

Unter dem Begriff „Dissoziation“ werden verschiedene Symptome zusammengefasst. Näheres zu diesem Thema findet sich z.B. im ICD-10 (S. 329ff), im DSM IV (S. 543) oder zusammengefasst bei Breunig (2003, S. 23ff).

ICD-10	DSM-IV
Dissoziative Amnesie	Dissoziative Amnesie
Dissoziative Fugue	Dissoziative Fugue
Dissoziativer Stupor	
Dissoziative Trance- und Besessenheitszustände	
Dissoziative Bewegungsstörungen	Konversionsstörung
Dissoziative Krampfanfälle	
Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen	
Dissoziative Störungen, gemischt	
Sonstige Dissoziative Störungen	
Ganser-Syndrom	
Multiple Persönlichkeit	Dissoziative Identitätsstörung
Sonstige näher bezeichnete Dissoziative Störung	
Nicht näher bezeichnete Dissoziative Störung	Nicht näher bezeichnete Dissoziative Störung
Depersonalisations-/Derealisationsstörung	Depersonalisationsstörung

Abbildung 14: Konzeptualisierung der Dissoziativen Störungen in ICD-10 und DSM-IV (Breunig, 2003, S. 28)

Auch im Rahmen der Strukturbezogene Psychotherapie wurden die Besonderheiten dieser Symptomatik noch wenig berücksichtigt. Insbesondere die Unterschiede in der Behandlung von dissoziativen Störungen und psychotischen Störungsbildern wurde nicht thematisiert.

Rudolf sieht Dissoziationen als „ausgeprägte Abwehrvorgänge“ auf desintegriertem Strukturniveau (Rudolf, 2006, S. 63). Wenn Dissoziationen, „Flashbacks“ oder überflutenden, negativen Affekten auftreten, empfiehlt Rudolf (2006, S. 151) imaginative Übungen zur Wiederherstellung des Sicherheitsgefühls und der Handlungsfähigkeit.

Imaginationen wie z.B. „innerer, sicherer Ort“ (Reddemann, 2003, S. 3; Reddemann et.al., 2007, S. 125) oder „inneren Tresor“ (Reddemann et.al., 2007, S. 126) erscheinen diesbezüglich als besonders hilfreich.

Rückmeldungen an Personen in dissoziativen Zuständen beziehen sich auf das Hier und Jetzt, wie z.B.:

„Sie befinden sich jetzt in Sicherheit.“ „Hier kann Ihnen niemand etwas anhaben.“

Wenn die Person wieder in der Lage ist zu sprechen, kann sie auch danach befragt werden, was sie im Hier und Jetzt in diesem Raum wahrnimmt. Ziel ist es, die Wahrnehmung von der Vergangenheit in die Gegenwart zu bewegen (vgl. Reddemann, 2006, S. 297ff).

Zur Behandlung von Menschen mit dissoziativen Störungen empfiehlt es sich selbstverständlich sich fachkundig zu machen, d.h. Aus- und Fortbildungen zu diesem Thema zu besuchen und sich mit facheinschlägiger Literatur zu befassen.

6.4.2 Umgang mit Schwankungen des Strukturniveaus

Das Strukturniveau einer Person stellt keine stabile, konstante, unflexible Größe dar. Es geht um veränderbare Strukturen, die abgegrenzt vom Funktionsniveau einer Person vorhanden sind. Wie es zum Wechsel zwischen den verschiedenen Niveaus kommt und welche Änderungen bzw. besonderen Schwierigkeiten durch die Anwendung spezieller therapeutischen Haltungen zu erwarten sind, wurde im OPD und in der strukturbezogenen Psychotherapie noch nicht näher beschrieben.

Durch die Behandlung und Psychotherapie sollte u.a. eine Verbesserung des Strukturniveaus erreicht werden. Wenn eine diesbezügliche Veränderung erreicht werden konnte, zeigt sich das u.a., indem eine Person über die Fähigkeit verfügt, Rückmeldungen auf höherem Strukturniveau an zu nehmen oder zu geben.

