

## GESTALT THERAPEUTISCHES ARBEITEN MIT NEUROTISCHEM LEID

*Klaus und Heika Eidenschink*

*Dieser Artikel stellt zunächst das traditionelle gestalttherapeutische Verständnis von neurotischen Verhaltensweisen sowie den psychotherapeutischen Veränderungsprozeß dar. An Hand des zentralen Begriffs "Bedürfnis" wird beschrieben, auf welchem Weg der neurotische Konflikt zwischen Selbstachtung und Selbstablehnung sich äußert und in der therapeutischen Beziehung phänomenologisch aufgespürt und bearbeitet werden kann. Bedeutsame Aspekte des therapeutischen Arbeitens und differentialdiagnostische Überlegungen werden abschließend behandelt.*

### Einleitende Überlegungen

"Du scheinst nicht zu wissen, daß ein jeder, welcher im Gespräch ins Umfeld von Sokrates kommt, und sich mit ihm in einen Dialog begibt, genötigt ist, selbst wenn er damit beginnt, sich über etwas Beliebiges zu unterhalten, von diesem unaufhörlich in seinem Reden hin- und hergewendet zu werden, bis er schließlich nicht anders kann, als über sich selbst Rechenschaft abzulegen, auf welche Weise er bis heute lebt, und auf welche Weise er sein bisheriges Leben gelebt hat."

LYSIMACHOS im Dialog  
"Laches" von Platon

Die psychotherapeutische Kunst besteht darin, in der konkreten Interaktion mit dem Klienten aus der Fülle dessen, was man als Therapeut rational-theoretisch und aus praktischer Erfahrung gelernt hat, aus der Fülle dessen, was man beim Klienten und in sich gegenwärtig wahrnehmen kann, und aus der Fülle dessen, was man vom Klienten schon weiß und mit ihm erlebt hat, in kurzer Zeit eine Auswahl zu treffen, die es einem erlaubt zu wissen, was man tun oder sagen möchte. Keine einfache Aufgabe. Daher ist Orientierung dringend von Nöten. In allen therapeutischen Schulen ist man sich darüber einig, daß es qualitative Unterschiede in den psychischen Beeinträchtigungen von Menschen gibt. Für eine dieser Qualitäten hat sich das Wort Neurose eingebürgert.

Wir schreiben im Titel von neurotischem *Leid* statt - wie eher üblich - von neurotischen Störungen. Das ist vielleicht ungewöhnlich. Der wichtigste Grund dafür ist: Wir haben bislang keinen Klienten erlebt, der mit Selbstachtung und Selbstverantwortung davon gesprochen hätte, er sei *gestört*. Sehr wohl sprechen Menschen aber respektvoll davon,

---

wie sie leiden<sup>1</sup>. Viele Menschen erleben es als kränkend sich in Psychotherapie zu begeben. Die psychotherapeutische Sprache sollte es nicht zusätzlich durch abwertende Begriffsbildungen erschweren<sup>2</sup>. Wenn wir von *neurotischem* Leid sprechen, meinen wir mit dem Begriff nicht, was oft damit assoziiert wird, nämlich neurotisch = krank = weniger wert als gesund. In einer angemessenen Umschreibung von Neurose wird sich zum Teil jede(r) wiedererkennen, da vermutlich kein Mensch uneingeschränkt sich so sein lassen kann, wie er ist. Die "neurotischen" Aspekte einer Person sind ebenso Ausdruck ihrer Urmenschlichkeit wie die "nicht-neurotischen".

Die grundsätzlichen Möglichkeiten wie Neurose in der Psychotherapie außerhalb der Gestalttherapie verstanden wurde und wird, sind vielfältig. Ein keineswegs vollständiger Überblick: Man definiert Neurose über diskrete Symptome (ICD-10 oder DSM-III-R), man klassifiziert Formen der Angst (Riemann 1961), man beschreibt strukturelle Unterschiede in der Persönlichkeitsorganisation - wie die Fähigkeit, Schuldgefühle zu entwickeln oder Werte und Lebensziele zu verfolgen und Beeinträchtigungen der Spannungs- und Beziehungsregulation (Kernberg 1993, 1996; Ermann 1997) -, man unterscheidet zwischen neurotischen und nicht-neurotischen Abwehr- und Übertragungsformen (Kernberg 1996), man versucht die neurotischen Beeinträchtigungen in Zusammenhang mit ihrem Entstehungszeitpunkt abzugrenzen (präödiplal und ödiplal, Mentzos 1992), man beschreibt irrationale Ideen (Ellis 1993) oder systemische Über- und Unterfunktionen (Simon 1995), die Störungen aufrechterhalten, man beschreibt unterschiedliche Formen der Beeinträchtigung des Selbsterlebens und der Kommunikationskompetenz (Kohut 1993, Basch 1992), man diagnostiziert Ausschlüsse von und Fixierungen auf bestimmte Persönlichkeitsfunktionen (Stewart/Joines 1990, Stauss 1993, Waiblinger 1989) oder die Perpetuenz alter (Über-)Lebensentscheidungen (Goulding 1981), man sieht die Neurose als gesunde Reaktion auf kranke soziale Verhältnisse (Fromm 1974). Alle diese Möglichkeiten sind z.T. eng verbunden mit metapsychologischen Persönlichkeitsmodellen und anthropologischen Grundannahmen, deren Gegensätzlichkeit erheblich ist. Und natürlich folgen daraus sehr unterschiedliche therapeutische Strategien und Interventionstechniken.

Wenn man diese Beschreibungen von Neurose in anderen Therapierichtungen genau untersucht und dabei bemüht ist, sie auf die Phänomene zurückzuführen, die sie zu

---

<sup>1</sup> vgl. auch Krause (1997, 35): "Eine Phänomenologie seelischer Phänomene sollte auch in der verwendeten Sprache so dicht wie möglich an der Subjektivität der zu beschreibenden Personen bleiben."

<sup>2</sup> Perls selbst war hier durchaus kein Vorbild: "Hier kommt der Neurotiker!", (1995, 62)

benennen suchen, wird man von allen Beschreibungen profitieren können. Wer nicht sagen kann, was an anderen therapeutischen Ansätzen richtig ist, wird sie auch nicht angemessen kritisieren können (vgl. Yontef 1987).

Es soll hier versucht werden, den gestalttherapeutischen Standpunkt - so wie wir ihn sehen - darzustellen. Es soll in erster Linie darum gehen darzulegen, wie sich Gestalttherapeuten im therapeutischen Prozeß orientieren und welche therapeutischen Zielsetzungen sie verfolgen.

### **Das Verständnis von neurotischem Leid**

Perls bzw. Goodman<sup>3</sup> (Perls u.a. 1988, im folgenden PHG) äußern sich in ihren Schriften immer wieder zum Thema "Neurose". Es gibt Aussagen sowohl zu Entstehungsbedingungen, Aufrechterhaltung, Erscheinungsbild sowie zur Therapie von Neurosen. Die Autoren sprechen ganz unbekümmert von dem "Neurotiker" oder dem "neurotischen Charakter", so als ob es sich hier um klare Entitäten handle.

#### *1. Entstehungsbedingungen der "Neurose"*

Zum Verständnis der Entstehung verweisen PHG auf die gesellschaftlichen Bedingungen, unter denen ein Mensch aufwächst. In dem Moment, in dem die Gesellschaft eine Art der Anpassung verlangt, die der organismischen Selbstregulation zuwiderläuft, trägt sie zur Entstehung der "Neurose" bei. Sie sprechen daher auch von einer "sozialen oder epidemischen Neurose". Den Zustand der Gesellschaft beschreiben sie in der Form, daß sie die durchschnittliche Lebensweise als die "neurotische" bezeichnen. (1988, 96) Das als "normal" Angesehene ist demnach das "Neurotische". Die Gesellschaft hat ein Interesse daran, im Sinne ihrer eigenen Stabilisierung Freiheit und die damit verbundene Energie, in der immer eine "revolutionäre Dynamik" (1988, 124) liegt, zu beschränken. Das Bestreben der Gesellschaft geht dahin, zu isolieren, zu verinseln und die "Bedrohung von unten" zu entschärfen. In der Gesellschaft zu leben erfordert einen immer längeren Zeitraum der Anpassung an Wissenschaft, Technik und Staatsmacht. Das führt zu einer immer längeren Periode der Abhängigkeit. "Den Kindern wird jede Freiheit gelassen, nur nicht die eine wesentliche, aufzuwachsen und Initiativen zu ergreifen ,.... Sie hören nicht auf, zur Schule zu gehen." (1988, 126) Die Bedeutung, die PHG der Gesellschaft zuschreiben geht so weit, die "Neurose" als einzig mögliche Anpassung zu sehen. "Wenn die soziale Umwelt der

---

<sup>3</sup> Zum "exegetischen" Streit um die Verfasserschaft siehe Blankerts (1993, 1996)

---

schöpferischen Anpassung immer noch widerstrebt, so daß der Patient die Umwelt nicht an sich anpassen kann, so muß er sich erneut seinerseits an sie anpassen und seine Neurose behalten." (1988, 197) Ein Mensch kann also auf sein soziales Umfeld einwirken und es auf schöpferische Weise sich anpassen, d.h. er kann sein Umfeld dazu bringen, seine Bedürfnisse zu befriedigen. Wenn jedoch das Umfeld nicht nachgibt, muß die Person "neurotisch" bleiben.

Während z.B. Blankertz (1996) betont, wie sehr PHG immer wieder die gesellschaftliche Notwendigkeit zur "Neurose" hervorheben und diesem Standpunkt wohl zustimmt, sehen wir hier eine Inkonsistenz mit anderen gestalttherapeutischen Positionen, v.a. der der Selbstverantwortlichkeit. Daß PHG hier die Selbstverantwortung aus dem Spiel lassen, hängt damit zusammen, daß sie die Befriedigung von Bedürfnissen in der Umwelt für unabdingbar halten. Sie beziehen nicht ein, daß man (als Erwachsener) ein Bedürfnis auch innerlich aufrecht erhalten kann und nach außen vertreten kann, wenn die Umwelt die Befriedigung verweigert. *Nach unserer Auffassung ist es in sich befriedigend, Bedürfnisse zuzulassen, auch wenn keine Befriedigung auf äußerer Ebene erfolgt*<sup>4</sup>. Wir sehen hier also eine dritte Möglichkeit, die sowohl zu einer stärkeren Unabhängigkeit vom sozialen Umfeld als auch zu frustrationstoleranteren Möglichkeiten der Einflußnahme führt. Für die therapeutische Arbeit ist diese Frage in einem wichtigen Punkt von Relevanz: Wenn man wie PHG davon ausgeht, daß man bei Nicht-Anpaßbarkeit des Umfeldes seine Neurose behalten muß oder unentwegt an der Nichterfüllbarkeit eines Bedürfnisses leidet (Vgl. 1988, 149), müßte man sich als Therapeut überlegen, welche Bedürfnisse des Klienten Aussicht auf Befriedigung haben und sie nur dann unterstützen. Wenn man unseren Standpunkt einnimmt, wird man Menschen grundsätzlich unterstützen, ihre Bedürfnisse in sich wahrzunehmen und zuzulassen, auch wenn äußere Befriedigung unmöglich erscheint.

## *2. Das Erscheinungsbild von neurotischem Leid*

PHG beschreiben den "Neurotiker" als einen Menschen in einem chronischen Notstand bei geringer Spannung (1988, 46). Die Spannung rührt aus der chronischen Unterdrückung von Bedürfnissen, die nicht zugelassen werden, derer man sich jedoch nicht entledigen kann. Der "Neurotiker" läßt es nicht so weit kommen, daß ein spannungsreicher Konflikt zwischen einem Bedürfnis und einer diesem Bedürfnis entgegenstehenden sozialen Norm aufkommt. Die Norm siegt schon vorher. "Die Neurose ist vielmehr das voreilige Befrieden

---

<sup>4</sup> Ausführlicher siehe Eidenschink 1996.

des Konflikts." (149) Angst spielt dabei eine wesentliche Rolle (vgl. 13). Ein chronisch unterdrücktes Bedürfnis zuzulassen, würde sehr viel Angst und damit starke Spannung hervorrufen. Dieser Prozeß wird bereits bei geringfügigem Auftreten von Angst, häufig sogar ohne daß die Angst bewußt wird, unterbrochen. Der voreilig befriedete innere Konflikt, dient neben der inneren Spannungsreduktion der Vermeidung äußerer Konflikte. Rechnet der „Neurotiker“ damit, mit einem Bedürfnis auf Widerstand zu treffen und in Konflikt mit dem sozialen Umfeld zu geraten, behält er diese Vorerwartung bei. Er kann nicht mehr gefahrlos entspannen, auch wenn aktuell die Gefahr eines Konflikts mit dem Umfeld nicht besteht (vgl. 58). Bei der Unterdrückung eines Bedürfnisses hilft sich der Mensch mit seiner Fähigkeit, seine Wahrnehmung herabzusetzen. Seine Sinne stumpfen ab, er entfernt sich von sich selbst und ersetzt die hier entstehende Lücke durch erhöhte Planungsbereitschaft (vgl. 47). Je mehr einer Person jedoch ihr Selbst verlorengelht, desto weniger kann sie sich in der Welt auf schöpferische Weise behaupten. Sie wird unselbständig und nimmt die Verantwortung für sich selbst nicht mehr bewußt wahr. Ihre Unselbständigkeit kompensiert sie durch Rollen, die dazu dienen, andere zu bewegen, das zu bewerkstelligen, wozu sie selbst sich nicht mehr in der Lage fühlt. Sie investiert ihre Energie, andere zu manipulieren statt "Selfsupport" zu entwickeln. "Das Problem des Neurotikers ist nicht, daß er nicht manipulieren könnte, sondern daß seine Manipulationen darauf gerichtet sind, seine Behinderung zu erhalten, anstatt sie loszuwerden." (Perls 1995, 65). Die Rollen, die er einnimmt sind eher stereotype Muster, er wendet sich nicht mehr in einem stets schöpferischen Prozeß Neuem zu (vgl. PHG 1988, 13).

