

Ruth Berger-Knecht

## **Gestalttheoretische Psychotherapie unter besonderer Berücksichtigung meiner Arbeit in einer nervenärztlichen Praxis**

Ich habe erst im Rahmen meiner Ausbildung zur Gestalttheoretischen Psychotherapeutin begonnen, mich auch theoretisch mit Themen wie anthropologische Konzepte, Persönlichkeitsmodelle des Menschen, sowie Krankheits- und Gesundheitslehre zu beschäftigen. Dafür bietet die Gestalttheorie ein konsistentes Theoriegebäude mit hoher Praxisrelevanz. Sie stellt sehr differenziert und verständlich die Dynamik psychischer und psychosomatischer Vorgänge dar, sowie auch den Umgang mit psychotherapeutischen Prozessen. Durch Umsetzen gestalttheoretischer Grundlagen in die Praxis hat meine ärztliche Tätigkeit an Qualität gewonnen und meine Arbeit mit mehr Sinn erfüllt.

Auf der Suche nach Theorien, die sich mit Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns beschäftigen, bin ich auf das Buch: "Theorie der Humanmedizin" von Thure v. ÜEXKÜLL und Wolfgang WESIACK (1988) gestoßen. Hier heißt es im Vorwort :*".....die Medizin hat angefangen, wenn auch in bescheidenem Umfang und auf einzelne, kleine Gruppen in verschiedenen Fächern beschränkt (aber doch unübersehbar), eine psychosomatische Heilkunde zu werden. Wenn die Optimisten recht behalten, wird irgendwann in der Zukunft die Bezeichnung " psychosomatisch" durch den Namen "Humanmedizin" ersetzt werden können".( S X/XI)*

Diesen Optimismus kann ich persönlich nicht teilen. Es entspricht meiner Erfahrung, daß herkömmliches ärztliches Denken, entsprechend den Erkenntnissen der Schulmedizin, noch allzusehr dem atomistischen Modell des Menschen - dieser sei aus Einzelteilen zusammengesetzt, eine störanfällige Maschine - verhaftet ist und nicht der ganzheitlichen Betrachtung von Körper und Seele. So werden in der Schulmedizin oft einfache Ursache- Wirkungsbeziehungen geknüpft, wenn es z. B. darum geht, Krankheitsursachen festzustellen. Es werden Störungen von Organen oder Zellverbänden isoliert betrachtet und daraus Rückschlüsse auf das Funktionieren im lebenden Organismus gezogen, d.h. von in vitro Erfahrungen direkt auf in vivo Verhältnisse übergegangen. WEINER (in ÜEXKÜLL u. WESIACK, 1988, S 51) stellte noch 1986 fest, daß die Ärzte von Galen über Morgagni und Virchow bis heute die Ursache von Krankheiten nicht in veränderten Lebensabläufen, sondern in Strukturveränderungen von Organen und Zellen gesucht haben, die sie bei der Sektion von Leichen fanden.

METZGER (1975) schreibt in dem Kapitel "Das Problem der Eigenschaften": *"Die zerlegende Analyse der Atomisten untersuchte das Einzelne unter Vernachlässigung des Ganzen. Rechte ganzheitliche Betrachtung aber kehrt nicht einfach diesen Fehler um und untersucht nun das Ganze unter Vernachlässigung des Einzelnen. Sie untersucht auch das Einzelne so sorgfältig wie der Atomist, aber ohne wie dieser seinen Platz im Ganzen und damit das Ganze selbst aus den Augen zu verlieren" .(S 95)*

Das Verständnis seelischer Krankheiten als einseitig verursacht durch einen organmedizinisch auffindbaren neurologischen Defekt oder eine Stoffwechselstörung ist ein, in der nosologisch orientierten Schulmedizin, noch immer fest verankertes Paradigma.

Medikamentöse Therapie steht auch im Vordergrund des psychiatrischen Behandlungskonzeptes. Psychotherapie verkommt eher zur Begleitmaßnahme in einem über ein pathologisches Substrat definierten Krankheitsmodell. SZASZ, selbst Psychiater, übt Kritik an dieser Ansicht, wenn er schreibt: *"Alle Lebensschwierigkeiten werden chemisch- physikalischen Prozessen zugeschrieben, die zur gegebenen Zeit von der medizinischen Forschung entdeckt werden würden. Der einzige Unterschied zwischen seelischen und körperlichen Krankheiten liege demgemäß darin, daß sich erstere, bei denen das Gehirn in Mitleidenschaft gezogen ist, in psychischen Symptomen manifestieren, letztere, die andere organische Systeme betreffen, dagegen in Symptomen der betreffenden Körperregionen"* (zit. nach WALTER, 1996, S.17)

Bei zugrundeliegendem organischen Defekt von seelischer Krankheit zu reden, sei irreführend, wie SZASZ weiter schreibt. Ein Defekt im Nervensystem könne nie die Überzeugungen eines Menschen erklären. Und weiter: *"Die Evidenz spricht für die Auffassung, daß man heute als seelische Krankheit bezeichnet, was zum größten Teil Kommunikationen nicht akzeptabler Vorstellungen sind"*, also Abweichungen vom "Normalen" (zit. nach WALTER, 1996, S. 17). Es geht SZASZ (nach WALTER 1996) um die Akzeptanz der Tatsache, daß menschliche Beziehungen von Natur aus Schwierigkeiten mit sich bringen. Diese Schwierigkeiten sollten Gegenstand der Therapie sein und nicht eine postulierte dahinterliegende organische Störung. Es ginge um die Lebensschwierigkeiten, die in verschiedenen Bereichen angesiedelt sein können und letztlich um mehr Verständnis beziehungsweise ein von Verständnis geprägtes Handeln. Im Gegensatz zum sog. "medizinischen Modell" steht das "erzieherische Modell", das als Ursache von psychischen Störungen die Art der innerlichen Verarbeitung von Lebensschwierigkeiten sieht. Der störungsfreie Ablauf psychischer Prozesse steht im Blickpunkt der Themenkreise Gesundheit bzw. Krankheit.

Die Anwendung des erzieherischen Modells auf praktisches therapeutisches Handeln hat für meine psychiatrisch-ärztliche und auch psychotherapeutische Tätigkeit weitreichende Implikationen. Durch Anwendung des erzieherischen Modells als eine Grundlage ärztlichen Handelns wird der an psychischen Störungen leidende Mensch nicht mehr so rasch als psychisch krank abgestempelt, sondern er wird von vornherein als selbstverantwortlich und auch prinzipiell befähigt angesehen, Einsicht in seine Störungen und die Ursachen zu gewinnen und sie auch zu beeinflussen. In der Therapie geht es dann nicht mehr primär nur um eine medikamentöse Behandlung, sondern in erster Linie um "Nacherziehung", das heißt Aktivierung und Stärkung der Fähigkeit des Patienten oder Klienten, sich selbstverantwortlich mit seiner Störung auseinanderzusetzen und sie zu überwinden (vgl. auch WALTER 1996, S. 16-36).

Ausgangspunkt differenzierter Überlegungen über psychophysische Zusammenhänge, wie sie auch für die Psychiatrie und Neurologie grundlegend sind, ist der kritische Realismus, die Erkenntnistheorie der Gestalttheorie. Der kritische Realismus geht davon aus, daß streng unterschieden werden muß zwischen der sogenannten phänomenalen Welt (dem subjektiven Erleben) auf der einen und der transphänomenalen Welt (der physikalischen Welt, der Welt an sich) auf der anderen Seite (METZGER, 1954). Zu dieser "Welt an sich" haben wir nur indirekt Zugang über unsere phänomenale Welt, also die Welt, wie sie jeder einzelne Mensch erlebt. Bei unserem Bemühen, Wissen über die transphänomenale Welt zu erlangen, stehen uns also nur die Wahrnehmungen und Einsichten zur Verfügung, die uns unsere phänomenale Welt ermöglicht. Damit wird die Welt gleichsam verdoppelt. Diese Verdoppelung ist auch die einzig mögliche Erklärung für das sogenannte Innen/Außen-Paradoxon: Wir Menschen erleben die Welt als außerhalb von

unserem Körper befindlich, unser Körper existiert wieder außerhalb unseres Gehirns, das unter der Schädeldecke liegt. Gleichzeitig wissen wir aber, daß Sinnesreize von außen ins Gehirn geleitet werden und dort weiterverarbeitet werden. Alles spielt sich im Gehirn ab, nichts gelangt wieder nach außen. Das heißt folgerichtig, daß sich unsere phänomenale Welt, unser phänomenaler Körper und auch unser phänomenales Gehirn innerhalb unseres physikalischen Gehirns befindet, welches sich wiederum innerhalb eines physiologischen Organismus innerhalb der transphänomenalen Wirklichkeit befindet. In einem bestimmten Bereich des Großhirns wird das "Psychophysische Niveau" angesiedelt, wo die realen Sinnesreize verarbeitet und bewußtseinsfähig werden. Das, was als äußere physikalische Umgebung erlebt wird, ist und bleibt Sachverhalt der Vorgänge des Psychophysischen Niveaus. Ein direkter Vergleich beider Welten ist nicht möglich, und jede Aussage über ihr Verhältnis muß Hypothesencharakter tragen.

