Gestalttherapie und Schematherapie

Achim Votsmeier-Röhr

Die Gestalttherapie hat Weiterentwicklungen in anderen psychotherapeutischen Ansätzen vielfältig bereichert. Ein Beispiel ist die Schematherapie, die Elemente der Gestalttherapie anwendet und ihrerseits Gestalttherapeuten einen Dialog angeboten hat, Elemente der Schematherapie für sich inspirierend und fruchtbar zu verwenden. Auch verdienen Weiterentwicklungen gestalttherapeutischer Elemente im Gewand der Schematherapie das gestalttherapeutische Interesse, um diese gegebenenfalls in die Theorie und Praxis unseres gestalttherapeutischen Ansatzes zu re-assimilieren. Es lohnt sich also, die möglichen Begegnungspunkte näher zu betrachten.

Das Feld der Begegnung

Gestalttherapie und Schematherapie begegnen sich auf dem Gebiet der Kognition, Informationsverarbeitung, der Verinnerlichung und Repräsentation sowie der Organisation von Erfahrung. Dieses Gebiet ist aufseiten der Gestalttherapie nicht gerade unbelastet. So bedauert Fodor (1996, S. 31f.) eine Voreingenommenheit gegenüber dem Denken und die Ablehnung des Denkens als eine Form der Bewusstheit. Der Satz von Fritz Perls (1980, S. 117): »Lose your mind and come to your senses!« ist wohl jedem/r Gestalttherpapeuten/in vertraut. In diesem Zusammenhang schreibt Perls im Rekurs auf Zen: »Äußerste Bewußtheit kann es nur da geben, wo der Computer fort ist, wo die Intuition, die Bewusstheit so klar ist, dass man wirklich zu seinen Sinnen kommt« (ebd., S. 117). Der Satz suggeriert, dass Bewusstheit nur dort existiert, wo kein Denken stattfindet, sondern stattdessen nur wache Sinneswahrnehmung. Dieser Dualismus ist im Zen nicht vorhanden (Kranz 2014). Nicht das Erscheinen von Gedanken bzw. Denken ist problematisch, sondern das Erzeugen von Anhaftungen daran. Eine Sinneswahrnehmung ist nicht besser oder schlechter als ein Gedanke, wie ein berühmtes Zen-Bild verdeutlicht: »Der Geist ist wie ein Spiegel – der Spiegel

spiegelt *alle* Erscheinungen, aber er selbst bleibt leer (ohne Anhaftungen)«. Denken wird im Zen nicht gegen die Sinne ausgespielt.

Was Perls wohl eigentlich meinte, ist eine kritische Haltung gegenüber einer Art und Weise der Reflexion, die Varela et al. (1995, S. 50f.) als eine entkörperte, unachtsame Reflexion bezeichnen, als Ergebnis einer entsprechenden Praxis des Denkens und Reflektierens, aus der heraus Descartes folgerte, ein denkendes Ding zu sein. Dieser Descartes'sche Umgang mit Denken und Reflexion ist jedoch keineswegs selbstverständlich: »Wir sind in der Lage, Gewohnheiten auszubilden, in denen Körper und Geist völlig koordiniert sind« (ebd., S. 51) und es ist eine achtsame, offene, verkörperte Reflexion möglich, die nicht bloß Reflexion *über* eine Erfahrung, sondern ihrerseits eine Form von Erfahrung, eine reflexive Form der Erfahrung ist (vgl. ebd., S. 49). Ähnliches meinen Greenberg et al. (1993), wenn sie von erlebensorientierter Verarbeitung *(experiential processing)* von Informationen sprechen und diese Form der Verarbeitung von einer rein konzeptuellen Verarbeitung unterscheiden: »Erlebensorientierte Verarbeitung ermöglicht die Symbolisierung unmittelbaren, direkten erlebensbasierten Wissens im Gewahrsein« (ebd., S. 129). Dies geschieht durch einen Prozess dialektischer Konstruktion aus zwei Quellen der Erfahrung, dem direkten, unmittelbarem Erleben und der vermittelten Erfahrung, dem reflexiven Erklären des Erlebens (vgl. ebd., S. 97).

Die Organisation von Erfahrung geschieht aus Sicht der Gestalttherapie nach dem Figur-Hintergrund-Prinzip. In einem psychischen Prozess (Wahrnehmen, Denken, Fühlen etc.) hebt sich eine Erlebensfigur von einem Hintergrund ab und wird dadurch als Gestalt bewusst erkannt. Das jeweilige Erleben im Vordergrund gewinnt vor dem organismischen Hintergrund Bedeutung (vgl. Perls 1880, S. 142; 1985, S. 211). Lore Perls, die Frau von Fritz Perls und Mitbegründerin der Gestalttherapie, bezeichnet diesen persönlichen Hintergrund als Selbststützung *(self-support)* der Person. Da auch Repräsentationen früherer Erfahrungen zu organismischen Hintergrundprozessen gehören, nehmen diese in Form von Schemaprozessen Einfluss auf die gegenwärtige Informationsverarbeitung und können automatisiert emotionales Erleben generieren (vgl. Greenberg et al. 1993, S. 102).