Ein weiteres wesentliches Kennzeichen des "Neurotikers", das PHG immer wieder beschreiben, ist sein Verlust an Identitätsgefühl. Er kann nicht zwischen sich und der Außenwelt unterscheiden. Seine Fähigkeit zur Unterscheidung ist durch die neurotischen Mechanismen von Projektion, Introjektion, Konfluenz und Retroflexion beeinträchtigt. Diese Mechanismen sind verschiedene Möglichkeiten, das Gespür für die eigenen Grenzen zu verlieren. Der Begriff der "Grenze" ist in der gestalttherapeutischen Theoriebildung von großer Bedeutung, da er in engem Zusammenhang mit dem Begriff des "Kontakts" steht (vgl. 1988, 12). Der Verlust der eigenen Grenze verhindert Kontakt und damit die Möglichkeit sich seiner Umwelt gegenüber auf neue Erfahrungen jenseits der Rollenstereotype einzulassen. Wie tauglich der Grenzbegriff als theoretisches Konstrukt ist, ist umstritten (vgl. Fuhr 1995, 87ff., Staemmler 1995).

Charakteristischerweise enthält PHGs Beschreibung der "Neurose" teils implizit, teils explizit immer auch ihren Gegenpol, seine Vorstellung des psychisch Gesunden. Anders als

---

z.B. in der Verhaltenstherapie, die die Festlegung der Therapieziele als einen normativen Akt ansieht (Vgl. Reinecker 1987), liegt für PHG der Gegenpol eher in etwas, was man als die wahre Natur des Menschen bezeichnen könnte, eben gerade in etwas, was sich jeglicher Normierung entzieht. So formuliert Perls z.B.: "Die hauptsächliche phobische Haltung ist, Angst davor zu haben, das zu sein, was du bist." (1980, 102). Es gibt also etwas, was man einfach ist. Dieses etwas wird bei PHG auch immer wieder als das "Selbst" bezeichnet. Diese Substantivierung mag möglicherweise dazu einladen, in dem "Selbst" ein statisches Ding zu sehen. Das ist jedoch nicht gemeint. PHG beschreiben es als veränderlich und von flexibler Vielfalt (1988, 17), betonen also den prozessualen Charakter. In der gestalttherapeutischen Arbeit geht es ihnen nicht darum, zu definieren, was "abnorm" ist, und mit dem Klienten auf "Normalität" hin zu arbeiten, es geht nicht um Korrektur, sondern um Wachstum (vgl. 1988, 20). Entsprechend spricht Perls an anderer Stelle auch davon, der bessere Begriff für "Neurose" sei "Wachstumsstörung" (Perls 1979, 36). Der wachsende, reifende Mensch ist jemand, der die verschiedenen Aspekte seiner Person in sich integrieren kann, statt sie gegeneinander zu richten (z.B. Integration von Spontaneität und Überlegung, vgl. Perls 1995, 68).

### *3. Aufrechterhaltung der "Neurose"*

Laut PHG (152) ist das "Selbst" in der "Neurose" besiegt worden. Es identifiziert sich nun mit der "starken Autorität", also den Kräften im sozialen Umfeld, die die Aufgabe seiner Eigenart und seiner Bedürfnisse verlangt haben. Diese Identifikation bringt eine massive Befriedigung mit sich, die PHG in vier Unterpunkte gliedern. Erstens sind die Leiden des Konflikts vorbei, die drohende Niederlage, Beschämung oder Erniedrigung ist abgewendet. Zweitens wächst der "Musterknabenstolz", das Sich-sonnen in sozialer Anerkennung und Selbst-Anerkennung. Drittens identifiziert man sich nun auch mit den Tugenden der vermeintlichen Autorität, d.h. man hat Anteil z.B. an ihren Rechten und ihrer Kraft. Den vierten Punkt bezeichnen sie als den wesentlichen: Dem neuen anmaßenden Selbst steht permanent das ursprüngliche Selbst als Opfer zu Diensten. *Der "Neurotiker" kann seine Aggressionen beständig an sich ausüben.* Die Stabilität des resignierten Charakters resultiert nicht daraus, daß er ein für allemal aufgegeben hätte, sondern "sie kommt aus der Tatsache, daß die Aggression dauernd verübt wird." (1988, 152)

### *4. Therapie der "Neurose" bei Perls*

Die gestalttherapeutische Grundaussage in Bezug auf Veränderung, läßt sich kurz fassen: Jemand, der Bewußtheit seiner selbst erlangt, wird sich verändern (vgl. Perls 1980, 103; Fuhr/Gremmler-Fuhr 1995, 153ff.). Der Klient muß nichts üben oder etwa auf kognitivem Weg nach alternativen Verhaltens- und Erlebensweisen Ausschau halten. Er wird neue Möglichkeiten für sich entdecken, wenn er sich darauf einläßt, ganzheitlich sein subjektives Wahrnehmen-Erleben der Figuren des Organismus - Umwelt - Feldes zu erforschen (vgl. Definition von Bewußtheit bei Staemmler/Bock 1991, 57ff.). Staemmler und Bock führen sinnvoll aus, daß zur Bewußtheit eine bestimmte Form des Bewußtseins hinzukommen muß<sup>5</sup>. Wenn wir im folgenden dennoch vereinfachend weiterhin von Bewußtheit und Bewußtheitsprozeß sprechen, dann um uns sprachliche Umständlichkeiten zu ersparen. Der "Neurotiker" ist ein Mensch, der nicht wirklich neue Erfahrungen macht, sondern sich in neuen Situationen seine alten, unbefriedigenden Erfahrungen bestätigt. Bewußtheit ist das Vehikel, neue Erfahrungen zu ermöglichen<sup>6</sup>.

Alle weiteren Aussagen von Perls über therapeutisches Arbeiten beziehen sich folglich entweder darauf, die Möglichkeiten des Klienten, mit denen er seine Bewußtheit unterbrechen oder reduzieren kann zu umschreiben (z.B. Achten auf das "wie", Shouldism oder Aboutism) oder zu thematisieren, was typischerweise bewußt wird, wenn jemand sich auf einen Prozeß voranschreitender Bewußtheit einläßt. In Bezug auf den zweiten Punkt gibt es zwei andere gestalttherapeutische Ansätze, die als Orientierungshilfe in einem Bewußtheitsprozeß dienen können.

## **Der therapeutische Veränderungsprozeß**

a. Interpsychisch nennen PHG den Kontaktzyklus, in dem beschrieben wird, wie sich ein Bedürfnis im Vorkontakt bildet, der Organismus dann in der Kontaktnahme mit dem Umfeld nach Möglichkeiten der Befriedigung Ausschau hält und darauf zugeht, um dann im Kontaktvollzug Befriedigung zu erfahren und im Nachkontakt das Erlebte zu assimilieren. Dieser Kontaktprozeß<sup>7</sup> wie er bei Dreitzel (1992) genannt wird und dort in etwas veränderter Form wiedergegeben wird, stellt dar, wie beim psychisch Gesunden der Prozeß von der Bedürfnisentstehung bis zur Befriedigung im Organismus-Umwelt -

---

<sup>5</sup> Vgl. ähnlich Dreitzel (1992, 60ff) mit seiner Unterscheidung in reflexive Sinnlichkeit und Bewußtsein.

<sup>6</sup> Daß Bewußtheit veränderungswirksam ist, ist nicht nur in der Gestalttherapie bekannt. In Bezug auf Angst und Scham wird dieses Wissen z.B. auch von Verhaltenstherapeuten genutzt, die in ihren Expositionsverfahren genau damit arbeiten, daß Angst und Scham ihre Qualität verändern, wenn sich jemand darauf einläßt, diese Empfindungen bewußt bis zu ihrem Höhepunkt zu erleben (Reinecker (1987); Deutsche Gesellschaft (1986)). In der Gestalttherapie wird dieses Prinzip wesentlich umfassender angewandt.

<sup>7</sup> Kritisch auseinandergesetzt haben sich mit diesem Konzept auch Fuhr/Gremmler-Fuhr (1995, 92ff.)

Feld verläuft. Therapeutisch ist dies insofern relevant, als der "Neurotiker" diesen Prozeß unterbricht<sup>8</sup> und man anhand dieses Modells eine Vorstellung davon bekommen kann, an welchen Punkten jeweils unterbrochen wird und welches Erleben dadurch vermieden wird. Müller (1988) formuliert einleuchtend solche diagnostischen Überlegungen.

b. Dieser Kontaktprozeß wurde von Perls nicht als Veränderungstheorie verstanden<sup>9</sup>. Daher haben Staemmler/Bock (1991) eine Theorie der ganzheitlichen Veränderung entworfen, die auf der zweiten innerpsychischen Orientierungshilfe aufbaut, die Perls formuliert hat: Den Schichten der "Neurose" (Perls 1980, 97). Perls hatte die Vorstellung, daß der Therapeut diese Schichten eine nach der anderen mit seinem Klienten abträgt, bis als Gegenpol zur "Neurose" das authentische Selbst hervortritt (1980, 125). So beschreibt Perls zwar statische Schichten, meint damit jedoch eher einen Prozeß, der unabhängig vom speziellen Inhalt bei der Bearbeitung der Neurose durchlaufen wird. Perls hat sowohl die Abfolge dieser Schichten sowie deren Beschreibung immer wieder verändert und so ein zum Teil widersprüchliches Theoriefragment mit vielen Ungereimtheiten geschaffen (vgl. Staemmler und Bock 1991, 77ff).

Wir greifen die beiden oben genannten Orientierungshilfen im Bewußtheitsprozeß - den Kontaktprozeß und die Schichten der Neurose bzw. die daraus entwickelte Veränderungstheorie von Staemmler und Bock - wieder auf, um ihren Wert und auch ihre Grenzen für das therapeutische Arbeiten zu illustrieren.

Wie bereits gesagt, ist der Kontaktprozeß ein Modell für den psychisch gesunden Verlauf der *Bedürfnisbefriedigung*. Bei neurotischen Vorgängen wird er unterbrochen und zwar auf eine Weise, die wir hier unter Einbeziehung der neurotischen Mechanismen<sup>10</sup> Konfluenz, Projektion, Introjektion und Retroflektion beschreiben wollen.

*Eine Frau, die als Jüngste in einer zehnköpfigen Familie herangewachsen ist, nimmt ihre Bedürfnisse sehr grundsätzlich in sich zurück und achtet darauf, nichts über die (vermeintlich) ihr zugeordnete Ration hinaus für sich in Anspruch zu nehmen. Alles ist rationiert, wieviel Aufmerksamkeit sie auf sich ziehen darf, wieviel Erfolg sie haben darf, wieviel Geld sie für sich ausgeben darf, etc. In einer*

---

<sup>8</sup> Der Begriff "Kontaktunterbrechung" wurde mittlerweile vielfach zu Recht kritisiert, weil er als undialogisches Machtmittel des Therapeuten benutzt wurde und logisch inkonsistent ist. Siehe etwa Gremmler-Fuhr/Fuhr (1995) 115ff., Mehrgardt (1994). Nützlich ist der Begriff "Unterbrechung" u.E. daher nur im Hinblick auf den inneren Wahrnehmungsprozeß des Klienten in Bezug auf sein Bedürfnis.

<sup>9</sup> Staemmler und Bock (1991, 77)

<sup>10</sup> Diese Mechanismen sind vielfältig beschrieben worden, vgl. etwa Polster (1985, 77 - 100), Portele (1992, 150f.), Fuhr/Gremmler-Fuhr (1995), kritisch Mehrgardt (1994, 464 - 490)



*Gruppensituation wirft sie einer anderen Teilnehmerin vor, daß sie zuviel Zeit für sich in Anspruch nehme. Sie projiziert ihr Bedürfnis, das ihr zu diesem Zeitpunkt noch nicht bewußt ist, nämlich einmal soviel Zeit in Anspruch zu nehmen, wie sie möchte, nach außen. Damit übt sie auf die andere Frau Druck in Richtung Konfluenz aus: Ein konfluentes Miteinander, in dem jeder das Ausmaß seiner Bedürfnisse an den anderen verbirgt. Die therapeutische Arbeit konzentriert sich nun im Vorkontakt darauf, daß die Klientin sich wieder mit ihrem Bedürfnis identifiziert. Das Bedürfnis wird Figur vor dem Hintergrund der ganzen Person. Sie kann jedoch trotzdem nicht ohne Weiteres in die Phase der Kontaktnahme zum Umfeld eintreten, da das Introjekt "Du mußt deine Bedürfnisse rationieren" hemmend wirkt. Dies kann man auch als Retrofektion ansehen: Die aggressiven Energien werden nicht genutzt, um mit den Bedürfnissen nach außen zu gehen, sondern um sie in sich zurückzuhalten. Je mehr das Bedürfnis nach Ausdruck ihrer ganzen Bedürftigkeit spürbar wird, desto mehr wird aus der von PHG beschriebenen chronisch niedrigen Spannung eine hohe Spannung: Sie spürt ihr Bedürfnis und gleichzeitig ist das Introjekt wirksam, dessen Kraft sich aus der Angst speist, nicht von außen rationiert zu werden. Die Phase der Kontaktnahme ist durch hohe Spannung gekennzeichnet. Während in der Konfluenz das Bedürfnis nach außen projiziert wurde, projiziert die Klientin nun ihr Introjekt nach außen und nimmt ihre Angst wahr, den anderen mit dem ganzen Ausmaß ihrer Bedürftigkeit zuviel zu sein und dann von ihnen auf ihre Rationen zurückgewiesen zu werden. Sie hat die Möglichkeit, ihre Angst zu durchleben und damit in die Phase des Kontaktvollzugs einzutreten oder erneut ihr Bedürfnis zu retroflektieren. Als sie sich für ersteres entscheidet, kann sie entdecken, daß sie einer anderen Person, in diesem Fall zunächst der Therapeutin, nicht zuviel ist, sondern daß eine neue Qualität von Kontakt erfahrbar wird, die von beiden Seiten als bereichernd empfunden wird. Im Nachkontakt erlebt die Klientin die Erleichterung darüber, daß sie wohl doch nicht allen zuviel ist, sie beginnt ihr Selbstbild zu verändern.*

PHG ordnen auf ähnliche Weise die neurotischen Mechanismen den Phasen des Kontaktprozesses zu (vgl. 244). Allerdings kommt bei ihnen das Ineinander verschiedener Abwehrmechanismen u.E. zu kurz<sup>11</sup>. Es ist ein typisch gestalttherapeutisches Vorgehen, die Klientin nicht auf kognitivem Weg auf ihre Projektionen *hinzuweisen*, sondern es sie *entdecken* zu lassen. Wenn sie z.B. in der Phase der Kontaktnahme ihre Angst erlebt und danach andere Menschen auf eine von der Projektion freien Weise wahrnimmt, kann sie im Nachhinein sehen, daß ihre Wahrnehmung wohl projektiv verzerrt gewesen sein mußte.