EINSTEIN (nach ÜXKÜLL/WESIAK 1988, S 29) hat die Tatsache, daß wir die "Realität" niemals objektiv erfassen und uns nur Bilder von ihr machen können, die auf Deutung beruhen, in einer Metapher formuliert:

*" .in unserem Bemühen, die Realität zu verstehen, gleichen wir in gewisser Weise einem Menschen, der den Mechanismus einer verschlossenen Uhr verstehen will. Er sieht das Ziffernblatt und die Bewegungen der Zeiger, er hört ihr Ticken, aber er hat keine Möglichkeit, ihr Gehäuse zu öffnen. Wenn er scharfsinnig ist, kann er sich das Bild eines Mechanismus ausdenken, der das erklären kann, was er zu beobachten vermag. Aber er darf niemals sicher sein, daß sein Bild das einzige ist, das seine Beobachtungen erklärt. Er wird nie in die Lage kommen, sein Bild mit dem wirklichen Mechanismus zu vergleichen. Ja, er kann sich nicht einmal vorstellen, was für einen Sinn so ein Vergleich haben könnte. "*

Die Gestalttheorie macht nun noch einen weiteren Unterschied zwischen der naiv- phänomenalen Welt und der kritisch-phänomenalen Welt. Die letztere ist das Ergebnis des Versuchs, mehr über die Welt an sich zu erfahren ( z.B. wissenschaftliche Theorien, das, was zumeist "objektiv" genannt wird). Zum Unterschied dazu ist uns die naiv-phänomenale Welt unmittelbar gegeben. Dies schließt zum Beispiel auch optische Täuschungen mit ein: ich sehe einen Menschen in der Dunkelheit, erkenne aber, sobald ich näher komme, daß es sich nur um einen Baumstumpf handelt.

In Bezug auf Wissenschaft und Forschung müssen wir uns immer klar sein, daß das, was immer ich auch erforsche, letztlich Produkt meiner phänomenalen Welt ist. Der Gehirnphysiologe z.B. erforscht das ihm zugängliche Gehirn eines Menschen, und das ist ihm nur phänomenal zugänglich. HANSCH (1996) läßt in seinem Aufsatz über Konstruktivistischen Monismus einen Spaziergänger durch das menschliche Gehirn wandern auf der Suche nach Erkenntnissen: *"Auch wenn ich sozusagen mitten drin bin, ist mir der direkte Zugang zum physikalischen Gehirn nicht möglich ..., Was heißt hier, wo ist das Bewußtsein ? Fragen wir doch erst mal: Wo ist das Gehirn? Wieviel vom realen Gehirn wird mir hier gezeigt? Ist dies ausreichend, um die Entstehung von Bewußtsein erklären zu können?"* (Gestalttheorie Vol.18/2,S 127)

Bei der Frage nach der Art der Beziehung zwischen psychischen und physischen Prozessen im Psychophysischen Niveau vertritt die Gestalttheorie die empirische Arbeitshypothese der Isomorphie. Danach haben die Bewußtseinsvorgänge ihre strukturelle Entsprechung in den physiologisch-chemischen Vorgängen der Hirnrinde. Damit ist die alte Annahme überholt, daß Bewußtsein eigentlich nur ein Epiphänomen physiologischer und chemischer Prozesse sei. Es wird postuliert, daß die gestalttheoretischen Befunde sowohl für den psychischen als auch für den

physikalischen Bereich gültig sind. In letzter Konsequenz heißt dies, daß in der physikalischen Welt ähnliche Gesetzmäßigkeiten gelten wie in der psychischen Welt (KÖHLER 1968 nach WALTER 1985, S 80/81)

Diese Annahme zwingt zum Umdenken in Bereichen, wo wissenschaftliche Forschungsergebnisse streng getrennt organische und psychische Sachverhalte abhandeln.

STEMBERGER (1992) setzt sich in seinem Artikel "Gentechnologie und Menschenbild" unter anderem auch mit den Ergebnissen der Neurotransmitterforschung auseinander. Er zitiert die Aussage einer Neuropharmakologin, die die Neuropeptide als biochemische Einheit der Gefühle beschreibt. Für sie seien Neuropeptide die Auslöser der Emotionen, Gefühle das Werk von Molekülen, die sich mit biochemischen Formeln beschreiben und im Labor nachbauen lassen. Aus kritisch-realistischer Sicht sind diese Schlußfolgerungen nicht zulässig. Einzelne biologische Sachverhalte stehen in dynamischer Beziehung zueinander und auch im Zusammenhang mit der anschaulichen Welt und dürfen nicht einsinnig kausal miteinander verknüpft werden. Das hieße in diesem Falle, daß die Neuropeptide die molekulare Entsprechung für die Emotionen wären, die als Zustände der phänomenalen Welt auch wieder Einfluß haben auf die molekularen Zustände.

Kurt GOLDSTEIN (1963) hat in seinem Buch "Der Aufbau des Organismus" ein Gesamtkonzept des menschlichen Organismus auf phänomenologischer und ganzheitlicher Basis entwickelt, womit Lebensvorgänge erst wirklich verständlich werden. Der Organismus ist als Ganzheit zu betrachten, der Gestaltgesetzmäßigkeiten unterliegt. Im Organismus sind nicht nur Ausgleichsvorgänge am Werk, die regulativ bei Störungen des Gleichgewichts eingreifen. Das Ziel ist immer das adäquate Mittel, jene dynamische Ausgangslage mit der Möglichkeit zum optimalen Handeln zu erreichen.

GOLDSTEIN hat diese Vorstellung von der Strukturierung des Gehirns zu einer Zeit postuliert, in der die Medizin noch streng an physikalischen Modellen orientiert war.

Die Neurophysiologie setzte das "Primat der Struktur vor der Funktion" der Neuroanatomie fort, und wurde so zu einer mechanistischen und physiko-chemischen Betrachtung, wodurch die Funktion und das Phänomen selbst zersplittert wurde und verloren ging.(G. NORTHOFF 1991, S 5). Heute geht man mehr und mehr von der Annahme aus, daß das Gehirn als neuronales Netzwerk konzipiert ist. Das heißt, daß einzelne Neurone nicht isoliert und separat betrachtet werden können, sondern nur in ihrer Verbindung miteinander. In den "functional nodes" wird Erregung gestaltet, modifiziert und kanalisiert. (NORTHOFF 1991, S.7)

GOLDSTEIN betrachtete die Ganglienzellen als solche Knoten (GOLDSTEIN 1927, zit. NORTHOFF 1991, S7). Das Gehirn stellt ein selbstreferentielles System dar, dessen neuronale Zustände zirkulär angeordnet sind, da sie in unendlich rekursiver Weise miteinander interagieren. Rein lokale Veränderungen gibt es in diesem Hirnfeld nicht. Krankheiten von Nervensystemen sind daher nicht Ausfälle von spezifisch lokalisierten Elementarfunktionen sondern Umbildungen der Gestalten und Konfigurationen des Gehirnfeldes sowie deren Funktionswandel (NORTHOFF 1991, S 8).

Das Konzept von der Einheit von Psychischem und Physischem hat für die Krankheitslehre sowie auch für meine Tätigkeit als Psychotherapeutin weitreichende Konsequenzen. Ich bin nicht mehr nur auf das angewiesen, was der Patient sagt oder denkt. Ich kann mich auch an die beobachtbaren körperlichen Veränderungen, einer Geste oder Änderung der Mimik halten, die oft schon viel offensichtlicher anzeigen, was in dem Patienten vorgeht, auch ohne daß es diesem bewußt sein muß. Das impliziert einen ständigen Kontakt mit meinem Gegenüber, den ich in allen seinen Aspekten

beobachte und wahrnehme um mitzubekommen, was in ihm vorgeht. Als Arzt achte ich darauf, während des Gesprächs mit dem Patienten möglichst wenig gestört zu werden, auch meine Notizen in den PC während des Gesprächs auf das Notwendigste zu beschränken. Ich möchte mich meinem Gegenüber uneingeschränkt zuwenden können.

