
IGW-Publikationen in der EHP

Hg. Institut für Integrative Gestalttherapie Würzburg (IGW)
Institut für Integrative Gestalttherapie Wien (IGWien)

Die Reihe wird gemeinsam vom Institut für Integrative Gestalttherapie Würzburg (IGW) und dem Institut für Integrative Gestalttherapie Wien (IGWien) herausgegeben. Die beiden Schwesterinstitute wollen damit im deutschen Sprachraum einen Beitrag leisten zum öffentlichen fachlichen Diskurs unter Gestalttherapeutinnen und Gestalttherapeuten sowie bei gegebenem Thema auch unter Personen, die andere Therapieansätze vertreten. Als Autorinnen und Autoren treten Lehrende und Graduierte der beiden Institute auf, aber auch andere Kolleginnen und Kollegen.

Verantwortlich für die Reihe sind:

Peter Schulthess, Zürich (IGW), und Heide Anger, Wien (IGWien)

Die Herausgeberinnen dieses Bandes

Nina Gegenfurtner, Dr. phil.; Jg. 1970; Dipl.-Psychologin, Gestalttherapeutin (DVG) und Tanztherapeutin (BTD); arbeitete 1995 bis 2000 im Frauentherapiezentrum München e.V.; 2006 Promotion an der Uni München bei Prof. Dr. Willi Butollo mit einer empirischen Studie über gestalttherapeutische Arbeit mit Träumen; nina.gegenfurtner@mnet-online.de

Regine Fresser-Kuby M.A.; Jg. 1963; Ethnologin und Heilpraktikerin mit Ausbildungen in Gestalttherapie (DVG) und in Klassischer Homöopathie; seit 1999 in eigener Praxis tätig; 1997 bis 2003 freie Mitarbeiterin im Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren; Lehrtherapeutin bei verschiedenen Gestaltinstituten und Ausbilderin beim AKG (Arbeitskreis Kritische Gestalttherapie, München); Fresser-Kuby@web.de; www.Fresser-Kuby.de

Nina Gegenfurtner / Regine Fresser-Kuby (Hg.)

EMOTIONEN IM FOKUS

Gestalttherapeuten im Dialog
mit Leslie Greenberg

S. 158 | - 774



Achim Votsmeier-Röhr

8. Dialogische Gestalttherapie als eine Variante prozess-erfahrungsorientierter Psychotherapie

EHP
– 2007 –

© 2006 EHP – Verlag Andreas Kohlhage, Bergisch Gladbach
www.ehp.biz

Redaktion: Peter Schulthess, Heide Anger

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Umschlagentwurf: Gerd Struwe, Uwe Giese

Gesamtherstellung: DD AG, Frensdorf

Alle Rechte vorbehalten

All rights reserved. No part of this book may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopying, recording or by any information storage and retrieval system, without permission in writing from the publisher.

ISBN 3-89797-900-4

978-3-89797-900-0

Inhalt

Vorwort (Peter Schulthess)	7
1. Einleitung: Emotionen im Fokus – Gestalttherapeutinnen und Gestalttherapeuten im Dialog mit Leslie Greenberg (Nina Gegenfurtner / Regine Fresser-Kuby)	11
2. Prozess- und erlebensorientierte Therapie: Ein emotionsfokussierender Ansatz (L.S. Greenberg)	19
3. Interview mit L.S. Greenberg im April 2005 (Nina Gegenfurtner)	52
4. Welche Möglichkeiten eröffnet der emotionsfokussierende Ansatz Gestalttherapeuten? (Nina Gegenfurtner)	65
5. Auf dem Weg zu einer allgemeinen Theorie erfahrungsorientierter Therapie: Stand von Forschung und Theorieentwicklung (Uwe Strümpfel)	89
6. Eine vergleichende Betrachtung des Gestaltansatzes mit dem Ansatz der prozess- und erlebensorientierten Therapie (Rosemarie Wulf)	105
7. Was tun Gestalttherapeutinnen und wie reagieren Klienten in einer Gestalttherapiesitzung? Analyse der Mikroprozesse anhand von zwei Gestalttherapiestunden (Regine Fresser-Kuby)	122
8. Dialogische Gestalttherapie als eine Variante prozess-erfahrungsorientierter Psychotherapie (Achim Votsmeier-Röhr)	158
9. Dialog mit Leslie Greenberg (Konrad Stauss)	175

8. Dialogische Gestalttherapie als eine Variante prozess-erfahrungsorientierter Psychotherapie

Einleitung

Eine der aussichtsreichen Entwicklungslinien im Kontext der humanistischen Psychotherapien der letzten Jahrzehnte ist der Prozess-Erfahrungs-Ansatz (Greenberg et al. 1993, 1998). Dieser Behandlungs-Ansatz ist relevant für humanistisch orientierte Psychotherapeuten, die ihre therapeutische Praxis und ihren theoretischen Hintergrund auf ein solides Fundament moderner psychologischer Grundlagenforschung und auf empirisch evaluierte Interventionsstrategien stützen wollen. Genau diese Bedingungen haben auch dazu beigetragen, dass der Prozess-Erfahrungs-Ansatz eine hohe Reputation in der allgemeinen Psychotherapieforschung genießt (vgl. Lambert 2003, Grawe 1998).

Prozess-erfahrungsorientierte Psychotherapie ist weniger ein neues Einzelverfahren als ein integrativer Bezugsrahmen (wie es auch die Verhaltenstherapie und die Psychoanalyse sind), für den sich diverse Therapieverfahren qualifizieren können (vgl. Greenberg et al. 1998).

Konstituierende gemeinsame Aspekte von prozess-erfahrungsorientierten Therapieverfahren sind 1. das Herstellen und Aufrechterhalten einer bestimmten Form der therapeutischen Beziehung, z.B. durch eine empathische und wertschätzende therapeutische Haltung und 2. das psychotherapeutische Fokussieren auf die Erfahrung der Person, d.h. das Erforschen und Beeinflussen der persönlichen Bedeutungen in Form von Gefühlen, Wahrnehmungen, Konstrukten etc. in der Arbeit an problemspezifischen therapeutischen Aufgaben.

Diese Kriterien sahen die Forscher der Greenberg-Gruppe bisher im wesentlichen durch die dialektische Verbindung einer klienten-zentrierten therapeutischen Beziehung (Rogers 1961) mit dem aktiven, aufgabenorientierten und prozess-direktiven Stil der Gestalttherapie (Perls 1969) gegeben.

Ich möchte in diesem Beitrag darstellen, dass eine Variante der Gestalttherapie, die »Dialogische Gestalttherapie« (Yontef 1998) diese Kriterien ebenfalls erfüllt und dass die Merkmale einer dialogischen Haltung im Sinne Martin Bubers (1984) über die klienten-zentrierte Haltung hinausgehende Möglichkeiten beinhalten und damit die therapeutische Beziehung noch wirksamer im Therapieprozess genutzt werden kann.

