

in: Fuhr R. et al.

Handbuch der Gestalttherapie

Göttingen 1999, Hogrefe, 715-732

Grundsätze der Gestalttherapie bei strukturellen Störungen

Achim Votsmeier

Menschen, die in ihrer Lebensgeschichte massive Streßsituationen und Erschütterungen erlebt haben und diese aufgrund der äußeren und innerpsychischen Bedingungen nur – im weitesten Sinne – dissoziativ verarbeiten und verinnerlichen konnten, leiden in ihrem Erwachsenenleben häufig unter den Folgen der erlebten Traumatisierungen in Form von strukturellen Defiziten oder Vulnerabilitäten und dysfunktionalen Anpassungen mit entsprechenden defizitär und protektiv bedingten Symptomen und Störungen. Auf der Basis einer anwendungsorientierten Theorie der Person werden ein Entstehungsmodell struktureller Störungen und gestalttherapeutische Ansatzpunkte skizziert. Anmerkungen zum therapeutischen Vorgehen beenden diesen Beitrag.

Strukturelle Störungen – Frühstörungen?

Menschen mit sogenannten strukturellen Störungen leiden darunter, daß die Integration ihrer psychischen Struktur beeinträchtigt ist, neurotische Konflikte sind eher sekundär. Mit psychischer Struktur meine ich das Gefüge von psychischen Funktionen und deren inneren Zusammenhalt, welches der Person ihre Selbstregulierung und kreative Anpassung in ihrer Lebensgestaltung und das Empfinden von Identität und Selbstwert ermöglicht. Unter die Kategorie der strukturellen Störungen fallen in erster Linie Krankheitsbilder wie Persönlichkeitsstörungen, insbesondere die schizoide, paranoide, borderline oder narzißtische Persönlichkeitsstörung. Die schizotypische Persönlichkeitsstörung und psychotische Störungen liegen am unteren Ende eines Kontinuums des Integrationsniveaus. Auch psychosomatisch Kranke, Suchtpatienten und Patienten mit posttraumatischen Belastungsstörungen¹ können an einer strukturellen Beeinträchtigung leiden. Entscheidend für das Vorliegen einer strukturellen Störung ist nicht die klinische Diagnose, sondern der Grad des Integrationsniveaus der psychischen Struktur.

Bis vor nicht allzu langer Zeit wurden diese Störungen als sogenannte *Frühstörungen* bezeichnet (Lohmer u. a., 1992). Dieser Begriff bezeichnete Störungsbilder, die bei einer Unterteilung von drei Ebenen der Charakterpathologie nach Kernberg (1970) im Unterschied zum höheren Strukturniveau bzw. der neurotischen Struktur, das mittlere und niedere Strukturniveau umfaßten. Hierunter wurden diagnostisch die meisten Persönlichkeitsstörungen subsumiert sowie darüber hinaus schwere Formen von Perversion und maligne verlaufende Psychoneurosen (Lohmer u. a., 1992).

Aufgrund psychoanalytischer Theorien wurde beim niederen Strukturniveau, der sogenannten Borderline-Persönlichkeitsorganisation, von einer ätiologischen Hypothese

¹ Siehe hierzu Ulrich Wolf, *Psychotherapeutische Unterstützung bei Trauma und Gewalt*, in diesem Handbuch.

ausgegangen, die eine Fixierung im Durchlaufen der Separations-Individuationsphase (Kernberg, 1993; Mahler u. a., 1980) postulierte und die Beibehaltung von Spaltungsprozessen zur Folge hatte. Kernbergs zentrales Konzept der frühkindlichen *Spaltung* besagt, daß das Kind in den ersten beiden Lebensjahren konstitutionell bedingt Selbst-Objekt-Repräsentanzen in „ganz gut“ und „ganz böse“ spaltet und dieser Mechanismus bei einer gestörten Entwicklung fixiert und zu Abwehrzwecken aufrechterhalten wird, um den Preis allerdings, daß keine sichere eigene Identität entstehen kann.

Neueren Forschungsergebnissen zufolge (vgl. Saunders & Arnold, 1993; Rohde-Dachser, 1996) kann diese Hypothese jedoch nicht aufrechterhalten werden. Diese legen den Schluß nahe, daß Borderline-Entwicklungen in aller Regel auf *kumulative Kindheits Traumata* zurückzuführen sind. Die Traumatisierungen können in jeder Phase der kindlichen Entwicklung stattgefunden haben, so daß man daher nicht mehr von Frühstörungen sprechen kann. Die Symptombildungen sind nicht der Ausdruck des frühkindlichen, fixierten Spaltungsmechanismus, sondern Auswirkungen einer *dissoziativen* Verarbeitung der erlebten Traumatisierungen.

Das Konzept der Dissoziation in der Gestalttherapie

Als erster formulierte P. Janet 1907 das Konzept der Dissoziation: Es beschreibt den Prozeß, durch den Erlebnisanteile wie Gedanken, Einstellungen, Empfindungen etc. ihre Relation zueinander und zur Persönlichkeit als Ganzes verlieren, sich abspalten und sich dem Bewußtsein entziehen, aber weiterhin aktiv bleiben (Freyberger & Spitzer, 1996, 309). Janet hatte die Vorstellung, daß es kein *a priori* existierendes Unbewußtes gibt (Fiedler, 1995, 242). Dies wurde später auch von H. S. Sullivan vertreten. Er war ... besonders interessiert an dem Phänomen, durch das man Erfahrungen aus der Bewußtheit ausschließt und/oder Teile der Psyche unzugänglich für das Selbst macht (Yalom, 1989, 420).

Sullivan gab das Konzept der Verdrängung auf und gab der Dissoziation einen zentralen Platz in seinem psychopathologischen Modell. Zu diesem Ergebnis kam auch Perls (1980, 92). Yalom bezeichnet das Phänomen der Dissoziation als „intrapersonale Isolation“, als einen Prozeß, bei dem Teile von sich selbst abgespalten werden. Ziel der Therapie ist es, den Patienten/innen zu helfen, diese abgespaltenen Teile ihrer selbst wieder zu integrieren.

Die *Integration* der Persönlichkeit ist von Beginn an ein wichtiges Ziel der Gestalttherapie gewesen (Perls, 1980, 27ff., 149ff.). F. Perls war selbst von der Washingtoner Schule um Sullivan beeinflusst. Der dissoziative Prozeß, den Sullivan als „selektive Unaufmerksamkeit“ (1980, 357) bezeichnet hatte, war auch für Perls von Bedeutung. Er machte die Arbeit an von außen offensichtlichen, den Klienten jedoch nicht bewußten Unterbrechungen des „Awareness-Kontinuums“ im Kontaktprozeß, mit der Folge der Entfremdung von ihrer Erfahrung und daraus resultierenden „Löchern“ in der Persönlichkeit, zu einem zentralen Ansatzpunkt der Gestalttherapie.

Zuvor waren F. Perls und seine Frau Lore jedoch, noch bevor sie die Gestalttherapie begründeten, von der „organismischen Theorie“ Kurt Goldsteins beeinflusst worden. Nach L. Perls basiert die Gestalttherapie u. a. ausdrücklich auf der „organismischen Theorie“ (L. Perls u. a., 1982, 9f.). Goldstein konzipierte in einem organismischen Streßmodell, wie ein Organismus mit Erschütterungen, Traumatisierungen und existentieller

Bedrohung fertig wird und welche Auswirkungen und Folgen dies hat (Goldstein, 1965, 1971). Dabei spielt die *Isolierung* und Entfremdung bzw. Abspaltung von Teilbereichen der inneren Prozesse vom Rest des Systems eine entscheidende Rolle.

Diese Einflüsse spiegeln sich in der Theorie der Gestalttherapie wider. Besonders in F. Perls frühen Schriften ist die Thematik von Entfremdung, Dissoziation, Desintegration und Integration allgegenwärtig (Perls, 1980). Zum Ziel der Therapie sagt er:

Wir müssen den Grad von Integration zustandebringen, der seine eigene Entwicklung fördert. Das entspricht der Tatsache, daß ein gespaltener Mensch in seiner Entwicklung behindert oder sogar degeneriert ist. Um es noch einmal zu wiederholen, das Kriterium einer erfolgreichen Behandlung ist: *the achievement of that amount of integration which facilitates its own development* (a. a. O., 34).

Die Dissoziation ist eine komplexe Leistung, die, einmal zur Gewohnheit geworden, aktiv als Regulationsfunktion aufrechterhalten wird (Sullivan, 1980, 36, 397). Sie kann graduell unterschiedlich in Erscheinung treten: in milderer Form, bei neurotischen Störungen, in der Unterbrechung des Bewusstseins-Kontinuums, um z. B. Dinge auszublenden, die nicht in das Selbstbild passen, oder in Konflikten zwischen verschiedenen Persönlichkeitszuständen wie *topdog* und *underdog* (Perls, 1980, 98). In schweren Formen manifestiert sie sich z. B. in schweren dissoziativen Reaktionen nach Traumatisierungen. Auch hier gibt es nochmals graduelle Unterschiede je nach der Bedeutung, die die Erschütterung für die Existenz der Person hatte und dadurch die Intensität der emotionalen Reaktion bestimmte (van der Kolk u. a., 1996, 309).

