

# AGHPT-Kongress „Zeitkrankheit Depression“

28.09.2014

## Aktuelle Gestalttherapie und Depression

### Einleitung

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Ich möchte ihnen nun zuerst einen Überblick geben, was ich für sie vorbereitet habe und was ich im Sinne einer Skizze aktueller, zeitgenössischer Gestalttherapie bei Depressionen für diskutierenswert halte, also wie wir versuchen, diesen furchtbar leidenden Menschen zu helfen.

### **Folie „Inhalt“**

Zuerst möchte ich auf die Entwicklung der Psychoanalyse, der Verhaltenstherapie und der Gestalttherapie eingehen und damit aufzeigen, wie rasant sich die Richtlinientherapien den Grundpositionen der Humanistischen Psychotherapie, hier speziell der Gestalttherapie, nähern.

Dann möchte ich ihnen vorstellen, was wir unter „zeitgenössischer Gestalttherapie“ verstehen, und anschließend möchte ich anhand des gestalttherapeutischen Kontakt-Prozess-Paradigmas die jetzt gängige Auffassung von Prozessdiagnostik und Behandlung des Spektrums der Depressionen darstellen.

Dabei nehme ich die Epidemiologie, die Phänomenologie und die Erscheinungsformen der Depression als ausreichend bekannt an, nachdem Werner Eberwein all das am Freitag so exzellent dargestellt hat.

### **Folie „Entwicklung der Psychoanalyse“**

#### Entwicklung der Psychoanalyse

Seit S. Freuds Triebpsychologie hat sich die Psychoanalyse bedeutend in Richtung einer beziehungsorientierten und nicht nur übertragungszentrierten Theorie weiter entwickelt. Aus der Freud'schen Psychoanalyse mit dem Schwerpunkt der Analyse der Tribschicksale konfigurierten die forschenden Vertreter der nächsten Generationen die Ich-Psychologie, die Objekt-Beziehungstheorie, die Interpersonelle Therapie, die Relationale Psychoanalyse, die Intersubjektive Psychoanalyse, die Strukturbezogene Therapie, die Mentalisierungstheorie und die Selbstpsychologie Kohuts (und dessen Nachfolger Stolorow und Atwood).

Einen besonders wesentlichen Schritt in Richtung Gegenwarts- und Beziehungszentrierung unternahm Daniel Stern mit seinem Interesse an der Intersubjektivität als motivationalem System und der Dimension des sogenannten Impliziten Wissens in der Psychotherapie. (Seite 15, Der Gegenwartsmoment, Erstaufgabe 2005: „Warum ist die klinische Psychologie in der Vergangenheit niemals direkt von der in der Gegenwart gelebten Erfahrung ausgegangen?“ – da verschlägt es einem Gestalttherapeuten die Sprache)

Alle Ansätze haben differenzierte Vorstellungen von Genese und Behandlung depressiver Störungen. Je aktueller die Ansätze sind, desto beziehungs- und erfahrungsorientierter sind sie. 1993 führte der Augsburger Psychoanalytiker Siegfried Bettighofer als erster die Bindungstheorie in die psychoanalytische Diskussion um die Entstehung und Therapie von Depressionen ein – mittlerweile ist die Bindungstheorie eines der Lieblingskinder der Psychoanalyse. Und Marianne Leuzinger-Bohleber schreibt in ihrem jüngst erschienen Buch „Chronische Depression“, dass die „gute Abhängigkeit“ der notwendige Heilungsschritt bei eben diesen chronisch Depressiven ist.

Auch die Körpertherapien seit Wilhelm Reich, heute vertreten durch Analytiker wie Tilman Moser oder Peter Geißler, haben viel mit dem humanistischen Körperansatz gemein.

Ein besonders mit aktueller gestalttherapeutischer Auffassung von Depression kompatibler Ansatz ist der des „Psychic Retreat“ von Rosemarie Kennel. Sie versteht die Depression nicht als Minusvariante des Lebens sondern als Rückzug von der Außen- und teilweise auch von der Innenwelt im Sinne des Aufsuchens eines Schonbereichs, um vom „normalen Leben“ nicht mehr angegriffen werden zu können. Die haltgebende Erfahrung im Rahmen der Patient-Therapeut-Beziehung könne den depressiven Menschen ihrer Auffassung nach aus seinem Psychic Retreat am ehesten herausführen.