Obwohl Vordergrund- und Hintergrundprozesse therapeutisch gleichsam wichtig sind, wurde in der Gestalttherapie lange einseitig eher auf die Vordergrund- bzw. Kontaktprozesse fokussiert. Lore Perls machte schon 1956 auf Probleme einer solchen einseitigen Fokussierung in der Therapie aufmerksam:

> »Kontakt ist so sehr ›Figur‹ im organismischen Funktionieren, dass Neurose als Vermeidung von Kontakt definiert wurde. Aber ›who is all eyes, does not see – wer nur Auge ist, sieht nicht‹. [...] Die Kontaktfunktionen finden vor dem Hintergrund der organismischen Funktionen statt, die normalerweise unbewusst sind und für selbstverständlich gehalten werden; aber sie sorgen für die unerlässliche Stützung der Vordergrundfunktion des Kontakts« (L. Perls 1989, S. 62).

Aus diesem Verständnis heraus entwickelte Lore Perls das sogenannte Kontakt-Support-Konzept, welches in der Anwendung Patienten gerecht wird, deren Schwierigkeiten eher mit den mangelnden Stützfunktionen zu tun haben bzw. mit der mangelnden Koordination von Kontakt- und Stützfunktionen. Stützen sind neben Haltung, Koordination von Bewegungen, Sprache und Gewohnheiten etc. ausdrücklich auch »unsere fixen Ideen, Ideale und Verhaltensmuster, die zur zweiten Natur geworden sind« (ebd., S. 103), also unsere gewohnheitsmäßigen, auch affektiv-kognitiven Reaktionen und Blockierungen – die man mit Greenberg et al. (1993) als schemabasierte Prozesse bezeichnen könnte.

In der Arbeit mit Patienten mit Borderline- oder anderen strukturellen Störungen ist diese Perspektive unverzichtbar. Für diese Arbeit wurde der Fokus auf die Verbesserung der Stützfunktionen, insbesondere des Zusammenspiels von abstrakter und konkreter Einstellung (Goldstein) hervorgehoben (Votsmeier 1988, 1999) und eine Erweiterung des üblichen Kontakt-Zyklus zu einem erweiterten Kontakt-Support-Zyklus vorgeschlagen (Votsmeier-Röhr 2005). Das mangelnde Zusammenspiel eines unmittelbaren, automatisierten Verarbeitungsmodus und eines reflektierenden Modus im Zusammenhang mit der Borderline-Symptomatik wurde auch neuropsychologisch bestätigt (vgl. Votsmeier-Röhr 2011, 2013).

Begegnungspunkte zwischen Gestalttherapie und Schematherapie

Wenn dies das gemeinsame Feld der Begegnung ist, an welchen Punkten begegnet die Gestalttherapie nun der Schematheorie und Schematherapie?

Im Verständnis der Gestalttherapie findet Verinnerlichung einer Erfahrung an der sogenannten Kontaktgrenze statt. Die Kontaktgrenze ist die Grenze zwischen dem Selbst und dem Anderen (Perls 1980, S. 130), ist gleichzeitig verbindend und trennend, ist die Grenze zwischen dem persönlichen und dem unpersönlichen Feld (Perls 1978, S. 171f.). Sind die Bedingungen für Kontakt dem Organismus adäquat, findet die Verinnerlichung einer Erfahrung durch den Prozess der Assimilation statt.

Dieser Prozess der Verinnerlichung lässt sich aufgrund neuerer Erkenntnisse aus moderner Psychologie und Kognitionswissenschaft differenzierter beschreiben. Assimilation kann mit Greenberg et al. (1993) verstanden werden als das dialektische Zusammenspiel von unmittelbarem Erleben, Symbolisieren dieses Erlebens und Reflexion im Gewahrsein (vgl. ebd., S. 89). Es findet aber auch vorsprachlich durch die Repräsentation von Erfahrungen in sogenannten Schemata statt. Nach Greenberg et al. (1993, S. 114f.) wird affektives Erleben schon von früher Kindheit an in Form innerer Modelle oder Schemata repräsentiert. Dies beginnt mit dem Verinnerlichen von Auslösesituationen und den zugehörigen sensomotorischen Reaktionen, später

auch mit den Überzeugungen und Bedeutungen, die mit dem Geschehen verbunden werden. In Schemata werden Regelmäßigkeiten kodiert oder das, was unterschiedlichen Erlebnissen gemeinsam ist. Einmal entstanden bzw. konstruiert, steuern Schemata Wahrnehmung, Erinnerung, Erleben, und Erwartungen an eine Situation sowie Handeln im Sinne nicht-bewusster organismischer Hintergrundprozesse. Adaptive Schemata sind Orientierungs- und Handlungsstrukturen, die kognitive, affektive, motivationale und relationale Aspekte integrieren (vgl. ebd., S. 111). Schemata bestimmen also – in gestalttherapeutischer Terminologie – die Möglichkeiten und Grenzen des Kontakts, stecken sozusagen das »Spielfeld« ab, in dem Kontakt möglich ist, bestimmen den Kontext für weitere Kontaktprozesse und Beziehungsgestaltungen (vgl. Votsmeier-Röhr 2005, S. 35).