Eine anwendungsorientierte Theorie der „Person“

Für das Verständnis von Patienten mit strukturellen Störungen sowie die Formulierung von allgemeinen Therapiezielen und Interventionsstrategien von einem gestalttherapeutischen Hintergrund aus ist m. E. eine Präzisierung der komplexen Persönlichkeitstheorie der Gestalttherapie erforderlich sowie ein Zusammenfügen von Konzepten, die üblicherweise eher unverbunden nebeneinander stehen. Einen Vorschlag hierzu möchte ich im folgenden skizzieren.

Die Konzeptualisierung der „Person“ oder des „Selbst“ in der Gestalttherapie ist sehr heterogen. Die jeweiligen Autoren vertreten so unterschiedliche Perspektiven wie das Selbst als Kontakt (Perls u. a., 1979), das Selbst als Kern (Perls, Tobin), Selbst gleich Ich (Polster & Polster), das Selbst als Funktion des Feldes (Latner) oder Selbst als die Person als Ganzes (Hycner, Yontef – McLeod, 1993).

Die hier vertretene Position schließt an Hycner (1985) und Yontef (1988) als Vertreter einer „Dialogischen Gestalttherapie“ an. Danach handelt die „Person“ als Ganzes, nicht das „Selbst“ oder ein anderer Teilaspekt; Aspekte des Selbst in der Metatheorie (Perls u. a., 1979) werden als Funktionen der Person als Ganzes aufgefaßt (Yontef, 1988). Außerdem werden in dem hier vorgeschlagenen mehrdimensionalen Modell Konzepte von L. Perls (1989; Selbst-Stützung), Polster und Polster (1977; Ich-Grenze) und Goldstein (1971; Selbstaktualisierung, abstrakt/konkreter Modus) integriert.

In diesem Modell existiert die Person immer als einheitliches Ganzes. Die Unterscheidung einzelner Qualitäten voneinander ist eine Abstraktion des Betrachters: Diese sollten nicht als real in der Person vorhandene Entitäten mißverstanden werden. Es sind

eher unterschiedliche Perspektiven, unter denen man den menschlichen Organismus als einheitliches Ganzes betrachten kann.

So ist es hilfreich, die Person nicht als einen Organismus *in* einem Feld zu verstehen, sondern als Teil eines Organismus-Umweltfeldes. Dieses erschafft sich selbst, der Organismus beeinflusst das übrige Feld, und dieses beeinflusst gleichzeitig den Organismus (vgl. Yontef, 1993, 289). Die *Person*, der „persönliche Teil“ des Feldes, ist es, die ihre Innen- und Außenwelt, körperliche Empfindungen, Gefühle, Gedanken, Wahrnehmungen erlebt und die handelt (also nicht „das Selbst“).

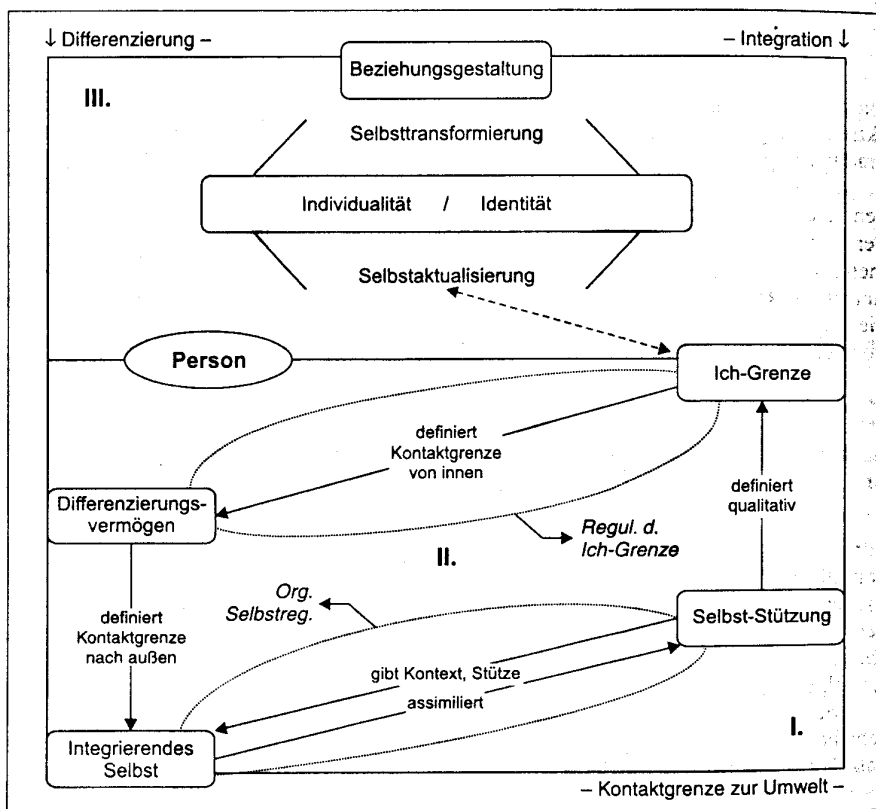


Abbildung 1:

Die ganzheitlichen Qualitäten der Person auf drei Ebenen und ihre Relationen zueinander

Die zu unterscheidenden *ganzheitlichen Qualitäten* der Person werden in diesem Modell drei Ebenen zugeordnet (Abb. 1), wobei die erste Ebene Teilaspekte der Person umfaßt, die zweite Ebene die Dynamik der Teilaspekte als kreative und regulierende Anpassungsprozesse beschreibt. Die dritte Ebene stellt eine übergeordnete Ebene der kreativen Anpassung der Person als Ganzes dar.

Die *erste Ebene* des Modells umfaßt die *Ich-Grenze*, das *Differenzierungsvermögen*, das *Integrierende Selbst* und die *Selbst-Stützung* sowie deren Relationen untereinander.

Die *Ich-Grenze* der Person begrenzt nach Polster und Polster (1977, 110) den Bereich der für sie zulässigen Kontaktmöglichkeiten unter Erhaltung ihrer Identität. Im einzelnen schreiben Polster und Polster:

Die Grenzen des menschlichen Wesens, die Ich-Grenzen, sind durch seine sämtlichen Lebenserfahrungen und seine eingebauten Fähigkeiten bestimmt, neue oder intensiviere Erfahrungen zu assimilieren.

Die Ich-Grenze eines Menschen ist die der für ihn zulässigen Kontaktmöglichkeiten. Sie besteht aus einer ganzen Reihe von Kontaktgrenzen und definiert jene Handlungen, Ideen, Menschen, Werte, Situationen, Vorstellungen, Erinnerungen und so weiter, bei denen man sich bereitwillig oder verhältnismäßig frei engagieren kann, sowohl mit der Welt außerhalb seiner selbst wie auch im dem Nachhall in sich selbst, den dieses Engagement erwecken mag. Die Ich-Grenze schließt auch ein Gefühl dafür ein, welches Risiko man auf sich nehmen will, wo die Möglichkeiten der persönlichen Steigerung groß sind, wo aber die Konsequenzen neue persönliche Erfordernisse mit sich bringen könnten, denen man vielleicht nicht gewachsen ist (a.a.O., 110).

Die Qualität des *Differenzierungsvermögens* erlaubt die Unterscheidung und das Erleben der Person als Eigenwesen (Subjekt), wenn sie Andersartigem (Objekt) begegnet. Dies geschieht durch Identifikation mit dem, was „zu mir gehört“ (Ich), und Entfremdung dessen, was „nicht zu mir gehört“ (Nicht-Ich). Im Kontakt mit dem anderen, dem Verschiedenen, dem Fremden oder dem Neuartigen beginnt diese Funktion, die Grenze zwischen dem persönlichen und dem unpersönlichen Feld zu bestimmen (Perls, 1978, 171f.), so daß der Kontakt adäquat reguliert werden kann.

Das *integrierende Selbst* umfaßt als unterschiedliche Aspekte die Bewußtheit, die Kontaktprozesse und die Verarbeitung des in Kontakt Genommenen.

Bewußtheit bedeutet, daß sich in einem psychischen Prozeß (Wahrnehmen oder Denken etc.) eine Figur von einem Hintergrund abhebt und bewußt erkannt wird. Bewußtheit von etwas heißt, daß deutlich wird, was ein bewußt erlebtes Ereignis für die Person vor ihrem persönlichen Hintergrund bedeutet. Man kann sagen, dieses Figur-Grund-Verhältnis *ist* die jeweilige Bedeutung. Bewußtheit ist ein Synthetisieren von Ganzheiten, die damit einen Sinn ergeben. Dieser Prozeß ist subjektiv und entspricht dem Konstruieren der phänomenologischen Welt der Person. Bewußtheit beinhaltet darüber hinaus die Möglichkeit, die Inhalte in Sprache, Körperbewegungen, Bildern etc. zu symbolisieren. Yontef (1988) beschreibt verschiedene Stadien der Bewußtheit, von der *inhaltlichen* Bewußtheit, was die Person tut und erlebt, zur Bewußtheit über den *Prozeß*, wie sie es tut, zum Erkennen sich wiederholender, situationsübergreifender *Muster*.