## **Folie „Entwicklung der Verhaltenstherapie“**

### **Entwicklung der Verhaltenstherapie**

Von Seligmans Auffassung der Depression als gelernte Hilflosigkeit ausgehend hat sich von der Kognitiven Verhaltenstherapie ein Zweig abgetrennt, der sehr ausgeprägt auf Wahrnehmung, Erleben und Beziehung fokussiert. Die Entwicklung verläuft von der Schematherapie über die Dialektisch Behaviourale Therapie, die Achtsamkeitsorientierte Therapie, dem Acceptance and Commitment Ansatz, der Metakognitiven Therapie (A. Wells), dem System of Supportive Psychotherapy SYSP (M. Hautzinger) bis zum „Cognitive Behaviour Analysis System of Psychotherapy“ CBASP von J. McCullough, einem manualisierten interpersonellen Ansatz zur Behandlung chronischer Depressionen. In der Beschreibung des CBASP heißt es wörtlich, dass sich „der Therapeut persönlich und ganz individuell auf seinen Patienten einlässt“.

In Bayern stürzen sich zur Zeit die Verhaltenstherapeuten auf die Emotionsfokussierte Therapie von Leslie Greenberg und versuchen, Greenberg zu einem der ihren zu machen. Diese Entwicklungen in der Psychoanalyse und in der Verhaltenstherapie hin zu Grundpositionen der Humanistischen Psychotherapie sind wissenschaftshistorisch interessant und sehr begrüßenswert, geht es uns doch allen darum, für die schrecklich leidenden Menschen das Beste an Behandlung zu finden. Berufspolitisch hat das jedoch hier in Deutschland eine gewisse skandalöse Note.

## **Folie „Entwicklung der Gestalttherapie“**

### **Entwicklung der Gestalttherapie“**

Die Gestalttherapie entstand in den 40-er und 50-er Jahren des vorigen Jahrhunderts in Südafrika und in den USA/New York aus der Psychoanalyse, der Wahrnehmungspsychologie und den philosophischen Strömungen der damaligen Zeit. Sie fand schnell Verbreitung und es entwickelten sich zwei von den Persönlichkeiten der Hauptvertreter abhängige Stile:

Der sog. Westküstenstil - hauptsächlich vertreten durch Fritz Perls - war konfrontativ, auf Selbstbestimmung und Unabhängigkeit von äußeren und inneren Autoritäten ausgerichtet, verzichtete explizit auf das Empathiekonzept anderer humanistischer Richtungen und verstand sich als Existenzielle Therapieform. Der Ostküstenstil – geprägt durch Lore Perls – war mehr klinisch ausgerichtet und rekurrierte auf das Support-Konzept von Lore Perls und die dialogische, intersubjektive Philosophie Martin Bubers. Im Laufe der Zeit setzte sich der Ostküstenstil durch und führte zur sogenannten Dialogischen Gestalttherapie mit betonter Einbeziehung des Empathiekonzepts, gut beschrieben in jüngster Zeit von Philip Brownell. Dieser Ansatz gibt, wie Margeritha Spagnuolo Lobb beim letzten EAGT-Kongress in Krakau überzeugend darstellte, in Zeiten, in denen nicht mehr primär Unterdrückung, sondern zunehmend Orientierungslosigkeit und schwere Bindungsstörungen zu behandeln sind, die besseren Antworten.

## **Folie „Gestaltbildende Einflussgrößen der Gestaltpsychotherapie“**

### **Gestaltbildende Einflussgrößen der Gestaltpsychotherapie**

Die Gestalttherapie hat mehrere „Mütter und Väter“, sie benennt diese auch korrekt in ihrer Bedeutung, und zeigt anschaulich, dass das Ganze, nämlich die Gestalttherapie, mehr und etwas anderes ist als die Summe ihrer Teile.

## **Folie „Zeitgenössische Gestalttherapie“**

### **Zeitgenössische Gestalttherapie**

Aus den genannten Wurzeln hat sich vom Ostküstenstil ausgehend die aktuelle Dialogische Gestalttherapie entwickelt. Sie ist charakterisiert durch die folgenden Merkmale:

Aktuelle Gestalttherapie ist phänomenologisch, prozessual (d. h. nicht manualisiert), feldorientiert (d. h. dass wir alle realen Feldkomponenten des Patienten wie Arbeitsbedingungen, Wohnsituation etc. einbeziehen und ev. in das Feld mitgehen), experimentell (d. h. wir bieten Experimente zur Erfahrung mit möglichst hoher emotionaler Beteiligung an) und dialogisch (d. h. dass wir nicht abtinent auf die Entwicklung einer Übertragungsneurose warten, sondern real mit unserem Erleben antworten).