Während der psychotherapeutischen Behandlung ist zumindest mit vorübergehenden Rückschlägen auf niedrigere Strukturniveaus zu rechnen.

Auf diese Schwankungen sowie die unterschiedliche Ausprägung in unterschiedlichen Bereichen wird bisher in der OPD-2 und in der strukturbezogenen Psychotherapie noch zu wenig Bezug genommen.

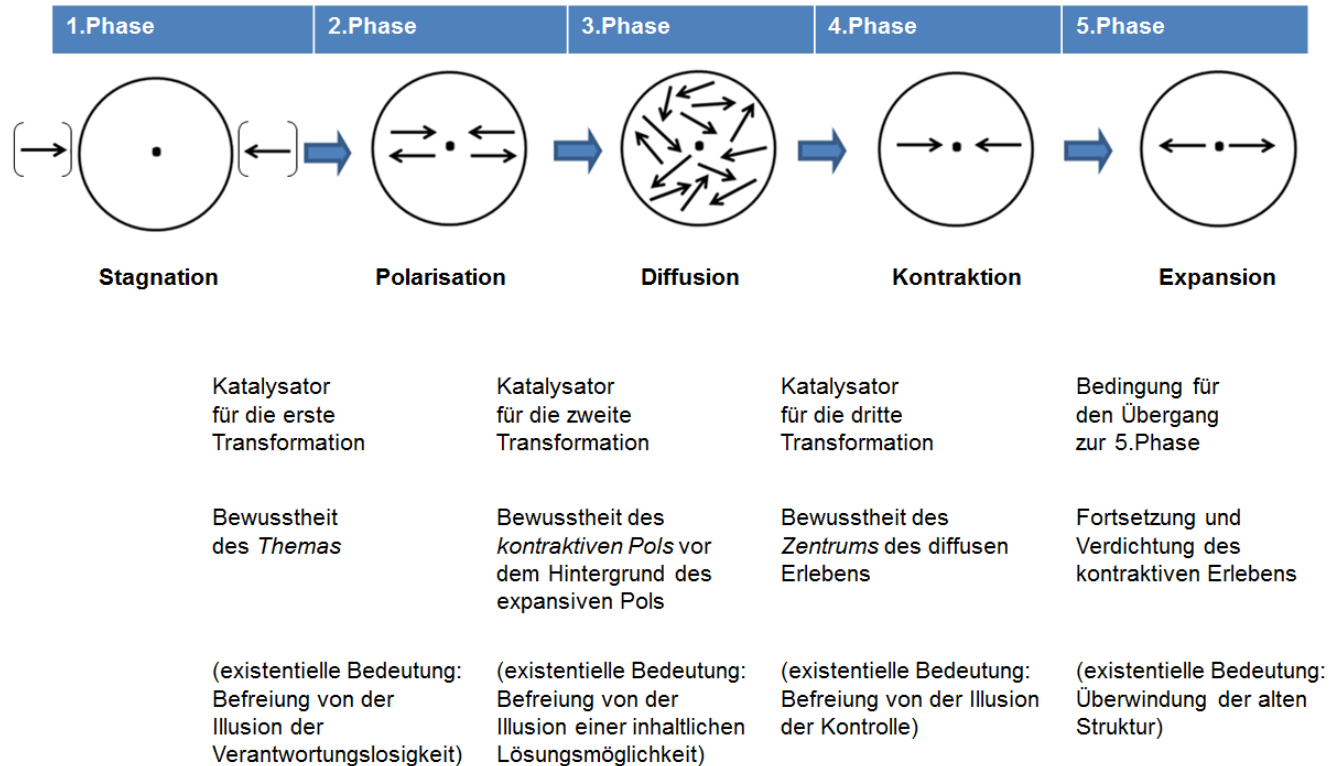
Falls das Strukturniveau einer Person einmal höher ist, könnte das bessere Niveau vorsichtig dazu genützt werden, um weitere Veränderungen einzuleiten. Es stellt sich jedoch immer wieder die Frage, ob es bei einer Verbesserung des Strukturniveaus nicht sinnvoller ist, zuerst das „*neue Niveau*“ zu sichern und nicht gleich wieder durch Überforderung zu gefährden, denn wie Perls (1974, S. 11) schon feststellte, ist

Wachstum ein Prozess, der Zeit erfordert.