Die *Kontaktprozesse* umfassen Funktionen und Fähigkeiten wie:

- Aufmerksamkeit und Interesse aktivieren (Organisieren der Wahrnehmung um ein Bedürfnis herum);
- Orientierung (wahrnehmen, fühlen, denken, erinnern);
- Bewerten und Urteilen (was als richtig, wahr, adäquat empfunden wird; wissen und antizipieren, was am besten zu tun ist; auswählen und entscheiden);
- Aktivieren von Energie (Erregung aufbauen, Impuls- und Affektsteuerung);
- Initiative ergreifen (aktives, „aggressives“ Herangehen an die Situation, in Kontakt nehmen oder sich dem Kontakt überlassen).

Die *Verarbeitung* im Kontaktprozeß bedeutet, das in Kontakt Genommene zu assimilieren und integrieren. Dies resultiert in *integrierten Strukturen* als Muster von Prozessen („Transformation von Neuartigem in Routine“; F. Perls, 1980, 82). Diese können Be-

deutungsstrukturen, d. h. Konzepte, Schemata und Repräsentationen, wie beispielsweise Überzeugungen, Einstellungen, daraus sich ergebende Arbeitsmodelle (die weitere Reaktionen organisieren) oder Gewohnheiten, ebenso sein wie Verhaltensmuster oder körperliche Muster, Haltungen oder Fixierungen.

Die *Selbst-Stützung* der Person umfaßt alle *organisierenden Stützfunktionen* des organismischen Hintergrundes. Diese sollen dazu dienen, die Assimilation und Integration von Erfahrungen zu erleichtern und zu fördern. Ressourcen sind beispielsweise angeborene Fähigkeiten oder alles, was als Resultat der Assimilation von Neuem durch Kontakt erworben, erlernt wurde. Das heißt, daß auch die o. g. *integrierten Strukturen* Teil der Selbst-Stützung sind. Diese beinhalten auch dysfunktionale Anpassungsmuster, die ja ursprünglich als Stützfunktionen gebildet wurden. Stütze ist der gesamte Hintergrund, vor dem sich die gegenwärtige Erfahrung hervorhebt und eine bedeutungsvolle Gestalt bildet (L. Perls, 1989, 183f.).

Eine wichtige Stützfunktion wurde von Goldstein (1971, 365ff.) als die Fähigkeit zur „abstrakten Einstellung“ bezeichnet, die mit dem „konkreten Verhalten“ in einem Figur-Grund-Verhältnis steht. Ich habe diesen Zusammenhang an anderer Stelle ausführlicher beschrieben (Votsmeier, 1988, 1995). Da die Begriffe in der Vergangenheit mißverständlich aufgefaßt wurden, verwende ich in diesem Modell den Begriff des *selbst-reflexiven Modus* und den des *responsiven Modus*.

Im *selbst-reflexiven Modus* wird die Kraft und Aufmerksamkeit bewußt gerichtet. Dies impliziert ein vorbereitendes, inneres Herangehen an eine Situation, das diese als Ganzes miteinbezieht, sie von einer Meta-Ebene aus betrachten kann. Dieser Modus erlaubt daher, sich von gegebenen Sinneseindrücken loszulösen oder von inneren Erfahrungen zu distanzieren, Perspektiven zu variieren und für das Verständnis der Welt verschiedene Bezugsrahmen zu wählen.

Im *responsiven Modus* werden wir direkt durch die Stimuli bestimmt, die Aufmerksamkeit wird von außen gelenkt. Unsere Beziehung zur Welt ist konkret und direkt, wir überlassen uns dem sinnlichen Eindruck der gegebenen inneren oder äußeren Situation.

Beide Modi wirken zusammen in Form eines Figur-Hintergrund-Geschehens. Je nach Anforderung der Situation tritt der eine oder andere Modus in den Vordergrund. Üblicherweise agieren wir meist im responsiven Modus, vieles, was wir tun, ist Gewohnheit, Routine, bekannt. Dennoch ist dieses Verhalten als Vordergrund-Prozeß immer eingebettet und mitbestimmt durch den selbst-reflexiven Modus im Hintergrund. Kommt es bei der Durchführung einer Aktivität zu einer Störung, tritt gleich der selbst-reflexive Modus in den Vordergrund und führt zu einer Neuorientierung. Danach kann wieder Verhalten im responsiven Modus stattfinden. Dieses Figur-Grund-Geschehen kann gestört werden, und Goldstein hat die Auswirkungen ausführlich erforscht (Goldstein, 1971). Insbesondere im Zustand der Angst nach Erschütterungen und Traumatisierungen ist die organisierende Stützfunktion des selbst-reflexiven Modus beeinträchtigt und kann zu einer Desintegration beider Modi führen. Erleben und Verhalten werden dann extrem responsiv, da der entsprechende, adäquate innere Kontext bzw. Hintergrundprozeß beeinträchtigt ist oder völlig fehlt. Dies ist bei strukturellen Störungen deutlich erkennbar.

Dieses Konzept der unterschiedlichen Modi taucht zwar explizit in der Gestalttherapie-Literatur nicht auf, implizit liegt es jedoch m. E. dem „Kontakt-Support-Konzept“ von L. Perls zugrunde. Kontakt und Support stehen in einem Figur-Grund-Verhältnis zueinander. Kontakt ist immer im Vordergrund und kann nur Gestalt werden, wenn die Stützung als organischer Hintergrund dauernd verfügbar ist. Dieser Hintergrund gibt der Gestaltbildung im Vordergrund seine Bedeutung (L. Perls, 1989, 183f.). Ein dys-

f
z
z
i
li
k
s
d
E
A
u
g
C
s
u
A
e
u
d
s
u
z
tr
d
cl
A
v
hi
Ir
hi
ta
d
di
K
er
R
w
de
zi
R
di
ru
Et

funktionaler organismischer Hintergrund verhindert bedeutungsvollen Kontakt und führt zu Störungen der Integration und Organisation von Erfahrungen.

Die bisher beschriebenen Teilaspekte der Person stehen in folgenden *Relationen* zueinander: Die *Ich-Grenze* definiert die möglichen Kontaktgrenzen der Person von innen heraus, d. h. je nach den vorhandenen Fähigkeiten und zulässigen Kontaktmöglichkeiten. Das *Differenzierungsvermögen* definiert auf der Basis der Ich-Grenze die Kontaktgrenze nach außen. Diese verbindet und trennt bzw. unterscheidet gleichzeitig, sie „begrenzt den Organismus, umfängt und schützt ihn und berührt zu gleicher Zeit die Umwelt“ (Perls u. a., 1979, 11). An dieser Kontaktgrenze ereignet sich dann die Erfahrung und tritt das *integrierende Selbst* als Vordergrundprozeß in Aktion. Durch die Assimilation und Integration der Erfahrung wird diese zum organismischen Hintergrund und Teil der *Selbst-Stützung*.

Die *Selbst-Stützung* als Hintergrundprozeß steht in reziproker Relation zum *integrierenden Selbst* und bildet den Kontext für dessen Aktivität im Vordergrund. Je nach Güte der organisierenden Stützfunktionen, insbesondere der Funktionsfähigkeit des selbst-reflexiven Modus, gestaltet sich die Qualität der Bewußtheit, der Kontaktprozesse und Verarbeitungskapazitäten. Die Qualität der *Selbst-Stützung* definiert wiederum die *Ich-Grenze* und deren Flexibilität, je nach Güte der organisierenden Stützfunktionen ergibt sich das zulässige Spektrum der Kontaktmöglichkeiten.

Die *zweite Ebene* des Modells beschreibt die Dynamik der Teilaspekte als kreative und regulierende Anpassungsprozesse, die der organismischen Selbstregulierung und der Regulierung der Ich-Grenze.

Die organismische *Selbstregulierung* hält je nach Bedürfnislage die kreative Anpassung, die fortlaufende Gestaltbildung und Assimilation an der Kontaktgrenze, aufrecht und hat die Funktion, die Homöostase, das dynamische Gleichgewicht des Organismus, zu garantieren. Wenn die Homöostase des Organismus aus dem Gleichgewicht gerät, tritt das integrierende Selbst in Aktion. So sorgt der Organismus dafür, daß seine Bedürfnisse befriedigt werden, was körperliche Bedürfnisse wie Hunger, Durst oder psychische Bedürfnisse nach Liebe, Freundschaft oder Stimulation etc. sein können. In der Abfolge eines *Kontaktzyklus* (Perls u. a., 1979; Zinker, 1982) wird das Aufgenommene verarbeitet und assimiliert und steht dann als organismischer Hintergrund zur Verfügung.