Die gestalttheoretische Sichtweise von psychischen Erkrankungen als Interaktionsstörung zwischen Individuum und Umwelt hat für mich dabei in der Praxis insofern Relevanz, daß Behandlung und Therapie für mich nicht in erster Linie heißt, nur Medikamente zu verabreichen. Vor dem Hintergrund meines gestalttheoretischen Wissens geht meine Intention dahin, den Patienten beim Prozeß des Gewährwerdens und Erkennens von Sinnzusammenhängen sein Leben betreffend, von persönlichen Schwierigkeiten und Beziehungen zu anderen Menschen, also bei der Entfaltung des eigenen Potentials zu unterstützen und zu begleiten. Natürlich werde ich auch Psychopharmaka verabreichen, wenn es aus meiner Sicht erforderlich ist. Dabei ist mir aber auch bewußt, daß ärztliche Anweisungen - z.B. die regelmäßige Einnahme von Medikamenten oder die Einhaltung von bestimmten, ärztlich verordneten Verhaltensmaßnahmen - entscheidend in den Lebensraum des Einzelnen eingreifen. Ärztliche Therapie bedeutet neben möglichst vollständiger Restitution einer Schädigung auch Milieumgestaltung in unterschiedlichem Ausmaß, und kann in manchen Fällen bei massiver Einschränkung des Milieus auch zu einer sog. Katastrophenreaktion führen.

Ich beziehe mich dabei auf die ganzheitliche Theorie GOLDSTEINs, der eine dem Organismus innewohnenden Tendenz zu ausgezeichnetem und geordnetem Verhalten beschreibt. Diese ist Ausdruck dafür, daß der Organismus immer wieder einer Situation zustrebt, in der er das Adäquateste leisten kann. Der Organismus, der sich in seinem zugehörigen Milieu in geordnetem Verhalten verwirklicht, ist "normal". Krankheit tritt dann ein, wenn ein Organismus so verändert ist (etwa bei einer Hirnschädigung), daß er in dem ihm zugehörigen Milieu überfordert ist und es zu einer Katastrophenreaktion kommt (massive Angst, gestörtes Gesamtverhalten). Um aus der Katastrophenreaktion wieder zu einem geordneten Zustand zu kommen (was auch eine Defektheilung miteinschließen kann), kann der Patient eigentümliche Verhaltensweisen zeigen: z.B. fehlende Selbstwahrnehmung des Defektes, Ersatzleistungen, ausgesprochene Tendenz zur Ruhe, Ordentlichkeit oder auch Umwandlung des Milieus mit Vermeidung aller Situationen, in denen Katastrophenreaktionen auftreten könnten.

Dem gesunden Organismus - auch dem mit einer Defektheilung - entsprechen zum Unterschied von der Ausgangslage neue individuelle Parameter (z.B. Puls, Blutdruck, Gesamtverhalten), was bei der Bewertung im Rahmen eines medikamentösen Therapieplans unbedingt zu berücksichtigen ist. Blindes Therapieren nach einem Schema, bei dem nicht auf die individuelle Lage des Einzelnen eingegangen wird, kann mehr Schaden als Nutzen anrichten - oder sogar zu einer Katastrophenreaktion führen, die ja gerade vermieden werden sollte.

Ich möchte dazu ein Beispiel aus der Praxis bringen: Ein Manager, der durch übermäßigen Streß, gepaart mit ungesunder Lebensweise einen Herzinfarkt erlitt, versuchte, nach langer zeitintensiver Rehabilitation in seinem alten Beruf wieder Fuß zu fassen. Er war nach ärztlichem Ermessen wieder gesund, mußte jedoch regelmäßig Medikamente einnehmen und hatte immer wieder leichte Brustschmerzen. In seinem Arbeitsfeld bemerkte er deutlich seine nach dem Herzinfarkt bestehende allgemein verminderte Belastbarkeit, was ihm schwer zu schaffen machte. Er fühlte sich nicht gesund. Schweren Herzens beschloß er, seinen Beruf aufzugeben. Zu Hause begann er zu schreiben, ein Musikinstrument zu lernen und brachte es noch zu beachtlichen künstlerischen Erfolgen. In diesem

neuen Lebenszusammenhang fühlte er sich wieder gesund. Der somatische Befund hatte sich in der Zwischenzeit nicht geändert, die Schwielen an der Herzhinterwand war weiterhin da, die medikamentöse Therapie blieb unverändert.

Dieses Beispiel zeigt, wie relativ der Gesundheitsbegriff ist, er läßt sich nur verstehen als Funktion von Organismus und Umwelt („Milieu“), die sich gegenseitig beeinflussen. Was GOLDSTEIN für den Organismus postuliert hat, nämlich eine „Tendenz zu ausgezeichnetem und geordnetem Verhalten“, findet sich in der Gestalttheorie wieder als "Tendenz zur guten Gestalt", welche sich in über hundert Gestaltungsgesetzen manifestiert. Sie ist der allgemeinste Begriff zur Erfassung der menschlichen Persönlichkeit (WALTER 1985).

Ein umfassendes Konstrukt der Persönlichkeit, das es ermöglicht, die Gestaltbedingungen zu erkennen, zu beschreiben und zu verstehen, unter denen konkrete Gestaltfaktoren wirksam werden, ist das Lebensraumkonzept von LEWIN (1963), welches die Umsetzung dieser gestalttheoretischen Grundlagen in praktisches therapeutisches Handeln ermöglicht. Gemäß der Feldtheorie LEWINS muß eine Person und ihre erlebte Umwelt als Feld betrachtet werden; dieses Feld nennt LEWIN Lebensraum. Er schließt alle, das Verhalten eines Menschen bestimmenden Kräfte ein. Dazu gehören menschliche Beziehungen, Ziele, Träume, Ideen usw.

(zit. WALTER 1985, S 82/83 und S232-234)

In meiner ärztlichen Arbeit geht es mir um eine ganzheitliche Betrachtung des Menschen. Von dieser Ganzheitlichkeit möchte ich jetzt einen Aspekt näher betrachten, nämlich den der psychophysischen Einheit des Menschen und ihn von meiner Praxis her beleuchten. In meine Ordination werden von praktischen Ärzten und Fachärzten verschiedener Disziplinen Menschen zugewiesen, die an Symptomen leiden, die vorwiegend auf organische Störungen des zentralen oder peripheren Nervensystems schließen lassen, andererseits aber auch Patienten mit einer psychiatrischen Zuweisungsdiagnose. Es kommt vor, daß mich Patienten gezielt aufsuchen um mit mir über ein Problem zu sprechen, das sie belastet und das sie als psychisches Problem formulieren. Im häufigsten Fall hat ein Patient aber körperliche und seelische Leidenszustände, die sich auch in organopathologischen Befunden (physikalische Welt) niederschlagen können. In der Beschwerdenschilderung der Patienten stehen die körperlichen Symptome oft im Vordergrund.

Ein Beispiel: Ein Patient wird vom Hausarzt überwiesen wegen "therapieresistenter" Kopfschmerzen. Er berichtet mir von seinen Symptomen: fast ständig anhaltende Kopfschmerzen, Schwindel, Schweißausbrüche und auch depressive Stimmung. Er schildert auf mein Nachfragen wie oft, wann und wie lange seine Kopfschmerzen auftreten und welche Medikamente er bisher genommen hat. Ich bewege mich vorerst auf der somatischen Ebene und versuche mit verschiedenen diagnostischen Mitteln herauszufinden, ob eine identifizierbare organische Störung vorliegt ( z.B. ein Hirntumor). Ich mache einen neurologischen Status und kann keinen pathologischen Organbefund erheben. Von der Symptomatologie her handelt es sich um einen Spannungskopfschmerz.

Im längeren Gespräch kommt die Sprache auf die pflegebedürftige Mutter, die seit einer Woche im Heim lebt und vorher vom Patienten betreut wurde. Während er von seiner Mutter spricht, bemerke ich an seinem Gesichtsausdruck, daß er den Tränen nahe ist. Ich spreche ihn darauf an und frage ihn nach seinen Gefühlen, die er gegenwärtig verspürt. Er fängt zu weinen an, gleichzeitig entschuldigt er sich dafür, daß er weint. Das wäre ihm bei einem Arzt noch nie passiert. Ich sage ihm, er solle die Tränen zulassen und auf die Gefühle achten, die bei ihm auftauchen. *"Ich fühle mich schuldig, ich*

*habe ein schlechtes Gewissen. Meine Mutter war immer so gut zu mir. Aber ich kann sie nicht mehr pflegen, ich habe selber schon schwere Kreuzschmerzen vom Heben".* Während er spricht, bemerkt er wieder starke Kopfschmerzen. Er beschreibt sie im gesamten Kopfbereich, als drückend, sehr intensiv, das Denken behindernd. Der Patient hat seine Mutter in das Pflegeheim gebracht, da er mit ihrer Betreuung nicht mehr zu Rande gekommen ist. Gleichzeitig bestehen aber auch Schuldgefühle, die ihm bis jetzt nicht voll bewußt waren, beziehungsweise von ihm nicht so wichtig genommen worden waren.

