

*Dr. Elisabeth Salem und Dr. Madelaine Ulbing*  
**Therapeutische Beziehung und Diagnose -  
Prozessuale Diagnostik und Persönlichkeitsstruktur**

**Teil 1: Dr. Elisabeth Salem**

**Teil 2: Dr. Madelaine Ulbing**

*Dr. Elisabeth Salem*

*Vorbemerkung: Aus stilist. Gründen verwende ich entweder die weibliche oder männliche Form, bezeichne damit aber immer beide Geschlechter.*

1. Zunächst ein kurzer historischer Abriss:

Vorausgeschickt seien die folgenden Prämissen der IGT:

- a) Psychotherapie beinhaltet persönliche Begegnung und Beziehung auf der Basis einer aktiven, dialogischen Grundhaltung
- b) Das Erleben, die Erfahrung und das Lernen sind ganzheitlich organisiert
- c) Experimentelles und Erfahrungslernen ist der abstrahierenden Erforschung von Ursachen vorzuziehen.
- d) Phänomenologische Orientierung

Dies alles gilt natürlich auch für die Diagnostik.

Damit hat sich die Gestalttherapie seit den 50iger Jahren gegenüber orthodoxen psychoanalyt. Ansätzen und dem medizinisch-psychiatrischen Modell abgegrenzt.

Die psychiatrischen Behandlungskonzepte und Versorgungsmodelle haben sich seither gewandelt: die Verwahrung "Geisteskranker" ist nicht mehr Schwerpunkt der Psychiatrie. Neben differenzierten medikamentösen Behandlungen gewinnen sozialpsychiatrische Dienste und nach psycho- und soziotherapeutischen Gesichtspunkten arbeitende Teams im stationären Bereich zunehmend an Bedeutung. Hinzu kommt, daß die psychotherapeutische Behandlung auf der Basis psychiatrischer Diagnostik von den Krankenkassen teilfinanziert wird, und immer mehr Menschen mit sehr unterschiedlichen, auch psychiatrischen Krankheitsbildern in unseren Praxen erscheinen.

Daher wurde die Kompetenz zur Verständigung und Zusammenarbeit (u.a.) mit der Psychiatrie zu einem wichtigen Element der psychotherapeutischen Ausbildung.

Nun zu den Entwicklungen innerhalb der IGT:

Innerhalb der Gestalttherapie zeichnete sich die Haltung gegenüber Theorie und Diagnostik während der 60er, 70er und noch der frühen 80er Jahre vorwiegend durch Rebellion und Ablehnung aus (mind-fucking, im häufig wiederholten Schlagwort der Polarität von Kopf und Bauch war der Kopf v.vh. eher unwichtig, im Fall von top dog und underdog war der underdog auf alle Fälle unterstützenswert, etc.).

Der auch heute noch oft zu beobachtende Rechtfertigungszwang gegenüber dem Einsatz klinischer Diagnostik stammt meiner Meinung nach aus dieser Entwicklungsphase der Gestalttherapie.

Allerdings gab es neben solchen eher spektakulären, meist um männliche Leiter zentrierten Gruppen innerhalb der Gestalttherapie auch andere Arbeitsweisen, die sich um theoretische und methodische Differenzierung bemüht haben (u.a. E.u.M. Polster, L.Perls). Diese wurden von außen weniger bemerkt, und es gab wenig theoretische Auseinandersetzung zwischen beiden Stilen (West- und Ostküstenstil).

Erst Ende der 80er und zu Beginn der 90er Jahre des vorigen Jahrhunderts kam es zu einer bis heute dauernden kritischen Aufarbeitung der frühen Geschichte der Gestalttherapie – in den USA hauptsächlich vertreten durch Yontef und Wheeler, im deutschsprachigen Raum durch Petzold (Integr. Therapie 10, 1-2, 1984), sowie Bocian und Staemmler repräsentiert.

Während Petzolds Kritik an der klassischen Gestalttherapie in der Gründung einer neuen Therapierichtung mündete, bemühte sich Bocian durch Aufarbeitung der Geschichte der Gestalttherapie verschüttete und verleugnete Möglichkeiten der Gestalttherapie wieder zu erschließen.

Essentielle gestalttherapeutische Konzepte resultieren aus Revisionen orthodox psychoanalytischer Annahmen, sodaß Bocian in diesem Zusammenhang von einem Wiedererkennen und einer Wieder-Annäherung zwischen gestalttherapeutischen und revidierten psychoanalytischen Positionen spricht. "Die gestalttherapeutische Revision orthodoxer Positionen hat eine Ahnenreihe, die sich überwiegend aus Dissidenten der Freud'schen Schule zusammensetzt, die mit einer aktiven, dialogischen und ganzheitlich-kreativen Haltung experimentiert haben." (Bocian, S 13)

Yontef sprach sich schon 1988 dafür aus, klinisch-diagnostische und psychoanalytische Begriffe in die Theorie der Gestalttherapie zu integrieren. Andere folgten ihm.

Darüber hinaus ist eine Wieder-Annäherung zwischen verschiedenen psychotherapeutischen Schulen auch abseits der IGT zu beobachten. Diese Konvergenz zentriert sich um die Dynamik der psychotherap. Beziehung, sie beleuchtet und differenziert ihre Komponenten im Hier und Jetzt nach Konzepten von Übertragung und Gegenübertragung. Sie bezieht auch die Person des Therapeuten ein und will auch innerhalb der therapeutischen Beziehung neue Interaktionserfahrungen vermitteln.

PsychoanalytikerInnen, wie beispielsweise Kernberg, arbeiten mit dem Begriff des Hier und Jetzt und plädieren bei psychodynamischer Diagnostik und Therapie für eine aktive Haltung des Therapeuten. Seit in den 50er und 60er Jahren die Gegenübertragung von vielen Analytikern als nützlich und zu nützendes Element der ther. Bez. erkannt wurde, hat sich die Rolle des Therapeuten in der analyt. Psychotherapie sehr gewandelt: Dazu ein Zitat von Klüwer (1983): "Die Verführung des Therapeuten zum Mitagieren, zum Eintritt in einen "Handlungsdiallog", kann – ebenso wie die Gegenübertragung überhaupt – zum Organon neuer Einsichten werden." Die Konzepte von projektiver Identifizierung und Rollenspielbereitschaft erlauben, auf die Beziehungsangebote von Klienten aktiv, selektiv und dosiert einzusteigen und zugleich die in einem selber dabei auftauchenden Gefühle zu verarbeiten und im Dienste des Klienten zu nützen.

Auch andere Methoden, wie die Verhaltenstherapie (Bohus) ergänzen ihr Verfahren durch eine psychodynamisch konzipierte Gestaltung der therapeutischen Beziehung.

Für Gestalttherapeuten besonders interessant zeigt Peter Geissler in seinem neuen Buch über Regression, daß auch die Körpertherapie ihre Wirkungsweise über die Wieder-Entdeckung der Priorität des Verstehens der therapeutischen Beziehung neu sieht.

Warum erzähle ich Ihnen das????? ---- Hatte nicht die Gestalttherapie immer schon die therapeutische Beziehung mit Priorität der Wahrnehmung des Hier und Jetzt betont und die Buber'sche Ich-Du-Beziehung als philosoph. Basis gewählt.??? Dies ist richtig, doch hatte auch die GT noch nicht konkret verstanden, welche Dynamik durch das Sich-Einlassen in uns Therapeutinnen ausgelöst wird und wie wir kunstgerecht mit diesen oft sehr extremen Gegenübertragungsgefühlen umgehen können.