Die *Regulierung der Ich-Grenze* folgt nicht einem homöostatischen Prinzip, sondern hier geht es darum, ein dynamisches Ungleichgewicht, nämlich die spezifische Identität und Individualität der Person aufrechtzuerhalten. Eine fortlaufende adaptive Kontaktregulierung hat die Funktion, die Ich-Grenze zu erhalten, d. h. zum Beispiel, dafür zu sorgen, daß Kontaktsituationen so reguliert werden, daß die Erregung erträglich bleibt und nicht die Integrität des Organismus gefährdet. Dies geschieht durch einen kontinuierlichen Anpassungsprozeß, durch den die Kontaktgrenzen in der jeweiligen Situation bestimmt werden, d. h., welche Kontakte überhaupt eingegangen werden, so daß man sich entweder „verhältnismäßig frei engagieren kann“, wie Polster und Polster sagen (1977, 110), oder entscheiden muß, welches Risiko man für die Verwirklichung seiner individuellen Möglichkeiten auf sich nehmen will. Konkret zeigt sich dies darin, daß die Person beispielsweise Grenzen setzt, sich selbst definiert und behauptet, etwas nicht Assimilierbares ablehnt, zurückweist oder sich zurückzieht. Oder es kann das adaptive Einsetzen von Mechanismen wie Introjizieren, Projizieren, Retroflektieren, Konfluenz etc. bedeuten. Auch die vorübergehende Dissoziation kann in diesem Sinne eine Form einer adaptiven Kontaktregulierung sein.

Die *dritte Ebene* des Modells umfaßt die Selbstaktualisierung, Selbst-Transformierung und die interpersonale Beziehungsgestaltung als Qualitäten einer übergeordneten Ebene der kreativen Anpassung der Person als Ganzes.

Wie weit oder eng, flexibel oder starr die Ich-Grenze auch sein mag, stets strebt die Person nach *Selbstaktualisierung* ihrer Identität und Individualität. Goldstein (1971, 471) sieht als grundlegendes Motiv jeder Aktivität eines Organismus dessen Streben danach, sein individuelles Wesen (seine Fähigkeiten, seine Persönlichkeit) in der Auseinandersetzung mit der Welt so optimal wie möglich zu verwirklichen. Dies geschieht durch fortlaufende Differenzierung und Integration bzw. Organisation von Erfahrungen und Bedeutungsstrukturen auf einem höheren Niveau. Die Funktion dieses fortlaufenden Prozesses ist es, den vorhandenen Grad der Differenzierung und Komplexität der Person aufrechtzuerhalten.

Neben der Aufrechterhaltung von Differenzierung und Komplexität betont die Gestalttherapie die Möglichkeiten der persönlichen Entwicklung und des Wachstums, der *Selbst-Transformierung*. So sagt L. Perls:

Jeder Schritt in der Entwicklung ist ein Transzendieren dessen, was vorher war. (...)
Wenn man es transzendiert, gibt man etwas auf (1982, 15).

„Krisen“-Erfahrungen von Instabilität, Erschütterung und Angst, Krankheit, Unsicherheit, Ungewißheit, aber auch positive Grenzerfahrungen sind Gelegenheiten, durch das „Durchleiden“ dieser Engpässe und das Aufgeben früherer Identifikationen mit überkommenen Konzepten von sich, anderen oder der Welt eine Neustrukturierung der Persönlichkeit und Erweiterung der Ich-Grenze herbeizuführen bzw. „zuzulassen“. Die *Paradoxe Theorie der Veränderung* (Beisser, 1970) und das *Impasse-Modell* (Perls, 1980, 95ff.) geben in der Gestalttherapie hierfür den konzeptuellen Rahmen.

Die *interpersonale Beziehungsgestaltung* ist die persönliche Gestaltung des Kontakts an der Kontaktgrenze auf einer übergeordneten Ebene in Form des *Dialogs* im Sinne Bubers (1984). Die Begegnung zwischen Menschen bedeutet Bezogenheit und Hinwendung zum anderen, bei gleichzeitiger Beibehaltung der persönlichen Autonomie und Identität.

Allgemein wirken auf allen beschriebenen Ebenen komplementäre Prozesse der *Differenzierung* und *Integration*, deren Zusammenwirken Perls als grundlegende Lehre der Gestalttherapie bezeichnet (1980, 155).

Entstehungsmodell struktureller Störungen

Traumatische Erfahrungen

Unter dem Aspekt der Selbstaktualisierung der Person haben wir gesehen, daß der Mensch als Organismus auf Erhaltung und Verwirklichung seiner Identität und Individualität eingestellt ist, in seinem Streben danach, seine Potentiale und Fähigkeiten in ständiger Auseinandersetzung mit der Welt so gut wie möglich zu entfalten. Diese Interaktionen führen immer wieder und unausweichlich zu Erschütterungen, sie sind Teil des Lebens. Nicht jede Erschütterung führt jedoch zu einer Traumatisierung. Der sich verwirklichende Mensch strebt zum einen nach Sicherheit und Kontinuität, darüber hinaus jedoch immer auch nach neuen Herausforderungen und Erweiterung seines Spielraums. Er möchte Stresssituationen, Schwierigkeiten und Störungen aktiv und kreativ überwinden, und zwar aus Freude an der Überwindung und nicht aus Angst. Somit spielt die kognitive Bewertung, ob ein Stressor als positiv oder bedrohlich angesehen wird, eine wichtige Rolle. Zu einer *Traumatisierung* kommt es, wenn ein Mensch mit

bedrohlichen Situationen und Anforderungen konfrontiert wird, die er oder sie mit ihren inneren und äußeren Ressourcen nicht bewältigen, verarbeiten und einordnen kann. Je nach Bedeutung für seine oder ihre Existenz kommt es im Extremfall zu einer katastrophalen Situation, einer existentiellen Krise und Traumatisierung.

Wiederholte reale Beziehungserfahrungen in der Kindheit – wenn ein Kind von seinen Bezugspersonen mißhandelt oder vor Erschütterungen, die es nicht bewältigen konnte, nicht geschützt wurde oder wenn Grundbedürfnisse des Kindes mißachtet wurden – können zu *kumulativen Traumatisierungen* führen. Man unterscheidet hier physische Mißhandlungen (z. B. häufige, nachhaltige körperliche Bestrafung), emotionale Mißhandlungen (z. B. ängstigen, überfordern, bedrohen, verächtlich machen, einschüchtern, beschimpfen, das Gefühl der eigenen Wertlosigkeit vermitteln, einsperren, mit langanhaltendem Liebesentzug bestrafen, fehlende elterliche Zuwendung), Vernachlässigung (z. B. unzureichende Ernährung, Pflege, Förderung, affektive Kommunikation und gesundheitliche Versorgung, häufiger Wechsel von Bezugspersonen) und sexuellen Mißbrauch (Dornes, 1997, 65).

Akute Versuche der kreativen Anpassung und Regulation

Wenn traumatische Erschütterungen die integrativen Funktionen der Person überfordern, kommt es zu sogenannten *Katastrophenreaktionen* und weiteren Folgen, die ich durch Anwendung der oben beschriebenen Theorie der Person im folgenden skizziere. Mit der hier beispielhaft angenommenen Mißhandlung eines 4jährigen Kindes durch einen Erwachsenen wird die Ich-Grenze, der Bereich der zulässigen Kontaktmöglichkeiten des Kindes überschritten, da für die Bewältigung der Situation keine adäquaten Stützfunktionen (mangelnde kognitive Reife) oder Ressourcen (Verhaltensrepertoire, äußerer Schutz) zur Verfügung stehen. Das führt zu Angst. Die klare Unterscheidung zwischen Subjekt/Objekt geht im Zustand der Angst verloren, so daß das Grenzempfinden zwischen Innenwelt und Außenwelt diffus ist. Dieser Zustand begünstigt Introjektion (Perls, 1985, 50ff.). Bewältigungsversuche des integrierenden Selbst in Form von sinnvoller Einordnung des Erlebten, aggressiver Auseinandersetzung oder Rückzug scheitern trotz hohem Erregungsniveau, da der organismische Hintergrund keine adäquate Stützung bieten kann, eine Lösung im selbst-reflexiven Modus nicht möglich ist. So scheitert der Versuch der organismischen Selbstregulierung – die Erfahrung ist nicht zu verarbeiten und integrierbar, das hohe Erregungsniveau findet keinen Ausgleich zum homöostatischen Gleichgewicht zurück.

Der Organismus als Ganzes ist in einem Zustand der Angst und existentiellen Bedrohung und in seiner Identität gefährdet. Angst wird nach L. Perls erlebt, wenn man versucht, mit etwas Kontakt aufzunehmen, wofür die wesentliche Stützung fehlt (1989, 110ff.). Kontaktversuche bei nicht ausreichender Stützung führen zur Gefährdung der Ich-Grenze.

