

Aus der Sicht der Gestalttherapie

Heidi Möller, Berlin

In der Gestalttherapie kommt dem Prozeß der Nahrungsaufnahme eine zentrale Bedeutung zu. Der Hunger wird zur Metapher, zur anthropologischen Prämisse. Die Suche nach geistig-seelischer und emotionaler Nahrung bildet die Grundlage menschlichen Seins. Fritz Perls, der Begründer der Gestalttherapie, beschreibt seinem Kontaktzyklus wie folgt: Die Entfaltung des Selbst beginnt im Vorkontakt. Bedürfnisse (z. B. Hunger) werden wahrgenommen, Wünsche artikuliert. Es folgt (nach Perls, Hefferline & Goodmann 1988) das Stadium der Orientierung und Umgestaltung, die Kontaktnahme (Nahrungssuche). Nun wendet der Mensch sich hinaus in die Welt auf der Suche nach Möglichkeiten zur Befriedigung seiner Bedürfnisse, Wünsche und Sehnsüchte. Er schaut, wie groß seine Chancen sind, die Umwelt umzugestalten und Einfluß zu nehmen (Nahrung finden). Der Grad seiner Erregung steigt dabei ständig an, er ist involviert, engagiert. Der Höhepunkt ist der Kontaktvollzug, die absichtsvollen Ich-Funktionen fallen ab, der Mensch verschmilzt für Momente mit dem „Objekt der Begierde“ zu einer einzigen Gestalt, Subjekt und Objektgrenzen schwinden (orgiastische Lust zu kauen und zu schmecken). Danach differenziert sich das Feld wieder aus, Subjekt-/Objektgrenzen restituieren sich; und das Energieniveau sinkt. Im Nachkontakt ist eine Sättigung erreicht. Es wird nachgespürt, das Erlebte sinkt ein. Was in dem jeweiligen Kontaktprozeß gewonnen oder erfahren wurde, wird in die leibseelisch-geistige Einheit des Organismus assimiliert, und ein weiterer Kontaktprozeß kann beginnen.

Diagnostisch ist für Gestalttherapeuten wichtig zu erleben, an welcher Stelle des Kontaktzyklus der Klient unterbricht. Ist es schon im Vorkontakt, daß die Differenzierung von Bedürfnissen und Wünschen nicht gelingt (wie z. B. bei neurotischen Störungen, Angst vor Autonomie), oder befindet sich die Blockade beim Kontaktvollzug (wie bei narzißtischen Störungen, Angst vor Hingabe und Autonomieverlust)? In der vorliegenden Fallgeschichte finden wir beide Komponenten. Leider stellt die Fallbeschreibung wenig Informationen über die Kindheit und Jugend der Patientin zur Verfügung. Folgende Überlegungen stützen sich deshalb auf Vermutungen über ihre frühe Entwicklung und auf gestalttherapeutische Überlegungen zur Entstehung von Beißhemmungen. Entwicklungsgeschichtlich folgt auf das Herumbeißen auf der Brustwarze der Mutter das Wachstum der Schneidezähne zur Zerkleinerung fester Nahrungsstrukturen. Die Schneidezähne dienen als Schere, und unter der späteren Beteiligung der Kiefermuskulatur lernt das Kleinkind, auch gröbere Nahrung in bekömmlicher Weise zu sich zu nehmen. Durch das Kauen erfolgt die letzte Stufe der mechanischen Vorbereitung der Nahrung. Die folgende Attacke erfolgt durch Chemi-

kalien, durch Körpersäfte wird die Verdauung in Gang gesetzt. Der Hunger ist aus der Aggression gespeist und das Zerbeißen der Nahrung dient der Zerstörung der groben Struktur. Inzisorische (Beiß-) oder molare (Beiß-Kau-)Hemmungen entstehen dann, wenn der kindlichen Aggression strafend begegnet wird. Wörtliches und sprichwörtliches nicht „beißen“ zu dürfen, dem mächtigen Impuls des „Beißens“ widerstehen zu müssen, hindert den Aufbau der Ichgrenzen. Aggressionsgehemmte Kinder lernen nicht, das „Objekt der Begierde“ anzupacken, wenn die Situation es erfordert. Gehemmte Aggression ist oftmals gleichbedeutend mit der Unfähigkeit, das Leben „in den Griff“ zu bekommen und die Aufgaben des Lebens offensiv anzugehen. Statt dessen wird die Aggression retroflektiert, d. h. gegen sich selbst zurückgewendet, ein Prozeß der Selbstabwertungen, der ein instabiles Selbstwertgefühl, ein negatives Selbstbild oder sogar Selbstschädigung zur Folge hat. Es entwickelt sich in der Folge eine massive Hemmung zu verletzen. Die Phantasien über das Ausmaß der eigenen Aggressivität wachsen übermäßig, da es kein externes Regulativ gibt.

Zu Beginn der Pubertät erlitt die Patientin einen Unfall, der eine Unterkieferfraktur zur Folge hatte. Ihr „Beißvermögen“ war vermutlich über einen langen Zeitraum gehindert. Über die Umstände des Unfalls ist nichts bekannt und müßte zu Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung nachexploriert werden. Es mag einen Verursacher des Unfalls gegeben haben (die eigenen Eltern, ein fremder Autofahrer), und der Patientin scheint es aufgrund mangelnder Ichstärke und Unterstützung nicht gelungen zu sein, Zorn zu entwickeln. Gehemmte Aggressivität steigert die Angst, verletzt zu werden (Vergeltungsangst). Der notwendige Zorn (um die Not zu wenden) findet keine Richtung, keinen Adressaten. Es ist möglich, daß die körperliche Beschädigung begleitende Affekte sofort verdrängt wurden oder daß psychische Erlebnisse von Rachedgedanken unter dem Primat des Aggressionstabus objektive Realität erlangten, und die Patientin die Missetat der Phantasie als Schuldgefühle erneut retroflektiv gegen sich richtet. Ihre Aggressionshemmung, die lebensgeschichtlich viel früher entstanden sein wird, findet ihre organische Entsprechung.

Weder ist die Beeinträchtigung ihrer körperlichen Integrität, die Einbuße ihres Bisses, betrauert worden noch die Folgen, die auch eine leichte Verunstaltung im Gesicht eines jungen Mädchens, das gerade zur Frau reift, hat. Der Patientin scheint im Laufe ihres Lebens die Fähigkeit, heftige Gefühle wie Trauer und Wut zu empfinden und auszudrücken, verlorengegangen zu sein. Auch der Verlust ihres Ehemannes an eine jüngere Südamerikanerin ist nicht verarbeitet, sie unterhält angeblich einen „sehr guten Kontakt“ zu ihm. Der körperliche Schmerz bildet die Kontaktbrücke zur Welt. Er stellt gleichsam ein Vehikel dar, ihren seelischen Schmerz auszudrücken. Arztbesuche werden zum Trost, zum Ersatz sozialen Lebens. Nur über den Körper als Sprachrohr kann sie ausdrücken, daß sie leidet.

Es scheint mir prognostisch fraglich, ob die Patientin bereit sein wird, ihre organmedizinische subjektive Theorie ihrer Beschwerden zu Gunsten einer psychosomatischen Perspektivität aufzugeben. Der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung wird nicht leicht sein. Der Patientin fehlt die Vision davon, daß Psychotherapie helfen könnte, daß Beziehungnahme heilsam ist, man sich einen Menschen statt Medikamente verschreiben lassen könnte. Es wird auch innerhalb des therapeutischen Prozesses viel sekundäre Motivationsarbeit zu leisten sein, damit sie die Libido nicht nur auf ihren Leib, sondern in die Begegnung richten lernt. Während des Therapieprozesses wird es darum gehen, den Kontaktprozeß genau zu erleben:

- Wie gestaltete die Patientin den Beginn des Gesprächs?
- Wie diffus bzw. differenziert werden einzelne Themen behandelt?
- Wie unterschiedlich über die Zeit und bezogen auf die im Vordergrund stehenden Themen ist die Kontaktnahme zu mir?
- Wie ist der Kontakt der Patientin zu ihren Empfindungen, Gedanken und Körperempfindungen?

Durch diese die Therapie begleitenden Fragestellungen wird die Diagnostik fortlaufend (prozessual) fortgesetzt. Die Patientin wird durch Awareness (zu deutsch Bewußtheit) steigernde Interventionen mit ihrem speziellen Modus des Kontaktabbruchs sanft konfrontiert. Durch körpertherapeutische Interventionen, Imaginations- und Bewegungsübungen wird ihre negative Einstellung zum Leib, der aktuell als ausschließlich leidbringend und nicht als Ressource für angenehme Befindlichkeiten angesehen wird, verändert werden. Durch Experimente und imaginative Rollenspiele können neue Verhaltensmuster (auch mal was Unfreundliches sagen, auch mal kämpfen) probeweise ausgeführt und das begleitende Erleben beschrieben werden. Sie wird vor allem den direkten Ausdruck von Gefühlen lernen müssen, um auf die indirekte Sprache des Körpers verzichten zu können. Mit Hilfe der Methode der Zweistuhl-Arbeit kann sie sich dem Schmerz gegenüber setzen und sich durch die exzentrische Position szenisch biographischem Material nähern, das für die Patientin noch nicht bewußtseinsfähig ist. Sie wird lernen müssen, die Anklage gegenüber der Welt, die der „Pflicht“, für ihr Glück zu sorgen, nicht entspricht, in die Expression zu bringen. Auf diese Weise wird sie ihren Anklammerungsmodus kennenlernen und – sollte die Behandlung glücken – eine autonomere Haltung einnehmen, die auf Dauer ihren Selbstwert steigern wird. Ziel wird sein, daß die Patientin Frustrationen anders als durch Somatisierung begegnet.

Dem Anklammerungsbiß des Säuglings folgt im Laufe des Stillvorgangs Konfluenz (Zusammenfließen). Die Patientin fordert das Zusammenfließen ihrer Vorstellungen mit der Realität, was sie als primären Drang erlebt. Nicht das Schmecken und das Zerstören der Nahrung wird zum Mittelpunkt des Interesses, der Gestalt. Ihre Zerstörungstendenz, die im Gebrauch der Zähne ihr natür-

liches biologisches Ventil finden sollte, bleibt unbefriedigt und äußert sich auf schädliche Weise als hypochondrische Selbstquälerei und -zerstörung. Sie will keine langwierige Zerstörung der Nahrung, sondern unmittelbare Befriedigung des Hungers. Dabei erscheint sie gierig, ungeduldig und unfähig, Befriedigung zu erlangen. Sie erfährt keine positiven Konfluenzerlebnisse, da sie nicht kaut, nicht durcharbeitet, den Aufschub nicht zu ertragen weiß.

Dem Aufbau eines tragfähigen sozialen Netzwerks kommt in der Gestalttherapie herausragende Bedeutung zu. Um sowohl die Tochter aus der Ansprüchlichkeit ihrer Mutter zu befreien und die Ärzte nicht weiter als Träger der Erlösungswünsche der Patientin zu fixieren, bedarf es vor allem der Erfahrung nährender Sozialkontakte. Sowohl das Aufsuchen von Selbsthilfegruppen als auch die Kontaktaufnahme mit Menschen ihres Alters wird aktiv unterstützt werden. Dabei gilt es der Patientin zu helfen, Defizite in der Interaktion auszugleichen, die u. U. auch erst sekundär, als Folge der hypochondrischen Lebensführung entstanden sind. An die Stelle der übertriebenen Selbstaufmerksamkeit der Patientin und der vermuteten ständigen Inzenschau und Überwachung sämtlicher Körperfunktionen sollten nach und nach Begegnungen treten, die Aufmerksamkeit von der Introspektion zur Extroversion geführt werden, die allerdings mit Empathie für ihr Gegenüber begleitet sein muß. Die Patientin vermeidet durch ihre Agitiertheit, soziale Situationen als nutzbringende Quellen des Feedbacks zu sehen, die ihr helfen können, ihr Verhalten zu regulieren.

Dr. Heidi M. Möller, Dipl.-Psych.
Technische Universität Berlin
HAD 40
Hardenbergstraße 4 – 5
D-10623 Berlin