Das Fallbeispiel verdeutlicht einerseits, wie das Kontaktmodell zur Orientierung genutzt werden kann, es zeigt jedoch gleichzeitig seine Grenze auf: Der therapeutische Prozeß ist

---

<sup>11</sup> Auch das komplexe Ineinandergreifen mit affektiven Zuständen wurde nicht berücksichtigt. Ausführlich wird dieser Aspekt dargestellt bei Dreitzel (1992)

unvollständig. Jeder erfahrene Therapeut - gleich welcher therapeutischen Richtung - wird wissen, daß die so erreichte Veränderung in den wenigsten Fällen stabil sein wird. Im Extremfall hat die Klientin, die sich soweit eingelassen hat, einmal eine bestimmte Art von positiver Erfahrung gemacht, die jedoch für ihren Alltag keine weitere Relevanz gewinnt, da das Introjekt und die damit verbundene Angst wieder die Oberhand gewinnt. Auch Gestalttherapeuten gehen dann u.U. zum "Üben"<sup>12</sup> über, indem sie z.B. ein Wiederholen dieser Erfahrung, möglicherweise mit anderen Personen, fördern. Das Introjekt kann zwar so mehr oder weniger in den Hintergrund verbannt, jedoch nicht aufgelöst werden. Sicherlich ist es ein großer therapeutischer Fortschritt, wenn ein Introjekt in den Hintergrund tritt, und für etliche Klienten auch das Maximum ihrer Möglichkeiten. Eine stabilere Veränderung stellt sich jedoch ein, wenn der Klient sich weiterhin seinem Bewußtheitsprozeß anvertraut, was der originär gestalttherapeutische Weg wäre. Die Theorie ganzheitlicher Veränderung von Staemmler und Bock schließt die dann folgenden Phasen mit ein<sup>13</sup>.

Die Phase, der Perls das Spielen von Rollen zuordnet, wird von ihnen als Stagnation bezeichnet<sup>14</sup>. Daran schließt sich die Phase der Polarisation an. Der Klient gelangt zur Bewußtheit seines Bedürfnisses *und* der hemmenden Introjekte. Je deutlicher das Bedürfnis wird, desto deutlicher wird auch die Seite, die aus Angst bisher das Bedürfnis unterdrückt hatte. Es baut sich eine immer größere Spannung zwischen beiden Seiten auf. Diese Spannung kann zwar kurzfristig in den Hintergrund treten, vor allem dann, wenn die Seite, die sich zu ihrem Bedürfnis bekennt, ganz im Vordergrund ist und damit das Introjekt hinter sich läßt. Wenn jemand jedoch nicht massiv Energie dagegen mobilisiert, wird anschließend das Introjekt wieder in den Vordergrund kommen. Die Polarisation ist gekennzeichnet durch den Wechsel zwischen expansivem und kontraktivem Pol, wie Staemmler und Bock diese beiden Seiten benennen und der Erkenntnis, daß man in diesem Stadium der Veränderung inhaltlich keine Lösung finden kann: Man wird entweder seinem Bedürfnis oder seiner Angst gerecht. Der Versuch diese Polarität inhaltlich aufzulösen, kann zu diversen therapeutischen Fehlern führen<sup>15</sup>. Beim Wechsel in die dritte Phase tritt noch einmal der kontraktive Pol in den Vordergrund, der durch das Introjekt

---

<sup>12</sup> vgl. Polster Miriam (1991)

<sup>13</sup> Zu den dezidierten therapeutischen Strategien die diesen Veränderungsprozeß fördern, siehe Staemmler/Bock (1991, 124 -182)

<sup>14</sup> vgl. Staemmler 1994

<sup>15</sup> Siehe speziell dazu Staemmler/Bock (1991, 132ff)

geprägt ist. Danach bricht die Spannung in sich zusammen, und der Klient befindet sich in der dritten Phase, der Diffusion.

Die Diffusion wird eher als spannungslos empfunden. Die zunächst gegeneinander gerichteten Kräfte werden diffus, kognitiv entsteht oft Verwirrung und Leere. Bleibt der Klient nun aufmerksam bei seinem Erleben, verändert sich die Qualität erneut, und er bewegt sich allmählich in die vierte Phase, der Kontraktion, hinein. Diese Phase hatten Staemmler und Bock in Anlehnung an das Schichtenmodell von Perls zunächst als Implosion bezeichnet, fanden dann jedoch Kontraktion passender für das Erleben der Klienten, die hier oft beschreiben, alles ziehe sich in ihnen auf einen Punkt zusammen. Das emotionale Erleben in dieser Phase wird oft als extrem unangenehm empfunden. Es kann sich z.B. so anfühlen, als ob die Katastrophe, die man zu vermeiden versucht hatte, indem man seinem Bedürfnis nicht mehr nachging, nun im Erleben stattfindet. So wird z.B. jemand, dessen Bedürfnis es ist, sich auf einen liebevollen Kontakt zu seinem Gegenüber einzulassen, hier möglicherweise das Gefühl haben, mit all seiner Liebe total ins Leere zu laufen. Erst das ganzheitliche Erleben der "Katastrophe" schafft den Freiraum, künftig auf die Kontrolle zu verzichten. Das ist unangenehm, doch auch an diesem Punkt führt das Erleben zu einem Wechsel der Qualität. Mit diesem letzten Wechsel beginnt die Phase der Expansion. Der Name lehnt sich an die Schicht der Explosion an und wurde aus dem selben Grund wie in der vorangehenden Phase umbenannt. Der Klient, der sich nach einem liebevollen Miteinander sehnt, wird nun seine liebevollen Gefühle aufrechterhalten können, auch wenn sein Gegenüber sie ihm nicht bereits entgegenbringt. Er ist unabhängiger geworden.

Diese Prozeßtheorie kann man als die gestalttherapeutische Version des Freudschen Durcharbeitens verstehen. Bei der Durchsicht der analytischen Literatur zu diesem Thema empfanden wir es als auffällig, wie blaß und unkonkret die Ausführungen jeweils sind<sup>16</sup>. Wir erfahren in unserer täglichen Arbeit immer wieder die gleichbleibende Abfolge dieser Phasen in Bezug auf *einen* speziellen Focus, mit dem der Klient sich beschäftigt<sup>17</sup>.

Die Grenzen beider Orientierungshilfen (Veränderungsprozeß und Kontaktzyklus) liegen darin, daß sie kaum etwas zum Umgang mit der unerschöpflichen Vielfalt stagnativer Phänomene beitragen. Sie werden erst relevant, wenn der Klient beginnt, seine

---

<sup>16</sup> vgl. als beliebiges Beispiel das entsprechende Kapitel im Lehrbuch von Thomä/Kächele (1996, 387-395).

<sup>17</sup> Über den Stellenwert und die Bedeutung dieser phänomenologischen Beschreibung des Veränderungsprozesses wird derzeit unter Gestalttherapeuten kontrovers diskutiert (kritisch siehe Ladenhauf/Moser 1987, Petzold 1987, Müllerhöltingen 1988, auch Staemmler/Bock 1991a, 7 und 1991b).

organismischen Bedürfnisse wahrzunehmen. Der Weg dorthin kann jedoch sehr weit sein. Nach beiden Modellen befindet man sich dann einfach in der ersten Phase. Weitere Möglichkeiten der Differenzierung und damit der Orientierungshilfe bieten sie nicht. Über die jeweiligen Inhalte des Prozesses, welches Bedürfnis, bei welchem Klienten im Verlauf einer Therapie relevant sein könnte, sagen weder Kontaktprozeß noch die Veränderungstheorie von Staemmler/Bock etwas aus, wenngleich der zentrale prozessuale Stellenwert des "Bedürfnisses" aus beiden Theorien klar hervorgeht. Weiterhin ist impliziert, daß Bedürfnis nicht als egomanisches, individualistisches Konstrukt mißverstanden werden darf, das losgelöst vom (sozialen) Feld existieren kann<sup>18</sup>. *Bedürfnisse im gestalttherapeutischen Sinn basieren u.E. immer auf Begegnung*<sup>19</sup>. Eine ebenso schöne wie passende Beschreibung von Bedürfnis fanden wir bei Janet Moursand:

Bedürfnis - im genannten Sinn - ist Offen-Sein-für, ist eine Art Bereitschaft, ein Gefühl von "Du-hast-etwas-was-mein-Organismus-willkommen-heißen-würde". Ich kann es nicht wirklich von anderen empfangen, ohne in diesem Sinn offen zu sein. Genausowenig kann es der andere von mir nehmen, ohne sich mir zu öffnen, ohne in sich Platz zu schaffen, der bereit ist mich zu empfangen und mir Raum läßt. Dieses *Bereit-zum-Empfang-Sein* ist - falls es gleichzeitig von zwei Menschen erlebt wird - die Voraussetzung für Kontakt. Ein Bedürfnis ist nie von der Art "Ich brauche es unbedingt zum Überleben" oder "Ich sauge es aus dem anderen heraus, egal ob der es geben will oder nicht", sondern vielmehr die Anerkennung, daß ich dann ganz bin, wenn ich das empfangen, was der andere mir geben kann. (1985, 117, Hervorhebung und Übersetzung durch uns)

Wenn wir im weiteren Verlauf von Bedürfnis sprechen, verstehen wir es in diesem Sinne.

### **Der Stellenwert von Bedürfnissen**

Der wesentliche Bestandteil von neurotischen Verhaltensweisen ist - nach dem bislang Ausgeführten - daß man nicht (mehr) tut oder tun kann, was man wirklich möchte. Daher ist der psychotherapeutische Prozeß davon geprägt, herauszufinden, welche Bedürfnisse nicht mehr wahrgenommen werden, welche Bedürfnisse bekämpft und abgelehnt werden

---

<sup>18</sup> Perls selbst hat mit seinem berühmtem "Gestaltgebet" viel zu diesem Mißverständnis beigetragen.

<sup>19</sup> Die analytischen Theoretiker bewegen sich diesbezüglich - zum Teil - auf die Gestalttherapie zu. Vgl. etwa Fairbairn der das Ziel der Libido nicht mehr im Lustgewinn sieht, sondern das "wahre libidinöse Bedürfnis in der Herstellung befriedigender Objektbeziehungen ansehen" möchte (zitiert bei Gast (1997, 69), die beeindruckend selbstsicher alle selbstpsychologischer Ansätze als unanalytisch brandmarkt).

und welche mit Schuld- oder Schamgefühlen besetzt sind<sup>20</sup>. Thesenhaft werden wir im Folgenden den Stellenwert von Bedürfnissen sowie deren Wesen weiter beleuchten.

*These 1: Man kann seine Wünsche und Bedürfnisse nicht in sich zurücknehmen, ohne einen Preis dafür zu bezahlen.*

Der Preis besteht in einer Reduzierung von Lebendigkeit und Empfindungsreichtum, in einem Verlust von psychischen Fähigkeiten und in der Ausbildung von Symptomen wie z.B. Angst, Niedergeschlagenheit, etc.

*These 2: Die Bedürfnisse, die jemand in sich wahrnimmt, sind ein höchst individueller Ausdruck seiner Person und seiner Lebensgeschichte.*

So wird jemand, der nur unter großer Angst sein Haus verlassen kann, das Bedürfnis haben, dies wieder ohne Angst tun zu können. An den Therapeuten wird er vielleicht das Bedürfnis haben, er möge ihm zutrauen, daß er dem Leben auch außerhalb des schützenden Hauses gewachsen sei. Vielleicht wünscht er sich auch, beim Hinausgehen auf freundliche Menschen zu treffen. In diesen Bedürfnissen drückt sich aus, womit jemand *nicht* rechnet. Sie führen zu den Punkten, an denen ein negatives Selbst- oder Fremdbild besteht. Für andere Menschen sind die hier genannten Bedürfnisse so selbstverständlich, daß sie bei ihnen nicht als Wunsch in den Vordergrund treten würden.

*These 3: Bedürfnisse zuzulassen ist in sich befriedigend, auch wenn keine Befriedigung auf äußerer Ebene erfolgt.*

Dieser Satz wird dem Erleben der meisten Menschen spontan widersprechen<sup>21</sup>, da sie sehr genau darauf achten, nur die Bedürfnisse zuzulassen, mit denen sie auch ankommen. Für die therapeutische Arbeit trifft sicherlich auch zu, daß Klienten viele Bedürfnisse nicht zulassen würden, wenn sie damit beim Therapeuten nicht auf positive Resonanz stießen.

---

<sup>20</sup> Auch an diesem Punkt scheint uns eine theoretische Annäherung der therapeutischen Schulen stattzufinden. Illustrierend dazu folgendes Zitat aus dem gegenwärtigen psychoanalytischen Standardlehrbuch von Thomä/Kächele (1996, 127): "Wie können wir verstehen, daß der Patient gerade in dieser und in keiner anderen Weise lebt, warum produziert er gerade diese Symptome, warum leidet er in dieser Weise, warum schafft er sich diese Beziehungen, warum hat er gerade diese Gefühle, warum unterbricht er das tiefere Verstehen gerade an diesem Punkt, gerade in diesem Augenblick? Welcher Wunsch oder welche Art von Wünschen werden bis zu welchem Ausmaß erfüllt? In diesem Sinne mündet die klinische Analyse in die Untersuchung von Bestätigungen ..., von Wunscherfüllungen. Genau dies ist letztlich mit der Analyse von Widerstand und Abwehr gemeint. Welchem Zweck dienen Widerstand und Abwehr? Wonach strebt dieser Mensch, diese Person?"

<sup>21</sup> Anders auch Staemmler (1993, 250): "... und jener unumgänglichen Unzufriedenheit Platz macht, die aus dem nach wie vor unbefriedigten Bedürfnis stammt."

Diese positive Resonanz ist daher oft notwendig und sinnvoll, um dem Klienten den Schritt zu erleichtern, sein Bedürfnis wieder zuzulassen. Letztlich steckt jedoch hinter jedem Wunsch an eine andere Person das Bedürfnis, sich selbst auf eine bestimmte Art erleben zu können. Man möchte z.B. sich als jemand erleben können, der sexuell attraktiv ist (vgl. Eidenschink 1996), der dem Leben gewachsen ist, der sich liebevoll mit anderen verbunden fühlt, der seine Meinung vertreten kann, etc. Die Befriedigung dieser Bedürfnisse liegt also in der Person selbst, auch wenn sie dies nur in einem Prozeß entdecken kann, in dessen Verlauf sie sich vorübergehend extrem davon abhängig fühlt, daß diese Bedürfnisse von außen befriedigt werden<sup>22</sup>.