In diesem Zustand der Katastrophe wird das Verhalten des Organismus extrem responsiv, die gefährliche Situation muß beendet, die unerträgliche Spannung umgehend abgebaut werden. Als sichernde Regulierung der Ich-Grenze wird der Kontakt abrupt abgebrochen, was hier angenommenerweise nur über die Introjektion und Dissoziation der Erfahrung möglich ist. Das Kind reagiert mit der Abspaltung des Körperempfindens durch eine induzierte Depersonalisation oder indem es die Situation mittels induzierter

Die unmittelbare Bedrohung der Ich-Grenze ist dadurch abgewehrt, jedoch um den Preis einer ungeschlossenen Situation oder Gestalt: der Erfahrungsbereich und mit ihm entsprechende Persönlichkeitsanteile werden abgespalten, isoliert und sind nicht mehr eingebettet in die Gesamtheit der Person. Durch die Abspaltung vom Hintergrund der übrigen Prozesse kann es zu extremen Reaktionen und Fehlregulationen kommen, wenn dieser Bereich restimuliert wird.

Die dissoziative Verarbeitung kann zu einer verzerrten, fragmentierten Repräsentation der Ereignisse selbst sowie des Selbstbildes, des Bildes von anderen Personen und von Beziehungen führen. So kann die Bildung von „Selbst-Schemata“ gestört werden und statt eines integrierten Zusammenspiels in einer Isolierung voneinander dissoziierter Selbst-Schemata resultieren (Horowitz, 1991, 27f.). Auch das Schema eines signifikanten anderen und interpersonelle oder „Beziehungs-Schemata“ als Verinnerlichungen von Interaktionsprozessen und deren affektiver Tönung können entsprechend beeinträchtigt werden. Es werden scheiterungsfixierte „Skripten“ gebildet, Schemata, die negative Erwartungen hinsichtlich des Eintretens und Ablaufs von entsprechenden Ereignissen beinhalten und die das ganze Leben diktieren können (Horowitz, 1988, 46).

Strukturelle Entwicklungsdefizite oder Vulnerabilitäten als dauerhafte Folgen

Traumatisierungen als reale Erfahrungen führen häufig zu strukturellen Entwicklungsdefiziten oder Vulnerabilitäten als reale Folgen dieser Erfahrungen. Daraus können in Belastungssituationen defizitär bedingte Symptome der Erschütterung der Identität und protektiv bedingte Symptome als Ausdruck dysfunktionaler Anpassungen resultieren. Beide Symptombildungen werde ich nachfolgend erläutern.

Zu den *defizitär* bedingten Symptomen und Störungen gehören am Beispiel der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Angstzustände in Form von Vernichtungsangst, Trennungsangst, Verlassenheitsangst; innere Leere; Depersonalisation oder Derealisation; Identitätsdiffusion; Realitätsverlust. Andere Symptome zeigen sich als überdauernde Störung der kognitiv-integrativen Verarbeitungsprozesse im selbst-reflexiven Modus: keine sinnvolle interne Organisation von Erfahrungen, primitive Ordnungsversuche wie Spaltungen in dichotome Qualitäten (Schwarz-weiß-Denken, „ganz gut“ oder „ganz böse“ etc.); Desorientiertheit; Schwierigkeiten, Relevantes von Irrelevantem zu unterscheiden; extreme Stimulusgebundenheit, impulsive Reaktionsweisen.

Habituelle dysfunktionale Anpassungen

Die dissoziative Verarbeitung sowie die daraus folgenden Defizite und Symptombildungen können Anpassungs- bzw. Bewältigungsversuche hervorrufen, die sich als *protektiv* bedingte Symptome und Störungen manifestieren. Es sind fixierte, sich wiederholende Schutz- und Kompensationsmechanismen, um das verlorene Gleichgewicht wiederherzustellen bzw. die Homöostase und die Ich-Grenze aufrechtzuhalten. Diese Versuche sind mit charakteristischem Vermeidungsverhalten und häufig mit destruktivem Ausagieren verbunden. Zu den Symptomen gehören am Beispiel der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Impulsdurchbrüche, Selbstverletzungen, Delinquenz oder sexuell-perverses Handeln, die der Spannungsabfuhr dienen sowie Depression, psychosomatische Sym-

pto
sinc
tiva
elle
dys
Ein
und
vor
Ver

Per
die
zur
rec

tas
da
hin
tivi
ger

ein
her
der
me

nip
sich
anc
wa

mä
Ch
die
Be

zu
che
zei
ver
der
lati
Re
Ko
der
au
30.

Ar

ptome, Zwänge, magische Rituale etc. als Kompensation. In der Beziehungsgestaltung sind Phänomene wie Kontaktabbruch, aktive Distanzierung, Kontrollversuche, Präventivangriffe zu beobachten. Andere, eher überdauernde Anpassungen dienen der habituellen Vermeidung von Autonomie und echter Beziehung/Bindung, indem versucht wird, dysfunktionale Symbiosen herzustellen. Dies geschieht z. B. durch den manipulativen Einsatz von destruktivem Verhalten, womit vermieden wird, für ein persönliches Erleben und Verhalten die Verantwortung zu übernehmen sowie durch den manipulativen Einsatz von kognitiv-integrativen Beeinträchtigungen (z. B. Denkstörungen, aktive Spaltung) als Vermeidung adäquater Realitätswahrnehmung und Problemlösung.

Je schwerer die Person gestört und damit die Ich-Grenze eingeschränkt ist (d. h. die Person unsicher darüber ist, was zu bewältigen sie in der Lage ist), um so mehr wird die Angst oder die Angstvermeidung die treibende Kraft des Handelns. Die Tendenz zur Selbstaktualisierung wirkt nur noch im Dienste der Selbsterhaltung, d. h. zur Aufrechterhaltung des Status quo.

Die dysfunktionalen Anpassungen sind im Grunde Vermeidungsreaktionen auf *Katastrophenerwartungen* mit dem Ziel, die Ich-Grenze zu sichern, sie sollen das Fortdauern oder das Auftreten einer wiederholten Erschütterung bzw. Traumatisierung verhindern. Dazu muß vermieden werden, daß der isolierte Erfahrungsbereich wieder aktiviert wird und einen katastrophalen mentalen Zustand (*state of mind*) hervorruft. Wegen ihrer Wirkung nannte Perls diese Bereiche „Bereiche der Verwirrung“ (1980, 83).

Durch die Existenz dieser Bereiche ist die Person jedoch vulnerabel und versucht, eine sichere Umgebung zu wählen oder die Umgebung so zu kontrollieren, daß unvorhergesehene Ereignisse, die eine überraschende Stimulation bewirken könnten, verhindert werden. Daher geht es immer darum, Angst und existentielle Bedrohung zu vermeiden.

Aufgrund der eingeschränkten Ich-Grenze werden die Kontaktgrenzen beständig manipuliert, um ein Grenzerlebnis, was möglicherweise das Risiko einer Erschütterung in sich tragen könnte, zu verhindern. Dies erfordert eine Menge Kontrolle und Energie, die anderswo fehlen. Das Grenz-Empfinden bleibt diffus oder kann zeitweise verlorengehen, was sich in Form von Zuständen der Depersonalisation und Derealisation äußern kann.

Durch häufige Wiederholung wird das Vermeidungsverhalten zu einer gewohnheitsmäßigen Anpassung, welche in die Persönlichkeit integriert wird. Sie wird zu einer Charaktereigenschaft, einer *fixierten Gestalt*. Ihre Funktion ist es, zu verhindern, daß die unabgeschlossene Gestalt in Form des isolierten Erfahrungsbereiches wieder ins Bewußtsein tritt und damit eine erneute Erschütterung bewirken könnte.

Ist die Stimulierung und Aktivierung der Bereiche der Verwirrung nicht vollständig zu verhindern, wird die Person also durch äußere oder innere Umstände mit entsprechenden, labilisierenden Situationen konfrontiert, wird sie zuerst *Widerstandsphänomene* zeigen. Sie wird versuchen, die Konfrontation mit der Situation zu verhindern, oder/und versuchen, sich durch Regulierungsvorgänge der Ich-Grenze wie die Entsensibilisierung der Wahrnehmung taub zu machen oder/und die Umwelt durch Kontrolle und Manipulation in Schach zu halten, so daß sie berechenbar bleibt. Andere Mechanismen zur Regulierung der Ich-Grenze, wie Projektion, Introjektion, Retrofektion, Deflektion oder Konfluenz, können ebenfalls aktiv als Mittel zur Kontaktunterbrechung eingesetzt werden. Ist der Mechanismus der Dissoziation bereits zur Gewohnheit geworden, wird er auch in solchen Situationen häufig zur Anwendung kommen (van der Kolk u. a., 1996, 305ff.).