## **Folie „Zeitgen.....integrativ“**

### **Zeitgen.... integrativ**

Von ihrem Ursprung an ist – wie eingangs gezeigt - die Gestalttherapie integrativ. Aktuelle Gestalttherapie integriert daher den eigenen Ansatz vertiefende, differenzierende Ansätze wie etwa die Neurowissenschaften, die Mentalisierungstheorie oder die Bindungstheorie (Wolfgang Wirth hat z. B. jüngst die Kompatibilität der Bindungstheorie und der intersubjektiven Philosophie Martin Bubers herausgearbeitet; nachzulesen in „Gestalttherapie – Faszination und Wirksamkeit“). Die Integration der Bindungstheorie erscheint mir für die Behandlung bindungstraumatisierter Patienten unerlässlich. Bei bindungstraumatisierten Menschen reicht die Förderung des Ausdrucks von Wut, Trauer und Schmerz nicht aus; sie benötigen die Realerfahrung von Verlässlichkeit und Optimismus. Es macht einen Unterschied, ob man es braucht, sicher angebunden zu sein oder ob man es braucht, sich von einer zu kurzen Kette losreißen zu wollen. (Ohne die Bindungstheorie explizit zu nennen wies H. Petzold 1986 schon auf diese Zusammenhänge hin in seinem legendären Beitrag „Konfluenz, Kontakt, Begegnung, Beziehung in der Integrativen Therapie“)

Bei der Zusammenstellung der Merkmale aktueller Gestalttherapie habe ich mich gefragt, ob die Patienten das eigentlich auch so erleben, wie wir meinen es ihnen anzubieten. Ich habe einige Pat. gefragt und drei waren bereit, sich bei ihren Antworten filmen zu lassen.

Diesen Pat., die vor einiger Zeit ihre Depressionstherapie zufriedenstellend abgeschlossen hatten, stellte ich drei Fragen: 1.) Wie haben sie die Therapie erlebt? 2.) Was ist ihnen besonders in Erinnerung? 3.) Wie hat ihnen die Therapie genützt?

Die erste Pat. ist eine 34-jährige Grafikdesignerin und Yogalehrerin mit Migrationshintergrund, sie litt an einer bipolaren Störung mit mehreren Episoden einer Majordepression, ist psychiatrieerfahren und hat im lebensgeschichtlichen Hintergrund eine schwere Bindungstraumatisierung.

### **Video 1 Marina**

Der 2. Patient ist ein 41-jähriger Betriebswirt mit ausgeprägter Dysthymie („double depression“), periodisch suizidal, und er stammt aus einer formal intakten Herkunftsfamilie, in der alles gleichgeschaltet wurde und aggressive Regungen strikt unterbunden wurden.

### **Video 2 Oliver**

Es war ehrlich gesagt sehr schön zu hören, wie die Pat. spontan Wesentliches vom Angebotenen selbst beschrieb.

### **Folie „Zeitgen....forschungsgestützt“**

#### **Zeitgen.....forschungsgestützt**

Die aktuelle Gestalttherapie ist aus ihrer anfänglich skeptischen Haltung gegenüber wissenschaftlicher Forschung herausgetreten und hat begonnen, eine Kultur der empirischen Wirksamkeits- und Prozessforschung zu entwickeln. Von differenzierten narrativen Patientenbeispielen (etwa die von van Baalen und von Nancy Amendt-Lyon) über die methodischen Fallanalysen und Vergleichsgruppenuntersuchungen von Leslie Greenberg, bis zu den Übersichtsarbeiten von Stümpfel, von Bergmann und von Brownell zeigt sich ein forschungszugewandtes Bild. In den USA ist die Gestalttherapie mittlerweile als evidenzbasiertes Verfahren anerkannt.

In Santiago de Chile findet zur Zeit eine von Pablo Herrera geleitete große Vergleichsuntersuchung zwischen Gestalttherapie und Kognitiver VT in Bezug auf die Behandlung von Majordepressionen statt. In Vorbereitung befindet sich eine internationale, videogestützte Einzelfall-Zeitreihenstudie, in der auch zahlreiche Depressionsbehandlungen aufscheinen werden. Gestalttherapeuten aus bisher 9 Ländern nehmen an dieser Forschung teil.

Meine Pilotpatientin dieser Studie hat sich nach Beendigung der Therapie bereit erklärt, ebenfalls die drei vorher schon genannten Fragen zu beantworten. Die Pat. ist 30 Jahre alt, Diplompädagogin, stammt aus einer zerrütteten Scheidungsfamilie, sie litt unter einer bipolaren Störung mit mehreren Episoden einer Majordepression, ist psychiatrieerfahren und kam mit einem depressiv-ängstlichen Syndrom mit Somatisierungsstörung und ausgeprägter Selbstwertproblematik in Behandlung.

### **Video 3 Tina**

Wie es zu wissenschaftlichen Untersuchungen gehört, gibt es dazu viele psychometrische Daten, die verrechnet werden müssen und dann eventuell zu Grafiken wie dieser taugen, die die Symptomreduktion in den 3 wichtigsten Bereichen nach 30 Sitzungen veranschaulichen.