Kriterien Dialogischer Gestalttherapie

Grundlegende Kriterien der »Dialogischen Gestalttherapie« sind Feldtheorie, Phänomenologie und Dialog (Yontef 1998). Die **Feldtheorie** bestimmt die ganzheitliche, beziehungs- und prozessorientierte Perspektive, die Gestalttherapeuten in der psychotherapeutischen Arbeit einnehmen; der **Phänomenologie** entlehnt ist die phänomenologische Methode, die von der Einzigartigkeit der Erfahrung der Person ausgeht und daher das Erforschen und Beeinflussen der persönlichen Bedeutungen in Form von Gefühlen, Wahrnehmungen, Konstrukten, Schemata etc. sowie die Methoden, mit denen der Therapeut dies fördern kann, also phänomenologisches Explorieren und Nachfolgen, die Arbeit mit experimentellen therapeutischen Aufgaben etc., betont. **Dialog** bezieht sich auf die spezifische Form der therapeutischen Beziehung. Die dialogische Haltung im Buberschen Sinne war immer schon implizit ein Aspekt der Gestalttherapie und wurde beispielsweise von Lore Perls (1989) oder E. & M. Polster (1999) vertreten – wenn sie auch im Schatten des schillernden, dramatischen, wenig dialogischen Stils von Fritz Perls blieb und daher lange kaum Einfluss auf die Gestalttherapie als Ganzes hatte. Lore Perls war stark beeinflusst durch Bubers Vorlesungen in Frankfurt und der Slogan der Kurzdefinition von Gestalttherapie »Ich und Du im Hier-und-Jetzt« enthält das dialogische Prinzip, ohne dass jedoch seine eigentliche Bedeutung in der Regel im Ausbildungskontext vermittelt wurde. Erst seit Anfang der 80er Jahre hat das Dialogische die entsprechende Betonung seiner Bedeutung in der modernen Gestalttherapie erhalten. Ausgehend von den USA hat sich hier durch die Aufarbeitung des Quellenmaterials der existentiellen Beziehungsphilosophie Martin Bubers (Jacobs 1989, Yontef 1991, Hycner & Jacobs 1995) und seine Verwertung und Integration in die Lehrinhalte z.B. des früheren Gestalt Institute of Los Angeles (GTILA) diese Wende vollzogen, die seit einigen Jahren auch im deutschsprachigen Raum Einfluss gewinnt (Portele 1994, Doubrawa & Staemmler 1999).

Das »Dialogische«: Zwei Grundhaltungen

Die Dialogische Haltung betont ein Hin-und-Her-Schwingen zwischen dem Handeln aus einer sog. **Ich-Es-Haltung**, das aus ontologischer Getrenntheit heraus vertikal, ziel- und zweckgerichtet ist und dem Handeln aus einer sog. **Ich-Du-Haltung**, das aus ontologischer Bezogenheit heraus sich dem anderen Menschen in horizontaler Weise hinwendet, ihn als Person in seiner Einzigartigkeit wertschätzt, ohne einen Zweck zu verfolgen (vgl.

Hycner 1989). Zu dem Hin-und-Her-Schwingen möchte ich Martin Buber (1984) in seiner poetischen Sprache am Beispiel der Liebe zu Wort kommen lassen:

»Gefühle werden ›gehabt‹; die Liebe geschieht. Gefühle wohnen im Menschen; aber der Mensch wohnt in seiner Liebe. Das ist keine Metapher, sondern die Wirklichkeit: Die Liebe haftet dem Ich nicht an, so dass sie das Du nur zum ›Inhalt‹, zum Gegenstand hätte, sie ist *zwischen* Ich und Du (18) (...) Und die Liebe selber kann nicht in der unmittelbaren Beziehung verharren; sie dauert, aber im Wechsel in Aktualität und Latenz. Der Mensch, der eben noch einzig und unbeschaffen, nicht vorhanden, nur gegenwärtig, nicht erfahrbare, nur berührbar war, ist nun wieder ein Er und eine Sie, eine Summe von Eigenschaften, ein figurhaftes Quantum geworden. Nun kann ich aus ihm wieder die Farbe seiner Haare, die seiner Rede, die seiner Güte holen; aber solange ich das kann, ist er mein Du nicht mehr und noch nicht wieder« (21).

Nüchterner gesagt: Ich-Es ist alles, was mit Tun und Haben zusammenhängt, der Subjekt-Objekt-Trennung (»ich bin hier und du bist da«), Dinge oder Menschen nutzen, beeinflussen, analysieren, den anderen als Objekt sehen oder auch Aspekte von sich selbst, d.h. immer wenn ich ein Etwas zum Gegenstand habe (auch z.B. wenn ich sage »ich fühle etwas« usw.).

Im Ich-Du dagegen ist der/die Andere kein zweckorientiertes Etwas, ich »habe« nicht, sondern ich stehe in Beziehung, ich wende mich hin zum Anderen und erkenne ihn in seiner Einzigartigkeit, es besteht ein echtes Interesse an der Person, nicht am Haben, am Tun, am Beeinflussen. Ob aus einer Ich-Du-Haltung tatsächlich eine Ich-Du-Begegnung wird, ist nicht zu kontrollieren, unterliegt nicht des Menschen »Willkür«, »aber er kann sich dafür bereithalten« (Portele, 1994, 10).

Diese Darstellung erweckt leicht den Eindruck, als sei die Ich-Es-Haltung irgendwie weniger wertvoll. Dies ist aber nicht gemeint. Buber weist darauf hin, dass die Relation Ich-Es existentiell notwendig ist. Und in der Psychotherapie ist sie unerlässlich, wenn wir Diagnosen stellen und Therapieziele definieren und gerade in Zeiten knapper werdender Ressourcen viel ziel-fokussierter vorgehen müssen.

Aber ohne die Ich-Du-Haltung ginge das Wesentliche einer therapeutischen Begegnung verloren, das, was Buber (1993) als »Heilung aus der Begegnung« bezeichnet, einer horizontalen Begegnung zweier Menschen mit ihren gleichberechtigten persönlichen Phänomenologien im gegenwärtigen Moment der therapeutischen Sitzung. Buber sagt: »Ohne Es kann der Mensch nicht leben. Aber wer mit ihm allein lebt, ist nicht der Mensch« (1984, 38).

Also ist ein Hin-und-Her-Schwingen zwischen diesen beiden Haltungen wichtig und deshalb ausdrücklich zu betonen. Beide Haltungen stehen in einem Figur-Grund-Verhältnis zueinander, welche Haltung in den Vordergrund tritt, entscheidet sich je nach Erfordernis der Situation.