In diesem Zusammenhang erweisen sich Überlegungen von Staemmler und Bock (1987) als hilfreich, die sich näher mit den verschiedenen Stadien von Veränderungsprozessen und deren Übergängen beschäftigt haben (siehe Abb. 15). Es wird gezeigt, welche therapeutischen Maßnahmen sinnvoll eingesetzt werden können, um eine Veränderung zu begünstigen. Die Stadien der Veränderung, die sie beschreiben, können parallel auf verschiedene Themenbereiche angewendet werden. Es wurde jedoch nicht der Versuch unternommen, verschiedene Themenbereiche miteinander in Beziehung zu setzen.

Ebenso könnte das Konzept der „*hermeneutische Spirale*“ von Petzold interessante Aspekte in Bezug auf die Übergänge zwischen den verschiedenen Strukturniveaus anbieten (vgl. Kapitel 3.5, S. 22; Petzold et al., 2000, S. 8). Es wird deutlich, wie eine „*Veränderung*“ bzw. „*Neuorientierung*“ möglich wird. Auch das Konzept der hermeneutischen Spirale geht nicht näher auf die Verbindung zwischen den unterschiedlichen Bereichen ein.

Für so schnelle Veränderungen, wie es bei Dissoziationen häufig der Fall ist, bieten aber auch diese beiden Konzepte keine plausible Erklärung.



DER PROZESS MENSCHLICHER VERÄNDERUNG IN DER GESTALTTHERAPIE

Abbildung 15: vgl. Staemmler & Bock (1987, S. 139)

6.4.3 Ressourcenorientierung

Der Sprachgebrauch im Rahmen der der Strukturbezogenen Psychotherapie Strukturachse und der OPD kann zum überwiegenden Teil als problemorientiert bezeichnet werden. Die OPD bezieht sich vorwiegend auf die Krankheitslehre, also auf das Beschreiben von Krankheitsbildern. Die Strukturbezogene Psychotherapie konzentriert sich auf die Behandlung von „*strukturellen Störungen*“, also auf fehlende oder mangelnde Fähigkeiten. Die Fähigkeiten und Ressourcen von Personen werden hingegen kaum berücksichtigt.

Im Rahmen der integrativen Gestalttherapie wird hingegen mit sprachlichen Formulierungen und Ressourcen sorgfältiger und bewusster umgegangen. Um die Ressourcen einer Person besser einschätzen zu können, wurde in die Integrative Gestalttherapie das Konzept der „*fünf Säulen der Identität*“ (vgl. Abb. 16) eingeführt. Da jedoch Störungen als gesunde Reaktionen auf die sozialen und gesellschaftlichen Umstände angesehen werden (siehe z.B. Perls et al., 1991, S. 70 ff), blieb in der

Gestalttherapie über lange Zeit die Krankheitslehre ausgeklammert.

Es wäre wünschenswert, wenn durch eine sinnvolle Kombination dieser beiden Anschauungen eine Theorie erarbeitet werden könnte, welche die Vorteile beider Konzepte beinhaltet.

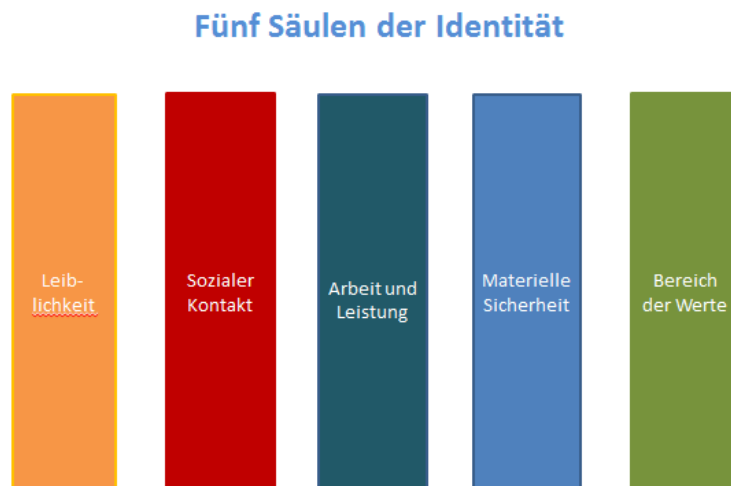


Abbildung 16:
„Fünf Säulen der Identität“ (vgl. Rahm et. al. 1993, S. 155)