### **Folie „Auswertung“**

## **Folie „Zeitgen....theoriegeleitet“**

### **Zeitgen.....theoriegeleitet**

Wenn wir auch weiterhin der Meinung sind, dass Psychotherapie weitgehend zu den Kunstfertigkeiten gehört und viel Intuition verlangt, so sprechen wir doch am liebsten von „geschulter Intuition“. Ausgehend von Isadore From, der in seinen legendären Seminaren immer auf die Grundlagen der gestalttherapeutischen Prozesstheorie verwies, hat Hans-Peter Dreitzel in Deutschland einen konsequent vom Kontakt-Prozess-Modell abgeleiteten Vorschlag zur Diagnostik und Therapiegestaltung geliefert. Ich schlage zur Darstellung der zeitgenössischen Gestalttherapie bei Depressionen den gleichen gedanklichen Weg ein.

Da ich davon ausgehe, dass nicht nur ausgebuffte Gestalttherapeuten unter den Zuhörern sind, sondern auch Interessenten anderer Schulrichtungen und auch Pias, muss ich, um die späteren Ableitungen plausibel zu machen, sinnvollerweise zuerst auf die wichtigsten Grundbegriffe des gestalttherapeutischen Paradigmas eingehen. Das ist für Gestalttherapeuten jetzt natürlich etwas redundant.

## **Folie „Das Gestalttherapeutische Paradigma“**

### **Das Gestalttherapeutische Paradigma**

Die zentralen Begriffe, die die Gestalttherapie als erfahrungsorientierte, gegenwartszentrierte, phänomenologische, feldtheoretische und strikt prozessuale Theorie ausweisen, habe ich dem Grundlagenwerk von Perls, Hefferline und Goodman entnommen und kurz zusammengestellt.

- „Erfahrung vollzieht sich an der Grenze zwischen dem Organismus und seiner Umwelt...“
- „Erfahrung ist die Funktion dieser Grenze...“
- „Wir sprechen davon, dass der Organismus mit der Umwelt in Kontakt tritt...“
- „... dieser Kontakt selbst ist die erste und unmittelbarste Wirklichkeit...“
- Gestalttherapie beruht auf einer Theorie des Selbst:
  - Das Selbst ist das System gegenwärtiger Kontakte und das Agens des Wachstums
  - Das komplexe System der Kontaktprozesse, das für die Anpassung im schwierigen Feld erforderlich ist, nennen wir „Selbst“

(also dort, wo ein Unterschied zwischen Organismus und Umwelt erlebt werden kann.

Anmerkung: Die „Grenze“ ist eigentlich eine Metapher, denn „Organismus/Umwelt-Grenze“ ist eine im Zentralnervensystem konstruierte Erfahrung)

Wenn ich im Folgenden das Kontakt-Prozess-Modell skizziere, dann bitte ich sie, es als grafische Vereinfachung zu verstehen. Das Verhältnis der Skizze zur wirklichen Komplexität der Theorie ist etwa das eines Strichmännchens zu einem Menschen im Anatomieatlas.

## **Folie „Abstraktion“**

## **Folie „Gestaltgesetze“**

### **Gestaltgesetze**

In der Gestaltpsychologie, von der die Gestalttherapie ihren Namen ableitet, sind 2 Gesetze zentral: Das Figur-Grund Gesetz und die Tendenz zur geschlossenen Gestalt.

Je stärker sich eine Figur vom Grund unterscheidet, desto besser ist sie wahrnehmbar und umso leichter ist es, sie abzuschließen. Diese Tatsache sahen Perls und Goodman im Lichte der Lewin'schen Feldtheorie für alle Organismen im Feld gültig.

## **Folie „Organismus/Umwelt-Feld“**

### **Organismus/Umwelt-Feld**

Vereinfacht lässt sich der Kontaktprozess folgendermaßen grafisch darstellen:

Vom Hintergrund eines Erlebens kommt ein Trieb, ein Bedürfnis, ein Gefühl, ein Interesse oder ein Wert in den Vordergrund des Bewusstseins, wird also von anderen motivationalen Größen unterschieden und wird dank seiner Erregungskraft wahrnehmbar. Danach organisiert der Mensch gedanklich und handelnd die Vorbereitung einer Erfüllung des Triebes...bis zu jenem Punkt des Unterscheidens im Wollen, der eine Entscheidung möglich macht. Danach lässt er sich auf das reale Handeln mit Hingabe ein, und zwar so lange, bis er unterscheiden kann, ob es reicht oder noch nicht. Anschließend bewertet der gesunde Mensch die gemachte Erfahrung, assimiliert sie und integriert sie in seine Lebenserfahrung. Dann – und das ist für unsere späteren Überlegungen wichtig – zieht sich der Organismus, der Mensch, zurück von der erledigten Thematik und gibt dem Zustand der Indifferenz Raum, bis ein neuer Kontaktprozess entsteht. Die introjizierten Beziehungen und die introjekthaft wirkenden eigenen Erfahrungen werden zu Normen und Regeln generalisiert und wirken steuernd auf die folgenden Kontaktprozesse.

(In unserer Fachsprache bezeichnen wir die Prozessabschnitte mit Vorkontakt, Kontaktnahme, Kontaktvollzug und Nachkontakt.)