Ein so gestalteter Dialog zwischen Therapeutin und Klient bringt den Bereich des »Zwischen« (Hycner, 1989, 21ff., 55ff.) hervor, den ebenfalls ontologischen Bereich eines größeren Kontextes, welcher beide Personen in der Begegnung umfasst. Die Realität des Dialogs ist größer als die jedes einzelnen Beteiligten, woraus ein »Wir-Gefühl« zwischen Therapeutin und Klient entstehen kann. Nicht nur der Klient oder die Therapeutin handelt, sondern die Behandlung ist ein gemeinsames Projekt, an dem beide teilhaben. Aus dem »Zwischen« treten die Antworten hervor, die aus Sicht dieser Orientierung den Wirkfaktor der therapeutischen Beziehung ausmachen. Für die »Heilung aus der Begegnung« reicht die Einnahme der Expertenrolle von Seiten der Therapeutin nicht aus, sie muss sich ebenfalls als Person auf die Beziehung einlassen und offen für das sein, was »zwischen« beiden entsteht.

Merkmale einer dialogischen Beziehung

Die Merkmale der dialogischen Haltung von Seiten der Therapeutin werden als Präsenz, Umfassung, Bestätigung und Engagement für das Dialogische im Dienste des »Zwischen« bezeichnet (Yontef 1983, 1998, 88).

Präsenz bedeutet, sich aufrichtig in die Interaktion mit dem Gegenüber einzubringen, mit dem Ziel, für den anderen so gegenwärtig wie möglich zu sein und gleichzeitig die eigene Perspektive zu bewahren. Präsenz beinhaltet, sich emotional berühren zu lassen und das persönliche Erleben ggf. in den Dialog mit einzubringen. Dies kann durch persönliche Reaktionen und Ich-Aussagen geschehen, die allerdings im Dienste des Prozesses des Klienten mitgeteilt werden, nicht zur Entlastung der Therapeutin.

Die Arbeit mit Borderline-Patienten und deren Spaltungsdynamik in Beziehungen erfordert beispielsweise, sich von der Not des Gegenübers berühren zu lassen, jedoch mit Klarheit und Bestimmtheit die eigenen Möglichkeiten und Grenzen zu definieren. Steht ein fragiles Selbstempfinden (im Sinne Kohuts) stärker im Vordergrund der strukturellen Problematik, ist ein mehr empathisch-spiegelndes Vorgehen erforderlich, nicht so sehr der Akzent auf Grenzen. Präsenz ist gelungen, wenn der Patient anerkennt, dass die Therapeutin während der Behandlung für ihn als Person erlebbar war und dieses ihn in seinem Prozess gefördert hat.

Umfassung bedeutet, sich in den anderen hineinzusetzen, wie er die Welt erlebt, also das Geschehen in der Therapie so gut es geht von der Seite des Gegenübers wie von sich selbst aus zu erleben, dort und hier zur selben Zeit sein zu können, die phänomenologische Realität des anderen nachzuempfinden und gleichzeitig die eigene Zentriertheit zu bewahren. Im Unterschied zur reinen Empathie ist der Fokus nicht das Gegenüber, sondern die gemeinsame Teilhabe an der Situation. Umfassung ist gelungen, wenn der Klient vermittelt »ich habe mich verstanden gefühlt« und die Therapeutin sich sowohl auf den Patienten eingestimmt als auch gut mit sich selbst im Kontakt erlebt.

Das dritte dialogische Merkmal, **Bestätigung**, bedeutet, die andere Person in ihrer Existenz als eigenständiges Wesen zu akzeptieren und darin anzuerkennen, so wie sie im Moment ist.

Zu dem Anerkennen der Aktualität tritt jedoch bei Buber zusätzlich die Affirmation der Potentialität (Buber & Rogers 1992, 258). Bestätigung schließt für Buber ein, was man zu werden aufgerufen ist. Dieses beinhaltet praktisch die Bekräftigung der Möglichkeiten, die in ihr als Person vorhanden sind, einschließlich des Aner kennens der verleugneten, abgespaltenen Anteile, die ihr nicht bewusst sind, sie aber ebenfalls ausmachen. Dies kann bedeuten, genaues Feedback zu geben oder etwas zu konfrontieren, was der Selbstwahrnehmung entgeht. Es kann auch bedeuten, eine existentielle »Forderung« zu stellen und darum mit der Person zu »ringen«, wie beispielsweise einem Borderline-Patienten zu vermitteln: »Ich will nicht, dass Sie sich zerstören und möchte Sie ermutigen, andere Lösungen zu suchen, mit unerträglichen Spannungen umzugehen.« Eine solche Konfrontation wird in den Bereich des »Zwischen« hinein gegeben, als aufrichtiges Einbringen der eigenen Meinung in den Dialog. Die Entscheidung allerdings über eine Verhaltensänderung bleibt ausschließlich in der Hand des Patienten. Das kann zwar bedeuten, auf ermutigende Art und Weise zu »fordern«, dem Gegenüber jedoch nichts aufzudrängen. Dazu Yontef (1999):

»Ein dialogischer Kontakt beginnt damit, seinen Willen an die Grenze zu bringen, alles Weitere erfordert die Antwort und das Wohlwollen des Anderen. Man ebnet den Weg, tut seinen Willen kund; dann geschieht, was geschehen soll, oder nicht. Das erfordert existentielles Vertrauen und den Glauben, dass der Boden einen selbst und den anderen tragen wird« (61).

Die Therapeutin gibt etwas aufrichtig in den Bereich des »Zwischen« hinein (benennt z.B. eine hypothesengeleitete Phantasie), dann lässt sie die Aussage los, haftet nicht an ihr, sondern überlässt es dem Gegenüber, der Situation, was daraus wird.

Natürlich ist diese Form von Bestätigung nicht immer leicht zu praktizieren und erfordert eine entsprechende Ausbildung und ein gewisses Maß an persönlicher Reife und Erfahrung, um ein Missverstehen oder einen Missbrauch dieser Haltung zu verhindern (s.u.). Dies erfordert die Auseinandersetzung mit seinem Therapeuten-Selbstverständnis und persönlichen Themen und Motiven von »machen wollen, beeinflussen, verändern, Ziele erreichen wollen, helfen wollen, heilen wollen etc.«. Eine solide Ausbildung muss auf diese Dinge Wert legen.

Bestätigung ist dann gelungen, wenn der Klient vermittelt: ich habe mich gesehen, akzeptiert und ernst genommen gefühlt.

Das *Engagement für das Dialogische* im Dienste des »Zwischen« bedeutet, sich als Therapeutin für den therapeutischen Dialog verantwortlich zu fühlen und die Offenheit dafür zu bewahren, was aus dem Bereich des »Zwischen« entsteht. Das beinhaltet, immer wieder eine Haltung »schöpferischer Indifferenz«, d.h. einen mittleren Modus zwischen Aktiv sein und Passiv sein einzunehmen (Perls et. al. 1979, 164), welche geprägt ist von Interesse, Neugier und Staunen sowie der Bereitschaft, sich immer wieder von Unerwartetem überraschen zu lassen. Hierbei kommt auch die gestalttherapeutische, »paradoxe« Theorie der Veränderung (Beisser 1970) zum Tragen. Indem die Therapeutin dem Klienten auf diese Weise begegnet, d.h. ohne ihn in eine bestimmte Richtung verändern zu wollen, wird dieser ermutigt, sich mit seiner eigenen Erfahrung im Hier-und-Jetzt zu identifizieren, wodurch eine intrinsische Dynamik der Veränderung in Gang kommt (vgl. Yontef 2002).