7. Literaturverzeichnis

- Antons, K. (1973). *Praxis der Gruppendynamik: Übungen und Techniken*. Göttingen: Hogrefe.
- Arbeitskreis OPD. (2006). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung (2. überarbeitete Auflage)*. Bern: Hans Huber.
- Baer, U. (2004). *Gefühlssterne Angstfresser Verwandlungsbilder : Kunst- und gestaltungstherapeutische Methoden und Modelle*. Affenkönig: Neukirchen-Vluyn .
- Beaumont, H. (2003). Zur Erlösung der Väter. *Gestaltkritik (Heft 2)*, http://www.gestalt.de/beaumont_vaeter.html; Zugriff am 14.7.2013.
- Bernstädt, J., & Hahn, S. (2010). *Handbuch für Ausbildung und Praxis*. Bergisch-Gladbach: EHP-Verlag Andreas Kohlhaage.
- Bilek, H. P., & Hans Peter, W. (1996). Gestalttherapie bei psychotischen Störungen. In R. Hutterer-Krisch, *Psychotherapie mit psychotischen Menschen (2. erweiterte Auflage)* (S. 211 - 228). Wien, New York: Springer.
- Blankertz S. & Doubrawa, E. (2005). *Lexikon der Gestalttherapie*. Wuppertal: Peter Hammer Verlag, www.gestalttherapie-lexikon.de/index.htm Zugriff am 8.9.2012.
- Blankertz, S. (1996). *Gestalt begreifen (2. überarbeitete und erweiterte Auflage)*. Wuppertal: Peter Hammer Verlag GmbH.
- Blankertz, S., & Doubrawa, E. (2005). Stichwort: Gestalt-Gruppentherapie. In S. Blankertz, & E. Doubrawa, *Gestaltlexikon*. Wuppertal: Peter Hammer Verlag, <http://www.gestalttherapie-lexikon.de/gestalt-gruppentherapie.htm>, Zugriff am 1.11.2012.
- Blankertz, S., & Doubrawa, E. (2005a). Stichwort: Interventionen. In S. Blankertz, & E. Doubrawa, *Gestaltlexikon*. Wuppertal: Peter Hammer Verlag, <http://www.gestalttherapie-lexikon.de/intervention.htm>, Zugriff am 16.6.2013.
- Blankertz, S., & Doubrawa, E. (2005b). Stichwort: Achtsamkeit. In S. Blankertz, & E. Doubrawa, *Gestalt-Lexikon*. Wuppertal: Peter Hammer Verlag, http://www.gestalttherapie-lexikon.de/adler_alfred.htm, Zugriff am 19.6.2013.
- Blankertz, S., & Doubrawa, E. (2005c). Stichwort: Widerstand. In S. Blankertz, & E. Doubrawa, *Gestaltlexikon*. Wuppertal: Peter Hammer Verlag,.
- Bohlen, I. (2004). Gruppendynamik. In M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm, & L. Nausner, *Gestalttherapie* (S. 253 - 271). Wien: Falcutas.
- Breunig, D. (2003). *Trauma, Dissoziation und Affekte - Mimisch affektiver Ausdruck bei traumatisierten Patienten*. Saarbrücken: Diplomarbeit im Rahmen des Trauma-I-Projekts der Klinischen Psychologie der Universität des Saarlandes.