Bestehen keine adäquaten Bedingungen für Kontakt, beispielsweise wenn eine Person mit etwas konfrontiert ist, was sie mit ihren vorhandenen Möglichkeiten nicht bewältigen kann, meist unter hoher Erregung und Stress, so kann die Erfahrung an der Kontaktgrenze nicht assimiliert werden. Das Grenzempfinden zwischen Innenwelt und Außenwelt verschwimmt, was Prozesse der Introjektion und Projektion begünstigt. »Introjektion geschieht immer, wenn man mit etwas zu schnell konfrontiert wird, mit dem man nicht fertig wird und das man nicht assimilieren kann« (L. Perls 2005, S. 139).

Als Folge der Kontaktunterbrechung kann die Erfahrungsgestalt nicht abgeschlossen werden. Sich wiederholende ähnliche Erfahrungen, die nicht assimilierbar sind und so nicht zu einer Schließung der Gestalt führen, werden dann in Form eines dysfunktionalen Schemas repräsentiert. Als Teil der Erfahrung werden gegebenenfalls auch Botschaften der Umwelt als sogenannte Introjekte verinnerlicht, die sich in Überzeugungen und Einstellungen sich selbst gegenüber manifestieren. Wird ein Schema aktiviert bzw. ausgelöst, treten häufig auch diese Introjekte in Form von bewertenden Stimmen in den inneren Dialog und ins Bewusstsein ein.

Ein solches dysfunktionales Schema ruft dann häufig eine dysfunktionale Reaktion hervor, die den Anforderungen der gegenwärtigen Situation nicht gerecht wird. Die Erfahrung wird zu einer unabgeschlossenen, fixierten Gestalt, die im Verlauf der kreativen Anpassung (der freifließenden Gestaltbildung) der Person zu einer Blockierung wird. Das Schema ist Teil der Selbst-Stützung *(self-support)* der Person und damit Teil des organismischen Hintergrunds, der wiederum Erlebensgestalten im Vordergrund Bedeutung gibt und den Kontaktprozessen Stütze.

Neben der Begegnung mit dem Prozess-Erfahrungsansatz von Greenberg et al. begegnet die Gestalttherapie an dieser Stelle auch der Schematherapie (nach Young). Während Greenberg et al. (1993) in ihrem Ansatz eher beschreiben, *wie* und in welchen Facetten sich ein emotionales Schema im Prozess aktualisiert (prozeduraler Aspekt), hat sich die Schematherapie nach Young et al. (2008) eher auf den semantischen Aspekt, auf das *Was* konzentriert. (Tønneswang et al. (2010, S. 595) sehen darin

eine Komplementarität und einen Zugang für einen Dialog zwischen Gestalttherapie und Kognitiver Therapie). So haben Young et al. (2008) auf der Grundlage klinischer Beobachtungen 18 verschiedene Schemata unterschieden und sie in fünf Domänen untergliedert (siehe Tabelle 1):

Schemadomänen	Bedürfnisse	Schemata
Abgetrenntheit und Ablehnung	sichere Bindung, Akzeptanz, Versorgung	- Verlassenheit/Instabilität - Misstrauen/Missbrauch - emotionale Entbehrung - Unzulänglichkeit/Scham - soziale Isolierung/Entfremdung
Beeinträchtigung von Autonomie und Leistung	Autonomie, Kompetenz, Identitätsgefühl	- Abhängigkeit/Inkompetenz - Anfälligkeit für Schädigungen und Krankheiten - Verstrickung/Unentwickeltes Selbst - Unzulänglichkeit/Versagen
Beeinträchtigung im Umgang mit Begrenzungen	Realistische Grenzen und Selbstkontrolle	- Anspruchshaltung/Grandiosität - unzureichende Selbstkontrolle/Selbstdisziplin
Fremdbezogenheit	Freiheit im Ausdruck von Bedürfnissen und Emotionen	- Unterwerfung - Selbstaufopferung - Streben nach Zustimmung und Anerkennung
Übertriebene Wachsamkeit und Gehemmtheit	Spontaneität und Spiel	- Negativität/Pessimismus - emotionale Gehemmtheit - Überhöhte Standards/Übertrieben kritische Haltung - Strafneigung

Tabelle 1: Schemata und Schemadomänen (aus: Jacob/Arntz 2014, S. 6)

Die Unterteilung kann je nach Therapiesituation oder Klientel helfen, Schemata zu identifizieren und zu bearbeiten. Besonders in der Arbeit mit Menschen, die unter strukturellen Defiziten leiden, kann die Benennung spezifischer Schemata die Orientierung fördern.