Der Grundsatz der selektiven Authentizität bietet zu wenig Orientierung: Die unterschiedlichen Qualitäten der therapeutischen Beziehung wurden innerhalb der Gestalttherapie nicht genügend differenziert beschrieben, sodaß offen blieb, welche Gegenübertragungsgefühle entstehen können und wann sie in welcher Weise einzubringen sind (ich kenne das von mir selber und aus SV u. Lehr-

Supervisionen). Um dieser verunsichernden Schwierigkeit auszuweichen, werden, wie auch Stämmler und Bocian bemerken, manchmal gestalttherapeutische Techniken eingesetzt, statt in der Beziehung an der Beziehung zu arbeiten, was grundsätzlich die direkteste Form von Erfahrungslernen wäre. Wir betonen oft die Wichtigkeit der persönlichen Beziehung und vermeiden es, uns dieser auszusetzen und mit dem Klienten zu besprechen. Zu einem Teil gewiß deshalb, weil eben die durch Klienten in uns ausgelösten Gefühle und Ängste oft schwer zu ertragen sind (z.B.: Leere, Langeweile, Entwertung z.B. durch Unpünktlichkeit, Abbruch-Wünsche, Instrumentalisierung etc.); zum anderen, weil wir uns exponieren und angreifbar machen, wobei die Verständigung heikel und schwierig ist (Beispiel: wenn Kl uns fragen, wie´s uns geht, dies höflich beiläufig zu beantworten, statt den Hintergrund der Frage zu bearbeiten, was eine narzißt. Kränkung darstellen und Widerstand mobilisieren könnte).

Nicht zuletzt wurden, wie ich glaube, Psychotherapien v.a. mit narzißtischen Klientinnen zu früh beendet und nicht als abgebrochen erkannt, und zwar dann, wenn die Symptome und damit der Leidensdruck geschwunden war, ohne daß das narzißtische Beziehungsmuster angetastet wurde. Die schmerzhafteste Ent-Idealisierung der Person des Therapeuten, aber auch massive Entwertungen werden so vermieden.

Damit bin ich bei einem wichtigen Motiv für meine Beschäftigung mit Diagnostik angelangt. Ein Grund war und ist, daß Therapien manchmal einen ganz anderen Verlauf nahmen, als zunächst angenommen; daß manches zu glatt schien, daß Verwicklungen auftraten, die mich verzweifelt und verwirrt sein ließen, daß Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühle auftauchten, die mich nur mehr wünschen ließen, den Klienten loszuwerden; weiters Ängste, Gefühle der Ohnmacht, Verwirrung, Ablehnung und Aggressionen etc., deren Handhabung mir schwergefallen ist, bzw. mir unmöglich erschien. Über verschiedene Supervisionen und entsprechende Fortbildungen wurde mir klar, daß diese Zustände

1. mit mir und meiner verinnerlichten Beziehungsgeschichte
2. mit der Persönlichkeitsstruktur und dem Störungsbild meines Klienten (Diagnose)
3. mit der Dynamik der Beziehung und mit der Gestaltung der Parameter der therapeutischen Situation zu tun haben.

Alle Komponenten zusammengenommen sind als Elemente von Übertragung und Gegenübertragung zu verstehen und zu nützen, wenn ich damit umzugehen verstehe.

Um zu erfassen, was dabei konkret mit mir, dem Klienten und unserer Beziehung passiert, waren zusätzlich zu meiner gestalttherapeutischen Aus- und Fortbildung folgende Konzepte besonders hilfreich:

1. Das Kernberg'sche Konzept der Schwere Persönlichkeitsstörung; darin besonders die strukturelle Diagnose, welche relativ früh eine erste Unterscheidung zwischen neurotischen, strukturellen und psychotischen Störungen erlaubt, und damit zugleich ermöglicht, Vermutungen über auftretende Gefährdungen der Therapie und des Lebens anzustellen und entsprechende Sicherungen mit dem Klienten zu besprechen. In der Praxis greifen auch Yontef und Votsmeier auf dieses Modell zurück.
2. Mentzos' 3-dimensionales Modell der klinischen Diagnostik, das auf der Basis eines auch die Säuglingsforschung einschließenden tiefenpsychologischen Entwicklungsmodells sinnvolle Zusammenhänge zwischen Symptom- und Charakterbildung sowie zwischen psychiatr. und psychotherap. Diagnostik erlaubt. Allerdings ist es mir aus zeitlichen Gründen vermutlich nicht möglich, dieses hier und heute darzustellen.

Die entsprechende ICD-Diagnose zu stellen ist nach dem Erarbeiten der ersten prozessualen Diagnostik nicht mehr schwierig, da die im Prozeß erfahrenen Phänomene nur mehr in die diagnostischen Symptomkomplexe zu transferieren und einzuordnen sind.

Die prozessuale Diagnose am Beginn soll mir und dem Klienten eine erste Orientierung darüber vermitteln, welche therapeutischen Wege möglich und zum gegenwärtigen Zeitpunkt und bei gegebenen Ressourcen sinnvoll wären. Sie ist Voraussetzung jeder konkreten Therapievereinbarung.

An Zeit für Diagnose und Therapievertrag sehe ich 3 Stunden vor ; auch ermuntere ich die KlientInnen gleich zu Beginn, möglichst frei und selbständig über sich und ihre Probleme zu erzählen.

Meine Aufgabe als Therapeutin besteht darin, aktiv zuzuhören und auf des Klienten und meine Gefühle zu achten; wenn nötig zu fragen, zu klären und taktvoll zu konfrontieren; Empathisch zum gemeinsamen Verstehen beizutragen und es zu sichern. Im Verlauf des Gesprächs zeichnet sich ein Bild der Entwicklung der psychischen Struktur ab, das folgende Elemente beinhalten sollte:

### **1. Symptome und Beschwerden, Initialsituation (Erwartungen an die TH.)**

1. Selbstbild (wie sehen Sie sich selber? Was ist für sie als Person typisch?) und Fremdbild (wie nehmen wichtige andere Menschen Sie wahr? - Wie paßt dies zu dem, wie sich Klient mir gegenüber zeigt? Und wie tut er, wenn ich ihn damit konfrontiere?) – Letzteres bietet bereits auch Hinweise auf Funktion der Realitätsprüfung (Darauf komme ich noch z. Beispiel: ... .....Frau M kommt die ersten Male zu spät und klagt, daß sie gegenüber allen Menschen immer zu kurz komme; sie klagt auch darüber, daß die Stunde so schnell aus ist, dann nämlich, wenn sie so richtig im Erzählfluß wäre. Ich mache sie darauf aufmerksam, wie sie mit unserer gemeinsamen Zeit umgeht, wie sie ihre Zeit praktisch vernichtet; daraufhin erzählt sie, daß sie pingelige Menschen haßt und verachtet und selber nicht so sein möchte. In der Folge ist sie pünktlich. Noch nach Jahren kommen wir darauf zurück..... Mittlerweile kann sie auch Sorgfalt und Genauigkeit schätzen!
2. Repräsentanzen wichtiger anderer Menschen und Beziehungen im gegenwärtigen Leben. – von wie vielen Beziehungen, wie differenziert, klar und/oder polarisiert erzählt der Kl. Das Selbstbild und die Beziehungsmuster vertiefend, sowie das Reflexionsvermögen ansprechend, wäre noch die Frage, was nach Meinung des Klienten dazu beigetragen hat, daß er so geworden ist, wie er jetzt ist.
3. Kontakt- und Beziehungsmodus, der sich in der gegenwärtigen Interaktion abzeichnet, indem auf Übertragung und Gegenübertragung, Widerstände und Modi der Kontaktvermeidung zu achten ist. Beispiel: beginnende negative Ü. bei Frau K, die uns jahrelang immer wieder beschäftigt (Erinnern an workshop im Vorjahr!)

Im Gegensatz zur herkömmlichen Anamnese sind die entsprechenden Fragen zunächst hoch komplex und wenig strukturiert, sodaß genügend Raum für die Entwicklung von Übertragung und Beziehung bleibt. Wie auch in der Diagnostik nach der OPD (Operationalis. Psychodynam. Diagn.) vorgesehen, wird mein Eingreifen im Zuge des Gesprächs gemäß den Erfordernissen der Situation zunehmend strukturierter.

Aus dem Gespräch sollen nach Kernberg folgende Kriterien des Funktionsniveaus der psychischen Struktur resultieren: Zsfsg. Folie Anhang

1. Identitätsintegration od. –diffusion: Mangelhafte Integration und Diffusion der Identität kann sich einerseits aus widersprüchlich polarisierten und chaotisch zusammengewürfelten Teile ergeben, andererseits dadurch, daß sich überhaupt keine klaren Konturen abzeichnen: Beispiele für die Widersprüchlichkeit von Teilen des Selbst, die meist nicht bewußt, aber bewußteinsfähig und anzusprechen sind, wobei die Reaktionen auf das Ansprechen uns in die Beziehung involvieren und Übertragung und Gegenübertragung ins Laufen kommen. ABER: bei akuten psychot. Entwicklungen kann die Konfrontation damit die Ängstlichkeit erhöhen und den Zustand verschlechtern!

Drogenabhängige im Gefängnis, die unbedingt aufhören möchten und zugleich an sich Attribute dieser Subkultur ausbauen und neu erwerben (Tätow.)

- sich als stark und unabhängig beschreiben und zugleich körperlich gestisch Hilflosigkeit signalisieren.

- oder jemand beschreibt sich als nur gebend und aufopfernd, während er davon als solches völlig unerkant und getrennt sich versorgen läßt (von Eltern, Gatten, etc.) - entweder völlig abgespalten oder sich von diesem und ihn als Quelle der Versorgung garnicht getrennt erlebend.

- oder jemand beschreibt sich als schwach und ohnmächtig und zugleich äußert er sich massiv abwertend u/o aggressiv

Ein Beispiel dafür, daß sich überhaupt keine klaren Konturen abzeichnen:

*Eine Klientin, die nach zwei Therapien (von insges. 4,5 Jahren) bei mir landete: Sie hatte im Studium nicht wirklich arbeiten können und dieses 1Jahr vor dem Beginn bei mir nach ca 15 Jahren aufgegeben, Sie lebte sehr zurückgezogen in einer engen Beziehung mit einem ehem. Studienkollegen, war sich unsicher, ob sie sich von diesem Mann trennen sollte und wollte irgendeine Tätigkeit aufnehmen. Mehr Eigenschaften außer einer gewissen Neigung zur Abstraktheit sind auch im Laufe der Therapie nicht sichtbar geworden; wobei sich die Beziehung stabilisiert hat und sie, nachdem sie es nicht geschafft hat, sich realistisch für irgendeine Ausbildung oder Tätigkeit zu interessieren, die Therapie vorläufig beendet hat. (evtl.: Idee einer Minus-symptomatik).*

## **2. Reife od. unreife Abwehrmechanismen: Wie Spaltung, Projektion, Projektive Identifizierung**

Unreife Abwehrmechanismen zeichnen sich dadurch aus, daß sie Ausdruck geringer Differenzierung sind und zugleich übergreifend wichtige Ich-Funktionen in mehreren Bereichen weiter schwächen und die Erfahrungen einengen.(z.B. unkorrigierte Projektionen, überschwemmende Affekte, die von primitiven Introjekten ausgehen und gegen die wiederum stark aggressive Impulse mobilisiert werden – hohe Selbstdestruktivität;

Ein Beispiel für proj. Identifizierung: Jene Klientin, die eine Tätigkeit, Arbeit od. Ausbildung finden wollte, brachte immer wieder Ideen ein, was sie tun könnte, sie konkretisierte diese in der Stunde zu Projekten und Schritten, um mir in der folgenden Stunde recht emtionslos zu zeigen, daß sie damit nichts anfangen konnte.... Im Ergebnis fühlte ich ihre Pläne als die meinigen - wie ein Kartenhaus zusammenfallen, fühlte mich ohnmächtig und vergeblich bemüht. Sie selber konnte sich in eine kühle, arrogante Haltung gegen mich flüchten, was sie davor bewahrte, sich als Person unfähig und wertlos zu fühlen und wahrhaben zu müssen, daß sie nicht arbeitsfähig war, sich für nichts entscheiden und nicht konzentrieren konnte.

3. Fähigkeit zur Realitätsprüfung: Das Beispiel mit der Pünktlichkeit zeigt, daß Fähigkeit zu Realitätsprüfung intakt ist. Ein anderes Beispiel: jemand hat einen Totenkopf auf die Wange tätowiert und ich mache Klienten darauf aufmerksam, daß das andere Menschen mißverstehen könnten. \_Ob er sich das vorstellen kann. Jemanden, der psychotisch ist, erschreckt vermutlich die Vorstellung nicht verstanden zu werden.

4. Grad der Differenziertheit von Beziehungen: wie vielfältig und differenziert oder aber in nur gut und nur böse gespalten Beziehungen beschrieben werden.

5.Art der Übertragung: läßt sich dadurch beschreiben, wie rasch und heftig ich in Mißverständnisse

und Konflikte involviert werde, ob und wie ich mich gedrängt fühle, meine Wahrnehmung zu verändern und einzuengen und nur ja vorsichtig zu sein in meinen Äußerungen. D.h. das selbstbeobachtende Ich, der reflexive Modus ist schwach und die Person fühlt sich leicht kritisiert und angegriffen, wd. jemand auf neurotischem Niveau solche Rückmeldungen mit Interesse aufnehmen kann. Dies gilt auch für Interpretationen.

#### 6. Reaktion der Klientin auf Interpretationen:

Psychotische Menschen reagieren auf Konfrontation mit Widersprüchen und Interpretationen eher mit gesteigerter Angst und Verwirrung, Menschen auf BL- Niveau eher mit Ärger und Ablehnung und in der Folge einer Verständigung darüber mit wachsender innerer Ordnung (vgl. Beispiel "Pünktlichkeit").

Soweit das Kernberg'sche Modell, verstanden als ein ergänzender Leitfaden für die gestalttherapeutische prozessuale Diagnostik.

Im Gegensatz dazu empfiehlt Votsmeier die Anwendung der Technik der OPD als diagnostisches Instrument für Gestalttherapeutinnen. Ich glaube, daß das Erarbeiten des Kernberg'schen strukturellen Interviews zunächst vorzuziehen ist, da es weniger zum Erlernen einer Technik verführt, sondern in seiner Offenheit zum Dialog und zu einer prozessualen, dialogischen Vorgangweise auch über die Anfangsphase hinaus anregt.

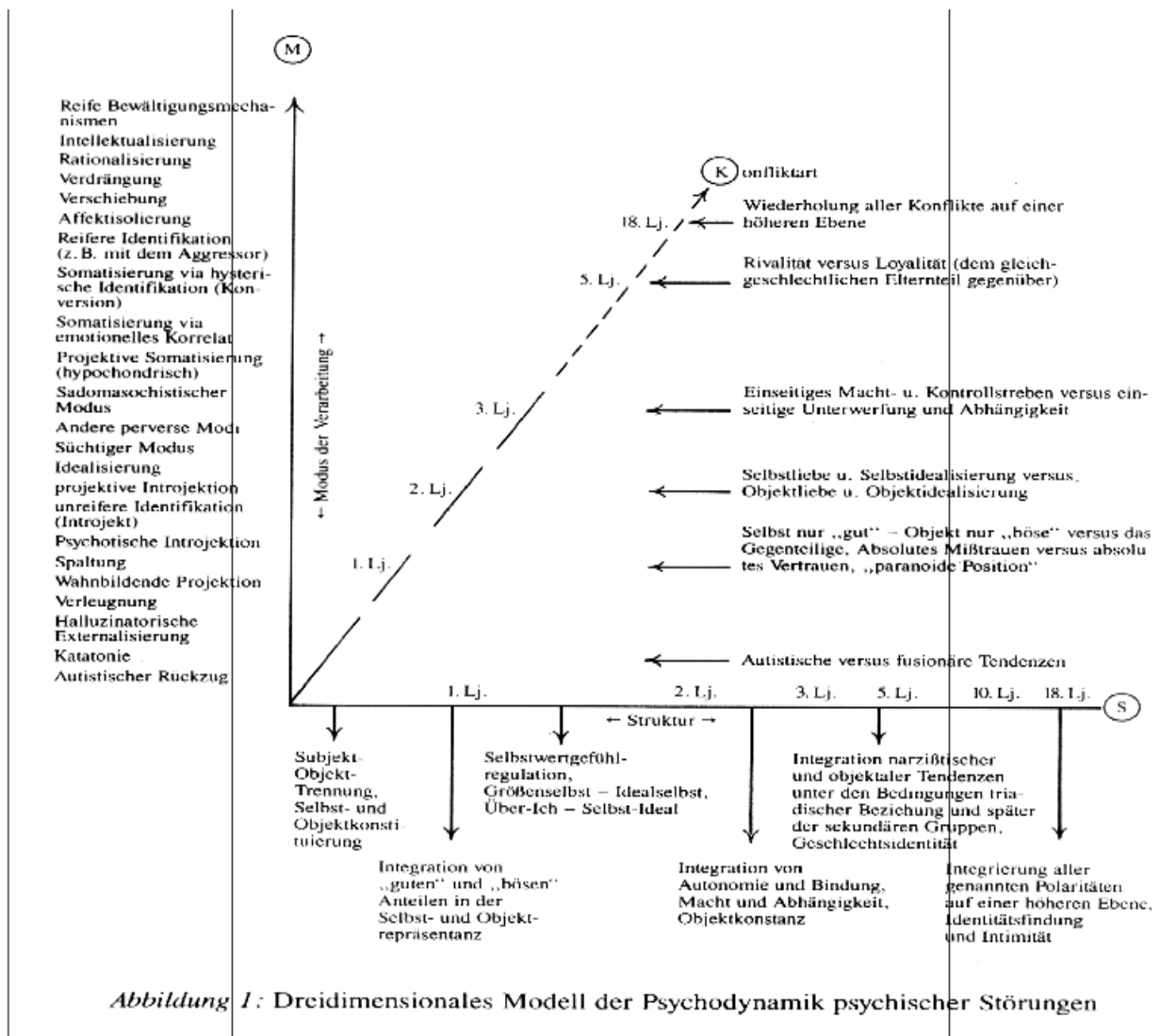
#### **Ad 2: Mentzos' 3-dimensionales Modell**

Aus zeitlichen Gründen erwähne ich davon nur die für die prozessuale Diagnostik und die Therapie essenziellen Aussagen:

Grundsätzlich sind psychische Störungen – wie u.a. auch Votsmeier beschreibt - meist nicht die direkten Folgen von Traumatisierung, Mängeln und Belastungen, sondern bestehen in sehr komplexen Reaktionen auf solche Erfahrungen der Klienten.

Die drei Dimensionen:

1. Entwicklungspsychologisch vorgegebene bipolare Entwicklungsaufgaben werden
2. mittels vorherrschender Modi der Verarbeitung mehr oder weniger gut bewältigt und bilden
3. zusammen den Hintergrund für die sich im Erst-Interview abzeichnende Differenziertheit der psychischen Struktur einer Person



Die Polaritäten der frühen Entwicklungsaufgaben:

Durchaus in Einklang mit der Gestalttherapie versteht Mentzos die frühe menschliche Entwicklung als eine Abfolge von in Polaritäten differenzierten Aufgaben und entsprechend notwendigen Integrationsleistungen:

- a) Die entwicklungsgeschichtlich erste Aufgabe besteht nach Mentzos in der Selbstkonstituierung, bzw. Selbst-Objektdifferenzierung. Ihr Gegenpol wäre das Versinken in Fusion, Symbiose oder Konfluenz., auch der Autismus, in der der/die Andere als ein Gegenüber nicht vorkommt.
- b) Die zweite Aufgabenstellung der Entwicklung besteht darin, die guten und die bösen Selbstanteile wie auch die gute und böse Sicht von der äußeren Welt, bzw. den bedeutsamen anderen Menschen integriert erleben zu können. Die integrierte Perspektive wäre, daß ich selber und auch die "Welt" nicht nur als entweder gut oder nur schlecht erfahren werden, sondern die Spannung zwischen den Polaritäten ertragen wird und in eine differenzierte und differenzierende Sicht von sich und "der Welt" mündet.
- c) Selbstwertregulierung, Größenselbst- Selbstideal versus Objektliebe und -idealisation
- d) Die dritte Entwicklungsaufgabe besteht in der basalen Bewältigung der Polarität zwischen Autonomie und Abhängigkeit. Dies bedeutet, fähig zu sein, dauerhafte und nahe Beziehungen zu leben, darin auch abhängig sein zu können, ohne sich selber darin zu verlieren oder aufzugeben.

Die Bewältigungsmechanismen der Längsachse versteht Mentzos nicht als Abwehrmechanismen im engeren Sinn, sondern sieht sie als das Ganze der Reaktion auf Konflikte und Arten des Umgangs

mit äußeren und inneren Objekten.

Die für unser Thema relevante Annahme über frühe Störungen besteht darin, daß die in den Polaritäten beinhalteten Themen auch in späteren Beziehungen erneut anklingen und daher, sofern sie nicht ausreichend gut bewältigt wurden, wiederholt zu ähnlich gelagerten Schwierigkeiten und Eskalationen führen.)

## **2. vorherrschender Modus der Bewältigung:**

An strukturelle Störungen denken wir, wenn in den ersten Kontakten eine eher wenig differenzierte, oft verarmte und zugleich chaotisch anmutende Sicht und Darstellung von Problemen, Beziehungen und Situationen dominiert, wenn die Regulierung von Nähe und Distanz, sowie der Affekte nicht stimmig scheint. Die betreffenden Menschen scheinen ihren Affekten und Impulsen eher ausgeliefert, als daß sie diese steuern könnten. Bei genauerem Erforschen sind Mechanismen der Verleugnung, Spaltung, Projektionen und projektive Identifizierung sowohl in der Erzählung, als auch im aktuellen Verhalten in der therapeutischen Beziehung wahrzunehmen (wie die vorherigen Beispiele zeigen).