Das dialogische Dreieck

Die beschriebenen Merkmale der dialogischen Haltung von Seiten des Therapeuten sind operationalisierbar, lehrbar, lernbar und vielfältig nutzbar.

Die ersten drei Merkmale, die ich skizziert habe, Präsenz, Umfassung, Bestätigung, sind miteinander verbunden und ich möchte sie einander in Form eines »dialogischen Dreiecks« zuordnen. (Abb.) Sie stehen in einem Figur-Grund-Verhältnis zueinander – je nach Erfordernis der Situation steht ein Merkmal im Vordergrund, die anderen mehr oder weniger im Hintergrund, aber immer verbunden. Ändert sich die Anforderung der Situation, verschiebt sich das Dreieck, ein anderes Merkmal ist erforderlich und tritt in den Vordergrund. Das Merkmal des Engagements für das Dialogische hält – wenn man so will – diese Dynamik in Gang.

Mit Hilfe dieses »dialogischen Dreiecks« ist es möglich, präzise die adäquate Haltung gegenüber Menschen mit unterschiedlichen Störungsbildern als bestimmte Konstellation der drei Merkmale in der dialogischen Beziehung zu bestimmen.

Auch bei anderen Fragestellungen, wie z.B. in der Supervision ist es mit diesem Hilfsmittel möglich, zu betrachten, welche Auswirkungen es hat, wenn in einer Therapiesituation das Figur-Grund-Verhältnis, die Verbindung der drei Merkmale verloren gegangen und eines abgetrennt von den übrigen, und damit extrem in Erscheinung tritt, mit meist problematischen Folgen für die therapeutische Beziehung.

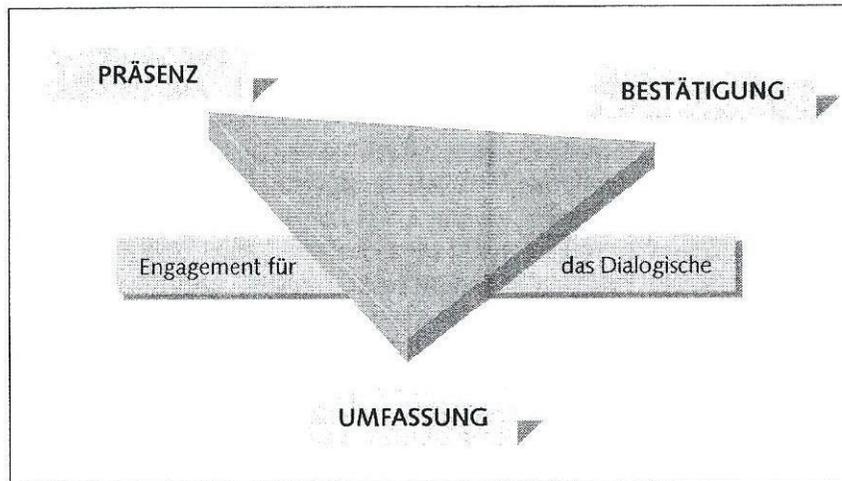


Abb. 1: Das dialogische Dreieck

Varianten der dialogischen Haltung bei unterschiedlichen Störungsbildern

Wie das »dialogische Dreieck« ausgerichtet ist, welches dialogische Merkmal im Vordergrund steht, ist individuell und von der Situation abhängig. Es ist also nicht vorhersehbar und planbar und auch nicht durch Diagnosen oder andere Zuschreibungen determiniert. Dies ist ja gerade die Bedeutung des »Zwischen« mit der damit verbundenen therapeutischen Haltung der Offenheit gegenüber dem, was aus der Situation entsteht.

Diese Position ist kein Plädoyer für den Verzicht auf diagnostische Zuschreibungen u.ä. Im Gegenteil – Diagnosen zu erstellen und sich wiederholende, fixierte Erscheinungen als Muster zu klassifizieren ist eine Aktivität aus einer Ich-Es-Perspektive. Sie ist natürlicher Teil des Dialogischen

– allerdings nur als sein einer Pol. Gerade die Wertschätzung der Unmittelbarkeit dessen, was aus dem Bereich des »Zwischen« entsteht – als primäre therapeutische Haltung – macht den Therapeuten frei, zu schauen, inwieweit z.B. eine Diagnose oder strukturelle Einschätzung nach OPD (Arbeitskreis OPD 1996) als eine Arbeitshypothese hilfreich ist, um die Patientin besser zu verstehen und adäquate therapeutische Strategien zu entwickeln bzw. im Hintergrund verfügbar zu haben. Als Phänomenologen werden wir nicht an Klassifikationen haften, für uns wird immer die unmittelbare Erfahrung, das individuelle Erleben des Gegenübers oder unser eigenes darüber entscheiden, ob eine diagnostische Zuschreibung passend und hilfreich ist.

Unter diesen Voraussetzungen lassen sich für verschiedene Störungsbilder unterschiedliche therapeutische Haltungen, Konstellationen der dialogischen Merkmale im Sinne des »dialogischen Dreiecks« unterscheiden. Besonders prägnant ist hier der Vergleich der dialogischen Haltung gegenüber Menschen mit einer Borderline-Dynamik und einer narzisstischen Dynamik.

Die Arbeit mit Borderline-Patienten erfordert vom Therapeuten ein notwendiges Maß an »Präsenz«. Die Neigung dieser Patienten, ihre innere Dynamik zu externalisieren, die Regulationsbemühungen interpersonell zu gestalten, weil die intrapsychischen Möglichkeiten dazu begrenzt sind, erfordert vom Therapeuten ein klares Gespür für sich selbst, für die eigenen Möglichkeiten und Grenzen, die eigenen Bedürfnisse und Abgrenzungen gegenüber den Bedürfnissen des Gegenübers. Ist diese Präsenz für die jeweilige Patientin nicht ausreichend spürbar, wird der Therapeut ihr nicht gegenwärtig genug, öffnet dies Tür und Tor für Projektionen, Prozesse wie projektive Identifizierung, für Verstrickungen aller Art. Vor allen Dingen aber fehlt der Borderline-Patientin die Sicherheit eines abgegrenzten, autonomen Gegenübers. Es besteht diesbezüglich eine Ambitendenz: einerseits die Angst vor einem eigenständigen Gegenüber, weil es nicht kontrollierbar ist, andererseits die Sehnsucht nach einem eigenständigen Gegenüber, das verlässlich in der Beziehung bleibt und Schutz und Orientierung gibt. Der Mangel an Präsenz des Therapeuten ist eine Einladung, die destruktive Borderline-Dynamik fortzusetzen, die Patientin versucht es mit ihren »bewährten« Überlebensstrategien in Beziehungen. Korrigierende emotionale Neuerfahrungen, die zu mehr Strukturbildung führen könnten, werden in dieser Konstellation nicht erfolgen.