Eine Gemeinsamkeit mit der Schematherapie stellt die Vorstellung vom Umgang mit fixierten Gestalten bzw. Schemata dar. Unerledigte, unvollendete Erfahrungen oder Gestalten drängen im gestalttherapeutischen Verständnis nach Abschluss und Vervollständigung, nach Lösungen (Zeigarnik-Effekt). Wenn die Situation und die Ressourcen *(support)* dafür jedoch nicht vorhanden sind, dienen Anpassungsstrate-

gien als Bewältigungsversuche, um die unerledigte Gestalt in Schach zu halten, um bedrohliche Grenzerlebnisse zu verhindern. Je nach Art der Unterbrechung und dem Niveau der Differenzierung der Persönlichkeit sind diese Anpassungen mehr oder weniger funktional. Je dysfunktionaler die Anpassungen sind, desto inadäquater fühlt sich der Mensch in seiner Umwelt oder seine Umwelt mit ihm. Dysfunktionale Anpassungen bedeuten habituelle Kontaktunterbrechungen bzw. Kontaktvermeidungen, die zur Gewohnheit werden und damit früher oder später nicht mehr bewusst sind. Sie sind automatisiert und werden zu Blockierungen im Prozess weiterer kreativer Anpassungen. Sie haben für sich Symptomwert oder gewinnen Symptomwert, wenn die Anpassung zusammenbricht (vgl. Votsmeier 1999).

Auch hier liegt ein Begegnungspunkt mit der Schematherapie. Diese beschreibt ebenfalls Möglichkeiten, mit maladaptiven Schemata fertig zu werden. Es werden drei Bewältigungsreaktionen unterschieden, um die Aktivierung von Schemata zu verhindern oder besser mit ihnen zurechtzukommen: Erdulden (Versuch der Kontrolle, indem schemaauslösende Situationen selbst herbeigeführt werden), Vermeiden (Auslösesituationen vermeiden) oder Überkompensieren (Ankämpfen gegen die Schemaauslösung durch Ausleben der anderen Polarität) (vgl. Berbalk/Young 2008, S. 649ff.).

Ein weiterer Begegnungspunkt mit der Schematherapie ist das Konzept des Zusammenhalts und der Vielfalt von Selbstanteilen. Wenn eine Situation durch Angst, Erschütterung, im schlimmsten Fall durch existenzielle Bedrohung bzw. Traumatisierung nicht auf gute Art und Weise zum Abschluss gekommen ist, kann in der Folge, um keiner weiteren Erschütterung ausgesetzt zu sein, die Erfahrung abgespalten werden – und mit ihr eventuell die entsprechenden Persönlichkeitsanteile (beispielsweise ein wütender Teil). Diese sind damit nicht mehr eingebettet in die Gesamtheit der Person. Fritz Perls benennt, besonders in seinen frühen Schriften, immer wieder die Themen Entfremdung, Dissoziation, Desintegration und Integration (Perls 1980). Er vertrat das Konzept des Organismus als einer Ganzheit (vgl. ebd., S. 30f.) und sah das Problem in einer gespaltenen Persönlichkeit, in der verschiedene Selbstanteile in Disharmonie sind. 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« (ebd., S. 34).

Als Prototyp der gespaltenen Persönlichkeit führte er den sogenannten Top-Dog/Under-dog-Dualismus an (vgl. ebd., S. 98). Dieser wird als ein Konflikt zwischen Teilpersönlichkeiten verstanden und zeigt Anklänge an das transaktionsanalytische Konzept der Ich-Zustände: Hier werden Eltern-Ich-/Top-dog-, Erwachsenen-Ich- und Kind-Ich-/Under-dog-Zustände unterschieden.

Die Autoren des schon genannten Prozess-Erfahrungs-Ansatzes um Greenberg gehen generell davon aus, dass das Selbst seiner Natur nach modular ist (vgl. Elliott

et al. 2008, S. 38f.). Vielfältige oder gar widersprüchliche Selbstanteile seien an sich kein Zeichen von Dysfunktion. Erst wenn die Beziehung zwischen Selbstaspekten feindlich oder unterdrückerisch ist, kommt es zu Problemen. Der Prozess-Erfahrungs-Ansatz unterscheidet Typen von Selbstanteilen wie »Kritiker, Erlebender, verdecktes Kernselbst, reflektierender Beobachter, internalisierter signifikanter Anderer und so weiter« (ebd., S. 39). Gleichzeitig wird jedoch die Auffassung vertreten, dass bestimmte Selbstaspekte nicht konkretisiert werden sollten, da es keine überdauernden, unveränderlichen Selbstaspekte gebe.

Die Schematherapie nach Young et al. (2008) unterscheidet im Gegensatz dazu explizite Selbstanteile, sogenannte Schemamodi. Die Systematisierung zeigt ebenfalls Anklänge an das Konzept der Ich-Zustände in der Transaktionsanalyse. So werden Kind-Modi und Eltern-Modi unterschieden, aber im Unterschied zum transaktionsanalytischen Konzept werden eigenständige, sogenannte dysfunktionale Bewältigungsmodi hinzugefügt (siehe Tabelle 2).