Komplizierter wird die Diagnostik noch dadurch, daß auch sog. reife, nur neurotische Menschen sich primitiver Abwehrmechanismen, wie Projektion, Verleugnung und Spaltung etc. bedienen. Allein das Fehlen reiferer Abwehrmechanismen gilt als Hinweis auf eine strukturelle Störung.

## **3. Beschaffenheit des Ich oder des Selbst:**

Mentzos bezeichnet als Indikatoren für die Beschaffenheit des Ich die Stabilität der Ich-Grenze, sowie den Grad der Integration und Kohäsion.

Für die Gestalttherapie greife ich damit im Zusammenhang

Votsmeiers Begriff der "psychischen Struktur" (1999) auf. Dieser definiert sich als ".....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." (a.a.O.,S 715) Dem entsprechend sieht auch Votsmeier das Kriterium für das Vorliegen einer strukturellen Störung nicht in einer klinischen Diagnose, sondern im Grad des Integrationsniveaus der psychischen Struktur.

Welche Vorteile bringt es, solche klinisch-theoret. Modelle im Hintergrund zu haben?

1. Es erlaubt, für mich und die Klienten verstehbare Vermutungen über mögliche Gefährdungen anzustellen und entsprechende Vorkehrungen zu vereinbaren. So ein Gespräch ermöglicht relativ symmetrische Therapievereinbarungen, die Raum für Offenheit und Eigenverantwortung schaffen. Häufig anzutreffende Risiken, die im Rahmen bestimmter Störungsbilder auftreten und die Therapie gefährden, wie Unaufrichtigkeit, Unverbindlichkeit und Unverlässlichkeit können bereits zu einem frühen Zeitpunkt wahrgenommen und noch neutral besprochen werden. In Zeiten massiver emotionaler Spannung können wir auf solche Absprachen zurückzugreifen. Sie bilden "einen gemeinsamer Anker in gefährlichen Zeiten."
2. Diese Vorgangsweise fördert die bei strukturellen Störungen ohnehin geschwächte Funktion des selbst-reflexiven Modus (vgl. Votsmeier)
3. Unter psychodynamischen Gesichtspunkten besteht eine Affinität zwischen Persönlichkeitsstörungen und symptomatischen Störungen auf dem jeweiligen Strukturniveau. Die Herausforderung bei schweren Charakter- und Persönlichkeitsstörungen besteht darin, daß die damit verknüpften Attitüden und Verhaltensmuster oft ich-synton sind (ich bin halt so) und die Therapie-Motivation schwankt, während Symptome ich-fremd und störend wirken.
4. Die Modelle ermöglichen zu verstehen, daß und inwiefern ähnliche Phänomene (Symptome) und



Verhaltensweisen, wie Ängste od. Schweigen, nicht reden können) eine ganz andere Bedeutung haben, je nachdem, was ihr struktureller Hintergrund ist.

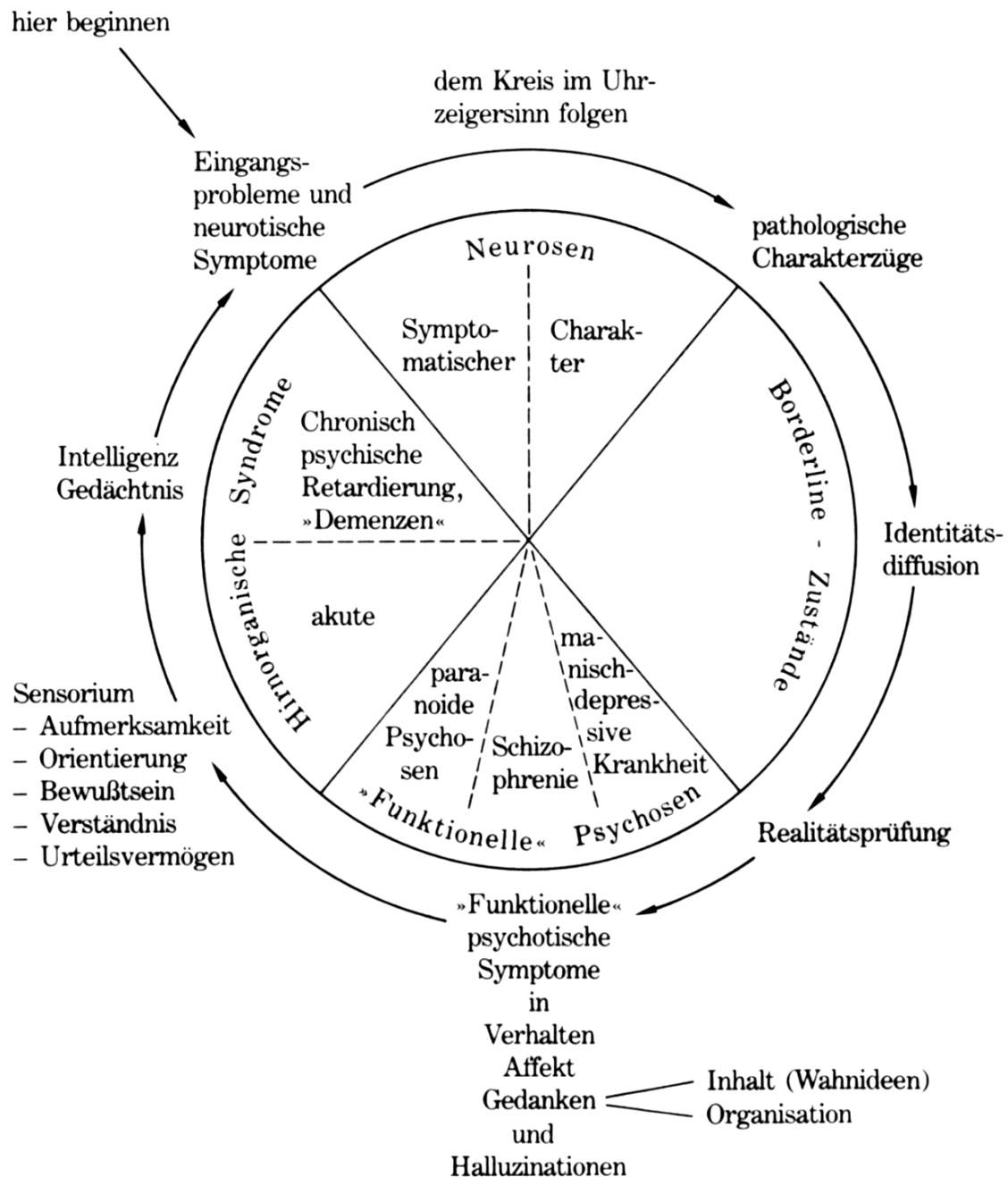
5. Speziell das Mentzos´sche Modell zeigt, daß hinter relativ harmlos wirkenden Charakterstörungen basale Verletzungen und Ängste liegen können - auch von psychotischem Ausmaß.)

1. Nicht zuletzt schafft eine psychodynamische Orientierung unter Berücksichtigung von Übertragung und Gegenübertragung einen theoretischen Rahmen dafür, zu begründen und zu verstehen, wenn in mir als Therapeutin schwer erträgliche Gefühle z.B. der Angst, Aggression oder Unfähigkeit auftreten. So ist bereits relativ früh zu bemerken, mit welchen Übertragungen und Gegenübertragungen ich mich in der folgenden Therapie einlassen müßte.
2. Diese Einschätzung dient auch der eigenen Burn-out Prophylaxe.