Gelingt es letztlich nicht, die bedrohliche Restimulierung zu vermeiden, entsteht Angst. Diese hat zur Folge, daß der selbst-reflexive Modus als organismische Stütz-

funktion beeinträchtigt oder nicht aktiviert wird bzw. das Figur-Grund-Verhältnis zwischen dem selbst-reflexiven Modus und dem responsiven Modus desintegriert ist. Daher tendiert das integrierende Selbst in den Kontaktversuchen zu extrem responsiven Reaktionen. Die Bewußtheit ist nur inhaltlich auf den Stimulus fokussiert, es ist keine Selbst-Bewußtheit vorhanden, Kontaktprozesse der Aufmerksamkeit und Aktivierung sind gesteigert, die Fähigkeiten zur Orientierung, Bewertung und Antizipation sowie Impulssteuerung sind eingeschränkt. Die Funktion, Initiative zu entfalten schwankt zwischen ungezielter Aktivität und Passivität bei der Suche nach möglichen Problemlösungen. Eine adäquate Verarbeitung ist nicht möglich.

Der Versuch der organismischen Selbstregulierung führt unter diesen Bedingungen häufig zur Spannungsabfuhr, z. B. durch Selbstverletzung oder andere Impulsdurchbrüche, um einen Ausgleich herzustellen und eine Fortdauer der Erschütterung zu verhindern.

An persönliche Entwicklung im Sinne von Selbsttransformation ist nicht zu denken, aus Angst wird versucht, die Selbstkontrolle, so gut es geht, zu erhalten, es besteht geradezu ein Widerstand gegen Veränderungen. Die Person stagniert in ihrer Entwicklung.

Zusammenfassend führen also kumulative Traumatisierungen und gescheiterte Bewältigungsversuche zu einer dissoziativen Verarbeitung dieser Erfahrungen, mit strukturellen Defiziten und dysfunktionalen Anpassungen als dauerhafte Folgen.

Zur Diagnostik struktureller Störungen

In der Gestalttherapie gibt es bisher keine operationalisierte Form der Diagnostik struktureller Störungen. Bis vor kurzem gab es auch in der Psychoanalyse lediglich das anfangs erwähnte Kernbergsche Konzept der unterschiedlichen Strukturniveaus der Persönlichkeitsorganisation, mit dem zwischen einem hohen, mäßigen und niedrigen Strukturniveau der Persönlichkeit unterschieden wurde.

In neuerer Zeit hat in Deutschland eine psychodynamisch orientierte Arbeitsgruppe zur „Operationalisierung Psychodynamischer Diagnostik“ ihre Ergebnisse in Form einer standardisierten Methode zur Beurteilung zentraler persönlichkeitsstruktureller Gegebenheiten vorgelegt (Arbeitskreis OPD, 1996). Die Beurteilung erfolgt auf fünf Achsen: Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen, Beziehung, Konflikt, Struktur und psychische und psychosomatische Störungen (ICD-10, DSM-IV). Trotz des unterschiedlichen Bezugsrahmens bietet sich die Struktur-Achse der OPD m. E. auch für die Gestalttherapie als phänomenologisch-interpersonelle Methode als hilfreiches Diagnoseinstrument an, denn sie vertritt zum einen einen beziehungsorientierten Strukturbegriff und verzichtet zum anderen

... soweit als möglich auf die Verwendung tradierter psychoanalytischer Begriffe, um statt dessen das Verhalten und Erleben von Patienten und Therapeuten in der diagnostischen Situation möglichst beobachtungsnah zu erfassen (a. a. O., 68f.).

Auf der *Strukturachse* der OPD wird das Funktions- und Integrationsniveau der strukturellen Fähigkeiten und Vulnerabilitäten einer Person über die Beurteilung beobachtbarer Funktionen (Fähigkeiten zu ...) als „gut integriert“, „mäßig integriert“, „gering integriert“ oder „desintegriert“ eingeschätzt (vgl. auch Grande u. a., 1997). Es werden sechs Dimensionen mit mehreren Unterpunkten unterschieden und beurteilt:

1. Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung
 - Selbstreflexion, Selbstbild, Identität, Affektdifferenzierung,
2. Fähigkeit zur Selbststeuerung
 - Affekttoleranz, Selbstwertregulation, **Impulssteuerung**, Antizipation,
3. Fähigkeit zur Abwehr (im Sinne von Schutz- und Regulationsfunktionen)
 - intrapsychische vs. interpersonelle Abwehr, Flexibilität der Abwehr,
4. Fähigkeit zur Objektwahrnehmung
 - Subjekt-Objekt-Differenzierung, Empathie, ganzheitliche Objektwahrnehmung, objektbezogene Affekte,
5. Fähigkeit zur Kommunikation
 - Kontakt, Verstehen fremder Affekte, Mitteilen eigener Affekte, Reziprozität,
6. Fähigkeit zur Bindung
 - Internalisierung, Loslösung, Variabilität der Bindungen.

Die Einschätzung dieser Funktionen kann Gestalttherapeuten/innen bei der Auswahl der jeweiligen therapeutischen Ansatzpunkte behilflich sein.

Gestalttherapeutische Ansatzpunkte und Ziele der Behandlung

Menschen, die in ihrer Lebensgeschichte massive Streßsituationen und Erschütterungen erlebt haben und diese aufgrund der äußeren und innerpsychischen Bedingungen nur – im weitesten Sinne – dissoziativ verarbeiten und integrieren konnten, leiden in ihrem Erwachsenenleben unter den oben beschriebenen *Folgen* der erlebten Traumatisierungen.

Eine Person, die derart beeinträchtigt ist, ist in ihrer Tendenz zur Selbstaktualisierung nur noch auf Selbsterhaltung eingestellt. Ihr Identitätsgefühl ist unsicher bis diffus, sie bemüht sich um Sicherheit und Gleichgewicht und darum, jegliche Erschütterung ihrer Existenz möglichst frühzeitig durch entsprechende Anpassungen zu verhindern. Im Kontakt zu anderen Menschen führen diese fixierten, sich wiederholenden maladaptiven Beziehungsmuster zu gravierenden Beziehungsstörungen. Die sich aus diesen Umständen ergebenden subjektiven Beeinträchtigungen, Funktionseinschränkungen sowie Beeinträchtigungen der sozialen Integration sind in der Regel die Gründe für den Beginn einer Psychotherapie.

Grundsätzlich sind die *Ansatzpunkte* der Therapie die oben beschriebenen strukturellen Defizite und Vulnerabilitäten sowie die fixierten, dysfunktionalen Anpassungs- und Regulationsmuster. Die Ansatzpunkte lassen sich den Teilaspekten der Person folgendermaßen zuordnen (Überschneidungen sind Ausdruck dessen, daß die Teilaspekte nicht Entitäten, sondern lediglich unterschiedliche Perspektiven, Blickwinkel, Möglichkeiten der Fokussierung eines ganzheitlichen Geschehens sind):

Fokus – Ich-Grenze: Da die Ich-Grenze eingeschränkt und unflexibel, das Vertrauen in die eigenen Möglichkeiten begrenzt ist, ist ein Ziel sicherlich, diese wieder flexibel zu machen und das Spektrum an Kontaktmöglichkeiten zu erweitern, sei es im Umgang mit sich selbst oder der Umwelt. Anfangs geht es darum, zu erkennen, wo die Person steht, welche Kontakte möglich sind und welche nicht und wie ein sicheres Milieu beschaffen sein muß, um Zustände von Angst und Bedrohtheit zu vermeiden. Dies betrifft zum einen den therapeutischen Rahmen, zum anderen das Umfeld des/der Patienten/in. Bei therapeutischen Interventionen muß beachtet werden, daß diese nicht

über die bestehenden Ich-Grenzen der Person hinausgehen. Mangelnde therapeutische Sensibilität hat hier viel heftigere Auswirkungen als bei höher strukturierten Patienten/innen.

Natürlich zeigt sich erst im Therapieverlauf, wo die Grenzen verlaufen, und zwar an der Art der Kontaktregulierung. Folgende Fragen sind zu untersuchen: In welchen Situationen ist eine adaptive Kontaktregulierung möglich, wie wird Kontakt aktiv verhindert oder unterbrochen (Projektion, Introjektion, Retroflektion, Konfluenz etc.)? Ist die Art der Regulierung erfolgreich, um einen Zustand von Sicherheit und Integrität stabil aufrechtzuerhalten? Wie stark ist das Ausmaß dissoziativer Prozesse? Welche Bedeutung haben die Anpassungsmuster für den Organismus als Ganzen? Was wird vermieden und wie hoch ist die Bereitschaft, Verantwortung für dieses Verhalten zu übernehmen? Auf welches Vermeidungsverhalten kann ohne zu großes Risiko verzichtet werden, um Veränderungen zu ermöglichen? Widerstandsphänomene werden exploriert und in ihrer phänomenologischen Bedeutung und Funktion für die Person untersucht. Das Ziel auf dieser Ebene ist letztlich, adaptive Formen der Kontaktregulierung zu entwickeln oder wiederherzustellen.