*These 4: Die Fähigkeit, Bedürfnisse über das Erreichbare oder Erlaubte hinauswachsen zu lassen, ist eine wesentliche Fähigkeit für psychisches Wachstum.*

In dem Moment, in dem jemand seine Bedürfnisse in ihrem ganzen Ausmaß zuläßt, wird aus der chronischen niedrigen Spannung eine hohe Spannung. Dies bedeutet gleichzeitig, daß die Person aus der Stagnation heraus, sich auf ihren Wachstumsprozeß einläßt. Jemand, der einen solchen Schritt konsequent vermeidet, braucht zunächst Unterstützung, Zugang zu seinem Bedürfnis zu finden, sich spannungsreichen und risikoträchtigen Erfahrungen zu stellen. Er muß sozusagen erst wieder seinen inneren "Draufgänger" entdecken. Jemand, der lange sein Haus aus Angst nicht verlassen hat, wird sich als todesmutiger Draufgänger empfinden, wenn er es wieder tut.

*These 5: Bedürfnisse sind von unterschiedlich zentraler Bedeutung.*

Es hat für das Wohlbefinden eines Menschen selbstverständlich eine größere Bedeutung, wenn er sein Bedürfnis, sich als existenzberechtigtes Wesen zu empfinden, als befriedigt empfindet, als wenn es um das Bedürfnis geht, den ganz persönlichen Kleidungsstil zu leben. Auch dieses zweite Bedürfnis kann natürlich einen Zuwachs an Lebensqualität bringen, jedoch nicht von der Tragweite des ersten. Üblicherweise arbeitet man sich in der Therapie von eher peripheren zu zentralen Bedürfnissen vor.

*These 6: Nähe ist eine Voraussetzung um wesentliche Bedürfnisse wieder zuzulassen*

Wesentliche Bedürfnisse stehen in direktem Zusammenhang mit sehr verletzlichen Aspekten einer Person, die sie üblicherweise schützt, indem sie sie möglichst aus dem

---

<sup>22</sup> Dreitzel (1992, 46 ff.) löst dieses Problem anders, indem er die Fähigkeit des Menschen zu seinen Bedürfnisse "nein" zu sagen oder zur Askese hervorhebt.

Kontakt heraushält. Je mehr Nähe jedoch in der therapeutischen Beziehung entsteht, desto mehr wächst auch das Bedürfnis, diese Art von Schutz aufzugeben. In dem Ausmaß, in dem ein Klient seinen Schutz aufgibt, werden seine Bedürfnisse Figur seiner Wahrnehmung.

### **Erkennen von Bedürfnissen im therapeutischen Prozeß**

Die eigenen Bedürfnisse zu erkennen, ist bei jeder Art psychischer Beeinträchtigung nicht einfach. Daher fließt ein großer Teil der therapeutischen Arbeit in die Aufgabe, dem Klienten wieder einen Zugang zu seinen wesentlichen Bedürfnissen zu ermöglichen. Die gestalttherapeutische Vorgehensweise ist dabei, die Bewußtheit des Klienten zu fördern, *insbesondere die Bewußtheit dessen, was in und durch die therapeutische Beziehung in den Vordergrund gerät*. Darüber hinaus gibt es jedoch eine Vielzahl von Orientierungspunkten, die behilflich sind, die Inhalte der Bewußtheit zu strukturieren. Die nachfolgende Gegenüberstellung faßt diese Punkte zusammen. Prozessual beschreibt die linke Spalte stagnative Phänomene, während die rechte Spalte eine Haltung beschreibt, die im therapeutischen Prozeß zunächst als expansiver Pol und schließlich als Expansion jeweils in Bezug auf ein bestimmtes Bedürfnis eingenommen wird. Wir haben beide Spalten mit Selbstablehnung bzw. mit Selbstachtung überschrieben, da stagnative Phänomene immer auch einen selbstabwertenden Aspekt haben und unsere Aufmerksamkeit sich u.a. darauf richtet, die (oft nonverbale) Bewertung, meist Abwertung zu identifizieren.

#### *Selbstablehnung*

- Motivation: Vermeiden von Unangenehem.
- Ziel: Neue Erfahrungen verhindern, da das negative Ergebnis vorweggenommen wird.
- Starke Kontrolle: Man muß sich selbst kontrollieren (damit nichts oder wenig von den eigenen Bedürfnissen nach außen dringt). Man muß andere

#### *Selbstachtung*

- Motivation: Bedürfnissen nachzugehen.
- Ziel: Sich auf neue Erfahrungen einlassen in der Hoffnung, sie führen zu positiven Erlebnissen.
- Vertrauen darauf, daß man sich so lassen kann, wie man ist, z.B. "Ich kann meine Wünsche zulassen". Vertrauen darauf, immer eine Lösung

## METATHEORIE DER VERÄNDERUNG

Fassung zum persönlichen Gebrauch

---

kontrollieren, damit sie sich nicht auf eine Art und Weise verhalten, mit der man nicht zurechtkommt.

- Mißtrauen gegenüber der eigenen Fähigkeit, mit negativen Erlebnissen umzugehen.
- Angst, Scham, Traurigkeit u. ä. wird als Signal verstanden, sich zurückzunehmen.
- körperliches Empfinden z.B. von Enge, Starre, Gefühl- und Leblosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Leere, Sinnlosigkeit.
- Gefühl, dem Schicksal ausgeliefert zu sein.
- Bedürfnisse sind bedrohlich. Man will sie höchstens dann haben, wenn sie sicher erfüllt werden, ansonsten gibt man sie lieber auf.
- Verantwortung wird als Last und Überforderung empfunden.
- Beziehungsangebote: Du bist Schuld an meinem Unglück! Du mußt mir helfen! Du kannst mir nicht helfen! Auch Du enttäuschst mich!
- Resignation und Pessimismus, Glaube an das immer wiederkehrende gleiche Elend, keine Veränderungs- und Entwicklungsperspektive.

zu finden.

- Vertrauen, auch negative Erfahrungen verarbeiten zu können.
- Angst, Scham, Traurigkeit, u.ä. wird zugelassen und Bedürfnisse trotz dieser Gefühle aufrechterhalten.
- körperliches Empfinden z.B. Weite, Freiheit, Lebendigkeit, angenehmes Fließen, Pulsieren, Glück, Freude, Lust, Stabilität, Stärke.
- Gefühl, das Schicksal aktiv gestalten zu können.
- Bedürfnisse sind in jedem Fall kostbar, unabhängig von ihrer Erfüllung.
- Verantwortung zu tragen, wird als etwas Befreiendes empfunden.
- Beziehungsangebote: Ich zeige Dir, wie ich bin! Ich lasse mich auf Dich ein! Ich teile mich Dir mit! Ich vertraue Dir! Ich lasse Dich, wie Du bist!
- Perspektive, Optimismus, Glaube an die Möglichkeiten des Lebens. Die Zukunft ist offen.



Anhand eines Beispiels wollen wir die praktische Relevanz der linken Spalte dieser Auflistung verdeutlichen.

*Eine Klientin spricht über alle ihre Emotionen in leicht selbstironischem Ton ("Aboutism"). Ich konfrontiere sie immer einmal wieder damit, es fällt ihr jedoch schwer, selber dafür sensibel zu werden. Auf symptomatischer Ebene zeigt sich eine extreme Angst und Sorge, um ihre Kinder. Sie fürchtet v.a., es könne ihnen etwas zustoßen. Daher überläßt sie sie auch nur ungern dem Vater, da nur sie diejenige ist, die ausreichend auf "Nummer sicher" geht. Sie hat den Tod ständig vor Augen. Als ihre Mutter starb - die Klientin war achtzehn - hatte die ganze Familie trotz ihrer schweren Erkrankung die Möglichkeit des Sterbens bis zum Schluß aus ihrem Horizont verbannt. Als ich mich für die Mutter und ihren Tod interessiere, reagiert die Klientin abwehrend. Sie will mit ihr und der damit verbundenen Trauer nichts zu tun haben.*

Gehen wir die einzelnen Punkte der linken Spalte nun durch: Die Klientin meidet es, mit der unangenehmen Trauer wieder in Berührung zu kommen. Sie hatte damals das Gefühl, sie sei die einzige gewesen, die wirklich traurig gewesen sei. Niemand habe sie verstehen können und allein sei sie nicht damit fertig geworden, also habe sie versucht, die Trauer wegzuschieben. In der Beziehung zu mir geht sie nun wieder davon aus, daß ich auch kein Verständnis haben würde, und daß es sich nicht lohnt, sich wieder auf ihre Trauer einzulassen, um erneut damit alleingelassen zu werden. Sie versucht, ihr Leben und das ihrer Familie in der Weise zu kontrollieren, daß kein Anlaß zu intensiver Trauer gegeben sein könnte. Außerdem stellt sie sich bei jeder kurzfristigen Trennung von den Kindern innerlich auf deren Tod ein, um nicht unvorbereitet mit einem solchen Ereignis konfrontiert zu werden. Sie trauert in kleinen Portionen "vor", da sie sich das Verarbeiten intensiver Trauer nicht zutraut. Aufkommende Trauer löst Angst und Scham aus (Scham, daß ich sie lächerlich finden könnte). Beide Gefühle werden als Signal genommen, die Trauer schnell wieder in sich zurückzunehmen. Mit der Verantwortung für ihre Kinder fühlt sie sich überfordert. Sie ist nach wie vor vorwurfsvoll den Personen gegenüber, von denen sie sich damals in ihrer Trauer alleingelassen und mißachtet fühlte. Sie tritt zu mir in Kontakt mit der doppelten Botschaft: "Bitte laß mich nicht allein - Auch du wirst mich allein lassen". Körperlich erlebt sie sich als starr und leblos. Dem Leben, insbesondere dem Thema Krankheit, Tod fühlt sie sich ohnmächtig ausgeliefert. Das Bedürfnis, sich ihrer Trauer zu überlassen, und sich damit bei einer anderen Person aufgehoben und verstanden zu wissen, hat sie aufgegeben und möchte diesbezüglich kein Risiko mehr eingehen.

Durch die Selbstablehnung und ihre oben aufgelisteten Folgen wird die innere und äußere Welt des Klienten in Teilen zum geschlossenen System<sup>23</sup>. Gestalttherapeutisches Arbeiten heißt, die Klienten zu unterstützen die Lebenshaltung, die in der rechten Spalte beschrieben ist, (wieder) in sich zuzulassen und sich von den Lebenshaltungen der linken Spalte zu lösen.

Mit der obigen Gegenüberstellung läßt sich gleichzeitig eine Abgrenzung zu "nicht-neurotischen" psychischen Schwierigkeiten ziehen, weil es durchaus bestimmter psychischer Fähigkeiten bedarf, um sich selbst ablehnen zu können. Etwa braucht man - um drei Aspekte zu nennen - 1. das Gefühl ein von anderen getrenntes Wesen zu sein, 2. man muß zwei unterschiedliche Gefühlszustände miteinander in Beziehung setzen können und 3. man braucht die Fähigkeit Werturteile zu fällen. Manche Menschen müssen also paradoxerweise erst lernen, sich selbst zu verachten zu können.

In der Gestalttherapie sind - wie in anderen Therapierichtungen auch - Modelle des "Selbst" entwickelt worden. Das substantivierte Wort "Selbst" wird faktisch immer benutzt, um bestimmte, für wesentlich erachtete, psychische Funktionen zusammenzufassen. Welche Funktionen man nun für wesentlich hält, scheint uns allerdings recht individuell geprägt. Das Modell von Perls und Goodman haben wir skizziert. Ausgehend davon hat sich, auch aufgrund der praktischen therapeutischen Arbeit, eine umfangreiche Diskussion darüber gebildet, welche Lücken dieses Modell hat bzw. in welcher Hinsicht es zu erweitern oder zu modifizieren ist<sup>24</sup>. Der Versuch sich darauf zu *einigen*, welche psychischen Funktionen das "Selbst" umfassen soll, ist problematisch. *"Es kann im Gestalt-Ansatz keinen vom jeweiligen Beobachter unabhängigen und allgemeingültigen Begriff des Selbst geben"* (Fuhr/Gremmler-Fuhr 1995, 169). Bescheidener wäre es wohl, wenn man - wie Crocker und Fuhr/Gremmler-Fuhr - es dabei beläßt, psychische Funktionen und Erfahrungswelten zu beschreiben, die uns *selbst* zugänglich sind. Für das therapeutische Arbeiten kommt es letztlich darauf an, wie man mit dem Fehlen spezifischer psychischer Funktionen umgeht. Daher macht es Sinn, sich über die Bedeutung von Defiziten oder Fehlfunktionen Gedanken zu machen.

---

<sup>23</sup> vgl. Krause (1997, 146f.) und Basch (1992, 104ff.)

<sup>24</sup> vgl. etwa das gesamte Heft 11/2 des Gestalt Journals, Wheeler 1992, Tobin 1989, Crocker 1988, Korb u.a. 1989, 28ff., Fuhr/Gremmler-Fuhr 1995, 165-184.