Es wird versucht, mit den Patienten explizite, individuell formulierte Benennungen der Schemamodi zu finden. Die Benennung kann vorteilhaft sein, da das Gefüge der Selbstanteile meist außerhalb der inneren Selbstbeschreibung (Mentalisierung) der Patienten bleibt und deshalb oft nicht erkannt und auch nicht spezifisch verändert werden kann. Dies erscheint gerade in der Arbeit mit Menschen mit schweren Persönlichkeitsstörungen und strukturellen Defiziten wie beispielsweise Borderline-Patienten, die Schwierigkeiten in der erlebensbezogenen Verarbeitung und Defizite im Reflexionsvermögen haben, besonders nützlich zu sein.

Nachdem wir betrachtet haben, wo die Begegnung mit der Schematherapie für die Gestalttherapie nützlich und sinnvoll sein kann, soll nun beschrieben werden, wo dies für die Schematherapie von Nutzen ist.

Die Schematherapie ist eine Weiterentwicklung der Kognitiven Therapie. Aufgrund einer unbefriedigenden Erfolgsrate der Kognitiven Therapie bei manchen Patienten, die meist unter chronischen Erlebens- und Verhaltensmustern litten, suchte Jeffrey Young, der Begründer der Schematherapie, nach Behandlungselementen, die er der Kognitiven Therapie hinzufügen konnte, um diesen Patienten besser gerecht zu werden (vgl. Young 2003, S. 204). Dabei spielte seine persönliche Erfahrung mit Gestalttherapie eine wesentliche Rolle. Um für sich selbst einige persönliche Themen zu bearbeiten, war ihm aufgrund einer als unbefriedigend erlebten Therapie bei einem kognitiv arbeitenden Therapeuten ein Gestalttherapeut empfohlen worden – »und nach 10 Gestalttherapiesitzungen hatte ich mehr über mich erfahren als in einem Jahr kognitiver Therapie« (Young 2011, S. 310). Youngs Erkenntnis war, dass die meisten Menschen tiefe Themen (Schemata) haben, die ihnen gar nicht bewusst sind, auch nicht, warum sie sie haben und wie sie gelöst werden könnten. So nahm er aufgrund seiner eigenen Erfahrungen aus der Gestalttherapie imaginative Techniken zu seinem Ansatz hinzu, um zu den tieferen Schemata vorzudringen (Young 2003, S. 204).

Kindmodi	Verletzbarkeit	- verletzbares (einsames) Kind - verlassenes oder missbrauchtes Kind
	Ärger	- ärgerliches Kind - wütendes Kind
	Mangel an Disziplin	- impulsives Kind - Undiszipliniertes Kind
	Glück	- funktionaler Modus des glücklichen Kindes
dysfunktionale Bewältigungsmodi	Unterwerfung	- Kapitulation oder bereitwillige Unterwerfung
	Vermeidung	- distanzierter/vermeidender Beschützer - distanzierte Selbstberuhigung oder -stimulation
	Überkompensation	- narzisstische Selbstüberhöhung - übermäßige Kontrolle - Suche nach Bestätigung und Aufmerksamkeit - forensische Überkompensationsmodi (Schikane und Angriff; Beutemodus; Betrugsmodus)
dysfunktionale Elternmodi		- strafender Elternteil - fordernder Elternteil
Modus des gesunden Erwachsenen		- angemessene erwachsene Funktionen, Verpflichtungen, Aktivitäten

Tabelle 2: Schemamodi (aus: Jacob/Arntz 2014, S. 9ff.)

Als ihm später in der Behandlung von Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen wie Borderline-Patienten der Schema-orientierte Ansatz unzureichend erschien, führte Young das sogenannte Modusmodell ein (s. o.). Er übernahm dabei den Grundgedanken, den Perls im Top-dog/Under-dog-Konzept ausgearbeitet hatte und das dazugehörige Interventionsmodell der Stuhl-Arbeit (leerer Stuhl, Zwei-Stuhl-Dialog). Schematherapeuten beziehen sich dabei explizit auf das »1969er Modell«, welches sich in Perls' Buch *Gestalttherapie in Aktion* widerspiegelt (vgl. Kellogg 2009a, 2011). Diese Variante der Gestalttherapie wird nach Kellogg weniger als *facilitating* und mehr als *modifying* wahrgenommen und ist stärker technikorientiert.

Diese Phase der späten 1960er Jahre ist für die Gestalttherapie ebenfalls nicht unbelastet (vgl. Yontef 1991). In den Jahren nach der Etablierung des »1969er Modells« entstand in der Gestalttherapie-Szene eine heftige Debatte über den sogenannten

Ostküsten- und Westküsten-Stil, die Orientierung an dem Grundlagenwerk von Perls et al. (1951) gegenüber der am späteren Stil von Fritz Perls in der Esalen-Ära. Zeitweise fand innerhalb der Gestalttherapie-Szene – zumindest in den USA – eine deutliche Distanzierung von aktionalen Techniken wie Stuhldialogen statt.