Mit diesem Beispiel möchte ich verdeutlichen, wie sehr meine ärztliche Arbeit auch von dem Wissen des überaus engen Zusammenhanges zwischen körperlichen und seelischen Störungen geprägt ist, wie sie in der Isomorphieannahme der Gestalttheorie zum Ausdruck kommt, sowie auch von der Notwendigkeit, dieses Wissen in die Praxis umzusetzen. Die Isomorphieannahme geht, wie bereits erläutert davon aus, daß Psychisches und Physisches zwei Seiten derselben Sache im Psychophysischen Niveau sind, d.h. daß Vorgänge im Bewußtsein ihre strukturelle Entsprechung in den physiologisch-chemischen Vorgängen der Hirnrinde haben, ohne daß man sagen könnte, das eine sei prinzipiell vor dem anderen da.

Bei meinem Patienten waren es die Kopfschmerzen als körperliches Phänomen und die depressive Stimmung auf der Gefühlsseite, beides Ausdruck eines noch ungelösten Konfliktes zwischen dem Betonen eigener Ansprüche („*ich möchte auch wieder mehr Zeit für mich haben*“) und dem Pflichtgefühl der Mutter gegenüber. Ich habe mit dem Patienten nach Beendigung des Gesprächs, in dem es darum ging, bewußt werden zu lassen, was an Empfindungen und Gefühlen da war, mit dem Patienten besprochen, primär keine Medikamente einzusetzen und einen weiteren Gesprächstermin vereinbart. Wie hätte es anders laufen können? Ich hätte auf der somatischen Ebene bleiben und unter der Diagnose "Spannungskopfschmerz" eine medikamentöse Therapie einleiten können ohne den mit den Beschwerden so eng verknüpften seelischen Konflikt überhaupt wahrzunehmen, geschweige denn anzusprechen. Die Kopfschmerzen, nehme ich an, wären unter diesen Voraussetzungen, wahrscheinlich weiterhin „therapierestent“ geblieben. Die körperlichen Symptome wären weiterhin im Vordergrund vorhanden gewesen, was möglicherweise zu weiteren Untersuchungen und Konsultationen Anlaß gegeben hätte, mit der Folge einer Chronifizierung und einer weiteren Verunsicherung des Patienten.

Eine typische Aussage möchte ich an dieser Stelle erwähnen, weil sie zeigt wie stark Begriffe wie Krankheit und Gesundheit auch in der Bevölkerung über organisch-somatische Definitionen laufen. Der Patient bemerkt: *"Also sind meine Beschwerden nur eingebildet, ich habe also gar nichts, das ist bei mir nur psychisch"*. Diese Sichtweise würde implizieren, daß psychische und physische Vorgänge im Organismus unabhängig, parallel ablaufen, jede mit seinen eigenen Gesetzmäßigkeiten. Die Gestalttheorie hingegen geht von einer unmittelbaren Einheit psychischer und physischer Gegebenheiten. Diese Aussage des Patienten impliziert auch, daß er fürchtet, mit seinen "lediglich" psychischen Beschwerden nicht ernst genommen zu werden, so wie er sich mit seinen Gefühlen auch nicht ernst genommen hat.

Der sehr enge Zusammenhang von körperlichen und seelischen Abläufen ist in meiner praktischen Arbeit evident. Entsprechend schreibt auch Wolfgang METZGER (1986, S. 247): *"....kann man sich die Wechselwirkung zwischen unserem Innersten und unserem Leib nicht innig genug vorstellen. Unser Innerstes ist zwar gegenüber dem Leib als Sonderbereich mehr oder weniger stark abgesetzt; gleichwohl bildet er mit ihm zusammen ein dynamisch aufs engste, und zwar*

*in vielerlei Weise kommunizierendes Ganzes, in welchem der Zustand jedes Teils und jeder Stelle von den Zuständen an allen anderen Teilen und Stellen mitgetragen wird und seinerseits sie mitträgt, so daß grundsätzlich nirgends sich etwas ändern kann, ohne daß es an jedem anderen Teil des Ganzen Folgen hat. Leib und Seele stehen, mit anderen Worten, im Gestalt-Zusammenhang".*

In der Schulmedizin wird mit dem Einführen der Psychosomatischen Medizin der Wertigkeit psychischer Faktoren für das Auslösen körperlicher Störungen bis zu manifesten strukturellen organischen Veränderungen Tribut gezollt. Hier wird aber wieder eingleisig eine Ursache, nämlich die psychische Störung, als Auslöser einer körperlichen Erkrankung herangezogen wie bei anderen Erkrankungen, z.B. ein infektiöses Virus. Rainer KÄSTL (1996) schreibt dazu in seinem Artikel über "Gestalttheoretische Grundlagen in der Psychosomatik": *"Auch wenn ich anerkennend feststellen muß, daß bei diesem Verständnis die Psyche des Menschen bei der Entstehung und Behandlung von organischen Erkrankungen eine Rolle spielt, so neige ich dazu, diese Sichtweise für einen Kurzschlußautomatismus zu halten, in dem möglichst isoliert betrachtete organische Störungen mit ebenfalls möglichst isolierten psychischen Verursachungsfaktoren in Verbindung gebracht werden sollen"* ( erschienen in ÖAGP-Informationen 5/ 96, S. 1). Im Gegensatz zu dem "Sonderfachstatus", den die Psychosomatik in der Schulmedizin noch darstellt, geht die Gestalttheorie von der Prämisse aus, daß jede Störung und jede Heilung psychosomatischer Natur ist.

Wie ich schon zu Beginn dieser Arbeit erwähnt habe, hat sich durch die Beschäftigung mit der Gestalttheorie ganz konkret mein Selbstverständnis als Ärztin gewandelt und einem ganzheitlichen und partnerschaftlichen Beziehungsmodell Platz gemacht. Wo ich früher eher eine Rolle gespielt habe, nämlich die der jederzeit geduldigen, verständnisvollen und wissenden Ärztin (auch wissend, was für den Patienten das Beste ist), bemühe ich mich jetzt, authentisch zu sein, das heißt, zur meiner inneren Realität zu stehen und auch Empfindungen zuzulassen, die mir nicht gefallen (vgl. ROGERS 1973). Diese Echtheit des Therapeuten ist eines der Kennzeichen, die Voraussetzung sind, um der Therapiesituation als Ort schöpferischer Freiheit gerecht zu werden. Auch ein ärztliches zehnmütiges Gespräch, das z.B. eher symptomorientiert, zur Abklärung einer möglichen organischen Erkrankung dient, kann Anstöße zur Umstrukturierung des psychischen Feldes des Patienten geben, wenn es in einer Atmosphäre der Wertschätzung und Akzeptanz des Patienten stattfindet und von Empathie getragen ist. Empathie bedeutet die Fähigkeit, den anderen und seine Welt mit seinen Augen zu sehen (vgl. ROGERS 1973). Diese genannten Kriterien sind ebenso Grundbedingungen für das Wirksamwerden schöpferischer Kräfte wie die allgemeinen Prinzipien im Umgang mit dem Lebendigen, wie sie Wolfgang METZGER in seiner „Schöpferischen Freiheit“ beschreibt.

Der Begriff der Selbstverwirklichung, als Schlagwort vielfach verwendet und mißinterpretiert, kann aus gestalttheoretischer Sicht nur so verstanden werden, daß sich das im Menschen angelegte Potential ohne Zwang von außen, wie ihn etwa starre Regeln darstellen, und ohne Verkenning der allgemein- menschlichen wie individuellen Möglichkeiten entfaltet (Nicht- Beliebigkeit der Form). Auch das Prinzip der „Gestaltung aus inneren Kräften“ stellt die Sinnhaftigkeit äußerer Zwangsmaßnahmen in Frage, wenn es darum geht, dauerhafte neue Lebensformen zu entwickeln, die von der Entfaltung innerer Kräfte getragen sind.