Präsenz ist also eine notwendige Voraussetzung, dass überhaupt eine heilsame therapeutische Beziehung entstehen kann.

Auf dieser Basis ist das Merkmal der **Umfassung** natürlich ebenso wichtig. Einführendes Verstehen in die Innenwelt der Patientin, in die inneren Widersprüche und das Erleben der Instabilität (oder zumindest das Bemühen darum) wird das nötige Vertrauen der Patientin fördern, die eigene Erfahrung wahrzunehmen oder diese erst mit Hilfe des Therapeuten mittels der Technik des Phänomenologischen Explorierens zu erkunden, sich anzuvertrauen, dem Therapeuten zu trauen, dass dieser ihr wohl gesonnen ist. Dies ist die Voraussetzung dafür, sich auch beängstigenden neuen Erfahrungsmöglichkeiten auszusetzen, durch den Verzicht auf die bekannten destruktiven Schutzmechanismen.

Und auch die **Bestätigung** ist unverzichtbar. Die Akzeptanz und das positive Anerkennen dessen, wie die Patientin im Moment ist, das Selbstverständnis der Patientin zu fördern, dass sie es bis hierher geschafft hat: Das positive Konnotieren der Schutzmechanismen gibt erst die Ruhe, ohne Agitieren und Selbstabwertung zu schauen, welche Veränderungen nötig sind und in kleinen Schritten damit zu beginnen. Entsprechende Botschaften des Therapeuten erzeugen alternative innere Bilder, die durch Wiederholungen mit der Zeit das intrapsychische Kräfteverhältnis der verschiedenen voneinander isolierten, teilweise inkompatiblen Selbstanteile verändern, die positive Verarbeitung von neuen Erfahrungen erst ermöglichen.

Ebenso wichtig wie das »positive Anerkennen« ist jedoch auch das (manchmal kritische) »Ermutigen«. Die psychoanalytische Abstinenz und technische Neutralität des Therapeuten ist nicht hilfreich im Umgang mit Borderline-Patienten. Dies hat der psychoanalytische Borderline-Experte Otto Kernberg früh erkannt und Modifikationen der therapeutischen Praxis vorgenommen (Kernberg 1993). Sich der Borderline-Patientin gegenüberzustellen mit den Worten »So nicht mit mir, das macht mir etwas aus« (Präsenz), aber verlässlich in der Beziehung zu bleiben und Erwartungen zu formulieren (»ich möchte Sie ermutigen, dass Sie Alternativen suchen, weil ich mir Sorgen um Sie mache – und ich glaube, dass Sie die Möglichkeiten dazu haben oder sich erarbeiten können«), ist eine solch kritische Ermutigung. Dieses – ganz im dialogischen Sinne – in das gemeinsam zu bildende »Zwischen« zu geben und dann »geschehen zu lassen, was damit geschieht«, ohne zielgerichtet an der Position zu haften oder sie gar mit Macht gegen den Widerstand des Patienten durchzusetzen (was ein absolut inakzeptabler Missbrauch und Kunstfehler wäre), ist die gemeinte Umsetzung dieser Form von Bestätigung. Gelingt dieses Vorgehen, bekommt man zum Ende der Behandlung häufig den Dank der Patientin zurück, dafür, dass sie sich akzeptiert, aber auch ernst genommen und gesehen gefühlt hat, nicht nur in der Aktualität, sondern auch in ihrem –

für sie selbst anfangs vielleicht nicht spürbaren und identifizierbaren – Potenzial.

In der Arbeit mit Borderline- oder anderen eher gering strukturierten Patienten (nach OPD) sind all diese dialogischen Qualitäten gefordert, ob man will oder nicht. Höher, also mehr neurotisch strukturierte Patienten können sich viel einfacher auf den persönlichen Stil des Therapeuten einstellen, der vielleicht in der therapeutischen Beziehung das Umfassende, das einführende Verstehen in der Vordergrund stellt oder die persönliche Präsenz oder die Bestätigung hervorhebt und diese dialogischen Beziehungsmerkmale sinnvoll in Kombination mit seinen therapeutischen Interventionen einsetzt.

Um die therapeutische Beziehung zu Borderline-Patienten zu kontrastieren, möchte ich die dialogische Beziehung zu Patienten mit einer narzisstischen Dynamik skizzieren. Die Präsenz der Therapeutin ist für den narzisstisch strukturierten Patienten zumindest in der Anfangsphase der Therapie völlig unerheblich. Er ist derartig angewiesen darauf, von der Therapeutin gesehen, gespiegelt zu werden, dass Ich-Aussagen der Therapeutin geradezu verpuffen, übergangen werden, für den Prozess des Patienten irrelevant erscheinen. Daher sollte das dialogische Merkmal der Präsenz diesen Patienten gegenüber auf das Nötigste beschränkt werden. Bestätigung in Form des positiven Anerkennens aller Äußerungen und geschilderten Bemühungen des Patienten ist der absolute Schwerpunkt in der dialogischen Beziehung, je nachdem, wie groß das Bedürfnis des Patienten nach Spiegelung durch sein Gegenüber ist. Die Umfassung in Form einführenden Verstehens steht im Dienste der Bestätigung und ist das Mittel, die Selbst-Exploration des Patienten zu fördern und über diesen Weg einen Zugang zur extrem strukturierten Innenwelt des narzisstischen Patienten in seinem Konflikt zwischen Minderwertigkeit und Grandiosität zu fördern. Erst im fortgeschrittenen Verlauf der Therapie wird es möglich, auch andere Merkmale, wie Präsenz und kritische Ermutigung in den therapeutischen Dialog sinnvoll einzubringen.

Extreme therapeutische Haltungen durch Verlust der dialogischen Beziehung

Die Merkmale des Dialogischen Dreiecks, Präsenz, Umfassung und Bestätigung stehen – wie weiter oben bereits angedeutet – in einem Figur-Grund-Verhältnis zueinander. Wenn ein Merkmal im Vordergrund ist, sind die anderen nicht verschwunden oder deaktiviert, sondern im Hintergrund,

sozusagen »in Bereitschaft«. Sie bilden dann den Kontext für die Qualität, die im Vordergrund steht, und tönen damit die Art und Weise, wie das Merkmal im Vordergrund in Erscheinung tritt. Ist das Vordergrund-Merkmal von diesem Kontext losgelöst, nimmt es eine extreme Form an, da es nicht mehr den Ausgleichsprozessen der Hintergrund-Qualitäten unterworfen ist. Dies sind allgemein beschriebene Prozesse von Figur-Hintergrund-Verhältnissen, wie sie die Gestaltpsychologie (Walter 1977) untersucht hat, sei es im Bereich der Wahrnehmung oder bezüglich der Funktionsweise des Organismus als Ganzem (Goldstein 1934). Sie gelten ebenso für die Figur-Hintergrund-Prozesse in der dialogischen Beziehung.