Dies führte dazu, dass der Umgang mit imaginativen und aktiven Experimenten wie Stuhldialogen (Zinker 1982; Simkin/Yontef 1984; Korb et al. 1989) in der Gestalttherapie nicht weiterentwickelt wurde. Stattdessen fand dies anderswo statt, so in der Arbeitsgruppe um Leslie Greenberg in Toronto (Greenberg et al. 1993; Elliott et al. 2008), die beispielsweise den optimalen Umgang mit Stuhldialogen und deren Wirksamkeit empirisch untersuchte und auch in der Schematherapie, die die Arbeit mit imaginativen Methoden und Stuhldialogen weiterentwickelt hat. So werden Imaginationsübungen für diagnostische und schemamodifizierende Zwecke eingesetzt (vgl. Roediger 2011, S. 219ff.) oder beim »Imaginativen Überschreiben« *(Imagery Rescripting)* – hierbei wird das Erleben einer problematischen Situation aus der Vergangenheit vertieft und im Verlauf der Intervention eine korrigierende Neuerfahrung in der Imagination herbeigeführt (vgl. Jacob/Arntz 2014, S. 47ff.). Stuhldialoge wurden von Kellogg (2004, 2011) in unterschiedlichen Varianten systematisiert.

Soweit die Anmerkungen zu den Begegnungspunkten, die für Gestalttherapie und Schematherapie jeweils bereits nutzbringend sind oder sein könnten.

Grundsätzliche Unterschiede zwischen Gestalttherapie und Schematherapie

Neben den Berührungspunkten, die für die Gestalttherapie und Schematherapie gleichermaßen befruchtend sein können, gibt es Unterschiede in der Metatheorie und dem Selbstverständnis als Therapeut, die einer weitergehenden Integration entgegenstehen. Aufgrund der feldtheoretischen Annahmen ist das gestalttherapeutische Vorgehen eher prozessorientiert (das *Wie* in Verbindung mit dem *Was* steht im Fokus der Exploration und Veränderung). So interessieren beispielsweise nicht nur die Introjekte als Repräsentationen von dysfunktionalen Verinnerlichungsprozessen, sondern auch der Prozess der Introjektion selbst, wie er sich im Hier-und-Jetzt des Kontaktprozesses vollzieht. Die Schematherapie bleibt demgegenüber stärker auf der Inhaltsebene des *Was* der Schemata und Schemamodi, kategorisiert sie, mit der Gefahr der Verdinglichung – dem Risiko, dass der Patient selbst mit seinem eigenen Erleben verloren geht und nur noch durch das Raster der Schemata und Schemamodi betrachtet wird. Hier bleibt die Gestalttherapie erfahrungsnäher, ist stärker am phänomenologischen Erleben von Patient und Therapeut orientiert und Veränderung ist eine Funktion des Feldes, d. h. sie geschieht aus der therapeutischen Begegnung und dem Einfluss anderer Feldelemente heraus und nicht, indem der Therapeut als *change agent* direktiv etwas

in bzw. an einem Patienten bewirkt. Gegenüber dem Gestalttherapeuten als *facilitator* ist der Schematherapeut eher *modifier* (vgl. Kellogg 2004). Dem »Experiment« der Gestalttherapie, welches ergebnisoffen der Förderung des Gewahrseins dient und Einsicht in die Struktur des jeweiligen Feldes ermöglichen soll, steht in der Schematherapie die Technik gegenüber, die eine eher Rezeptbuch-artige Vorgehensweise auf ein Veränderungsziel hin beinhaltet.

Diskussion und Ausblick

Der bereits zitierte Artikel von Kellogg (2009a, b) aus dem *Gestalt! Electronic Journal*, in welchem er als Schematherapeut die Gestalttherapie zu einem beiderseitig befruchtenden Austausch eingeladen hatte, wurde seinerzeit von einigen Gestalttherapeuten in derselben Ausgabe kommentiert. Dabei wurde ein Austausch im Wesentlichen deswegen abgelehnt, weil das sogenannte »1969er Modell« (an das die Schematherapie anknüpft) nicht mehr die zeitgenössische Gestalttherapie wiederspiegele und zu große metatheoretische Unvereinbarkeiten bestünden.

Diese Ablehnung erscheint mir voreilig. Sie reflektiert einige Problembereiche hinsichtlich der Fundierung und Weiterentwicklung der gestalttherapeutischen Theorie und Praxis. Einige davon möchte ich hier diskutieren:

1. In Diskussionen unter Gestalttherapeuten über die eigene Methode entsteht oft der Eindruck, als ginge es darum, was die »wahre« Gestalttherapie sei und wer die Gestalttherapie richtig verstehe und wer nicht. Es wird dabei weder die Historie mit einbezogen, noch die Existenz verschiedener Strömungen und Schulen innerhalb der Gestalttherapie (wie es in anderen Richtungen wie der Psychoanalyse selbstverständlich ist). Dies ist ein Grund dafür, dass hochwirksame therapeutische Strategien (wie Stuhldialoge) als nicht mehr »wahre« Gestalttherapie angesehen und sozusagen preisgegeben wurden. Die Weiterentwicklung dieser Methoden wurde anderen überlassen. Ich meine, es ist Zeit für eine Re-assimilierung in die Gestalttherapie sowie für das Akzeptieren der Existenz verschiedener Strömungen und Stile als gültige Varianten der Gestalttherapie.
2. Zu verschiedenen Punkten der gestalttherapeutischen Theorie und Praxis hat es im wissenschaftlichen Umfeld in den letzten Jahrzehnten neue Erkenntnisse gegeben, die von dieser bisher nur unzureichend assimiliert wurden. So ist das Kontakt-Support-Konzept dahingehend bereichert worden, dass der Einbezug sogenannter struktureller Fähigkeiten (Arbeitskreis OPD 2006; Rudolf 2013) sowie die Verinnerlichung und Repräsentation von Erfahrungen über sogenannte Schemata (vgl. Greenberg et al. 1993; Young et al. 2008) eine weitreichende Ausdifferenzierung organismischer Hintergrundprozesse als Stützungsfunktionen ermöglichen.

3. Es wäre zu überdenken, ob Bewusstwerdung *(awareness)* vorher nicht bewusster Erlebensaspekte und Einsicht (Aha-Erlebnis) in Zusammenhänge und die Struktur des Feldes nicht ergänzt werden könnten durch weitere Formen des Verstehens und Reflektierens unter Einbezug von Mustern und Kategorisierungen wie beispielsweise der Schemata oder Selbstanteile/Schemamodi. Dies könnte helfen, Fallkonzeptionen mit und für Patienten zu erarbeiten und spezifische Behandlungsstrategien zu entwerfen. Wenn ein solches Vorgehen einbezogen würde in ein verbindliches feldtheoretisches, phänomenologisches und dialogisches Verständnis von Gestalttherapie, dürften die Risiken, den individuellen Klienten und sein Erleben im Hier-und-Jetzt aus den Augen zu verlieren, gering sein. »There is no point in losing our heads when we turn to our senses«, wie Tønneswang et al. (2010, S. 597) in Abwandlungen des o.g. Perls-Zitats schreiben. Und Kellogg (2009b) ist der Ansicht: »While the map is not the territory and there is always a possibility of reification, a good map can help you go to wonderful places«.
4. Der von F. Perls ausgearbeitete Top-dog/Under-dog-Dualismus als Beispiel für die gespaltene Persönlichkeit (s. o.) ist unter der Voraussetzung einer Vielfältigkeit des Selbst als einem Gefüge von Selbstanteilen (vgl. Elliott et al. 2008) oder einer dialogischen Struktur des Selbst, wie Boeck (2006, S. 72) es nennt, nur ein Beispiel für zahlreiche andere Varianten von Selbstanteilen, deren dualistische Konflikthaftigkeit im therapeutischen Prozess zu Polaritäten und letztlich zu deren Integration geführt werden können. Therapeutisch beforschte und ausgearbeitete Strategien dazu wie von Greenberg et al. (1993) oder Young et al. (2008) könnten nützliche Anregungen dazu liefern.
5. Sollte nicht eine Studie (Giesen-Bloo et al. 2006), die die Wirksamkeit von Schematherapie (also einer Behandlungsform, die Elemente der Kognitiven Therapie und der Gestalttherapie verbindet) in der Behandlung von Borderline-Patienten belegt, eigentlich das Interesse von Gestalttherapeuten wecken?

Moderne Psychotherapie erfordert störungsspezifische Behandlungskonzepte. Will man nicht in einen Eklektizismus hinsichtlich therapeutischer Methoden verfallen, bedarf es diversifizierter gestalttherapeutisches Strategien für die Behandlung von Patienten mit Kontakt- vs. Support-Störungen bzw. konfliktorientierter vs. strukturbezogener Herangehensweisen. Es bedarf einer Trauma-adaptierten, Borderline-adaptierten und für andere Störungen adaptierten Gestalttherapie sowie Anpassungen an Behandlungssettings wie Akut- vs. Rehabilitationsbehandlung, Kurzzeit- vs. Langzeittherapie, Gruppen- vs. Einzeltherapie. Dies erfordert Flexibilität, ein Über-den-Tellerrand-der-Gestalttherapie-Hinausschauen und eine Suchbewegung nach kompatiblen Bereicherungen aus dem therapeutisch-wissenschaftlichen Umfeld.

Literatur

Arbeitskreis OPD (2006): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Bern (Huber).

Berbalk, H. & Young, J.E. (2008): Schematherapie. In: Margraf, J. & Schneider, B. (Hg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Heidelberg (Springer), 645–667.

Boeck, A. (2006): Die Gestalttherapie. Eine praktische Orientierungshilfe. Stuttgart (Kreuz).

Elliott, R.; Watson, J.C.; Goldman, R.N. & Greenberg, L.S. (2008): Praxishandbuch der Emotions-Fokussierten Therapie. Einführung in die prozess- und erlebensorientierte Psychotherapie. München (CIP-Medien).

Fodor, I.E. (1996): A Cognitive Perspective for Gestalt Therapy. British Gestalt Journal 5(1), 31–42.