Dieser ganzheitliche Vorgang, den wir das prozessuale „Selbst“ nennen, lässt sich in drei sinnvoll voneinander zu unterscheidenden Funktionen sehen: Die Es-Funktion des Selbst, die den Menschen informiert, was er braucht, die Ich-Funktion des Selbst, die den Menschen informiert, was er will, also was er anstrebt und was er zurückweist, und die Persönlichkeitsfunktion des Selbst, die den Menschen informiert, wer er ist und welche Verantwortungen er übernommen hat.

Alle drei Funktionen sind in ihrem Wesen Unterscheidungsfunktionen und damit Gestaltbildungsfunktionen. Wenn Kontaktprozesse störungsfrei erlebt werden können, sprechen wir von Gesundheit.

## **Folie „Störungsbegriff“**

### **Störungsbegriff**

In allgemeinsten Weise ist der Störungsbegriff der Gestalttherapie folgendermaßen zu fassen: When figures of interest are not allowed to emerge, however, there is a disturbance in awareness and contacting that leads to suffering and dysfunction.

## **Folie „Störungslehre“**

### **Störungslehre**

Die Störungslehre im Konkreten besteht aus der Auffassung eines Systems von Unterbrechungen des autonomen, gesunden gestaltbildenden Ablaufs.

Die aktuelle Lehre der Kontaktunterbrechungen (die natürlich auch als schöpferische Anpassungsversuche zu sehen sind, jedoch suboptimal) ist folgende:

## **Folie „Kontaktunterbrechungen“**

**Erklärung:** Konfluenz 1. Ordnung verhindert das Wahrnehmen eines Bedürfnisses (Triebes, Gefühls etc.) von Anfang an. Desensitization meint einen emotionslosen, ganz flachen, energiearmen, kaum wahrnehmbaren Prozess (schizoid, in der Tiefenpsychologie). Introjektion, Projektion und Retrofektion (Wendung gegen das Selbst) sind geläufig. Deflektion ist ein z. B. rationalisierendes Abgleiten lassen, Egotismus ist die heimliche Selbstbeschäftigung, während äußerlich Hingabe getätigt wird, Konfluenz 2. Ordnung meint das nicht Aufhören in einem vollen Kontakt (z. B. der Trinker, der bis zur Bewusstlosigkeit trinkt, oder ein Spieler, der bis zur Pleite spielt), Akzeleration, die Beschleunigung zum nächsten Ereignis, Bedürfnis oder Anspruch ohne Assimilation des Erlebten, und Dezeleration, das Aufschieben der schlussfolgernden Verantwortung aus einem Erleben, sind Unterbrechungen des für das Integrieren, das Lernen wichtigen Nachkontakts.

## **Wie ist das nun beim Spektrum der Depressionen?**

Depressive Reaktionen sind ubiquitär – wir sehen sie bei allen Persönlichkeitsstilen, von schizoid bis histrionisch.

Wir verstehen Depression als schöpferischen Anpassungsversuch in einer als ausweglos erscheinenden Situation. Im depressiven Anpassungsprozess reduziert die Person drastisch die Unterscheidungsfunktion aufgrund starker intrapsychischer oder interpersoneller Konflikte, die im Kern immer mit Verlustangst verbunden sind. Verlustangst im weiteren

Sinn: Verlust an Liebe, an Macht, an Selbstachtung, an Kohärenzgefühl, Objektverlust, Subjektverlust, Verlust an Einfluss. Die schöpferische Anpassung angesichts ausweglos erscheinender Situationen ist ein evolutionär entwickelter Rückzug in einen kontaktreduzierten mentalen Schutzraum. So investiert die Natur nicht mehr sinnlos Energie.



Gewinnt diese schutzsuchende Anpassung (z. B. geschützt vor der Bewusstheit der eigenen starken Aggression) stabilisierende generalisierte Bedeutung im supportiven Hintergrund, kommt es zu einer Manifestierung bzw. Fixierung dieser Anpassung, sie wird feldunabhängig und damit dysfunktional.

Die fixierenden Kontaktunterbrechungen sind 3 (Introjektion), 4 (Projektion) und 5 (Retroflektion), in schweren Fällen 1 (Konfluenz 1. Ordnung) und 2 (Desensitization) sowie 8 (Konfluenz 2. Ordnung), 9 (Akzeleration) und 10 (Dezeleration).

Der Rückzug, der normalerweise am Ende des Kontaktprozesses erfolgt, wird aus Verzweiflung vorverlegt: Vor den Kontaktvollzug oder in schweren Fällen vor die Kontaktnahmephase. Die psychische Logik dabei ist, dass ohne auftauchende Gestalt, ohne Erregung und Intentionalität auch kein noch größerer Schaden angerichtet werden kann. Die charakteristische Gleichgültigkeit, Leere und Entscheidungsschwierigkeit Depressiver hat darin ihren Sinn. Lediglich im großen Leid der Menschen artikuliert sich noch die Intentionalität (sie möchten, dass es ihnen besser geht). Als Metapher: Wer sich schrecklich die Hand an der Herdplatte verbrannt hat, ist völlig in Sicherheit, wenn er keine Küche mehr betritt und sich in die Besenkammer zurückzieht – leidet aber zunehmend an Hunger.