Wenn **Präsenz** beispielsweise abgelöst vom Hintergrund der übrigen dialogischen Qualitäten praktiziert wird, gerät sie zur Selbstdarstellung der Therapeutin. Selbstaussdruck dient dann der Entlastung der Therapeutin und nicht dem Therapieprozess des Klienten. Konfrontative Interventionen sind von der Phänomenologie der Therapeutin geleitet. Ein Beispiel dafür ist die klassische Gestalttherapie nach Fritz Perls in der Zeit seiner dramatischen Kurzzeit-Demonstrations-Vignetten in Selbsterfahrungs- und Ausbildungsgruppen der 60er Jahre. Interventionen dieser Art zeigten häufig diese Form der Verzerrung. Weil die Elemente der Umfassung und der akzeptierenden Bestätigung dann fehlten, lösten diese Interventionen nicht selten tiefe Scham bei Teilnehmern dieser Gruppen und Ausbildungskandidaten aus, allerdings meist viel später erst bewusst erlebt – gemäß dem Zeitgeist unterwarf man sich diesen Vorgehensweisen in Erwartung dramatischer, rascher Veränderungen. Der die Gestalttherapie als Ganzes diskriminierende Slogan »Und bist Du nicht willig, so brauch' ich Gestalt« hat darin seinen Ursprung, das Körnchen Wahrheit. Dieser Stil hat der Gestalttherapie, was die schulenübergreifende Akzeptanz angeht, nachhaltig großen Schaden zugefügt, da Gestalttherapie als Ganzes mit dieser Vorgehensweise identifiziert wurde und man die seriöse gestalttherapeutische Praxis im Stillen, weil unspektakulär, übersah und auch die Veränderungen seit den 80er Jahren nicht wirklich zur Kenntnis genommen wurden.¹

Wenn **Umfassung** abgelöst vom Hintergrund der übrigen dialogischen Qualitäten praktiziert wird, wird sie ausschließlich auf den Klienten zentriert und verliert das Dialogische der Umfassung, die gemeinsame Teilhabe an der Situation. Die Therapeutin neigt in diesem Zustand zu einem Erleben der Konfluenz, hat Mühe, sich kontinuierlich zu spüren, ist »nur beim anderen«, gar nicht mehr bei sich und verliert das, was man als optimale Distanz zum Geschehen in der Sitzung bezeichnen könnte.

Wenn **Bestätigung** als positiv anerkennende Variante abgelöst vom Hintergrund der übrigen dialogischen Qualitäten praktiziert wird, steht die

ausschließliche Spiegelung des Patienten im Mittelpunkt, wie es teilweise in Interventionen von selbstpsychologisch orientierten Psychotherapeuten zum Ausdruck kommt. Auch in diesem Fall fehlt die persönliche Präsenz der Therapeutin im Therapieprozess, was in der anfänglichen Behandlung von Patienten mit narzisstischer Dynamik angemessen ist, generalisiert als Standardvorgehen geht jedoch das Dialogische in der Behandlung verloren, und es entsteht keine wirkliche therapeutische Beziehung.

Wenn Bestätigung als (kritisch) ermutigende Variante abgelöst vom Hintergrund der übrigen dialogischen Qualitäten praktiziert wird, verliert sie meist das »Ermutigende« und ist nur noch unangemessen kritisch. Es kommt zu Gegenübertragungsreaktionen wie Machtausübung, Abwertung des Klienten, subtile und offene Manipulation auf ein Ziel hin, welches die Therapeutin wichtig findet, aber nicht unbedingt der Klient. Auch Formen bedingter Zuwendung wie »ich mag Dich, wenn Du so bist – ich mag Dich nicht, wenn Du anders bist« sind eine Verzerrung dieser Haltung. Hier fehlen im Hintergrund das einführende Verstehen aus der Umfassung heraus sowie der Aspekt der positiv anerkennenden Bestätigung. Auch respektiert diese Haltung nicht den Aspekt des »Zwischen«, die ergebnisoffene Haltung »schöpferischer Indifferenz«. Das Dialogische ist verloren gegangen.

Diese oben beschriebenen Unterscheidungen haben sich als hilfreiche Anhaltspunkte in der Supervision erwiesen. Das »dialogische Dreieck« und die beschriebenen Figur-Grund-Prozesse bieten ein einfaches Schema, um schwierige Verläufe in der therapeutischen Beziehung zu erkennen und bei Bedarf entsprechend gegenzusteuern, indem vernachlässigte dialogische Merkmale aktiviert werden.

Das Verständnis von »Übertragung« in der dialogischen Beziehung

Eine dialogische therapeutische Beziehung impliziert, dass die Konzentration auf die reale Arbeitsbeziehung zwischen Therapeut und Klient wichtig ist und weniger die Konzentration auf Übertragungsprozesse. Dies ist integraler Teil des gestalttherapeutischen Kontakt-Ansatzes und ein zentraler Unterschied zur Psychoanalyse.

Aber auch dort zeigen sich vermehrt Bestrebungen, eine dialogische Haltung in der Therapie einzunehmen (unter dem Stichwort der »Inter-subjektivität«). Dies kommt in folgendem Zitat von Stolorow & Brandchaft (1987, zit. nach Hycner 1989: 150) zum Ausdruck:

»Wenn in der Behandlung Abwehr gegen Affekte auftaucht, muss man begreifen, dass ihre Wurzeln in der übertragenden Erwartung oder Angst des Patienten liegen, diese auftauchenden Gefühlszustände würden auf dieselbe falsche Reaktion stoßen wie die der ursprünglichen Versorger. Darüber hinaus darf dieser Widerstand gegen Affekte nicht nur als Ergebnis der innerpsychischen Prozesse des Patienten interpretiert werden. Solcher Widerstand wird meist von Ereignissen innerhalb des intersubjektiven Dialogs in der analytischen Situation evoziert, die dem Patienten die mangelnde Aufnahmebereitschaft des Analytikers für seine auftauchenden Gefühlszustände signalisieren und von daher das traumatische frühe Versagen des Selbstobjekts ankündigen« (8-9).

Diese Zusammenhänge sind auch für Gestalttherapeuten relevant, weisen sie doch darauf hin, dass Widerstand aus einer dialogischen Perspektive häufig nicht intrapsychisch ist, sondern nur unter einem interpersonellen Blickwinkel sinnvoll verstanden werden kann.