- Butollo, W., Krüsmann, M., & Hagl, M. (1999). *Kreativität und Destruktion posttraumatischer Bewältigung, Forschungsergebnisse und Thesen zum Leben nach dem Trauma*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett Cotta.
- Daniel, C. (1981). Das Fassaden-Ich des Identitätsarbeiters. In C. Daniel, *Theorien der Subjektivität. Einführung in die Soziologie des Individuums*. Frankfurt, New York: Campus Verlag.
- Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information. (1994). *ICD-10, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme*. München-Wien-Baltimore: Urban & Schwarzenberg.
- Fengler, J. (1998). *Feedback geben. Strategien und Übungen*. Weinheim: Beltz.
- Fengler, J. (2002). *Handbuch der Suchtbehandlung: Beratung - Therapie - Prävention*. Landsberg / Lech: ecomed.
- Fuhr, R., Sreckovic, M., & Gremmler-Fuhr, M. (2006). Das Menschenbild der Gestalttherapie von F.S.Perls, L. Perls und P.Goodmann. *Integrative Therapie 1-2*, 117-156.
- Gessmann, H.-W. (1998). Das "Sharing" im Klassischen und im Humanistischen Psychodrama. *Internationale Zeitschrift für Humanistisches Psychodrama, Juni 1998, 4. Jahrgang, Heft 1*.
- Hartmann-Kotteck, L. (2008). *Gestalttherapie*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Henning Saß, H.-U. W. (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, DSM IV -TR*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe-Verlag.
- Hochgerner, M. (2007). *Gegenstände in der Psychotherapie*. Masterthese: Donau Universität Krems.
- Hutterer-Krisch, R., Luif, I., & Baumgartner, G. (1999). *Neue Entwicklungen in der Integrativen Gestalttherapie - Wiener Beiträge zum Theorie-Praxis-Bezug*. Wien: Facultas Wiener Universitätsverlag WUV.
- Kernberg, O. (1985). *Schwere Persönlichkeitsstörungen: Theorie, Diagnose, Behandlungsstrategien*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Klampfl, P. (2007). *Selbsterstörung und Selbstfürsorge im Kontext stationärer Krisentherapie bei Menschen mit Persönlichkeitsstörung*. Masterthese: Donau-Universität Krems.
- Kohut, H. (1976). *Narzißmus: Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzißtischer Persönlichkeitsstörungen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Lewin, K. (1963). *Feldtheorie in den Sozialwissenschaften*. Bern: Huber.
- London, M. (1997). *Job feedback: giving, seeking, and using feedback for performance improvement*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Luft, J. &. (1955). *The Johari window, a graphic modell for interpersonal relations*. Los Angeles: University California.

- Luft, J. (1963). *Einführung in die Gruppendynamik*. Stuttgart: Ernst Klett.
- Majce-Egger, M. (1999). *Gruppentherapie und Gruppendynamik - dynamische Gruppenpsychotherapie, theoretische Grundlagen, Entwicklungen und Methoden*. Wien: Facultas Universitätsverlag.
- Mentzos, S. (2009). *Lehrbuch der Psychodynamik. Die Funktion der Dysfunktionalität psychischer Störungen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Norcross, J. C. (1995). Psychotherapie-Integration in den USA. Überblick über eine Metamorphose. *Integrative Therapie, Heft 1, 21.Jg.*, 45 -61.
- Perls F., Hefferline, R., & Goodman, P. (1951). *Gestalttherapie, Grundlagen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Perls, F. S. (1974). *Gestalt-Therapie in Aktion*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Petzold H. & Hass W. & Märtens M. & Steffan, A. (2000). *Wirksamkeit Integrativer Therapie in der Praxis - Ergebnisse einer Evaluationsstudie im ambulanten Setting*. <http://www.integrative-therapie.ch/forschung/wirksamkeit-a.htm>, Zugriff am 21.9.2012.
- Petzold, H. G. (1987). *Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung*. Paderborn: Jungfermann-Verlag.
- Petzold, H. G. (1993). *Integrative Therapie: Modelle, Theorien und Methoden einer schulenübergreifenden Psychotherapie (2. überarbeitete und erweiterte Auflage)*. Paderborn: Jungfermannsche Verlagsbuchhandlung.
- Petzold, H. G. (1994). Entwicklungen in der Gestalttherapie von Fritz Perls. In C. Freiler, D. Ventouratou-Schmetterer, C. Reiner-Lawugger, & R. Bösel, *100 Jahre Fritz Perls: Internationale Psychotherapietagung der Fachsektion für Integrative Gestalttherapie ÖAGG* (S. 15 - 72). Wien: Facultas.
- Petzold, H. G. (2009). Zur Wissensstruktur der Integrativen Therapie – für PsychotherapeutenkollegInnen. *POLYLOGE Materialien aus der Europäischen Akademie, Ausgabe 03/ 2009*, Zugriff am 4.8.2013.
- Petzold, H. G. (2012). *Integrative Therapie - Transversalität zwischen Innovation und Vertiefung*. FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen und <http://www.integrative-therapie.ch/forschung/wirksamkeit-a.htm>, Zugriff am 21.9.2012.
- Rahm, D., Otte , H., Bosse, S., & Ruhr-Hollenbach, H. (1993). *Einführung in die Integrative Therapie*. Paderborn: Junfermannsche Verlagsbuchhandlung.
- Reddemann, L. (2001). *Imagination als heilsame Kraft: Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*. Stuttgart: Pfeifer bei Klett-Cotta.
- Reddemann, L. (2003). Die psychodynamisch imaginative Traumatherapie (PITT). *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, S. 1 - 8, Heft 2.
- Reddemann, L. (2006). Achtsamkeit in der tiefenpsychologisch fundierten Traumatherapie. *Psychotherapie im Dialog*, S. 297 - 301.