Fokus – Differenzierungsvermögen: Hier ist ein interpersonell orientierter Ansatzpunkt die Arbeit an der Differenzierung zwischen sich und anderen, als Voraussetzung für das Wiedergewinnen der individuellen Balance zwischen Bezogenheit und Abgrenzung in der Beziehungsgestaltung. Eine Frage ist hier, ob die Kontaktgrenzen, die entstehen, klar und prägnant sind, oder inwieweit beispielsweise in schizoiden oder symbiotischen Zuständen das Gewährsein der Differenzierung zwischen sich und der Umwelt verlorenght. Wegen der Vulnerabilität in diesem Bereich ist es häufig erforderlich, viel Aufmerksamkeit auf die Verbesserung der Realitätsprüfung zu verwenden, um die Wahrnehmung der Innenwelt von der Außenwelt klar unterscheiden zu lernen.

Daneben beinhaltet ein intrapsychischer Ansatzpunkt, die unterschiedlichen Persönlichkeitszustände als Folgen der dissoziativen Verarbeitung voneinander zu differenzieren und zu erkennen, wann sich die Person mit welchem Zustand identifiziert. Dies ist eine Voraussetzung für die Anwendung integrationsfördernder Strategien zur Reintegration dieser abgespaltenen oder extrem dichotomisierten Teilaspekte der Persönlichkeit.

Fokus – Selbst-Stützung: Eine Voraussetzung dafür, daß dysfunktionale Anpassungsmuster bewußt und damit ich-dyston werden können, ist die Funktionsfähigkeit des selbst-reflexiven Modus. Diese ist ebenfalls die Voraussetzung dafür, überhaupt neue Erfahrungen im Therapieprozeß assimilieren und integrieren zu können. Um die Funktionsfähigkeit sicherzustellen, geht es zu Anfang darum, über entsprechende therapeutische Strukturen (Therapievertrag, Grenzen etc.) und ggf. die Umstellung der Lebensverhältnisse ein adäquates Milieu zu schaffen, in dem Zustände von Angst und Bedrohtheit möglichst vermieden werden können. Erst später geht es darum zu lernen, diesen Modus auch in Streßsituationen aufrechtzuerhalten.

Die Funktionsweise im selbst-reflexiven Modus selbst gilt es ebenfalls zu verbessern, das heißt z. B. zu üben, Ereignisse von einer Meta-Ebene aus zu betrachten, Perspektiven zu wechseln und zu variieren, persönliches Erleben in Worte zu fassen und damit in ein Narrativ einzubetten und in einen Kontext einzuordnen. Die Integration des selbst-reflexiven und des responsiven Modus kann dadurch verbessert werden, daß die Modi in Belastungssituationen bewußt gewechselt werden und z. B. problemlösendes Denken in schwierigen Situationen aktiviert wird. All diese Strategien bedürfen der aktiven Hilfe des/der Therapeuten/in, da diese Funktionen defizitär sind und im sicheren therapeutischen Rahmen neu gelernt oder wieder aktiviert werden müssen. Für das Ein-

ordnen, Organisieren und Integrieren von Erfahrungen wird der Therapeut als Hilfs-Ich benötigt.

Als zusätzlicher Ansatzpunkt sollte die Güte weiterer vorhandener Stützfunktionen beurteilt werden, welche inneren Ressourcen (Anpassungsmuster, Fähigkeiten zur Körperwahrnehmung, Haltung, Atmung, vorhandene Bedeutungsstrukturen etc.) zur Verfügung stehen und wie deren Qualität ist. Im Therapieprozeß kann gezielt an deren Verbesserung gearbeitet werden.

Großer Wert sollte auf die Veränderung der Bedeutungsstrukturen gelegt werden. Die Repräsentationen, die fixierten inneren Bilder, Konzepte, Schemata und Skripten bestimmen als Teil der Selbst-Stützung erheblich den Kontakt im Vordergrund. Die Bearbeitung dieser Strukturen und die Internalisierung funktionaler innerer Bilder ist ein wichtiges Ziel.

Fokus – integrierendes Selbst: Aus der Sicht des „Kontakt-Support-Konzepts“ kann Kontakt im Vordergrund immer nur Gestalt werden, wenn die Stützung als organischer Hintergrund andauernd verfügbar ist. Daher sollte zu Beginn von Integrations- und Veränderungsprozessen der Fokus auf der Verbesserung der organisierenden Stützfunktionen liegen. Stehen diese hinreichend zur Verfügung, ist über die Funktionen des integrierenden Selbst die adäquate Assimilation und Integration von neuen Erfahrungen wesentlich leichter. Das Nutzen der *Bewußtheit* als therapeutische Ressource ist das wichtigste Mittel hierzu. Für die Patienten/innen ist es wichtig, die Bedeutung ihrer eigenen Reaktionen zu verstehen und damit Einsicht in die Struktur ihrer Situation zu gewinnen sowie zu gegebener Zeit über erlittene Traumatisierungen zu berichten, sie damit in ein Narrativ einzubetten oder auf andere Art zu symbolisieren, um sie so letztlich verarbeiten und integrieren zu können. Weiterhin ist die Fähigkeit, sich verschiedener Persönlichkeitszustände gleichzeitig bewußt werden zu können, Voraussetzung für deren Integrierbarkeit.

Die Verbesserung der *Kontaktprozesse* ist ein weiterer Ansatzpunkt. Hier liegt der Fokus darauf, eigene Impulse und Bedürfnisse wieder wahrzunehmen, sich zu orientieren, Situationen adäquat zu beurteilen, Affekte zu differenzieren und diese von anderen Erfahrungsmodalitäten (körperlichen Empfindungen, Gedanken) zu unterscheiden. Die Fähigkeiten zur Affekttoleranz und Impulssteuerung können im geschützten therapeutischen Rahmen erlernt oder verbessert werden. Alternative Regulationsmöglichkeiten zur Spannungsreduktion statt der Abfuhr über Selbstverletzungen, Impulsdurchbrüche o. ä. können eingeübt werden. Dazu ist es nötig, die Unterstützung durch andere Menschen nutzen zu lernen, um sich zu beruhigen und sicher zu fühlen.

Ein Ansatzpunkt bei der *Verarbeitung* ist es, dissoziative Verarbeitungsweisen durch integrative zu ersetzen (Dichotomien in Polaritäten zu verwandeln). Ein weiterer Fokus liegt darauf, durch korrektive Neuerfahrungen funktionale innere Bilder von sich, anderen und der Welt sowie adaptive Schemata im Umgang mit unterschiedlichen Lebenssituationen zu verinnerlichen. Erst die Verinnerlichung von Bildern, wie es früher hätte sein können oder müssen, um vor unerträglichen Erschütterungen geschützt zu werden, ermöglicht Trauerarbeit und ein Sich-Öffnen für die Möglichkeiten der Gegenwart.

Welche dieser möglichen Ansatzpunkte im einzelnen gewählt werden, richtet sich nach dem Grad des Integrationsniveaus, dem individuellen Krankheitsbild und den störungsspezifischen Besonderheiten.

Die grundsätzlichen *Ziele* der Gestalttherapie mit strukturell gestörten Patienten/innen können folgendermaßen zusammengefaßt werden:

1. Verringerung der dysfunktionalen Anpassungsmuster, insbesondere – wenn vorhanden – des destruktiven Ausagierens sowie des automatisierten Vermeidungsverhaltens;
2. Verantwortung für das eigene Handeln und die daraus folgenden Konsequenzen zu übernehmen;
3. Verbesserung der Funktionen der Selbst-Stützung, des Differenzierungsvermögens, der Funktionen des integrierenden Selbst und die Erweiterung der Ich-Grenze;
4. Wiedererlangung der fortlaufenden organismischen Selbstregulierung sowie der fortlaufenden adaptiven Regulierung der Ich-Grenze;
5. Veränderung relevanter Bedeutungsstrukturen wie Repräsentationen, Konzepte, Schemata von sich, anderen und der Welt und die Reintegration dissoziierter Persönlichkeitsanteile;
6. Verarbeiten und Integrieren unerledigter traumatischer Erfahrungen;
7. Erweiterung der Möglichkeiten zur Selbstaktualisierung, Stärkung des Identitätsempfindens, des Selbstwertgefühls und der Selbstakzeptanz für seine/ihre individuellen persönlichen Fähigkeiten und Qualitäten;
8. Wiedererlangung der inneren Möglichkeiten für persönliche Weiterentwicklung und Wachstum;
9. Verbesserung der Beziehungsgestaltung in der Begegnung und im Dialog mit anderen Menschen und im Eingehen stabiler Bindungen.

Anmerkungen zum gestalttherapeutischen Vorgehen

Abschließend möchte ich einige grundsätzliche Anmerkungen über das gestalttherapeutische Vorgehen in der Arbeit mit Menschen machen, die an strukturell bedingten Störungen leiden.