Ein Beispiel aus der Praxis ist dafür die Therapie mit Alkoholkranken, wo zu Beginn meistens das alleinige Verbot des Arztes steht, der Patient dürfe aus dem und dem Grund nichts mehr trinken. Mit diesem Verbot greife ich in die physikalische und soziale Welt des Patienten ein, hoffe aber, daß der Klient sich mit diesem Verbot auseinandersetzt und mir seine "eigentümliche Antwort" darauf gibt (vgl. WALTER, 1985, S138). Je nachdem werde ich ein individuelles Therapieangebot überlegen, Gruppen- oder Einzeltherapie, oder aber eine Selbsthilfegruppe. Therapieziel ist es, daß sich letztlich ein neue Lebensform - eine ohne Alkohol - entwickelt, die aus inneren Kräften, inneren Überzeugungen getragen ist und nicht von äußeren Verboten. Ein Mitglied der Anonymen Alkoholiker hat es einmal sehr schön formuliert: *"Am Anfang steht: ich darf nichts trinken - später heißt es - ich soll nichts trinken - und erst wenn für mich gilt - ich will nichts (mehr) trinken - , bin ich überm Berg."*

Es kommt auf den "Zug des Ziels" an, der durch äußerer Zwang zerstört werden kann (WALTER 1985, S.150). Zug des Ziels bedeutet, daß im Lebensraum von einem Ort der Umwelt auf die Person eine Kraft oder ein Kraftfeld einwirkt; mit andern Worten: es besteht ein Gestaltzusammenhang zwischen Mensch und seinem Ziel (METZGER 1976, zit. nach WALTER 1985, S151). Starker Gestaltzusammenhang und starke Zugkraft des Ziels gehen konform. So ist dann auch einmal ein Abweichen von diesem Ziel bei einem nur durch Feldkräfte gesteuerten Vorgehen nicht so katastrophal, da der Zug des Ziels auch von diesem Punkt aus wirksam ist. Im konkreten Falle wäre das der Alkoholiker, der trotz eines Rückfalls aus innerer Überzeugung heraus die Lebensform ohne Alkoholkonsum wiederherstellen kann.

Das nächste Prinzip, das der „Nicht- Beliebigkeit der Arbeitszeit“, hat auch im praktischen Umgang mit speziell Alkoholkranken besondere Relevanz. Es bedeutet, daß ich als Therapeut im umfassenden Sinne oft warten muß, bis der Patient soweit ist und zum Beispiel Hilfe annehmen kann. Ich habe oft die Erfahrung gemacht, daß der Alkoholranke augenscheinlich oft noch nicht "tief genug" gesunken war um eine Abkehr von seiner bisherigen Lebensform wirklich ins Auge zu fassen. Ich sehe noch die Kurve vor mir (sie hing an der Wand in der Alkoholberatungsstelle St. Pölten, wo ich einige Jahre tätig war), die den sozialen Abstieg sowie den somatischen und geistigen Verfall Alkoholkranker als Funktion von Dauer und Menge des Alkoholkonsum grafisch darstellte. Einige Ambulanzbesucher, die noch weiter tranken, versuchten sich an Hand dieser Kurve selbst einzuschätzen. Sie meinten selbst über sich, daß sie wohl erst aufhören würden zu trinken, wenn sie am tiefsten Punkt angelangt seien, mit völligem sozialem Abstieg, Obdachlosigkeit, mit schweren somatischen und/oder psychischen Folgeerscheinungen. Das heißt, daß der Therapeut in diesem Falle oft abwarten muß, bzw. zusehen muß, um dann im richtigen Augenblick einzugreifen. Das gleiche gilt auch für die Wahl des Zeitpunktes für eine therapeutische Intervention in einer Therapiesitzung.

Aus dieser Sicht heraus verbieten sich Ratschläge und Ermunterungen zu einschneidenden Lebensveränderungen, wie sie oft vom Klienten- oder Patienten gewünscht werden - *"Frau Doktor, was meinen Sie, soll ich mich scheiden lassen?"*. Ich kann und will in einer solchen Situation keine Ratschläge geben, da der Klient selbst am besten weiß, wenn auch nur latent, was zu tun ist. Ich kann ihm nur Hilfestellungen geben, daß er dieses Wissen auch anwenden kann. Derartige Besserwisserei sind auch Ratschläge, was der Patient im konkreten Fall tun solle (Arbeitsplatzwechsel, Wohnortswechsel, Veränderungen in Partnerschaften, etc.). Ein Neurotiker ist nach PERLS jemand, dem nur ungenügend bewußt ist, was vor dem Hintergrund der Gesamtlage seiner Situation gefordert ist. Er ist vielmehr mit seinen „Blockaden“ und damit verbundenen,

fehlgeleiteten Anstrengungen beschäftigt. Es gilt, das "neurotische Arrangement" im Laufe des therapeutischen Prozesses aufzugeben und allmählich einen neuen, befriedigenderen Gleichgewichtszustand zu erreichen.(vgl. ZABRANSKY/ SOFF 1996, S26) Änderung beginnt jedoch erst, wenn jemand wird, was er ist und ist dort nicht möglich, wo jemand zu sein versucht, was er nicht ist (WALTER).

Die Prinzipien der Konkretheit und Gegenwärtigkeit wirkender Fakten sind im „Hier- und-Jetzt-Prinzip“ zusammengefaßt; das bedeutet, daß lediglich die gegenwärtige Gesamtsituation das Geschehen beeinflußt und nicht vergangene oder zukünftige Fakten. Von Vergangenen und Zukünftigem ist nur das wichtig, was dem Einzelnen davon hier und jetzt gegenwärtig ist (WALTER 1996, S. 36-51). Es können vielfältige gestalttheoretisch- psychotherapeutische Ausdrucksmittel, je nach Gefordertheit der Therapiesituation, eingesetzt werden, um die im Hier-und-Jetzt hemmenden oder störenden Gefühle, Vorstellungen und Gedanken bewußt und prägnant zu machen. Sie werden damit der konkreten Auseinandersetzung zugänglich. Das gestalt-therapeutische Verfahren ist im Kern eine Widerstandsanalyse (KRIZ 1991, zit. nach ZABRANSKY/ SOFF 1996, S23), wobei jedoch der Widerstand nicht gedeutet sondern dem Klienten gegenwärtig prägnant und erfahrbar gemacht wird. Die methodische Unterstützung besteht darin, daß der Therapeut dazu anleitet, besonders auf Polaritäten im gegenwärtigen Denken, Fühlen und Handeln zu achten und in Dialoge zwischen gegensätzlichen, eventuell unvereinbaren Zielen einzutreten. Diesen Dialog kann der Klient auch mit z.B. abgespaltenen Persönlichkeitsanteilen, Körperteilen oder Traumfiguren führen (z.B. mit der Methode des leeren Stuhles).

Ich möchte jetzt an Hand zweier Patientengeschichten meine Arbeit in der psychiatrischen Praxis erläutern und auch Bezüge zu gestalttheoretischen Überlegungen herstellen:

Frau K. kommt mit Überweisung von einer mir bekannten praktischen Ärztin, die auch Frau K's Arbeitgeberin ist (Frau K. ist dort Sprechstundenhilfe). Ich sehe Frau K. nicht zum ersten Mal. Vor zwei Jahren hatte sie mich wegen starker Schmerzen im linken Oberschenkel aufgesucht, nachdem sie sich unter der Diagnose "Ischialgie" mehreren verschiedenen physikalisch medizinischen Therapien unterzogen hatte, die nicht zur gewünschten Schmerzfreiheit geführt hatten. Ich vermutete damals eine andere Ursache der Schmerzen, eine Schleimbeutelentzündung, deren Behandlung auch prompt Schmerzfreiheit bedingte.

Ich erwähne diese Vorgeschichte zum besseren Verständnis der aktuellen Situation. Frau K. begrüßt mich diesmal mit den Worten: *"Sie haben mir damals so helfen können, hoffentlich können Sie mir auch diesmal helfen"*. Ich spüre sofort eine Art erhöhter innerer Anspannung, getragen von den Gedanken: *"Was ist, wenn ich nicht helfen kann? Ich muß mich besonders bemühen, damit ich auch vor der zuweisenden Ärztin und Kollegin wieder gut dastehe"*. Diese "ehrgeizigen" Gedanken empfinde ich als störend und hemmend, da sie mich auch verunsichern. Meine "schöpferische Freiheit" in der Therapiesituation ist beeinträchtigt, ich verfolge ein Nebenziel. Mir wird dieser Zusammenhang von körperlichem Unwohlsein und meinen Gedanken, gut dastehen zu wollen, sofort klar und es gelingt mir rasch, mich von diesen Gedanken frei zu machen. So kann ich mich wieder ganz mit innerer Entschiedenheit der Patientin widmen. Ich frage sie, was jetzt aktuell ansteht. Frau K. beschreibt, daß es ihr derzeit sehr schlecht gehe, ihr Mann habe sie nach 30 Ehejahren wegen einer anderen Frau von heute auf morgen verlassen. Ich sitze ihr gegenüber, sehe sie, höre sie sprechen und achte auf ihre Gestik und Mimik. Frau K. weint.