Gestalttherapeutische Interventionen im dialogischen Kontext

Es gibt in der Methodologie der Dialogischen Gestalttherapie drei Klassen von Interventionen, die immer im Kontext der Beziehung eingebunden sind. Die erste Gruppe sind die Reaktionsweisen des Therapeuten auf der Beziehungsebene – wenn man so will, die **dialogischen Interventionen**, also die konkrete Umsetzung der dialogischen Merkmale im Therapieprozess, welche nicht nur der Förderung der therapeutischen Arbeitsbeziehung dienen, sondern für die Klientin auch die Möglichkeit beinhalten, über emotional korrigierende Neuerfahrungen in der Beziehung zum Therapeuten alternative innere Bilder von sich, anderen, der Welt und dem Leben zu verinnerlichen.

Die zweite Gruppe sind die **phänomenologischen Interventionen**. Die phänomenologische Methode passt sehr gut zur dialogischen Haltung. Die Bedeutung, die eine Person ihrer Wahrnehmung und Erfahrung gibt, ist einzigartig. Das bedeutet, dass eine andere Person nie die Wahrheit der Realität des anderen wissen kann. Aus diesem Grunde sind Interpretationen und Deutungen aus einer Experten-Perspektive nicht phänomenologisch, da sie die Haltung beinhalten, der Therapeut wisse besser, was mit dem Klienten los ist als dieser selbst. Die phänomenologische Methode beinhaltet daher das gemeinsame Erforschen der Situation und die Verknüpfung von drei methodischen Aspekten:

»1. Einklammern oder Beiseitelassen vorheriger Annahmen und Tendenzen, um sich auf die unmittelbare Erfahrung zu konzentrieren; 2. Beschreiben unmittelbarer und konkreter Eindrücke, statt zu erklären oder zu interpretieren; 3. Gleiche Geltung aller Aspekte des Feldes, die auf diese Weise beschrieben wurden (oder sie zunächst als gleichermaßen bedeutsam behandeln), statt irgendeine Hierarchie der Wichtigkeit anzunehmen« (Clarkson & Mackewn, 68).

In der dialogischen Gestalttherapie spielt die Phänomenologie der Klientin wie des Therapeuten gleichermaßen eine Rolle für den Behandlungsprozess. Das entspricht dem dialogischen Merkmal der Umfassung und der Präsenz, Einsichten entstehen aus der Situation, aus dem »Zwischen«, nicht unbedingt ausschließlich in der Klientin. Interpretationen können vom Therapeuten eingesetzt werden, jedoch klar deklariert als die eigene »Phantasie« über das, was gerade vor sich geht (Präsenz), und in den Bereich des »Zwischen« hinein gegeben, d.h. als eine Arbeitshypothese, die jederzeit aufgegeben werden kann, wenn sie nicht durch das phänomenologische Erleben des Gegenübers bestätigt wird.

Phänomenologische Interventionen sind z.B. »Phänomenologisches Explorieren« (Fokus: Inhalt u./o. Prozess des unmittelbaren Erlebens); »Phänomenologisches Nachfolgen (= moment-to-moment tracking)« (Fokus: die Entfaltung des Prozesses); »Bewusstheit fokussieren« (auf einen Erlebensaspekt – aus der Perspektive des Therapeuten).

Die dritte Gruppe von Interventionen sind Arbeiten mit »**Experimentellen Aufgaben**« (»task interventions« bei Greenberg, Elliott & Lietaer 1994). Diese können einerseits im Erkunden der Erfahrung die Aufmerksamkeit lenken bzw. fokussieren, zum anderen aktiven Ausdruck, Handeln und Kontakt fördern. Sie können Gelegenheiten für emotional korrigierende Neuerfahrungen eröffnen, die wiederum emotionale Schemata verändern können. Sie können – als Angebot zu einem ergebnisoffenen »Experiment« – Kontakt vermeidende Verhaltensweisen *einschränken*, bestimmte Erlebensaspekte *verstärken*, unterschiedliche Selbstanteile/Polaritäten *differenzieren* und Selbstanteile *integrieren* helfen. Ansatzpunkte können diverse Erfahrungsmodalitäten, also körperlich, motivational, emotional, kognitiv, handlungsorientiert oder beziehungsorientiert sein, sie sind in der Ausrichtung kontakt- oder stützungs- (= ressourcen-) orientiert. Diese Interventionen entstammen meist der Phänomenologie des Therapeuten, sind ein Ausdruck seiner Präsenz und werden deshalb auch prozess-direktiv (Greenberg 1993) genannt. Sie werden ebenfalls – im Respekt vor dem Bereich des »Zwischen« – als therapeutische Angebote eingebracht – die Klientin und die Situation entscheiden, was daraus wird.

Das unterscheidet experimentelle Aufgaben von zielorientierten Übungen in der Verhaltenstherapie. Die experimentelle Haltung passt zur phänomenologischen Methode, da sie ebenfalls beinhaltet, dass der Therapeut nicht weiß, was richtig für die Klientin ist, gibt aber seinen Beitrag dazu, es gemeinsam herauszufinden. Heilung findet auch hier wieder im dialogischen Sinne »durch die Begegnung« statt, durch ein gemeinsames Tun, nicht durch ein einseitiges Intervenieren.

Kommt es im Therapieverlauf zu Störungen oder Unterbrechungen der Arbeit an den erfahrungsorientierten Inhalten und Prozessen durch eine Störung in der therapeutischen Beziehung (z.B. Missverständnisse, Kränkungen etc.), dann ist immer der Wechsel auf die Ebene des Dialogs indiziert, um die Störung gemeinsam zu verstehen und zu beseitigen – oder wie Gary Yontef sagt: »Let the dialogue heal« (persönliche Mitteilung). Versuche, am Dialog vorbei durch fortgesetzte Arbeit auf der Inhaltsebene die Störung zu überwinden, sind meist zum Scheitern verurteilt.

Ausblick und Schluss

In diesem Beitrag sollte gezeigt werden, was Dialogische Gestalttherapie im Kern ausmacht und welche Möglichkeiten sich für prozess-erfahrungsorientierte Psychotherapie eröffnen, wenn sie die Merkmale einer dialogischen Haltung im Sinne Martin Bubers in die Gestaltung der therapeutischen Beziehung integriert. Viele therapeutische Beziehungsaspekte, die auch in anderen Ansätzen praktiziert, aber nicht prägnant benannt werden, lassen sich mit Hilfe der dialogischen Terminologie differenzieren und beschreiben und damit für Ausbildungs- und Supervisionszwecke nutzen.

Im Sinne der Weiterentwicklung prozess-erfahrungsorientierter Psychotherapie ergeben sich aus der dialogischen Perspektive mögliche Forschungsfragen, ob beispielsweise durch das systematische Praktizieren der dialogischen Merkmale an bestimmten therapeutischen Ansatzpunkten, sog. »Markern«, die Wirksamkeit einer Behandlung gegenüber einer rein klientenzentriert gestalteten therapeutischen Beziehung verbessert werden kann.