Diese Vorstellung von Depression als fixiertem Schutzraum ähnelt sehr dem psychoanalytischen Konzept des Psychic Retreat von Rosemarie Kennel.

### **Folie „Depression aus gestalttherapeutischer Sicht“**

Zusammengefasst:

- Depression ist der Versuch einer **schöpferischen Anpassung** in einer als **ausweglos erlebten** Situation
- Im Zentrum des Anpassungsversuchs steht die **Verlegung des Rückzugs** in den Organisationsbereich des Selbst **vor** den Vollen Kontakt/Kontaktvollzug
- Ist dieser Versuch **fixiert** und sind trotz Änderungen im Feld **keine relevanten Unterschiede erlebbar**, sind also deshalb **keine neuen Gestaltbildungsprozesse** möglich, handelt es sich um eine klinisch relevante Form der Depression

Nun die Störungen im Einzelnen

### **Folie „Störung der Ich-Funktion“**

#### **Störung der Ich-Funktion**

In den leichteren Fällen von Depression, wenn die Supportfunktion des Selbst mittelstark bis hoch ist, konzentriert sich die Arbeit auf die Ich-Funktion des Selbst.

Ein Patientenbeispiel: In einer Gruppentherapie nimmt ein 25-jähriger Student zum ersten Mal teil. Er leidet an einer ausgeprägten Dysthymie, ist periodisch suizidal. Er stammt aus einem formal intakten Elternhaus, in dem die Eltern jedoch in Dauerzwist leben, der Vater

ist überstreng, entwertend, wohl borderlineig. Der Pat. meldet eine Arbeit an, will an seiner Depression arbeiten und beginnt mit rationalisierenden und intellektualisierenden Berichten. Nach einiger Zeit des Zuhörens sagt die Therapeutin: „Und was hast du mir noch nicht erzählt?“ Der Patient stockt, wird rot und sagt dann leise: „Am Schrecklichsten ist, dass ich so hässlich bin.“ (Was objektiv nicht stimmt) Die Therapeutin fordert ihn auf, reihum zu gehen und jedem Gruppenteilnehmer zu sagen, was er an ihr oder ihm Kritisches oder Hässliches auszusetzen hat. Der Pat. willigt in das Experiment ein und wird von Person zu Person immer aufgeregter, immer ängstlicher, anschließend verstoßen zu werden. Bei seinem eigenen Platz angelangt fordert ihn die Therapeutin auf, auch sich selbst schonungslos die Kritik an seiner Hässlichkeit zu äußern. Der Pat. tut dies mit lauter, vom Selbsthass erfüllter Stimme und wird dabei noch aufgeregter. In dem Moment, in dem er mit seiner Tirade endet, sagt die Therapeutin: „Und jetzt sag´ das deinem Vater!“ Nun platzt der ganze gestaute Hass auf den tyrannischen Vater kathartisch heraus. Nach einiger Zeit des Schreiens und Tobens sinkt der Patient erschöpft und befreit zur Seite; er hat nicht geahnt, wie viel Hass in Wahrheit in ihm steckt. Der Pat. befand sich anschließend zum Integrieren des Erlebten noch in einigen wenigen Sitzungen Einzeltherapie. In der 5-Jahreskatamnese wies der Pat. kein einziges depressives Erleben mehr auf. Diese eine Arbeit hatte sein Leben entscheidend zum Positiven verändert.

Mit solchen genialen Arbeiten, die ohne das Empathiekonzept auskamen, bestritt die Gestalttherapie i. S. des Westküstenstils in den 70-er und 80-er Jahren ihren Erfolgskurs. Diese zeitsparenden kathartischen Therapien waren und sind bei Patienten mit ausreichendem Support (hohem Strukturniveau) möglich.

Die therapeutische Arbeit bezieht sich auf die Auflösung von Introjektion, Projektion und Retrofektion. Mehr oder weniger schnell.

Bei schweren Störungen mit geringem Support (niedrigem Strukturniveau) sind solche kathartischen Arbeiten nicht möglich bzw. kontraindiziert, da der Pat. zu fraktionieren droht.

### **Folie „Störung der Es-Funktion“**

#### **Störung der Es-Funktion**

Bei schweren Depressionen vom Typus der Bindungstraumatisierung oder bei sehr massiven, ausgeweglosen Introjekten bezieht das Rückzugsverhalten auch die Es-Funktion des Selbst mit ein. Dann sind Leere, Erstarrung, Bedürfnis- und Willenlosigkeit die Folge. Die Logik des Selbstschutzes bleibt jedoch die gleiche. Nur die Fixierung macht den Anpassungsversuch dysfunktional.