## Gestalttherapeutische Bemerkungen zu gängigen Differentialdiagnosen

### 1. Defizit versus Vermeidung

Eine der Unterscheidungen, die sich schulübergreifend anscheinend durchgesetzt haben, um neurotische Phänomene von nicht-neurotischen zu trennen, ist jene zwischen Vermeidung und Defizit<sup>25</sup>. Gemeint ist damit, daß im neurotischen Kontext Menschen Bedürfnisse nicht spüren oder äußern, weil sie unangenehme Gefühle oder phantasierte negative Folgen vermeiden wollen: Sie könnten, aber sie wollen nicht. Menschen mit schwerwiegenderen Beeinträchtigungen haben dagegen in manchen Kontexten gar keine inneren Möglichkeiten, um z.B. Bedürfnisse überhaupt wahrzunehmen oder einen stimmigen Selbstausdruck zu finden: Sie wollen, aber sie können nicht. Diese *Phänomene* sind vermutlich allen Therapeuten vertraut<sup>26</sup>. Bei genauerem Hinsehen stellt man jedoch fest, daß die Art, wie man das Defizit versteht, sehr unterschiedlich ist<sup>27</sup>. Die wesentlichen Spielarten innerhalb der Gestalttherapie sind, daß man ein Defizit in der Qualität der Kontaktgrenze ansiedelt<sup>28</sup>, daß man einen Mangel in den Selbstfunktionen beschreibt<sup>29</sup> oder Defizit als Mangel an Selbstunterstützung definiert<sup>30</sup>, welches auf Beeinträchtigungen grundlegenderer Bedürfnisse hinweist. Welche dieser Möglichkeiten dem gestalttherapeutischen Denken am besten entspricht, ist in Diskussion. Auffällig ist jedoch, daß jene Autoren (aller Schulen), welche das Defizit strukturell definieren, immer auch einräumen (müssen), daß im konkreten therapeutischen Alltag die Klienten in ihrem Verhalten immer *Mischformen* an den Tag legen, bzw. die Schwierigkeiten im längeren Verlauf der Therapie immer wieder von Defizit zu Vermeidung und umgekehrt wechseln<sup>31</sup>. Wir halten es im Lauf einer *jeden* Therapie für notwendig, *ständig* dialogisch mit dem Klienten zu klären, ob eine bestimmte Schwierigkeit den Charakter einer Vermeidung oder eines Defizits hat<sup>32</sup>. Daher halten wir diese Unterscheidung auch nur sehr bedingt für tauglich, zwischen "neurotischen und nicht-neurotischen Menschen" zu unterscheiden, da

---

<sup>25</sup> etwa Thomä/Kächele (1996), Gneist (1995), Basch (1992), Kohut(1993), Kernberg (1997), Dreitzel (1992), Staemmler (1993), Petzold (1993), Greenberg (1989), Masterson (1992), Breshgold/Zahm (1992) Beaumont (1989), Linehan (1993)

<sup>26</sup> Welche problematischen Folgen für den Klienten es hat, wenn der Therapeut diese beiden grundsätzlichen Möglichkeiten verwechselt, beschreibt Staemmler (1993) 264f.

<sup>27</sup> Die Unterschiede zur Psychoanalyse diskutiert ausführlich Staemmler (1993, 251 - 265).

<sup>28</sup> Dreitzel (1992, 102 ff)

<sup>29</sup> Janssen/Wecke (1994)

<sup>30</sup> Staemmler (1993, 251 - 265).

<sup>31</sup> vgl. etwa Kernberg (1997), Dreitzel (1992, 105f)

<sup>32</sup> Ähnlich erhebt Kernberg Bedenken gegen Festlegungen auf Diagnosen, weil sie die Fähigkeiten schwächen "das Unbekannte zu entdecken und zu erforschen" (1997, 138); vgl. auch M.Tolpin in Masterson u.a. (1993, 40)

---

sonst die Gefahr entsteht, im nicht-neurotischen Kontext nur noch auf Defizite und nicht mehr auf die Potentiale zu achten und dem scheinbaren "Neurotiker" nicht mehr in seinen Defiziten gerecht werden zu können<sup>33</sup>.

## 2. Übertragungsformen und neurotische Mechanismen

Eine andere Art differentialdiagnostischer Überlegungen bezieht sich auf unterschiedliche Formen, in denen der Klient mit dem Therapeuten in Beziehung tritt, bzw. wie er diesen wahrnimmt. Am differenziertesten beschreibt dies Kernberg (1997, 1996, 1993, 1988). Simplifizierend dargestellt<sup>34</sup>, vertritt er die Auffassung, daß "neurotische Übertragungen" von relativ stabilen Fremd- und Selbstbildern geprägt sind. Dabei inszenieren die Klienten eine Beziehung zwischen einem "unbewußten kindlichen Selbst und (ebenfalls unbewußten) kindlichen Repräsentanzen der Elternobjekte" (1997, 119). Weiterhin werden im neurotischen Kontext Bedürfnisse in der Beziehung entweder gar nicht wahrgenommen (Verdrängung), die emotionale Bedeutung unangenehmer Erfahrungen nivelliert (Verleugnung), die Probleme mit anderen Menschen schöngeredet (Intellektualisierung) oder die aufkommenden Bedürfnisse stehen deutlicher im triangulatorischem Kontext (ödipaler Widerstand) oder werden durch andere Empfindungen ersetzt (Reaktionsbildung). Im Unterschied dazu gestalten sich die therapeutischen Beziehungen mit schwerer beeinträchtigten Menschen durch einen raschen Wechsel gänzlich verschiedener und extremer Selbst- und Fremdbilder (Spaltung), durch die unter-schwellige Induktion von schwer tolerierbaren Emotionen im Therapeuten durch den Klienten (projektive Identifikation) oder durch die Produktion von Langeweile in der Begegnung und dem Agieren heftiger Affekte wie Wut, Haß, absolute Idealisierung und Neid auf den Therapeuten. Dieser Versuch wird - wie vor allem auch in informellen Gesprächen zu erfahren ist - auch von vielen (in stationären Umfeldern arbeitenden) Gestalttherapeuten übernommen (Votsmeier 1988, Janssen/Wecke 1994, Delisle 1991, Greenberg 1989).

Bei diesem Konzept fällt auf, daß die hier benutzten neurotischen Abwehrmechanismen<sup>35</sup> im gestalttherapeutischen Sprachgebrauch bislang nicht vorkommen. Dies hängt vermutlich damit zusammen, daß diese Abwehrmechanismen sich deutlicher auf das analytische Instanzenmodell von Über-Ich, Ich und Es stützen und damit auf die

---

<sup>33</sup> Zu den unterschiedlichen therapeutischen Strategien bei Defiziten und Vermeidung vgl. Staemmler (1993)

<sup>34</sup> Eine prägnante Zusammenfassung findet sich auch bei Janssen/Wecke (1994, 43f.)

<sup>35</sup> Eine knappe Übersicht findet sich auch bei Ermann (1997, 53)

Organisation des Innenlebens des Klienten abheben, weniger auf seine Kontaktfunktionen. Wir sehen dies als Mangel an und sind der Überzeugung, daß eine theoretische Sensibilisierung für weitere Abwehrmechanismen als die von Perls und den Polsters (1985, 85 - 100) beschriebenen für die gestalttherapeutische Therapie neurotischen Leids hilfreich wäre<sup>36</sup>. Es bedarf anderer Interventionen, wenn Menschen bestimmte Bedürfnisse emotional und kognitiv gar nicht aufkommen lassen (Verdrängung), als wenn bestimmte Bedürfnisse kognitiv bekannt aber *emotional* irrelevant sind (Verleugnung)<sup>37</sup>.

In der *Tendenz* stimmen wir dem Versuch unterschiedliche Übertragungsqualitäten beim gestalttherapeutischen Arbeiten zu beachten zu: Je schwerer Menschen beeinträchtigt sind, desto chaotischer, emotional herausfordernder erleben wir sie bisweilen und desto schwerer fällt es uns manchmal, die Motive ihres Verhaltens zu durchschauen und ihnen Kontaktangebote zu machen. Die Dauer bis Menschen sich wichtige Bedürfnisse wieder eingestehen können und die Leichtigkeit mit der sie sie im Kontakt äußern können, differiert zudem erheblich. Allerdings finden wir, daß das System von Vermeidungen und stagnativen Kräften *jedes* Menschen einzigartig ist. Die Verschachtelung mit der Menschen Bedürfnisse und Impulse vor sich und vor anderen tarnen und verbergen, ist in der Regel so kompliziert und im Laufe einer jeden Therapie<sup>38</sup> auch so wechselhaft, daß wir dafür plädieren, dieses Rätsel mit jedem Klienten im Dialog individuell zu entschlüsseln (vgl. auch Petzold 1993, 595f.). Wir sehen ansonsten die Gefahr, daß bei allem Bemühen um Abgrenzungen zwischen neurotischen und anderen Beeinträchtigungen die Gemeinsamkeiten verloren gehen: Es geht immer um Bedürfnis und Vermeidung, es geht immer um Bewußtheit, Kontakt und Offenheit<sup>39</sup>.

### 3. Übertragungswiderstand des Klienten versus "Antwortwiderstand" des Therapeuten

Unter dem Stichwort Übertragungswiderstand wird in der analytischen Theorie diskutiert, ob, wann und auf welche Weise der Klient "schwierige" Bedürfnisse in die therapeutische Beziehung einbringt. Nachdem sich die Analyse technisch auf das Übertragungsgeschehen als ausschließliche Inszenierung zur Bewußtwerdung

---

<sup>36</sup> Vgl. auch Petzold (1993, 732 - 761), Basch (1993, 120ff. und 136 - 140)

<sup>37</sup> vgl. Basch (1993, 122ff.)

<sup>38</sup> Es ist auch in der Literatur wenig darüber zu lesen, ob denn aus einer "Borderline-Therapie" eine "Neurosen-Therapie" wird oder wie man sich sonst den langfristigen Verlauf solcher Therapien vorzustellen hat.

<sup>39</sup> siehe auch Mehrgardts (1994) Argumente "Offenheit" als wesentliches Kriterium gestalttherapeutischer Psychotherapie zu begründen.

aufgegebener Bedürfnisse beschränkt hat, war sie darauf angewiesen, daß sich überhaupt Übertragungen ausbilden. Patienten (etwa "narzißtische"), die scheinbar vom Therapeuten nichts "wollen", galten daher lange Zeit als nicht oder schwer therapierbar. Wir halten dies aus gestalttherapeutischer Sicht für einen Trugschluß. Ob der Klient Bedürfnisse wieder spürt und in die therapeutische Beziehung einbringt, hängt von den Antworten ab, die der Therapeut zu geben bereit und imstande ist<sup>40</sup>. Ohne Blickkontakt<sup>41</sup>, ohne Spontaneität<sup>42</sup>, ohne echte Wertschätzung<sup>43</sup>, ohne wirkliche Ermutigung, ohne Dialog, ohne Körperkontakt, ohne Körperinterventionen<sup>44</sup> - wie im klassischen analytischen Setting üblich - ist es nicht verwunderlich, daß Klienten bestimmte Bedürfnisse aus dem Kontakt fernhalten. Ebenso sind viele Klienten mit ihrem Bedürfnis nach warmherzigen Verständnis bei wenig "kunstvoll frustrierenden" Gestalttherapeuten - wie wir aus eigener Erfahrung wissen - ins Leere gelaufen.

Die Stärke gestalttherapeutischen Arbeitens liegt darin, daß durch die Vielzahl der Interventionsmöglichkeiten<sup>45</sup> und Beziehungsangebote<sup>46</sup> auf allen Ebenen menschlicher Existenz eine Fülle an Antworten auf im Hintergrund liegende Bedürfnisse möglich wird.

*Ein Klient spricht jede Stunde ein neues, anderes Thema an, ohne an der vorangegangenen Stunde anzuknüpfen. Er interpretiert dies selbst als Ausweichen und Davonlaufen. Der Therapeut sieht diesen Aspekt, spricht den Klienten aber dennoch darauf an, daß jedes der Themen doch offensichtlich von Bedeutung gewesen sei. Der Klient stimmt dem widerstrebend zu. Der Therapeut fragt dann, wie die Vorstellung sei, wenn es gänzlich in Ordnung sei, einmal von diesem, einmal von jenem zu reden. Daraufhin bricht der Klient in Tränen aus und sagt, er hätte dann das Gefühl mit allem, was ihn ausmacht, kommen zu dürfen. Die Vorstellung beglückt ihn ebenso, wie sie ihm Angst macht. Ausschlaggebend für den gewählten Weg, war die Strenge mit der der Klient - darin seinem Vater ähnlich - sein Verhalten kritisierte, und der Verdacht des Therapeuten, daß im Überwinden-Wollen des "Davonlaufens" auch eine Anpassung stecken könnte.*

---

<sup>40</sup> vgl. Breshgold/Zahm (1992, 79), die - unter Verweis auf Stolorow - Widerstand als Hinweis dafür sehen, daß den Klienten in der therapeutischen Beziehung etwas fehlt. Ähnlich auch Pessos Begriff der "passenden Antwort" (Moser/Pesso, 1991, 15)

<sup>41</sup> vgl. Petzold (1993, 770 - 775), der die Bedeutung des Sich-Anschauens eindrücklich darlegt.

<sup>42</sup> Vielleicht ist dies eine der wichtigsten Stärken der Gestalttherapie

<sup>43</sup> vgl. die positive Würdigung von diesem Aspekt der Kohutschen Praxis bei Thomä/Kächele (1996, 170)

<sup>44</sup> Eine gründliche Diskussion körpertherapeutischen Vorgehens bietet bislang innerhalb der gestalttherapeutische Literatur am ehesten Kepner 1988. Für die Tiefenpsychologie siehe Downing (1996) oder Moser (1989); für die Integrative Therapie Petzold (1993, 1151 - 1200)

<sup>45</sup> Eine Zusammenfassung bietet Rahm (1982); siehe auch den Artikel von Staemmler in diesem Handbuch.

<sup>46</sup> vgl. Eidenschink (1997)

Ob man ein bestimmtes Verhalten als Vermeidung oder als ungeschickten Mitteilungsversuch eines Bedürfnisses interpretiert, hängt ganz davon ab, welches Thema focussiert ist. Abwartend bestimmte Informationen zu sammeln, bis sie ein vordergründiges Bild ergeben, gehört u.E. zu den therapeutischen Künsten, die in der klassischen Gestalttherapie zu wenig entwickelt waren (vgl. Polster 1985b; 1987; Wheeler 1994, 1993; Hycner 1989, 141ff.)

#### *4. Qualität von Ängsten und Bedürfnissen*

Innere Konflikte in sich zu spüren, ist für viele Menschen (vor einer Psychotherapie) ausschließlich unangenehm. Deshalb entscheiden sich manche Menschen grundsätzlich dafür, innere Konflikte erst gar nicht wahrzunehmen. Es macht selbstverständlich einen gewaltigen Unterschied aus, welche Bedürfnisse Menschen in sich unterbrochen haben und mit welchen Ängsten sie innerlich konfrontiert werden. Das Bedürfnis, existieren zu dürfen, oder die Angst davor, sich aufzulösen, sind kaum zu vergleichen mit dem Bedürfnis, eine eigene Meinung zu vertreten und der Angst davor, damit bei anderen nicht anzukommen. Gestalttherapeutisches Arbeiten mit neurotischem Leid heißt für uns, daß wir uns in der Therapie auf die Bearbeitung innerer Konflikte konzentrieren (können). Bei Menschen, deren Symptomatik<sup>47</sup> die Beschäftigung mit anderen Phänomenen und Schwierigkeiten vordringlich macht, ist die Therapie zu Beginn jedenfalls mehr davon geprägt, die Voraussetzungen (vor allem in der therapeutischen Beziehung) für die Bearbeitung innerer Konflikte zu schaffen<sup>48</sup>.

#### **Welche therapeutische Antworten braucht der "neurotisch" leidende Klient?**

Die mangelnde Selbstachtung und die ungestillten Bedürfnisse, die neurotisches Leid ausmachen, führen in den Beziehungen der Klienten zu (erheblichen) Schwierigkeiten. Diese Schwierigkeiten entfalten sich in verschiedener Hinsicht auch in der therapeutischen Beziehung. Darüber herrscht zwischen Therapeuten fast aller Schulrichtungen u.E. Einigkeit. Was sind die wichtigsten Schwierigkeiten und was sind gestalttherapeutischen Reaktionen auf sie?

---

<sup>47</sup> z.B. "asoziale", psychotische, suchtgeprägte oder auch psychosomatische Verhaltensweisen

<sup>48</sup> vgl. ähnlich auch Stauss (1993, 54ff.)

### 1. "Negative" Affekte beim Klienten

Am häufigsten ist sicher, daß Klienten den Therapeuten nicht so wohlwollend und kontaktfreudig wahrnehmen können, wie er (hoffentlich) ist. Treten solche Affekte im Kontext eines schon bewußten Bedürfnisses auf, sind sie häufig die Projektion eines negativen Introjekts im Klienten und müssen als solche im Rahmen der Polarisation bearbeitet werden. Schwieriger wird es, wenn sich negative Affekte in sublimer Form über längere Zeit in der Beziehung aufbauen oder halten. Wird etwa eine Angst vor Abhängigkeit von dem Therapeuten dadurch vermieden, daß der Klient sich ständig über Kleinigkeiten ärgert und dieser Ärger dann beschwichtigt wird durch die Scham darüber, daß man auf jemanden, der so gut zu einem ist, nicht wütend sein darf, dann - man merkt es schon an dem langen Satz - dann, ist es nicht mehr so einfach, zu der "eentlichen" Angst bzw. dem "eentlichen" Bedürfnis vorzudringen. Jedes Gefühl kann zu Vermeidungszwecken gegenüber einem anderen Gefühl benutzt werden. *So wird Angst oft durch Wut und Wut oft durch Angst ersetzt.* Jeder Mensch ist im Hinblick auf die Verschachtelung seiner affektiven Vermeidungsstrategien einmalig.

Bei einigen Affekten - insbesondere Wut, Haß und Kränkungs- und Vernichtungsimpulsen - kann es wichtig sein, dem Klienten seine Projektion auf den Therapeuten zu lassen, um ihm nicht vorschnell durch die "Realität" indirekt die Botschaft zu vermitteln, es gebe keinen Grund für seine Affekte und daher dürfe er sie auch nicht erleben<sup>49</sup>. Vordringlich ist hierbei nur die kontinuierliche Botschaft des Therapeuten, daß man sich von den destruktiven Seiten des Klienten nicht zurückziehen wird. Die unverbrüchliche Bereitschaft des Therapeuten auch unter schwierigen Bedingungen den Kontakt aufrechtzuerhalten, ist vielleicht eine der wichtigsten Unterscheidungen einer therapeutischen Beziehung von sogenannten alltäglichen (vgl. Krause 1997, 196).

Ein wichtiger - und nicht so seltener - negativer Affekt ist u.E. vorrangig zu bearbeiten: Zweifelt der Klient an der *Aufrichtigkeit und Ehrlichkeit der Zuwendung* des Therapeuten (z.B. Der Therapeut sei nur liebevoll, weil man ihn dafür bezahlt), muß diese Annahme in den Focus der therapeutischen Arbeit kommen. Solange der Klient glaubt, daß Beziehungen immer etwas Ausbeuterisches haben, kann kein anderes Thema ausreichend bearbeitet werden<sup>50</sup>. Andere "negative" sublimale Gefühle, die den therapeutischen Prozeß

---

<sup>49</sup> Diese Auffassung teilen wir mit Balint (1966, 340f.).

<sup>50</sup> Eine ähnliche Auffassung vertritt Kernberg (1997)



---

stagnieren lassen können, wenn sie nicht erkannt werden, sind: Neid auf die Fähigkeiten des Therapeuten, Kränkungen, Eifersucht auf Partner des Therapeuten oder andere Klienten, Ekel oder sado-masochistische Phantasien. Bisweilen ist es notwendig *kleine* Anzeichen aufzugreifen, um solche Möglichkeiten anzusprechen, da die Klienten selten derartige Empfindungen von sich aus ansprechen. Bei alledem ist die gestalttherapeutische Strategie immer die, dem Klienten erstens - es sei wiederholt - die Sicherheit zu geben, daß man den Kontakt zu ihm aufrechterhalten wird, und zweitens die Bedeutung dieser Empfindungen im Hinblick auf die Vermeidung eines angst- oder schambesetzten Bedürfnisses zu entschlüsseln suchen.

## 2. "Positive" Affekte des Klienten

Ein besonders heikles Problem stellen "positive" Empfindungen von Klienten zum Therapeuten dar. Sind doch fast immer zwei Möglichkeiten denkbar, die, wenn sie verwechselt werden, erhebliche therapeutische Probleme hervorrufen können. Die erste Variante ist, daß Verliebtheit, Idealisierungen, erotische Sehnsüchte u.ä. ebenfalls zu Vermeidungszwecken oder als Reinszenierung vergangener traumatischer Beziehungsmuster eingesetzt werden. Die andere Möglichkeit ist die, daß der Klient z.B. mit der Erfahrung in die Therapie kommt, daß er mit seiner Liebe immer ins Leere läuft. Entwickelt er nun aufrichtige, liebevolle Gefühle dem Therapeuten gegenüber, kommt alles darauf an, daß dieser mit Freude und Dankbarkeit (Ehrlichkeit auch hier vorausgesetzt) reagiert. Wird dem Klienten seine Liebe nun als Idealisierung o.ä. ausgelegt, bestätigt sich seine Katastrophenphantasie. Wir erleben auch immer wieder Fälle, bei denen beide Varianten zutreffen. Auch dies ist möglich und muß entsprechend diffizil bearbeitet werden.

Staemmler (1993, 145f. und 1997, 40) vertritt die Auffassung, daß positive Übertragungen im Gegensatz zu negativen nicht möglichst bald bearbeitet werden müssen, da sie u.U. vorübergehend die einzige Verbindung zum Klienten bilden können. Diesen unterschiedlichen Umgang mit beiden Übertragungsformen halten wir für ausgesprochen problematisch, da es - insbesondere bei Therapeuten, die der Bewunderung bedürfen - dazu führt, daß die positive Übertragung zur heimlichen Basis der therapeutischen Beziehung wird. Der Zusammenbruch der Idealisierung führt so gut wie immer zum Abbruch der Therapie durch Klient oder Therapeut. Eine entstehende negative Übertragung - gerade nach einer Idealisierung - ist oftmals ein notwendiger Schritt, der unbedingt Entfaltungsspielraum braucht.

---

### 3. Resonanz, Spontaneität und Gegenübertragung des Therapeuten

Es ist hier nicht der Raum, um das weitläufige Problemfeld der therapeutischen Gegenreaktionen und Resonanzen gebührend auszuschreiten<sup>51</sup>. Kennzeichnend für die gestalttherapeutische Haltung ist, daß man (selektiv) als Person sichtbar wird, dem Klienten persönlichen Kontakt anbietet und daß Kreativität und Spontaneität<sup>52</sup> ein erwünschtes Therapeutenverhalten sind<sup>53</sup>. Der Therapeut verweigert insbesondere auch eine Haltung des "allmächtigen Heilers".

Das Beziehungsangebot des Gestalttherapeuten besteht darin, sich durch seine konkrete Gegenwart im Kontakt mit dem Klienten so einzulassen, daß der Therapeut die *Bedingungen verwirklicht*, unter denen der Klient sich so zeigen kann, daß sein Leid verständlich wird, und er Schritte tun kann, mehr zu werden, was er ist. Therapeutisches Handeln ist dann in ihrem Wesen immer lebendiger Vollzug *zweier* konkreter Menschen (Jacobs 1989). Auch darum sind Diagnosen über *einen* der beiden immer problematisch.

Aber auch im persönlichen Kontakt, den ein Gestalttherapeut anbietet, bleibt es wichtig, emotional nicht mit der Bedürfnisseite im Klienten zu koalieren. Der Klient braucht für die Vermeidungskräfte ebenso Unterstützung. Sobald er spürt, daß Rückfälle und Rückschritte auf emotionalen Widerstand beim Therapeuten stoßen, führt dies schnell zur Anpassung (Eidenschink 1994), zum Präsentieren von "Erfolgen" und zu einer Stagnation im therapeutischen Prozeß. Dieser Vorgang wird zu Recht als "Übertragungsheilung" kritisiert.

Je mehr der Therapeut aktiv ist und als Person mit seinen Reaktionen auf den Klienten sichtbar ist, desto wichtiger ist es, entsprechend sorgsam die Reaktionen des Klienten zu beachten. Angesichts der Komplexität der ineinandergreifenden Faktoren auf beiden Seiten ist hier noch einiges an Forschungsarbeit zu leisten.

Da die Frage, ob und wann der Klient Verständnis oder Konfrontation "braucht", besonders wichtig ist, sei sie hier noch etwas ausführlicher behandelt.

---

<sup>51</sup> vgl. Gremmler-Fuhr in diesem Handbuch; Jacobs (1992); Staemmler (1993), der eine Definition von Kontakt aus gestalttherapeutischer Sicht versucht.

<sup>52</sup> vgl. Portele (1992, 127) und grundlegend Zinker (1982)

<sup>53</sup> Wir konnten bisher trotz intensiven Studiums der entsprechenden umfangreichen analytischen Literatur nicht verstehen lernen, wozu es gut sein könnte, sich in seiner Person während der Ausübung der psychotherapeutischen Tätigkeit so stark zu reduzieren. Sogar Krause (1997, 101) rechtfertigt in seinem ansonsten so fortschrittlichen und lehrreichen Buch das klassische analytische Couchsetting mit der Begründung, daß es nicht auszuhalten wäre, beim direkten Blickkontakt mit dem Klienten nicht spontan reagieren zu dürfen!

---

#### 4. Verständnis oder Konfrontation?

Die Stärke von F. Perls lag sicher besonders darin, seine Klienten sehr direkt und oft sehr konfrontativ auf ihre inneren Konflikte hinzuführen und diese zu bearbeiten<sup>54</sup>. Das Augenmerk einiger seiner "Kinder und Enkel" lag mehr darauf, den Beziehungsaspekt in der gestalttherapeutischen Kunst zu reflektieren. Die Ich-Du-Beziehung wurde zum griffigen Schlagwort, welches die gestalttherapeutische Beziehung kennzeichnen sollte (Butollo 1993, Friedman 1987, Hycner 1989, Jacobs 1992, Staemmler 1993). Die Gleichwertigkeit von Therapeut und Klient wurde betont. Dabei ist die Argumentation - wie von Perls auch - in Abgrenzung zu Psychoanalyse geführt worden. Die Annäherung an Rogerianische und Kohutsche Positionen ist dabei unverkennbar (Jacobs 1992, Breshgold 1992, Frew 1992, Fuhr/Gremmler-Fuhr 1995, Mehrgardt 1994). Diese Entwicklung spiegelt eine grundsätzliche Gratwanderung der therapeutischen Beziehung überhaupt wieder: Ist die Beziehung zwischen Therapeut und Klient von Konfrontation und Herausforderung geprägt<sup>55</sup> fällt es dem Klienten leichter seinerseits "negative", abwertende oder aggressive Gefühle (dem Therapeuten gegenüber) zu entwickeln, was uns für das Gelingen von Therapien besonders wichtig erscheint. Andererseits stellt man schulübergreifend fest, daß viele Klienten mit solchen Herausforderungen nicht umgehen können, oder jene sogar schädliche Wirkungen entfalten<sup>56</sup>. Etabliert man als Therapeut jedoch eine (ausschließlich) positive und verständnisvolle Beziehung zum Klienten, wird es für die Klienten viel schwieriger, ihre "negativen" Projektionen und ihre "negativen" Impulse zu leben, weil Verlustängste in Bezug auf den Therapeuten ihr Innenleben zu dominieren beginnen. Sekundär wird die Introjektion von Normen, Ansichten und Wünschen des Therapeuten erleichtert und ist schwerer zu durchschauen<sup>57</sup>. Schließlich ist die notwendige Ablösung und Auseinandersetzung mit dem Therapeuten in solchen Kontexten erschwert oder wird vom Therapeuten kontrolliert und gesteuert. Basch (1992) kommt zu dem Schluß, daß für neurotische Störungen, das klassische analytische Setting notwendig und angebracht ist, während für schwerwiegendere Störungen ein empathisches, konfrontationsfreies Vorgehen das Mittel der Wahl sei. Diese Gegensatzung

---

<sup>54</sup> Dies hat bedauerlicherweise dazu geführt, daß Gestalttherapie von anderen therapeutischen Schulrichtungen auch in jüngster Zeit immer noch für ein ausschließlich konfrontierendes Verfahren gehalten wird (vgl. Ermann 1997, 364)

<sup>55</sup> Frews (1992) Unterscheidung zwischen imposing, competing und confirming (Konfrontieren, Herausfordern und Bestätigen) finden wir dabei sehr hilfreich. Ob das Konfrontieren nun den Charakter von krassen Provokationen hat, wie das in der Nachfolge Perls schick war, oder in der Spielart der gnadenlos abstinenter Haltung des Analytikers zum Ausdruck kommt, ist sekundär.

<sup>56</sup> vgl. Breshgold/Zahm (1992), Frew (1992)

<sup>57</sup> vgl. Eidenschink (1993)

- die sich in vielen Schulrichtungen derzeit finden läßt - halten wir für unglücklich. Wir sind der Ansicht, daß es in jeder Therapie Phasen gibt, in denen es ein Kunstfehler wäre den Klienten wie auch immer zu provozieren, und daß es Phasen und Momente gibt, wo es schädlich ist, es nicht zu tun.

Versucht man diese Entscheidung phänomenologisch und dialogisch zu treffen, ist es von besonderer Bedeutung, sich sehr genau mit der Reaktion des Klienten auf alle Interventionen zu befassen, die ihm (experimentell) Gelegenheit geben (wollen), "neues" Verhalten oder Erleben auszuprobieren oder die ihn mit einem "problematischen Verhalten" konfrontieren. Solche Interventionen lösen häufig unangenehme Gefühle wie Angst oder Scham aus, so daß der Klient sich möglicherweise "weigert", das angebotene Experiment auszuprobieren. Nun gilt es, gemeinsam mit dem Klienten herauszufinden, welche der folgenden Möglichkeiten zutrifft: (a) Kann der Klient grundsätzlich solche Gefühle in sich tolerieren, braucht er (herausfordernde) Unterstützung, das "Neue" mit oder trotz der Angst oder Scham zu tun oder zu spüren. (b) Kann der Klient seine Angst oder Scham nicht tolerieren, braucht er (verständnisvolle) Unterstützung, um dies lernen zu wollen. Es gibt jedoch auch noch eine dritte Möglichkeit, die u.E. oft vernachlässigt wird. (c) Der Klient nutzt das Experiment, z.B. um eine "Leistung" zu erbringen. Leistung entweder im Hinblick auf den Therapeuten, an dessen vermutete Erwartung er sich anzupassen sucht, oder im Hinblick auf sich selbst, weil er "so etwas" von sich selbst abverlangt. Trifft diese Möglichkeit zu - was häufig vorkommt - dann gilt es, dieses "Leistungs-"Verhalten mit Priorität zu bearbeiten. Andernfalls läßt sich der Klient auf "Neues" ein, was durchaus für ihn Bedeutung haben mag, gleichzeitig bestätigt sich allerdings im selben Vorgang eine "alte" Erfahrung, z.B. das Gefühl, daß ohne Leistung oder Anpassung kein Fortschritt erzielbar ist. Statt Leistung lassen sich nun mit analogen Argumentationen Haltungen wie Willfährigkeit, Resignation, Unbeteiligtsein u.v.a.m. darstellen. Kern dieses Gedankens ist, daß es zum gestalttherapeutischen Vorgehen gehört, nicht darauf zu dringen, daß ein Klient etwas anders tut als er es tut, sondern immer nur wieder neu gemeinsam herauszufinden, welches Problem im Hintergrund, die Bearbeitung eines Themas im Vordergrund unmöglich macht. Anders gesagt, es ist immer auch eine kunstvolle Entscheidung zu treffen darüber, welcher Ausschnitt der gesamten Persönlichkeit oder der therapeutischen Beziehung die Botschaft erfahren soll "Du darfst so bleiben, wie du bist!"

## 5. Der Hunger nach Verstehen

Wenn Menschen ihr Verhalten und ihre Affekte nicht verstehen, wird es für sie schwieriger, ihre Selbstachtung aufrechtzuerhalten. Daher halten wir das Bedürfnis, jemand zu sein, der verstehbar ist und der sich verstehen kann, für besonders wichtig. Verstehen ist nicht vorrangig oder ausschließlich kognitiv. Aber es ist es auch. Daher gehört es zum Repertoire gestalttherapeutischer Antworten, bisweilen Klienten etwas zu *erklären*, was man glaubt, von ihnen oder der Beziehung zu ihnen verstanden zu haben.

## 6. Symptomorientierung

Im gestalttherapeutischen Verständnis besteht das Ziel von Psychotherapie darin, jemanden zu unterstützen so, wie er ist, in die Welt zu treten, um damit auch weitere Entwicklung und persönliches Wachstum über die Therapie hinaus zu erleichtern. Daher ist der Versuch des Klienten, sich zu verändern, indem er ein Symptom mit therapeutischer Hilfe zu eliminieren oder ein "Ich-Ideal" zu erreichen sucht, immer ein ganz wichtiger Aspekt seiner Schwierigkeiten. Sein Symptom ist unserem Verständnis nach zu diesem Zeitpunkt Teil seines Soseins. Wer das Symptom mit Hilfe der Therapie bekämpfen möchte, sucht für seine Selbstablehnung eine neue Spielwiese. *Entwicklung fußt dagegen immer auf Selbstachtung*. Das Symptom des Klienten wird gestalttherapeutisch als wichtiges Phänomen betrachtet, ist aber nur *ein* Ausgangspunkt um die innere Welt des Klienten und seine Konflikte kennenzulernen. Den Klienten ist in der Regel zunächst überhaupt nicht bewußt ist, daß sie bestimmte Seiten, Impulse, Bedürfnisse oder Wünsche in sich ablehnen. Zunächst sind ihnen bestimmte Symptome, nicht der innere Konflikt bewußt.

*Herr W. fühlt sich oft in einem unerklärlich starken Ausmaß unsicher. Deshalb kommt er in Therapie. Er entdeckt zu seiner eigenen Überraschung, daß hinter seiner Unsicherheit eine enorme Verletzlichkeit steckt., die er bisher nicht wahrgenommen hat. Er erlebt nun, wie er jede Kritik und Aggression von anderen, zum Anlaß nimmt, sich zurückzuziehen. Schließlich wird ihm klar, daß er sich deshalb zurückzieht, weil er Angst vor eigenen aggressiven Impulsen hat. Diese Impulse erlebt er bald als Bedürfnis, sich zu behaupten. So ist er schlußendlich mit dem inneren Konflikt zwischen seinen Behauptungswünschen und seiner Angst davor, der Auseinandersetzung nicht gewachsen zu sein, konfrontiert. Aus Unsicherheit ist ein innerer fruchtbarer Konflikt geworden.*

### **Zusammenfassung**

Gestalttherapeutische Psychotherapie mit neurotisch leidenden Menschen ist geprägt von der Beschäftigung mit den intrapsychischen *und* interpsychischen Konflikten, wie sie sich in der Begegnung von Klient und Therapeuten nach und nach offenbaren. Beide Arten von Konflikt haben einen Bezug zu unerfüllten Sehnsüchten und Bedürfnissen des Klienten (oder des Therapeuten). Diesen Bezug mit dem Klienten herauszuarbeiten, die Bedürfnisse wieder spürbar werden zu lassen und die dadurch entstehende Spannung zwischen den Bedürfnissen und den Ängsten befriedigend zu lösen, sind die wesentlichen Ziele von gestalttherapeutischer Psychotherapie. Dies ist möglich, wenn der Therapeut die passenden Antworten im Dialog mit dem Klienten findet und die therapeutische Arbeit als eine versteht, in der auch er sich verändern muß<sup>58</sup>. Daher hängt aus gestalttherapeutischer Sicht das Gelingen einer Psychotherapie weniger daran, welche Schwierigkeiten jemand in die Therapie mitbringt, sondern welches Verständnis und welche rationalen, emotionalen, körperlichen und handlungsbezogenen Antworten von der Therapeutin oder vom Therapeuten geleistet werden (können). Im Hinblick auf das Wohl der Klienten scheint uns daher das Ringen der unterschiedlichen Therapierichtungen, Therapeutinnen und Therapeuten um die passenden Antworten im therapeutischen Dialog wichtig, richtig und vielleicht sogar unerlässlich.

---

<sup>58</sup> vgl. Herberth / Maurer (1997)

## Literatur

- Alexander, Franz (1928): Der neurotische Charakter. Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse, 14/1, 26 - 44.
- Alexander, Ronald u.a. (1992): Transference meets Dialog. The Gestalt Journal 15/2, 61 - 108.
- Appelbaum, Stephen A. (1993): A Psychoanalyst explores the Alternative Therapies. Northvale (Jason Aronson)
- Balint, Michael (1966): Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse. Bern (Huber)
- Basch, Michael Franz (1992): Die Kunst der Psychotherapie. Neueste theoretische Zugänge zur psychotherapeutischen Praxis. München (Pfeiffer)
- Bauriedl, Thea (1984): Beziehungsanalyse. Frankfurt (Suhrkamp)
- Beaumont, Hunter (1988): Ein Beitrag zur Gestalttherapietheorie und zur Behandlung schizoider Prozesse. Gestalttherapie 2, 16 - 26.
- Beaumont, Hunter (1989): Einige Implikationen des Dialogischen Prinzips" Martin Bubers für die Theorie und Praxis der Gestalttherapie der narzißtischen Charakterstörung. In: Maack, Norbert u.a. (Hrsg.): Ich und Du. Kontakt, Begegnung, Beziehung - Dokumentation der Münchner Gestalt-Tage 88, Eurasburg
- Beisser, Arnold R. (1971): The Paradoxical Theory of Change. In: Fagan, J. und Shepherd, I.L. (1971): Gestalttherapy Now, New York
- Blankertz, Stefan (1993): Gestalt Therapy" als Therapiekritik. Gestalttherapie 1/93, 37-48.
- Blankertz, Stefan (1996): Gestalt begreifen. Ein Arbeitsbuch zur Gestalttheapie-Theorie. Wuppertal (Hammer)
- Bock, W. u.a. (1992): Fritz Perls in Supervision. Gestalttherapie 1/92, 46-48.
- Bowlby, John (1976): Trennung. Psychische Schäden als Folge der Trennung von Mutter und Kind. München (Kindler)
- Breshgold, Elaine / Zahm, Stephen (1992): A Case of Integration of Self Psychology Developmental Theory into the Practice of Gestalt Therapy. The Gestalt Journal 15/1, 61 - 94.
- Butollo, Willi (1993): Das dialogische Prinzip und die Suizidprävention. In: Giernalczyk, Thomas u.a. (Hrsg.): Suizidalität - Deutungsmuster und Prasisansätze, München, 11 - 25.
- Cashdan, Sheldon (1990): Sie sind ein Teil von mir". Objektbeziehungstheorie in der Psychotherapie. Köln (EHP)

Ciampi, Luc (1982): Affektlogik. Stuttgart (Klett-Cotta)

Delisle, Gilles (1991): A Gestalt Perspective of Personality Disorders. *British Gestalt Journal* 1, 42-50.

Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (Hrsg.) (1986) : Verhaltenstherapie. Theorien und Methoden. Tübingen.

Dewald, Paul A. (1976): Toward a General Concept of the Therapeutic Process. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 282 -299.

Dinslage, Axel, (1990): Gestalttherapie. Mannheim (PAL)

Dowing, George (1996): Körper und Wort in der Psychotherapie. Leitlinien für die Praxis. München (Kösel)

Dreitzel, Hans Peter (1992): Reflexive Sinnlichkeit. Mensch - Umwelt - Gestalttherapie. Köln (EHP)

Dreitzel, Hans Peter (1995): Emotionen in der Gestalttherapie - ihre Bedeutung und Handhabung im therapeutischen Prozeß, in: Petzold, Hilarion G. (Hrsg.) (1995): Die Wiederentdeckung des Gefühls, Paderborn (Junfermann), 493 - 518.

Eagle, Morris N. (1984): Neuere Entwicklungen in der Psychoanalyse. München/Wien (Verlag Int. Psychoanalyse)

Eidenschink, Heika (1992): Wenn Therapie zur Anpassung wird. In: Maack, Norbert u.a. (Hrsg.) (1992): Gestaltbildung in Pädagogik und Therapie. Dokumentation der Münchner Gestalt-Tage 1992, Eurasburg, 232 - 245.

Eidenschink, Klaus (1995): Ein Versuch mit der Wahrheit. Gestalttherapeutische Überlegungen mit Nietzsche. *Gestalttherapie* 2/95, 36 -50.

Eidenschink, Klaus (1997): Wie abhängig darf der Klient vom Therapeuten werden?. In: Billich, Manfred u.a. (Hrsg.) (1997): Dokumentation der Münchner Gestalt-Tage 1996. Prozeß und Diagnose. Gestalttherapie und Gestaltpädagogik in Praxis, Theorie und Wissenschaft. Eurasburg, 73 - 87.

Eidenschink, Klaus und Heika (1992): Du darfst so bleiben wie Du bist". Zur therapeutischen Haltung und der Paradoxie der Veränderung. *Gestalttherapie* 1/92, 39-45.

Eidenschink, Klaus und Heika (1996): Ödipus in der Gestalttherapie. *Gestalttherapie* 2/96, 64 -72.

Ellis, Albert (1993): Die rational-emotive Therapie. München (Pfeiffer)

Ermann, Michael (1997): Psychotherapeutische und psychosomatische Medizin. Stuttgart/Berlin/Köln (Kohlhammer)

Fenichel, Otto (1945): *Psychoanalytic Theory of Neurosis*. New York (Norton)



Fleming-Crocker, Sylvia (1988): Boundary Processes.States and the Self. The Gestalt Journal 11/2, 81 - 124.

Frew, Jon (1992): From the Perspective of the Environment. The Gestalt Journal 15/1, 39 - 60.

Friedman, Maurice (1987): Der heilende Dialog in der Psychotherapie. Köln (EHP)

Fromm, Erich (1974): Anatomie der menschlichen Destruktivität. Stuttgart (DVA)

Fuhr, Reinhard / Gremmler-Fuhr, Martina (1991): Dialogische Beratung. Köln (EHP)

Fuhr, Reinhard / Gremmler-Fuhr, Martina (1995): Gestaltansatz. Grundkonzepte- und modelle aus neuer Perspektive. Köln (EHP)

Gast, Lilli (1997): Metamorphosen des Narzißmus. Zur psychoanalytischen Ideen- und Begriffsgeschichte des Narzißmus. Psyche 1, 46 - 75.

Gneist, Joachim (1995): Wenn Haß und Liebe sich umarmen. Das Borderline-Syndrom. Ein Psychodrama unserer Zeit. München/Zürich (Piper)

Goulding, Robert und Mary (1981): Neuentscheidung. Stuttgart (Klett-Cotta)

Greenberg, Elinor (1989): Healing the Borderline. The Gestalt Journal 12/2, 11-55.

Greenson, Ralph.R. (1996): Technik und Praxis der Psychoanalyse. Stuttgart (Klett-Cotta)

Hartmann-Kottek-Schroeder, Lotte (1994): Gestalttherapie. In: Corsini, Raymond J. (1994): Handbuch der Psychotherapie. Weinheim (Beltz), 281-320.

Herberth, Franz / Mauerer, Jürgen (Hrsg.) (1997): Die Veränderung beginnt beim Therapeuten. Anwendungen der Beziehungsanalyse in der psychoanalytischen Theorie und Praxis. Frankfurt a.M. (Brandes & Apsel)

Hycner, Richard (1985): Dialogical Gestalt Therapy. A Initial Proposal,The Gestalt Journal 13/1, 23 - 49.