Ich sage ihr, sie solle die Tränen zulassen und aussprechen, welche Gefühle die Tränen begleiten. Mit dieser Aufforderung möchte ich sie ihrer gegenwärtigen Gefühle bewußt werden lassen. Frau. K.: *"Ich fühle mich so verlassen, ins Eck gestellt, wie ein alter Besen, den man nicht mehr braucht."* Sie erzählt weiter, daß es ihr besonders in der Früh schlecht geht, wenn sie ganz alleine in der Wohnung ist. Ich frage nach, was das heißt, daß es ihr schlecht gehe. Frau K. meint, daß ihr der Mann fehle, daß sie sich ohne ihren Mann nicht vollwertig fühle. Was fühlen Sie da? *"Ich bin energielos, träge, kann mich zu nichts aufraffen, ich fürchte mich vor einer Depression."* Die Patientin hat bereits ein Antidepressivum von ihrer Chefin und Hausärztin bekommen, wodurch es laut Frau K. bereits zu einer gewissen Aktivierung gekommen ist, merkbar in der besseren Bewältigung von Alltagstätigkeiten.

Die Fragen nach den Wünschen der Patientin, ihren Empfindungen und Gefühlen, sowie ihrem Verhalten im Hier- und- Jetzt zielen darauf hin, ihren Lebensraum zu erforschen und auch auf hemmende oder unangenehme Gefühle, Vorstellungen und Gedanken zu stoßen und diese auch zu ertragen. Es gilt, gemeinsam mit dem Klienten, Kraftfeldanalyse zu betreiben und dabei den "Weg von oben nach unten zu gehen": von den Wesenseigenschaften der Person und ihrer Umwelt zu deren Struktur als dem Bereich, der der bewußten und absichtlichen Veränderung des Klienten zugänglich ist (WALTER 1996, S. 117).

Ich frage weiter nach, was das für sie heiße, nicht vollwertig sein und sich energielos und träge zu fühlen. Frau. K. beschreibt ihren Mann im Gegensatz zu sich als energiegeladenen aktiven Gesellschaftsmenschen, der in jeder Gesellschaft den Ton angab. Sie erlebe bei sich so ein Gefühl, als wäre jetzt, nach der Trennung, bei ihr die Luft, die Energie heraus. Sie wäre eher der Familienmensch, der sich um die Kinder gekümmert und ihnen ein schönes "Nest" gebaut hätte. Der Mann hätte eher sein Eigenleben geführt, nie im Haushalt geholfen. Sie erzählt von ihren Plänen, die sie in der Pension mit ihm verwirklicht sehen wollte, endlich Zeit für sich, Reisen, Theater, Konzerte und jetzt sei alles anders, sie sei ganz allein. An diesem Punkt beginnt sie wieder zu weinen. Was sie jetzt fühle, frage ich nach. Sie spüre die Einsamkeit, sie fühle sich so allein.

Als Therapeutin gelingt es mir, auf ihre Gefühle und Mitteilungen empathisch einzugehen, möglichst frei von diagnostischen oder moralischer Bewertung, auch dem untreuen Ehemann gegenüber (obwohl als flüchtiger Gedanke schon auftaucht, was das wohl für ein mieser Typ sein muß). Frau K. erzählt von ihrem Telefongespräch mit der Geliebten des Mannes, die auf die Frage, wie sie dazu käme, eine Familie so brutal zu zerstören, antwortete, ihr Therapeut hätte ihr zugeraten, den Mann zu nehmen, wenn er ihr guttäte. Ihr Mann wiederum hätte sich damit gebrüstet, endlich eine Frau zu haben, die alles für ihn täte, er brauche nur mit dem Finger zu schnippen. Ich frage Frau K., was sie empfinde, während sie diese Dinge erzähle, welche Gefühle da hochkämen. Ich möchte immer wieder den Bezug zum gegenwärtigen Erleben herstellen. Frau K. spürt nur Leere, Trauer, keine Wut oder Ärger. Ihre Ärztin hätte ihr gesagt, sie solle doch auch Wut hochkommen lassen, der Mann hätte sich doch unmöglich verhalten. Sie empfinde aber keine Wut. Diese Aufforderung zu einem Gefühl, das "objektiv" angemessen erscheint, das jedoch nicht der phänomenalen Wirklichkeit der Patientin entspricht, ist aus gestalttheoretischer Sicht nicht angemessen.

Ich halte mich ganz bewußt mit Ratschlägen irgendwelcher Art zurück, die darauf abzielen, Änderungen in der transphänomenalen Welt der Klientin zu bewirken mit den zu erwartenden weitreichenden Implikationen für ihre phänomenale Welt (zum Beispiel sie auffordern, ein bestimmtes Verhalten dem Mann gegenüber an den Tag zu legen oder sogar, mit Scheidung zu drohen). Es geht

darum, daß Frau K., auch in ihrer psychischen Not, noch immer die für sich besten Möglichkeiten kennt, diese Not zu überwinden. Ein Therapeut, der von anderen Voraussetzungen ausgeht, steht auf verlorenem Posten (vgl. WALTER 1985, S140).

Ich frage nach, was sie denn wolle, worauf sie antwortet, daß sie in erster Linie den Zustand wie früher haben wolle, ihren Mann so wie früher. Jetzt in der konkreten Situation, nachdem was alles schon passiert sei, wolle sie ihren Mann aber eigentlich nicht mehr zurück. Sie habe sich schon mit der Trennung abgefunden, nur falle es ihr sehr schwer. Ihre Körperhaltung ist sehr statisch, sie bewegt sich kaum auf dem Sessel, auch die Mimik verändert sich wenig, während sie spricht. In ihrer Haltung wirkt sie passiv, wie hingegossen, starr. Ich nehme ihr nicht ab, daß sie sich schon mit der Trennung „abgefunden“ hat, im Sinne eines bewußten Verabschiedens von ihrem Mann und der früheren Lebenssituation, sondern daß eine Umstrukturierung ihres Lebensraumes im Sinne von Anpassungsvorgängen stattfindet, indem sie ein psychisches und körperliches Verhalten annimmt, das ein wenig an "Totstellen" erinnert. Ich lasse es hier dabei, die Patientin zu beobachten ohne ihr meinen Eindruck mitzuteilen und schließe das Erstgespräch ab, indem ich Frau K. in Form eines kurzen Feedback mitteile, was ich mitbekommen habe, ihre Verzweiflung und Trauer um den Verlust, auch Angst vor der Veränderung, vor dem Alleinsein. Diese Gefühle gelte es aber auch zuzulassen, ohne zu schnell wieder zum Alltag überzugehen und wohlmeinende Ratschläge zu befolgen, wie "Reiß dich zusammen, laß dich nicht so gehen!". Frau K. erzählt, es gehe ihr jetzt ganz gut, sie habe sich ausgesprochen und fühle sich momentan erleichtert. Wir vereinbaren einen weiteren Gesprächstermin in zwei Wochen.

Dieses Gespräch dauerte eine halbe Stunde, ein für ein Erstgespräch bei mir üblicher Zeitrahmen. Wie die weitere Therapie aussehen wird, hängt davon ab, wie sich die weiteren Gespräche mit Frau K. gestalten. Reichen die im Durchschnitt eine Viertelstunde dauernden Gespräche mit mir aus, um die entsprechende Umzentrierung des psychischen Feldes von Frau K. in Gang zu bringen oder ist die Störung des inneren erlebten Gleichgewichts für Frau K. so tiefgreifend, daß ein intensiveres Beschäftigen und "Anschauen" möglicher Barrieren und innerer Abspaltungen notwendig wird, würde ich der Patientin zu einer (Gestalttheoretischen) Psychotherapie raten.

Da Frau K. mit einer Überweisung vom Hausarzt kam, schreibe ich einen Arztbrief zurück, der die Diagnose (nach ICD-10) und einen oder mehrere Therapievorschlüge enthält (Fortsetzen der medikamentösen Therapie, Fortsetzen der Gespräche). Ich bin mir bewußt, daß das Stellen einer psychiatrischen Diagnose, überhaupt die psychiatrische Begutachtung eines Patienten mit oder ohne bestimmter Fragestellung, ein prozeßhaftes, wechselseitiges Geschehen zwischen mir und meinem Gegenüber ist und von sehr vielen Faktoren mitbestimmt wird. Marianne SOFF (1990) diskutiert in ihrem Artikel: "Psychologische Diagnostik und Begutachtung unter Gestalttheoretischem Blickwinkel" den Prozeß psychodiagnostischer Begutachtung und Untersuchung und die verschiedenen Aspekte, die dabei berücksichtigt werden müssen, vor dem Hintergrund gestalttheoretischer Betrachtung und betont dabei auch die ethischen Implikationen gutachterlichen Handelns sowie die Verantwortlichkeit des diagnostisch Tätigen.