Patientenbeispiel: Eine 33-jährige, auch im 2. Anlauf zum Jura-Staatsexamen gescheiterte Studentin, psychiatrieerfahren nach der ersten erfolglosen Staatsprüfung, kam maskenhaft starr, grau, unscheinbar, monoton robotterhaft sprechend mit erheblicher depressiver Symptomatik auf Betreiben ihrer Mutter in meine Behandlung. Im formal intakten, wohlhabenden familiären Hintergrund waren die pathogenen Faktoren enorm: Eine groteske

Gleichschaltung mit ihrer Zwillingschwester (es gab die Pat. quasi nicht alleine), eine vom Vater entwertete, ängstliche Mutter, einen emotionslosen, psychisch kriegsgeschädigten Vater (Wirtschaftsprüfer), für den „der Mensch erst beim Wirtschaftsprüfer begann“ (so die Patientin). Die Familie lebte als zugezogene Neureiche in einer elitären Gegend einer norddeutschen Großstadt, in der nur der Erfolg zählte und die Familie unter gesellschaftlichem Druck stand. Das Mädchen war in der Schule erfolgreich – sonst nichts. Beim Scheitern im 2. und letzten Versuch des Jura Staatsexamens brach für die mit dem Vater hoch identifizierte Pat. die Wertewelt und damit ihre gesamte subjektive Welt zusammen. Am liebsten wäre sie aus dieser zerbrochenen Welt verschwunden. Sie zog sich also zurück, wurde so gut wie nicht vorhanden.

### **Folie „Zeichnung“ (Technik von Winfried Wagner)**

In der 5. Sitzung war sie bereit, sich jetzt und imaginiert am Ende einer gelingenden Therapie zu malen. Links steht sie verblässend wie sie wirklich war und rechts steht sie, sich selbst körperlich gut spürend, am Steuer ihres Lebens und trotz den Wellenbergen des Schicksals. Im Prinzip arbeiteten wir die ganzen 3 Jahre der Einzel- und Gruppentherapie an diesem Thema der Pränanzbildung. Die Behandlungsprinzipien waren zweierlei:

- 1.) Erleben von Unterschieden wo immer es möglich war: Innenwahrnehmung, Außenwahrnehmung, Sprechen im aktiven Modus und im passiven Modus, Malen, Zeichnen, Pantomime, Sensory Awareness (Charlotte Silver & Charles Brooks), wechselnde Raumdistanz, hohe Stimme, tiefe Stimme, Variieren der Atemtiefe, Tanzen, Unterschiede zu ihrer Schwester, Unterschiede zu ihrem Vater und, und, und.
- 2.) Konzentriertes Interesse an ihrem individuellen Erleben (nicht an ihren Leistungen), betonte Phänomenologie und viel Humor. Erst nach 1 Jahr fand die Patientin zu ihrer Wut auf ihre Eltern, zu ihrer Trauer und zu ihrem Schmerz.

Heute geht es der Pat. übrigens gut; sie ist in einer zufriedenstellenden Beziehung, hat eine Ausbildung abgeschlossen und arbeitet selbsterhaltend, und sie hat großen Abstand zu ihrer Herkunftsfamilie.

Prozessdiagnostisch gesagt: Über weite Strecken arbeiteten wir an der Stärkung der Es-Funktion und der Auflösung von Konfluenz und Desensitization.

### **Folie „Störung der Persönlichkeitsfunktion“**

#### **Störung der Persönlichkeitsfunktion**

Menschen mit depressiven Anpassungsprozessen neigen – auch aus neurobiologischen Gründen – dazu, neue gute Erfahrungen nicht integrieren zu können. Je schwerer die Depression, je weiter der Rückzug, desto weniger kann der Pat. neue gute Erlebnisse zur Veränderung seiner Perspektive heranziehen. Daher ist die bewusste, wieder an den Unterschieden im Erleben orientierte Arbeit im Nachkontakt wichtig. Ich frage z. B. nach

jeder Einzel- und Gruppensitzung: „Wie geht es ihnen jetzt und was war brauchbar?“ Am wirkungsvollsten ist dabei die Gleichzeitigkeit des emotionalen Nachschwingens und des reflektierenden Bewertens. So unterstütze ich auch an diesem Prozessabschnitt das Differenzieren (vor dem Therapiebeginn und nachher) und damit die Gestaltbildung, schöpfe phänomenologisch aus der Option einer besseren Zukunft und helfe, Konfluenz, Akzeleration und Dezeleration aufzulösen.