## **ANHANG**

Kriterien des Funktionsniveaus der psychischen Struktur:

1. Identitätsintegration oder –diffusion: Integriert neurotisch; entweder widersprüchlich polarisiert und chaotisch oder es lassen sich keine klaren Konturen erarbeiten.
2. Reife oder unreife Abwehrmechanismen: Überwiegen von Spaltung, Projektion, undifferenzierten Introjekten, Projektive Identifizierung
3. Fähigkeit zur Realitätsprüfung: minimale Empathie in die Wahrnehmung und das Verstehenkönnen anderer Menschen.
4. Grad der Differenziertheit von Beziehungen: wie komplex und differenziert im Gegensatz zu schematisch gespalten wichtige Personen beschrieben werden.
5. Art der Übertragung: wie heftig; entstehender Druck zu Übereinstimmung, auch wenn dies auf Kosten der eig. Wahrnehmung geschieht.
6. Reaktion der Klientinnen auf Interpretationen: Neurot. Reaktion interessiert, BL, Pers.st. kritisiert, beleidigt und dann besser. Psychot. Struktur steig. Angst



**Dr. Madelaine Ulbing**

Meine Motivation zur Diagnostik ist die, daß ich oft Klienten hatte, die auf das erste Hinschauen den Eindruck auf mich machten, daß diese eine einfach zu bearbeitende Schwierigkeit hätten und erst im Verlauf stellte sich heraus, daß das bei weitem nicht so war.

Aus diesem Bedürfnis mehr Sicherheit zu bekommen und mehr Klarheit mit wem ich es zu tun habe resultierte mein Interesse an Diagnostik: - Meine Versuche des Diagnostizierens haben für mich nach wie vor den Sinn eine Arbeitshypothese zu bilden und nicht um zu etikettieren.

Sehr erhellend war für mich das psychodynamische dreidimensionale Modell von Stavros Mentzos (1993). Es hilft zu verstehen, wieso ein und dieselbe Symptomatik gänzlich was anderes bedeuten kann. Wieso einmal eine Angst z.B im sozialen Bereich als ein neurotisches Symptom zu verstehen ist und wieso die gleiche Angst ein anderes Mal ein gänzlich andere Bedeutung hat.

## **Psychodynamik:**

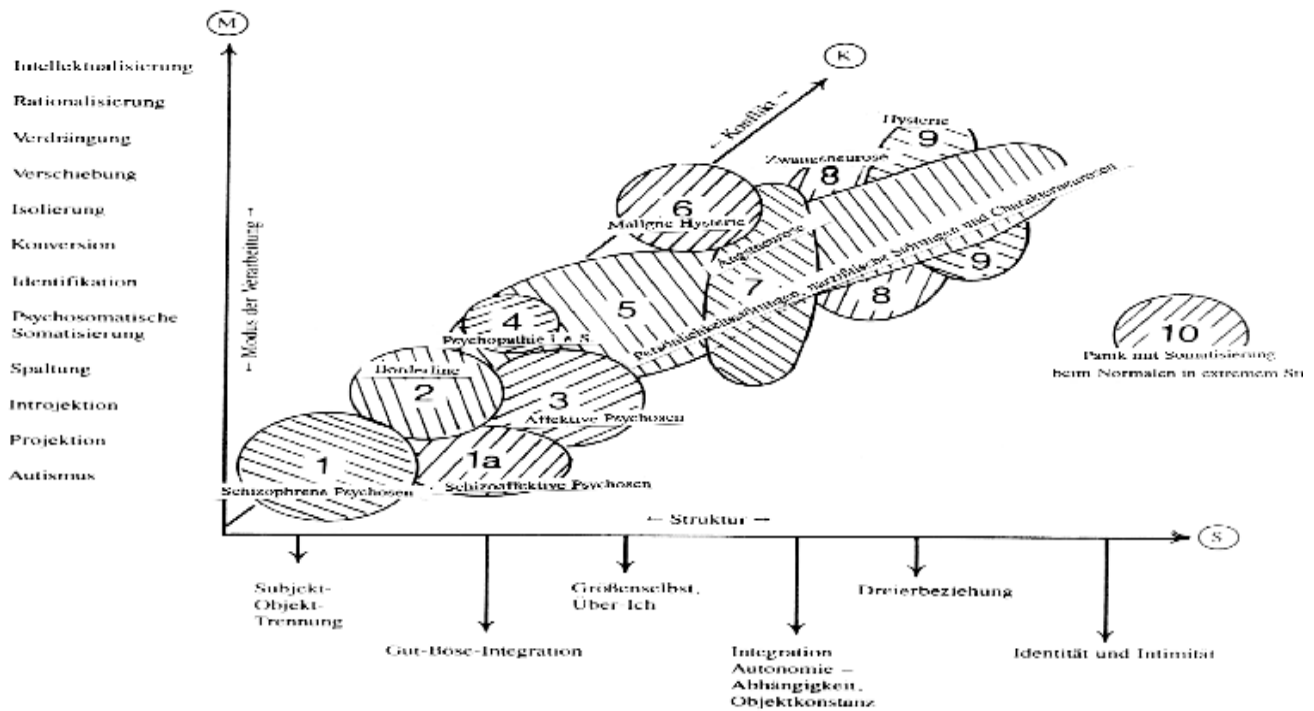
Allgemeine Hypothese der Psychodynamik besteht in folgender Annahme: viele psychische Störungen sind nicht **direkte Folgen** von Schädigungen - sei es auf biologischer Ebene oder auch von psychologischen Traumatisierungen, Mangelzustände oder innerpsychischen Spannungen und Belastungen - sondern eine **Reaktion** darauf. Sie sind eine oft hochkomplexe Reaktion, die aus einem komplexen System von Abwehrmechanismen und Kompensationsvorgängen besteht. Es geht hier nicht um die Genese um die Somato- oder Psychogenese, sondern um die komplexe intrapsychische Dynamik, die aus dem Zusammenspiel von primärer Störung, Schädigung und Belastung einerseits, sowie den Bewältigungs-, Abwehr- und Kompensationsmechanismen des psychischen Organismus andererseits entsteht.

Diese Reaktion also die Verarbeitung der inneren Prozesse würden dann einen Großteil der Symptomatik, wenn nicht den Hauptanteil am Leidensdruck, den der Klient erlebt ausmachen. Mentzos macht den Vergleich mit dem Fieber: das Fieber ist nicht die Erkrankung, sondern die Reaktion auf eine Erkrankung, wie etwa Grippe, Lungenentzündung etc.

So wie das Fieber zum bedrohlichen, mitunter lebensbedrohlichen Symptom werden kann, und man es daher behandeln muß, können psychische Symptome lebensbedrohlich sein.

## **Das psychodynamische 3- dimensionales Modell der Diagnostik nach Mentzos (1993)**

Der Schweregrad der Störung wird - unabhängig von den Symptomen, die die PatientInnen beschreiben - durch die Erfassung auf den drei Achsen deutlich gemacht.



**Erläuterungen:**

- 1 Schizophrene Psychosen
- 1a Schizoaffektive Psychosen
- 2 Borderline
- 3 Affektive Psychosen
- 4 Psychopathie i. e. S.
- 5 Persönlichkeitsstörungen, narzisstische Störungen und Charakterneurosen
- 6 Maligne Hysterie
- 7 Angstneurose
- 8 Zwangsneurose
- 9 Hysterie
- 10 Panik mit Somatisierung beim Normalen in extremem Streß

**Abbildung 2:** Einordnung verschiedener klinischer Bilder im dreidimensionalen Modell (Modus, Struktur, Konflikt)

Die drei Achsen oder Dimensionen:

1. Grundkonflikte, die er in Polaritäten darstellt und die er als Entwicklungsaufgaben betrachtet
2. Modus der pathologischen Verarbeitung des Grundkonflikts, bzw. der Entwicklungsaufgabe
3. Beschaffenheit des Ich (Selbst nach Kohut), der Stabilität der Ichgrenze, Grad der Integration, Kohäsion

### **Ad 1 Polaritäten der frühen Entwicklungsaufgaben**

Menzos postuliert 3 Grundkonflikte in der präödpalen Entwicklung, er nennt sie auch Entwicklungsaufgaben, die sich in Polaritäten darstellen. Jeder Mensch muß sie im Laufe seiner Entwicklung durchleben: die Aufgabe besteht darin die vorgegebenen Polaritäten oder Gegensätze zu durchleben und eine lebbare Lösung zu finden. Es handelt sich dabei um bipolar aufgebaute Bedürfnisse und Tendenzen. Zunächst kommt es zu einer Krise in der es zu starken Polarisierungen kommt und in der Folge zu einer "Lösung", die dann z.B. "sowohl als auch" heißen kann oder aber auch zu einem Konflikt erstarren kann. Es stellt sich die Frage des "wie": wie die Lösung dieser Entwicklungsaufgabe aussieht und ob sich im Finden dieser Lösung gleichzeitig Wahrnehmungseinschränkungen oder andere Kontaktvermeidungsstrategien entwickelten. Gelingt dies schlecht kommt es zu Pseudolösungen, die dann zu einer erhöhten Vulnerabilität im späteren Leben führen können.

Die unterschiedlichen Entwicklungsaufgaben sind einem bestimmten Alter zugeordnet, müssen aus meiner Sicht immer wieder im Leben neu gelöst werden.

1. Die erste Aufgabe ist die der **Selbstkonstituierung** und der Selbstobjekt-differenzierung: starke Tendenzen zur Abgrenzung einerseits bei gleichzeitigen Vorhanden sein von starken Tendenzen zu einer Fusion, Verschmelzung, Symbiose. In dieser Phase kommt es zur Bildung eines , wie Daniel Stern () sagen würde Kernselbst. Die große Sehnsucht nach einer Vereinigung mit einem Objekt und die gleichzeitige Angst dabei sein Selbst zu verlieren.- die Angst vor einem Selbstverlust (in einer Beziehung) aber gleichzeitig die große Angst, wenn Patient dieser Angst nachgibt und in die Isolierung ginge, die Hoffnung auf die Erfüllung seiner Sehnsüchte aufgegeben zu haben.

2. Aufgabe: die **Integration der positiven und negativen Anteile im Selbst und im Weltbild** (Psychoanalyt. Jargon. Integration der "guten" und "bösen Selbst- und Objektanteile D. H. dass wir die Welt und auch nahe Menschen nicht ausschließlich böse oder ausschließlich gut erleben und wahrnehmen, dies gilt für uns selbst natürlich auch, sich selbst nicht ausschließlich als großartig oder entsetzlich zu erleben.

3. Gegensatz von **Autonomie und Abhängigkeit**, bzw Autonomie und Bindung:

Positiv formuliert die Fähigkeit Beziehungen eingehen zu können , die Abhängigkeit teilweise zulassen zu können ohne sich selbst zu verlieren. Macht und Kontrollstreben versus Unterwerfung und Abhängigkeit

In der Folge nennt er dann noch weitere Polaritäten: diese Entwicklungsaufgaben ereignen sich ab dem 3. Lebensjahr:

**Rivalität versus Loyalität** (dem gleichgeschlechtlichen Elternteil gegenüber) Dyadische Versus triadische Beziehung, der ödipale Konflikt.

**Sicherheit der Primärgruppe versus Risiken (Chancen) der Sekundärgruppen:** Kind verläßt teilweise Sicherheit Familie (Kindergarten, Schule)

**Wiederholung aller Konflikte auf einer höheren Ebene in der Pubertät**

### **Ad 2. Modus der Konfliktverarbeitung -Kontaktunterbrechung**

Gemeint ist damit in psychoanalytischer Diktion die Abwehrmechanismen, aus deren Zusammensetzung die Modi der Konfliktverarbeitung entstehen

Wir können in der Gestalttherapie von Kontaktvermeidungsmechanismen sprechen.

Neben den in der Gestalttherapie bekannten Kontaktvermeidungsmechanismen sind bei frühen Störungen Phänomene wie Verleugnung, Spaltung , projektive Identifikation (sehr gute Beschreibung bei Frank Stämmler 1993) Projektion zu beobachten – dies sowohl in der Erzählung als auch im aktuellen Verhalten in der therapeutischen Beziehung.

### **Ad 3: Die Beschaffenheit des Ich oder des Selbst:**

Mentzos gibt die Stabilität der Ich-Grenze, sowie den Grad der Integration und Kohäsion als Indikatoren an.

In der Gestalttherapie ich orientiere mich an Elisabeth Salem (voraussichtlich 2002): Sie zitiert Votsmeiers` Begriff der "psychischen Struktur" wie folgt als" 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" Votsmaier sieht ähnlich wie Mentzos das Kriterium für das Vorliegen einer strukturellen Störung im Grad des Integrationsniveaus der psychischen Struktur und nicht das Vorliegen einer klinischen Diagnose. Hier decken sich psychodynamische Auffassung und gestalttherapeutische Sichtweise. Votsmeier empfiehlt daher für die Erfassung der Struktur die Anwendung des OPD (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik) und ich werde im Anschluß einige Dimensionen , die der Erfassung der Struktur des Selbst dienen erläutern.

### **Struktur: Achse IV im OPD (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik):**

Zur Erfassung der Struktur des Selbst bietet der OPD eine phänomenologische Beschreibung, die aus meiner Sicht mit der Gestalttherapie kompatibel ist

Ich habe den Beurteilungsdimensionen, Selbstwahrnehmung und damit verbundene Selbststeuerung, sowie der Wahrnehmung von wichtigen Bezugspersonen für unsere Zwecke hier im Workshop genauer herausgearbeitet, halte aber die übrigen Dimensionen für genau so wichtig insbesondere Beachtung der Kontaktvermeidungsmechanismen.

Die Dimensionen Selbstwahrnehmung und Selbststeuerung hängen sehr eng zusammen, ebenso wie die Wahrnehmung von wichtigen Bezugspersonen und die Bindung.

**Struktur** Definition nach OPD: Funktionsweisen des Selbst in der Beziehung zu anderen

Folgende strukturellen Dimensionen der Struktur des Selbst werden angeführt:

1. Die Fähigkeit der Selbstwahrnehmung
2. Selbststeuerung:
3. Abwehr - Kontaktvermeidungsmechanismen
4. Objektwahrnehmung: Wahrnehmung von wichtigen Bezugspersonen
5. Kommunikation im Hier und Jetzt
6. Bindung:

### **Strukturelle Dimensionen**

## **1. Die Fähigkeit der Selbstwahrnehmung:**

- ein Bild des eigenen Selbst gewinnen zu können (Selbstreflexion)
- dieses Bild kohärent über die Zeit wahrnehmen zu können, (Identität)
- die Fähigkeit Gefühle bei sich selbst differenziert wahrnehmen zu können (Introspektion)

## **2. Selbststeuerung:**

- steuernd mit den eigenen Triebimpulsen und Affekten, Bedürfnissen und Gefühlen umgehen zu können
- Verarbeitung von Diskrepanzen bezüglich der eigenen Wünsche und Werte und den der anderen.
- Ambivalenztoleranz
- Regulation des Selbstwertgefühls
- Bearbeitung innerer Widersprüche und Konflikte

### **Beispiel:**

**Gute Integration.** Pat. Reagiert auf Widersprüche eher mit Interesse und nicht mit gekränkten Rückzug.

**Mäßige:** Gefühle Bedürfnisse werden nur schlecht wahrgenommen, verstärkte Selbstkontrolle, Ungelebte Aggressivität, die sich in Selbstabwertung, selbstbestrafende Tendenzen. Gespräch eher zäh (In Gegenübertragung: Das Gefühl taucht, auf man müsse mehr für den Patienten tun)

**Gering:** hier überwiegt die Untersteuerung, Gefühle, Impulse können nur schlecht gehalten werden, sondern müssen sofort umgesetzt werden. Impulsives Verhalten verbunden mit unangenehmen Affekten, fragiler Selbstwert, große Kränkbarkeit, unrealistische Größenvorstellungen

**Desintegration:** Erleben der Urheberschaft des eigenen Handelns unzureichend, präpsychotisch.

## **3. Abwehr: Kontaktvermeidungsmechanismen**

Die Mechanismen werden unterschiedlichen Integrationsniveaus zugeordnet.

## **4. Objektwahrnehmung: Wahrnehmung von wichtigen Bezugspersonen.**

- Fähigkeit ein Bild vom Gegenüber zu entwickeln und dabei das Bild des Selbst und des anderen zu unterscheiden. - Ein Gesamtbild der persönlich wichtigen Personen wahrzunehmen, mit unterschiedlichen Facetten und eigenen Absichten - Fähigkeit dieses Bild kohärent und konstant halten zu können.

- Fähigkeit zur Empathie und zur differenzierten Wahrnehmung der Gefühle des Gegenübers. (Empathie, Intuition und Verstehen)

### **Beispiel:**

**Gute Integration.:** gutes einfühlsames Bild von naher Bezugsperson wird gezeichnet, bei konflikthaften Situationen, wird zwar Bild verändert, aber die Beziehung zur Person selbst ist nie in Frage gestellt.

**Mäßige:** Gutes Wahrnehmen der anderen Personen in konfliktfreien Zeiten, unter Druck allerdings kommt es zu vorübergehenden Tendenzen der Entwertung, punktuell wird im Konfliktfall die Beziehung grundsätzlich in Frage gestellt, mit anschließender Versöhnung, oder es kommt zu depressivem Anklammern, Fähigkeit zur Empathie (zumindest nach einer konflikthaften Situation)  
Beispiel

**Geringe:** die Schilderung anderer Menschen ruft den Eindruck hervor solche Menschen könne es gar nicht geben, flache Schilderungen nur gut oder nur böse. Keinerlei Empathie oder ein Einfühlen, warum das Gegenüber auf eine bestimmte Aktion des Patienten auf bestimmte Weise z.B. verärgert

reagiert.

## **5. Kommunikation: im Hier und Jetzt**

Die Fähigkeit sich anderen mitteilen zu können

- seelische Vorgänge im Gegenüber wahrnehmen zu können, zu differenzieren, Mitteilungen des anderen entschlüsseln zu können
- Fähigkeit zur Empathie und
- Fähigkeit Nähe und Distanz regulieren zu können

## **6. Bindung:**

Die Möglichkeiten des Klienten sich an wichtige Bezugspersonen zu binden. Sie beschreibt die Intensität und Variabilität der Beziehungsformen.

Gestörte Bindung ist eine bipolare Dimension: fehlende Bindung: Isolierung und Einsamkeit und vergebliches Bemühen um Bindung – versus zu viel Bindung: negativ erlebte Abhängigkeit und ein sich angewiesen fühlen.

- Fähigkeit innere Bilder von anderen Menschen zu entwerfen und konstant zu halten
- Fähigkeit sich zu binden und zu lösen, letzteres erfordert die Fähigkeit zu trauern
- Fähigkeit Regeln für die Interaktion mit wichtigen anderen zu entwerfen.

## **Literatur:**

Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (1998) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik, Grundlagen und Manual OPD, Bern, Verlag Hans Huber

Mentzos Stavros (1993) Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie. Göttingen, Vandenhoeck und Ruprecht – "Blaues Buch"

Salem Elisabeth (voraussichtliche Veröffentlichung 2002): früh Störungen als Anwendungsgebiet von Gestalttherapie, in: einem Lehrbuch zur Gestalttherapie

Stämmler M. Frank (1993) Therapeutische Beziehung und Diagnose. Gestalttherapeutische Antworten, München, Pfeiffer

Votsmeier Achim (1999) Grundsätze der Gestalttherapie bei strukturellen Störungen, in: Fuhr R., Srekovic M., Gremmler-Fuhr M. (Hrsg.) Handbuch der Gestalttherapie. Göttingen, Hogrefe

## **Strukturelle Dimensionen nach OPD**

### **1. Die Fähigkeit der Selbstwahrnehmung:**

- ein Bild des eigenen Selbst gewinnen zu können (Selbstreflexion)
- diese Bild kohärent über die Zeit wahrnehmen zu können, Frage der Identität
- die Fähigkeit Gefühle bei sich selbst differenziert wahrnehmen zu können (Introspektion)

### **2. Selbststeuerung:**

- steuernd mit den eigenen Triebimpulsen und Affekten, Bedürfnissen und Gefühlen umgehen zu können
- Verarbeitung von Diskrepanzen bezüglich eigenen Wünschen und Werten und den der anderen
- Ambivalenztoleranz
- Regulation des Selbstwertgefühls
- Bearbeitung innere Widersprüche und Konflikte

### **3. Abwehr: Kontaktvermeidungsmechanismen**

Die Mechanismen werden unterschiedlichen Integrationsniveaus zugeordnet.



#### **4. Objektwahrnehmung: Wahrnehmung von wichtigen Bezugspersonen.**

- Fähigkeit ein Bild vom Gegenüber zu entwickeln, dabei das Bild des Selbst und des anderen zu unterscheiden -
  - ein Gesamtbild der persönlich wichtigen Personen wahrzunehmen mit unterschiedlichen Facetten und eigenen Absichten - Fähigkeit dieses Bild kohärent und konstant halten zu können
- Fähigkeit zur Empathie und zur differenzierten Wahrnehmung der Gefühle des Gegenübers.(Empathie, Intuition und Verstehen)

#### **5. Kommunikation: im Hier und Jetzt**

Die Fähigkeit sich anderen mitteilen zu können

- seelische Vorgänge im Gegenüber wahrnehmen zu können, zu differenzieren, Mitteilungen des anderen entschlüsseln zu können
- Fähigkeit zur Empathie und
- Fähigkeit Nähe und Distanz regulieren zu können

#### **6. Bindung:**

Die Möglichkeiten des Klienten sich an wichtige Bezugspersonen zu binden.

Gestörte Bindung ist eine Bipolare Dimension: fehlende Bindung führt zu Isolierung und Einsamkeit und vergebliches Bemühen um Bindung zu negativ erlebter Abhängigkeit und sich angewiesen fühlen.

- Fähigkeit innere Bilder von anderen Menschen zu entwerfen und konstant zu halten
- Fähigkeit sich zu binden und zu lösen , letzteres erfordert die Fähigkeit zu trauern
- Fähigkeit Regeln für die Interaktion mit wichtigen anderen zu entwerfen.