Giesen-Bloo, J.; van Dyck, R.; Spinhoven, P.; van Tilburg, W.; Dirksen, C.; van Asselt, T.; Kremers, I.; Nadort, M. & Arntz, A. (2006): Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: a randomized trial for schema-focused-therapy versus transference focused psychotherapy. Arch Gen Psychiatry 63, 649–658.

Greenberg, L.S.; Rice, L.N. & Elliott, R. (1993): Emotionale Veränderung fördern. Grundlagen einer prozeß- und erlebensorientierten Therapie. Paderborn (Junfermann).

Jacob, G. & Arntz, A. (2014): Schematherapie. Göttingen (Hogrefe).

Kellogg, S. (2004): Dialogic encounters. Contemporary perspectives on »chairwork« in psychotherapy. Psychotherapy: Research, Theory, Practice, Training 41, 310–320.

Kellogg, S. (2009a): Schema Therapy: A Gestalt-Oriented Overview. Gestalt! Electronic Journal 10(1). URL: http://www.g-gej.org/10-1/schematherapy.html (Stand: 23.06.2010).

Kellogg, S. (2009b): Response to Bloom, Fodor, and Brownell. Gestalt! Electronic Journal 10(1). URL: http://www.g-gej.org/10-1/schematherapy.html (Stand: 23.06.2010).

Kellogg, S. (2011): Veränderungen durch Stühlearbeit (transformational chairwork): Eine Einführung in psychotherapeutische Dialoge. In: Roediger, E. & Jacob, G. (Hg.): Fortschritte der Schematherapie. Göttingen (Hogrefe), 74–85.

Korb, M.P.; Gorrell, J. & van de Riet, V. (1989): Gestalt Therapy. Practice and Theory. New York (Pergamon).

Kranz, D.F. (2014): Persönliche Mitteilung.

Perls, F. (1978): Das Ich, der Hunger und die Aggression. Stuttgart (Klett-Cotta).

Perls, F. (1980): Gestalt, Wachstum, Integration. Paderborn (Junfermann).

Perls, F. (1985): Grundlagen der Gestalt-Therapie. Einführung und Sitzungsprotokolle. München (Pfeiffer).

Perls, F.; Hefferline, R.F. & Goodman, P. (1951): Gestalt-Therapie. Lebensfreude und Persönlichkeitsentfaltung. Stuttgart (Klett-Cotta).

Perls, L. (1989): Leben an der Grenze. Essays und Anmerkungen zur Gestalt-Therapie. Köln (EHP).

Perls, L. (2005): Meine Wildnis ist die Seele des Anderen. Der Weg zur Gestalttherapie. Köln (Hammer).

Roediger, E. (2011): Praxis der Schematherapie. Stuttgart (Schattauer).

Rudolf, G. (2013): Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen. Stuttgart (Schattauer).

Simkin, J.S. & Yontef, G.M. (1984): Gestalt Therapy. In: Corsini, R. (Hg.): Current Psychotherapies. Ithasca, Illinois (Peacock Publishers).

Tønneswang, J.; Hammink, J.; Sommer, U. & Sonne M. (2010): Gestalt therapy and Cognitive therapy – Contrasts or Complementarities? Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training 47(4), 586–602.

Varela, F.J.; Thompson, E. & Rosch, E. (1995): Der mittlere Weg der Erkenntnis. München (Goldmann).
Votsmeier, A. (1988): Gestalttherapie mit Borderline-Patienten. Gestalttherapie 2(2), 5–15.
Votsmeier, A. (1999): Grundsätze der Gestalttherapie bei strukturellen Störungen. In: Fuhr, R., Sreckovic, M. Gremmler-Fuhr (Hrsg.): Handbuch der Gestalttherapie, Göttingen (Hogrefe), S. 715–732.
Votsmeier-Röhr, A. (2005): Das Kontakt-Support-Konzept von Lore Perls und seine Bedeutung für die heutige Gestalttherapie. Gestalttherapie, 19 (2), 29–39.
Votsmeier-Röhr, A. (2011): Gestalttherapie und Neurowissenschaft. Befruchtende Verwandtschaften mit Implikationen für die Borderline-Behandlung. Gestalttherapie 25 (2), 35–45.
Votsmeier-Röhr, A. (2013): Die Stärkung des Gesunden-Erwachsenen-Modus in der Schematherapie von Borderline-Störungen. Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutische Medizin und Klinischer Psychologie 18(2), 214–236.
Yontef, G.M. (1991): Recent trends in Gestalt Therapy in the United States and what we need to learn from them. The British Gestalt Journal (1), 5–20.
Young, J.E. (2003): Interview. Verhaltenstherapie 2003 (13), 203–206.
Young, J.E. (2011): »Schematherapie ist wirklich integrativ!« – ein Interview mit Jeffrey Young. In:Roediger, E. & Jacob, G. (Hg.): Fortschritte der Schematherapie. Göttingen (Hogrefe).
Young, J.E.; Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2008): Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch. Paderborn (Junfermann).
Zinker, J. (1982): Gestalttherapie als kreativer Prozeß. Paderborn (Junfermann).