## **Folie „Störung der Bindung“**

### **Störung der Bindung**

Bindungstraumatisierte Pat. brauchen bindungsanaloge gute Erfahrungen mit einem verstehenden Therapeuten und einer konstanten Therapiegruppe. Spektakuläre kathartische Arbeiten reichen nicht aus, können aufgrund mangelnden Supports im Hintergrund sogar schädlich sein, wenn sie zu früh angeboten werden. (Ich verweise nochmals auf den Artikel von H. Petzold „Konfluenz, Kontakt, Begegnung, Beziehung in der Integrativen Therapie“ aus 1986)

Gute, sichernde bindungsanaloge Erfahrungen ergeben sich durch eine möglichst große Anzahl befriedigender, geschlossener Gestalten, die vom Therapeuten begünstigt werden und mit ihm zusammen erlebt werden. Z. B. gehalten zu werden, die Sitzungsfrequenz in Krisen erhöht zu bekommen, dass der Therapeut in das Feld mit geht und dass er Realerfahrungen ermöglicht, die die Bindungsunsicherheit überschreiben. Die Entwicklung der Stütze gelingt nur durch wiederholte Erfahrung. Der Pat. kann erleben, dass er – im Unterschied zu früher – mit der Äußerung seiner Bedürfnisse wirksam wird. Die Potenzialität der Wirksamkeit ist das Gegenteil von Hilflosigkeit.

Diese Unterstützung zur Wirksamkeit ist nicht zu verwechseln mit einem Mitagieren des unersättlichen oralen Anspruchs dependent Depressiver („Anaklitischer Typus“ nach Sidney Blatt), denn im hier gemeinten Ansatz wird die neue gute Erfahrung reflektiert, bewertet und auf Integrationsbereitschaft überprüft. Die Ambivalenz von Abhängigkeitsbedürfnis und generalisiertem Misstrauen wird bewusst bearbeitet.

Die Mitteilung des Prozessualen und der Potenzialität sollen eine implizite Erfahrung werden. Die prozessuale Begegnungsform, die der Therapeut als „implizite Begegnung“ beibehält, erachten wir als den zentralen Wirkfaktor.

## Folie „Der Therapeut als Subjekt des depressiven Feldes“

### Der Therapeut als Subjekt des depressiven Feldes

Wir gehen davon aus, dass in der Behandlung eines depressiven Prozesses der Patient und der Therapeut ein gemeinsames depressives Feld bilden, das am besten im Hier und Jetzt und intersubjektiv zu bearbeiten ist, wobei der Fokus auf erlebbare Unterschiede in jeglicher Hinsicht zu legen ist. Durch die fixierten beiden Konfluenzen und die Retroflektion des Patienten gerät der Therapeut in eine – mit Jan Roubal bildlich gesprochen – „magnetische Anziehung der Depression“, aus der sich 2 Gefahren ergeben:

- 1.) Die rigide Schwere des Pat. erscheint unerträglich und der Therapeut geht in aggressive Distanz, bis hin zum verbalen Ausleben sadistischer Impulse.
- 2.) Der Therapeut übernimmt angesichts der leidvollen Anspruchshaltung konfluent Verantwortung und zieht daraus masochistischen Gewinn.

Es ist zwar schwierig, aber notwendig, um diesen Gefahren zu entgehen, 2 günstige Haltungen durch Supervision aufrecht zu erhalten:

- 1.) Ein Selbstkonzept als verlässlicher Therapeut und Mitmensch. Der Therapeut sollte – neben den behandlungstechnischen Möglichkeiten – im Unterschied zu den früheren, Verlustangst induzierenden signifikanten Bezugspersonen ein realitätsbezogenes, in den Perspektiven elastisches, verlässliches und haltgebendes Gegenüber sein.
- 2.) Ein Selbstkonzept als empathischer, optimistischer Therapeut und Mitmensch. Das Selbstverständnis des Therapeuten sollte das eines, sich von der Stimmung, der Mimik, der Gestik und der Zukunftsperspektive des Patienten angemessen unterscheidenden, empathischen Gegenübers sein. Er sollte Humor haben.

## Folie „Zusammenfassung“

### Zusammenfassung

Stichpunktartig zusammengefasst geht es uns in der aktuellen, zeitgenössischen Gestalttherapie bei der Behandlung des Spektrums der Depressionen um Folgendes:

- Wiederbelebung und Stärkung der **Unterscheidungsfunktion** des Selbst (Figur-Grund-Dynamik)
- Unterstützung, den **Rückzug** auf die Zeit nach dem Kontaktvollzug bzw. nach dem Nachkontakt zu verlegen (Tendenz zur geschlossenen Gestalt)
- In Abhängigkeit vom Schweregrad der Depression liegt der Fokus der therapeutischen Arbeit auf der
  - **Ich- Funktion**
  - **Es- Funktion**
  - **Persönlichkeitsfunktion**
- Integration der verlässlichen, **bindungsanalogen Erfahrung** mit dem Therapeuten