- Reddemann, L., Hofmann, A., & Gast, U. (2007). *Psychotherapie dissoziativer Störungen*. Thieme: Verlag C.H. Beck.
- Richter, K. F. (2011). *Erzählweisen des Körpers*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Roeck, B.-P. (1985). *Gras unter meinen Füßen Eine ungewöhnliche Einführung in die Gestalttherapie*. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.
- Ronall, R., & Feder, B. (1983). *Gestaltgruppen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rosenberg, M. (2001 / überarbeitete und erweiterte Auflage 2004). *Gewaltfreie Kommunikation - eine Sprache des Lebens*. Paderborn: Junfermann.
- Rosenberg, M. (2006). *Einführung in die Gewaltfreie Kommunikation (3 DVDs)*. Originalaufzeichnung eines Seminars in München 2.-4. Mai 2006: Auditorium Netzwerk.
- Rudolf, G. (2002). *Vorteile und Risiken der Klassifikation*. Lindauer Psychotherapiewochen (www.Iptw.de, Zugriff am 27.7.2012).
- Rudolf, G. (2006). *Strukturbezogene Psychotherapie, Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen (2. neu bearbeitete und erweiterte Auflage)*. Stuttgart: Schattauer.
- Salem, E. (2004). Frühe Störungen als Anwendungsgebiet von Gestalttherapie. In M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm, L. Nausner, & E. Wildberger, *Gestalttherapie* (S. 289 - 306). Wien: Facultas.
- Saß, H., Wittchen, H. U., & Zaudig, M. (1996). *Diagnostisches und Statisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen-Bern-Toronto-Seattle: Hogrefe - Verlag für Psychologie.
- Schauenburg, H. (2013). *Was ist die "Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik?"* . Göttingen: <http://www.uni-giessen.de/sschneider/lernsystem/subjects/diag/opd>; Zugriff am 4.7.2013.
- Seim, G. (2008). *Kreative Gestaltarbeit in der strukturbezogenen Psychotherapie*. Wien: Graduirungsarbeit Fachsektion im ÖAGG.
- Sohni, H. (1991). Mutter, Vater, Kind - Zur Theorie dyadischer und triadischer Beziehungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 40, 213 - 221, Heft 6.
- Staemmler, F. M. (1995). Kultivierte Unsicherheit, Gedanken zu einer gestalttherapeutischen Haltung. *Gestaltkritik*.
- Staemmler, F. M., & Bock, W. (1987). *Neuentwurf der Gestalttherapie. Ganzheitliche Veränderungen im therapeutischen Prozess*. München: J. Pfeiffer.
- Steffan, A., & Petzold, H. (2001). Das Verhältnis von Theorie, Forschung und Qualitätsentwicklung in der Integrativen Therapie. In A. Leitner, *Strukturen der Psychotherapie* (S. 447 - 491). Wien: Krammer Verlag.
- Stevens, J. O. (1975). *Die Kunst der Wahrnehmung - Übungen der Gestalttherapie*. München: Chr. Kaiser Verlag.