Hycner, Richard(1989): Zwischen Menschen - Ansätze zu einer Dialogischen Psychotherapie. Köln (EHP)

Ill, Nelson W.M. / Groman, William D. (1975): Neurotic Verbalizations: An Exploration of an Gestalt Therapy Assumption. Journal of Clinical Psychology 31 (4), 732 - 737.

Jacobs, Lynne (1989): Dialogue in Gestalt Theory and Therapy. The Gestalt Journal 12/1, 25 - 67.

Jacobs, Lynne (1992): Insights from Psychoanalytic Self-Psychology and Intersubjectivity Theory for Gestalt Therapists. The Gestalt Journal 15/2, 25 - 60.

Jacobson, Edith (1971): Depression. Eine vergleichende Untersuchung normaler, neurotischer und psychotisch-depressiver Zustände. Frankfurt a. M (Suhrkamp)

- Jaeggi, Eva (1995): Zu heilen die zerstoßenen Herzen. Hamburg (Rowohlt)
- Janssen, Norbert / Wecke, Karl Friedrich (1994): Stationäre Frühgestörten-Therapie aus gestalttherapeutischer Sicht. *Gestalttherapie* 8/1, 37 - 52.
- Johnson, Stephen M. (1988): Der narzißtistische Persönlichkeitsstil. Köln (EHP)
- Kepner, James I., (1988): Körperprozesse. Ein gestalttherapeutischer Ansatz. Köln (EHP)
- Kernberg, Otto (1988): Innere Welt und äußere Realität. München-Wien (Verlag Internationale Psychoanalyse)
- Kernberg, Otto ( 1993): Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. Frankfurt (Suhrkamp)
- Kernberg, Otto (1997): Wut und Haß. Stuttgart (Klett-Cotta)
- Kernberg, Otto (1996): Schwere Persönlichkeitsstörungen. Theorie, Diagnose, Behandlungsstrategien. Stuttgart (Klett-Cotta)
- König, Hartmut (1996): Gleichschwebende Aufmerksamkeit. Modelle und Theorien im Erkenntnisprozeß des Psychoanalytikers. *Psyche* 4, 337 - 375.
- Kohut, Heinz (1976): Narzißmus. Frankfurt (Suhrkamp)
- Kohut, Heinz (1977): Introspektion, Empathie und Psychoanalyse. Frankfurt (Suhrkamp)
- Kohut, Heinz (1987): Wie heilt die Psychoanalyse? Frankfurt (Suhrkamp)
- Kohut, Heinz (1993): Auf der Suche nach dem Selbst. München (Pfeiffer)
- Korb, Margaret P. u.a. (1989): Gestalt Therapy. Practice and Theory. Second Edition. New York (Pergamon Press)
- Krause, Rainer (1997): Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre. Band 1: Grundlagen. Stuttgart / Berlin / Köln (Kohlhammer)
- Kutter, Peter u.a. (Hrsg.) (1995): Der therapeutische Prozeß. Frankfurt a.M. (Suhrkamp)
- Ladenhauf, Karl-Heinz / Moser, M. (1987): Buchbesprechung zu Staemmler, F.-M., und Bock, W.: „Neuentwurf der Gestalttherapie - Ganzheitliche Veränderung im therapeutischen Prozeß“. *Integrative Therapie* 13/4, 447 - 451.
- Linehan, Marsha (1993): Skills Training manual for Treating Borderline Personality Disorders. New York (Guilford Publ.)
- Ludwig-Körner, Christiane (1991): Übertragung und Gegenübertragung in der Psychoanalyse, Gestalttherapie und Integrativen Therapie. *Integrative Therapie* 4, 466-489.
- Masterson, James F. (1992): Psychotherapie bei Borderline-Patienten. Stuttgart (Klett-Cotta)

Masterson, James F., Tolpin, Marian, Sifneos, Peter F. (1993): Blick hinter den Vorhang. Objektbeziehungstheorie, Selbstpsychologie und Psychodynamische Kurztherapie im Vergleich. Köln (EHP)

Mehrgardt, Michael (1994): Erkenntnistheoretische Grundlagen der Gestalttherapie. Münster/Hamburg (Lit)

Mentzos, Stavros (1984): Angstneurose. Frankfurt a.M. (S. Fischer)

Mentzos, Stavros (1992): Neurotische Konfliktverarbeitung. Einführung in die psychoanalytische Neurosenlehre unter Berücksichtigung neuer Perspektiven. Frankfurt a.M. (S. Fischer)

Morphy, Robert (1980): An Inner View of Obsessional Neurosis, The Gestalt Journal 3/2, 120 - 136.

Moser, Tilman (1989): Körpertherapeutische Phantasien. Frankfurt a. M. (Suhrkamp)

Moser, Tilman (1990): Das zerstrittene Selbst. Frankfurt a. M. (Suhrkamp)

Moser, Tilman / Pessa, Albert (1991): Strukturen des Unbewußten. Protokolle und Kommentare. Stuttgart (Klett-Cotta)

Moursund, Janet (1985): Contact, Intimacy and Need. Transactional Analysis Journal 15/2, 116- 119.

Müllerhöltgen, H (1988): Buchbesprechung von Frank-M. Staemmler / Werner Bock, Neuentwurf der Gestalttherapie. Ganzheitliche Veränderung im therapeutischen Prozeß. Gestalttherapie 1.

Naranjo, Claudio (1993): Gestalttherapy. The Attitude and Practice of an atheoretical Experientialism. Nevada (Gateways)

Nichols, Robert C. / Fine, Harold J. (1980): Psychotherapy: Theory, Research and Practice. Psychotherapy 17(2), 124-135.

Nissen, G. (Hrsg.) (1995): Angsterkrankungen. Prävention und Therapie. Bern (Huber)

O'Leary, Eleanor (1992): Gestalttherapy. Theory, practice and research. London (Chapman&Hall)

Perls, Frederick S. (1980): Gestalt, Wachstum, Integration. Paderborn (Junferman)

Perls, Frederick S. (1979): Gestalt-Therapie in Aktion. Stuttgart (Klett-Cotta)

Perls, Frederick S. (1995): Grundlagen der Gestalttherapie. München (Pfeiffer)

Perls, Frederick S. / Baumgardner, Patricia (1990): Das Vermächtnis der Gestalt-Therapie. Stuttgart (Klett-Cotta)

Perls, Frederick S., Hefferline, Ralph F., Goodman, Paul (1988): Gestalt-Therapie. Lebensfreude und Persönlichkeitsentwicklung. Stuttgart (Klett-Cotta)

Petermann, Frank (1992): Idealität, Narzißmus, Homosexualität. *Gestalttherapie* 1/92, 61-93.

Petzold, Hilarion G. (1984): Die Gestalttherapie von Fritz Perls, Lore Perls und Paul Goddman. *Integrative Therapie* 1-2, 5-72.

Petzold, Hilarion G. (1986): Konfluenz, Kontakt, Begegnung und Beziehung als Dimensionen therapeutischer Korrespondenz in der Integrative Therapie. *Integrative Therapie* 12/4, 320 -341.

Petzold, Hilarion G. (1987): Rückschritte in der Gestalttherapie. *Integrative Therapie* 13/4, 440 - 446.

Petzold, Hilarion G. (1991): Editorial. Differenzierung und Integration. *Integrative Therapie* 4, 353 - 366.

Petzold, Hilarion G. (1993): *Integrative Therapie. Modelle Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie.* Paderborn (Junferman)

Petzold, Hilarion G. (Hrsg.) (1980): *Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung.* Paderborn (Junferman)

Polster, Erving und Miriam (1985a): *Gestalttherapie. Theorie und Praxis der integrativen Gestalttherapie.* Frankfurt (Fischer)

Polster, Erving (1985b): Imprisoned in the present. *The Gestalt Journal* 8/1, 5 - 22.

Polster, Erving (1987): *Escape from the Present: Transition and Storyline.* In: Zeig, Jeff (Hrsg.), *The Evolution of Psychotherapy.* New York (Brunner/Mazel)

Polster, Miriam (1991): *Theorie und Praxis der Gestalttherapie,* Zeig, Jeff (Hrsg.) (1991): *Psychotherapie. Entwicklungslinien und Geschichte.* Tübingen (DGVT-Verlag), 500 - 516.

Portele, Gerhard Heik (1992): *Der Mensch ist kein Wägelchen.* Köln (EHP)

Racker, Heinrich (1959): *Übertragung und Gegenübertragung.* München /Basel (Ernst Reinhard)

Ramm, Dorothea (1979): *Gestaltberatung.* Paderborn (Junferman)

Reinecker, Hans (1987): *Grundlagen der Verhaltenstherapie.* München / Weinheim (Psychologie-Verlags-Union)

Riemann, Fritz (1961): *Grundformen der Angst.* München

Rosenfeld, Herbert (1987): *Sackgassen und Deutungen. Therapeutische und antitherapeutische Faktoren bei der psychoanalytischen Behandlung von psychotischen, Borderline- und neurotischen Patienten.* München / Wien (Verlag. Int. Psychoanalyse)

Russell, J. Michael (1989): *In Ketten frei? Über Satre, Gestalttherapie und Verantwortung.* Würzburg, Gestalt-Publikationen Heft 8

- Schmitz, Hermann (1992): Thesen zur phänomenologisch-philosophischen Fundierung der Psychotherapie. Kühn, R., Petzold, H. (Hrsg.), Psychotherapie & Philosophie. Paderborn (Junferman), 551-568.
- Schuch, Hans Waldemar (1991): Alles Übertragung? Integrative Therapie 4, 489 - 507.
- Schultz-Hencke, Harald (1951): Lehrbuch der analytischen Psychotherapie. Stuttgart (Georg Thieme)
- Simon, Fritz B. (1995): Die andere Seite der Gesundheit. Ansätze einer systemischen Krankheits- und Therapietheorie. Heidelberg (Carl Auer)
- Staemmler, Frank / Bock, Werner (1991a): Ganzheitliche Veränderung in der Gestalttherapie. München (Pfeiffer)
- Staemmler, Frank M. / Bock, Werner (1991b): Zwischenspiel. Zur Kritik am Neuentwurf der Gestalttherapie“ und ihren Konsequenzen. Gestalt-Publikationen Heft 14. Würzburg
- Staemmler, Frank M. (1993): Therapeutische Beziehung und Diagnose. Gestalttherapeutische Antworten. München (Pfeiffer)
- Staemmler, Frank M. (1994): Grenze - welche Grenze? Zur Problematik eine zentralen gestalttherapeutischen Begriffs. Gestalt-Publikationen, Heft 19. Würzburg
- Staemmler, Frank M. (1994): On Layers and Phases. The Gestalt Journal 17/1, 5 - 32.
- Staemmler, Frank M. (1995): Der leere Stuhl. München (Pfeiffer)
- Staemmler, Frank M. (1997): Gestalt-Kritik in der Praxis. Gestaltkritik 2,/1997, 25-44.
- Stauss, Konrad (1993): Neue Konzepte zum Borderline-Syndrom. Stationäre Konzepte nach den Methoden der Transaktionsanalyse - Das Grönenbacher Modell. Paderborn (Junferman)
- Stewart, Ian /Joines Vann (1990): Die Transaktionsanalyse. Eine neue Einführung in die TA. Freiburg - Basel - Wien (Herder)
- Streeck, Ulrich / Bell, Karin (Hrsg.) (1994): Die Psychoanalyse schwerer psychischer Erkrankungen. Konzepte, Behandlungsmodelle, Erfahrungen. München (Pfeiffer)
- Süss, Hans J., Martin, K. (1978): Gestalttherapie. In: Pongratz, Ludwig J. (Hrsg.), Handbuch der Psychologie, Bd. 8/2. Göttingen (Verlag für Psychologie), 2725 - 2750
- Thomä, Helmut (1984): Der Beitrag des Psychoanalytikers zur Übertragung. Psyche 1/38, 29 - 62.
- Thomä, Helmut (1995): Psychoanalytische Theorie und Therapie neurotischer Ängste. Psyche 11/49, 1043 - 1067.
- Thomä, Helmut / Kächele, Horst (1996): Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. 1 Grundlagen. Berlin - Heidelberg (Springer)

- Tillett, Richard (1984): Gestalt Therapy in Theory and in Practice. The British Journal of Psychiatry 145, 221-235.
- Tobin, Stephen A. (1982): Self-Disorders, Gestalt Therapy and Self-Psychology. The Gestalt Journal 5/2, 3-44.
- Tobin, Stephen A. (1983): Gestalttherapy an der Self. Reply to Yontef. The Gestalt Journal 6/1, 71 - 90.
- Tyson, Gary M. / Range, Lillian M. (1981): Depression: A Comparison Between Gestalt And Other Views. The Gestalt Journal 4/1.
- Votsmeier, Achim (1988): Gestalttherapie mit Borderline-Patienten. Gestalttherapie 2, 5 - 15.
- Waiblinger, A. (1989): Neurosenlehre der Transaktionsanalyse. Berlin /Heidelberg (Springer)
- Walter, Hans-Jürgen (1985): Gestalttheorie und Psychotherapie. Darmstadt (Westdeutscher Verlag)
- Wheeler, Gordon (1993): Kontakt und Widerstand. Köln (EHP)
- Wheeler, Gordon (1994): Compulsion and Curiosity. British Gestalt Journal 3/1, 15 - 21.
- Winnicott, D.W. (1993): Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Frankfurt (Fischer)
- Wurmser, Leon (1987): Flucht vor dem Gewissen - Analyse von Über-Ich und Abwehr bei schweren Neurosen. Berlin / Heidelberg (Springer)
- Yontef, Gary (1983): The Self in Gestalttherapy. Reply to Tobin. The Gestalt Journal 6/1, 55 - 70.
- Yontef, Gary (1987): Gestalt Therapy 1986. The Gestalt Journal 10/1, 41 - 68.
- Yontef, Gary (1988): Assimilating Diagnostic and Psychoanalytic Perspectives into Gestalt Therapy. The Gestalt Journal 11/1, 5-32.
- Yontef, Gary (1988): Comments on „Boundary Processes and Boundary States“. The Gestalt Journal 11/1, 25 - 36.
- Yontef, Gary (1992): „Considering Gestalt Reconsidered“: A Review in Depth. The Gestalt Journal 15/1, 95 - 118.
- Zinker, Josef (1982): Gestalttherapie als kreativer Prozeß. Paderborn (Junferman)