Was SOFF für Psychologen, die Psychodiagnostik betreiben, beschreibt, gilt im Prinzip genauso für mich als Ärztin in der Praxis, deren tägliches Brot es ist, einen Patienten mit einer Diagnose zu "versehen", bzw. der Krankenkasse einen Befund zu schreiben mit meiner Stellungnahme, ob aus nervenärztlicher Sicht z.B. ein bestimmter Krankenstand gerechtfertigt ist oder ob bereits wieder Arbeitsfähigkeit vorliegt. Zu Beginn steht die Begegnung mit dem zu begutachtenden Menschen, der

mir nicht als "Summe von Eigenschaften" gegenübertritt, sondern von Anfang an als anschauliches Ganzes (wirklich im dritten Sinne nach METZGER). Bereits der erste Eindruck wird durch Gestaltgesetze strukturiert, die *"die Auswahl des anschaulich Verwirklichten aus der Fülle der Möglichkeiten"* bestimmen. Durch die Bestimmtheit, mit der diese Auswahl unter alltäglichen Bedingungen erfolgt, werden wir völlig verhindert, zu bemerken, daß jede Reizmannigfaltigkeit in Hinblick auf die möglichen Zusammenfassungen praktisch unendlich vieldeutig ist (METZGER 1954 zit. SOFF 1990, S36)

Wesentlich ist die Art und Intensität des Kontaktes zwischen mir und dem Patienten. Entsprechend der "Wechselseitigkeit des Geschehens", METZGERS sechstem Kennzeichen der "Arbeit am Lebendigen" wirken ich als Ärztin und der Patient wechselseitig aufeinander ein, wir stellen uns aufeinander ein. So können wir immer nur einen begrenzten Ausschnitt jeweils der anderen Persönlichkeit erfassen, ohne wirklich sicher sein zu können, ob wir es mit einem repräsentativen Ausschnitt zu tun haben. In welchem Ausmaß es gelingt, mir ein prägnantes Bild von meinem Gegenüber in der Praxissituation zu machen, oder ob "Verwirrung" vorherrscht, hängt entscheidend von mir als Untersucher ab, das heißt, meinem fachlichen Wissen und Vertrautheit mit dem jeweiligen Sachverhalt, meinem "Streßpegel" sowie meinem Einfühlungsvermögen in die jeweilige Situation. Schlimmstenfalls verliere ich mich in Einzelheiten und sehe nur noch eine "Und –Summe" von Eigenschaften, hinter der der ganze Mensch verschwunden ist (vgl. SOFF 1990, S 38)

Dieses "Verlieren in Einzelheiten" kann mir passieren, wenn ich übermüdet und gestreßt bin und bei vollem Wartezimmer unter Zeitdruck arbeiten muß. Da kann es vorkommen, daß ich mich bei einem Patienten mit der Fragestellung vom Hausarzt - z.B. Depression - auf das Abfragen von Diagnosekriterien beschränke, die laut ICD-10 das Vorliegen einer schweren depressiven Episode wahrscheinlich machen. Ich merke es daran, daß ich kein "Gespür" für mein Gegenüber entwickle und die Begegnung mit diesem Patienten bei mir ein Gefühl der Unbefriedigtheit und Leere hinterläßt, was meine Müdigkeit nur noch erhöht. Echte Begegnung hat nicht stattgefunden. Die Konsequenz aus diesem Vorgehen heißt für mich, daß ich mir einerseits beim nächsten Mal für diesen Patienten bewußt mehr Zeit nehme und mich andererseits bemühe, die Zeiteinteilung so zu gestalten, daß es möglich ist, je nach der "Gefordertheit der Lage" zu handeln. Das hieße, bei insgesamt weniger dichtem Terminkalender, sich für den einzelnen Patienten die entsprechende Zeit auch zu nehmen, wenn ein längeres Gespräch erforderlich ist. Beim nächsten Patienten ist eventuell für eine ausschließliche Befundbesprechung wieder entsprechend kürzere Zeit nötig.

Psychiatrischen Diagnosen, die ich auch in Arztbriefen festhalte, sind für mich eine Metasprache, mit der ich mich mit Kollegen über bestimmte Patienten verständige. Sie beschreiben Krankheitsbilder, die mit entsprechenden Symptomen einhergehen, sagen aber nichts aus über den individuellen Menschen mit seinen persönlichen Lebensschwierigkeiten, seinen Einstellungen, Wünschen und Hoffnungen. Psychiatrische Diagnosen bergen die Gefahr in sich, daß sie dem Patienten wie ein Etikett anhaften und eine vorurteilslose Begegnung mit ihm erschweren. Ich lese Arztbriefe von psychiatrischen Patienten, die mir zu weiteren Behandlung überwiesen wurden, erst im Zuge der laufenden Behandlung und nicht vor dem Erstgespräch um möglichst frei und unvoreingenommen im Kontakt sein zu können, gerade mit Menschen, die schwere Kontakt- und Beziehungsstörungen haben. Wichtig ist es für mich auch, gerade als gestalttheoretisch ausgebildete Ärztin, zu reflektieren, woraus ich meine Maßstäbe für die von mir gestellten psychiatrischen Diagnosen schöpfe. Vor dem Hintergrund gestalttheoretischer Sichtweise ist der Patient und ich als Arzt und Therapeut Teil der hier-und- jetzt in der Begegnung entstehenden ganzheitlichen Interaktionsdynamik. Ich kann mich ihr

ebensowenig wie der Patient entziehen: Sympathie, Antipathie oder Rivalitätsgefühle stehen einer "fleisch- und blutlosen" Objektivität entgegen .

Ein anderes Beispiel aus der Praxis: Frau.S., eine circa 50-jährige Frau, kommt mit der Überweisungsdiagnose "Paranoides Syndrom" in meine Sprechstunde. Sie erzählt, daß es ihr seit einem halben Jahr "*furchtbar*" ginge. Auf mein Nachfragen, was sie damit meine, beschreibt sie Folgendes: "*Ich habe ständig das Gefühl, verfolgt zu werden. Auch wie ich hierher kam, war ich mir sicher, daß mir wer folgt, das macht mich fertig*". Wer das denn sein könne, der ihr da folge?, frage ich weiter. Frau S berichtet, daß sie vor einem halben Jahr einen Privatdetektiv beauftragt hatte, ihren Mann zu beschatten, wohl nur für kurze Zeit, da sie eine andere Frau hinter seinem ständigen Zuspätkommen vermutete. Es habe sich aber nichts diesbezüglich ergeben, der Mann hätte nie davon erfahren, er hätte ihr wohl auch nie die "Spionage" verziehen. An ihrer Arbeitsstelle (sie arbeitet beim Konsumentenschutz) hätte sie sich einen großen Fehler geleistet und eine Zeitung mit Fotos ihrer Mitarbeiter an jemanden Dritten weitergegeben, was sie wohl nicht hätte tun sollen. Kurz darauf hätte sie bemerkt, daß Kollegen sie so komisch anschauten und über sie redeten, dann hätten die Verfolgungen begonnen. Frau S. drückt in ihrer Haltung und Mimik aus, daß sie sehr deprimiert ist und spricht das auch aus: "*Ich bin so bedrückt, nichts freut mich, ich spüre keinen Antrieb und keine Vitalität*".

An dieser Stelle möchte ich auf Überlegungen zur Krankheitsentstehung aus gestalttheoretischer Sicht eingehen und die These H. SCHULTES zu Entstehung einer Paranoia kurz darstellen. SCHULTE (1924) geht in seinen Überlegungen vom Bedürfnis des Menschen aus, sich in bestimmten Situationen als Teil eines "Wir" zu verstehen. (innerhalb einer Familie, eines Teams, sog. Wir-intendierende Situationen). In diesen Wir-intendierenden Situationen erlebt sich der Mensch nicht nur als Individuum , als Ich, sondern als Teil eines Wir. Es kann nun vorkommen, daß ein Mensch sich aus den unterschiedlichsten Gründen nicht fähig erlebt, Teil an diesem Wir zu haben, obwohl es die Situation erfordert. Dies kann Gründe haben, die in der Situation liegen, aber auch Gründe, die in der Person liegen. Die These SCHULTES ist, daß diese erlebte Kluft für "Ich-schwache" Menschen auf Dauer nicht lebbar ist. Der schwer zu ertragende Zustand des Nebeneinanders wird umgedeutet in ein: Die anderen sind gegen mich. Wenn ich andere Menschen als feindlich ansehe, dann stehe ich mit ihnen zumindest in einer Beziehung, wenn auch in keiner angenehmen (Verfolger-Verfolgter). Die wesentliche Eigenschaft dieses „Surrogatgleichgewichtes" ist das Fehlen der Kluft. Wenn nun die Tatsache der Kluft auf diese Weise erfolgreich reduziert wird, dann kann für den betreffenden Menschen die Notwendigkeit bestehen, die eigenen inneren Widersprüche zu dieser Tatsache ebenfalls zu reduzieren. Die Gesamteinstellung des Menschen im Denken, Wollen, Fühlen und Handeln wird dann dieser psychischen Umstrukturierung unterzogen. Es bildet sich ein ausgefeiltes Wahnsystem aus.(aus M.RUH- Gestalttheoretische Psychotherapie in der Psychiatrie. In ÖAGP- Informationen 2/95, S IV)

Zurück zu Frau S: Sie beschreibt, daß sie sich an ihrem Arbeitsplatz schon länger nicht mehr wohlfühle, ihre Tätigkeit mache ihr zwar Freude, aber sie spüre Ablehnung durch ihre Kollegen und vermute, daß sie gekündigt werden solle. Hauptgrund wäre wohl diese unberechtigte Weitergabe von Fotos in einem (öffentlich aufliegenden) Magazin. Sie grübelt über ihre Verfolger nach, die sicher von Arbeitskollegen beauftragt worden seien, oder sogar selber aus diesem Umfeld stammten. Wenn ich versuche, die These SCHULTES auf die Situation von Frau S. zu übertragen, dann hat sie an der Wir- intendierenden Situation des Bürokollegenteams auf Dauer nicht teilhaben können aus noch nicht offenliegenden Gründen. Das Erleben der Kluft mit psychischer Umformung - die anderen

gegen mich - hätte demzufolge zur Ausbildung des Wahnsystems geführt. Die Arbeitsplatzsituation ist auch Hauptthema unserer Gespräche, Sie hätte als älteste, erst vor drei Jahren zum Team dazugestoßene Mitarbeiterin, immer Gefühle der Ablehnung verspürt, auch Eifersucht auf ihre Tüchtigkeit. Nur mit einer Kollegin würde sie sich gut verstehen; die hätte sie auch eingeweiht, daß sie ständig beobachtet und verfolgt würde.

Die paranoiden Ideen sind Teil der phänomenalen Welt von Frau S. und daher wirklich (im zweiten Sinne nach METZGER). Es gilt, im Zuge unserer weiteren Gespräche, auch die Verfolger näher anzusehen, sie möglicherweise in einem Dialog zu Wort kommen lassen. Auf jeden Fall werden wir weiter zusammen ihren Lebensraum erforschen, auch die Beziehung zu ihrem Mann "Gestalt werden lassen", je nach der sachlichen Gefordertheit der jeweiligen Gesprächssituation. Mehr möchte ich über Frau S. jetzt auch gar nicht berichten. Mir ging es vor allem darum, gestalttheoretische Überlegungen zur Krankheitsentstehung, im speziellen Fall zur Wahnbildung, kurz darzustellen an Hand einer Fallgeschichte, die meines Erachtens die Anwendung der Thesen SCHULTES durchaus zuläßt.

WALTER betont, daß die Art des Hinschauens, die kritisch- realistische Haltung gegenüber der phänomenalen Welt, seiner und der des anderen, die primäre Methode Gestalttheoretischer Psychotherapie sei. So genommen schaue ich, in meinem Selbstverständnis als Ärztin und Gestalttheoretische Psychotherapeutin, auch "anders hin" im Umgang mit meinen Patienten. Ich behalte den ganzen Menschen im Blick und reduziere ihn nicht auf eine oder mehrere "objektiv nachweisbare" Störungen, die es gilt, wieder zu beheben. Der phänomenalen Welt gilt meine vorbehaltlose Wertschätzung.( vgl. WALTER 1996, S 9)

Durch die Beschäftigung mit Gestalttheorie hat sich auch die Betrachtung von der Entstehung von Krankheiten gewandelt und sich weg vom Leitbild der Monokausalität, d.h. der eindeutigen und einsinnigen Ursache-Wirkungs- Beziehung hin zu einem Leitbild der vielfältigen, mehrdimensionalen Bedingungsbeziehungen und konsequenterweise zum Leitbild des ganzheitlich-organisierten Systems hinentwickelt (WALTER 1996, S. 190).

Ich möchte mit einem Zitat H.-J. WALTERs meine Arbeit abschließen:

*"So konnte und kann gestalttheoretisches Denken und Forschen einen Beitrag dazu leisten, daß der...freiberufliche Praktiker (und Arzt, Anmerkung) entschiedener, als dies gegenwärtig noch oft der Fall ist, das Niveau wohlmeinender Hoffnungslosigkeit hinter sich lassen kann; und mit dem Wissen um die bemerkenswerten körperlichen und seelischen Fähigkeiten des Menschen zu Neuorientierung und Kompensation partieller Störungen und Ausfälle seinen Klienten (Patienten) begründet Mut machen und sie – (nur) in diesem Sinne auch "gesundmachen" kann“ (WALTER 1996, S 10).*

## LITERATUR

GOLDSTEIN, K. : Der Aufbau des Organismus. Einführung in die Biologie unter besonderer Berücksichtigung der Erfahrungen am kranken Menschen. Den Haag (1963)

HANSCH D, : Konstruktivistischer Monismus. In. Gestalttheory Vol. 18 No 2 (1996)

KÖHLER, W. : Werte und Tatsachen. Heidelberg-Berlin-New York (1968)

KRIZ, J.: Grundkonzepte der Psychotherapie.(3.Auflage). Weinheim: Psychologie Verlags Union (1991)

LEWIN, K.: Feldtheorie in den Sozialwissenschaften. Ausgewählte theoretische Schriften (Berlin 1963)

METZGER, W.: Grundbegriffe der Gestaltpsychologie. Schweiz. Psychol., Nr 13. (1954)

METZGER, W.: Psychologie. Die Entwicklung ihrer Grundannahmen seit der Einführung des Experiments. (3.Auflage) Darmstadt: Steinkopff(1963)

METZGER, W. : Gestalt-Psychologie. Ausgewählte Werke aus den Jahren 1950-1982. Frankfurt: Kramer (1986)

METZGER, W. : Psychologie. Die Entwicklung ihrer Grundannahmen seit der Einführung des Experiments (5.Auflage) .Darmstadt: Steinkopff (1975)

METZGER,W.: Vom Vorurteil zur Toleranz, 2.Auflage .Darmstadt (1976)

NORTHOFF, G.: Systemtheoretische Betrachtungen neuropsychiatrischer Phänomene. Gestalt Theory, Vol.13, Nr.1. (1991)

ROGERS, C. : Entwicklung der Persönlichkeit. Stuttgart: Klett (1973)

SCHULTE, H. : Versuch einer Theorie der paranoischen Eigenbeziehung und Wahnbildung. Psychol. Forsch. 5. (1924)

SOFF, M. : Psychologische Diagnostik und Begutachtung unter gestalttheoretischem Blickwinkel. Gestalt Theory, Vol 12, Nr.1 (1990)

STEMBERGER, G. : Gentechnologie und Menschenbild. Gestalt Theory, Vol 14, Nr.1 (1992)

THOLEY, P. : Gestaltpsychologie. In: R. Asanger u.G. Wenninger (Hrsg.), Handwörterbuch Psychologie. Weinheim: Psychologie Verlags Union (1982, 1994)

ÜXKÜLL, Th. v, WESIAK, W. : Theorie der Humanmedizin. München, Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg (1988)

WALTER, H.J. : Gestalttheorie und Psychotherapie, Ein Beitrag zur theoretischen Begründung der integrativen Anwendung von Gestalt - Therapie, Psychodrama, Gesprächstherapie, Tiefenpsychologie, Verhaltenstherapie und Gruppendynamik. 2.erweiterte Auflage. Opladen: Westdeutscher Verlag (1985)

WALTER, H.J. : Der Gestalttheoretische Ansatz in der Psychotherapie. In: Angewandte Gestalttheorie in Psychotherapie und Psychohygiene. Opladen: Westdeutscher Verlag (1996)

WALTER, H.J.: Gestalttheorie als Grundlage integrativer Psychotherapie. In: Angewandte Gestalttheorie in Psychotherapie und Psychohygiene. Opladen: Westdeutscher Verlag (1996)

WALTER, H.J.: Gestalttheorie als klinisch-psychologische Theorie der Selbstorganisation  
In: Angewandte Gestalttheorie in Psychotherapie und Psychohygiene. Opladen: Westdeutscher Verlag (1996)

WALTER, H.J.: Sozialarbeiter und Sozialpädagogen im Wechsel der humanwissenschaftlichen Paradigmen. In: Angewandte Gestalttheorie in Psychotherapie und Psychohygiene. Opladen: Westdeutscher Verlag (1996)

WERTHEIMER, M.: Experimentelle Studien über das Sehen von Bewegung. Zeitschrift f. Psychologie, 61 (1912)

ZABRANSKY, D., SOFF, M. : Einführung in die Grundlagen Gestalttheoretischer Psychotherapie. ÖAGP/ Sektion Psychotherapie der GTA (1996)