- Tophoff, M. (1994). Gestalttheorie als ästhetisches Veränderungsparadigma. In C. Freiler, D. Ventouratou-Schmetterer, C. Reiner-Lawugger, & R. Bösel, *100 Jahre Fritz Perls: Internationale Psychotherapietagung der Fachsektion für Integrative Gestalttherapie ÖAGG* (S. 111 - 118). Wien: Facultas.
- Votsmeier, A. (1998). Borderline-Störungen, Psychotherapie 1998, Stationäre Therapie von Borderline-Störungen nach einem psychodynamisch-integrativen Ansatz. Das Grönenbacher Modell. in: *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie 1, CIP-Medien; http://www.helios-kliniken.de/fileadmin/user_upload/Helios-Klinken.de/Bad_Groenenbach/Artikel_Borderline_Literatur.pdf*, Zugriff am 29.9.2012.
- Zabransky, D., & Wagner-Lukesch, E. (2004). Grundlagen der Gestalttheoretischen Psychotherapie. In M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm, L. Nausner, & E. Wildberger, *Gestalttherapie* (S. 125 - 145). Wien: Facultas.
- Zinker, J. (1982). *Gestalttherapie als kreativer Prozeß*. Paderborn: Jungfermannsche Verlagsbuchhandlung.

8. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: „ <i>Tree of science</i> “ (vgl. Petzold, 2009)	Seite 7
Abbildung 2: Kriterien für die Einschätzung des Strukturniveaus (Arbeitskreis OPD 2006, S. 258)	Seite 12
Abbildung 3: Synopsis der „ <i>vier Wege der Heilung und Förderung</i> “ von Petzold (2012, S. 29)	Seite 20
Abbildung 4: Die „ <i>hermeneutische Spirale</i> “ von Petzold zit. nach Steffan & Petzold (2001, S. 479)	Seite 21
Abbildung 5: Graphisches Schema der Wahrnehmung in interpersonalen Beziehungen (Luft, 1963, S. 22 zitiert nach Majce-Egger, 1999, S. 98)	Seite 26
Abbildung 6: Achse IV Struktur des Erhebungsbogens der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-2) Erhebungsbogen (OPD-2, S. 473)	Seite 35
Abbildung 7: Selbstwahrnehmung und Objektwahrnehmung (OPD-2 S. 259)	Seite 36
Abbildung 8: Steuerung (OPD-2 S. 263)	Seite 37
Abbildung 9: Emotionale Kommunikation (OPD-2 S. 267)	Seite 38
Abbildung 10: Bindung (OPD-2 S. 269)	Seite 39

Abbildung 11: Typologie konfliktbedingter und struktureller Störungen (Rudolf, 2006, S. 170)	Seite 40
Abbildung 12: Selbsterstellte, erweiterbare Eigenschaftswortliste mit Smileys	Seite 45
Abbildung 13: Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus	Seite 89
Abbildung 14: Konzeptualisierung der Dissoziativen Störungen in ICD-10 und DSM-IV (Breunig 2003, S. 28)	Seite 92
Abbildung 15: Der Prozess menschlicher Veränderung in der Gestalttherapie neu gestaltete Übersicht von Staemmler & Bock (1987, S. 139)	Seite 94
Abbildung 16: „Fünf Säulen der Identität“ (vgl. Rahm et. al. 1993, S. 155)	Seite 95

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorgelegte Masterthese selbständig verfasst habe. Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Arbeiten anderer übernommen habe, sind als solche gekennzeichnet. Benutzte Quellen und Hilfsmittel sind angegeben. Die vorliegende Arbeit wurde bisher noch keiner Prüfungsbehörde vorgelegt.

Klagenfurt, 18. 9. 2013

Mag.^a Astrid Kaufitsch