Das Entscheidende beim therapeutischen Vorgehen sind nicht irgendwelche spezifischen Interventionsstrategien, sondern das, was im Therapieprozeß für den/die Therapeuten/in vor seinem/ihrer persönlichen und professionellen Hintergrund Figur wird. Auch hier gilt, daß der organismische Hintergrund der Gestaltbildung im Vordergrund die Bedeutung verleiht.

Insofern hat es erhebliche Konsequenzen für den Therapieverlauf, als Therapeut/in bestimmte Unterscheidungen treffen zu können: Ist der therapeutische Fokus symptomorientiert oder an der Persönlichkeitsstruktur orientiert? Steht eine Konflikt-Thematik oder eine Struktur-Thematik im Vordergrund? Ist der Fokus die offensichtliche Kontaktstörung oder die nicht unmittelbar sichtbare Störung der Stützfunktionen? Ist die psychische Struktur gut, mäßig, gering integriert oder gar desintegriert? Welche Vorstellung von der Entstehung der Störung habe ich als Therapeut/in im Hinterkopf? Was sehe ich als meine therapeutische Aufgabe an? Wo sind meine persönlichen Vorlieben, Abneigungen und Grenzen in der therapeutischen Arbeit? Welche theoretischen Vorstellungen von Veränderung habe ich? Wie gehe ich mit „Widerstand“ um?

Diese und ähnliche Fragen beeinflussen direkt mein gestalttherapeutisches Vorgehen, entscheiden über die Auswahl und das Timing meiner Interventionen und über die Beziehungsgestaltung zu meinem/r Klienten/in. Es gibt also keine „richtigen“ Interventionen unabhängig vom Kontext dieser Fragen. Alle gestalttherapeutischen Interventionsstrategien eignen sich bestens in der Arbeit mit diesen Patienten/innen.

Einige allgemeine Merkmale des gestalttherapeutischen Vorgehens sind folgende: Die Therapeut-Klient-Beziehung als reale, persönliche Arbeitsbeziehung sollte im Vordergrund stehen; Übertragung wird als Erscheinung innerhalb des therapeutischen Prozesses gewürdigt, sie wird als Kontaktstörung betrachtet und sollte möglichst bald bewußt gemacht und an der Realität überprüft werden. Ausgangspunkt der Therapie sollte die aktuelle Realität im Hier und Jetzt sein, von wo aus der Prozeß jedoch offen für vergangene, unerledigte bzw. unvollendete Erfahrungen oder zukunftsorientierte Themen ist. All unsere erfahrungsorientierten, existentiellen, phänomenologischen, dialogischen, experimentellen und stützungsorientierten Behandlungselemente sind hilfreich, um die Strukturbildung im therapeutischen Prozeß auf körperlich-motorischer, imaginativer und sprachlicher Ebene zu fördern.

Von besonderer Bedeutung sind integrationsfördernde Strategien und das Ermöglichen korrigierender Neuerfahrungen mit anderen Menschen bzw. Bewältigungserfahrungen in Problemsituationen, die zur Verinnerlichung funktionaler innerer Bilder und Schemata beitragen können. Therapeutische Strategien, die am Impasse-Modell orientiert sind, sind in der Regel *nicht* hilfreich bei strukturell gestörten Patienten/innen (Votsmeier, 1998, 9ff.).

Aus der Sicht einer „dialogischen Gestalttherapie“ sollten die eingesetzten spezifischen Interventionsstrategien immer im Kontext der dialogischen Beziehung (Buber, 1984; Hycner, 1985; Yontef, 1983) eingebunden sein. Kommt es in der inhaltlichen Arbeit zu Schwierigkeiten in der therapeutischen Beziehung, z. B. durch Mißverständnisse oder Kränkungen etc., ist das Wechseln auf die dialogische Ebene erforderlich, bis das Beziehungsproblem gemeinsam verstanden und gelöst ist. Denn die dialogische Arbeitsbeziehung ist die wichtigste Basis und das höchste Gut in der Therapie. Sie ist insbesondere bei Patienten/innen mit strukturellen Problemen die entscheidende Stütze für den Therapieerfolg.

Literatur

- Arbeitskreis OPD, (Hrsg.). (1996). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik*. Bern: Huber.
- Beisser, A. (1970). The paradoxical theory of change. In J. Fagan & I.L. Shephard (Hrsg.), *Gestalt Therapy Now*. Palo Alto: Science and Behavior Books.
- Buber, M. (1984). *Das dialogische Prinzip*. Heidelberg: Lambert.
- Dornes, M. (1997). Vernachlässigung und Mißhandlung aus der Sicht der Bindungstheorie. In U.T. Egle u.a. (Hrsg.), *Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung*. Stuttgart: Schattauer.
- Fiedler, P. (1995). *Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.
- Freyberger, H.J., Spitzer, C. (1996). Psychoanalytische Therapie bei dissoziativen Störungen. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Goldstein, K. (1965). Stress and the Concept of Self-Realization. In S.Z. Klausner (Hrsg.), *The Quest for Self-Control*. New York: The Free Press.
- Goldstein, K. (1971). *Selected Papers/Ausgewählte Schriften*. The Hague: Nijhoff.
- Grande, T. u. a. (1997). Die Praxisstudie Analytische Langzeittherapie. Ein Projekt zur prospektiven Untersuchung struktureller Veränderungen in Psychoanalysen. In M. Leuzinger-Bohleber & U. Stühr (Hrsg.), *Psychoanalysen im Rückblick. Methoden, Ergebnisse und Perspektiven der neueren Katamneseforschung*. Gießen: Psychosozial.

- Horowitz, M. (1988). *Introduction to Psychodynamics*. New York: Basic Books.
- Horowitz, M. (1991). *Person Schemas and Maladaptive Interpersonal Patterns*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Hycner, R. H. (1985). Dialogical Gestalt therapy: An initial proposal. *Gestalt Journal*, 8, 23–49.
- Kernberg, O. (1970). Eine psychoanalytische Klassifizierung der Charakterpathologie. In O. Kernberg (Hrsg.), *Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kernberg, O. (1993). *Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten*. Bern: Huber.
- Kolk, B. A. van der u. a. (1996). Dissociation and information processing in posttraumatic stress disorder. In B. A. van der Kolk u. a. (Hrsg.), *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York: The Guilford Press.
- Lohmer, M. u. a. (1992). Zur Diagnostik der Frühstörung. *Praxis Psychotherapeutischer Psychosomatik*, 37, 243–255.
- Mahler, M. S. u. a. (1980). *Die psychische Geburt des Menschen*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- McLeod, L. (1993). The self in gestalt therapy theory. *The British Gestalt Journal*, 2, 25–40.
- Perls, F. S. (1978). *Das Ich, der Hunger und die Aggression*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Perls, F. S. (1980). *Gestalt, Wachstum, Integration*. Paderborn: Junfermann.
- Perls, F. S. u. a. (1979). *Gestalttherapie: Lebensfreude und Persönlichkeitsentfaltung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Perls, F. S. (1985). *Grundlagen der Gestalttherapie. Einführung und Sitzungsprotokolle*. München: Pfeiffer.
- Perls, L. (1982). Retrospects and Prospects: A Dialogue between L. Perls, R. Kitzler and E. M. Stern. *Voices: The Art and Science of Psychotherapy*, 2, 5–25.
- Perls, L. (1989). *Leben an der Grenze*. Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Polster, E. & Polster, M. (1977). *Gestalttherapie. Theorie und Praxis der Integrativen Gestalttherapie*. München: Kindler.
- Reddemann, L. & Sachsse, U. (1996). Imaginative Psychotherapieverfahren zur Behandlung in der Kindheit traumatisierter Patientinnen und Patienten. *Psychotherapeut*, 41, 169–174.
- Rohde-Dachser, Ch. (1996). Psychoanalytische Therapie bei Borderlinestörungen. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Saunders, E. A. & Arnold, F. (1993). A critique of conceptual and treatment approaches to borderline psychopathology. *Psychiatry*, 56, 188–203.
- Sullivan, H. S. (1980). *Die interpersonale Theorie der Psychiatrie*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Votsmeier, A. (1988). Gestalttherapie mit Borderline-Patienten. *Gestalttherapie*, 2, 5–15.
- Votsmeier, A. (1995). Gestalttherapie und die „organismische Theorie“: der Einfluß Kurt Goldsteins. *Gestalttherapie*, 1, 2–16.
- Votsmeier, A. (1998). Stationäre Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Ein integratives Behandlungsmodell. *Psychotherapeuten Forum*, 5, 9–12.
- Yalom, I. D. (1989). *Existenzielle Psychotherapie*. Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Yontef, G. (1983). Gestalttherapie als dialogische Methode. *Integrative Therapie*, 9, 98–130.
- Yontef, G. (1988). Assimilating diagnostic and psychoanalytic perspectives into Gestalt therapy. *Gestalt Journal*, 11, 5–32.
- Yontef, G. (1993). *Awareness, Dialogue & Process*. Highland: The Gestalt Journal Press.
- Zinker, J. (1982). *Gestalttherapie als kreativer Prozeß*. Paderborn: Junfermann.