Anmerkungen

1. Das ist übrigens auch der historische Hintergrund, der Leslie Greenberg als Gestalttherapeut dazu bewog, sich in jener Zeit der klientenzentrierten Gesprächstherapie zuzuwenden, da dort eine andere Beziehungsqualität vermittelt wurde (persönliche Mitteilung).

Literatur

- Arbeitskreis OPD (1996): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Bern: Huber
- Beisser, A. (1970): The Paradoxical Theory of Change. In Fagan, J. & Shepherd, I. (Hrsg.): *Gestalt Therapy Now*. New York: Harper & Row, 77-80
- Buber, M. (1984): *Das Dialogische Prinzip*. Heidelberg: Lambert
- Buber, M. (1993): Heilung aus der Begegnung. In M. Buber: *Nachlese*. Gerlingen: Lambert Schneider, 128-133
- Buber, M. & Rogers, C. (1992): Dialog zwischen Martin Buber und Carl Rogers (moderiert von M. Friedman). In *Integrative Therapie 3, 1992*, 245-260
- Clarkson, P. & Mackewn, J. (1995): Frederick S. Perls und die Gestalttherapie. Köln: EHP
- Doubrawa, E. & Staemmler, F.M. (Eds.) (1999): *Heilende Beziehung. Dialogische Gestalttherapie*. Wuppertal: Hammer
- Goldstein, K. (1934): *Der Aufbau des Organismus*. The Hague: Nijhoff
- Grawe, K. (1998): *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe
- Greenberg, L.S., Rice, L.N. & Elliott, R. (1993/2003): *Emotionale Veränderung fördern. Grundlagen einer prozeß- und erlebensorientierten Therapie*. Paderborn: Junfermann
- Greenberg, L.S., Elliott, R. & Litaer, G. (1994): Research on Humanistic and Experiential Psychotherapies. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Hg.): *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change*. 4. Aufl., New York: Wiley & Sons, 509-539
- Greenberg, L.S., Watson, J.C. & Litaer, G. (1998): *Handbook of Experiential Psychotherapy*. New York: Guilford Press
- Hycner, R. (1989): *Zwischen Menschen. Ansätze zu einer dialogischen Psychotherapie*. Köln: EHP
- Hycner, R. & Jacobs, L.M. (1995): *The Healing Relationship in Gestalt Therapy*. New York: Gestalt Journal Press
- Jacobs, L.M. (1989): Dialogue in Gestalt Theory and Therapy. In *Gestalt Journal, 12 (1)*, 25-67
- Kernberg, O. (1993): *Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten*. Bern: Huber
- Lambert, M.A. (Ed.) (2003): *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change*. 5. Aufl., New York: Wiley & Sons
- Perls, F. (1969/1985): *Grundlagen der Gestalt-Therapie. Einführung und Sitzungsprotokolle*. München: Pfeiffer
- Perls, L. (1989): *Leben an der Grenze*. Köln: EHP
- Polster, E. & M. (1999/2002): *Das Herz der Gestalttherapie. Beiträge aus vier Jahrzehnten*. Wuppertal: Hammer
- Portele, H. (1994): Martin Buber für Gestalttherapeuten. In *Gestalttherapie 1, 1994*.
- Rogers, C.R. (1961/2000): *Die Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*. Stuttgart: Klett-Cotta

- Stolorow, R.D. & Brandchaft, B. (1987): Developmental Failure and Psychic conflict. In *Psychoanalytic Psychology* 3, 1987, 8-9
- Walter, H.J. (1977): *Gestalttheorie und Psychotherapie*. Darmstadt: Steinkopff.
- Yontef, G. (1983): Gestalttherapie als dialogische Methode. In *Integrative Therapie* 2-3/83, 98-130
- Yontef, G.M. (1991/1999): *Awareness, Dialog, Prozess: Wege zu einer relationalen Gestalttherapie*. Köln: EHP
- Yontef, G. (1998): Dialogic Gestalt Therapy. In L.S. Greenberg, J.C. Watson & G. Lietaer (Eds.): *Handbook of Experiential Psychotherapy*. New York: Guilford Press, 82-102
- Yontef, G. (2002): The Relational Attitude in Gestalt Therapy Theory and Practice. In *International Gestalt Journal* 2002, 25, 1

9. Dialog mit Leslie Greenberg

Diesen Beitrag schreibe ich aus der Perspektive eines psychodynamisch orientierten Psychotherapeuten, der sich der Philosophie der humanistischen Psychologie sehr verbunden fühlt und erfahrungsorientierte Interventionen gegenüber den klassischen psychodynamischen Interventionen wie Deutung und Interpretation bevorzugt.

Wir leben zur Zeit in einer Phase des Übergangs, die sich nicht nur in den politischen Reformbemühungen zeigt, sondern auch in der Psychotherapie. Diesen Reformbemühungen kann sich keine Methode entziehen, auch die Gestalttherapie nicht, wenn sie als klinische Methode überleben will. Außer, sie ignoriert die Zeichen der Zeit, wie es Butollo & Maragkos (1999, 1099) sehr drastisch für die Gestalttherapie formuliert haben: »Die Therapierichtung, die den Menschen zu mehr Realitätssinn und zu mehr Flexibilität verhelfen soll, hat für sich selbst in erstaunlichem Trotz und mit unvergleichlicher Sturheit die Zeichen der Zeit missachtet ...«

Diese Reformbestrebungen setzen einen Veränderungsprozess in Gang, den ich kurz paradigmatisch für die psychodynamische Psychotherapie beschreiben möchte, da ich mir vorstellen könnte, dass in irgendeiner Form etwas Vergleichbares auf die Gestalttherapie zukommen könnte. Vielleicht sind auch die Bemühungen der Gestalttherapie, sich mit der Arbeit von Leslie Greenberg auseinander zu setzen, durch das Gespür nach einem Veränderungsbedarf motiviert.

Die Gestalttherapie befindet sich in einem vergleichbaren Dilemma wie ihre große Schwester, die psychodynamische Psychotherapie in den letzten 10 bis 15 Jahren. Allerdings ist die Ausgangssituation der Gestalttherapie wesentlich prekärer, weil sie noch nicht zu den wissenschaftlich anerkannten Verfahren gehört.

Der Auslöser zur unfreiwilligen Veränderung der psychodynamische Psychotherapie war die Forderung nach Wissenschaftlichkeit und Wirtschaftlichkeit, wie sie im SGB V (Sozial Gesetzbuch V) festgeschrieben wurde. Gefragt war eine »kreative Anpassung« an neue Feldbedingungen. Durch diesen Anpassungsdruck wurde folgender Veränderungsprozess in Gang gesetzt: