

Winfried Kümmel

**DER GESTALTANSATZ IN DER  
ERGOTHERAPEUTISCHEN PRAXIS**

---

EHP - PRAXIS

Hg. von Andreas Kohlhage

---

Winfried Kümmel

# DER GESTALTANSATZ IN DER ERGOTHERAPEUTISCHEN PRAXIS

Mit einem Vorwort von  
Werner Bock

## **Der Autor:**

Winfried Kümmel; Jg. 1958; Ergotherapeut, Gestalttherapeut (GIF), Heilpraktiker – Psychotherapie, Systemischer Supervisor und Coach; seit 1984 als Ergotherapeut tätig und seit 1992 als Gestalttherapeut; verknüpfte bereits in seiner Gestalttherapieausbildung beide Ansätze; seit 1999 in eigener Praxis für Ergotherapie und psychotherapeutische Beratung tätig; leitet Seminare in der Erwachsenenbildung und arbeitet als Berater und Supervisor für Praxen, Kindergärten und Schulen.

**Edition Humanistische Psychologie**

**– 2003 –**

**Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek**

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

Umschlagentwurf: Gerd Struwe  
– unter Verwendung seines ›Automatischen Zeichners‹ –  
Satz: Markttransparenz Uwe Giese, Berlin  
Druck und Verarbeitung: 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 3-89797-021-X

**Inhalt**

Danksagung	7
<b>Vorwort</b> (Werner Bock)	<b>9</b>
<b>Prolog</b>	<b>13</b>
<b>Einleitung</b>	<b>15</b>
<b>1 Die für die Ergotherapie relevanten Prinzipien der Gestalttherapie</b>	<b>19</b>
1.1 Bewusstheit / Awareness	21
1.2 Phänomenologie	28
1.3 Ganzheitlichkeit	33
1.4 Feldtheorie	35
1.5 Ein Gestaltmodell	44
<b>2 Therapeutischer Bezugsrahmen</b>	<b>51</b>
2.1 Dialogische Gestalttherapie – im Dialog mit Patienten	54
2.2 Therapeutische Haltung	66
2.3 Therapeutische Unsicherheit / Bedürfnis nach Sicherheit	74
<b>3 Gestalttherapeutischer Krankheitsbegriff und Diagnoseverständnis</b>	<b>83</b>
3.1 Krankheitsbegriff aus gestalttherapeutischer Sicht	85
3.2 Diagnostik aus gestalttherapeutischer Sicht	93
<b>4 Die Praxis der Integration des Gestaltansatzes in die Ergotherapie</b>	<b>101</b>
4.1 Falldarstellung aus der Neurologie: Herr Entremont	103
4.2.1 Falldarstellung Herr König	110
4.2.2 Depressive Veränderungen bei Menschen mit Schlaganfall – eine gestalttherapeutische Sichtweise	113
4.3 Die Motivation der Patienten	118
4.4 Frau Kirchner: Die Anwendung gestalterischer Arbeit bei einer Krebserkrankung	123
4.5 Die Anwendung kreativer Techniken	129
4.6 Die Behandlung eines körperbehinderten Kindes	133
4.7 Elternarbeit in der Ergotherapie unter Einbezug von Gestaltelementen	139
4.8 Die Anwendung von Gestalttechniken in der Ergotherapie	143

<b>5</b>	<b>Grundlagen der Ergotherapie – Methodenvergleich</b>	<b>149</b>
5.1.1	Das Model of Human Occupation (MOHO) im Zusammenhang mit der Gestalttherapie	155
5.1.2	Herr Weck: die Anwendung von MOHO und Gestalt an einem Fall	162
5.2	Das Canadian Model of Occupational Performance (CMOP) und die Gestalttherapie: Ähnlichkeiten zweier klientenzentrierter Ansätze	164
5.3	Gestaltelemente in verschiedenen ergotherapeutischen Anwendungsverfahren	169
5.4	Der Gestaltansatz in der psychiatrischen Ergotherapie	175
<b>6</b>	<b>Ausblick</b>	<b>183</b>
6.1	Das Entwicklungspotential der Gestalttherapie und der Ergotherapie	184
6.1.1	Die Entwicklung der Gestalttherapie	184
6.1.2	Die Entwicklung der Ergotherapie	186
6.2	Gesellschaftliche Hintergründe für die Integration des Gestaltansatzes in die Ergotherapie	188
6.3	Resümee	196
<b>7</b>	<b>Literatur</b>	<b>201</b>

## Danksagung

Ein Buch schreibt man nicht alleine: Ohne die Unterstützung etlicher Menschen wäre die Realisierung in dieser Form nicht möglich geworden.

Besonderer Dank gilt meinem Lehrer und Mentor Werner Bock. Viele Anregungen habe ich in den Supervisionssitzungen mit ihm bekommen; bereits beim Redigieren meines Fachartikels war er mir eine große Hilfe. Um so mehr freut mich, dass er das Vorwort zu diesem Buch geschrieben hat.

Ganz besonderer Dank gehört meiner lieben Frau Christiane Kreis, die mir nicht nur mit ihrer fachlichen Kompetenz zur Seite stand, sondern geduldig das Projekt begleitet hat, trotz etlicher Entbehrungen in dieser Zeit.

Besonders danken möchte ich meinem Freund und Gestalttherapie-Kollegen Carsten Jaeger, der das Manuskript intensiv gelesen hat und mir mit vielen wichtigen Anregungen neue Perspektiven aufzeigte.

Auch danken möchte ich den Ergotherapeutinnen Martina Stegmaier und Martina Kamperhoff, die aus ihrer eigenen Geschichte mit buddhistischen und gestalttherapeutischen Ideen einige wichtige Gedanken zum Buch beitrugen.

Natürlich gilt mein Dank auch denen, die mich in meiner beruflichen und persönlichen Geschichte prägten: meine Ergotherapieausbilderin Karin Götsch, meine Gestaltlehrer Thomas Bungardt, Ulrich Lessin, Hennes Grodeck, Renate Wilms-Klößner und Detlef Klößner. Stark geprägt hat mich meine Gestaltlehrtherapeutin Ingrid Baum, die mich die buddhistische Essenz der Gestalttherapie gelehrt hat; besonders die Gedanken von Thich Nhat Than fließen in meine Arbeit ein.

Und natürlich ist die persönliche und fachliche Unterstützung meiner Freunde, Kollegen und Mitarbeiter bedeutsam.

---

## Vorwort

---

Die Gestalttherapie hat sich in ihrer jetzt 52-jährigen Geschichte kontinuierlich entwickelt. In dem sich Fritz und Lore Perls von der Psychoanalyse persönlich und fachlich befreiten und durch ihre Zusammenarbeit mit dem Intellektuellen Paul Goodman (Bock, 2000) entstand ein damals völlig neuer Entwurf von Psychotherapie, und die Begründer der Gestalttherapie erklärten 1951 selbstbewusst:

»Wir glauben, dass wir durch Assimilation aller wertvollen Substanzen, welche die psychologischen Wissenschaften unserer Zeit zu bieten haben, jetzt in der Lage sind, den Grund zu einer in sich stimmigen und praktischen Psychotherapie zu legen« (Perls u.a. 1979, 11).

Diesem Gründergeist ist die Gestalttherapie treu geblieben; offen zu sein für neue Entwicklungen ist ein Teil ihres Selbstverständnisses. Bis heute ist sie daher kein abgeschlossenes System, das von Erstarrung bedroht ist, sondern lebendig geblieben und bereit, neue Erkenntnisse der verschiedenen Wissenschaften und Anregungen aus kulturellen Strömungen zu integrieren. Dabei hat sie ihr eigenes Profil und ihre eigene Faszination behalten und gilt heute als eine der modernen Formen der Psychotherapie (Jaeggi 1995; Bock, 1996; Fuhr u.a., 1999).

Die neuen Ideen der Gestalttherapie ergaben ein eigenes Verständnis von menschlicher Veränderung, von der Struktur des therapeutischen Veränderungsprozesses, von der Art der therapeutischen Beziehung und der Diagnostik. Daraus wiederum entwickelten sich gestalttherapeutische Techniken, mit denen in der praktischen Arbeit die Grundüberzeugungen konkret umgesetzt werden. Bald hatten die Theorie und die Technik der Gestalttherapie auch einen innovativen Einfluss auf andere Therapieformen und angrenzende Gebiete. Es eröffneten sich neue Möglichkeiten, mit Gruppen therapeutisch zu arbeiten (Ronall/Feder 1983; Frew 1998) ebenso wie mit Paaren (Staemmler 1996; Zinker 1997; Wheeler/Backman 1999) und mit Kindern (Oaklander 1981; Baulig/Baulig 2002). Es gab Impulse in die Bereiche von Supervision (Yontef 2000), Coaching (Eidenschink 2002) und Organisationsentwicklung (Fatzer 1999). Es entstand eine Gestaltpädagogik (Brown 1971; Burow 1993) und eine Gestaltheilpädagogik (Micknat

2002). In all diesen unterschiedlichen Praxisfeldern (s.a. Krisch/Ulbing 1992) haben gestalttherapeutische Prinzipien und Techniken dazu beigetragen, neue Sichtweisen und effektive Handlungsstrategien zu entwickeln.

Mit dem vorliegenden Buch von Winfried Kümmel wird nun ein weiterer Bereich für die Gestalttherapie geöffnet. Auf sehr persönliche Weise beschreibt der Autor, wie er als Ergotherapeut immer wieder an Grenzen stieß, wie sich daraus sein Bedürfnis entwickelte nach einer weiteren Qualifikation, die er in einer Gestalttherapieausbildung fand. Seine persönlichen und fachlichen Erfahrungen mit der Gestalttherapie veränderten seine ergotherapeutische Arbeit grundlegend. Die in der Gestalttherapie gelernte innere Haltung der Unabhängigkeit des Therapeuten, ein dialogisches Verständnis der therapeutischen Beziehung und der Diagnostik und ein nicht-medizinisches Verständnis von Krankheit kann Winfried Kümmel offenbar wirksam in seine ergotherapeutische Arbeit übernehmen, ohne aus der Ergotherapie eine Psychotherapie zu machen. Er zeigt das praxisorientiert in vielen Fallbeispielen und zeichnet so sein Bild einer Integration gestalttherapeutischer Elemente in die ergotherapeutische Arbeit.

Als Ausbilder in Gestalttherapie bin ich einigen Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten begegnet, die ähnlich auf der Suche waren, ihre Arbeit befriedigender zu gestalten und sich dabei von der Gestalttherapie angezogen fühlten. Sie hatten ähnliche Fragen und entwickelten im Laufe ihrer Ausbildung ihre eigenen Antworten. Das vorliegende Buch wäre ihnen dabei sicher eine Hilfe gewesen, z.B. bei dem Bemühen, von einem manchmal frustrierenden Behandeln ihrer Patienten wegzukommen und neue Möglichkeiten zu finden, mit den Patienten so umzugehen, dass diese beginnen, selbst zu handeln und aktiv an ihrer Genesung mitzuarbeiten. Dafür hat die Gestalttherapie Einiges anzubieten. Wenn es gelingt, dieses Potential für die Ergotherapie zu nutzen, kann das helfen, diese Arbeit, die ja oft in schwierigen menschlichen Grenzbereichen stattfindet, mit Freude zu tun, und als Gestalttherapeut weiß ich, dass wir nur dann erfolgreich sein können. Dieses Buch zeigt Wege dahin.

*Werner Bock, Würzburg im Winter 2002/2003*

## Literatur

- BAULIG, I./BAULIG, V. (2002): Praxis der Kindergestalttherapie. Bergisch Gladbach  
BOCK, W. (1996): Die Gestalttherapie – eine moderne Form der Psychotherapie.  
In: Zentrum für Gestalttherapie: Programm 1996/97. Würzburg

- BOCK, W. (2000): Der Glanz in den Augen. Wilhelm Reich, ein Wegbereiter der Gestalttherapie. In: Bocian, B./Staemmler, F.-M. (Hg.): Gestalttherapie und Psychoanalyse. Göttingen  
Brown, G. (1971): Human teaching for human learning: An introduction to confluent education. New York  
BUROW, O.-A. (1993): Gestaltpädagogik. Paderborn  
EIDENSCHINK, K. (2002): Führen ist Stress. Zur Psychologie des Führens. In: Gestalttherapie 2002, H. 2, 3-20  
FATZER, G. (1999): Der Gestalt-Ansatz in der Organisationsentwicklung. In: Fuhr, R./Sreckovic, M./Gremmler-Fuhr, M. (Hg.): Handbuch der Gestalttherapie. Göttingen, 1069-1076  
FREW, J. E. (1998): Die Leitung gestalttherapeutischer Gruppen. Würzburg (Zentrum für Gestalttherapie: Gestaltpublikationen, 31)  
FUHR, R./SRECKOVIC, M./GREMMLER-FUHR, M. (Hg.) (1999): Handbuch der Gestalttherapie. Göttingen.  
JAEGLI, E. (1995): Zu heilen die zerstoßenen Herzen. Die Hauptrichtungen der Psychotherapie und ihre Menschbilder. Hamburg  
KRISCH, R./ULBING, M. (1992): Zum Leben finden. Beiträge zur angewandten Gestalttherapie. Köln  
MICKNAT, J. (2002): Gestaltheilpädagogik. Bergisch Gladbach  
OAKLANDER, V. (1981): Gestalttherapie mit Kindern und Jugendlichen. Stuttgart  
PERLS, F.S./HEFFERLINE, R.F./GOODMAN, P. (1979): Gestalt-Therapie: Wiederbelebung des Selbst. Stuttgart  
RONALL, R./FEDER, B. (Hg.) (1983): Gestaltgruppen. Stuttgart  
STAEMMLER, F.-M. (1996): Gemeinsame Konstruktionen. Würzburg (Zentrum für Gestalttherapie: Gestalt-Publikationen, 23)  
WHEELER, G./BACKMAN, ST. (Hg.) (1999): Gestalttherapie mit Paaren. Köln  
YONTEF, G.M. (2000): Supervision aus gestalttherapeutischer Perspektive. Würzburg (Zentrum für Gestalttherapie: Gestalt-Publikationen, 34)  
ZINKER, J. (1997): Auf der Suche nach gelingender Partnerschaft. Gestalttherapie mit Paaren und Familien. Paderborn

---

## Prolog

---

Im Winter 1999 widerfuhr mir ein unverschuldeter Autounfall. Am Abend eines Tages mit viel Hektik bremste dieser den Tagesablauf im wahrsten Sinn des Wortes aus. Morgens gab ich Unterricht an einer Schule für Ergotherapie. Am Nachmittag war ich eingeladen zu einer Jubiläumsfeier in der Ergotherapiepraxis, in der ich damals als Honorarkraft arbeitete. Später am Abend war ich noch in Frankfurt mit einem Freund und Kollegen verabredet, um eine Gestalttherapie-Männergruppe vorzubereiten. Auf dem Weg nach Frankfurt passierte es dann: Bei der Einfahrt in einen Kreisel musste ich bremsen, der nachfolgende Fahrer fuhr auf und mein Wagen hatte fast Totalschaden. Einige Tage später nahm ich dieses Erlebnis als Anlass, in meinem Leben etwas grundlegend zu verändern. Ich traf die Entscheidung, loszulassen von allen Sicherheiten und begann meine Selbstständigkeit anzugehen. Diese Entscheidung alleine gab mir einen immensen Schub, ich mobilisierte alle Kraftreserven. Die Idee mich komplett selbstständig zu machen, sowohl mit der Ergotherapie als auch mit der Gestalttherapie, existierte bereits seit langer Zeit. Ich war mir unsicher und traute mir noch nicht viel zu.

Parallel zu meiner Praxisgründungszeit absolvierte ich noch ein Aufbaujahr in der Gestalttherapieausbildung. Das Thema behandelte den systemischen Ansatz in der Gestalttherapie. Damit floss vermehrt systemisches Denken in meine Arbeit ein.

Im Sommer 1999 hatte ich es dann geschafft, ich zog in meine eigene Praxis. Froh und stolz über den Schritt begann ich, meine Ideen umzusetzen. Viele Erfahrungen habe ich in dieser Zeit gemacht, habe mich nicht nur beruflich, sondern besonders auch persönlich weiter entwickelt.

Ein Jahr später spürte ich erste Unzufriedenheit. Ich suchte nach neuen Herausforderungen, hatte übermäßig viele Ideen. Ich wusste nicht genau, wohin ich meinen Weg richten könnte. »Soll mehr der systemische oder der gestalttherapeutische Ansatz im Vordergrund stehen?«, fragte ich mich. In mir spürte ich auch das Bedürfnis, meine vielen Ideen zu veröffentlichen. Ich schrieb Hefte voll, fing dieses und jenes an, ohne Struktur und Ziel. Wenig später wurde ich gebeten, einen Fachartikel zum Thema »Integration gestalttherapeutischer Elemente in die ergotherapeutische Arbeit« in der Zeitschrift *Praxis Ergotherapie* zu veröffentlichen (Kümmel 2001). Mit der

Unterstützung meiner Gestalt-Supervisionsgruppe und meines Mentors Werner Bock hatte ich bald einen Artikel verfasst. Im Januar 2001 nach der Veröffentlichung wurde Andreas Kohlhage von der Edition Humanistische Psychologie darauf aufmerksam. Seine eMail ist noch heute auf meinem Laptop gespeichert: »Ich falle gleich mit der Tür ins Haus. Möchten Sie nicht ein kleines Buch daraus machen?«

---

## Einleitung

---

Als ich begann, das vorliegende Buch zu schreiben, las ich zuerst Bücher über das Schreiben, denn ich hatte bisher nur Aufsätze und Vorträge geschrieben. Dann begann ich Falldarstellungen aus meiner Arbeit aufzuschreiben und machte mir Notizen aus der Fachlektüre. Langsam entwickelte ich eine Vorstellung davon, wie ich das Buch aufbauen könnte.

Natürlich stellte sich mir die Frage, an wen ich das Buch richten möchte. An Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten? Oder an Kolleginnen und Kollegen der Gestalttherapie? Oder gar an Menschen, die mit beiden Bereichen relativ wenig zu tun haben? Letztendlich entschied ich mich dafür, dass ich meiner Linie vertrauen möchte, was bedeutet, dass ich das Buch an Menschen richten möchte, die bisher eher wenig mit Gestalttherapie in Kontakt kamen.

Ich wollte auf keinen Fall zum wiederholten Male eine Einführung in die Gestalttherapie schreiben, allerdings sollte mein theoretischer, gestalttherapeutischer Hintergrund deutlich werden.

Sicher ist dieses Buch in erster Linie ein Praxisbuch, und die Inhalte haben vor allem mit meinen beruflichen Erfahrungen zu tun.

Im Buch orientiere ich mich vorwiegend an Grundideen der Gestalttherapie, wie sie vor allem von Gary M. Yontef und Frank M. Staemmler und Werner Bock sowie Reinhard Fuhr und Martina Gremmler-Fuhr entwickelt wurden.

Den Gestaltprinzipien, die aus meiner Erfahrung für die ergotherapeutische Arbeit wichtig sind, widme ich das erste Kapitel. Ich beschreibe dort die Bewusstheit, die Phänomenologie, die Ganzheitlichkeit und den feldtheoretischen Gedanken.

Im zweiten Kapitel schildere ich den dialogischen – bzw. den relationalen (Yontef 1999) – Ansatz der Gestalttherapie, den ich für meine Arbeit als besonders bedeutsam ansehe.

Im dritten Kapitel widme ich mich dem gestalttherapeutischen Krankheitsbegriff und dem Diagnoseverständnis des Gestaltansatzes.

Die praktische Erfahrung ist Ausgangspunkt im vierten Kapitel, das aus meiner Sicht das Herzstück des Buches darstellt. An etlichen Beispielen werde ich die Integration der Gestaltideen in die ergotherapeutische Praxis aufzeigen. Diesen Teil werde ich mit einigen kleineren theoretischen Beiträgen

zu den Themen: Depression, Motivation, Kreativität und Gestalttechniken versehen.

Mein praktischer Hintergrund liegt vorwiegend in der Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und neurologisch erkrankten Erwachsenen. Daher kann ich wenig Beispiele aus der Psychiatrie beisteuern. Meine Fälle beziehen sich auf Patienten in der ambulanten Versorgung und auf Falldarstellungen aus Supervisionen mit Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten. Ausgeklammert bleiben die speziellen Kriterien für die Kindertherapie (vgl. dazu Baulig/Baulig 2002).

Theorie und Praxis der Ergotherapie bilden den Schwerpunkt des fünften Kapitels. Neben einer kurzen Beschreibung wesentlicher Inhalte dieses Berufs skizziere ich das amerikanische Modell MOHO sowie das Kanadische Modell der Betätigungsperformanz (CMOP) und vergleiche sie mit den Ideen der Gestalttherapie. Abschließend gebe ich noch einige Hinweise zur Integration des Gestaltansatzes in ergotherapeutische Methoden aus Neurologie und Psychiatrie.

Letztlich sehe ich mein Buch als einen Beitrag zur Weiterentwicklung von Gestalttherapie und Ergotherapie. Andere therapeutische Verfahren und Ansätze reichen schon lange offensiv in verschiedene Tätigkeitsbereiche der Gesellschaft hinein. Als Beispiel möchte ich hier die Feldenkrais-Methode, den klientenzentrierten Ansatz von Rogers und die Systemtheorie nennen. Andere Sparten, für die sich die Gestalttherapie öffnen sollte, können neben Arbeit, Beruf, Bildung, Freizeit, Sport, die Gesundheitsberufe wie Physiotherapie, Logopädie und die Ergotherapie sein. Obwohl viele Gestalttherapeuten verstärkt in sozialen Berufen arbeiten, habe ich den Eindruck, dass die Gestalttherapie aus der reinen Ecke der Psychotherapie noch nicht herausgekommen ist. Mittlerweile werden für den Bereich der gestalttherapeutischen Psychotherapie jedoch bereits neue Ansätze diskutiert.

Bei der Integration gestalttherapeutischer Elemente in die Ergotherapie handelt es sich nicht um Psychotherapie. Dies schließen auch die Heilmittel-Richtlinien explizit aus, und auf diese Grenze achte ich genau. Dennoch ist die Gestalttherapie ein hilfreiches Mittel, Ergotherapie wirksamer zu gestalten und damit dem therapeutischen Auftrag qualifizierter nachkommen zu können. Dies gilt gleichermaßen für die Arbeit in der ambulanten Praxis wie für die stationäre Arbeit in der Klinik.

Ich möchte eine Verbindung zweier therapeutischer Verfahren präsentieren, die mir geholfen hat, mir immer noch hilft und ganz besonders den Patienten<sup>1</sup> hilft.

## Anmerkung

- 1 In meinem Buch benutze ich den Begriff Patient. Mir ist bewusst, dass dies der primär schulmedizinische Terminus ist, der in der Regel suggeriert, dass wir es dabei mit einem weniger mündigen Menschen zu tun haben, der darauf angewiesen ist, dass ihm geholfen wird. Man wird zum Patienten, wenn man zum Arzt oder Therapeuten geht.

---

## Die für die Ergotherapie relevanten Prinzipien der Gestalttherapie

---

*Ein junger Patient kam mit einer nicht verheilten Fraktur des linken Unterarms zu mir in die Praxis. Im Anamnesegespräch erzählte Herr Sahid mir seine Geschichte. Er sei Flüchtling aus Algerien, habe zudem den Pass eines weiteren Staates und sei Christ. Bei der Einreise nach Algerien wurde er als vermeintlicher Spion festgenommen und bei der Vernehmung zusammengeschlagen. Dabei brach man ihm den linken Arm. Im Gefängnis wurde der Bruch nicht versorgt. Eine Heilung stand für Herrn Sahid in dieser Situation nicht im Vordergrund. Seine Gedanken drehten sich um Flucht. In Deutschland angelangt, begann er sich um seinen verletzten Arm zu kümmern. Herr Sahid hatte starke Schmerzen, besonders bei Tätigkeiten, die Kraft erforderten sowie in der Pro- und Supination<sup>1</sup> des betroffenen Armes. Er bekam eine Verordnung von seinem Orthopäden und suchte meine ergotherapeutische Praxis auf. Im Erstkontakt nahm ich mir viel Zeit, seine Geschichte zu hören und fragte immer wieder nach. Mich interessierte Herr Sahid als ganzer Mensch, nicht als ›Radiusfraktur‹. Ich hatte wirkliches Interesse an ihm, an seinem Leben. Alle ergotherapeutischen Übungen, die ich im Laufe der Behandlung anbot, versuchte ich gemeinsam mit ihm für seinen Alltag zu verknüpfen. Ich wollte ein ganzheitliches Bild von Herrn Sahid, von seinem unmittelbaren Lebensumfeld. Ich nutzte von Beginn an gestalttherapeutische Kriterien für meine Arbeit. Neben den ganzheitlichen Aspekten und den feldtheoretischen Überlegungen, die Herrn Sahids Umfeld mit einbeziehen, stand für mich der Dialog im Vordergrund. Aus dieser Haltung heraus nutzte ich ergotherapeutische Methoden aus dem motorisch-funktionellen Bereich, um Herrn Sahids Beteiligungsprobleme zu verbessern.*

*Ich hatte den Eindruck, dass Herr Sahid sich als ganzer Mensch gesehen und angenommen fühlte. Eine Begegnung, die er als Flüchtling wahrscheinlich selten erlebt. Seine Motivation in der Therapie war immens hoch, der Schmerz ließ bereits nach drei Behandlungseinheiten nach. Durch die Kombination von ergotherapeutischer Methodik und gestalttherapeutischer Haltung stellten sich rasche Behandlungserfolge ein.*

*Kraft- und Bewegungsmaß des betroffenen Armes verbesserten sich deutlich. Darüber hinaus nutzte ich phänomenologische Elemente, um Herrn Sahid eigene Wege für seine Heilung bewusst zu machen. Während der Übungen strengte er sich sehr an und ging teilweise weit über seine Schmerzgrenze. Ich achtete auf kleine Anzeichen, nahm geringe Bewegungen seines Mundes, seiner Mimik wahr. Ich vermutete, dass dies Symptome sein könnten, die Schmerz ausdrücken. Diese Vermutung, dass er sich aus meiner Sicht zu sehr anstrenge, teilte ich ihm mit. Er bestätigte meine Annahme und fühlte sich auch dadurch verstanden.*

*Nach zwölf Therapiesitzungen hatte Herr Sahid weder Schmerzen noch andere Beschwerden. Seine gesamten Hand- und Armfunktionen konnte er vollständig ausführen. Wir beendeten die Ergotherapie. Gestalttherapeutische Kriterien in der Kombination mit ergotherapeutischer Arbeit ermöglichten bei Herrn Sahid Therapieerfolge. Die ganzheitliche Sichtweise, der Einbezug des gesamten Organismus/Umweltfeldes, die Anregung der Bewusstheit und das dialogische Prinzip haben mich in dieser Situation geleitet. Ich betrachtete den Patienten nicht nur als »Patient mit einer Armfraktur«, sondern als ganzen Menschen.*

Nicht immer gelingt mir die Behandlung in einer solch optimalen Form. Viele Faktoren spielen dabei eine Rolle, auf die ich im weiteren Verlauf eingehen werde.

Im ersten Kapitel beziehe ich mich auf den theoretischen Hintergrund meiner Arbeit und werde die aus meiner Sicht wesentlichen Gestaltprinzipien vorstellen. Bei dieser Darstellung geht es mir nicht um eine vollständige Beschreibung der Gestalttherapie. Ich möchte vielmehr auf diejenigen Aspekte hinweisen, die ich für die Ergotherapie (und ggf. auch für andere medizinische und therapeutische Berufe) für relevant halte.<sup>2</sup>

Beginnen werde ich mit dem Bereich der Bewusstheit, werde die Anwendungsmöglichkeit in der Ergotherapie an Beispielen skizzieren; **des phänomenologischen Hintergrund folgt**: Gerade das Offensichtliche kann in der ergotherapeutischen Arbeit überaus hilfreich sein.

Der ganzheitliche oder holistische Aspekt ist vielen Ergotherapeuten geläufig. Gerade in den ergotherapeutischen Disziplinen wie der Sensorischen Integrationstherapie und der kognitiv-therapeutischen Methode ist Ganzheitlichkeit ein zentraler Begriff.

Abschließen werde ich dieses Kapitel mit Gedanken zur Feldtheorie.

Dem aus meiner Sicht wichtigsten Gestaltprinzip, dem dialogischen Ansatz, widme ich das zweite Kapitel. In der Auswahl meiner Gestaltprinzipien lehne ich mich unter anderem an den amerikanischen Gestalttherapeu-

ten Gary M. Yontef an. Dieser definiert drei Prinzipien der Gestalttherapie: Gestalttherapie ist phänomenologisch, Gestalttherapie basiert völlig auf dem dialogischen Existentialismus und das Gestalt-Weltbild basiert auf dem holistischen Denken und der Feldtheorie (1993, 203).

Das erste Kapitel schließe ich mit der Beschreibung eines theoretischen Modells, welches Basis meiner gestalttherapeutischen Arbeit in der Ergotherapie ist. Dort füge ich die hier beschriebenen Gestaltgedanken wieder zusammen.

Auch wenn ich mit dieser Arbeit die einzelnen Aspekte trenne, werden diese erst in ihrer gesamten Gestalt wirksam.

## 1.1 Bewusstheit / Awareness

Fritz Perls kreierte den Satz, dass Bewusstheit per se heilsam sein kann (Perls 1979, 25). Für Perls war Bewusstheit »der entscheidende therapeutische Wirkfaktor« (Staemmler/Bock 1991, 58). Bewusstheit wurde damit »zu einem der zentralen, wenn nicht zu dem zentralen Begriff der Gestalttherapie« (ebd., 58). Die Betonung von »Bewusstheit« oder »Awareness« ist stark geprägt von der fernöstlichen Philosophie – mit dem Zen-Buddhismus hat sich Fritz Perls intensiv auseinandergesetzt: Er hat ein Jahr in einem buddhistischen Kloster gelebt (vgl. Sreckovic 1999, 144). »Gewahrsein, wache Bewusstheit im Hier und Jetzt, Achtsamkeit sind [...] von zentraler Bedeutung« (Frambach 1999, 617). Bewusstheit sehe ich als Chance, eigene Prozesse wahrzunehmen. Das ermöglicht ein bewussteres Verhältnis zu sich selbst:

»The person who is aware knows *what* he does, *how* he does it, that he has alternatives and that he *chooses* to be as he is« (Yontef 1993, 145).<sup>3</sup>

Dann habe ich auch die Möglichkeit, meine Wahrnehmungen und Verhaltensweisen zu verändern.

»Gestalttherapie, indem sie mit Bewusstheit arbeitet, ist wesentlich daran interessiert, wie Menschen wahrnehmen, ihre Wirklichkeit organisieren und Informationen verarbeiten« (Resnick 1989; zit. n. Fodor 2001, 61).

Bewusstheit ist nicht nur eine Methode, sondern sie ist auch Ziel der Gestalttherapie. Über Bewusstheit entdecken wir unseren eigenen Weg. Bewusstheit entsteht in mir selbst und an der Grenze zwischen Individuen.

Selbstverständlich entsteht Bewusstheit auch an der Grenze zwischen Therapeut und Patient. **Wichtig dabei ist, dass der Therapeut den Patienten unterstützt, etwas über sich selbst zu erfahren. Wesentlich ist, dass der Therapeut den Patienten lehrt, etwas über sich selbst zu erfahren.** Und zu diesen Erfahrungen gehört die Bewusstheit des Patienten für die Mechanismen seines Organismus.

In der Gestalliteratur finden sich unterschiedliche Begriffe für Bewusstheit. In der englischsprachigen Literatur wird meist der Terminus Awareness benutzt. Neben dem Begriff Awareness findet sich auch die Bezeichnung Achtsamkeit. Nicht nur Perls, sondern etliche namhafte Gestalttherapeuten beschäftigten sich eingehend mit dem Begriff ›Bewusstheit‹.<sup>4</sup>

Yontef (1999, 104f.) unterscheidet: Awareness über sich selbst, den eigentlichen Awareness-Prozess sowie Awareness über die Persönlichkeitsstruktur und die Verhaltensweisen des Patienten (dabei bezieht er sich auf die umfassende Ganzheit des Patienten), und über die Therapeut-Patient-Beziehung. Yontef sieht Bewusstheit als Prozess, der in wachsamem Kontakt mit den Elementen des Individuum-Umwelt-Feldes steht (ebd., 94). Dabei nutzt der Mensch in seinem bewussten Prozess alle sensomotorischen, kognitiven und energetischen Möglichkeiten. Mit Hilfe der Bewusstheit, so Yontef weiter, kann der Mensch auf eine gegebene Situation in einer Weise antworten, die seinen eigenen Bedürfnissen angemessen ist und gleichzeitig den Gegebenheiten der Situation entspricht. Im Idealfall setzt das allerdings voraus, dass der Mensch sich intensiv mit sich selbst auseinandergesetzt hat.

Bei Yontef entdecke ich viele Parallelen zur Ergotherapie. Das zentrale Element der Ergotherapie ist das Betätigungsverhalten der Menschen. Dieses steht immer in unmittelbarem Bezug zur Umwelt. Durch das Betätigungsverhalten entsteht eine Auseinandersetzung mit der Umwelt in Bezug auf die Handlung sowie zielgerichtetes Handeln. Dieser Vorgang kann nur durch Bewusstheit adäquat gefördert werden.

»Achtsamkeit versucht man durch die wiederholte Lenkung der Aufmerksamkeit auf das unmittelbare Geschehen im Hier-und-Jetzt zu erweitern. So wird die Aufmerksamkeit des Klienten in Beratung und Therapie beispielsweise immer wieder auf das Körperempfinden und auf körperliche Reaktionen, auf die Gefühle und Fantasien sowie auf die unmittelbare Wahrnehmung im Umweltfeld gelenkt« (Fuhr/Gremmler-Fuhr 1995, 162).

Gerade der Fokus auf körperliches Empfinden und körperliche Reaktionen ist ausgesprochen hilfreich für den ergotherapeutischen Berufsalltag.

»Und doch ist die Voraussetzung, um auf etwas aufmerksam machen zu können, unsere Wahrnehmung und Fähigkeit aufmerksam zu sein« (Rahm 1997, 133).

Ziel dabei ist es zu verdeutlichen, wie ich mit dem, was die Gestalttherapie ›Bewusstheit‹ nennt, ergotherapeutisch arbeite: Zum einen möchte ich Patienten bewusste Prozesse ermöglichen. Das setzt voraus, dass ich diese Prozesse beim Patienten überhaupt erst wahrnehme. Zum anderen erlebe ich auch Bewusstheitsprozesse bei mir als Therapeut. Diese Prozesse und deren Wirkfaktoren für die ergotherapeutische Arbeit werde ich beschreiben.

»Aufmerksam-Machen muß nicht bedeuten, daß wir etwas bereits verstehen können. Es bedeutet lediglich, daß wir einem wahrgenommenen Ausdrucksverhalten Beachtung schenken, daß wir es wichtig nehmen« (ebd., 133).

*Zum Beispiel hält meine Patientin Frau Kurt während ergotherapeutischer Übungen die Luft an. Dieses körperliche Zeichen nehme ich wahr, melde es ihr zurück, womit sie Bewusstheit über ihr eigenes Handeln erlangen kann.<sup>5</sup> Bereits kleine Anzeichen, wie kaum sichtbare Verspannungen oder ein leichtes Verziehen des Mundes können bedeutsam sein. Natürlich kann ich Bewusstheit für jede meiner Handlungen und Tätigkeiten herstellen. Momentan bin ich mit voller Bewusstheit bei meiner Schreibarbeit. Nehme ich jetzt körperliche Missempfindungen wahr, kann ich mich weniger gut konzentrieren und meine Aufmerksamkeit verlagert sich auf eine andere Figur (z.B. unbequemes Sitzen). Erst nachdem ich meine Sitzhaltung ändere, bin ich wieder mit voller Konzentration beim Schreiben.*

»Bewußtheit hängt auch eng mit unserer Fähigkeit zu entscheiden und zu handeln zusammen« (Fuhr/Gremmler-Fuhr 1995, 154). Indem ich Bewusstheit über mein eigenes Tun erreiche, entsteht neue Beweglichkeit wie von selbst.<sup>6</sup> Neue Denk- und Handlungsalternativen eröffnen sich. Damit erreiche ich mehr Eigenständigkeit und Verantwortung. Bewusstheit gibt uns die Freiheit und die Verantwortung zu wählen.

Am wichtigsten ist mir, die Bewusstheit therapeutischer Prozesse zu ermöglichen.<sup>7</sup> In unserer Arbeit haben wir es in der Regel mit Patienten zu tun, die wenig Übung im Wahrnehmen eigener Möglichkeiten haben. Für viele Patienten sind bewusste Schritte erste wichtige Therapiemomente. Sie beginnen sich selbst zu spüren und wahrzunehmen. Sie fangen an zu unterscheiden zwischen Denken, Fühlen und Perzeption. Wahrnehmung ist selbstverständlich immer eine Kombination verschiedener Sinne. Dabei

kann eine Sinneswahrnehmung im Vordergrund stehen. Aus ergotherapeutischer Sicht unterscheiden wir die Nahsinne — Vestibulär (Gleichgewicht), Propriozeption (Bewegungssinn) und Taktil (Berührungssinn) – gegenüber den Fernsinnen – Sehen, Hören, Riechen, Schmecken. Die emotionale Komponente fließt mit ein und löst eine persönliche Resonanz aus.<sup>8</sup>

Da wir in der Ergotherapie nicht psychotherapeutisch intervenieren, richte ich die Aufmerksamkeit und Bewusstheit auf die sensorischen und körperlichen Prozesse des Patienten. Die Voraussetzung für Bewusstheitsprozesse ist Wahrnehmung. John O. Stevens unterscheidet drei Arten der Wahrnehmung:

1. die Wahrnehmung der äußeren Welt (damit meint er den aktuellen sensorischen Kontakt mit Gegenständen und Abläufen des gegenwärtigen Augenblicks);
2. die Wahrnehmung der inneren Welt (der aktuelle sensorische Kontakt mit gegenwärtigen inneren Vorgängen; dazu zählt er alle Empfindungen jenseits der Haut wie Muskelspannungen und Bewegungen, Gefühle und Emotionen, Unbehagen, Wohlgefühl, usw.;
3. die Wahrnehmung, die sich auf die Aktivität der Fantasie gründet (Stevens zählt alles Erklären, Interpretieren, Denken, Vergleichen, Planen, usw. dazu).<sup>9</sup> Insofern teile ich Stevens' Einteilung, indem auch ich in der ergotherapeutischen Praxis die Wahrnehmung äußerer Gegebenheiten (des Umwelt-Feldes<sup>10</sup>) von denen innerer Empfindungen unterscheide. Genauer bedeutet das, dass ich die Aufmerksamkeit des Patienten auf dessen momentanes Erleben lenke und ihm dadurch eine Unterscheidung von innen und außen ermögliche<sup>11</sup>.

Wahrnehmen – Spüren – Erleben sind von daher wichtige Behandlungsansätze in der Ergotherapie. Nun stellt sich Bewusstheit beim Patienten ja nicht so einfach her. Als Therapeut muss ich meist einen Anstoß geben, Anregungen und eine Situation schaffen, die es dem Patienten erleichtern, einen bewussteren Zugang zu sich selbst zu bekommen. Hilfreich dabei können Fragen an den Patienten sein, wie ich sie in der Gestalttherapie gelernt habe:

- »Spüren Sie, wie Sie sitzen?«
- »Wie spüren Sie Ihren Arm, Ihre Hand?«
- »Wo genau spüren Sie Ihre Hand / Ihren Arm?«
- »Wo spüren Sie den Schmerz?«

Wichtig ist mir das Gewahrsein dessen, was momentan geschieht: »Was spüren Sie jetzt?« Häufig sind die Patienten über ihr Empfinden überrascht und versuchen dieses zu erklären. Ich frage nicht danach, warum etwas

geschieht, sondern wie es geschieht; die Beschreibung dessen, was ist, ist phänomenologisch.<sup>12</sup>

Da ich schwerpunktmäßig mit neurologischen Patienten arbeite, sind diese Fragen für Patienten der Neurologie formuliert. Sie lassen sich jedoch durchaus auf andere (ergo)therapeutische Kontexte übertragen. Ich lenke die Aufmerksamkeit des Patienten auf taktil-kinästhetische Reize aus der Umwelt. Welche Rolle der Umweltaspekt hier spielt, schildere ich im letzten Teil dieses Kapitels. Auch in dieser Behandlungsmethode richte ich Fragen an die Patienten:

- »Wie ist das für Sie?« oder:
- »Wie fühlt sich das an?«

Manchmal erleichtere ich dem Patienten die Wahrnehmung, gerade dann, wenn er noch Schwierigkeiten hat, seine Aufmerksamkeit zu richten: »Ist dies eher angenehm oder unangenehm für Sie?« Ich stelle dadurch immer wieder Verbindungen zum momentanen Erleben des Patienten her.

Vielen Patienten fällt es recht schwer, die Aufmerksamkeit zu richten. Dies liegt sicher daran, dass sie es in ihrem Leben eher selten gewohnt sind, Bewusstheitsprozesse zu aktivieren.

»Im Hinblick auf den körpernächsten Sinn, die Eigenwahrnehmung – das Spüren der eigenen Bewegungen –, pflegen die Menschen nur dessen gewahr zu sein und nur das gelten zu lassen, was mit wissentlich arrangierten Bewegungen zusammenhängt, also das, was man ›mit Absicht‹ tut. Ihre spontanen muskulären Interaktionen mit dem Raum, mit der Schwerkraft und mit vielen anderen Dingen geschehen ohne Gewahrsein« (Perls/Hefferline/Goodman 1979b, 94).<sup>13</sup>

Allerdings entsteht Bewusstheit nicht nur durch verbale Rückmeldungen. Ich kann gleichermaßen auch körperliche Rückmeldung geben.

*Einer meiner Patienten, Herr Entremont<sup>14</sup>, spürt seine Sitzhaltung nicht. Immer wieder sinkt er im Stuhl in sich zusammen und tendiert minimal nach links zu kippen. Er weiß zwar, wo die Mitte seines Körpers ist, nimmt aber nicht wahr, ob er symmetrisch sitzt. Sanft berühre ich ihn an Rücken und Bauch. Diese nonverbale Rückmeldung gibt ihm den Hinweis, seine Aufmerksamkeit auf die Sitzhaltung zu legen. Mittlerweile brauchen wir keine Worte mehr und Herr Entremont korrigiert sich häufiger ohne Aufforderung. Er hat Bewusstheit für seine eigenen Prozesse übernommen und kann seine pathologische Sitzhaltung selbst ändern.*

Durch die erhöhte Awareness entsteht beim Patienten aus meiner Erfahrung auch ein gesteigertes Betätigungsniveau. Vorerst scheint es so, dass es beliebig sei, worauf ich meine Aufmerksamkeit und die des Patienten lenke. Das ist keinesfalls so, denn selbstverständlich sind ergotherapeutischer Behandlungsplan und die mit dem Patienten gemeinsam besprochenen Therapieziele Richtschnur für meine Arbeit. Wie ich bereits andeutete, richtet sich die Bewusstheit nicht nur auf das innere Erleben, sondern auch auf die Wahrnehmung der äußeren Welt und des Kontaktes mit Gegenständen und Abläufen.<sup>15</sup>

In der Awareness-Arbeit geht es um ein Verständnis über gegensätzliche Ansichten, Wertungen, Meinungen beim Patienten und über dessen eigene Person: z.B.:

- Ich will mich verändern.
- Ich will (oder ich will nicht) meinen Arm wieder bewegen können.
- Ich will wieder selbstständiger sein.
- Ich will nicht.

Bewusstheit dient dazu, eigene Wahrnehmungsdimensionen sowie die Eigenwahrnehmung und die Bewegungsorganisation zu erhöhen, gleichzeitig die Muskelspannung zu reduzieren und die Atmung fließen zu lassen. Perls bezeichnet die Aufnahme des Kontaktes zur Atmung gar als den ersten Schritt in der Therapie.<sup>16</sup> Die Methoden der Ergotherapie bieten mir eine Fülle von Möglichkeiten die Bewusstheit beim Patienten anzuregen. Ich bin mir allerdings auch der Gefahr bewusst den Patienten zu ›bedienen‹ und zu ›behandeln‹ und ihn damit in der Passivität zu belassen. Um dieser Gefahr zu begegnen, integriere ich nicht nur gestalttherapeutische Inhalte, um die Awareness meiner Patienten zu ermöglichen, sondern die Bewusstheit gilt gleichermaßen meiner eigenen therapeutischen Arbeit.

Ich frage mich:

- »Nehme ich Unbehagen wahr?«
- »Was empfinde ich während ich einen Patienten behandle?«
- »Kann ich irgendwelche körperlichen Prozesse spüren?«

Achtsamkeit meiner Wahrnehmungen ist mir ein wichtiger Begleiter meiner täglichen Arbeit. Sie prägen meine therapeutische Haltung.<sup>17</sup>

*In Einführungsseminaren für Gestalttherapie veranschauliche ich den Aspekt der Bewusstheit über unmittelbares Erleben. Ich schlage eine Übung vor, die ich als ›Awareness-Kontinuum‹ kennengelernt habe.*

*Ein kleines Experiment: Zuerst stelle ich mir die Frage: »Was nehme ich im Körper wahr?« Dabei geht es um eine Körperempfindung, z.B. kann ich wahrnehmen, dass meine Schulter verkrampft ist. In der zweiten Runde steht die Frage im Vordergrund: »Was denke ich?« Eine nicht selten genannte Antwort ist z.B.: »Ich denke gerade, dass ich heute Abend in die Sauna gehe.« In der letzten Runde geht es um die Emotionen: »Was fühle ich in diesem Moment?« Eine mögliche Antwort kann sein: »Ich fühle sowohl Traurigkeit als auch Neugierde über die Themen, die noch kommen.« Nicht selten liegen zwei Gefühle, die sich scheinbar widersprechen, eng nebeneinander.*

Das Awareness-Kontinuum bezieht sich auf einen Seinszustand. Die Ergotherapie befasst sich jedoch schwerpunktmäßig mit dem Betätigungsverhalten von Individuen.

*Am Beispiel einer Tonarbeit möchte ich aufzeigen, wie das Awareness-Kontinuum innerhalb einer ergotherapeutischen Handwerkstechnik anwendbar ist. Wer möchte, kann folgendes kleines Experiment durchführen: Zuerst nehmen Sie bitte einen Klumpen Ton in der Größe eines Tennisballs in die Hand und kneten diesen langsam mit den Händen. Nun betrachten und befühlen Sie ihn. Achten Sie dabei auf Veränderungen. Vermutlich verändert der Klumpen Ton seine Temperatur, wahrscheinlich wird er weicher. Welche Empfindungen und Gedanken haben Sie, während Sie den Klumpen Ton in Ihren Händen kneten? Was würden Sie gerne mit ihm anfangen? Wie verändert sich Ihre Stimmung? Achten Sie bitte darauf wie und wo Spannungen im Körper auftreten — vielleicht nur in den Händen, vielleicht auch in der Schulter.<sup>18</sup> Während des Weiterknetsens nehmen Sie bitte wahr, welche Gefühle auftauchen. Was empfinden Sie, während ich dieses Stück Ton in den Händen kneten? Diese Empfindungen können recht unterschiedlich sein, denn »Bewusstheit ist immer subjektiv, sie ist immer nur die Bewusstheit des jeweiligen Individuums. Zwei Menschen sind sich deshalb derselben Situation immer in unterschiedlicher Weise bewusst« (Stammmler/Bock 1991, 61). Das Ziel dieser Übung besteht darin, wahrzunehmen, wie man Kontakt mit Gegenständen der Umwelt aufnimmt und diese in Form eines Bewusstheitsprozesses verarbeitet. Innerhalb der Ergotherapie haben wir die Möglichkeit, über die Betätigung sowie über Gegenstände und Material eine erhöhte Aufmerksamkeit zu schaffen, und damit Bewusstheit bei unseren Patienten und uns selbst zu erreichen.*

Thich Nhat Hanh schreibt, dass der Mensch sich jeder Haltung bewusst sein sollte, gleichgültig in welcher Haltung er sich befindet (1988, 14).

## 1.2 Phänomenologie

Wie ich bereits darstellte, lassen sich Bewusstseitsprozesse nicht interpretieren, sondern nur im Hier-und-Jetzt beschreiben. Dieser Vorgang lässt sich als ein phänomenologischer verstehen: Es handelt sich um Aufzeigen und Beschreiben. Die phänomenologischen Grundideen des Gestaltansatzes liefern den nötigen Hintergrund, um Bewusstseitsprozesse in der therapeutischen Arbeit zu aktivieren.

»Phenomenology is a search for understanding based on what is obvious or revealed by the situation rather than the interpretation of the observer« (Yontef 1993, 186).<sup>19</sup>

»Phenomenology works by entering into the situation experientially and allowing sensory Awareness to discover what is obvious/given. This necessitates discipline, especially sensing what is present, what IS, excluding no data in advance. The phenomenology attitude is recognizing and bracketing (putting aside) preconceptions about what is relevant. A phenomenological description integrates both observed behavior and experiential, personal reports. Phenomenological exploration aims for an increasingly clear and detailed description of the IS, and de-emphasizes what would be, could be, was, might be« (ebd., 205f.).<sup>20</sup>

Staemmler formuliert diesen essentiellen Aspekt deutlicher, indem er darauf hinweist, dass sich die notwendige Beachtung der Einzigartigkeit des Klienten in der Gestalttherapie aus ihrer phänomenologischen Grundhaltung heraus ergibt (Staemmler 1993, 199).

Diese einzigartige Sicht des mir begegneten Menschen ist das Fundament meiner therapeutischen Arbeit. Ich versuche den Menschen so zu sehen, wie er sich mir zeigt. Aus meiner phänomenologischen Haltung verzichte ich auf Bewertungen. Ich klammere Vorannahmen, die ich über den Patienten haben könnte, aus. Die Phänomenologie sehe ich als Gegenpol zu festen Glaubenssätzen und Vorurteilen.<sup>21</sup> Ich überlasse es meinen Sinnen, wahrzunehmen, was die gemeinsame Situation mit dem Patienten hervorbringt. Ich arbeite mit dem, was mir die Patienten in der Therapiesituation präsentieren und suche nicht nach unbewussten Gründen.

»Wer einen phänomenologischen Zugang zu einem Menschen sucht, bemüht sich um Verständnis für dessen besondere Art und Weise, in der Welt zu sein« (Staemmler 1993, 199).

Das setzt wiederum voraus, dass sich der Therapeut intensiv mit sich selbst auseinandergesetzt hat.

Ich konzentriere mich auf das, was ich wahrnehmen und beschreiben kann. Die von mir wahrgenommenen Phänomene stelle ich unvoreingenommen dar und erkläre sie nicht. Dadurch kann ich mich meinem Gegenüber nähern, statt ihm mit vorgefertigten Meinungen zu begegnen.<sup>22</sup>

Grundsätzlich gebe ich meinen Beschreibungen auch Bedeutungen. Dabei ist mir allerdings bewusst, dass es sich um meine Wahrnehmungen handelt, und diese sind subjektiv. Zudem findet jede Wahrnehmung immer im Hier-und-Jetzt und einem Umwelt-Feld statt. Ich kann keine Phänomene der vorangegangenen Tage wahrnehmen, und jedes Phänomen zeigt sich in verschiedenen Kontexten unterschiedlich. »Die Phänomene sollen untersucht und beschrieben werden; dies bedeutet eine Weigerung, zur Erklärung überzugehen« (Nausner 1999, 466). Sicher hört sich das auf der einen Seite einfach an, auf der anderen Seite kann es schwierig sein, bei der Deskription zu bleiben. Ich musste das lange üben und muss mich immer wieder selbst reflektieren.

In der Praxisanleitung von Ergotherapieschülern erlebe ich z.B. Unverständnis und Verwirrung, wenn ich reine Beschreibungen erwarte. Da wir alle in unserem Leben gelernt haben, die Dinge zu erklären und zu interpretieren, fällt es schwer umzudenken und nur zu beschreiben.

Beispielsweise lese ich in Berichten: »Das Bewegungsausmaß des Patienten ist gut, die kinästhetische Wahrnehmung optimal ausgeprägt, die Patienten können sich lange konzentrieren.« Ich frage an diesen Stellen, wie die genaue Beobachtung aussah, denn hier wurden bereits Bedeutungen zugeordnet.

*Ein Beispiel aus dem Examenbericht einer Ergotherapieschülerin stelle ich kurz vor. Hier ist es recht gut gelungen, bei einer rein phänomenologischen Sicht zu bleiben und Bedeutungen als solche zu kennzeichnen: »Frau Buch fällt mir als Mensch auf, der gleich den Blickkontakt zu mir als Therapeutin sucht. Zudem zeigt Frau Buch eine Vielzahl an Mimiken und Gesten, mit denen sie aus meiner Sicht ihre Gefühle und Emotionen offenbaren möchte. Bereits in der ersten Therapiestunde strich sie mir liebevoll über die Wange und schaute mich mit einem festem Blick an. Dadurch entstand eine vertrauensvolle therapeutische Situation.«*

Mir ist wichtig zu beschreiben, was ist und das als meine Beschreibung kenntlich zu machen, anstatt anzumahnen und zu erklären. Darum geht es meiner Meinung in der Gestalttherapie.

Der Fokus liegt auf dem Offensichtlichen (»Take the obvious«), das was sich im Vordergrund etabliert. Ich brauche nicht lange hinter den Kulissen nach Phänomenen suchen, meist sind sie sofort wahrnehmbar.

Sicher ist es nicht leicht, zwischen Beschreibung und Bewertung zu trennen. Mache ich eigene Beobachtungen, so kann ich nie sicher sein, wie diese beim Gegenüber ankommen. Deshalb halte ich es für wichtig, die eigenen Beobachtungen als solche zu identifizieren und kenntlich machen. Denn das, was ich sehe, können andere Menschen bzw. Beobachter anders sehen.

*Präzisieren möchte ich das an einem Beispiel. Die Patientin Frau Buch wird während ihres Betätigungsverhalten (Ergotherapeutisches Haushaltstraining) in ihren Bewegungen langsamer und seufzt leise. Diese beiden Phänomene greife ich auf und melde sie ihr zurück:*

*»Ich sehe, Sie werden in Ihrer Tätigkeit langsamer und ich habe Sie kurz Seufzen gehört.«*

*»Ja, das ist mir gar nicht aufgefallen«, erwidert Frau Buch. Sie ist sich ihrer Reaktionen (noch) nicht bewusst. Um ihren Bewusstseinsprozess weiter zu stärken, greife ich die Phänomene noch einmal auf:*

*»Ich hatte Sie seufzen gehört und sehe, wie Sie langsamer werden. Haben Sie eine Idee, was ist?«*

*»Nein gar nicht, vielleicht ist es das Wetter.« Frau Buch hat noch keine Bewusstheit über ihr Befinden entwickelt.*

*Ich bleibe am Prozess: »Aus meiner Sicht könnten das Anzeichen sein, dass Sie ermüden, weil die Tätigkeit vielleicht anstrengend für Sie ist.« Nun gebe ich den Phänomenen eine Bedeutung und offenbare sie gleichzeitig als meine subjektiven Wahrnehmungen.*

*Frau Buch schaut auf und sieht mich direkt an (sie nimmt Kontakt auf): »Sie haben Recht. Früher konnte ich das viel besser, jetzt geht es halt nicht mehr so leicht. Das wollte ich erst gar nicht glauben.« Jetzt ist ihr der eigene Bewusstseinsprozess klar geworden. Sie hat ihren Weg gefunden, den ich mit Hilfe der phänomenologischen Sicht unterstützen konnte.*

*Je nach Standpunkt nehme ich andere Phänomene wahr. Stünde ich hinter Frau Buch, könnte ich ihre Gestik und Mimik nicht sehen und müsste mehr auf Seufzer, Laute, Stimme achten.*

*Ein kleines Experiment:*

*Nehmen Sie einen Gegenstand und betrachten Sie diesen von allen Seiten. Befühlen Sie ihn und nehmen Sie seine Veränderung wahr, während Sie ihn in der Hand halten. Was innen ist, können Sie wahrscheinlich nicht sehen. Sie nehmen allerdings wahr, ob der Gegenstand stabil oder formbar ist. Von vorne sieht er vermutlich anders aus als von hinten.*

Ähnlich kann ich einen Patienten nicht von allen Seiten gleichzeitig betrachten. Mir ist zwar die ganzheitliche Betrachtung wichtig, dennoch kann ich den Menschen immer nur aus unterschiedlichen Blickwinkeln und von verschiedenen Aspekten ansehen. Diese Aspekte füge ich wieder zu einem Bild des Ganzen zusammen.

»Mit dem Begriff »phänomenologisch« geht es um das, was wir in einzigartiger Weise als unser Eigenes erleben; indem wir die Dimensionen des Hier und Jetzt hinzufügen, erhalten diese persönlichen Phänomene existentielle Unmittelbarkeit« (Zinker 1982, 84).

Zusammenfassen lassen sich die grundlegenden Begriffe, die die Gestalttherapie von der Phänomenologie übernommen hat, in etwa so:

»Es ist wichtiger zu beschreiben, das Wie kommt vor dem Warum; das Entscheidende ist das unmittelbare Erleben, so wie es wahrgenommen oder körperlich empfunden wird oder wie wir es uns vorstellen und der Prozeß, der hier und jetzt abläuft; unsere Wahrnehmung der Welt und unserer Umgebung wird von subjektiv irrationalen Faktoren beherrscht, die ihnen einen Sinn verleihen, der für jeden unterschiedlich ist; daraus folgt im besonderen die Wichtigkeit einer bewußten Wahrnehmung des eigenen Körpers und der erlebten Zeit als einer für jeden Menschen einzigartigen Erfahrung, die sich jeder vorgefertigten Theoretisierung entzieht« (Ginger/Ginger 1994, 36).

Eine extrem phänomenologische Arbeit ist in der neurologischen Ergotherapie mit Hilfe der kognitiv-therapeutischen Methode möglich.<sup>23</sup> Für den Patienten geht es dabei um das Spüren dessen, was ist: Der Patient liegt auf der Behandlungsliege und nimmt die Unterfläche wahr. Er spürt die Muskeln in seinem Bein, spannt diese an. Wichtig ist dabei, (weder auf Seiten des Therapeuten noch des Patienten) zu werten und in richtig und falsch einzuteilen.

»Der phänomenologisch orientierte Therapeut nimmt nicht nur das gesamte Erleben des Patienten wahr und vertraut ihm und fördert es, sondern er achtet auch besonders auf diejenigen Aspekte des Erlebens, die zurückgehalten oder vernachlässigt werden. Diese Punkte, die zwar aktuell und wichtig sind, aber gegenwärtig nicht bewußt, werden ins Bewußtsein gehoben« (Yontef 1999, 95).

*Die Patientin Frau Buch kann ihren linken hemiparetischen Arm leicht aktiv bewegen, während sie sich auf der Liege befindet. Nachdem sie den Arm wieder an ihre linke Seite legt, sind ihre Finger ganz entspannt. Ein kleines Phänomen, das ich wahrnehme. Ich mache sie darauf aufmerksam, um ihr Bewusstsein darauf zu lenken. Bisher nimmt sie ihre Hand kaum wahr, vernachlässigt sie.*

Wichtige therapeutische Hilfen zur Anwendung phänomenologischer Arbeit können aus meiner Erfahrung sein:

- aktives Zuhören und genaues Beobachten,
- Achten auf nonverbale Zeichen,
- aufmerksam für kleine Veränderungen sein,
- das Wahrgenommene zurückmelden,
- meine Beobachtungen gemeinsam mit dem Patienten überprüfen.

Sinnvoll ist es den therapeutischen Prozess nicht zu schnell voran zu treiben. Das heißt vor allem, dem Patienten Zeit zu lassen, damit er selbst zu einer eigenen Wahrnehmung und Lösung kommen kann. Dafür benötige ich Geduld und eine abwartende Haltung.<sup>24</sup>

Für mich geht es darum, die Phänomene des Patienten wahrzunehmen, seine Ideen und Vorstellungen aufzugreifen und seien sie scheinbar noch so bedeutungslos. Diese Ideen und Vorstellungen entwickeln wir (der Patient und ich) dann im gemeinsamen Dialog, um sie therapeutisch nutzen zu können.

»Ihre strikt phänomenologische Orientierung war und ist ein Element der Gestalttherapie, das ihren Charakter wesentlich mitprägt und sie von vielen anderen therapeutischen Schulen deutlich unterscheidet. Diese Orientierung durchsetzt nicht nur die gestalttherapeutische Theorie, sondern wirkt sich auch unmittelbar bis in ihre Techniken aus. Sie macht die Gestalttherapie zu einer Methode, die sowohl dem Therapeuten als auch dem Klienten ein Maximum an Freiheit, Kreativität und Entfaltungsmöglichkeiten bietet« (Staemmler 1993, 200).

Wahrnehmbare Phänomene haben die Qualität einer guten Gestalt. Sie heben sich als Figuren vor ihrem Hintergrund ab. Aus dieser Sicht ist zwar die Phänomenologie zuerst ungewohnt. Bei längerer Anwendung jedoch erhält sie fast schon eine Leichtigkeit für die therapeutische Arbeit.

Die gestalttherapeutische phänomenologische Arbeit geschieht auf der Basis der Beziehung, deren Grundlage das existentielle Modell Martin Bubers bildet: Ich-Du, Hier-Jetzt.<sup>25</sup>

### 1.3 Ganzheitlichkeit

Ganzheitliches Denken herrscht sowohl in der Gestalttherapie als auch in der Ergotherapie vor. Allerdings wird oft in der Ergotherapie dem biomedizinischen Modell der Vorzug gegeben. Ergotherapeuten behandeln die Hand, den Arm, die Sensorische Integrationsstörung, die Psychose, nicht unbedingt immer den ganzen Menschen. Mittlerweile werden, besonders durch die Integration der angloamerikanischen Modelle<sup>26</sup>, verstärkt ganzheitliche Sichtweisen integriert. Die amerikanischen Ergotherapeuten Kielhofner und Fisher z.B. gehen davon aus, »dass Bewußtsein, Gehirn und Körper verschiedene Aspekte eines einzigen Systems darstellen, die funktional nicht voneinander zu trennen sind und sich gegenseitig bedingen« (1998, 51). Der Arzt und Ergotherapielehrer Mathe schreibt zu diesem Thema: »Insbesondere die Integration eines ganzheitlichen Krankheitsverständnis kann aus sozialmedizinischer Sicht viel zu neuer Identitätsfindung von Ergotherapeuten beitragen« (2001, 217). Was also liegt näher, als Ansätze einer ganzheitlichen Methode wie der Gestalttherapie zur Weiterentwicklung der Ergotherapie zu nutzen?

Der ganzheitliche Ansatz der Gestalttherapie ist angelehnt an die Gestaltpsychologie und die holistische Philosophie. Perls selbst definiert in seinem Kapitel über die holistische Doktrin, dass es

»eine der offenkundigsten Fakten in bezug auf den Menschen ist, daß er einen einheitlichen Organismus bildet [...] Und doch wird diese Tatsache von den traditionellen Schulen der Psychiatrie und Psychotherapie [sowie der gesamten Schulmedizin – Anmerkung Kümmel] total ignoriert; sie operieren, ganz gleich wie sie ihren Ansatz definieren, immer noch mit der Geist-Körper-Spaltung. Seit dem Entstehen der psychosomatischen Medizin jedoch ist die enge Beziehung zwischen geistiger und körperlicher Aktivität noch sichtbarer geworden« (1994, 26f.).

Die Gestaltpsychologen stellten fest, dass sich menschliche Wahrnehmung nicht aus einzelnen Sinnes- und Vorstellungselementen zusammensetzt.

Dagegen wird das Wahrgenommene bereits im Prozess der Wahrnehmung gestaltet und dadurch als Ganzheit und Gestalt erkannt.<sup>27</sup> Hinter dem ganzheitlichen Denken steht ein Konzept des Menschen und dessen Evolution. Der Mensch wird als organismische Einheit verstanden. Er wird nicht in verschiedene Körper- und Sinnesfunktionen aufgeteilt. Der Mensch strebt in seiner Ganzheit nach Selbstverwaltung und Selbstverwirklichung. Die Ganzheitlichkeit beschreibt Grundüberzeugungen der humanistischen Tradition. Zu diesen gehört die

»Wachstumstendenz des Menschen, Einheit von Körper-Geist-Seele und vor allem die Überzeugung, daß der Mensch in seinem Wesen frei und nicht durch Triebe in seinem Verhalten determiniert ist.« (Frenzel u.a. 1992, 294)

Dadurch wird der Mensch als Ganzes, als Person in den Mittelpunkt gerückt.

»The final fundamental quality of Awareness is wholeness. The statement for which Gestalt psychology is perhaps best known, »the whole is greater than the sum of its parts,« embodies holistic principles. The word »greater« is meant qualitatively, not quantitatively<sup>28</sup>« (Latner 1992, 19).

Das ganzheitliche Denken steht im Gegensatz zu den Modellen der Psychoanalyse und der Biomedizin, die den Menschen in verschiedene Instanzen aufteilen (Ich, Es, Über-Ich, Arm, Bein, Leber, Niere, etc.).

In der Ergotherapie muss ich mir Teilbereiche anschauen und diese mit den entsprechenden Behandlungsmethoden verknüpfen. Zu unterschiedlich sind die Beeinträchtigungen, mit denen Patienten eine Ergotherapie aufsuchen. Schwerpunkte wird immer wieder die Therapie einzelner Funktionen sein. Jedoch sollten Ergotherapeuten in ihrer Sicht in der Dimension der Betätigung den Menschen ganzheitlich behandeln.<sup>29</sup>

Das Prinzip der Bewusstheit ist ohne Ganzheitlichkeit nicht möglich.<sup>30</sup> Funktionen sind nicht isoliert möglich. Ich kann meinen Arm nicht *nur* bewegen, ohne gleichzeitig dabei etwas zu empfinden, zu fühlen oder zu denken. Meist bewege ich andere Körperteile mit, ohne es bewusst wahrzunehmen. Ohne eine ganzheitliche Sicht lassen sich einzelne Funktionen des Armes, der Hand und der Sensorik nicht trainieren.

»Wir handeln auf der Grundlage ganzheitlicher Wahrnehmungen und ganzheitlichen Erlebens von sehr komplexen Situationen, ohne diese in ihre Elemente und deren kausale Verknüpfungen aufzugliedern« (Fuhr/Gremmler-Fuhr 1995, 44).

Da wir als Menschen auf der Grundlage ganzheitlicher Wahrnehmungen handeln, können wir diese auch nicht in einzelne Elemente aufgliedern. Diese Form der ganzheitlichen Wahrnehmung ist äußerst komplex. Ich kann mich nicht teilen in Körper, Psyche und Geist, so wenig wie ich das mit meinen Patienten tun kann. Mir geht es in meiner Arbeit darum, den Patienten als eigenständiges Wesen so zu akzeptieren, wie er sich mir gegenüber präsentiert und ihn damit in seiner vollen Existenz anzuerkennen.

*Die Patientin Frau Fuchs möchte in der Therapiestunde lieber schweigen. Sie arbeitet still an einer Seidenmalarbeit, ohne aufzuschauen. Ich akzeptiere sie in ihrem Verhalten, anerkenne sie in ihrem ganzen Wesen. Frau Fuchs wird ihre Gründe haben, momentan nicht über sich zu erzählen. Ich sehe nicht nur ihre körperlichen Beschwerden, sondern nehme sie in ihrer Ganzheit wahr. Ich gebe ihr zu verstehen, dass ich ihr Verhalten, wie sie es mir darstellt, akzeptiere: »Im Moment möchten Sie nichts erzählen, das ist völlig in Ordnung. Ich nehme an, dass sie gute Gründe dafür haben. Wenn Sie möchten, können Sie mir ihre Gründe erzählen, denn diese interessieren mich.« Mit dieser Haltung bedränge ich die Patientin nicht und belasse die Entscheidung bei ihr. Einige Behandlungsstunden später, beginnt Frau Fuchs zuerst zögerlich, dann immer offener, über sich zu berichten.*

Ganzheitliche Sicht hat viel mit einer therapeutischen Haltung zu tun<sup>31</sup>, weshalb ich diesen Teil auch als einen der wesentlichen Gestaltprinzipien ansehe.

#### 1.4 Feldtheorie

Innerhalb des Gestaltansatzes sieht man den Menschen als Einheit von Organismus und Umwelt. Organismus und Umwelt stehen in einem ständigen Austausch miteinander: »Bewußtheit erstreckt sich prinzipiell auf das Wahrnehmen-Erleben der gesamten inneren und äußeren Welt, also auf das gesamte Feld« (Staemmler/Bock 1991, 61). Das Konzept des Organismus/Umwelt-Feldes geht auf die Feldtheorie der Gestaltpsychologie und besonders auf die Arbeit von Kurt Lewin zurück. Dabei gilt als Grundhypothese der Feldtheorie eine Wechselbeziehung von lebendigen Phänomen zu anderen Phänomen. Nach dem Feldkonzept von Kurt Lewin bilden Person und Umwelt eine untrennbare Einheit.<sup>32</sup> Personen sind stets in irgend-

einer Weise in Beziehung zu jemandem und/oder etwas. Hier besteht eine deutliche Verbindung zu den Ansätzen der angloamerikanischen Ergotherapie.

Das Verhalten eines Menschen ist abhängig vom gesamten Feld und von allen Einflüssen aus dem Feld. Dazu gehört neben den räumlichen, atmosphärischen, dinglichen Einflüssen auch derjenige Teil, der es beobachtet. In der therapeutischen Situation ist das der Therapeut. Damit besteht immer auch ein Einfluss und eine Wirkung des Therapeuten auf den Patienten.

Jede Diagnostik und jeder ergotherapeutische Befund muss also die Einflüsse miteinbeziehen unter denen er gemacht wird. Diese Aussage hinterfragt auch die scheinbar objektiven Ergebnisse standardisierter Tests. Denn es macht einen großen Unterschied, ob ich z.B. einen Test zur Feststellung der visuellen Wahrnehmungsfähigkeit in einem düsteren Raum, einem Spielzimmer oder einem reizarmen Raum durchführe.

Parlett merkt an, dass der Feldtheorie in der Gestaltliteratur immer mehr Beachtung geschenkt wird und sie als eine von drei Säulen (neben Phänomenologie und dem dialogischen Prinzip) zu sehen ist (1999, 281). Nach Yontef gilt die Feldtheorie gar als Basis der gestalttherapeutischen Theorie (1999, 141). Sicher ist der Zugang zu diesem Kriterium nicht einfach und erfordert ein Umdenken. Insgesamt erleichtert der Blick auf den gesamten Kontext, in dem der Patient sich befindet, die therapeutische Arbeit. Letztendlich ermöglicht die Feldtheorie auch den Blick auf Prozesse. Die Auseinandersetzung des Individuums mit der Umwelt gilt als Grundlage der Feldtheorie. Wir stehen in ständigem Kontakt mit der Umwelt, sind mit ihr auf untrennbare Weise verbunden. Dadurch wird die Beschäftigung für uns Menschen mit dieser Umwelt notwendig. »Mehrere Kräfte, die zueinander und zum Ganzen in Wechselbeziehung stehen, bilden das Feld« (ebd., 98). Diese Kräfte schaffen innerhalb des Feldes dynamische Strukturen, die dann vorwiegend zwischen den Individuen wirken. Die Kenntnis dieser Kräfte und dieser Dynamik verändert grundsätzlich die therapeutische Haltung und das therapeutische Vorgehen. Wie Yontef behauptet, ist das wesentliche Merkmal eines Feldes seine dynamische Gestalt (ebd., 164).

»Du und deine Umwelt, ihr seid keine voneinander unabhängigen Größen, sondern zusammen seid ihr ein lebendiges Gesamtsystem wechselseitiger Einflüsse. Ohne deine Umwelt fändest du – deine Gefühle, Gedanken, Handlungsweisen – zu keiner Ordnung, Richtung oder Konzentration; andererseits wäre ohne dich als lebende, gegliederte Gewährseinheit die Umwelt für dich nicht vorhanden« (Perls/Hefferline/Goodman 1979b, 93)

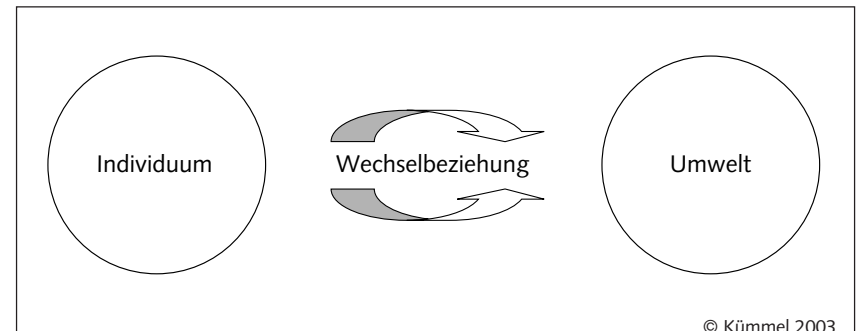


Abb. 1: Gesamtsystem Individuum-Umwelt

Die Wechselbeziehung zwischen Individuum und Umwelt ist ein dynamischer Prozess. In diesem Prozess nimmt der Mensch wahr, verknüpft seine Wahrnehmungen mit bereits gemachten Erfahrungen, integriert diese und gibt sie in Form von Betätigungen wieder an die Umwelt zurück. Dadurch entsteht ein ständiger Austausch. Durch diesen Austausch überhaupt kann erst Lernen entstehen. Diese Wechselbeziehungen können sich u.a. in Form von Bewegungen, Betätigungen, Störungen, Beziehungen zu Mitmenschen (natürlich auch zum Therapeuten), usw. ausdrücken.

Betätigungsverhalten entsteht durch die Interaktion im Organismus/Umwelt-Feld zwischen Menschen und Dingen. Und genau dieses Betätigungsverhalten untersucht die Ergotherapie. Jedoch wird aus gestalttherapeutischer Perspektive diese Wechselbeziehung nicht auf Störungsbasis gesehen, sondern nach der Art und Weise, wie der Mensch mit der Umwelt in Kontakt tritt.

Abbildung 2 zeigt, wie die Umwelt auf unsere Wahrnehmung einwirkt, diese wiederum erst durch Bewusstheit in ihrer Vollkommenheit erfahren werden kann und letztendlich in einer Betätigung wieder ihren Ausklang findet. Diese Betätigung wirkt unmittelbar auf die Umwelt ein, verändert und beeinflusst diese. Dadurch entsteht ein erneutes Wahrnehmungsverhalten, usw.

»Die Feldtheorie ermöglicht der Gestalttherapie, den Menschen als aktiv Handelnden zu begreifen; sie berücksichtigt außerdem die komplexen, aktuellen Beziehungen im Feld und den unvermeidlichen Wandel in der Zeit durch veränderte Kontexte« (1999, 146).

Diese Aussage beziehe ich nicht nur auf die Gestalttherapie, sondern habe sie besonders in der ergotherapeutischen Arbeit im Blick.

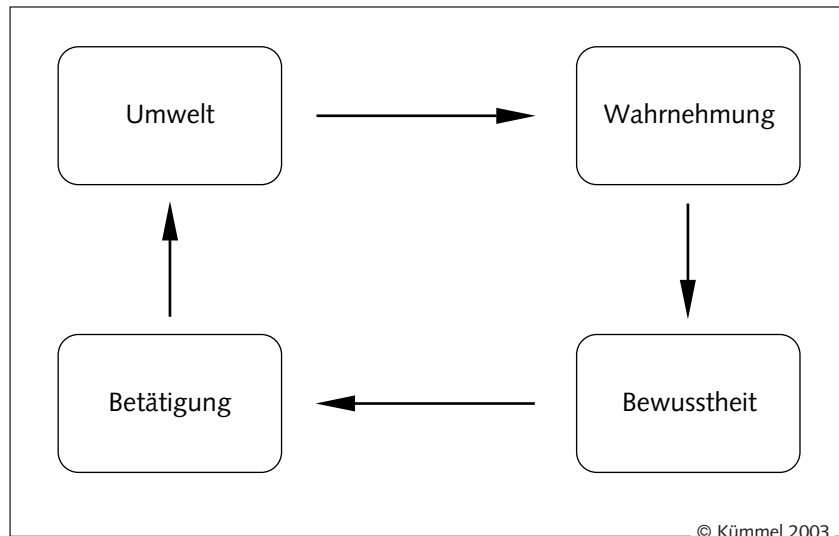


Abb. 2: Umwelt – Wahrnehmung – Bewusstheit – Betätigung

Zur Verdeutlichung der theoretischen Ausführungen, möchte ich von einem Fall erzählen, welcher den Organismus/Umwelt-Feld-Aspekt mit einbezieht. Der Fall handelt von dem siebenjährigen Jim.

Jim kommt seit einem halben Jahr zur Ergotherapie. Die Diagnose lautet sensomotorisch-perzeptive Störungen. Jim wirkt sehr impulsiv und weiß seine Interessen durchzusetzen. In den Therapiestunden zeigt er Interesse an allen Übungen und Spielen, bei denen er sich viel bewegen und seine Wut ausleben kann. Jim scheint unter einem ständigen Druck zu stehen, ist in ständiger Bewegung, kann kaum bei einer Sache bleiben. Er reagiert gefühlsmäßig ambivalent, wenn er sich bei Aktionen weht tut. Mal zeigt er keinerlei Reaktionen, ein anderes Mal weint er heftig. Jim lässt sich ungern etwas sagen, auf Vorschläge reagiert er meist wütend.

Zu mir sucht der Junge Kontakt auf der für ihn momentan möglichen Ebene, d.h. über Raufen und Wettkampf. Er möchte dabei möglichst gewinnen, jedoch auch in seinem aktiven und aggressiven Verhalten gemocht werden. Von sich selbst behauptet er, er sei immer der Böse. Grenzen einhalten und auch die Grenzen anderer zu akzeptieren, fällt ihm schwer.

In der Therapie steht neben den ergotherapeutischen Zielen (Verbesserung der Sensomotorik, der Bewegungskoordination und der Wahr-

nehmungsleistung) die Kind-Therapeut-Beziehung im Vordergrund. Die dialogische Grundhaltung, die ich im nächsten Kapitel ausführlich beschreibe, ist gerade bei einem solchen Kind Orientierung für mich. Das Akzeptieren von Jim als Mensch und das gleichzeitige Vermitteln von Grenzen steht für mich im Mittelpunkt. Meine Aufgabe als Therapeut sehe ich darin, Jim zu zeigen, dass ich ihn als Person schätze, sein Verhalten jedoch nicht immer dulde. Ich erlaube ihm in der Therapie, Holzstücke mit dem Hammer klein zu schlagen, jedoch nicht Gegenstände zu werfen. Die Therapie ist klar strukturiert.

Weiterhin ermögliche ich Jim Erfolgserlebnisse. So ist es unwichtig, dass ich als Therapeut in den Wettkämpfen gewinnen muss. Siege für Jim haben Vorrang, um ihm Selbstvertrauen zu geben. Niederlagen für ihn dosiere ich so, dass ich ihm Grenzen setze, ohne seine Frustrationstoleranz überzustrapazieren.

Jedoch werden mir die Grenzen meiner Therapie ziemlich schnell bewusst. Die sensomotorischen Schwächen bei Jim lassen sich leicht lösen, es bleibt seine Aggressivität und Unruhe. Erst durch einen Blick auf das Organismus/Umwelt-Feld werden mir neue Wege eröffnet. Mir wird bald klar, dass sich Jim ohne Einbezug seines Umwelt-Feldes nur wenig weiter entwickeln wird. Sicher biete ich ihm in der Therapiesituation ein eigenes Organismus/Umwelt-Feld an, welches ihm neue, positive Erfahrungen ermöglicht. Jedoch lassen sich weitergehende Veränderungen erst erzielen, wenn ich in meine therapeutische Arbeit Jims Umwelt mit einbeziehe. Zu seinem unmittelbaren Umfeld gehören seine Mutter und seine Schule. Aus diesem Grund führe ich in regelmäßigen Abständen (vier bis sechs Wochen) Gespräche mit der Mutter und im Zehn-Wochen-Abstand mit der Grundschullehrerin durch. Im ersten Gespräch mit der Mutter erfahre ich, dass Jim als Einzelkind aufwächst. Die Eltern trennten sich, als Jim ein Jahr alt war. Der Vater kommt unregelmäßig zu Besuchen und geht dann mit Jim und dem Hund spazieren. Manchmal bringt er etwas mit, worauf Jim jedoch keine Lust hat. Jim lehnt seinen Vater ab: »Väter sind blöd, die schlagen nur.« Die Mutter setzt eher wenig Grenzen und scheint überfordert. Sie lebt nach ökologischen Lebensprinzipien in einem alten Haus am Waldrand mit Holzofen und ohne Fernsehen. Die Mutter hat viele Freunde, die sie auch regelmäßig trifft. Jim selbst hat nur einen Freund, der im Gegensatz zu ihm sehr ruhig ist. Andere Kinder lehnen ihn wegen seines unruhigen und aggressiven Verhaltens ab. Die Mutter wirkt sehr besorgt, unsicher in ihren Erziehungsmethoden und hat eine Menge Schuldgefühle. In den Gesprächen zeigt sie ein enormes Redebedürfnis.

In den Unterredungen mit der Mutter und der Lehrerin geht es mir in erster Linie darum, die positiven Seiten von Jim herauszuarbeiten. Meine Erfahrung ist, dass kein Kind 24 Stunden am Tag auffällig ist. Meine Frage ist: Wann tritt das Verhalten nicht auf und was ist dabei anders?

Jims Verhalten wird erst in seiner ganzen Gestalt erfahrbar und macht Sinn im Kontext des Umwelt-Feldes. Eine ganzheitliche Sicht des Jungen und genaues Beobachten der Phänomene lassen mich bald wesentliche Stärken erkennen. Jim ist ausgesprochen kreativ und naturverbunden. Diese Ressourcen greife ich in der Therapie mit Jim auf, um über seinen inneren Antrieb seine Kompetenzen zu erweitern.

Schwerpunkt der therapeutischen Arbeit wird allerdings die Arbeit mit seiner direkten Umwelt. So biete ich der Mutter u.a. Hilfen in Bezug auf das ›Grenzen Setzen‹ gegenüber Jim an und gebe ihr Handlungsanweisungen: z.B. klare Strukturierung des Tagesablaufs, Einhalten von Essensregeln, genaue Uhrzeiten für das Erledigen der Schularbeiten. Diese Regeln soll sie konsequent einhalten. Ich bin mir allerdings bewusst, dass ich hier direktiv vorgehe und mir nicht sicher sein kann, in welcher Form die Mutter diese Vorgaben umsetzt. Außerdem arbeite ich mit der Mutter an ihren Schuldgefühlen bezüglich ihres Erziehungsverhaltens.

Mit der Lehrerin bespreche ich verschiedene Möglichkeiten für den Unterricht. Dazu gehören ein Sitzplatz für Jim in der vorderen Reihe, nahe der Lehrerin und der Tafel, eventuell alleine am Platz, jedoch nicht abgedeckt von den anderen Kindern, um Jim keine Sonderrolle zu geben. Regeln, die für alle Kinder gelten, werden sichtbar im Klassenzimmer aufgehängt. Jim sollen kurze Phasen des Alleinarbeitens mit Zeitgrenzen ermöglicht werden und ihm eine sofortige Rückmeldung über die Genauigkeit der geleisteten Aufgaben gegeben werden. Außerdem empfehle ich ihr kurze Bewegungsphasen von maximal drei Minuten während des Unterrichts. Auch hier gehe ich wieder direktiv vor, mache aber wie auch zuvor bei Jims Mutter deutlich, dass es sich dabei um Möglichkeiten bzw. um Experimente handelt.

Trotz intensivsten Bemühens kann der Vater nicht mit in den therapeutischen Prozess einbezogen werden. Lediglich ein Telefongespräch ist mit ihm möglich. Darin macht er in erster Linie Jims Mutter für dessen Verhalten verantwortlich. Da er absolut der Meinung ist, dass Jim gelegentlich »eine Portion Prügel« benötigt, fühle ich mich hier in meiner Kompetenz überfordert. Daher empfehle ich der Mutter entsprechende Stellen aufzusuchen, um im Sinne eines Schutzes für Jim einen betreuten Besuch zu erreichen.

Jims Verhalten verändert sich nach ca. neun Monaten Therapie auffällig: Phasen ruhigeren Verhaltens beobachte ich häufiger und länger. Sein Selbstwertgefühl steigert sich, er traut sich mehr zu. Auch lernt er, Grenzen einzuhalten und sein Bedürfnis nach Kontakt auf andere Weise als durch Raufen und Aggression mitzuteilen. Die Mutter beginnt ihr Kind mit anderen Augen zu sehen, sieht mehr die angenehmeren, anstatt der problematischen Seiten von Jim. Dadurch wird die Mutter deutlich zufriedener. Dies zeigt sich darin, dass sie einen neuen Lebenspartner findet und sich die Lebenssituation für die kleine Familie komplett ändert

»Fortschritte eines Patienten sind eine Funktion des gesamten Feldes; sie hängen nicht nur von der Motivation und Kraft des Patienten ab, sondern auch vom Können des Therapeuten, der Beziehung zwischen Therapeut und Patient, von institutionellen Faktoren (der behandelnden Einrichtung, Klinik, Versicherungsleistung etc.), von Familie und Freunden, die zum Lebensraum gehören, usw.« (Yontef 1999, 161)

Aus feldtheoretischer Perspektive stelle ich mir grundsätzlich die Fragen:

- Wie nimmt der Mensch seine Umwelt wahr?
- Wie tritt der Mensch in Kontakt mit seiner Umwelt?
- Wie beeinflusst der Mensch seine Umwelt, wie wirkt er auf diese ein?
- Welche Unterstützungsmöglichkeiten benötigt der Mensch für seine Auseinandersetzung mit der Umwelt?
- Wie kann ich als Therapeut diese Unterstützung dem Patienten zur Verfügung stellen?
- Wie wirken die Umweltbedingungen zurück auf den Patienten?
- Welche Umweltbedingungen sind für den Patienten bedeutsam?
- Was benötigt der Patient, damit ich therapeutisch wirksam werden kann?

Diese Fragen sind von zentraler Relevanz für die ergotherapeutische Arbeit. Denn jedes Betätigungsverhalten bedeutet eine Auseinandersetzung mit der Umwelt.

Neben der Feldtheorie orientiere ich mich dabei auch an der Systemtheorie.<sup>33</sup> Feldtheorie und Systemtheorie beziehen nicht nur das Umfeld mit ein, sondern sehen Wechselbeziehungen zwischen dem Individuum und seiner Umwelt. Schreibe ich dem Patienten Merkmale bezüglich seiner Störungen zu, so lasse ich außen vor, dass der Patient in einem Wechselspiel mit seiner Umwelt steht.

»Zusammengefasst heißt das, dass die Feldtheorie den Gestaltpraktiker dazu einlädt, nicht-linear zu denken (und damit die vereinfachenden Überzeugungen von Ursache und Wirkung zu unterlaufen« (Parlett 1999, 281).

Der Mensch und seine Umwelt müssen in engem Kontakt sein, damit Lernen, Entwicklung und Wachstum möglich sind.

Jeder Mensch besitzt einen eigenen Hintergrund, aus dem er jederzeit notwendige Tätigkeiten, Verhaltensweisen und Bedürfnisse Figur werden lassen kann.<sup>34</sup>

»Selbstwahrnehmung ohne ›Awareness‹ für die Welt nähme nur die eine Hälfte des Organismus/Umwelt-Feldes ernst« (Yontef 1999, 101).

Der Mensch und seine Umwelt müssen in engem Kontakt sein, damit Lernen, Entwicklung und Wachstum möglich sind. In der Ergotherapie stellen wir Umweltbedingungen zur Verfügung und geben Hilfestellungen und Anregungen, wie trotz Einschränkung mit diesen Bedingungen in Kontakt getreten werden kann.

In der Gestalttherapie befassen wir uns mit den Menschen in ihrem Organismus/Umwelt-Feld. Wie ich in dem Fallbeispiel demonstrierte, können diese Umwelt Familie, Schule, Arbeitsplatz, Lebensraum, Freizeitraum, usw. sein.

»Das Feld ist determiniert durch gleichzeitig präsente, interagierende Kräfte. Dieses Herausstreichen der Interaktion wendet sich implizit gegen Vorstellungen einer einfachen, eindimensionalen Kausalität, denn lineare Erklärungsmuster können der Interaktion, d.h. der Komplexität multipler, sich gegenseitig beeinflussender Faktoren nicht gerecht werden« (Yontef 1999, 153).

Denn im feldtheoretischen Denken ist ein Beziehungsnetz immer von vielfältigen Variablen bestimmt. In der Ergotherapie übt man mit einem Patienten das Ankleiden. Geht es morgens jedoch schnell, übernimmt diese seine Frau. Ist diese eine eher fürsorglich orientierte Ehefrau, wird sie kaum Geduld haben, ihrem Mann beim Anziehen zuzusehen, und übernimmt diese Tätigkeit. Ohne den Blick auf das Feld wäre dann die ergotherapeutische Maßnahme nutzlos.

Soweit hört sich das zwar einfach an, in der Praxis ist das deutlich schwerer.

»Selbst für Gestaltpraktiker, die einen Vorsprung von etwa fünfzig Jahren angewandten nicht-dualistischen Denkens haben, gibt es immer noch viel zu tun. In ihrer Praxis können sie sich immer wieder daran erinnern, dass es der Organismus-im-Umweltfeld, die Person-in-der-Situation, die Familie-in-der-Gesellschaft sind, denen sie begegnen. Probleme, Symptome und Themen können zu leicht isoliert betrachtet werden« (Parlett 1999, 284).

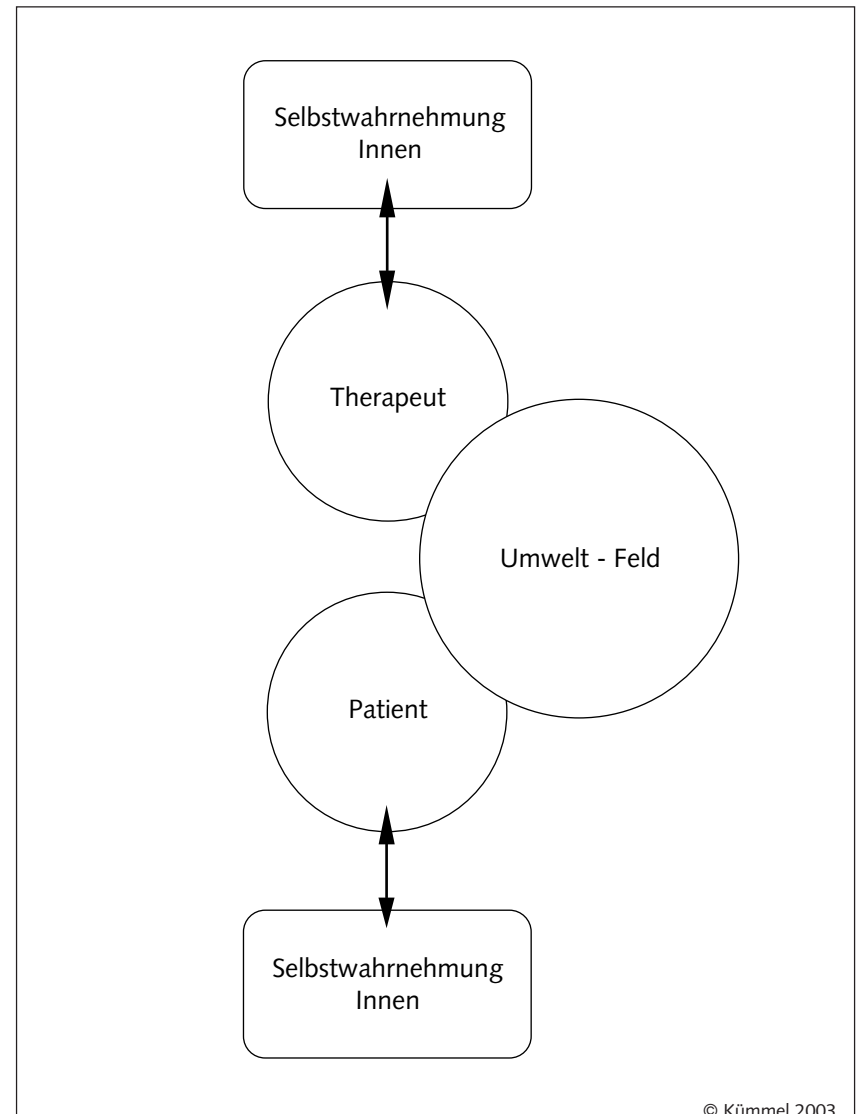


Abb. 3: Selbstwahrnehmung

## 1.5 Ein Gestaltmodell

Im Folgenden möchte ich mein Modell zur Integration von Gestalttherapieelementen für die Ergotherapiepraxis darstellen. Dabei geht es um verschiedene Ebenen, die ich in den Falldarstellungen erneut skizzieren werde.

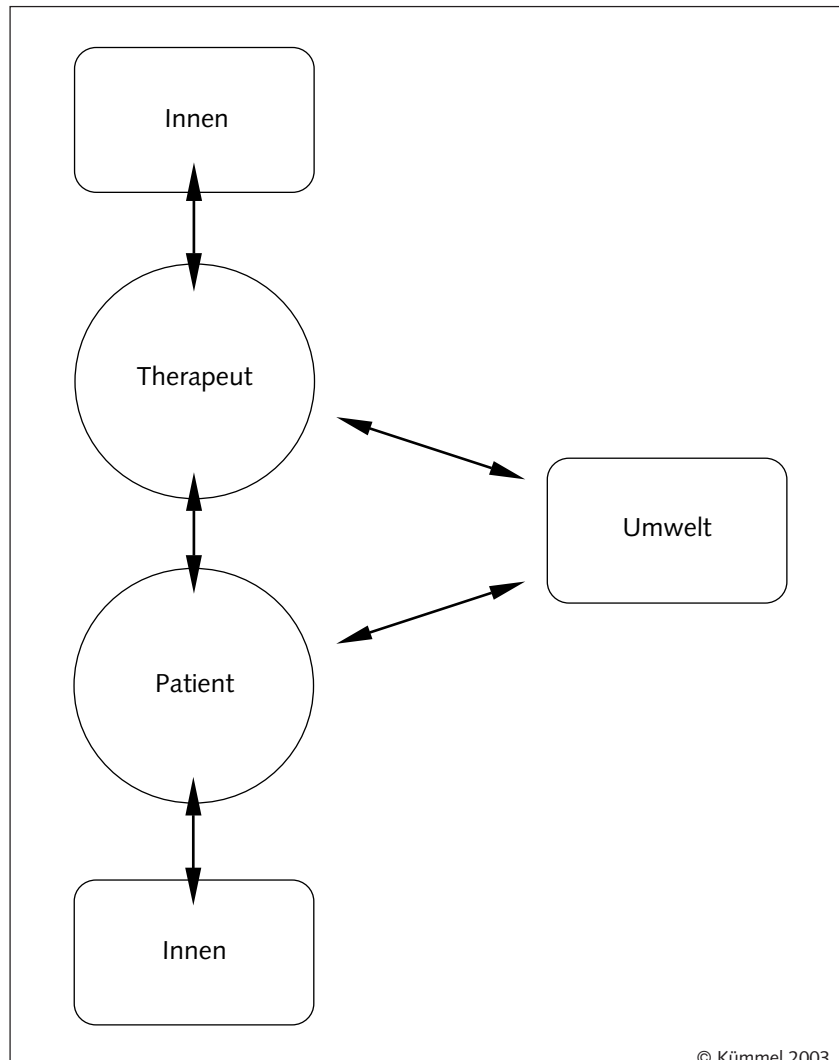


Abb. 4: Therapeut-Patienten-Wahrnehmung

Dieses Modell dient mir als theoretischer Hintergrund für meine Arbeit. Zum besseren Verständnis und zur Orientierung teile ich die wahrnehmbaren Prozesse in Teilschritte auf, um sie dann wieder zusammenzufügen. Ich beginne mit der Sicht des Therapeuten. Der Therapeut nimmt sein inneres Erleben auf einer phänomenologischen Ebene wahr. Er nimmt wahr, was er fühlt, denkt und spürt. **Sie erkennt ihre** eigenen Prozesse und reflektiert diese.<sup>35</sup> Das setzt Selbsterfahrungsprozesse und intensives Arbeiten an sich selbst voraus. Fritz Perls sagt dazu:

»Die Sinne dienen der Orientierung in der Umwelt, der äußeren Zone. Jeder Organismus verfügt über genügend innere Sinne, die der Orientierung innerhalb des Organismus dienen. Wenn wir uns einer Situation anpassen, stellen wir fest, wie groß die Anzahl der benötigten Muskelkontraktionen ist und wieviel Kraft die verschiedenen Aufgaben erfordern. Wir nehmen die Signale und die Verfassung eines jeden Organs und sogar der Knochen wahr, obwohl es scheint, dass das Hirngewebe nur ein Minimum von Aufmerksamkeit darauf verwendet« (1981, 173).

Durch die Wahrnehmung, Bewusstmachung und Reflexion der eigenen inneren Prozesse können diese sortiert werden. Anschließend kann der Therapeut entscheiden, welche davon relevant für die Therapie sind und welche nicht. Aus den eigenen inneren Prozessen fließen Erfahrungen, Be-

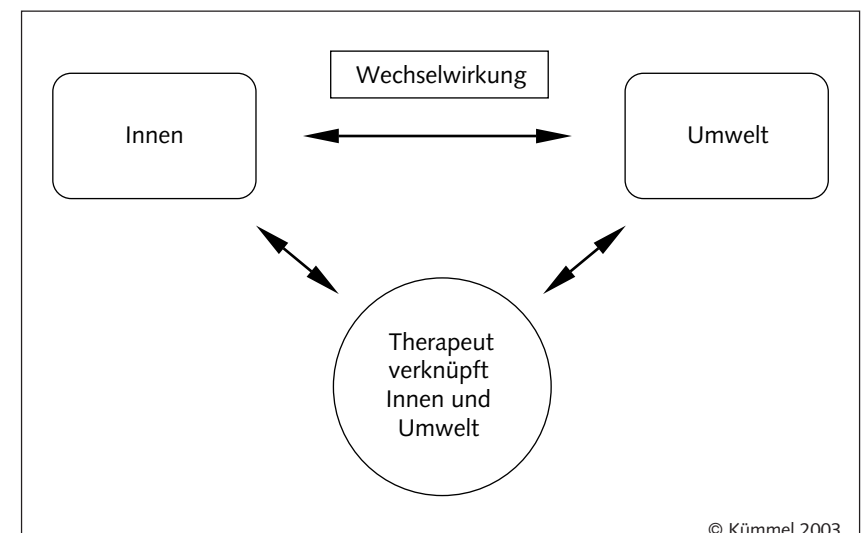


Abb. 5: Innen-Umwelt-Verknüpfung

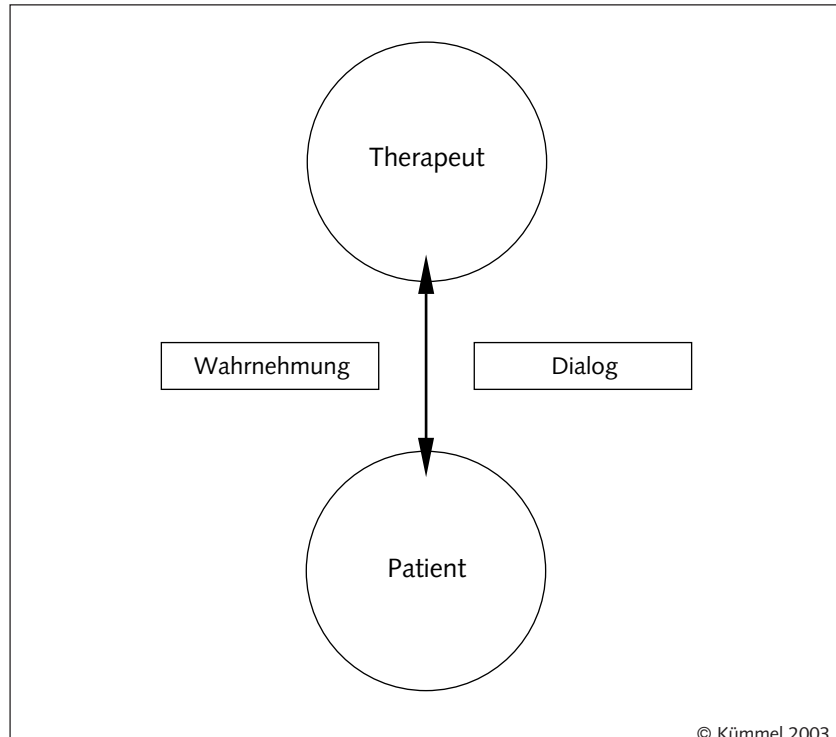


Abb. 6: Therapeut-Patient-Wahrnehmung

dürfnisse, Wünsche, Gefühle ein, die nicht immer etwas mit der jeweiligen therapeutischen Situation zu tun haben. Der Therapeut macht sich seine, am Hier-und-Jetzt orientierten, inneren Prozesse bewusst und verknüpft diese mit gemachten Erfahrungen. Zudem steht er in einer ständigen Wechselwirkung mit seiner Umwelt.<sup>36</sup> Wahrnehmungen sind zu einem Teil durch Außenreize geprägt. Diese werden wiederum mit inneren Prozessen verknüpft.

Die vorhandenen Außenreize werden im Hier-und-Jetzt in ihren Phänomenen wahrgenommen und ggf. bewusst gemacht. Dies können scheinbar harmlose Wahrnehmungen sein, wie die Raumtemperatur, der Lärm oder die harte Sitzgelegenheit. In der Gestalttherapie geht es darum, diese scheinbar harmlosen Wahrnehmungen nicht sofort zu ignorieren. Sie können durchaus relevant für die Arbeit sein.

»You are beginning to lose interest in your work, having become aware that you are hungry. Your textbooks and papers, your desk and chair fade out of your Awareness as you begin thinking about the things in the refrigerator and whether the local pizza delivery place is still open. Opening the refrigerator door, you sort out its contents with your hands and eyes, shifting bottles and containers. Notice how your Awareness shapes by what is important to you, and how you shape your reality accordingly. You see what is interesting and important to you now, at this moment – this hungry moment – reaching out into the field with your eyes: you seek out and see refrigerator, not the dishwasher, the cans of beans, not furniture wax. Conversely, the things that are not important at this moment – your studies, your family, your sexual appetites – are phenomenologically insignificant. For the moment, they do not exist; you have caused them to disappear«<sup>37</sup> (Latner 1992, 17f.).

In einer therapeutischen Situation mit einem Patienten besteht ein Kontakt mit einer weiteren Person oder mit mehreren Menschen. Jetzt kommt die Wahrnehmung hinzu, die sich der Therapeut vom Patienten macht. Er nimmt wahr, wie der Patient etwas macht. Die therapeutische Aufgabe besteht nun darin, den Patienten in seiner Eigen-Wahrnehmung zu unterstützen.

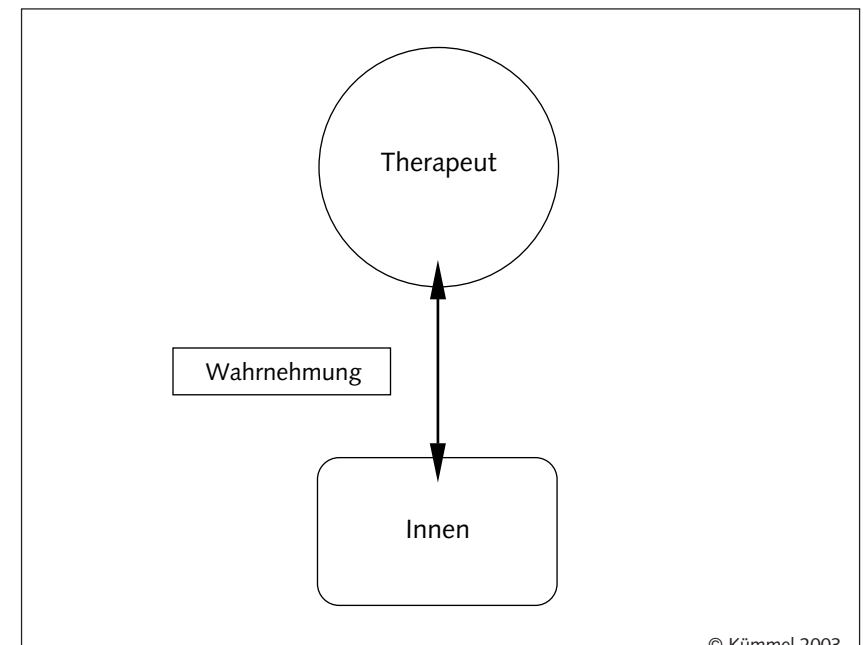


Abb. 7: Patient-Innen-Wahrnehmung

Die Wahrnehmung alleine reicht nicht aus, diese muss im Dialog mit dem Patienten überprüft werden. Durch den therapeutischen Dialog kann beim Patienten ein eigener Bewusstseitsprozess in Gang gesetzt werden. Dieser ermöglicht dem Patienten eigene Wahrnehmungen in seinem inneren Erleben zu erkennen.

Selbstverständlich verändert sich auch die Wahrnehmung des Patienten zur Umwelt. Er verknüpft seine Bewusstseitsprozesse mit bereits gemachten Erfahrungen aus seinem persönlichen Hintergrund. Die neu gewonnenen Erlebnisse können nun von ihm integriert werden.

### Anmerkungen

- 1 Bei Pronation zeigt der Handrücken nach oben, die Hand liegt z.B. vollständig auf dem Tisch. Bei der Supination zeigt die Handinnenfläche nach oben, der Handrücken liegt z.B. auf einem Tisch.
- 2 Für weitergehendes Studium verweise ich auf das Literaturverzeichnis im Anhang. Besonders herausheben möchte ich das Handbuch der Gestalttherapie (Fuhr u.a. (Hg.) 1999), das eine umfangreiche Übersicht über Historie, Theorie und Praxis der Gestalttherapie gibt; zur Geschichte und Entwicklung der Gestalttherapie: Sreckovic, ebd. 15-178.
- 3 »Die Person, die sich ihrer selbst gewahr ist, weiß, was sie tut, wie sie es tut und dass sie Alternativen hat, zwischen denen sie wählt.« (dt.: Kümmel); s.a. Yontef 1999, 103f.
- 4 vgl. Staemmler/Bock 1991, 57ff.; Polster/Polster 1983, 199; Fuhr/Gremmler-Fuhr 1995, 154ff.
- 5 Diese Falldarstellung habe ich an anderer Stelle bereits ausführlich beschrieben (Kümmel 2001, 16ff.)
- 6 s.a. Feldenkrais 1982, 75: »Manchmal genügt das: einer tut etwas und fragt sich nun einfach, was er da tue; da verwirrt er sich und kann nicht fortfahren in seinem Tun. In einem solchen Fall hat er auf einmal gemerkt, daß die Art, wie er's tat, nicht dem entsprach, was er zu tun glaubte.« Feldenkrais beschreibt hier, wie Bewusstheit sich an die Handlung der Absicht anpasst. Im weiteren Verlauf seines Grundlagenbuches hält er ein Plädoyer für die Bewusstheit und trifft eine Unterscheidung zwischen Bewusstheit und Bewusstsein.
- 7 s.a. Fuhr/Gremmler-Fuhr, in: Staemmler 2001, 108
- 8 vgl. Staemmler/Bock 1991, 60
- 9 Stevens 1975, 15f.
- 10 s.u. Kap. 1.4.
- 11 vgl. Perls/Hefferline/Goodman 1979b, 115; die Autoren beginnen hier stärker den Fokus auf das Gefühls-Kontinuum zu legen. Für die ergotherapeutische

Arbeit beginnt es ab dieser Stelle schwieriger zu werden, die Abgrenzung zur Psychotherapie beizubehalten.

- 12 s.u. Kap. 1.3.
- 13 Perls/Hefferline/Goodman sprechen an dieser Stelle noch nicht von Bewusstheit, sondern von der Technik des Gewahrsein.
- 14 Ausführliche Falldarstellung s.u. Kap. 4
- 15 vgl. Perls 1974; Perls/Hefferline/Goodman 1979b
- 16 vgl. Perls/Hefferline/Goodman 1979b, 197; Kümmel 2001, 17
- 17 s.u.: Kap. 2.2
- 18 Übung in Anlehnung an Perls/Hefferline/Goodman 1979b, 84f.
- 19 »Phänomenologie sucht zu verstehen, was auf dem Offensichtlichen basiert oder durch die Situation enthüllt wird und nicht was auf der Interpretation durch den Beobachter basiert.« (Dt. Übers. Anja Rumbarger)
- 20 »Phänomenologie funktioniert, indem man sich experimentell in eine Situation begibt und dann den Bewusstseitsprozessen erlaubt, das zu entdecken, was offensichtlich bzw. gegeben ist. Dies erfordert Disziplin, besonders für das Erkennen des Vorhandenen, dessen was IST, ohne vorher irgendwelche Daten (Werte) auszuschließen. In der Phänomenologie werden vorgefasste Meinungen bzgl. dessen, was relevant ist, erkannt und eingeklammert (beiseite gelegt). Eine phänomenologische Beschreibung integriert sowohl durch Beobachtungen wahrgenommenes Verhalten als auch auf Erfahrung beruhende, persönliche Berichte. Das Ziel der phänomenologischen Untersuchung ist eine klare und detaillierte Beschreibung des IST, wobei keine Betonung auf dem liegt, was hätte sein können, was sein würde, was war oder was wäre.« (Dt. Übers. Anja Rumbarger)
- 21 vgl. Staemmler 1993, 199ff.
- 22 s.u.: Kap. 3.2
- 23 s.u.: Kap. 5.3
- 24 s.u.: Kap. 2.2
- 25 vgl. Yontef 1993, 189
- 26 s.u.: Kap. 5
- 27 vgl. Fuhr/Gremmler-Fuhr 1995, 41f.
- 28 »Die letztendlich fundamentale Qualität von Bewusstheit ist Ganzheitlichkeit. Die Erklärung durch die Gestaltpsychologie am Besten bekannt ist, »das Ganze ist größer, als die Summe seiner Teile«, beinhaltet holistische Prinzipien. Das Wort »größer« ist hier qualitativ, nicht quantitativ zu verstehen.« (dt. Übers. Kümmel)
- 29 Zur Ganzheitlichkeit s. a. Jurkowsch 1999, 44; Jerosch-Herold u.a. 1999, 52
- 30 vgl. Staemmler/Bock 1991, 59

- 31 Aus diesem Grund unterscheiden Staemmler/Bock den Begriff der Ganzheitlichkeit vom Begriff der Ganzheit (1991, 94ff.). Für sie ist der Begriff ›Ganzheitlichkeit‹ so wichtig, dass sie »ihn auch in den Titel des Buches aufgenommen haben« (»Ganzheitliche Veränderung in der Gestalttherapie« 1991, 99).
- 32 Zum Feldkonzept von Lewin vgl. auch Parlett: Feldtheoretische Grundlagen gestalttherapeutischer Praxis, in: Fuhr u.a. 1999, 279f.
- 33 Die Feldtheorie wurde in der Systemtheorie weiterentwickelt, so dass diese mittlerweile deutliche Kompatibilität zur Gestalttherapie aufweist; vgl. zum Systemischen Ansatz: von Schlippe/Schweitzer 1998; zur Verbindung Gestalttherapie und systemische Theorie: Ginger/Ginger 1994, 109ff.; Heinzmann: Systemische Gestalttherapie. Ein Kurzlehrgang 1996, 20-29; Hildenbrand: Systemische Therapie: Grundlagen und Praxis, 2001, 82ff.
- 34 s. Klöckner 1994, 53ff.
- 35 s.u. Kap. 2.2
- 36 s.o. Kap. 1.4
- 37 »Du beginnst das Interesse für deine Arbeit zu verlieren, wirst dir bewusst, dass du hungrig bist. Deine Bücher und Papiere, dein Tisch und dein Stuhl blenden sich aus deiner Bewusstheit aus, nachdem du begannst über die Dinge im Kühlschrank nachzudenken und darüber, ob der Pizza-Service offen hat. Nachdem du den Kühlschrank geöffnet hast, sortierst du seinen Inhalt mit deinen Händen und Augen, stellst Flaschen und Behälter um. Nimm wahr, wie deine Bewusstheit sich über für dich Wichtigem bildet und wie du folglich deine Realität gestaltetest. Du siehst, was interessant und wichtig für dich in diesem Moment ist – diesem hungrigen Moment – ergreifst das Feld mit deinen Augen: du machst den Kühlschrank aus, nicht die Spülmaschine, nicht die Dosen mit Bohnen, nicht die Möbelpolitur. Umgekehrt sind die Dinge in diesem Moment nicht wichtig – deine Studien, deine Familie, dein sexuelles Verlangen – sind phänomenologisch unbedeutend. Für diesen Moment existieren sie nicht; du hast veranlasst, dass sie verschwinden« (dt. Übers. Kümmel)

---

## 2. Therapeutischer Bezugsrahmen

---

*Ein neunzehnjähriger Jugendlicher wird von der Mutter in meiner Praxis angemeldet. Im Laufe des Telefonats erfahre ich, dass ich Theo kenne und bereits vor etlichen Jahren behandelt habe. Nun kommt er als junger Mann erneut in meine Praxis. Sowohl die Mutter als auch die überweisende Ärztin wünschen sich von der ergotherapeutischen Behandlung eine Aktivierung von Theos Eigeninitiative und Kontaktfähigkeit. Der Rahmen der psychisch-funktionellen Ergotherapiebehandlung gibt mir dafür den nötigen Handlungsspielraum. Theo kommt zusammen mit seiner Mutter zum Erstgespräch in die Praxis. Vorerst ist er sehr schweigsam. Seine Mutter beginnt zu erzählen. Sie schildert kurz die Entwicklung der letzten Jahre und benennt dann gleich die Probleme aus ihrer Sicht. Nach diesem kurzen Moment wende ich mich direkt an Theo: »Lange haben wir uns nicht mehr gesehen, ich glaube vier oder fünf Jahre muss das jetzt her sein.« Theo schaut kaum hoch und etwas gequält kommt seine Antwort: »Ja, kann sein.«*

*Ich lasse nicht locker und bin um den Dialog bemüht. Ich dränge Theo nicht und lasse ihm Zeit, sich einzulassen: »Ich erinnere mich noch gut, wie wir damals im Psychomotorikraum gespielt haben. Manchmal zusammen mit der Krankengymnastin, wie hieß die noch gleich?«*

*Erneut versuche ich über meine Erinnerungen Kontakt zu Theo zu bekommen. Durch eine indirekte Frage versuche ich in Dialog mit ihm zu treten. Nun erkenne ich ein leichtes Schmunzeln um Theos Lippen und bekomme eine ausführlichere Antwort: »Ja, die Julia, wir haben uns noch lange geschrieben.«*

*»Ach, das finde ich ja spannend. Hast du noch Kontakt zu anderen Leuten, die wir gemeinsam kennen?«, äußere ich meine Freude über diese Information und lade Theo über unsere gemeinsamen Verbindungen ein, den Dialog mitzugestalten. Ich bemerke erneut ein Lächeln auf Theos Mund, während er erzählt. Er berichtet mir über Personen, die er noch trifft und zu denen er noch Kontakt hat.*

*Im weiteren Verlauf des Gesprächs intensivieren wir diesen Austausch über gemeinsame Bekannte. Theos Mutter schaut zwischendurch einmal mich, einmal ihren Sohn mit Erstaunen an.*

Dieser Erstkontakt geschieht vor dem Hintergrund der Einzigartigkeit des mir gegenüber sitzenden Theo. Ich bin offen und neugierig auf das, was mich erwartet, schaue mit dem Blick der Ich-Du-Beziehung. Die geschilderten Probleme habe ich vorerst in den Hintergrund geschoben.

Theos Mutter beteiligt sich wieder am Gespräch: »So habe ich Theo noch nicht erlebt. Gestern waren wir auf einem Amt, dort sagte er kein Wort.«

Ich frage Theo jetzt direkt, wie er das Problem sieht, das seine Mutter schildert. Theo schaut wieder weg, versucht dem Blickkontakt auszuweichen. Mir scheint, dass ihm dieses Thema unangenehm ist. Diese phänomenologische Betrachtung behalte ich in dieser Situation noch für mich. Mein Eindruck ist, dass ein Benennen des Wegschauens zu diesem Zeitpunkt zu früh wäre. Theo an dieser Stelle schon zu konfrontieren, könnte den beginnenden Dialog lähmen. Mir ist zu diesem Zeitpunkt der therapeutische Auftrag auch noch nicht klar genug formuliert. Daher bespreche ich im weiteren Verlauf gemeinsam mit Theo und seiner Mutter die bestehenden Wünsche und Erwartungen an die Ergotherapie. Theo wirkt nun offener und zeigt Bereitschaft, sich mit mir an die Lösung der Probleme zu wagen. Er teilt mir mit, dass er gerne handwerkliche Arbeiten machen möchte. Da er jedoch noch keine Idee habe, verabrede ich mit ihm, in der nächsten Stunde einen Fragebogen mit ihm auszufüllen. Dabei handelt es sich um den Interessenbogen des MOHO.<sup>1</sup> Dieser kann uns helfen ergotherapeutische Maßnahmen zu planen, die der Erreichung der Ziele nach mehr Eigeninitiative und Kontaktfähigkeit näher kommen. Theos Mutter teilt mir zum Schluss nochmals mit, dass sie sehr überrascht sei, wie sie ihren Sohn heute erlebt habe.

Dieses Gespräch führte ich komplett vor dem Hintergrund des dialogischen Prinzips in Verbindung mit einer therapeutischen Grundhaltung, wie ich sie in der Gestalttherapie gelernt habe.

»Ich begeben mich auf die Ebene des unmittelbaren, persönlichen Kontakts, in dem die Subjektivität sowohl der KlientInnen als auch meine eigene zur entscheidenden Dimension werden« (Stammmler 1999, 137).

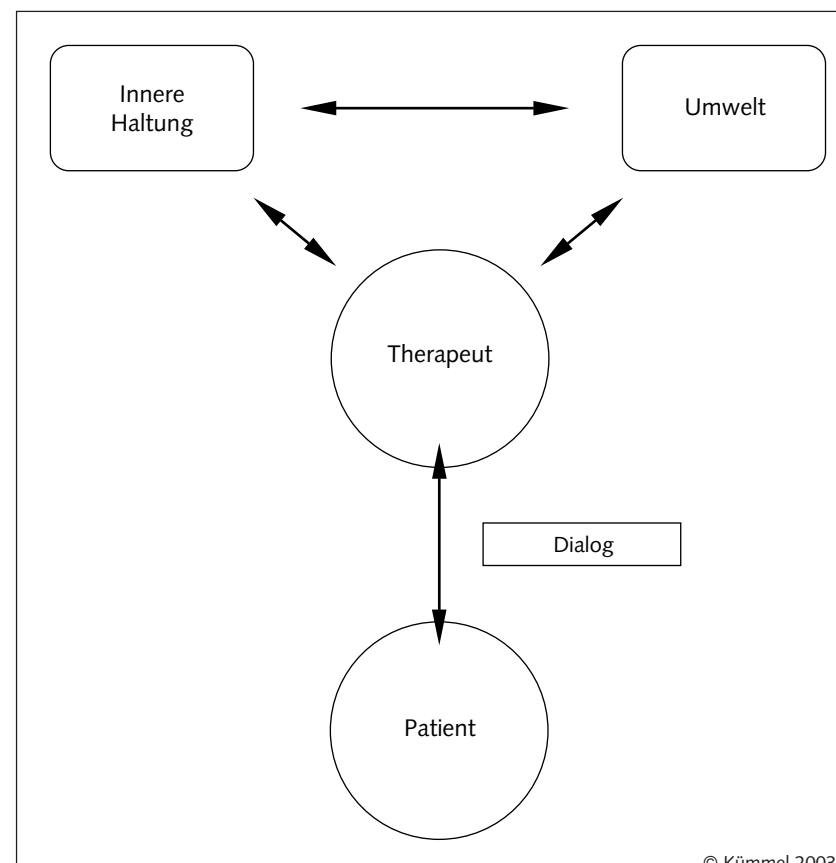
Dies beinhaltet meine Subjektivität und Menschlichkeit. Daran können Patienten wachsen. Diese ganze Haltung bezeichne ich als meinen therapeutischen Rahmen.

Lange habe ich gesucht, um eine geeignete Überschrift für dieses Kapitel zu finden. Mit kaum einer Bezeichnung war ich zufrieden. Letztendlich

habe ich mich für den Begriff des Rahmens entschieden: Zwar setzt ein Rahmen auch Grenzen, gibt aber für mich in erster Linie Orientierung. Und gerade das orientierende Moment ist mir in den folgenden Beschreibungen am wichtigsten.

Für mich hat die Integration des Gestaltansatzes in die ergotherapeutische Praxis hauptsächlich mit einer inneren Haltung zu tun. Diese innere Haltung bezieht sich nicht nur auf mein therapeutisches Verständnis, sondern auf mich als ganzen Menschen.

Für mich sehe ich das dialogische Prinzip als wesentlichen Inhalt des Gestaltansatzes. Diesen Aspekt finde ich so wichtig, dass ich ihm hier den entsprechenden Raum einräumen möchte.



© Kümmel 2003

Abb. 8: Therapeutische Haltung / Unsicherheit / Dialog

Im weiteren Verlauf des Kapitels beschreibe ich meine therapeutische Grundhaltung, die eng mit dem dialogischen Ansatz verknüpft ist. Meine Grundhaltung erlebe ich als Balance auf einem schmalen Grat, was »be- deutet, dass es für den Therapeut keine selbstverständliche Gewissheit gibt« (Hycner 1989, 56). Kaum etwas ist in der therapeutischen Arbeit mit Men- schen vorhersehbar. Daher widme ich diesem Punkt einen eigenen Bereich. Zum besseren Verständnis veranschauliche ich diese Gedanken in Abbil- dung 8.

Zur Erklärung beschreibe ich noch einmal die einzelnen Aspekte. Meine innere Haltung als Therapeut wirkt auf meine therapeutische Arbeit unmit- telbar. Diese Haltung wiederum schafft eine scheinbare Unsicherheit in meiner Arbeit. Ich kann mich nicht mehr an vorgegebenen Annahmen aus- richten.<sup>2</sup> Diese Unsicherheit und Ungewissheit ist allerdings nur eine vermeintliche, was ich im Kapitel 2.3 ausführlicher darstellen werde. Dadurch prägt sie wiederum meine therapeutische Haltung. Meine innere Haltung bestimmt in besonderem Maße den dialogischen Prozess mit meinen Pati- enten. Ein Dialog ist allerdings auch wieder rückbezüglich und wirkt sich daher erneut auf meine therapeutische Haltung aus.

»Das therapeutische Erstaunen geschieht in Momenten der lebendigen Ent- deckung, daß da ein eigen-artiger Mensch zur Therapie kommt. Wir treten zurück vor dem Patienten, davor daß er ›so‹ ist und ›dies und jenes so‹ erlebt. Das therapeutische Erstaunen hört auf die Person und ihren ›Prozeß‹, auf alles, was sich durch Worte, Stimme, Gebärden, Bilder und Körper zur Spra- che bringt. Es beachtet die Andersheit des anderen und läßt sich von ihm berühren. Das therapeutische Erstaunen hilft dem Patienten, bei sich selbst hinzuhören, wahrzunehmen, was bei ihm geschieht. Es beruht auf einer Hal- tung der Offenheit und ursprünglichen Naivität. Es vermeidet das ›Schonbe- scheidwissen‹ und die falsche (persönliche oder professionelle) Selbstsicher- heit und das instrumentelle ›Können‹, das den Patienten im Handumdrehen zum Objekt macht. Der zum Erstaunen bereite Therapeut ist überzeugt: Wirk- liches und wesentliches Sagen des Patienten bringt zur Sprache, was sich diesem zusagt. Der Patient, der dem Therapeuten sagt, was ihm einfällt, ist nicht weniger ein Hörer, als sein Zuhörer« (Pauls 1997, 51).

## 2.1 Dialogische Gestalttherapie – im Dialog mit Patienten

»Jede Form von Therapie lebt in größerem und geringerem Maße von der Begegnung zwischen Therapeutin und Klientin«, so beginnt der amerika- nische Philosoph und Psychologe Maurice Friedman (1987, 11) sein Buch

über den heilenden Dialog in der Psychotherapie. Weiter führt er aus, dass nur wenige Theorien die Begegnung als die zentrale Quelle der Heilung begriffen haben. Den Gestaltansatz zählt er zu diesen Theorien. Friedman macht deutlich, dass die ursprüngliche Gestalttherapie von Fritz Perls noch gar nicht so viel Wert auf den dialogischen Ansatz legte. Allerdings gab es bereits in den sechziger Jahren starke Strömungen, die den dialogischen Ansatz favorisierten. Als besonders herausragende Gestalttherapeutin in der Entwicklung dialogischer Prinzipien gilt Lore Perls.<sup>3</sup> Mittlerweile ent- wickelte sich der dialogische Ansatz zu einem bedeutenden Zweig inner- halb der Gestalttherapie.

»Und viele bezeichnen das Ich-und-Du und den Dialog und damit implizit das Heilen durch Begegnung als zentrales Element der Gestalttherapie« (Fried- man 1987, 139).

Die von mir beschriebenen Gestaltprinzipien (s.o. Kap. 1.) machen erst Sinn vor dem Hintergrund des Dialogs: Der therapeutische Dialog kann den Be- wusstseinsprozess fördern, die beobachteten Phänomene überprüfen und die Therapeut-Patient-Beziehung im Wechsel des Organismus/Umwelt-Fel- des erkennen. »Dialogisches Leben ist nicht eins, in dem man viel mit Men- schen zu tun hat, sondern eins, in dem mit den Menschen, mit denen man zu tun hat, wirklich zu tun hat« (Buber 1954, 167).

»In der Gestalttherapietheorie finden explizite Aussagen zur therapeuti- schen Beziehung vor allem unter Bezugnahme auf das Buber'sche Verständ- nis des Dialogs statt.« (Gremmler-Fuhr 1999, 395) Buber betont die Einzig- artigkeit des Menschen: Jeder Mensch unterscheidet sich vom nächsten, und von daher wird es notwendig, sich auf jeden Menschen neu einzulas- sen. Bubers Prinzip des Ich-und-Du<sup>4</sup> fußt auf der Prämisse, dass Beziehung auf Gegenseitigkeit beruht. Buber untermauert, wie wichtig es sei, den Patienten in seiner Einzigartigkeit wertzuschätzen. Heilung geschieht nach Buber durch Begegnung. Dafür muss ich mich als Person auf die Beziehung einlassen.

Berühmt geworden ist Bubers Satz: »Alles wirkliche Leben ist Begeg- nung« (1979, 23). Ich möchte an dieser Stelle nicht ausführlich Bubers Ausführungen beschreiben, sondern verweise auf die bereits vorhandenen umfangreichen Arbeiten.<sup>5</sup>

Während meiner Beschäftigung mit der vorliegenden Arbeit bin ich auch auf andere Quellen gestoßen. Verweisen möchte ich besonders auf das Buch von Richard Hycner (1989), der eine Definition des Dialogischen aus Sicht Bubers gibt und sich »auf die Schriften von Hans Trüb, der die grund-

legenden Probleme dialogischer Therapie besser als jeder andere Therapeut behandelt hat« (68), stützt. Außerhalb des gestalttherapeutischen Rahmens möchte ich auf das Werk von Jung/Petzenhauser/Tuckermann (2000) aufmerksam machen.

Dialogische Ansätze in der Begegnung Arzt bzw. medizinischer Helfer und Patient habe ich auch bei Welder-Enderlin (1999, 105ff.) gefunden. Die Autorin betont, dass »allein schon das sorgfältige Nachfragen, [...] verbunden mit einem ressourcenorientierten Menschenbild« (106) Mediziner und andere professionelle Helfer darin unterstützt, Patienten in deren Alltagsbewältigung sinnvoll zu begleiten. Welder-Enderlin rät ihren Kolleginnen und Kollegen aus dem medizinischen Fachbereich, »dass es für Experten langfristig zeit- und energiesparend ist, Patienten und Klienten zu Wort kommen zu lassen« (107). Bei Welder-Enderlin geht es noch nicht um eine dialogische Beziehung im gestalttherapeutischen Sinn, sondern lediglich um einfaches Zuhören. Manchmal bin ich doch sehr erschüttert, dass dieses einfache Kommunikationsmittel des Zuhörens gerade im medizinischen Bereich so wenig Beachtung findet.

In der einschlägigen Ergotherapie-Fachliteratur, besonders aus dem anglo-amerikanischen Raum, wird zwar verstärktes Augenmerk auf den klientenzentrierten Ansatz gelegt. Doch werden in der Ergotherapie und in den medizinischen Berufen insgesamt eher selten Aspekte des Dialogischen angesprochen. Patienten werden durchaus als ganzheitliches Wesen gesehen und deren Wünsche, Meinungen und Interessen haben durchaus eine Bedeutung. Was nicht beschrieben wird, ist die Art und Weise, wie der Austausch zwischen Therapeut und Patient stattfinden soll. Damit wird der dialogischen Therapeut-Patient-Beziehung als solcher wenig Beachtung geschenkt.<sup>6</sup>

Und doch wird nicht nur in der Psychotherapie, sondern auch in den Bereichen des Gesundheits- und Therapiesektors ein stärkerer Blick auf den Beziehungsaspekt zwischen Patient und Helfer gelegt. Meist wird in der Regel kritisiert, dass das Gespräch zwischen Helfendem und Patienten mangelhaft sei. So schreibt die Frankfurter Rundschau in einem Artikel am 17.7.01 im Untertitel: »Wie die Sprache von Medizinern Patienten verletzen und sogar in Todesangst versetzen kann.« Besonders wird dabei die unbedachte Wortwahl der Ärzte angesprochen. In diesem Beitrag wird für ein gemeinsames Besprechen der Heilungsmöglichkeiten mit den Patienten plädiert. Nichts anderes verstehe ich unter dem dialogischen Ansatz in der Gestalttherapie. Voraussetzung ist eine ehrliche und vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre und die Berücksichtigung der speziellen menschlichen und sozialen Situation des Patienten. Damit wird sowohl eine ganzheitliche als auch eine feldtheoretische Sicht gefordert.

Ich möchte in diesem Buch natürlich nicht die Situation der Ärzte beschreiben. Dies ist Aufgabe anderer Fachleute. Ich finde es wünschenswert, wenn in anderen medizinischen, therapeutischen und beraterischen Disziplinen vermehrt Ansätze dialogischen und klientenzentrierten Verhaltens in die Arbeit einfließen. Erstrebenswert für die Patienten wäre es auf alle Fälle.

Was kann ein dialogischer Ansatz nun für die Ergotherapie bedeuten? In den letzten Jahren beginnt eine Tendenz in der Ergotherapie vermehrt mit dialogischen und klientenzentrierten Haltungen zu arbeiten. Gerade ist die Übersetzung eines Werkes erschienen, das den Titel »klientenzentrierte Ergotherapie« trägt (Sumsion, 2002). Jedoch stehen immer noch Befunderhebung und Therapieplan im Vordergrund und unter der Prämisse des schulmedizinischen Denkens. Von daher sei mir der Vergleich mit den Ärzten erlaubt, auch wenn dieser wie bei allen Vergleichen üblich, hinkt.

Bevor ich zu Möglichkeiten der Umsetzung des dialogischen Ansatzes in die Ergotherapie komme, möchte ich einige wesentliche Aspekte der dialogischen Gestalttherapie benennen. Für intensiveres Studium empfehle ich den Aufsatz von Martina Gremmler-Fuhr im Handbuch der Gestalttherapie (1999b, 393ff.). Die Autorin beschreibt dort detailliert wesentliche Prinzipien aus der gestalttherapeutischen Literatur. Sie sichtet den Dschungel der Begrifflichkeiten und versucht eine Begriffsklärung gestalttherapeutischer Kriterien: Kontakt, Begegnung und Beziehung.<sup>7</sup> Wesentliche Kriterien des dialogischen Gestaltansatzes für die Ergotherapie sehe ich:

- im Respektieren und Achten des Patienten,
- in Empathie und Kongruenz,
- im (>liebvollen<) Konfrontieren,
- im Einlassen auf den Patient,
- in einer ganzheitlichen Sichtweise, d.h. den Patient in seiner Gesamtheit zu sehen und nicht in einzelnen Funktionen,
- im Zuhören und Nachfragen,
- im mich Versetzen in die Situation des Patienten,
- im wohlwollenden Gegenübertreten,
- im Kennzeichnen meiner Wahrnehmung und Sichtweise,
- im Vermeiden von Interpretationen,
- im Akzeptieren des Andersseins und der Unterschiedlichkeit des Patienten.

Im Gegensatz zu Gremmler-Fuhr diskutiert die Gestalttherapeutin Jacobs (1999) die Begrifflichkeiten in einer anderen Weise. Sie sieht Kontakt, Dia-

log, Bewusstheit als zusammengehörige Aspekte eines einzigen Ganzen. Den Dialog beschreibt sie als spezielle Form des Kontaktes.

Schmidt-Lellek (2001, 163) definiert sechs Kriterien für eine dialogische Haltung. Dazu gehört die Fähigkeit, überhaupt »dialogische Prozesse zu ermöglichen und zu unterstützen«. Als zweiten Punkt sieht er »vermeintliche Selbstverständlichkeiten und Sicherheiten zu hinterfragen«. <sup>8</sup> Weiter muss der Therapeut in der Lage sein, »Zusammenhänge zu erfassen oder herzustellen.« »Geduld, Ausdauer und Vertrauen in den Erkenntnisprozess des anderen (hier des Patienten) aufzubringen«, gilt als viertes Kriterium. »Den Patienten bei offensichtlichen Fehlentwicklungen oder in Krisensituationen zu konfrontieren und einzugreifen« ist der nächste Punkt. Und schlussendlich muss ich noch »der Versuchung von dogmatisch oder durch Konvention fixierten Sicherheiten widerstehen« (ebd., 163).

Yontef spricht von fünf Charakteristiken der dialogischen (bzw. »relationalen«) Therapeut-Patient-Beziehung (1999, 107f.). Er zählt dazu das Wahrnehmen von Vorgängen in mir als Therapeut sowie in meinem Gegenüber. Weiterhin gilt es, zum Patienten eine Beziehung aufzubauen: durch Zuhören, Wertschätzen, Verstehen und insbesondere durch das In-den-Dialog-Treten. <sup>9</sup>

Gremmler-Fuhr (1999, 398) macht deutlich, dass die Aussagen zu einer dialogischen Beziehung nicht ohne weiteres auf eine therapeutische Beziehung übertragen werden können. Letztere hat immer auch funktionale Aspekte einer professionellen Verbindung. Versuche ich, Patienten in den therapeutischen Prozess mit einzubeziehen, höre ich häufig als Antwort: »Sie sind doch der Fachmann, Sie müssen das doch wissen!« Der Patient kommt mit seinem Leiden, sucht Rat und erwartet von mir zuerst auch eine Antwort. In der Praxis ist dann Fingerspitzengefühl nötig, um mit dem Patienten gemeinsam einen Weg zu finden. Zu Beginn muss ich ihn allerdings »bedienen«.

Zudem garantiert eine dialogische Haltung nicht, dass ein Dialog auch zustande kommt. Diese Situation können viele Ergotherapeuten gerade in der Psychiatrie und der Geriatrie erleben. Der Patient muss einem Dialog zustimmen. Die Unterschiedlichkeit der Menschen ist zu berücksichtigen.

»Eine dialogische Grundhaltung entbindet uns bei aller Akzeptanz des anderen nicht, Position zu beziehen und nach bestem Wissen und Gewissen Verantwortung und Mitverantwortung zu übernehmen. Wie dies in einer dialogischen Grundhaltung seinen Ausdruck finden kann, ist die große Herausforderung: einerseits Akzeptanz und Bestätigung für die Person und ihre Situation deutlich werden zu lassen [...] und sie trotzdem damit konfrontieren zu können und zu müssen, dass sie sich beispielsweise etwas vormacht, unver-

antwortlich handelt oder sich selbst schädigt etc.« (Gremmler-Fuhr; in: Fuhr u.a. 1999, 407f.).

Die dialogische Haltung allein reicht nicht aus: Fachliches Wissen, die Kenntnis von therapeutischer Methodik und die Kompetenz in der therapeutischen Planung sind notwendig, um zu einer therapeutischen Effektivität zu gelangen. Ergotherapeuten müssen über umfangreiches professionelle Wissen verfügen; dieses Wissen kommt aus der Perspektive des Gestaltansatzes erst in der dialogischen therapeutischen Beziehung zur Wirkung. Um das Wissen adäquat anwenden zu können, benötige ich als Therapeut Gespür für die spezielle Situation meines Patienten. Wo befindet sich der Patient gerade in seinem Leben und was ist für ihn in der momentanen Situation bedeutsam? Um den ganzen Bereich der dialogischen Therapie zu erfassen, möchte ich noch einmal betonen, dass zwischen mir als Therapeut und meinem Patienten grundsätzlich ein hierarchisches Ungleichgewicht besteht. Der Patient kommt zu mir in die Behandlung, weil er sich von mir als Experten eine Heilung erhofft. Gremmler-Fuhr (ebd., 412) differenziert diesen Aspekt in eine funktionale und eine personale Dimension. Sie beschreibt die unterschiedlichen Rollen und Funktionen von Therapeut und Klient/Patient. Durch diese ergibt sich eine notwendige Asymmetrie, die die dialogische Haltung aber nicht ausschließt, sondern sie aus meiner Erfahrung eher transparenter macht. Denn die personale Dimension, so Gremmler-Fuhr weiter, gründet sich auf den gegenseitigen Respekt für Einzigartigkeit und Andersartigkeit des anderen und ist damit symmetrisch.

Diesem letzten Aspekt möchte ich aus ergotherapeutischer Perspektive noch einige Anmerkungen hinzufügen.

Zur funktionalen Dimension zähle ich die ergotherapeutischen Behandlungsmethoden. Diese beinhalten bereits die Begriffe: motorisch-funktionell, psychisch-funktionell. In der zuletzt genannten Methode ist die personale Dimension schon enthalten. Selbst im Glossar der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wird die psychisch-funktionelle Behandlung der Ergotherapie als Maßnahme gesehen, die handlungsorientierte Techniken einsetzt, um Selbstversorgung, Realitätsbezogenheit und Beziehungsfähigkeit zu verbessern. Ohne die personale Dimension reduziert sich eine rein funktionale Therapie jedoch auf die Anwendung der Techniken. Will ich Beziehungsfähigkeit beim Patienten verbessern, muss ich in einen Dialog mit ihm treten. Dabei erlebe ich eine veränderte Konstellation, wenn ich loslasse »von der vermeintlichen Gewissheit des Fachwissens« und mich öffne für das, was mir »in der jeweiligen dialogischen Situation begegnet« (Schmidt-Lellek 2001, 166). Die Schwierigkeit sehe ich in der Integration

meiner professionellen Rolle als Therapeut und meinem ›Mensch-Sein‹, somit in der Integration von funktionaler und personaler Dimension.

Ergotherapeuten fragen mich häufig, wie sie mit schwer erkrankten Patienten in Geriatrie und Psychiatrie in einen dialogischen Prozess treten können. Das Kernproblem entsteht vor allem dann, wenn der Patient nicht in einen Dialog treten kann. Schmidt-Lellek hat eine mögliche Antwort gefunden:

»Ein wesentliches Kriterium dafür ist zunächst die Zuverlässigkeit der dialogischen Beziehung; dazu kann es unter Umständen auch gehören, jemandem kräftig ›auf die Füße zu treten‹ oder ›ihn an die Hand zu nehmen‹, statt ihn hilflos in seinem Sumpfe hängen zu lassen« (2001, 164).

Wohlvollende, liebevolle Konfrontation ist dann nötig, wenn ich den Eindruck habe, der Patient kommt nicht weiter, kommt nicht an seine Grenzen.

Das Entscheidende an der dialogischen Haltung ist, dass ich nicht auf ein bestimmtes Ziel hinarbeite. Dialogische Haltung verlangt vom Therapeuten eine annehmende Haltung sowie das Loslassen von Absichten der Förderung und Veränderung des Patienten. »Doch etwas bezwecken ist nicht dialogisch« (Yontef 1999, 60). »Wenn jemand einen Stil pflegt, der mir nicht gefällt, kann ich trotzdem diesen Menschen akzeptieren« (ebd., 61). Das erfordert existentielles Vertrauen, besonders in die Ressourcen des Organismus/Umwelt-Feldes.

Ein sicheres Selbstgefühl und eine klare Trennung von ›Ich‹ und ›Du‹ halte ich für wichtige Bedingungen für eine gelingende Begegnung. Dabei ist es hilfreich sich eigener Projektionen und Konfluenzen<sup>10</sup> bewusst zu werden. Eigene Geschichten, die durchaus in der therapeutischen Begegnung auftreten, stelle ich nebenan und bearbeite sie dann in der Supervision. Auch tritt häufig das Phänomen der Verschmelzung mit einem Patienten ein. Dies kann z.B. aus Mitleid sein. Ich unterscheide hier zwischen Mitleid und Mitgefühl, denn ich kann durchaus Mitgefühl für die Situation eines Patienten haben, ohne damit handlungsunfähig zu werden. Eine gleiche Ebene zwischen mir als Therapeut und dem Patienten existiert nicht. Die Unterschiede zwischen uns mache ich deutlich.

Meistens vergehen die ersten Behandlungsminuten oder sogar -stunden, um mich auf den Patienten einzuschwingen. Wir müssen uns beide, der Patient und ich, aneinander gewöhnen. Als Therapeut bin ich präsent und authentisch. Durch meine dialogische Haltung Sorge ich dafür, dass weder mein eigenes Ich noch das Ich des Patienten verloren gehen.

»Häufig ist gerade die Beschäftigung mit einem äußeren Gegenstand die im gegebenen Augenblick wahrhaftigste Form des Dialogs, denn der Dialog hat – wie Bewußtheit – seine Grundlage in dem vorrangigen Interesse der Person zum jeweiligen Zeitpunkt« (Jacobs 1999, 107).

In diesem Zitat sehe ich einen deutlichen Zusammenhang der beiden Therapieformen. Zwar gilt diese Aussage für gestalttherapeutische Experimente, lässt sich aber aus meiner Erfahrung auf den großen Pool der ergotherapeutischen Methodik wunderbar übertragen. Mit welchem äußeren Gegenstand sich ein Patient beschäftigen möchte, ergibt sich aus dem Dialog. Die Wünsche und Bedürfnisse des Patienten sind dabei wichtig.

*Einmal kam eine Patientin zu mir, deren erster Satz lautete: »Bloß nicht Körbchen flechten! Aber Speckstein habe ich noch nicht gemacht.« Wir hatten kaum ein Wort miteinander geredet, nicht mehr gesagt, als uns mit Namen vorzustellen.*

*Meine Antwort war: »Ah, Sie haben Ergotherapie wohl schon kennen gelernt!« Damit bot ich ihr den Dialog an, gab ihr zu verstehen, dass ich ihr Anliegen gehört habe und zeigte meine Neugier. Daraufhin erzählte sie mir ganz genau von ihrer Erkrankung, ihren Klinikaufenthalten und ihren Erfahrungen mit Ergotherapie. Eine exaktere Anamnese konnte ich kaum bekommen. Jetzt konnte ich mit der Patientin im Dialog besprechen, wie ein therapeutischer Weg bei ihr aussehen kann und wie wir eine Speckstein-Arbeit darin einbeziehen können.*

»Dialog ist das, was entsteht, wenn du und ich zusammen kommen und auf authentische Weise in Kontakt treten. Dialog ist nicht DU plus Ich, sondern entsteht in der Interaktion. Ein Dialog mag stattfinden, wenn beide Partner einander präsent werden. Ein Dialog kann sich nur dann ereignen, wenn das Ergebnis von keinem der Beteiligten kontrolliert oder dominiert wird« (Yontef 1999, 60).

Der Patient sagt mir wie ich ihn zu behandeln habe. Der Patient zeigt mir den Weg und ich folge ihm. Ich habe gelernt, dass diese Haltung grundlegend für die Gestalttherapie ist. Lange habe ich gebraucht, um die wirkliche Bedeutung dieses Satzes zu erfassen. Viele Kolleginnen und Kollegen werden denken, dass sie nicht das machen können, was Patienten sagen, und ganz so undifferenziert ist das natürlich nicht gemeint: Ich sehe es eher als Einbezug der Patientenwünsche in die therapeutische Arbeit.

Anhand eines Beispiels möchte ich das darstellen. Ich komme das erste Mal zu einer Patientin nach Hause. Die Frau hat vor einem halben Jahr einen Schlaganfall erlitten und sitzt seitdem im Rollstuhl. Kaum bin ich zur Tür herein, spricht sie mich an: »Sie machen jetzt, dass ich wieder laufen kann.« Der Wunsch der Patientin steht deutlich im Vordergrund. Auf Grund meiner Erfahrung weiß ich, wie schwer, wenn nicht gar unmöglich es ist, mit ergotherapeutischen Methoden das Laufen nach einem Schlaganfall wieder zu erlernen. Viele andere Tätigkeiten müssen vorher funktionieren, wie das Aufstehen, die Rumpfkontrolle und die Kontrolle über den betroffenen Arm. In dieser Situation ist es ein Leichtes, der Patientin diese Gedanken und Erfahrungen mitzuteilen. Sie ist dann wahrscheinlich ausgesprochen frustriert und weniger motiviert. Statt dessen gebe ich ihr zur Antwort: »Ich habe deutlich Ihren Wunsch gehört, dass Sie wieder laufen möchten. Ich weiß, dass dies ein schwerer Weg wird. Und ich werde mein bestmögliches tun, um mit Ihnen gemeinsam diesen Weg zu gehen.« Mit dieser Antwort habe ich sowohl ihre Sicht akzeptiert, habe sie nicht in ihrer Haltung ändern wollen und bin in einen Dialog getreten. Nur durch ein Arbeitsbündnis können wir den schweren Weg vielleicht schaffen. Dadurch appelliere ich an die Eigenverantwortlichkeit der Patientin.

Ich habe in der Gestalttherapie gelernt, dass ich nicht alles mitmachen muss. Wichtig ist, dass ich den Patienten ernst nehme. Und gleichzeitig dort, wo ich anderer Meinung bin, ihm diese andere Sicht in einer wertschätzenden Art mitteile. Als Therapeut stelle ich dem Patienten die Medien und das Material zur Verfügung. Was er letztendlich damit macht, muss ich ihm überlassen. Die Verantwortung bleibt beim Patienten, ich interveniere in notwendigen Situationen und gebe Hilfestellung und Unterstützung. Das Tempo bestimmt allerdings der Patient.

Um mit dem Patienten gemeinsam zu einem Ergebnis zu kommen, helfen mir in der ergotherapeutischen Arbeit neben der Gestalttherapie die Instrumente und Theorien des amerikanischen Model of Human Occupation (MOHO).<sup>11</sup> Ich kann z.B. mit Hilfe des MOHO-Assessment Informationen für einen ergotherapeutischen Befund bezüglich der Interessen, Wünsche, Bedürfnisse und Gewohnheiten des Patienten bekommen.

»Wichtig ist [...] allerdings, daß die Therapeutin bei der Auswahl der therapeutischen Methoden und Mittel stets die Interessen und Gewohnheiten des Patienten miteinbezieht. Eine Tätigkeit, Aufgabe, die für den Patienten keinen Sinn hat, motiviert ihn nicht« (Jurkowitsch 1999, 49).

Die Wahl meiner ergotherapeutischen Methode treffe ich immer in Abstimmung mit dem Patienten. Dabei nutze ich natürlich die Techniken und Methoden, in denen ich mich sicher fühle, die ich wirklich anwenden kann. Auf der anderen Seite probiere ich Neues aus und wage etwas. Und vor allem bleibe ich dabei im dialogischen Prozess mit dem Patienten. »Das gemeinsame Zentrum des therapeutischen Prozesses – der tragende Grund – ist das existentielle Miteinander-Sein« (Pauls 1997, 46). Die therapeutische Arbeit strukturiere ich so, dass sie in einer Offenheit stattfinden kann und gemeinsames Handeln möglich macht.<sup>12</sup>

Die ergotherapeutische Befundung schließlich definiert Ziele und Behandlungsmaßnahmen. Diese werden wiederum im Dialog mit dem Patienten hergeleitet. Die Wahrnehmung des Patienten und die Wahrnehmung des Therapeuten werden in der Behandlung im Dialog entwickelt. Dadurch entsteht ein ständiger Prozess gegenseitigen Wachsens, womit Neues entstehen und gelernt werden kann.<sup>13</sup>

Behandlungsziele und -maßnahmen teile ich dem Patienten mit. Ich mache ihm damit deutlich, was ich denke, wie wir gemeinsam zur Erreichung der Therapieziele kommen. Ich erkläre dem Patienten, was seine Schritte dafür sein können und was mein Beitrag ist. Selbstverständlich frage ich den Patienten, wie seine Vorstellung des Mitarbeitens aussieht. Damit stelle ich ein Arbeitsbündnis zwischen uns her.

Nochmals zum Fall Theo: In der zweiten Behandlungsstunde besprach ich mit ihm den Interessenfragebogen des Modells MOHO. Dieser Fragebogen führte dazu, dass wir viel miteinander redeten und lachten. Ich ließ Theo Zeit, drängte ihn nicht, irgend etwas zu tun. Theos Interessen wurden im Dialog deutlich: Er hört gern Radio, liest gern und macht gern kleinere handwerkliche Arbeiten. Als Ergotherapeut sehe ich meine Aufgabe in erster Linie darin, die Therapie-Mittel und die ergotherapeutischen Übungen zur Verfügung zu stellen. Das ist mein Handwerkszeug und damit mein wichtigster Beitrag. Der Patient geht davon aus, dass ich in diesem Punkt der Fachmann bin. In der Umsetzung für den Heilungsprozess allerdings ist der Patient der Fachmann bzw. die Fachfrau. Vor diesem Hintergrund schlug ich Theo vor, ein kleines Radio zu bauen, wofür es einen Bausatz gibt.

Therapiestunden beende ich im Dialog mit dem Patienten. Ich stelle mir die Frage, was ich therapeutisch gemacht und erreicht habe, um dem Patienten bestmöglich zu helfen. Dennoch bin ich der Ansicht, dass der Patient mir dies am ehesten mitteilen kann. Daher gehört eine gemeinsame Auswertung zu jeder Therapiestunde.

Die gestalttherapeutische Kunst liegt darin, in beiden Vorstellungen zu einer Synthese zu kommen. Dies geschieht im Dialog. Dann können wir den größtmöglichen Therapieerfolg erreichen.

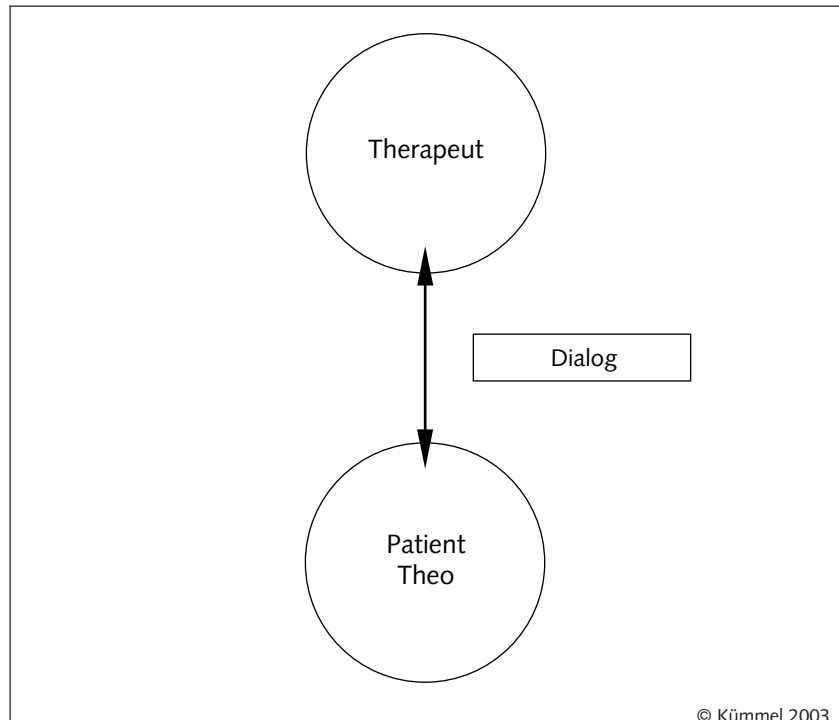


Abb. 9: Dialog Patient Theo

Dazu schreibt Jacobs:

»Wenn der Therapeut sich in die Welt des Klienten versetzt, wird er sich viel mehr auf das Dilemma des Klienten zwischen seinen Bedürfnissen und seinen Ängsten beziehen als dessen äußeres Verhalten zu konfrontieren« (1999, 104).

Absolute Voraussetzung für den Eintritt in einen Dialog ist die Präsenz des Therapeuten.

»Sowohl die dialogische Philosophie, als auch die Gestalttherapie halten es für wesentlich, dass der Therapeut in der therapeutischen Situation so umfassend präsent wie möglich ist« (Yontef 1999, 74).

Die Ich-Du-Beziehung und der Ansatz der dialogischen Therapie als Haltung und Orientierung in meiner Arbeit geht für mich hin bis zum Paradigmenwechsel.

»Einen solchen Ansatz ernstzunehmen heißt, die eigenen ichbezogenen Bedürfnisse und Absichten zumindest vorübergehend beiseitezulegen (einschließlich auch der wohlmeinenden Absicht zu ›heilen‹), sich in den Dienst des Dialogs zwischen zweien zu stellen und infolgedessen auf die tiefsten und dennoch oft gerade verborgensten Bedürfnisse des/der anderen zu achten« (Hy-cner 1999, 78).

Die dialogische Haltung der Gestalttherapie kann dem Burnout entgegen wirken. Sie kann mich als Therapeut unterstützen, lebendig zu bleiben, was dann auch unmittelbare Auswirkungen auf meine Patienten hat.

»Nun wäre es aber wohl ein Missverständnis, Psychotherapie [und jede andere Therapieform auch; *Anm. Kümmel*] wäre nur dann als gut und gelungen anzusehen, wenn es darin eine reine Ich-Du-Beziehung gäbe, mit der z.B. eine völlige Wechselseitigkeit (Mutualität) zwischen Therapeut und Patient möglich wäre [...] Vielleicht kann eine dialogische Gegenseitigkeit am Ende einer gelungenen Therapie möglich sein. Aber schon die Haltung, dies als ›Ziel‹ von Therapie anzustreben, würde der Struktur des Urwortes ›Ich-Es‹ [nach Martin Buber; *Anm. Kümmel*] entsprechen, indem dem Geschehen ein Zweck aufgestülpt würde ... Das heißt, ich kann eine dialogische Beziehung nicht herstellen; was ich tun kann, ist nur, den Boden für ein solches Widerfahrnis zu bereiten, mich für andere Menschen und die Welt zu öffnen« (Schmidt-Lellek 2001, 153).

»Den Patienten respektieren heißt auch wahrzunehmen, zu welchen Selbststützen er fähig ist. Der Therapeut sollte die Erwartungen des Patienten an die Therapie kennen, seine Erfahrungen mit Therapie, seinen psychischen Status, die Kohäsion seiner Identität, seine Intelligenz usw.« (Yontef 1999, 50).<sup>14</sup>

Der Psychotherapeut und Schriftsteller Yalom erzählt in seinem Roman *Die rote Couch* mit einer bestechenden Frische die Geschichte des Psychotherapeuten Ernest Lash, der es sich zur Aufgabe gemacht hat, in der Therapie authentisch zu sein und sich als Mensch einzubringen:

»Ernests noch in der Entwicklung begriffenes Verfahren verlangte, daß er Patienten gegenüber mehr von sich selbst enthüllte, daß er und der Patient sich auf ihre reale Beziehung konzentrierten – auf das Wir in der therapeutischen Praxis« (1998, 291).

»Nun, ich betrachte Sie als einzigartig. Und Ihre Lebenssituation ist einzigartig. Und diese Begegnung zwischen Ihnen und mir ist einzigartig« (297).

Diese einzigartige Begegnung zwischen zwei Menschen prägt das dialogische Prinzip der Gestalttherapie. Dieser Ansatz hat viel mit einer Haltung zu tun und ist weniger als Technik zu verstehen.

## 2.2 Therapeutische Haltung

Vom Therapeuten wird nicht nur erwartet, dass er in eine dialogische Beziehung zum Patienten tritt, sondern für den Therapeuten geht es auch darum, die eigene ›Mitte‹ zu finden: Dieses Finden der eigenen Mitte ermöglicht aus meiner Sicht die Erarbeitung einer therapeutischen Grundhaltung<sup>15</sup> und gehört damit für mich zu einem der wichtigsten Aspekte in der Arbeit mit Menschen. »Eine ›Grundhaltung‹ ist aber etwas, das man sich nicht durch ein Aneignen von Wissensstoff erwerben kann, sondern das in kontinuierlicher Selbstreflexion des eigenen Tuns und Erlebens in professionellen und nicht-professionellen Bezügen entsteht und das im Alltag auch wieder verloren gehen kann« (Schmidt-Lellek 2001, 143f.).

Mein Menschenbild, meine eigene Auseinandersetzung mit mir selbst und mein grundlegender Umgang mit Anderen beeinflusst in hohem Maße die therapeutische Arbeit. In der Ergotherapie habe ich es mit kranken, behinderten, gehandikapteten Menschen zu tun. Ich sehe viel Leid. Die Arbeit als Ergotherapeut bedeutet, »das eigene Arbeitsleben in der Nähe von Erfahrungen mit Trauer, Wut, Schmerz, Zerwürfnis und Ohnmacht anzusiedeln« (Fengler 1998, 33). Manchmal können wir uns in der Ergotherapie auf das motorisch-funktionelle Handwerkszeug zurückziehen, häufig jedoch beschäftigen uns Patienten über die Arbeit hinaus. »Denn das Leiden des Klienten läßt uns nicht unberührt. Es mag in uns vergleichbare Erfahrungen und ähnliche Gefühle wach werden lassen« (ebd., 33) und erschwert uns gelegentlich die Arbeit. Wir kommen an unsere Grenzen, wissen nicht mehr weiter. Unzufriedenheit, Ausgebranntsein und Gereiztheit sind die Folge, wir schleppen Erlebnisse und Gefühle mit nach Hause und uns fehlen die Ideen, damit umzugehen.

Auch ich war lange an einem ähnlichen Punkt. Während meiner Berufsjahre in der Psychiatrie erfuhr ich häufig die Grenze. Später wurde mir klar, dass ich noch eine zusätzliche Qualifikation wollte. Eine Qualifikation, die sowohl anwendbar und verknüpfbar mit der Ergotherapie als auch als eigenständiger Beruf möglich sein sollte. So bin ich dann an die Gestaltthera-

pie geraten. Seitdem ist viel Zeit vergangen und ich erlebe immer noch Mit-Leiden, spüre Gefühle von Wut und Trauer in der Arbeit mit den Patienten. Aber ich habe gelernt, gelassener damit umzugehen. Kenne meine eigenen dunklen Stellen, weiß von den Punkten, die mir Schwierigkeiten bereiten.

Da ich die Gestalttherapie als Prozessmodell<sup>16</sup> erfahren habe, weiß ich von einer lebenslangen Aufgabe als therapeutisch tätiger Mensch. Dies erlebe ich nicht als Bürde, sondern als Gewinn. In dieser gestalttherapeutischen Haltung sehe ich für mich die wesentliche Basis für meine Arbeit, wobei es mir nicht um ein Patentrezept geht.

»Diese Haltung besteht darin, daß er [der Therapeut; *Anm. Kümme!*] [...] an den Klienten keinen äußeren Maßstab anlegt. Der Erfolg der ›Heilung‹ wird in der Gestalttherapie nicht daran gemessen, ob es gelingt, den Klienten an einen derartigen Maßstab anzugleichen, sondern ob er den Platz in seiner Umwelt findet, der ihm selbst angemessen erscheint« (Doubrawa/Blankertz 2000, 18).

Diese Haltung bedeutet für mich als Ergotherapeut, dass ich meinen Patienten keine Maßstäbe aufdrücke und bedeutet, dass ich nicht für sie denke und ihnen bereits fertige Lösungen anbiete; bedeutet auch, dass ich mich nicht über andere Menschen erhebe und meiner Sicht der Dinge mehr Gültigkeit gegenüber anderen Sichtweisen gebe.

Ich versuche ihm klarzumachen, dass meine Sichtweise zu seiner Entwicklung beitragen kann. Die Betonung liegt dabei auf ›kann‹.

»In unseren Augen ähnelt der Therapeut dem, was der Chemiker einen Katalysator nennt [...] Seine [des Therapeuten; *Anm. Kümme!*] Funktion ist es, einen Prozeß in Gang zu setzen. Es gibt nun einige Prozesse, die, einmal in Gang gesetzt, sich selbst erhalten [...] Dies ist, wie wir meinen, der Fall in der Therapie. Was der Arzt in Bewegung bringt, setzt der Patient selbstständig fort« (Perls/Hefferline/Goodman 1979a, 33).

Auch in der Ergotherapie setzen wir in Gang und bringen Prozesse in Bewegung, der Weg geht vom ›Behandeln zum Handeln‹.<sup>17</sup> »Therapeut sein heißt sich als Person erreichbar machen, verfügbar sein, Kontakt anbieten« (Staemmler/Bock 1991, 171). Aus meiner Sicht heißt das, präsent zu sein, dem Patienten zur Verfügung zu stehen, für dessen Probleme offen zu sein. Heißt vor allem, die Wünsche und Bedürfnisse des Patienten ernst nehmen und ihm zuhören. Vor diesem Hintergrund sehe ich die Schwierigkeiten des Patienten, schaue dann gemeinsam mit ihm nach Lösungen und

forsche mit dem Patienten nach Gründen für seine Schwierigkeiten, Unlust, Demotivation usw.<sup>18</sup>

Ich bestimme zusammen mit dem Patienten die Behandlungsziele und lege dabei den Fokus auf die Bedürfnisse sowie den Willen des Patienten. Willensbekundungen treten in den Vordergrund, werden Figur und zeigen sich vielleicht in kleinen Anzeichen. Diese erkennen, wahrnehmen, dem Patienten rückmelden, um darauf weiter aufbauen zu können, sehe ich als meine Aufgabe in der Therapie.

Der Wille ist ein entscheidendes Merkmal für die therapeutische Arbeit. Ist der Patient in der Therapie engagiert und motiviert, fällt mir vieles leichter; ist er es nicht, denke ich vielleicht schon Stunden vorher mit Unlust an die Behandlung. »Der Wille repräsentiert den Sinn unseres Daseins als Agierende in der Welt. Er motiviert uns, Beschäftigungen zu wählen« (Jurkowsch 1999, 22). Gestalttherapeutische Haltung unterstützt mich mit diesen Situationen umzugehen. Dazu gehört in erster Linie, den Patienten so zu akzeptieren, wie er ist: Gestalttherapeutische Haltung drückt sich für mich in erster Linie durch Zuwendung zum Patienten aus.

Ganz wichtig finde ich, dass ich als Therapeut dem Patient in einem Dialog meine Beobachtungen mitteile. Dabei ist die Sprache, die ich benutze von großer Bedeutung, damit der Patient sich anerkannt fühlen kann.

»Im klinischen Bereich geht es vor allem darum, eine Sprache zu benutzen, die der Patient versteht. Die Sprache muß so beschaffen sein, daß sie auf der Basis von Empathie, Verständnis, Respekt und Fürsorglichkeit die therapeutische Beziehung fördert« (Yontef 1999, 149).

Im Folgenden stellt Yontef ein Beispiel dar, das ich in die Sprache der Ergotherapie übersetzt habe. Die Aussage: »Du hast eine mangelnde Körperhaltung« (ebd., 149) ist keine Formulierung aus gestalttherapeutischer Haltung. Der Satz vermittelt den Eindruck, dass eine Körperhaltung vom Individuum »besessen« wird.

»Obwohl dieser Satz leicht verständlich ist und deshalb nützlich sein mag, klingt er doch auch anklagend und beleidigend. Der Therapeut, der diesen Satz sagt, zeigt damit, daß er weder in feldtheoretischen noch in dialogischen Kategorien denkt. Denn dieser Satz unterstellt [...], daß die Schwierigkeit einzig beim Patienten zu suchen ist, und nicht in der Beziehung zwischen Patient und Therapeut« (ebd., 149).

Durch die Begegnung zwischen dem Patienten und mir, dem Therapeuten, entsteht aus gestalttherapeutischer Sicht etwas »Neues«. Das Ganze ist mehr

als die Summe der Einzelteile. In diesem Bereich kann ich dann Antworten finden, die m.E. aus gestalttherapeutischer Perspektive den Wirkfaktor der therapeutischen Beziehung ausmachen.

Diese Merkmale lassen sich selbstverständlich schwer messen. Auch lässt sich aus streng wissenschaftlicher Sicht kaum eine »Evaluation der therapeutischen Haltung« erstellen.

Zu Kriterien einer gestalttherapeutischen Haltung gehören für mich:

- das Schöpfen aus der eigenen Wahrnehmung als Therapeut,
- als Therapeut abzuwarten und nicht gleich etwas zu tun,
- nichts »besser zu wissen«,
- sich dienend zur Verfügung stellen.

»Viele Patienten spüren nichts, können doch gar nicht über ihre Gefühle reden«, erwidert mir eine Teilnehmerin eines Gestalt-Seminars. Besonders Beschäftigte in der Psychiatrie erzählen von solchen Begegnungen. Diese Situationen fordern mich als Therapeut besonders heraus, und die Versuchung ist groß, für den Patienten etwas zu tun, ihn ermuntern oder motivieren zu wollen. Dann besteht die Gefahr in eine Haltung zu kommen, als wäre ich der bessere Mensch, eben »der Therapeut«, der für den Patienten denkt und handelt. Auf diese Weise nehme ich den Patienten nicht ernst. Er ist nicht umsonst so wie er ist, z.B. lustlos, motivationslos, gefühllos. Sicher gibt es Gründe, weshalb der Patient dieses Verhalten zeigt. Aus gestalttherapeutischer Perspektive ist es nicht wichtig, bis in das letzte Teil zu erforschen, warum der Patient sich auf diese oder jene Weise verhält. In meiner Haltung reicht es zu wissen, dass es Gründe für dieses Verhalten gibt. Und mit diesem Hintergrund begegne ich dem Patienten. Mir fällt es dann deutlich leichter ihn zu achten und zu würdigen sowie neugierig und interessiert auf seine Antworten, Reaktionen, Verhaltensweisen zu sein. Und aus dieser Haltung biete ich dem Patienten meine eigene Wahrnehmung, mein Erleben an. Gerade bei psychiatrischen Patienten erscheint mir dies als wirksame Hilfe. Die Patienten erlebe ich dann häufig überrascht und erstaut.

Ich muss nicht irgend etwas »machen«. Dieses »Machen« erfahre ich als ein Problem, denn es blockiert meine innere Haltung. Vor allem dann, wenn ich versuche, dem Patienten eine Technik, Übung oder ein Handwerk aufzudrücken.<sup>19</sup> Statt dessen verlangsame ich den Prozess, schaue zuerst auf meine körperlichen Empfindungen, meine Fantasien und inneren Bilder sowie meine Gefühle während der Arbeit. Dann stelle ich einen Zusammenhang von meiner Wahrnehmung zur therapeutischen Intervention her,

z.B.: ›Ich spüre Müdigkeit in mir, bin mir noch unsicher, was dies zu bedeuten hat. Ich habe heute nacht ausreichend geschlafen, daran kann es nicht liegen.

*Herr Joch erzählt viele Geschichten in der Therapie und möchte selten etwas tun. Seine Erzählungen langweilen und ermüden mich gelegentlich. Mehr beiläufig erzählt er, was ihn interessiert. Plötzlich bin ich wach und halte inne: »Moment, Herr Joch, was hatten Sie gerade gesagt?« Ich greife phänomenologische Momente auf und lasse sie in die Therapie einfließen. Aus meiner Erfahrung komme ich nur weiter, wenn ich akzeptiere, was ist. Diese Haltung gilt sowohl dem Patienten als auch mir gegenüber. Ich würdige auch das, was ist, wenn es scheinbar ›negativ‹ ist. Und doch schlage ich dem Patienten manchmal ein kleines Experiment vor. Herr Joch spricht während der ergotherapeutischen Übung erneut viel. Ich schlage ihm vor: »Hören Sie einen Moment zu reden auf und schauen einmal, was dann passiert.«*

Die therapeutische Grundhaltung führt aus meiner Sicht erst zu einer dialogischen Haltung. Als Voraussetzungen dafür halte ich besonders die eigene Präsenz und Persönlichkeit des Therapeuten für wichtig. Aus meiner Haltung heraus versuche ich nicht Anerkennung aus der Bestätigung von außen zu bekommen. Eine Bestätigung durch den Patienten ist eine Falle für den Therapeuten. Yontef weist darauf hin,

»daß der therapeutische Prozeß vom Therapeuten ein hohes Maß an innerer Stabilität verlangt. Der Therapeut muß das Gefühl von Bestätigung durch die Menschen seiner Umgebung bekommen und auch sich selbst akzeptieren. Er muß hinsichtlich seines Wunsches nach Bestätigung unabhängig vom Verlauf der Therapie und von den Launen seiner Klienten sein, obwohl in der Therapie auch für ihn bisweilen Bestätigung stattfinden kann« (1999, 71).

Fengler (1998, 205) schreibt dazu, dass es hilfreich sei, die Anerkennung im eigenen Inneren zu finden und sein therapeutisches Handeln als geliebte Gabe zu sehen und dieses dem Patienten zur Verfügung zu stellen. Die Bestätigung des Therapeuten erwächst durch die Erfüllung seiner eigenen Arbeit, d.h. es kann nur aus ihm selbst heraus geschehen. Dies erreiche ich durch mein aktives Engagement für den Patienten.

Fengler (1998, 199) meint, dass alles Unerledigte Kraft bindet, und fordert auf, Unerledigtes zu erledigen. Dies kann ein Beitrag zur Psychohygiene sein. Dabei lehnt er sich an die Gestalttherapie an und hinterfragt Sätze

wie ›Ich sollte‹ und ›Du solltest‹. Dies sind wichtige Kriterien für jede helfende Tätigkeit und eben auch für die Ergotherapie.

Die Persönlichkeit des Therapeuten hat aus meiner Sicht eine zentrale Bedeutung für die Behandlungsziele in der therapeutischen Arbeit. Dies gilt besonders in der Art und Weise, wie ich ergotherapeutische Methoden dem Patienten nahe bringe. Sinnvollerweise besitzt der Therapeut natürlich neben der persönlichen auch eine professionelle Kompetenz, denn nur dadurch ist er auch in der Lage, mit therapeutischen Techniken adäquat umzugehen. Aber:

»Eine solche professionelle Kompetenz ist deshalb nur möglich vor dem Hintergrund persönlicher Kompetenz« (Staemmler/Bock 1991, 178).

»Die Wirksamkeit eines Therapeuten hängt [...] sowohl von seiner persönlichen als auch von seiner professionellen Kompetenz ab, wobei beide eng miteinander verflochten sind« (ebd., 178).

Die Autoren unterscheiden persönliche Kompetenz als die Ebene der Beziehung und der Präsenz des Therapeuten, die professionelle Kompetenz als die Ebene des Handelns. Auch ergotherapeutische Theoretiker differenzieren diese Kompetenzen. Koomar und Bundy sprechen dabei von der »Kunst der Therapie« (1998, 410ff.).

Als Therapeut bin ich auch ein menschliches Wesen, nicht nur ein ›Experte‹. Dadurch darf ich mir auch Fehler erlauben, brauche nicht immer auf höchstem Niveau zu arbeiten. De Roeck spricht in diesem Zusammenhang von einer »Bärenfalle«, in die der Therapeut tappen kann (1985, 70ff.). »Ein Therapeut, der in die Bärengrube fällt, ist wie ein Mensch, der Pfannkuchen backen will mit dem Mehl, das der Klient nicht mitgebracht hat« (ebd., 72).

Zu meinem ›Mensch-Sein‹ und meiner therapeutischen Haltung gehört die Integration meiner ungeliebten Anteile. Dafür muss ich meine eigenen Stärken und Schwächen erkennen und annehmen. Dann bin ich in der Lage zu entscheiden, welche menschlichen Eigenschaften mir in der therapeutischen Arbeit dienlich sind und welche nicht. Zu meiner Haltung für den therapeutischen Prozess gehören die Wahrnehmung und Akzeptanz von Ärger, Traurigkeit und Betroffenheit bei mir selbst. Die Frage, wie ich mit meinem Ärger und meiner Ungeduld umgehe, stellt sich danach immer wieder neu.

In der ergotherapeutischen Praxis (und nicht nur dort) erschweren wenig motivierte Patienten das Bleiben bei einer therapeutischen Haltung.

Herr König lässt sich ›behandeln‹, übernimmt keine Verantwortung für seinen therapeutischen Prozess.<sup>20</sup> Ich akzeptiere dieses Verhalten und versuche Herrn König als Mensch zu begegnen, erzähle ihm von meinen Radausflügen und komme per Velo zu ihm zum Hausbesuch. Das veranlasst ihn, mir zu erzählen, wie er als junger Mann, während seiner Lehrzeit, diese Strecke zu Fuß ging. Das Geld für den Bus, gab er lieber für ein Eis aus. Gerade nachdem ich ihm mitgeteilt habe, dass ich einmal als Taxifahrer meine Brötchen verdiente, öffnet er sich weiter. Die Behandlungen mit ihm beginnen jetzt zu einer spannenden Angelegenheit zu werden. Er berichtet aus seiner Zeit als LKW-Fahrer. Die ergotherapeutische Behandlung konnte wirken, er wurde lockerer, sein Zustand in Bezug auf Beweglichkeit und Muskeltonusregulation verbesserte sich.

Dieses Beispiel zeigt, wie meine eigene therapeutische Haltung effektiver und freudvoller wurde. Denn ich habe keine Macht, den Patienten zu verändern. Ich kann ihm lediglich eine Basis bieten. Wichtig dabei bleibt, dass ich auf meine Art präsent bleibe. Dass ich das sage und tue, was zu meinem Stil passt und gleichzeitig der therapeutischen Aufgabe entspricht. Dabei stimme ich meine Präsenz mit den Bedürfnissen des Patienten ab, ohne mich selbst zu verlieren. Als Therapeut fühle, denke und empfinde ich mich in den Patienten auf eine Art und Weise ein, die es mir ermöglicht zu erfahren, wie der Patient empfindet.

In meiner Ausbildung zum Ergotherapeuten erlebte ich eine Situation, die ich bis heute nicht vergessen habe. Während der praktischen Ausbildung in einer neurologischen Klinik hatte ich die Aufgabe, Frühstücks-training mit einer jungen Patientin durchzuführen. Diese war durch einen Sturz beim Reiten halbseitig gelähmt. Infolgedessen konnte sie nur mit einer Hand agieren. Wie in vielen Kliniken üblich, gibt es aus ›hygienischen‹ Gründen Einmalpackungen. Selbstverständlich auch die berühmte Nuss-Nougat-Creme. Ohne mich damals in meine Patienten einzufühlen, verlangte ich von ihr, diese Packung mit einer Hand zu öffnen. Ich wollte sie zwingen, diese Tätigkeit zu üben. Wütend warf sie mir die Packung hin und schrie mich an: »Zu Hause habe ich Nutella auch im Glas, warum soll ich das hier machen?«

Als ›guter‹ Schüler hatte ich damals nicht verstanden, was passiert war, versuchte ich doch lediglich Gelerntes umzusetzen. Dennoch spürte ich, dass diese Umgehensweise unecht war. Ein Jahrzehnt später wurde

mir klar, dass ich nicht einführend war und nicht versucht hatte zu erfahren, wie es der Patientin wirklich ging.

Patienten müssen zweifeln dürfen und spüren, dass dies erlaubt ist. Diese Zweifel können sie sowohl an der Therapie als auch an mir als Therapeuten haben. Mittlerweile versuche ich dies nicht mehr persönlich zu nehmen. Nicht immer gelingt mir das – manchmal muss ich dabei sehr genau hinschauen, was bei mir abläuft.

Sicher kenne auch ich viele Situation, in denen Abwehr und Vermeidung das Eintreten in einen Dialog erschwert, gar verhindert. Früher, auch noch zu Beginn meiner Gestalttherapieausbildung, habe ich den Patienten dafür verantwortlich gemacht: Er möchte sich ja nicht verändern. Heute versuche ich in erster Linie, den Patienten mit seiner Vermeidungshaltung zu akzeptieren. Gemeinsam mit dem Patienten begeben sich auf die Suche nach Gründen für dieses Verhalten. Unser Ziel kann nur sein, die Bewusstheit des Patienten für seine Mechanismen zu erweitern. Das Tempo bestimmt der Patient. Abwehr und Vermeidung sind häufig anzutreffende Verhaltensweisen für Ergotherapeuten in Psychiatrie und Gerontopsychiatrie. In Gestalt-Seminaren mit Ergotherapeuten höre ich häufig die Frage: »Was mache ich denn, wenn der Patient gar nicht mitteilen möchte, wie es ihm geht?« Ich akzeptiere diese Haltung des Patienten. Er möchte im Moment nicht mitteilen, wie es ihm geht und das ist in Ordnung. Manchmal würde ich ihm noch sagen, dass ich Interesse an ihm, an seiner Person habe. Damit öffne ich den dialogischen Prozess. Das Tempo allerdings bestimmt der Patient. Ich muss Geduld haben, denn nicht sofort erfahre ich eine Reaktion auf meine Sätze und manchmal erfahre ich diese nie.

Das Entscheidende ist die Akzeptanz gegenüber dem Patienten. Zinker schreibt dazu:

»In der therapeutischen Beziehung eröffnet die Akzeptanz des Therapeuten die Möglichkeit der Selbst-Akzeptanz für den Klienten und erlaubt ihm so eine Vertiefung der eigenen Bewusstheit« (1975, 60).

Selbstachtung, Selbstliebe und Selbsterkenntnis, so Zinker weiter, können vom Patienten tief empfunden werden in der Gegenwart einer Person, die dieser als vollkommen akzeptierend erlebt. Diese Akzeptanz muss ich absichtslos verfolgen. Ich kann Akzeptanz nicht zur therapeutischen Strategie machen. Ich darf dieses Ziel nicht mit aller Macht verfolgen, möchte ich, dass sich mein Patient in Richtung Selbst-Akzeptanz bewegt. Akzeptanz ist eine therapeutische Haltung, keine Methode. Ich habe nicht den Wunsch,

den Patienten in eine bestimmte Richtung zu verändern: ›Er muss doch endlich einmal etwas machen‹. Ich versuche nicht ›Veränderungs-Fachmann‹ zu werden. Ich begegne dem Patienten, versuche seine Existenz zu verstehen und lasse mich auf den Moment ein. Ich nehme den Patienten wie er ist. Diese therapeutische Haltung bringt Lebendigkeit auch in einfache (bale) Gegebenheiten.

*Beispiel: Ich fahre mit einer neuen Mitarbeiterin zu einer Patientin nach Hause. Nach kurzer Begrüßung und einigen ersten Behandlungsschritten schaut meine Mitarbeiterin kurz in die Akte der Patientin. Ihr fällt sofort das Offensichtliche auf: »Ah, Sie waren früher Schmuckverkäuferin!« Die Patientin mit einem schweren Psychosyndrom und einem linksseitigen Neglect, dreht sich nach links zur Therapeutin und erzählt freudig von dieser Zeit. Dabei ist sie im Rumpf vollkommen aufgerichtet, wirkt wach und orientiert. Innerhalb von fünf Minuten hatten wir durch eine therapeutische und dialogische Haltung mehr erreicht, als in einigen Stunden ergotherapeutischer Bobath-Behandlung und Hirnleistungstraining.*

Eine therapeutische Haltung schafft nicht nur Freude und Leichtigkeit, sondern auch eine ›scheinbare Unsicherheit‹, worauf ich nun eingehe.

### 2.3 Therapeutische Unsicherheit / Bedürfnis nach Sicherheit

Zwar gibt mir die innere Haltung in meiner therapeutischen Arbeit eine gewisse Stabilität, und doch erlebe ich viele unterschiedliche Entwicklungen, Krisen, Rückfälle und neue Anläufe. Häufig spüre ich Ungewissheit darüber, ob meine therapeutische Arbeit den eigenen Qualitätsansprüchen und denen von außen genügt. Ich weiß, dass dies vielen Kolleginnen und Kollegen ähnlich geht. Penible Planung der Therapiestunden und der Drang zum ›Machen‹ rutschen dann in den Vordergrund, sollen die unangenehmen Situationen verdecken. Die Interessen und Bedürfnisse des Patienten verliert man leicht aus den Augen. Dagegen ist es viel schwieriger, mich von Unerwartetem überraschen zu lassen und gleichzeitig neugierig und interessiert zu sein und staunen zu können. Dadurch entsteht »eine Situation, in der wir nichts wissen, in der nichts wahr ist, in der wir ahnungslos sind und uns auf das einlassen, was da kommt« (Passolt 2001, 40).

Dies »ist eine vorerst ungewohnte Situation der Unsicherheit und des Wartens, des Wahrnehmens und des Zuhörens« (ebd., 40), des Innehaltens

und Schweigens. Es ist eine Situation des Loslassens, des Loslassens vom ›Machen‹. Und das wiederum erzeugt eine Unsicherheit in der therapeutischen Arbeit.

Durch die Gestalttherapie habe ich gelernt, mich auf solche Unsicherheiten einzustellen und nicht jeden meiner therapeutischen Schritte exakt vor auszuplanen. Ich versuche mich auf die Spannung, die entstehen kann, einzulassen und erlebe mich dabei lebendiger. Und doch benötige ich in der therapeutischen Arbeit einen sicheren Zustand.

»Ich denke, wir Therapeutinnen haben alle ein Bedürfnis nach Sicherheit bei unserer Arbeit. Wir wollen uns subjektiv sicher fühlen in dem, was wir tun. Das ist ein legitimes Bedürfnis, ja es ist ein Grundbedürfnis von Menschen überhaupt [...] Aber es ist auch ein spezielles Bedürfnis, das wir in unserer Arbeit haben. Denn wenn wir bei der Ausübung unseres Berufes den ganzen Tag lang unsicher wären, wären wir abends fix und fertig und kämen völlig erledigt nach Hause« (Staemmler 1994, 128).

Nun stellt sich die Frage, wie das Bedürfnis nach Sicherheit und der auftretende Zustand von Unsicherheit miteinander vereinbar sind. Staemmler (1994) plädiert in diesem Zusammenhang für die Kultivierung der Unsicherheit in der therapeutischen Arbeit. Elemente des Gestaltansatzes können dafür förderlich sein. Die unsichere Situation ist der Moment, sich im Hier-und-Jetzt zu verbinden, zum Dialog bereit zu sein und den Prozess des Patienten lebendig werden zu lassen. Dann entsteht im Dialog mit dem Patienten etwas Neues und für beide häufig Unerwartetes. Dies kann den therapeutischen Prozess voranbringen und macht den Reiz der Arbeit aus.

Eine solche Form der ›Sicherheit‹ musste ich mir erst einmal erarbeiten. Ich brauchte dafür vor allem Vertrauen in mich selbst. In jeder Behandlung wird dieses Einlassen wieder zum Experiment. Ich weiß vorher nicht, was mich erwartet. Ich weiß nicht, wie es dem Patienten geht. Vielleicht ist gerade heute sein Muskeltonus besonders hoch, dann kann ich mein Programm nicht einfach herunterspulen. Kein Tag ist wie der andere, einen Alltagstrott erlebe ich selten.

Mit dem Aushalten der Unsicherheit ist nicht planloses Arbeiten oder »Naivität«, wie es Staemmler (1993, 76) beschreibt, gemeint, sondern offenes Sehen und Erleben. Selbstverständlich habe ich einen Behandlungsplan und habe therapeutische Ziele, die den Hintergrund meiner Arbeit bilden. In diesem Sinne verstehe ich die Aussage Staemmlers, die Unsicherheit zu kultivieren. In der Behandlung schaue ich zuerst, was im ›Hier-und-Jetzt‹ im Vordergrund steht, schaue auf das ›Offensichtliche‹.

Dennoch gelingt mir diese Vorgehensweise in der täglichen Arbeit nicht immer. Auch ich habe schlechte Tage, an denen ich mich auf bewährte Programme zurückziehe. Meist stelle ich bei mir dann Anzeichen von Müdigkeit, Langeweile und Abgespanntheit fest. Diese Anzeichen nehme ich ernst und versuche mich selbst zu reflektieren. Ein anderes Mal entscheide ich mich bewusst für eine durchgeplante Therapiestunde. »Therapie-Highlights« entstehen aus meiner Erfahrung allerdings meist dann, wenn ich mich auf Unsicherheiten einlasse. Und in diesen Stunden konnte ich schon erhebliche Behandlungserfolge erreichen.

Staemmler (1993) schreibt, dass klassische Diagnosen unter anderem aus einer Bedeutungsgebung heraus erwachsen. Wir Ergotherapeuten geben bestimmten motorischen Funktionen eine Bedeutung. Wir schauen z.B., welche Probleme ein Kind hat, welche Bewegungen es nicht beherrscht. In der Psychiatrie übernehmen Ergotherapeuten die institutionell vorgegebenen Diagnosen: ein »Schizik«, ein »Maniker«, ein »Alki«.

Mir hilft es wenig, wenn ich Patienten einzelnen Kategorien zuordne. Ich versuche den Menschen in seiner Einzigartigkeit zu sehen. Sicher halte ich es, besonders vor dem Hintergrund der medizinischen Ausbildung, für wichtig zu wissen, was z.B. eine Aufmerksamkeitsstörung, eine Depression oder die Charakteristika eines Schlaganfalls sind. Doch wenn ich die Diagnose und die Leitsymptome kenne, kenne ich den Menschen noch nicht. In meiner ergotherapeutischen Arbeit habe ich bis heute nicht zwei Menschen getroffen, die gleiche symptomatische Ausprägungen hatten. Jeden Mensch habe ich unterschiedlich erlebt und wahrgenommen.

In der Arbeit mit Kindern wird versucht, eine solche Kategorisierung vorzunehmen. Die besten Beispiele sind die aktuellen Diskussionen zum Thema ADS und Wahrnehmungsstörungen. Lässt sich eine Kategorisierung hier wirklich vornehmen? Was genau ist denn eine Wahrnehmungsstörung? Wie sieht diese denn aus? Das sind Fragen, die ich bei meinen Seminaren immer wieder gestellt bekomme. Mir ist wichtig zu registrieren, was das jeweils für ein Kind ist und wie ich es erlebe. Welche Dinge gefallen mir an ihm und welche nicht? Dazu gehört auch, als Therapeut einmal nicht genau zu wissen, was ich therapeutisch tun muss und gleichzeitig diesen Zustand auszuhalten und in Ordnung zu finden. Allerdings taucht dann die Frage auf, woran ich mich orientieren und festhalten soll.

Vor kurzem hatte ich ein Gespräch mit einem Arzt, der als Diagnostiker für ADS-Kinder einen Namen hat. Im Gespräch gab er mir zu verstehen, dass er manchmal an einen Punkt in der Diagnose komme, wo er unsicher sei. Nach noch so vielen Testungen sei er sich der Diagnose nicht sicher. Er lasse sich jedes Mal neu auf das Kind ein und erlebe es in jeder Situation

anders. Und immer wieder entdecke er neue Qualitäten bei diesem Kind, die seine Hypothesen in Frage stellen. Dieses Gespräch hat mich stark beeindruckt. Gilt in der Regel für Ärzte ihr Diagnosematerial als Sicherheit, so haben wir Ergotherapeuten die Sicherheit der Handwerkstechniken. Ergotherapeuten erleben in der Ausbildung, dass es wichtig ist, etwas zu »machen«. Die Patienten fordern dieses »Machen« häufig noch von uns. Wir wählen eine Technik, damit etwas passieren kann. Ein innerer Druck, als Therapeut hier in Aktion zu treten, führt häufig zu einer Frustration sowohl bei mir als auch beim Patienten. Um nicht falsch verstanden zu werden: Ich halte das Anwenden von fachlichen Techniken für immens wichtig; ohne diese Anwendung ist ergotherapeutisches Arbeiten nicht möglich. Eine therapeutische Haltung und Kultivierung der Unsicherheit kann allerdings zur Effektivierung der Arbeit beitragen.

Obwohl wir Menschen grundsätzlich ein Bedürfnis nach Sicherheit haben, sollen wir uns, weil wir Therapeuten sind, in unsichere Situationen begeben. Kann das überhaupt funktionieren? Aus meiner Erfahrung funktioniert diese Gradwanderung dann, wenn ich lerne, mit der Unsicherheit umzugehen.

»Meine Unsicherheit ist dann nichts Negatives, das ich zu bekämpfen oder zu überwinden hätte, sondern etwas Positives, das mir auf einer anderen Ebene insofern eine gewisse Sicherheit geben kann, als es mich in der Realitätsbezogenheit meines Erlebens bestätigt« (Staemmler 1994, 136).

Aus Staemmlers Sicht gibt es im Repertoire der Gestalttherapie eine Reihe von Einstellungen und Vorgehensweisen, die die Unsicherheit von Therapeuten unterstützen können (ebd., 136). Er zählt dazu Kriterien, die ich im ersten Kapitel des Buches beschrieben habe, wie die Phänomenologie und die Feldtheorie. Staemmler plädiert zudem dafür, die Unsicherheit therapeutisch zu nutzen. Das bedeutet aus seiner Sicht, unsicher bleiben zu können, ohne handlungsunfähig zu werden. Damit ich handlungsfähig bleiben kann, muss ich meine fachlichen Kompetenzen anwenden können.

*Das folgende Beispiel aus dem Bereich der Gerontopsychiatrie erlebte ich während meiner ersten Berufsjahre, lange bevor ich intensiver mit der Gestalttherapie in Berührung kam. Ich betreute damals ältere Patientinnen auf einer geschlossenen Station einer psychiatrischen Klinik. Die alten Damen saßen meist im Aufenthaltsraum der Station und blickten vor sich hin. Als Berufsanfänger kam ich mit viel Elan, wollte mit ihnen etwas machen, sie motivieren. Jeden Tag brachte ich neues Ma-*

*terial mit auf die Station: Peddigrohr, Malutensilien ... Ich erntete nur Widerstände, die Frauen taten rein gar nichts. Ich war frustriert, ging immer widerwilliger zu ihnen.*

*Damals wusste ich noch nichts über den Gestaltansatz, über eine gestalttherapeutische Haltung und die therapeutische Unsicherheit. Nur aufgrund meiner Frustration ließ ich einfach los. Ich begab mich in den Kontakt mit den Frauen, redete mit ihnen, bot ihnen keine Techniken mehr an und hörte ihnen vor allem zu. So erfuhr ich, dass einige gerne einmal wieder stricken, nähen usw. wollten. Ich kam auf die Idee, kleine Holzwebrahmen mitzubringen. Sofort erinnerte dies einige Frauen an das Stopfen. Erst begannen vereinzelt Patientinnen mit der Arbeit. Nach einigen Wochen arbeiteten 20 Frauen an einem Webbild. Wir hatten dann viele Bilder und veranstalteten auf der Station eine Ausstellung. Dies hat das Selbstwertgefühl der Frauen immens gehoben. Und natürlich auch das Ansehen der Ergotherapie. Ich hatte mich einfach auf ein unsicheres Terrain begeben, Erwartungen an die Patientinnen aufgegeben und mich vom inneren Druck des ›Machens‹ befreit. Erst Jahre später, während meiner gestalttherapeutischen Ausbildung, wurde mir klar, dass ich, ohne es zu wissen, sowohl mit der dialogischen Gestalttherapie als auch mit der therapeutischen Unsicherheit gearbeitet hatte. Zudem flossen damals, ohne mein Wissen, bereits Ansätze des MOHO und der klientenzentrierten Vorgehensweise des CMOP in die Arbeit mit ein.*

Das Entscheidende dabei ist, nicht zu ›Be-Handeln‹, sondern Patienten zu unterstützen, damit sie zum Handeln kommen können.<sup>21</sup> Dadurch kann die Selbstverantwortung der Patienten aktiviert werden. Diese Richtung beugt nicht nur der Gefahr des ›Machens‹ vor, sondern auch der Gefahr, auf Biegen und Brechen die Patienten heilen zu müssen. In dem Versuch, heilen zu müssen, liegt eine therapeutische Falle. Eigene hohe Ansprüche leiten mich ebenso wie der gesellschaftliche Auftrag. Beides blockiert mich allerdings in meiner Arbeit.

Der Psychomotorik-Forscher Passolt beschreibt in der Arbeit mit hyperaktiven Kindern ähnliche Gedanken in Bezug auf therapeutische Unsicherheit. Dazu gehört für ihn die Haltung eines aktiven Wartens und teilnehmenden Beobachtens im Hier-und-Jetzt (2001, 40ff.).

Auch Kielhofner (1995, 1) und Jurkowitsch (1999, 43) legen in ihren Ausführungen zur Anwendung des MOHO besonderen Wert darauf, dass theoretische Konzepte im therapeutischen Kontext nur bedingt voraussetzen können, was therapeutisch in einem bestimmten Moment zu tun sei.

Sie helfen jedoch herauszufinden, was letztendlich machbar ist. Theoretische Modelle können keine Rezepte für die therapeutische Arbeit sein, sondern sind Orientierung, denn Therapie ist nur zu einem kleinen Teil planbar.

*Dazu ein weiteres Beispiel: Frau Anden erlitt einen Schlaganfall und sitzt im Rollstuhl. Die Ergotherapie findet in ihrer Wohnung statt. Nachdem ich zur Tür hereinkomme, beginnt sie zu weinen. Ihre Gefühlslage steht nun im Vordergrund. Für mich ist es schwer, mein therapeutisches Vorhaben nun einfach ›durchzuziehen‹. Ich gehe zuerst auf die emotionale Stimmung der Patientin ein, obwohl ich eine Behandlungsstruktur im Kopf habe. Diese Struktur benötige ich für meine therapeutische Arbeit, denn als wenig hilfreich hat sich erwiesen, ganz ohne Vorbereitung, Plan und Struktur eine Therapiestunde zu beginnen.*

*In diesem Moment ist es wichtig den Plan zur Seite zu legen und sich der neuen Situation zuzuwenden. Vor diesem Hintergrund entstehen Therapieerfolge und Misserfolge.<sup>22</sup>*

Mir geht es um das Finden einer Balance zwischen Struktur-Geben und Sich-überraschen-Lassen. Gerade in der Praxisanleitung stelle ich fest, dass die Ergotherapie-Schüler eine feste Struktur für ihre Behandlungsstunden brauchen, was prinzipiell wichtig ist. Allerdings klammern sie sich häufig daran wie ein Ertrinkender an einen Strohhalm und nehmen kaum wahr, ob die geplanten Maßnahmen wirklich sinnvoll durchführbar sind. Meine Vorgaben und die phänomenologische Wahrnehmung muss ich permanent überprüfen und meine Maßnahmen ständig modifizieren. Wird dies

»nötig, sollten ›wir‹ die Verantwortung [...] übernehmen, damit beim Patienten nicht das Gefühl entsteht, sein eigenes Unvermögen sei ›wieder einmal schuld am Mißlingen einer Aktivität‹ (Koomar/Bundy 1998, 420).

Zinker schreibt dazu:

»Trotz meiner Voraussicht dränge ich nicht auf ein gewünschtes vorgegebenes Ergebnis einer Therapiesitzung hin. Ich bin bereit, es mit der Situation aufzunehmen, egal, wie schwierig sie ist, und ihre detaillierte Exploration genügend offen zu verfolgen, so daß sich eine Vielzahl von Faktoren einstellen kann« (1982, 55).

Die Patienten kommen zu mir in die Praxis und erwarten Heilung. Gerade Eltern von Kindern denken, dass die Ergotherapie die Probleme lösen wird.

»Mich freut, dass Sie zu mir gefunden haben und sich von der Ergotherapie so viel versprechen. Ich schaue, was ich für Sie tun kann. Wahrscheinlich kann ich Ihnen helfen. Ich teile Ihnen mit, wie meine Arbeit aussieht und was sich aus meiner Erfahrung bewährt hat«, ist dann eine mögliche Antwort.

Nicht immer gelingt es mir, sofort meine inneren Stimmen wahrzunehmen. Dafür benötige ich manchmal den Anstoß von außen. Trotz aller Arbeit an mir und mit mir komme ich mit manchen Patienten nicht recht voran, mit anderen geht es gut, ohne dass ich die Ursachen dafür kenne.

In meinem inneren Dialog zweifele ich trotz allem an meiner Kompetenz: »Bin ich wirklich so gut, wie mich Andere sehen?«, spricht mein innerer Zweifler. »Das hast du wieder falsch gemacht«, setzt er fort. »Alles Quark«, antwortet der andere, »du bist besser, als du glaubst.«

Das Gestaltdenken hilft mir im täglichen Leben, klarer zu sehen, wie ich meine beruflichen Kompetenzen anzweifle. Manchmal bin ich nur nett. Damit relativiere ich meine Kompetenzen. Und durch mein Nett-Sein vermeide ich das Zulassen und Spüren meines Ärgers.

Auf der anderen Seite verlangsame ich den Prozess, halte inne. Dadurch habe ich die Möglichkeiten, erst einmal durchzuatmen und Kontakt zu mir zu bekommen. Anschließend frage ich noch einmal nach:

- »Wie haben Sie das exakt gemeint?«
- »Wie sehen Sie das genau?«

Auch in Konfliktsituationen habe ich erlebt, dass der Gestaltansatz hilft. Ich versuche wahrzunehmen, was ist, und nicht gleich etwas zu tun, versuche zu differenzieren, zu sortieren und zu verlangsamen.

*Beispiel 1: Die Mutter eines Kinder-Patienten sagt jeden dritten bis vierten Termin des Kindes ab. Mal sind die Handwerker im Haus, mal ist es ein Kindergeburtstag, ein andermal ist das Kind krank. Aufgrund des Behandlungsvertrages wird jedes Mal eine Ausfallentschädigung erhoben. Die Mutter diskutiert mit mir im Wartezimmer, versucht mich umzustimmen, damit sie diesen Betrag nicht zahlen muss. Mich ärgert dieses Verhalten. Zuerst nehme ich meinen Ärger wahr, erlaube ihn mir, ohne sofort zu reagieren. Dann mache ich erneut mit Klarheit und Bestimmtheit auf den Behandlungsvertrag aufmerksam, ohne mich zu rechtfertigen und zu erklären.*

*Beispiel 2: Abgrenzung gegenüber Kollegen. In meiner Zeit in der Schule erlebte ich häufig folgende Situation: Von einer Ergotherapiebe-*

*handlung zur nächsten musste ich über den Schulhof laufen und das Kind in einer Klasse abholen. Unterwegs traf ich eine Kollegin, die mir schnell noch etwas zu sagen hatte. Meist hatte ich das später vergessen, und zur Therapie des Kindes kam ich auch meistens zu spät. Lange habe ich gebraucht, meine Grenzen hier deutlich zu machen. Erst durch gestalttherapeutische Supervision gelang mir ein anderer Umgang. Dafür war erneut wichtig, meinen Ärger zu spüren und deutlich zu machen, dass ich das so nicht möchte.*

*Beispiel 3: Ein Kind kommt zu mir in die Praxis mit Verdacht auf ADS. Nach dem ersten Rezept möchte die Kinderärztin Ergotherapie nur noch bei gleichzeitiger Ritalingabe verschreiben. Dies hatte ich nicht verstanden. Nicht sofort suchte ich den Kontakt zur Ärztin, sondern zeigte mein überraschendes Erstaunen gegenüber den Eltern. Daraufhin schickte mir die Ärztin Informationsbroschüren der Pharmaindustrie über ADS mit dem Hinweis, dies solle ich einmal lesen, da ich scheinbar keine Ahnung von dem Thema hätte. Diesmal konnte ich meinen Ärger spüren und zulassen. Ich setzte mich hin und schrieb einen Brief. Zwei Tage später rief diese Ärztin an und war völlig aufgeregt ob dieses Missverständnisses.*

Für mich ist immer wieder spannend, meine Muster wahrzunehmen und mich selbst mit meinen Stärken und Schwächen kennen zu lernen. Je bewusster mir diese sind, desto eher gelingt mir auch die Annahme dieser Muster und damit deren Veränderung. Wichtig ist für mich auch zu erkennen, was davon zu meiner Arbeit gehört und was nicht. Die Gestalt ist für mich allerdings ein lebenslanger Prozess, den ich immer wieder auffrische. Die Gestalttherapie ist keine »Rezept-Methode«, sondern ein Erfahrungsprozess.

»Die Gestalttherapie hat immer besonderen Wert auf die Tatsache gelegt, dass Menschen, ja sogar Dinge, nichts Festes, Unbewegliches und Unveränderliches sind, sondern sich ständig in Veränderung befinden« (Staemmler 1994, 141).

Ich selbst empfinde diese Form der Unsicherheit als anregend, möchte sie heute nicht mehr missen.

Aus diesem Grund erlebe ich die Anwendung des Gestaltansatzes in meiner Arbeit als einen lebendigen Prozess, der viel Spaß macht. Dies beinhaltet allerdings, in einigen zentralen Fragen zu einem Umdenken, gar einem Paradigmenwechsel zu kommen. Zu diesen zentralen Punkten zähle ich

die Frage, was denn überhaupt Gesundheit oder Krankheit bedeutet und wie ich diese feststelle, d.h. diagnostiziere und befunde. Mit diesen Anliegen werde ich mich nun im folgenden Kapitel beschäftigen.

### Anmerkungen

- 1 s.u. Kap. 5.1
- 2 s.o. Kap. 1.2
- 3 vgl. Perls, L. 1989
- 4 vgl. Buber 1979
- 5 vgl. Staemmler: Kontakt und Beziehung in der Gestalttherapie. In: Staemmler 1993, 20ff.; Portele 1994; Hycner 1989; Hycner 1999a/b.
- 6 vgl. Fisher/Murray/Bundy 1998; Jerosch-Herold u.a. 1999; Hagedorn 2000
- 7 Ich verwende im Folgenden den Begriff: Dialogischer Ansatz
- 8 vgl. auch Staemmler 1994 /1999; s.u. Kap. 2.3
- 9 In Kap. 4 beschreibe ich ausführliche Falldarstellungen zur Anwendung des dialogischen Prinzip in meiner Arbeit.
- 10 Unter Konfluenz wird in der Gestalttherapie ein Vermeidungsmechanismus verstanden. Menschen, die in Konfluenz geraten, lassen Grenzen verwischen und diese undeutlich erscheinen.
- 11 s.u. Kap. 5.1
- 12 vgl. Passolt 2001, 37ff.
- 13 vgl. Passolt 2001, 39
- 14 s.u. Fallbeispiele in Kap. 3.2, Kap. 4; s.a. ›Fall Herr Wiese‹ (Kümmel 2001).
- 15 vgl. Yontef 1999, 68
- 16 Staemmler/Bock 1991
- 17 vgl. Scheepers u.a. 2000
- 18 s.u. Kap. 4.4
- 19 s.u. Kap. 4.5
- 20 Ausführliche Falldarstellung s.u. Kap. 4.2.1
- 21 Scheepers u.a. 2000 nennen ihr Buch: ›Vom Behandeln zum Handeln‹ von Scheepers et.al., 2000
- 22 s.a. Jurkowsch 1999, 43

---

### 3. Gestalttherapeutischer Krankheitsbegriff und Diagnoseverständnis

---

*Herr Bergk ist 22 Jahre alt und war Patient einer psychiatrischen Klinik. Ich begegnete ihm in der dortigen Arbeitstherapie während meiner Arbeit als Praxisanleiter von Ergotherapie-Schülern. Ich wurde Herrn Bergk und der Gruppe bereits angekündigt, dennoch stellte ich mich selbst vor. Ich erklärte der Gruppe, dass ich für die Ausbildung der Ergotherapeuten zuständig sei und deshalb hier wäre. Anschließend wendete ich mich Herrn Bergk zu: »Und ich bin auch hier, weil mich Ihre Arbeit interessiert. Ich möchte gerne mitarbeiten. Erklären Sie mir, was ich machen kann.« Herr Bergk hatte die Aufgabe, Arbeitsabläufe zu strukturieren und anzuleiten. Durch meine Frage schien er überrascht, und gleichzeitig hatte ich den Eindruck, dass er sich wertgeschätzt und von mir nicht nach seiner ›Krankheit‹ beurteilt sah. Herr Bergk wirkte auf mich ruhig und zurückhaltend. Von sich aus sprach er wenig.*

Ich sehe Patienten nicht per se in ihren Defiziten und Krankheiten, sondern versuche sie in ihrem menschlichen Dasein und in ihrer Einzigartigkeit zu betrachten. Mich interessiert, was der einzelne Mensch an Qualitäten und Ressourcen zur Verfügung hat. Mit dieser Haltung trete ich den Menschen gegenüber.

*Bei Herrn Bergk interessierte mich weniger, mir Informationen über ihn aus seiner Krankenakte zu besorgen, sondern diese Informationen im Dialog mit dem Patienten zu erkunden. Dafür musste ich mit ihm ins Gespräch kommen, was nicht einfach war, denn Herr Bergk war wenig gesprächig. Dieses Verhalten akzeptierte ich und fragte ihn nur ab und zu etwas zum Arbeitsprozess. Ich erlebte dies für einen Moment als unsichere Situation, die ich auszuhalten hatte. Langsam wurde ich etwas sicherer: »Ich habe gehört, dass Sie eine Lehre als Industriekaufmann machen möchten?« Im Anschluss an diese Frage stand er auf und holte neues Material. Nachdem er sich wieder gesetzt hatte, teilte ich ihm in wertschätzender und wohlwollender Art und Weise mit: »Das*

war jetzt blöd von mir. Sie kennen mich kaum und ich stelle Ihnen gleich so direkte Fragen.«

Herr Bergk schaute kurz hoch und lächelte: »Ich hab' mein Leben nicht mehr auf die Reihe gekriegt. Jetzt versuch' ich's halt noch einmal.«

Dann wendete er sich wieder seiner Arbeit zu und schwieg. Auch ich arbeitete weiter, schwieg und folgte damit dem Weg und dem Tempo des Patienten.

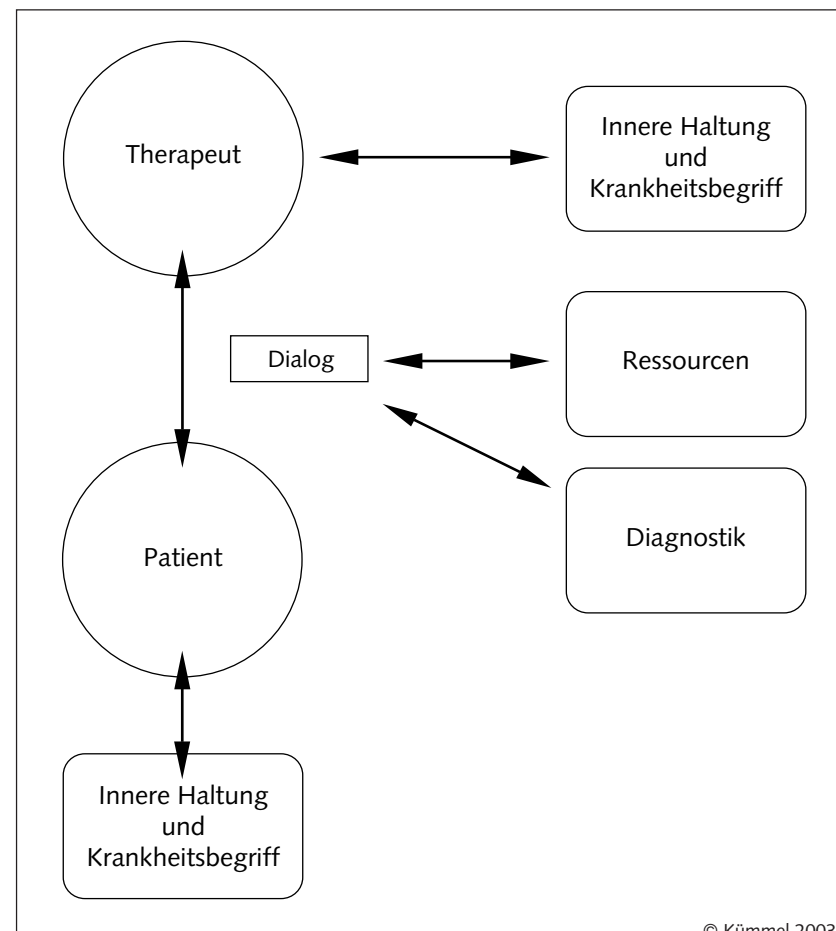
Herr Bergk hatte die Leitung der Arbeitsgruppe erst seit kurzem übernommen und wirkte deshalb angespannt. Nach etlichen Minuten begann er zu erzählen: »Die Ärzte sagen, ich bin depressiv.« Er hatte scheinbar die offizielle Diagnose übernommen. Ich wollte allerdings mehr von ihm wissen und ging noch einmal einen Schritt zurück: »Was heißt denn für Sie, Sie haben Ihr Leben nicht mehr auf die Reihe gekriegt?«

Herr Bergk begann zu erzählen. Er habe mehrere Ausbildungen abgebrochen, sei tagelang nicht mehr aus der Wohnung gegangen, habe nichts mehr gegessen. Jetzt erfuhr ich mehr von seiner Sicht, mehr als eine Einteilung in Krankheitsbilder. Aus gestalttherapeutischer Perspektive lege nicht ich diagnostische Merkmale fest, sondern erkunde diese im gemeinsamen Dialog mit dem Patienten. Ein Indiz für die Wirksamkeit der wertschätzenden Haltung im Dialog mit Herrn Bergk war für mich die Rückmeldung der behandelnden Ergotherapeutin. Sie habe Herrn Bergk bisher noch nie so aufgeschlossen und gesprächig erlebt.

Mit diesem Fall leite ich ein Kapitel ein, das sich mit dem gestalttherapeutischen Krankheitsbegriff, mit Defiziten und Ressourcen sowie der Diagnostik beschäftigt. Mir geht es konkret um die Frage des Begriffs Krankheit. Was heißt Krankheit überhaupt? Was bedeutet diese Sicht für meinen helfenden Beruf? Was bedeutet Krankheit besonders für Patienten?

Aus gestalttherapeutischer Sicht wird Krankheit nicht defizitorientiert gesehen. Der Fokus des Gestaltansatzes liegt auf den Ressourcen und Qualitäten des Patienten. Entsprechend orientiert sich auch ein gestalttherapeutisches Diagnostik-Konzept nicht an herkömmlichen Störungsbildern.

Ich selbst habe durch die gestalttherapeutische Haltung eine veränderte Sicht von Krankheit bekommen. Dem Patienten begegne ich im Dialog, um dann gemeinsam mit ihm dessen spezielle Diagnostik zu entwickeln. Diese Form ist immer ganzheitlich und phänomenologisch ausgerichtet und lehnt sich nicht an vorgefertigte Ansichten und Vorurteile an.



© Kümmel 2003

Abb. 10: Innere Haltung und Krankheitsbegriff

### 3.1 Krankheitsbegriff aus gestalttherapeutischer Sicht

»Man kann einen Menschen nichts lehren, man kann ihm nur helfen, es in sich selbst zu entdecken.«  
(Galileo Galilei)

Innerhalb der Ergotherapie liegt momentan der Fokus primär auf Defiziten und Störungsbildern von Patienten. Diese Sichtweise wird geprägt durch

die schulmedizinische Grundhaltung und durch die Integration in das ›Gesundheitssystem‹.<sup>1</sup> Meist rechtfertigt sich die Verordnung von Ergotherapie nur dadurch, dass eindeutig nachweisbare Defizite bei den Patienten vorliegen. Die Menschen werden als ›krank‹ definiert.

Krankheit wird als Defekt wahrgenommen. Ergotherapeuten und alle helfenden Professionen sollen diesen Defekt beheben, ›objektive‹ Symptome und Ursachen erkennen und bestimmen. Jung u.a. beschreiben dies als eine »Tätigkeit des Reparierens« und den Helfer als »Mechaniker oder Handwerker« und folglich den Körper des Menschen als »das zu bearbeitende Werkstück« (2000, 82). Die Wahrnehmung der Krankheit richtet sich dabei auf den Defekt. Dieser Sachverhalt kann als die biomedizinische Sichtweise beschrieben werden.

Selbst renommierte angloamerikanische Autorinnen wie Fisher/Murray/Bundy (1991, 115; s.u. Kap. 4) und Hagedorn (2000), die ein eher humanistisch ganzheitliches Weltbild in der Ergotherapie favorisieren, beschreiben Störungsbilder von Patienten. Die Orientierung auf Störungskategorien schafft offensichtlich eine scheinbare Sicherheit. Mittlerweile existieren jedoch auch kritische Stimmen. Mattner beschreibt das Menschenbild biologistischer Konzeption folgendermaßen:

»Es wird z.B. mit der Diagnose HKS, ADHD<sup>2</sup> vermutet, dass bestimmte, höchst spezifische biochemische Veränderungen des zentralen Nervensystems diese Störungen bedingen« (2001, 18).

Durch dieses »Aggregat Mensch« (ebd., 19) sei ein Individuum zu einer selbstständigen Verbesserung gar nicht in der Lage. Diese muss im Sinne eines Reparaturbetriebes ›verschrieben‹ werden. »Es offenbart sich damit ein Subjekt- und Normalitätsbegriff, mit dem davon ausgegangen wird, Menschen mit einer ›gesunden‹ cerebralen Ausstattung passten sich ›adäquat‹ an die Gegebenheiten (Stimuli) der Realität an, verhielten sich also mehr oder weniger ähnlich (eben ›normal‹) und im Umkehrschluss kann so vermutet werden, Abweichungen von dieser Norm seien auf pathologische Veränderungen im menschlichen Gehirn zurückzuführen« (ebd., S. 19). Mattner kritisiert gerade in diesem Zusammenhang die innerhalb der Ergotherapie recht beliebte Sensorische Integrationstherapie von Jean Ayres und deren biomedizinischen Sichtweise.<sup>3</sup>

In erster Linie wird Krankheit als eine Störung angesehen,

»die in körperlichen oder seelischen Veränderungen des Menschen besteht, und vom Fachmann nach entsprechender Anamnese, Indikationsstellung und

Differentialdiagnose mehr oder weniger gezielt therapiert werden kann« (Schmid 1992, 85).

Therapie ist dafür das Werkzeug, der Therapeut das ausführende Subjekt, der die Krankheit zu beseitigen hat. Lösungsversuche beschränken sich auf materielle Faktoren. Als Patient ›hat‹ man eine Krankheit und bleibt in der Regel in der passiven Haltung.<sup>4</sup> Als Patient erwartet man, dass einem die Krankheit ›genommen‹ wird.

»Vom Patienten wird zweierlei erwartet: Erstens die möglichst unkomplizierte und bereitwillige Mitarbeit am Behandlungskonzept oder die Unterwerfung unter dieses, zweitens die Heilung oder wenigstens Besserung. Für ein solches Verständnis ist es nur folgerichtig, daß durch jemanden zielgerichtet vorgegangen wird, der die Störungen zu entdecken, einzuschätzen und zu beseitigen weiß« (ebd., 85).

»Eigene Krankheitsinterpretationen und Gesundheitsvorschläge des Leidenden stören in diesem Konzept eher, als daß sie nützlich wären. Persönliche oder soziale Bedeutungen des Leidens haben in ihm kaum einen Platz« (ebd.).

Hier stellt sich die Frage: Wer definiert wen und wann, mit welchem Zweck und Nutzen als krank?

»Nach der Satzung der Weltgesundheitsordnung ist Gesundheit allgemein der Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und das für jeden Menschen erreichbare Höchstmaß an Gesundheit eines seiner Grundrechte« (dtv-Brockhaus Lexikon, 1982, Bd. 6, 332).

Krankheit wird definiert als

»Störungen im Ablauf der normalen Lebensvorgänge in Organen oder Organsystemen durch einen krankheitsbedingten Reiz, auch die Gesamtheit der Reaktionen des Körpers auf diesen Reiz« (dtv-Brockhaus Lexikon, 1982, Bd. 10, 132).

Ähnlich wie Pauls möchte ich allerdings »die am medizinischen Krankheitsbegriff orientierten Heilungsmöglichkeiten nicht pauschal zurückweisen« (1997, 48). Denn ich finde durchaus nützliche Hilfen bei der Einteilung in medizinische Diagnosen.

»Doch der Absolutheitsanspruch dieses Zugangs, als Maßstab für alle therapeutischen Wege zu gelten, muß als Anmaßung abgewehrt werden« (ebd. 48).

Die meist naturwissenschaftlichen Modelle sind denn

»weitgehend kausale Theorien, von denen manche allerdings nicht sehr erfahrungsnah oder phänomenologisch gewonnen und formuliert sind« (ebd., 84).

Dagegen setzt Pauls aus Sicht des Gestaltgedankens einen Krankheitsbegriff, der die »Krankheit als Verhältnisänderung« beschreibt. Gerade in der Arbeit mit Kindern stelle ich häufig fest, dass die diagnostizierte Wahrnehmungsstörung Ausdruck einer Beziehungsstörung zwischen Eltern und Kind ist. Auch bei Patienten mit chronischen Erkrankungen lassen sich krankmachende Verhältnisse erkennen. Doch ist Vorsicht geboten, denn beginne ich nach diesen krankmachenden Ursachen im Umfeld des Patienten zu suchen, kann dies schnell als Schuldvorwurf beim Patienten und dessen Angehörigen verstanden werden.

In der Gestalttherapie geht man insgesamt von einer anderen Sicht bezüglich Krankheit und Gesundheit aus.

»Perls betrachtet in seinem gestalttherapeutischen Ansatz Krankheit als eine Störung des Wachstum bzw. der Entwicklung, die als Folge dauerhafter Störung der organismischen Selbstregulation entsteht« (Krisch, 1992, 129).

Perls geht davon aus, dass der kranke Mensch nicht mehr fähig ist, seine dominierenden Bedürfnisse wahrzunehmen und sich dadurch in einer ineffektiven Weise verhält. In der Gestalttherapie stellt man eher Fragen:

- Was könnte die Krankheit dem Patienten mitteilen?
- Welche Möglichkeiten sieht der Patient mit der Krankheit umzugehen?<sup>5</sup>

*Zu diesem Punkt liefere ich aus der ergotherapeutischen Arbeit einige Beispiele. Dabei stütze ich mich vorerst auf defizitorientierte Begriffe.*

*Nico wird mit einer Sensorische Integrationsstörung überwiesen, aufgrund deren er keine Ballspiele beherrscht. Das ursprüngliche Bedürfnis, Ballspiele zu lernen, hat das Kind mittlerweile durch verbale Äußerungen kompensiert. Er redet sehr viel und deutet dadurch eine gewisse Überheblichkeit anderen Kindern gegenüber an. Nico verhält sich in einer ineffektiven Weise, durch die er Ablehnung von anderen Kindern erfährt. In der Therapie äußert er, traurig darüber zu sein, dass ihn andere Kinder nicht mitspielen ließen. Er würde doch so gerne Ball spielen. Nico nimmt zwar sein Bedürfnis wahr, verhält sich jedoch in einer unwirksamen Weise, da ihm eine andere (noch) nicht zur Verfügung steht.*

*Herr Gomez leidet an einem Schlaganfall sowie unter einer dadurch bedingten linksseitigen Hemiparese. Seinen gelähmten Arm kann er nur teilweise für Tätigkeiten einsetzen. Vor seinem Schlaganfall widmete er sich seinem Hobby, der Pflege seines Gartens. Nun steht die therapeutische Behandlung im Vordergrund. Von morgens bis abends geht er von einer Therapie zur nächsten, in der Hoffnung, jemand könne ihn wieder in den alten Zustand zurück versetzen. Auf den Hinweis, unter gewissen Einschränkungen vielleicht wieder in seinem Garten arbeiten zu können, antwortet er: »Erst wenn ich die Therapien hinter mir habe.« Auch er verhält sich ineffektiv, denn mit seinen vorhandenen Möglichkeiten und der ergotherapeutischen Unterstützung könnte er seine Gartenarbeit partiell wieder aufnehmen. Obwohl sein Bedürfnis offensichtlich ist, sieht er noch nicht den für ihn möglichen Weg.*

*Frau Klusen gilt als depressive Patientin und war schon mehrere Wochen in psychiatrischen Kliniken. Ihr fällt es schwer, regelmäßig arbeiten zu gehen. Das vorrangige Bedürfnis, Anerkennung durch ihre Arbeit zu bekommen, kann sie nicht wahrnehmen. Dadurch stürzt sie sich immer wieder in ihre Lethargie: »Vierzig Stunden schaffe ich halt nicht mehr.«*

»Damit das Individuum seine Bedürfnisse befriedigen, die Gestalt schließen und sich anderen Tätigkeiten zuwenden kann, muß es wahrnehmen können, was es braucht, und wissen, wie es sich selbst und seine Umgebung im Sinne seiner Ziele manipulieren kann; denn auch die rein physiologischen Bedürfnisse können nur durch Interaktion zwischen Organismus und Umgebung befriedigt werden« (Perls 1973, 26).

Dieses Zitat von Perls zeigt in prägnanter Weise, was ich in der ergotherapeutischen Arbeit erlebe. Grundsätzlich können Bedürfnisbefriedigungen nur in der Auseinandersetzung mit der Umwelt ermöglicht werden. Das Individuum muss allerdings vorher das Bedürfnis als solches wahrnehmen.<sup>6</sup> Perls bezieht diese Aussage nicht nur auf psychologische sondern auch auf physiologische Bedürfnisse. Dies hat eine Bedeutung für die Ergotherapie, denn dort haben wir es primär mit physiologischen Bedürfnissen zu tun. Dazu zählen insbesondere alle Bedürfnisse, die Handeln und Tätigkeiten beinhalten.

### *Übernahme von Selbstverantwortung*

Nicht nur Gestalttherapeuten, sondern etliche Fachleute bezweifeln, dass eine »Reparatur« von Menschen so möglich ist. Eine Heilungschance für den Patienten besteht nur dann, wenn der Patient in den Behandlungspro-

zess mit einbezogen wird. Aus gestalttherapeutischer Perspektive geht es darum, dass Patienten Verantwortung für ihr eigenes Handeln und Tun und damit auch Verantwortung für ihren eigenen Heilungsprozess übernehmen. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass ich die Patienten überhaupt als mündige Wesen ansehe und ihnen zutraue, diese Verantwortung zu leisten. Der »Krankheitsbegriff« der Gestalttherapie geht davon aus, dass ein Individuum grundsätzlich in der Lage ist, Selbstheilungskräfte in sich zu mobilisieren. Meinen therapeutischen Auftrag sehe ich dann darin, die Patienten zu unterstützen, ihnen Wege zu zeigen, Anstöße zu liefern und sie selbst entdecken zu lassen, was alles möglich ist. Bei Dysfunktionen ist der Mensch in der Lage, aktiv einen Veränderungsprozess zu gestalten und zu verantworten. Auf der anderen Seite kann man » vernünftigerweise nicht Verantwortung für etwas übernehmen, wozu man keinen Kontakt hat« (Perls/Hefferline/Goodman 1979a, 33). Auch Jung u.a. sprechen vom Übernehmen eigener Verantwortung auf Seiten des Patienten bezüglich der Selbstgestaltung von Gesundheit und Krankheit (2000, 87f).

Der Radprofi und Gewinner der Tour de France, Lance Armstrong, dem es gelang mit seiner Krankheit umzugehen, schreibt: »Doch jetzt dämmerte es mir, dass der Patient nicht weniger wichtig war als der Arzt [...] und was noch wichtiger war, ich fing an, diese Verantwortung mit ihnen [den Ärzten; *Anm. Kümmel*] zu teilen« (2000, 112).

Die Erweckung der Selbstverantwortung beim Patienten kann ich nicht erzwingen. Ich kann dem Patienten lediglich Wege aufzeigen, wie die Übernahme von Verantwortung möglich ist, ihn in Kontakt bringen zu den Anteilen, die er dafür braucht. Diese Anteile finde ich nicht in seinen vermeintlichen »Störungen« und »Defiziten«, sondern in seinen Ressourcen und Fähigkeiten. Das erfordert einen ressourcenorientierten Blick, den ich in deutlicher Abgrenzung zur Defizitorientierung des biomedizinischen Krankheitsmodells sehe.

#### Ressourcen

Lege ich den Fokus nicht auf die Schwierigkeiten und Defizite des Patienten, kann ich ihn darin unterstützen einen eigenen Weg zu finden. Diese Unterstützung sehe ich als wichtige therapeutische Aufgabe. Dafür gilt es in erster Linie herauszufinden, was die Ressourcen und Fähigkeiten des Patienten überhaupt sind. Mir hilft dabei das gestalttherapeutische Handwerkszeug: die phänomenologische Beobachtung und der Dialog mit dem Patienten. Ganzheitliche und feldtheoretische Sicht kann alle Aspekte, die in Zusammenhang mit dem Leiden stehen, berücksichtigen.

»Nach gestalttherapeutischem Konzept beinhaltet also psychische [und physische; *Anm. Kümmel*] Gesundheit intakte Gestaltbildungsprozesse, die lebenslanges Wachstum und die Nutzung des eigenen Potentials erlauben« (Krisch 1992, 67).

Zusammenfassend möchte ich die beiden Sichtweisen, biomedizinische und gestalttherapeutische, noch einmal gegenüberstellen. Im biomedizinischen Modell herrscht ein lineares Denken vor: die Störung und das Defizit des Patienten erfordern eine therapeutische Behandlung, deren Ziel die Löschung des Defektes ist.

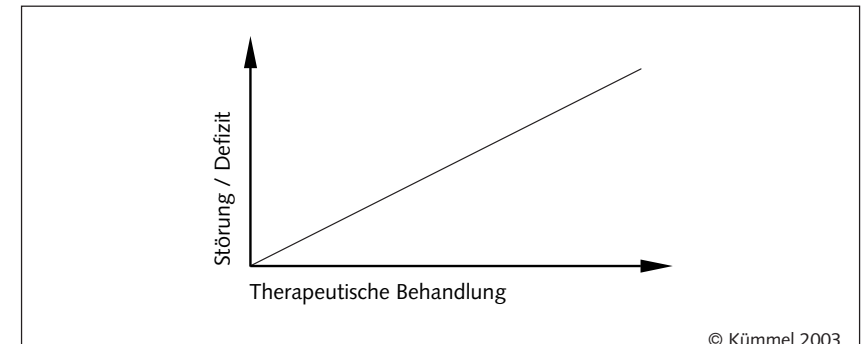


Abb. 11: Lineares Denken

Dagegen ist aus gestalttherapeutischer Perspektive die Behandlung nur im Dialog entwickelbar. Patient und Therapeut sind in einem ständigen Prozess gegenseitiger Entwicklung. Dadurch kann Neues entstehen, was letztendlich den Behandlungserfolg ausmacht.

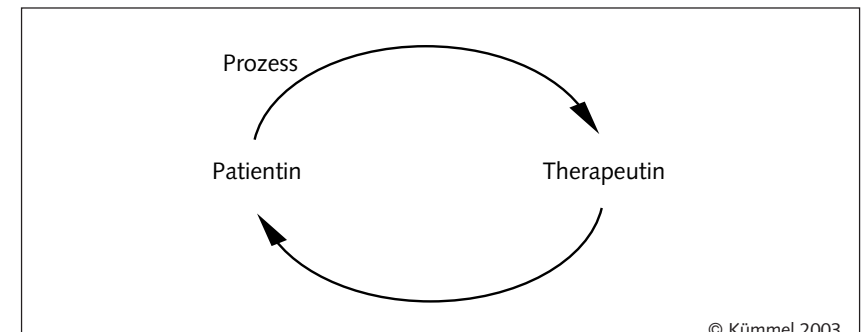


Abb. 12: Zirkuläres Denken

Arnold Beisser stellt in seinem Buch<sup>7</sup> die Frage, ob es möglich ist, gleichzeitig behindert und gesund zu sein (1997, 123). Er schildert seine Erfahrungen sowohl aus seiner Funktion als Arzt wie aus der des behinderten Menschen. Er sieht seine Behinderung als Teil seiner Realität. Die Funktion des Arztes beschreibt er als Verpflichtung, »die Krankheit zu diagnostizieren und auszurotten« (ebd., 124). Häufig kommen Patienten, Angehörige, Ärzte mit der Forderung an uns, die Krankheit »weg zu therapieren«.

Beisser erzählt von einem mich sehr bewegenden Fall, der sicher auch im heutigen Krankheitssystem keinen Einzelfall darstellt.

»Ich erinnere mich an einen Mitpatienten, der ähnlich behindert war wie ich. Er betonte ständig, daß er bald wieder »zurück auf dem Golfplatz« sein werde. Die Ärzte schätzten es aber so ein, daß er niemals wieder Golf spielen können würde, und waren der Meinung, daß seine Haltung pathologisch sei und einer Gesundung im Wege stünde. Sie konfrontierten ihn gewaltsam mit ihrer Sicht der »Realität«. Er akzeptierte die Realität seines medizinischen Zustandes und erwähnte das Golfspielen nie wieder. Leider wollte er dann nicht mehr leben. Er gab auf und starb« (ebd., 125).

*Ein etwas anders geartetes Beispiel erzählte mir die Ehefrau eines meiner Patienten. Ihr Mann musste ins Krankenhaus wegen einer äußeren Blutung. Sie wollte von der Assistenzärztin wissen, ob der Zustand besorgniserregend sei. Sie hatte Angst, dass ihr Mann einen erneuten Schlaganfall bekäme. Nachdem sie mehrere Stunden hatte warten müssen und immer wieder getröstet wurde, bat sie nochmals um die nötigen Informationen. Neben der Sorge um ihren Mann bekam sie zunehmend Angst bei Dunkelheit nach Hause zu fahren. Im Krankenhaus konnte sie nicht bleiben. Sie erklärte der Ärztin, dass sie eine ältere Frau sei und Angst habe, in der Dunkelheit nach Hause zu fahren. Die Ärztin gab ihr die ziemlich unwirsche Antwort, sie sei schließlich auch schon 35 und trage ebenfalls eine Brille!*

*Schöne Beispiele bezüglich der »Krankheitssicht« finden sich in der belletristischen Literatur. Der brasilianische Schriftsteller Paulo Coelho erzählt in einem Roman die Geschichte von einem Königreich. Dort schüttete ein Zauberer einen Trank in einen Brunnen, von dem alle Einwohner verrückt wurden. Lediglich der König und seine Familie tranken nicht davon. Der König versuchte die Bevölkerung unter Kontrolle zu bringen, indem er Sicherheits- und Gesundheitsmaßnahmen ausrief. Eine durchaus ähnliche Situation, wie wir sie heute in der Realität erleben. Da allerdings auch die*

*Polizisten und Inspektoren aus dem vergifteten Brunnen getrunken hatten, befolgten diese die Anweisungen nicht. Sie hielten die Beschlüsse des Königs schlicht für absurd und sinnlos. Auch die Bevölkerung glaubte, dass der König verrückt geworden sei und forderten dessen Rücktritt. Die Königin wusste die Lösung und brachte die Familie zum Brunnen, wovon nun auch die Königsfamilie trank. Nun fing diese ebenfalls an, verrückte Dinge zu tun und zu sagen. Die Bevölkerung verstand ihre Königsfamilie wieder und nahm ihre Forderung nach Rücktritt zurück. Und das Zusammenleben in dem Königreich verlief ohne Zwischenfälle.<sup>8</sup>*

### 3.2 Diagnostik aus gestalttherapeutischer Sicht

Diagnostik und Befundung gehören zu den wesentlichen Arbeitsbereichen in medizinischen und helfenden Berufen. In der Ergotherapie nimmt die Befunderhebung einen großen Raum ein. Die Diagnose wird zwar vom Arzt festgelegt, in der ergotherapeutischen Arbeit wird dann ein ausführlicher Befund erstellt. Dieser Befund stützt sich in der Regel auf traditionelles medizinisches Denken, stellt Defizite und Störungen sowie (manchmal) Ressourcen des zu behandelnden Patienten fest. Dieser Befund sowie die Diagnostik können helfen, ein Bild vom Patienten zu erhalten, ihn »durch und durch zu erkennen«.<sup>9</sup> »Diagnostik ist ein Hilfsmittel, das mir dazu dient, den Klienten besser zu verstehen und mich mit ihm vertrauter zu machen. Diagnostik wird so zum Werkzeug der Begegnung« (Hahn 1995, 87).

In der gestalttherapeutischen Diagnostik und Befunderhebung wird eine andere Sichtweise diskutiert und die biomedizinische, auf Störungen ausgelegte traditionelle Definition in Frage gestellt. Denn »Aufgabe des Arztes ist es nicht [...] »herauszufinden«, was dem Patienten fehlt, und es »ihm zu sagen« (Perls/Hefferline/Goodman 1979a, 33). Wesentlich ist, dass der Therapeut den Patienten lehrt, etwas über sich selbst zu erfahren. Und dazu gehört die Bewusstheit des Patienten für die Mechanismen seines Organismus.

Die Verbindung gestalttherapeutischer Diagnostik mit naturwissenschaftlicher Befundung herzustellen, kann eine Aufgabe der Ergotherapie sein, um klientenzentrierte Praxis zu etablieren.

Meine kritischen Anmerkungen zum biomedizinischen Modell bedeuten jedoch nicht, dass ich dieses Modell per se ablehne. Ich halte diese Form des wissenschaftlichen Denkens für überaus notwendig. Und zwar nicht nur im Hinblick auf Qualitätssicherung innerhalb des Gesundheitswesens, sondern besonders als Darstellung des Berufsbildes der Ergothera-

pie. Auch und gerade im Sinne des Lernens finde ich es wichtig, Unterteilungen in der Befunderhebung durchzuführen. Ich muss z.B. unterscheiden können, was propriozeptive, taktile, vestibuläre Schwierigkeiten sind und wie sich diese zeigen und muss Betätigungsperformanzprobleme beim Patienten erkennen können. Befunde helfen mir, mich zu orientieren. Wohl wissend, dass ich es nicht mit einer Wahrnehmungsstörung oder einer Funktionsstörung zu tun habe, sondern mit einem Menschen.<sup>10</sup> Durch die erste Einteilung versuche ich die Komplexität zu reduzieren, um sie dann wieder zu einem vollständigen Ganzen, zu einer Gestalt, zusammenzufügen.

Die ergotherapeutische Befundung und Diagnostik läuft allerdings Gefahr, schnell aus der Sicht des Experten dem Patienten Bewertungen, Bedeutungen und Kategorisierungen aufzulegen. Das Kind *hat* eine Sensorische Integrationsstörung, der Patient *hat* eine hirnorganische Störung, die Patientin *hat* eine affektive Psychose. Das hört sich an, als wenn ein Mensch seine Krankheit besitzen kann, wie er ein Auto, ein Spielzeug, eine Wohnung besitzt. Das impliziert auch die Vorstellung, dass das, was ich habe, mir auch genommen werden kann. Diese Aufgabe sollen wir dann als therapeutische Experten durchführen. Und genau diese Aufgabe halte ich für nicht zu bewerkstelligen. Mir fällt es schwer, jemandem die Krankheit »zu nehmen«. Eher im Gegenteil bin ich der Überzeugung, dass wir das als Helfer gar nicht können.<sup>11</sup>

Die Gestalttherapie, deren wissenschaftliche Fundierung und Wirksamkeit übrigens durch etliche Untersuchungen belegt ist, hat mir dabei geholfen, neue Aspekte in meine Arbeit einzubringen. Für mich bedeutet das nicht, das medizinische Modell damit radikal über Bord zu werfen. Ich möchte mein Modell nicht als das Bessere hinstellen, sondern Impulse geben und zu einem neuen Denken anregen, denn genauso hat die Gestalttherapie auf meine ergotherapeutische Praxis eingewirkt. Bewusst habe ich die beiden Bereiche Krankheitsbegriff und Diagnostik in diesem Buch nahe beieinander behandelt, denn sie hängen für mich eng zusammen. Durch die medizinische Diagnose und die Befunde der Ergotherapeutin wird die Krankheit zuerst festgestellt, definiert und damit festgeschrieben. Der Arzt wendet dafür bestimmte Untersuchungsmethoden an, und dem Ergotherapeuten stehen spezielle Befundungsinstrumente zur Verfügung. Daraus leitet er dann die Behandlungsmaßnahmen mit gezielten Therapiemethoden ab.

»Das Ziel einer ergotherapeutischen Befunderhebung [...] ist, die Folgen der Störung in Bezug auf die Handlungsfähigkeit zu erfassen, um eine handlungsorientierte Zielformulierung und Behandlungsstrategie zu entwickeln« (Habermann 2002, 33).

Diese Vorgehensweise ist Inhalt der praktischen Ausbildung zur Ergotherapie<sup>12</sup>, und genau das vermittele ich als Ausbildungsanleiter auch. Das Verfahren ist nicht falsch, ich möchte es jedoch um die Ideen des Gestaltansatzes erweitern. Erst in jüngerer Zeit wird in der Ergotherapie versucht, unter Einbezug von Befundungsinstrumenten der angloamerikanischen Modelle<sup>13</sup> Beobachtungsmerkmale gemeinsam mit dem Patienten zu beschreiben. Dabei wird der Blick nicht mehr ausschließlich auf Funktionsstörungen gelegt, sondern auch auf Handlungsfähigkeiten des Patienten.<sup>14</sup> Die Befunderhebung wird verstärkt zur Umwelt des Patienten in Verbindung gesetzt und damit feldtheoretische Bezüge berücksichtigt.

»Menschen, auch Therapieklienten, durch die Brille vorgefertigter Kategorien zu sehen, widerspricht meinem Verständnis von Gestalttherapie, weil es nicht mit dem gestalttherapeutischen Primat der Beziehung zu vereinbaren ist; dem zufolge ist das Angebot eines Ich-Du-Kontaktes für die Gestalttherapie zentral, und das bedeutet die Anerkennung der Einzigartigkeit und Personenhaftigkeit des Menschen« (Stammmler 1993, 197).

Aus gestalttherapeutischer Perspektive ist der Einbezug des Patienten bei allen diagnostischen Erhebungen bzw. Befunden unerlässlich. Das dialogische Prinzip der Gestalttherapie sowie das ganzheitliche und phänomenologische Denken bilden die Basis jeder gestalttherapeutischen Diagnostik. Daher kann ich Menschen nicht ordnen wie Lebensmittel im Regal. »Jede Diagnose muss der Einzigartigkeit des jeweiligen Klienten gerecht werden« (ebd., 193) und ihm unvoreingenommen entgegentreten. Die gestalttherapeutische Haltung hilft mir, den Patienten als Mensch zu sehen und ihn nicht auf seine Störung zu reduzieren. Um so mehr kann ich wahrnehmen, was das Besondere dieses Menschen ausmacht. Ich werde leichter zugänglich für dieses einzigartige Wesen. Ich erhebe mich nicht über den anderen, den Patienten, gebe nicht meiner Sicht der Dinge mehr Gültigkeit gegenüber dessen Sichtweisen.

Nun fällt es mir auch leichter, die Ressourcen und Stärken des Patienten zu erkennen und diese als therapeutische Quelle zu nutzen. Der Gestaltansatz hilft mir, auf konventionelle Diagnostik und das Schubladendenken zu verzichten und den Patienten nicht zum Objekt zu machen. Dabei lege ich nicht den Blick auf die Defizite und Störungen des Patienten, sondern auf dessen Ressourcen. Ich frage mich:

- Was kann der Patient?
- Was möchte der Patient erreichen?
- Welche Unterstützung möchte der Patient?

- Was hat er bereits erreicht?
- Was hat er bisher für seine Entwicklung getan?

Sicher bedeutet das nicht, dass es auch Ähnlichkeiten bezüglich beobachtbaren Verhaltens gibt. Wie ich anfangs schon bemerkte, halte ich eine Verbindung der gestalttherapeutischen Diagnosesicht mit ergotherapeutischer Befundung für ausgesprochen hilfreich. Allerdings sehe ich auch die auftretenden Schwierigkeiten. Bin ich doch als Berufstätiger im Rahmen des deutschen Gesundheitssystems gehalten, defizitorientierte Befundung durchzuführen, um die Notwendigkeit meiner Arbeit zu beweisen.

*Wie dieser Spagat dennoch möglich sein kann, möchte ich anhand eines Fallbeispiels darstellen.*

*Herr Wiese<sup>15</sup> kommt im Anschluss an einen Rehabilitationsaufenthalt zu mir in die ergotherapeutische Behandlung. Die ärztliche Diagnose lautet: Zustand nach Apoplexie mit Hemiparese links.<sup>16</sup> Herr Wiese kommt in Begleitung seiner Ehefrau. Nun könnte ich mit klassischer Befundung loslegen und das Bewegungsausmaß und den Muskeltonus des Patienten prüfen. Statt dessen interessiert mich Herr Wiese zuerst als Mensch. Die Kontaktaufnahme und der Eintritt in ein dialogisches Verhältnis stehen für mich im Vordergrund, der Aufbau und die Herstellung eines vertrauensvollen Klimas sehe ich als Basis für weiteres Vorgehen. Daher suche ich den Beginn eines Gesprächs: »Sie waren in Bad S. in der Reha. Mich interessiert, wie Ihre Therapie dort verlaufen ist.« Damit eröffne ich den Dialog mit Herrn Wiese und zeige ihm meine Neugierde an seinem bisherigen Krankheitsverlauf. Herr Wiese beginnt von seinem Schlaganfall und seiner Rehabilitation in der Klinik zu erzählen. Ich komme so an wichtige anamnestiche Informationen, an die ich die Frage anschließe: »Was erwarten Sie von der Ergotherapie und speziell von mir?« Mit dieser Frage beziehe ich den Patienten direkt in den Behandlungsprozess ein. Damit erfrage ich die Wünsche und Bedürfnisse des Patienten, ohne ihn gleich in eine Schublade von »Funktionsstörungen« zu stecken. Herr Wiese gibt bereitwillig Auskunft. Ich nehme eine entspannte Haltung und einen überraschten Gesichtsausdruck bei ihm wahr. »Kann es sein, dass Sie mit dieser Frage nicht gerechnet haben?«, frage ich ihn, um meinen Eindruck zu überprüfen.*

*»Ja, ich bin überrascht«, antwortet Herr Wiese und seine Frau schließt noch an: »Bisher hat uns noch nie jemand gefragt, was wir eigentlich wollen.«*

*Herr Wieses größtes Bedürfnis ist, wieder seiner beruflichen Tätigkeit nachgehen zu können. Natürlich ist er daran interessiert, wie ich meine Behandlung durchführe, um das Ziel zu erreichen.*

*»Wir werden uns jetzt gemeinsam anschauen, was Sie können und nicht können und wie wir einen Behandlungsplan aufbauen«, erwidere ich. Für die erste Aufnahme genügt mir eine vereinfachte, grobe Prüfungsweise der Betätigungsperformanz des Patienten. Diese stütze ich vorwiegend auf Beobachtungen. Gemeinsam schauen wir, was mit Herrn Wiese los ist, um dann einen Weg in der therapeutischen Arbeit zu finden.*

*»Auf welche Art und in welcher Folge auch immer Informationen zusammenkommen, die mit jenen Begriffen bezeichnet werden – es ergibt sich, wie beim Zusammensetzen eines Puzzles, allmählich ein Bild, eine Gestalt, in der erkennbar wird, um was es für den Klienten in dem für ihn anstehenden Veränderungsprozeß gehen soll« (Stammmler 1993, 238).*

Diese Gestalt setzt sich aus verschiedenen Teilen zusammen. Einige trage ich als Therapeut dazu bei: Dies sind meine Befunde, Wahrnehmungen und Beobachtungen; einige tragen die Patienten durch das Mitteilen ihrer Interessen, Wünsche und Bedürfnisse bei. Dann erst entsteht ein gemeinsames Bild, das nur von uns beiden in diesem Moment geschaffen werden kann. Aus diesem gemeinsamen Bild entwickeln wir (Patient und Therapeut) die Behandlungsziele, d.h. einzelne Schritte, um das, was der Patient möchte, zu erreichen. Nun gilt es, die Ziele phänomenologisch zu überprüfen, die Wünsche des Patienten mit meinen Gedanken und Vorstellungen abzugleichen. Sicher müssen die Ziele realistisch erreichbar sein. Manchmal haben wir, der Patient und ich, unterschiedliche Vorstellungen. Diese benenne ich, ohne damit den Patienten abzuwerten. Ich nehme dem Patienten nicht seine eigene Vorstellung. Ich definiere nicht aus meiner Expertenrolle die Realität des Patienten. Ich mache ihm jedoch meine Sicht der Dinge deutlich. Viele Helfer vertreten die Meinung, man dürfe dem Patienten gar nicht mitteilen, was er wirklich hat. Ich frage mich dabei, woher diese Ansicht kommt, sollte es doch eher um eine Haltung gehen, die sich nicht anmaßt, mehr zu wissen, als der Patient. Der Patient hat allerdings ein Recht darauf zu erfahren, wie ich ihn sehe. Genauso halte ich es für wichtig, nicht einfach mit der Behandlung zu beginnen; werde ich von einem Patienten gefragt: »Welche Behandlungsziele haben Sie eigentlich?«, dann habe ich etwas versäumt. Ich finde es unbedingt wichtig, dem Patienten meine Gedanken, Vorstellungen und Befunde mitzuteilen, diese trans-

parent zu machen (und vor allem als *meine* Gedanken und Hypothesen deutlich zu machen).

»Diese Diagnose ist daher ›dialogisch‹, sie wird nicht von einem Experten ›gestellt‹, sie wird von zwei an einem gemeinsamen Geschehen beteiligten Menschen auf dem Boden und im Rahmen ihrer Beziehung erarbeitet« (ebd., 241).

Von daher muss jede Befundung im Dialog in einer für beide verständlichen Sprache konzipiert werden. Aus meinem therapeutischen Pool empfehle ich dem Patienten Behandlungsmaßnahmen, um in Richtung der Ziele zu gelangen.

*Im Beispiel von Herrn Wiese sehe ich die Chance, dass er zumindest partiell einer beruflichen Tätigkeit wieder nachgehen kann und somit auch weniger abhängig von seiner Frau ist. Herr Wiese zeigt mir, dass er stehen und mit einer Gehhilfe wenige Schritte laufen kann. Ihm gelingt es, frei auf einem Stuhl zu sitzen. Beginnende Funktionen im betroffenen linken Arm sind erkennbar. Durch Herrn Wieses Zielfestlegung bekomme ich bereits erste Informationen zu seiner Umwelt. Diese sind besonders wichtig, um herauszufinden, wie er lebt und wo es für ihn notwendig wird, alltägliche Verrichtungen auszuführen. Fragen des Organismus/Umwelt-Feld leiten mich für das weitere Vorgehen. Dafür ist es z.B. zentral, welche primären Funktionen eine Bedeutung für Herrn Wiese haben, damit er seiner früheren beruflichen Tätigkeit als Kaufmann wieder nachkommen kann. Dies kann ich nur in der einzigartigen Begegnung mit dem Patienten Herrn Wiese entstehen lassen. Zwar haben etliche Bewegungsmuster bei Schlaganfallpatienten Gemeinsamkeiten. In Nuancen unterscheiden sie sich wieder deutlich. Und in der Ganzheit verfährt jeder Mensch unterschiedlich mit diesen Veränderungen, hat aus seinem persönlichen Lebenshintergrund völlig andere Grundlagen für den Umgang.*

Diagnose und Befund sind keine statischen Merkmale. Sie entwickeln sich ständig. »Diagnose verändert sich kontinuierlich im Laufe der Therapie« (Staemmler/Bock 1999, 677) und ist dadurch ein dynamischer Prozess. »Die Diagnose ist jeweils einmalig und kann daher nur phänomenologisch-deskriptiv sein« (ebd., 677). In jeder Situation entstehen neue Aspekte, andere Sichtweisen, veränderte Gegebenheiten. Dies steht im Gegensatz zur standardisierten Testform, die Ergebnisse festschreibt und erst nach einem

bestimmten Zeitraum (manchmal gar nicht mehr) überprüft. Diese standardisierten Befundungsinstrumente sollen eine Objektivität beweisen, die es in dieser Form gar nicht gibt. Was ich in einer Therapiestunde befundet habe, muss in der folgenden Stunde schon nicht mehr so stimmen. Aus dieser Haltung trenne ich meine ergotherapeutischen Befunde in einen Anfangsbefund und ergänze sie im Dialog permanent mit dem jeweiligen Patienten, d.h. ein Befund sollte beschreiben, wie sich die Problematik des Patienten im Prozess darstellt.<sup>17</sup>

Jeder Befund ist feldabhängig. Das bedeutet, dass es nicht unwichtig ist, in welchem Kontext ich meine diagnostischen Erhebungen mache. Während ich gemeinsam mit dem Patienten dessen Fähigkeiten und Probleme erörtere, macht es einen großen Unterschied, ob der Patient zu Hause, in einer Praxis oder in der Klinik ist. Es ist von Bedeutung, wie der Raum ausgestattet ist und in welcher Tagesform der Patient sich befindet. Befunde und Diagnostik sollten nicht nur die Problematik erfassen, sondern auch die Veränderungen, denn Veränderung ist ja Sinn und Zweck jeder Therapie. Aus Sicht des Gestaltansatzes ist dialogische Diagnostik immer gleichzeitig Therapie.<sup>18</sup> »Diagnose und Therapie sind ein und derselbe Prozeß« (Staemmler/Bock 1999, 676).

Eine genaue Aufstellung von Kriterien gestalttherapeutischer Diagnostik findet sich bei Staemmler (1993, 232). Deutlich wurde sicher, wo der Unterschied dieser Form der Befunderhebung zur konventionellen Diagnostik liegt. »Dialogische Diagnostik erweckt von Anfang an nie die Illusion, sie sei objektiv begründet« (Staemmler 1993, 244).

Dadurch schafft diese Art der Diagnose auch eine unsichere Situation. Ich weiß nicht genau, woran ich bin, muss mich überraschen lassen; ich halte nicht fest an meinen einmal getätigten Befunden, sehe den Patienten in einem Prozess. Gestaltdiagnose allerdings schafft eine Spannung, wie ich sie ansonsten nicht kenne.

»Eine gestalttherapeutische Diagnose wird sich nicht so schnell vermitteln lassen wie eine konventionelle, denn sie wird nie auf ›einen‹ Begriff zu bringen sein« (ebd., 224).

*Zum Abschluss möchte ich als Anschauungsbeispiel noch eine Episode erzählen, die mich nachdenklich stimmte. Ich traf einen elfjährigen Jungen, der seit einigen Wochen in ergotherapeutischer Behandlung war. Ich äußerte, dass ich auch Ergotherapeut sei und mit Kindern arbeite. Ich fragte ihn, ob er mir erzählen möge, weshalb er eine ergotherapeutische Behandlung bekäme. Er antwortete mir, er wolle wohl schon,*

aber er wüsste es nicht. Er denke, dass es damit zu tun habe, dass er eine solche ›Sauklaue‹ habe. Ich war überrascht, denn ich gehe davon aus, dass es selbstverständlich ist, auch Kinder am Therapieprozess zu beteiligen und diese wissen zu lassen, weshalb sie eine Therapiemaßnahme bekommen. Kinder haben das gleiche Recht wie Erwachsene an ihrem Befund und ihrem Therapieplan mitzuwirken.<sup>19</sup>

### Anmerkungen

- 1 Der Name ›Krankheitssystem‹ würde dem eher gerecht werden, denn verwaltet werden Krankheiten.
- 2 HKS = Hyperkinetisches Syndrom, ADHD = Attention Deficit Hyperactive Disorder
- 3 vgl. Mattner, in: Passolt 2001, 13ff.
- 4 vgl. Pauls 1997, 47ff.
- 5 vgl. Pauls 1997, 49
- 6 s.o. Kap. 1.1
- 7 Beisser 1997
- 8 Coelho 2000, 40f.
- 9 Hahn 1995, 86f.
- 10 s.o. Kap. 1.3
- 11 s.o. Kap. 3.1
- 12 Scheepers u.a. 2000
- 13 s.u. Kap. 5
- 14 Habermann 2002, 33ff.
- 15 Ausführliche Falldarstellung s. Kümmel 2001, 18f.
- 16 Apoplexie = Schlaganfall; Hemiparese = inkomplette Halbseitenlähmung
- 17 Staemmler/Bock 1999, 677
- 18 Staemmler 1993, 243
- 19 Baulig/Baulig 2002

## 4. Die Praxis der Integration des Gestaltansatzes in die Ergotherapie

Seit etlichen Jahren behandle ich eine Patientin, die aufgrund eines Schlaganfalls am ganzen Körper gelähmt ist. Sie kann nur geringe Bewegungen mit den Armen ausführen. Die Patientin, Frau Margas, wirkt manchmal impulsiv und ist leicht erregbar. Unglücklicherweise gibt es Probleme bezüglich ihrer ergotherapeutischen Verordnungen. Ihr Ehemann bemühte sich bereits mehrfach zum verschreibenden Arzt und musste jeweils eine Stunde auf das Ausstellen der Verordnung warten. Frau Margas ärgerte dies maßlos; doch erneut konnte ich die Verordnung nicht annehmen, der Arzt benutzte das falsche Formular.<sup>1</sup> Ich bot an, mich darum zu kümmern, damit Herr Margas nicht erneut zum Arzt müsse. Ich rief in der Praxis des Mediziners an und erklärte die Situation. Mir wurde Verständnis entgegengebracht, jedoch wurde meine Bitte, mir die Verordnung zuzuschicken, abgelehnt. Herr Margas müsse persönlich vorbeikommen, brauche allerdings nicht warten und könne das Blatt sofort mitnehmen.

Einige Tage später war ich wieder bei Frau Margas zur Therapie. Als ich zur Tür hereinkam, nahm ich ihren Gesichtsausdruck wahr, der deutlich Ärger ausdrückte. Die Verordnung lag auf dem Tisch. Vorsichtig fragte ich, ob es nun geklappt habe. Frau Margas reagierte sehr wütend: ›Nichts hat geklappt. Mein Mann hat erneut eine Stunde warten müssen. Und niemand wusste, dass Sie angerufen hatten.‹

Zuerst fühlte ich mich angegriffen, hatte ich mich doch bemüht, das Beste zu erreichen, fühlte mich nicht verantwortlich für diese Formalie. Zudem war ich an diesem Tag gesundheitlich leicht angeschlagen. Ich begann mich zu rechtfertigen. Frau Margas wurde noch wütender. Ihr Oberkörper spannte sich an, ihre Arme gerieten in ein pathologisches Bewegungsmuster. Ich hatte ihren Ärger nicht respektiert. Innerlich war ich aufgewühlt und benötigte noch einen Moment, um mich an meine innere Haltung zu erinnern. Ich hielt einen Moment inne, holte tief Luft, nahm mein Unwohlsein wahr. Erst jetzt konnte ich hören und wahrnehmen, was Frau Margas mir mitteilte: ›Sie sind sehr wütend. Das ist

*auch verständlich, wenn Ihr Mann dreimal auf die Verordnung warten musste. Und Sie sind enttäuscht von mir, weil Sie erwarteten, dass ich die Sache regeln kann.*

*Erst jetzt hatte ich den Eindruck, dass Frau Margas sich ernstgenommen und wertgeschätzt fühlte. Jetzt erst hielt ich die Unsicherheit aus, noch nicht zu wissen, wie ich mit ihrem Ärger umgehen könnte, rechtfertigte mich jedoch nicht mehr. Nach einem kurzen Moment wurde sie deutlich ruhiger: »Sie brauchen nicht beleidigt zu sein, ich schätze Ihre Arbeit sehr. Ich hätte mir einfach gewünscht, dass das diesmal mit der Verordnung klappt.« Frau Margas äußerte damit deutlich ihr Bedürfnis und ihren Wunsch. Ich sicherte ihr zu, noch einmal mit dem Arzt zu telefonieren und ihn dazu zu bewegen, die Verordnungen zukünftig formal korrekt auszufüllen.*

*Sicher wäre auch ein anderer Umgang mit Frau Margas denkbar. Sie ist eine gelähmte Frau, was kümmert mich ihr Ärger. Mein Interesse könnte primär sein, dass mir die Verordnungen bezahlt werden. Aus gestalttherapeutischer Krankheitsperspektive entspricht dies jedoch nicht meiner inneren Grundhaltung.*

In diesem vierten Kapitel werde ich mich verstärkt Falldarstellungen aus der täglichen Arbeit zuwenden. Ähnlich wie in diesem Eingangsbeispiel zeichne ich ein Bild der Integration des Gestaltansatzes in der ergotherapeutischen Arbeit. Dabei lege ich besonderes Augenmerk auf die Anwendung gestalttherapeutischer Theorie. Aus diesem Fundus gestalte ich gezielte Interventionen.

Den Anfang mache ich mit Darstellungen zweier Patienten, die beide einen Schlaganfall erlitten. Beide Patienten leiden an ihrer Erkrankung und äußern ihre Bedrücktheit auf unterschiedliche Weise. Daher werde ich die Fälle mit Ausführungen über depressive Veränderungen nach einem Schlaganfall ergänzen. Depressive Zustände bei Patienten werden häufig in der Ergotherapiebehandlung sichtbar und beeinflussen die Therapie nachhaltig. Die beiden von mir geschilderten Patienten gehen völlig andersartig mit ihrer Apoplexie um. Daraus leiten sich auch divergente Verfahrensweisen in der therapeutischen Arbeit ab. Im ersten Fall steht einführendes Verstehen und Akzeptieren im Vordergrund. Bei Herrn König scheint eine konfrontativere therapeutische Haltung angemessen zu sein. In beiden Situationen tritt noch eine andere Ähnlichkeit auf: Beide Patienten müssen sich mit ihrer neuen Situation auseinandersetzen, was sie ebenfalls unterschiedlich bewältigen.

In der ergotherapeutischen Praxis treffen wir häufig auf Patienten, die ihre »Krankheit« (noch) nicht ausreichend verarbeitet haben. Da wir nicht

selbstverständlich davon ausgehen können, dass dies durch den Arzt oder einen Psychotherapeuten geschieht, werden wir in der therapeutischen Arbeit damit konfrontiert. Nochmals sei hier betont, dass wir in der Ergotherapie keine psychotherapeutische Behandlung durchführen. Allerdings hilft die Kenntnis von Krankheitsprozessen, um ergotherapeutische Ziele effektiver im Dialog mit dem Patienten zu erreichen. Hinzu kommt die intensive Nähe der therapeutischen Beziehung, die es vielen Patienten ermöglicht, sich zu öffnen. Beide Falldarstellungen zeigen auch die Einzigartigkeit der jeweiligen Menschen in ihren speziellen Kontexten.

An die Fälle anschließen werde ich das Thema »Motivation des Patienten«. Auch dieses Kapitel runde ich mit einem Fallbeispiel ab.

Im dritten Fall beschreibe ich die therapeutische Arbeit mit einer an Krebs erkrankten Patientin. In der psychisch-funktionellen Ergotherapie geht es primär um ihre Krankheitsverarbeitung mit Hilfe von gestalterisch-kreativen Techniken. Auch hierbei leitet mich gestalttherapeutische Theorie und Praxis. Diese Falldarstellung ergänze ich mit Überlegungen zu den kreativen Techniken in Gestalttherapie und Ergotherapie, die unbestrittene Ähnlichkeiten aufweisen.<sup>2</sup>

In den nächsten beiden Fällen schildere ich ergotherapeutische Behandlungen von Kindern. In einem Fall geht es um ein körperbehindertes Mädchen, im anderen Fall um einen Jungen, der auf Grund von Verhaltensauffälligkeiten überwiesen wurde. Der Schwerpunkt beider Darstellungen liegt in der Beschreibung der Elternarbeit. Gerade in Elternberatungen gibt mir der gestalttherapeutische Hintergrund eine Orientierung. Der erste Fall zeigt, wie durch die Elternarbeit die ergotherapeutische Behandlung effektiver werden konnte, und im zweiten Fall weise ich auf Grenzen der Ergotherapie hin, die erst durch die Elternarbeit sichtbar wurden.

Den Praxisteil schließe ich mit einer häufig auftretenden Frage bezüglich der Anwendung von Gestalttherapie in der Ergotherapie. Die Gestalttherapie wird häufig in Verbindung mit Techniken gebracht. Diese sind für die Psychotherapie und Selbsterfahrung entwickelt worden. Inwieweit sie auch für die ergotherapeutische Arbeit anwendbar sind, versuche ich in diesem letzten Abschnitt zu klären.

#### 4.1 Falldarstellung aus der Neurologie: Herr Entremont

*Herr Entremont erlitt im Winter einen Schlaganfall mit linksseitiger Hemiparese. Die Therapie beginne ich bei ihm wenige Tage nach seinem*

Rehaaufenthalt. Herr Entremont hatte noch nicht ausreichend Zeit, seinen Schlaganfall und die damit verbundenen Behinderungen zu verarbeiten. Seine Mobilität ist eingeschränkt. Ich komme daher zur Behandlung zu ihm nach Hause. Er bewegt sich im Rollstuhl, kann erst wenige Schritte mit Gehhilfen laufen. Dabei wirkt er unsicher.

Das Erstgespräch beginne ich gewohnt im gestalttherapeutischen Setting. Ich lasse mir zuerst Einzelheiten über Schlaganfall und Rehabilitation erzählen, frage interessiert nach und versuche mir ein ganzheitliches Bild des Patienten zu machen. Die erste Kontaktaufnahme halte ich für wichtig, um eine dialogische Patient-Therapeut-Beziehung zu ermöglichen. Ich möchte, dass Herr Entremont sich als Mensch von mir angenommen und gesehen fühlt. Erst dann können wir gemeinsam den nächsten Schritt gehen. Nachdem Herr Entremont ausführlich berichtet hat, stelle ich ihm die Frage nach seinen Wünschen und Erwartungen. In diesem Zusammenhang orientiere ich mich an den ergotherapeutischen Modellen MOHO und CMOP<sup>3</sup>.

»Das Wichtigste ist, dass ich mich zu Hause selbstständiger bewegen kann und weniger die Hilfe meiner Frau beanspruchen muss«, gibt er mir zur Antwort.

»Ich werde mein Bestes tun und Ihnen die notwendige Unterstützung geben«.

»Damit ich weiß, wie ich Ihnen behilflich sein kann, möchte ich mir anschauen, was Sie bereits können.«

Mit diesem Weg trete ich in den Dialog und versuche nun die Ressourcen des Patienten herauszufinden. Aus gestalttherapeutischer Krankheitssicht interessieren mich nicht primär seine Defizite. Herr Entremont lächelt und zeigt mir ganz stolz, dass er seinen Daumen leicht bewegen kann.

»Wie ich sehe, haben Sie beginnende Bewegungsfunktionen. Um herauszufinden, wo und wie Sie meine Hilfe benötigen, muss ich auch Ihre Probleme kennen. Um Ihren Muskeltonus und Ihr Bewegungsausmaß zu ergründen, möchte ich Ihren betroffenen Arm anfassen. Ist das für Sie in Ordnung?«

Nun gehe ich einen Schritt weiter. Nachdem Herr Entremont mir verdeutlicht hat, dass er bereit für einen gemeinsamen Therapieprozess ist, fange ich mit der ergotherapeutischen Befundung an. Ich beginne den betroffenen Arm des Patienten sanft passiv zu bewegen. Im Bereich der Schulter stelle ich einen hohen Muskeltonus fest. Während ich Herrn Entremonts Arm untersuche, beobachte ich mit all meinen Sinnen. Ich achte auf kleinste Veränderungen, sowohl solche, die ich erspüren kann,

als auch solche, die ich sehen und ahnen kann. Ich nehme ein kurzes Ziehen im Mundwinkel des Patienten wahr sowie ein stärkeres Verkrampfen in der Schultermuskulatur. Sofort frage ich ihn, ob er Schmerzen hat.

Herr Entremont winkt ab und sagt, es sei nicht schlimm und auszuhalten. Da ich mir nicht sicher bin, frage ich noch einmal nach:

»Wo genau spüren Sie Schmerzen und wie stark sind diese?«

Erst jetzt habe ich den Eindruck, dass Herr Entremont sich mit seinem Schmerz angenommen fühlt. Er beschreibt einen starken Schmerz in der Schulter und erzählt mir, dass er der Meinung sei, dies aushalten zu müssen. Als Grund gibt er an, dass er denke, dies verbessere die Heilungschancen. Ich teile ihm mit, dass es für die Behandlung wichtig sei, wenn er Schmerzen äußere, da wir bis zur Schmerzgrenze arbeiten werden, jedoch nicht darüber. Jetzt wird Herr Entremont offener im Äußern seiner Befindlichkeiten und beginnt mehr über die Schmerzen zu berichten. Er schildert mir, dass er sogar regelrecht Angst vor den Schmerzen habe, wodurch er auch stärker verkrampfe. Da ich weiß, dass die Behandlungserfolge geringer sind, wenn ich nicht auf seinen Schmerz eingehe, achte ich nun besonders auf kleine Schmerzzeichen. Dabei nutze ich die phänomenologischen Elemente des Gestaltansatzes. Dem Patienten zeige ich damit meine volle Aufmerksamkeit und ermögliche ihm dadurch, Verantwortung für sein eigenes Wohlbefinden zu übernehmen.

Nach einem drei viertel Jahr sind die Schmerzen in der Schulter verschwunden, und neben den ergotherapeutischen Behandlungsmethoden hat die Übernahme von Verantwortung für den eigenen Heilungsprozess dazu beigetragen.

In einer weiteren Behandlungsstunde fragt mich Herr Entremont:

»Soll ich während der Therapie liegen oder sitzen?«

Ich entgegne ihm:

»Wonach ist Ihnen denn?« Damit zeige ich dem Patienten, dass mir seine Wünsche wichtig sind und ich ihn weiterhin in die Behandlung einbeziehe.

»Ich hätte gerne, dass Sie mit meiner Hand arbeiten«; gibt er mir zur Antwort. Für mich ist wichtig, dass der Patient mir sagt, wie ich ihn zu behandeln habe. Seine Wünsche und Bedürfnisse stehen im Vordergrund, dann schauen wir gemeinsam, wie wir die Therapieziele erreichen können. Dadurch stelle ich mich voll auf den Patienten ein. Allerdings gehe ich das Risiko der Unsicherheit, des scheinbar »Ungeplanten« ein. Durch das Eingehen auf die Wünsche und Bedürfnisse gelingt es

mir leichter, die Übernahme von Eigenverantwortung des Patienten zu aktivieren. Gerade Herr Entremont ist ausgesprochen aktiv an seiner eigenen Heilung beteiligt.

Nach einigen Wochen der Therapie hat sich sein Bewegungsausmaß sichtbar verbessert. Der Transfer vom Rollstuhl auf einen Stuhl oder das Bett gelingt leichter. Diese Phänomene melde ich ihm zurück:

»Wie ich sehe, können Sie sicherer umsetzen. Auch Ihr Arm lässt sich besser bewegen.«

Nachdem der Patient zuerst nicht darauf reagiert, frage ich ihn vorsichtig:

»Haben Sie dies auch schon bemerkt?« Diese Frage dient der Selbstwahrnehmung, der Awareness-Arbeit des Gestaltansatzes. Doch muss ich dabei auch meine Wahrnehmung überprüfen, denn die Sichtweise des Patienten ist anders. Und um dessen Sicht geht es mir primär in der Therapie (s. Abb. 13).

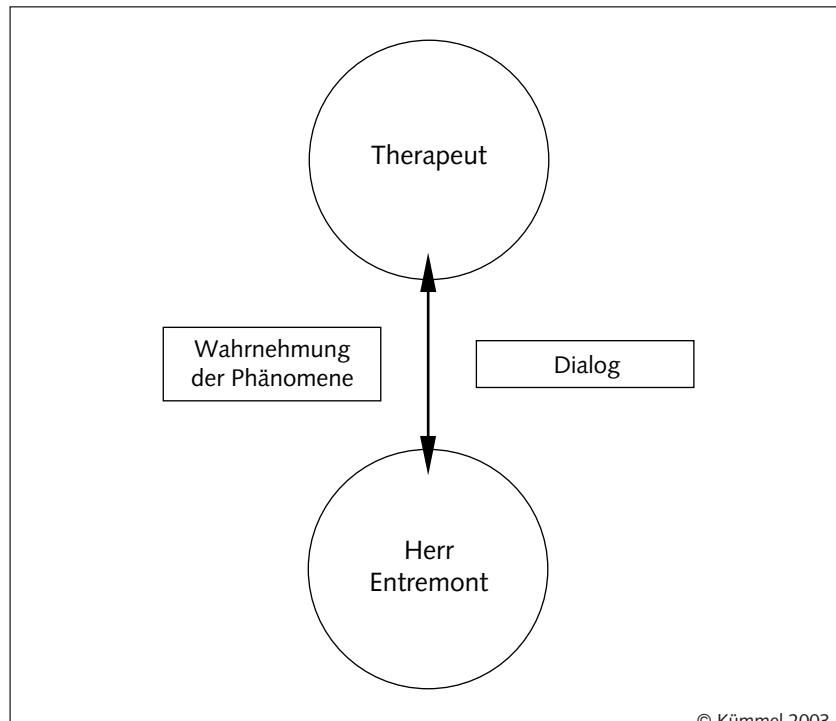


Abb. 13: Therapeutische Intervention

Als Therapeut nehme ich Phänomene des Patienten Herrn Entremont wahr: Der Patient kann sicherer vom Rollstuhl in einen Stuhl umsetzen, er steht besser, sein Arm lässt sich wieder etwas bewegen. Im Dialog mit dem Patienten melde ich ihm meine Wahrnehmungen zurück und ermögliche ihm damit einen eigenen Bewusstseitsprozess.

»Ja«, gibt er leise zur Antwort, »wir üben auch viel.«

»Das merke ich. Sie sind sehr motiviert.« Mit dieser Bemerkung versuche ich dem Patienten seine Selbstverantwortung und Ressourcen bewusst zu machen. Dabei gehe ich von dem gestalttherapeutischen Menschenbild aus, dass Selbstheilungskräfte in jedem Menschen vorhanden sind. Ähnliches beschreibt auch das Kanadische Modell der Betätigungsperformanz<sup>4</sup>, das die Stärken, Ressourcen und Wünsche des Patienten als Grundlage des therapeutischen Prozesses definiert. Meine Aufgabe als Therapeut sehe ich darin, diese Kräfte bewusst zu machen und zu aktivieren.

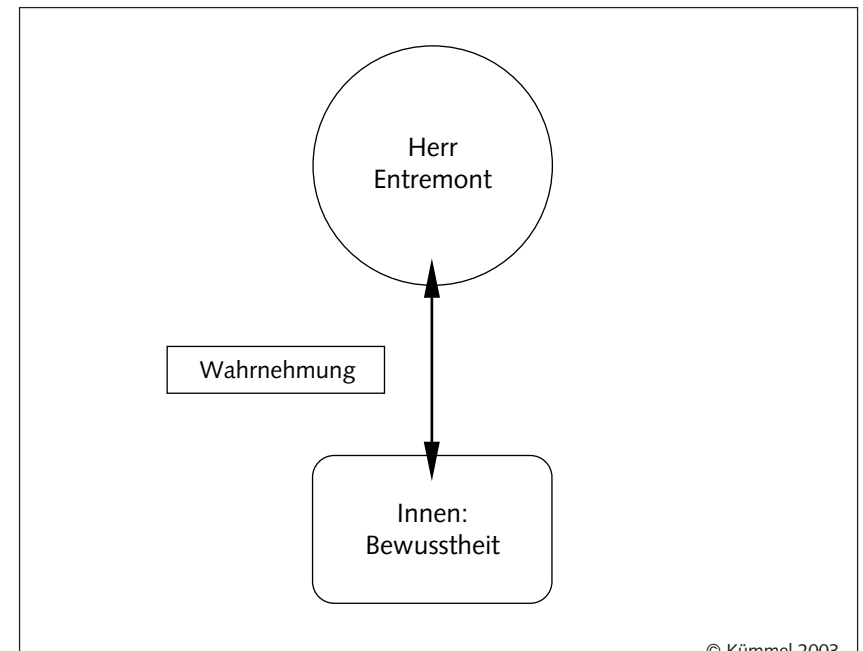


Abb. 14: Bewusstseitsentwicklung

*Dies ermöglicht Herrn Entremont, eigene Wahrnehmungsprozesse zu erfahren und in dieser Situation zu wichtigen Auseinandersetzungen mit seiner Krankheit zu gelangen. Nachdem ich Herrn Entremont sein großes Engagement zurückmelde, beginnt er plötzlich zu weinen. Ich halte nun inne, bewege seinen Arm nicht mehr weiter, berühre stattdessen seine Hände und frage vorsichtig:*

*»Was ist gerade, Herr Entremont?«*

In der Gestalttherapie ist es selbstverständlich, nicht mit meinem ›Therapieprogramm‹ weiterzumachen, wenn Klienten/Patienten zu weinen beginnen, sondern den Prozess anzuhalten. Das ist nicht einfach, erfordert viel Übung und einige Auseinandersetzung mit den eigenen Gefühlen. Dafür muss ich mir meiner eigenen Berührtheit bewusst sein und diese offenbaren können.

*»Wenn Therapeuten ihre eigene Berührtheit zeigen, steht das eher in Einklang mit der gestalttherapeutischen Theorie und ist auch meist effektiver, als den Eintritt in einen Dialog zu vermeiden« (Yontef 1999, 56).*

Auch in diesem Fall versuche ich durch meine nonverbalen Botschaften – Stimme und Berührung – dem Patienten deutlich zu machen, dass es vollkommen in Ordnung ist, traurig zu sein. Dadurch erfährt Herr Entremont Bestätigung.

*»Jemand wird bestätigt, wenn er einem Anderen als ganzer und einzigartiger Mensch gegenwärtig wird« (ebd., 56).*

Für wenig hilfreich erachte ich in diesem Zusammenhang Bemerkungen wie: »Es geht doch schon viel besser. Ist doch gar nicht so schlimm.« Meiner Erfahrung nach fühlt sich der Patient dadurch eher abgewertet. Und doch ist »Bestätigung mehr als Akzeptanz« (ebd.) und »gehört zu den Grundwerten der gestalttherapeutischen Haltung« (ebd.). Erst mit dieser Haltung gelingt therapeutisches Arbeiten, denn eine funktionelle oder sensorische Ergotherapiebehandlung ist in einer solchen Situation schwer durchzuführen. Die Patienten verkrampfen stark, der Muskeltonus nimmt zu und eine gewisse resignierte Stimmung tritt ein.

*Nachdem ich Herrn Entremont die Bestätigung für die Traurigkeit gegeben habe, schluchzt er noch heftiger.*

*Ich bleibe mit dem Patienten in der Situation und antworte ihm:*

*»Sie sind erst fünf Wochen aus der Rehabilitation wieder zurück. Ich glaube, Sie hatten noch gar nicht genug Zeit sich mit Ihrer Erkrankung auseinander zu setzen?« An dieser Stelle versuche ich die Bestätigung der Traurigkeit zu verstärken und zu beschreiben (im Sinne einer Krankheitsverarbeitung).*

*Herr Entremont schluchzt:*

*»Ja, da haben Sie Recht.« Ich warte einen Moment und spreche weiter:*

*»Und die Verarbeitung des Schlaganfalls halte ich für sehr wichtig.«*

Da sich der Patient durch die Traurigkeit in einer regressiven und diffusen Phase befindet, ist es mir wichtig, ihn nicht mit Introjektionen<sup>5</sup> zu behelligen (z.B.: »Die Krankheitsverarbeitung IST wichtig.«), sondern meine Meinung zu äußern. Diese Kleinigkeit macht aus meiner Sicht einen Unterschied. Sie eröffnet dem Patienten eine neue Möglichkeiten, lässt die Wahl jedoch bei ihm. Introjektionen helfen an dieser Stelle nicht weiter. Die meisten Patienten kommen aus der Rehabilitationsklinik mit vielen Anregungen, Tipps und »Das-müssen-Sie-unbedingt-tun«-Ratschlägen. Meist fühlen sie sich überfordert und fühlen den anderen, hilflosen und traurigen Pol nicht wahrgenommen. Dieser Pol verstärkt sich dann. Die Patienten werden depressiv, mutlos und resignieren.

*Nach meiner Antwort weint Herr Entremont weiter und schluchzt noch heftiger:*

*»Ja...«*

*»Und es ist vollkommen in Ordnung traurig zu sein.« Ich bleibe an dem Phänomen Traurigkeit, gebe ihm die Bestätigung. Mein Ziel ist weder, dass der Patient mit dem Weinen aufhört, noch verfolge ich in diesem Moment irgend ein anderes Ziel. Obwohl ich diese Situation für mich selbst als unsicher erlebe.*

*Herr Entremont schluchzend:*

*»Ich habe halt gerade daran gedacht, was ich früher alles konnte.«*

*Durch die gestalttherapeutische Awareness kann er einen wichtigen Schritt hin zur Krankheitsverarbeitung machen. Für den Patienten ist die neue Situation schlimm, er braucht Zeit, diese notwendige Trauerarbeit zu leisten. Möglich ist es ihm in diesem Stadium, weil ich ihn in der Traurigkeit lassen kann. Der Patient kann sich dadurch leichter verstanden und angenommen erleben.*

Als Therapeut rege ich einen Prozess an und unterstütze den Patienten durch Zuhören und Interesse an seinen Gedanken und Gefühlen, an Resi-

gnation und Trauer. Krankheit kann dann weniger als ›Schicksalsschlag‹, denn als Chance begriffen werden.<sup>6</sup>

*Herr Entremont durchläuft in seiner Krankheitsverarbeitung verschiedene Phasen. So wechseln Trauerarbeit, Resignation und Lustlosigkeit mit hoher Motivation und Aktivität. Nach gut einem Jahr ist ein Stillstand eingetreten. Das bedrückt den Patienten sehr.*

*»Momentan habe ich gar keine Lust auf die Therapie«, begrüßt er mich, »es geht so gar nicht voran.« Er sieht sich in dieser Phase als Opfer des Schicksals und der Krankheit. Aus gestalttherapeutischer Perspektive geht es nun um die Integration, um den Weg des ›Dritten‹.<sup>7</sup> Dazu brauchen wir beide Geduld und Ausdauer.*

Dieser therapeutische Umgang ist nicht einfach. Mir fällt es auch nach vielen Jahren immer noch schwer, Traurigkeit auszuhalten und meine eigene Berührtheit wirklich wahrzunehmen. Mir hilft dabei, Prozesse zu verlangsamen, innezuhalten, mich zurückzuhalten und nicht sofort etwas sagen. Die Gestalttherapie gibt mir das notwendige Handwerkszeug. In unzähligen Übungen, therapeutischen Sitzungen, Gruppenleitungen und Supervision lernte ich mit meiner Traurigkeit und der Traurigkeit anderer Menschen leichter umzugehen.

#### 4.2.1 Falldarstellung Herr König

Im Fall von Herrn Entremont ist mir die Umsetzung des Gestaltansatzes gelungen. Obwohl die Integration von Gestaltideen in die ergotherapeutische Arbeit wirksam ist, hat sie auch ihre Grenzen.

*In der Arbeit mit Herrn König gelangen mir nur kurze Momente der Aktivierung von Awareness und Selbstverantwortung beim Patienten. Ansonsten musste ich mich respektvoll vor dem Patienten verneigen und einsehen, dass eine effektive Durchführung der Ergotherapie mit meinen Mitteln in diesem Fall nicht möglich war.*

*Herr König gehört zu den Patienten, die mich herausfordern. Er verweigerte die Ergotherapie. Die Maßnahme ging er ausschließlich auf Grund des Anratens seiner Krankenkasse ein, da diese eine Rehabilitationskur erst dann befürworten wollte, wenn Herr König die ambulanten Therapien ausschöpfte. Daraufhin nahm er Kontakt mit uns auf und machte bereits beim ersten Besuch deutlich, dass er keine Lust zur Er-*

*gotherapie habe. Beim Erstbefund stellten wir ein geringes Bewegungsausmaß im betroffenen Arm fest. Herr König klagte zudem über starke Schmerzen beim passiven Bewegen des betroffenen Armes.*

*Bereits in der ersten Behandlung zeigt sich das Dilemma. Herr König wünscht die Behandlung nicht, möchte nicht mitarbeiten, wartet auf ein Wunder der Verbesserung. Wir versuchen ihm schonend klar zu machen, dass eine Verbesserung des Arms und eine Schmerzreduktion nur bei gleichzeitiger Mitarbeit von ihm möglich sei. Herr König sieht dies nicht ein und lässt die Ergotherapie mehr oder weniger über sich ergehen. In jeder Therapiestunde klagt er über starke Schmerzen in der Schulter und macht dafür die ergotherapeutische Behandlung verantwortlich.*

*Nach einigen Wochen der Behandlung lässt Herr König uns über seine Physiotherapeutin mitteilen, dass er verärgert über die ergotherapeutische Behandlung sei. In der folgenden Sitzung spreche ich das Thema direkt an:*

*»Ich habe gehört, dass Sie nicht zufrieden mit unserer Behandlung sind. Woran meinen Sie, liegt das?«*

*Ich versuche nicht lehrmeisterlich unseren Ansatz zu erklären, sondern zu ergründen, welche Widerstände Herrn König zu diesem Verhalten bewegten. Damit gebe ich eine Anregung zum Dialog, nehme Herrn König mit seinem Verhalten ernst, akzeptiere ihn in seiner Haltung. Ich bemühe mich weiter um einen vertrauensvollen Dialog und spreche ihn im Sinne einer klientenzentrierten Haltung an. Auf meine Frage antwortet Herr König:*

*»In der Klinik war es besser, war der Arm besser.«*

*»Das interessiert mich, was war dort anders?«*

*Diese letzte Frage stelle ich nicht vorwurfsvoll, sondern aus wirklichem Interesse. Um unsere Behandlung zu verändern, möchte ich wissen, was für den Patienten besser ist. Dafür benötige ich allerdings Anregungen von Seiten des Patienten, da ich mich in erster Linie als Lernender sehe, der von anderen etwas erfahren kann. Herr König scheint sich wohl mehr und mehr angenommen zu fühlen, denn er beginnt etwas zu erzählen. Langsam kann ich eine dialogische Beziehung zu ihm aufbauen. Um ihn als ganzen Menschen zu sehen, brauche ich jedoch noch ein wenig Zeit. Seine Stimmungen wirken wechselhaft auf mich, mal ist er gesprächig, mal schweigsam. Häufig äußert er, dass die ganze Therapie sowieso keinen Sinn mehr mache, dass er lieber nicht mehr leben wolle. Mein Eindruck ist, dass Herr König nicht auf die Krankheit schauen will, sich nicht mit ihr auseinandersetzen möchte. Durch*

diese Vermeidung wird er depressiver und resignierter. Depression ist häufig unterdrückte Wut, die sich bei Herrn König in Form von Zorn auf sich selbst zeigte. Diesen Zorn wiederum projizierte er auf die Therapeuten. Leider war es mir mit ihm nicht möglich, diese Hypothesen einer genaueren Überprüfung zu unterziehen.

Seine Motivationslosigkeit und depressiven Verstimmungen steigern sich noch. Auf der empathischen, kongruenten Ebene (im Sinne des klientenzentrierten Ansatzes<sup>8</sup>) komme ich nicht mehr weiter. Schließlich, auch bedingt durch eine Fallbesprechung in unserer Team-Supervision, konfrontieren wir Herrn König mit seiner Haltung:

»Wir wissen alle, dass das mit dem Arm wohl nichts mehr wird. Dann lockern wir halt noch ein wenig, erfüllen den Auftrag der Krankenkasse und das war es!«

Mit dieser Intervention scheint Herr König nicht gerechnet zu haben. Wir können einen klareren Rahmen schaffen, beenden das »Nett-Sein«, konfrontieren ihn mit seiner Vermeidungshaltung. Plötzlich beginnt er ein wenig mitzuarbeiten. Mit Hilfe einiger Fragen in Anlehnung an das Modell der menschlichen Betätigung<sup>9</sup> und der feldtheoretischen Sicht erfahre ich einige Einzelheiten über Herrn Königs Leben, seine Werte, Interessen und Gewohnheiten. Für eine kurze Behandlungsspanne kann ich Verbesserungen erreichen. Herr König lässt nicht mehr ausschließlich die Behandlung über sich ergehen, arbeitet etwas mit. Leider währt dieser Motivationsschub nicht lange. Trotz Einbezug des Umwelt-Feldes (Ehefrau, Ärztin, Physiotherapeutin, ergotherapeutisches Praxisteam) gelingt es mir nicht, eine dauerhafte dialogische Therapeut-Patient-Beziehung zu halten und den Patienten zur Übernahme von Eigenverantwortung zu motivieren. Ich muss einsehen, dass Herrn Königs Verhalten das für ihn zu diesem Zeitpunkt einzig mögliche ist. Weder empathisches, einfühlsames Eingehen, noch liebevolles Konfrontieren zeigen bleibende Wirkung. Ich benenne ihm gegenüber meine Wahrnehmung:

»Auf mich wirken Sie lustlos.« Herr König stimmt dieser Wahrnehmung nicht zu, bleibt bei seiner Vermeidungshaltung und gibt zur Antwort:

»Ihr habt nur keine Ahnung, wie mein Arm wieder in Gang zu bringen ist.« Ich teile ihm erneut meine Sicht mit und benenne den Widerstand:

»Das war nicht das, was ich meinte. Wir kommen nur im gemeinsamen Weg weiter.« Herr König ist auch auf dieser Ebene schwer erreichbar. Selbst der Einbezug von Humor in die Therapie hat keinen Effekt.

Die Frage an Herrn König ist zu diesem Zeitpunkt klar und eindeutig:

»Wollen Sie an Ihrer Rehabilitation mitwirken oder wollen Sie nicht?« Seine Antwort konnte nur ja oder nein lauten. Herr König entschied sich für das Nein. Das akzeptiere ich. Vor dem Hintergrund der depressiven Stimmung des Patienten erkenne ich, dass er (noch) nicht für eine Veränderung bereit ist. In Abstimmung mit der verordneten Ärztin reduziere ich die Ergotherapiebehandlung auf einmal pro Woche, um letztendlich die Konsequenz zu ziehen, dass ich hier nicht weiterkomme.

Zum besseren Verständnis möchte ich an dieser Stelle einige Gedanken zu depressiven Veränderungen bei Menschen nach einem Schlaganfall einschleusen. Dies sehe ich auch vor dem Hintergrund der beiden unterschiedlichen Fälle und dem sich daraus ableitende Umgang mit dem jeweiligen Menschen. Yontef beschreibt dies als »rückhaltlose Kommunikation« und meint damit,

»daß der Therapeut oder die Therapeutin sich dem Dialog stellt, aber es bedeutet nicht, daß er oder sie keine Unterschiede macht« (1999, 55f.).

#### 4.2.2 Depressive Veränderungen bei Menschen mit Schlaganfall – eine gestalttherapeutische Sichtweise

In den beiden vorgehenden Fallbeispielen habe ich unterschiedliche Fälle mit ähnlichen Hintergründen dargestellt, nämlich durch den Schlaganfall bedingte depressive Veränderungen. In der ergotherapeutischen Arbeit mit neurologischen Patienten wird man häufig mit deren Stimmungen konfrontiert. Die gestalttherapeutische Sichtweise hilft, depressive Veränderungen bei Menschen nach einem Schlaganfall zu verstehen und einzuordnen. Der Gestaltansatz unterstützt mich dabei, nicht auf eine rein funktionelle Behandlung zu setzen, sondern klientenzentriertes Arbeiten zu ermöglichen.

Der Schlaganfall bedeutet in der Regel nicht nur eine grundlegende körperliche Veränderung (z.B. Hemiplegie und Spastik), Wahrnehmungs- und Sprachschwierigkeiten (bis hin zur Aphasie), sondern er hat auch vielfältige seelische Folgen. Die Rehabilitation steht für den Patienten zweifelsfrei im Vordergrund, die Krankheitsbewältigung darf dabei allerdings nicht zu kurz kommen. Der Schlaganfall muss sowohl körperlich als auch psychisch verarbeitet werden. Zwischen der körperlichen und der psychischen Seite besteht eine ständige Wechselwirkung. Primär existiert bei den Patienten das

Bedürfnis, so schnell wie möglich verloren gegangene Funktionen wieder zu erlangen. So werden diese Bedürfnisse Figur und drängen nach Erledigung. Doch verstärkt man den einen Pol zu intensiv, meldet sich die andere, resignierende Seite. Das Schwierige und auch das Spannende in der Arbeit mit Schlaganfallbetroffenen kann der gemeinsame Weg von Patient und Therapeut zu einer Krankheitsbewältigung, zu mehr Handlungsmöglichkeit und damit zu größerer Lebensfreude sein.

Sicher verläuft weder die physiologische, noch die psychische Rehabilitation störungsfrei und ohne Rückfälle. Die Kraftanstrengung von Übungen und kleinen Schritten erscheint noch gewaltiger, und das Ergebnis oft noch dürftiger, ein Rückfall wie z.B. ein Sturz verursachen nicht nur Verschlechterungen in der Rehabilitation, sondern meist sind massive Stimmungsschwankungen, depressive Verstimmungen und Resignation die Folge.

Die Bewegungseinschränkungen sowie sichtbare und spürbare Verschlechterungen zu früheren Situationen sind den Schlaganfallbetroffenen sehr bewusst: »Was konnte ich früher alles machen!« Diese Vergleiche mit dem Leben vor dem Schlaganfall fördern geradezu depressive Verstimmungen. Dabei hilft es aus meiner Sicht wenig, die Patienten ständig auf die kleinen Verbesserungen hinzuweisen. Wichtig ist, beide Seiten zu benennen, denn es ist natürlich schlimm, dass Laufen jetzt nicht mehr möglich ist.

Misserfolge in der Rehabilitation werden antizipiert bzw. bekommen weit aus stärkeres Gewicht. Zum Beispiel wird nach fünfmaligem alleinigen Spazieren außer Haus beim sechsten Mal die Spastik im Bein so stark, dass nach wenigen Minuten abgebrochen werden muss; dies wird als großer Misserfolg gesehen und Selbstvorwürfe tauchen auf, die dann wiederum zu einer bedrückten Haltung führen können. Die vorhergehenden Erfolge werden dabei nicht mehr beachtet.

In der ersten Phase, unmittelbar nach dem Schlaganfall, meist noch in der Rehabilitationszeit, wird die Krankheit, die neue Situation häufig verleugnet. Der Klinikalltag mit seinem vollen Tagesprogramm lässt ein tieferes Spüren oft nicht zu. In der zweiten Phase, nach der Entlassung, beginnen die Betroffenen das Ereignis verstandesmäßig zu erfassen, die Vergleiche zu früher werden deutlicher, Resignation macht sich breit, Depressionen können folgen. Aber was versteht man nun überhaupt unter einem depressiven Zustand? Die konventionelle Diagnostik hat dafür klare Definitionen vorgesehen. Aus Sicht der gestalttherapeutischen Diagnostik gehe ich besonnen mit diesen Kategorien um. Denn jeder Mensch versteht unter »Depression« etwas anderes – für die einen ist es der monatliche »Moralische«, für den anderen eine schwerwiegende psychische Krankheit.

»Die Depression ist als die »gewöhnliche Grippe der Psychopathologie« bezeichnet worden. Wir alle sind zu irgendeiner Zeit depressiv gewesen wegen des Verlustes einer geliebten Person, einer Trennung, chronischer Frustrationen und andauerndem Stress oder weil wir ein ersehntes Ziel nicht erreicht haben« (Zimbardo 1992, 516).

Bei Menschen mit Schlaganfall muss die hirnorganische Seite mit beachtet werden, daher bin ich mit meiner Wortwahl noch genauer und gebrauche im Folgenden den Begriff depressive Verstimmung. Die für einen Außenstehenden sichtbare Stimmungslabilität kann als neurologische Folge des Schlaganfalls auftreten und ist weniger im Sinne der neurotischen Depression anzusehen. Wirkt eine Person apathisch, muss dies noch nicht auf depressive Verstimmung hinweisen, dies kann auch Ausdruck von Wahrnehmungs-, Konzentrations- oder Gedächtnisschwächen sein. Depressive Verstimmungen sind dennoch häufig eine psychische Reaktion auf die Erkrankung selbst. In vielen Fällen sind sicher beide Faktoren (psychische Reaktion und neurologische Folge) von Bedeutung.

Gesellschaftliche Einstellung gegenüber Behinderten führt zu einer depressiven Verstärkung: »Wenn ich auf die Straße gehe und mich jemand laufen und sprechen hört, denkt dieser doch, der ist nicht ganz normal im Kopf« (ein Patient mit Hemiplegie und Spracheinschränkungen).

Zu depressiven Veränderungen können auch problematische Familienbeziehungen beitragen, nämlich dann, wenn Angehörige entweder mit zu viel Zuwendung reagieren (aus Mitleid) oder aber wenig Verständnis zeigen und den Betroffenen anklagen: »Du könntest schon viel weiter sein, wenn du nur richtig wolltest.« Dies untermauert den feldtheoretischen Bezug in der therapeutischen Arbeit.

Die bei Schlaganfall-Betroffenen meist nach der Rehabilitationszeit im häuslichen Umfeld auftretenden Depressionen liegen zum einen in der deutlich werdenden Bewusstheit über die Erkrankung. Die Vergleiche mit der Zeit vor dem Schlaganfall werden sichtbarer.

»Einen großen Teil des Problems macht das ständige Vergleichen aus. Ich verglich meinen momentanen Zustand damit, wie ich früher war. Ich verglich meine Untätigkeit mit den vielen Dingen, die ich damals tat. Ich verglich meine Schwäche mit meiner früheren Stärke« (Beisser 1997, 80f.).

Zum anderen müssen sich die Familienbeziehungen neu ordnen. Das braucht Zeit. Dem Patienten Zeit lassen, heißt auch, nicht sofort in das Machen zu kommen und schnelle Funktionen zu versprechen und zu erlernen.

Dietrich Peinert, selbst von einem Schlaganfall betroffen, beschreibt in seinem Buch, dass ihn das Verhalten seiner Ehefrau zu Beginn an das Krankenpflegepersonal erinnerte, er fühlte sich erneut hilflos, wurde ärgerlich, fühlte sich in vielen Bereichen verdrängt:

»So wie ich es hier tat, reagiert also nur jemand, der sein seelisches Gleichgewicht nicht hat und daher nicht ruhig überlegt. Wie aber gewinnt man sein seelisches Gleichgewicht wieder, wenn man wesentliche physische Fähigkeiten verloren hat? Das war jetzt die Frage« (1998, 69).

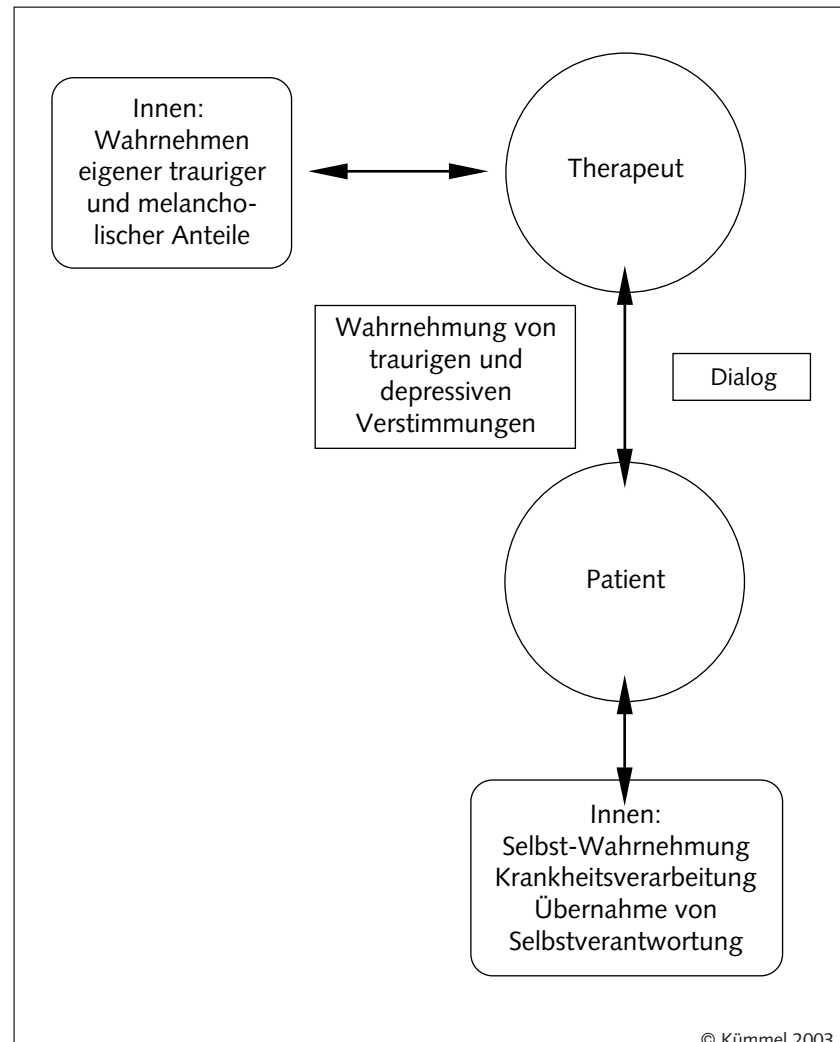


Abb. 15: Wahrnehmung trauriger Anteile

Aus gestalttherapeutischer Sichtweise kann ein Schlaganfall-Betroffener dieses »seelische Gleichgewicht« nur aus sich selbst heraus wieder finden, indem er die neue Situation so akzeptiert wie sie ist. Dies hört sich sehr leicht an, ist jedoch ungleich schwerer. Der vom Schlaganfall betroffene Mensch benötigt für diesen Weg Hilfe und Unterstützung.

Neben der Unterstützung und Liebe, die ihm Angehörige und Freunde entgegenbringen können, kann eine Psychotherapie bzw. stützende Therapie nützlich sein. Da nur wenige vom Schlaganfall betroffene Menschen psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen, kommen für die Heilmittel-Therapeuten zusätzliche Aufgaben hinzu. Gerade beim gleichzeitigen Auftreten einer körperlichen Erkrankung wie dem Schlaganfall und einer depressiven Verstimmung geht es mehr um die Einstellung auf ein neues Selbstbild und das Erkennen neuer Möglichkeiten. Die subjektive Bewertung ist entscheidend. Ich akzeptiere das, was der Schlaganfallbetroffene empfindet; nicht wichtig ist, was ich als Therapeut denke. Dies setzt intensives Arbeiten an der eigenen persönlichen Entwicklung voraus. Die Gestalttherapie bietet dafür Wege (s. Abb. 15).

»Als ich meine Behinderung bekam und sich mein Leben dramatisch veränderte, konnte ich es nicht glauben und haßte es. Ich hielt mich für gesund, stark und kraftvoll und fragte mich: »Warum ist mir das passiert?«« (Beisser, 1997, 77).<sup>10</sup>

Aus dieser Sicht macht es wenig Sinn, depressive Menschen aufzumuntern. Den Depressiven muss ich in ihrer Einschätzung Recht geben. Als Therapeut verteidige ich die Theorien des Patienten für seinen depressiven Zustand, ich greife sie nicht an. Ich verstärke diesen Zustand eher und biete ihm an, noch mehr in die Opferrolle zu gehen. Erst dadurch können sich dem Patienten Möglichkeiten bieten, auf die andere Seite, in die Nicht-Opferrolle, zu gehen, seine eigenen Theorien anzugreifen und Wege aus der Depression zu finden.

Diese Begleiterscheinungen gehören primär zwar nicht in die ergotherapeutische Behandlung, jedoch hilft mir das Verständnis davon. Dazu gehört vor allem, meine eigenen Anteile wahrzunehmen, meiner eigenen traurigen Gefühlen gewahr zu werden. Häufig spüre ich unangenehme Situationen, wenn ein Mensch traurig oder gar depressiv wirkt. Doch lasse ich

mich als Therapeut nicht herunterziehen und bringe durchaus humorvolle Aspekte ein.

Aus der depressiven Verstimmung entsteht oft Ärger. Ärger, dass es nicht weitergeht, Ärger über Angehörige, Ärger über Therapeuten.<sup>11</sup> Ich habe die Erfahrung gemacht, dass sich der Patient wertgeschätzt fühlt, wenn ich ihn in seinem Ärger respektiere und ihn mit seinem Ärger in Kontakt bringe. Ich treibe den Patienten nicht an und versuche ihn weder von seinen depressiven Verstimmungen noch von seinem Ärger wegzubringen. Die Aufgabe besteht darin, zwei Prozesse zu bearbeiten, die stets parallel laufen müssen. Der erste besteht darin, das Alte und Verbraachte aufzugeben und den Boden für etwas Neues zu bereiten. Der zweite beinhaltet, etwas Positives zu finden, für das man sich erneut engagieren kann. Ergotherapeutische Arbeit bietet eine Fülle von Möglichkeiten, sowohl über körperorientiertes Arbeiten als auch durch Betätigungsverhalten dem Patienten positive Wege aufzuzeigen.

»Durch den Schwerpunkt auf körperorientierte Behandlungsansätze kann über die verbesserte Wahrnehmung des eigenen Körpers und das Wieder-Erspüren körperlicher Leistungsfähigkeit ein Stimmungsumschwung eingeleitet werden. Insbesondere bei depressiven Patienten kann so wieder eine Lust an Bewegung und Leiblichkeit entstehen und damit auch eine Lust an Handlung überhaupt« (Wolf 1999, 41).

### 4.3 Die Motivation der Patienten

»Im therapeutischen Kontext meint Dialog eine Beziehung, die sich zuwendet und wartet, was entsteht, und nicht eine Beziehung, in der der Therapeut den Patienten zu etwas bewegen will« (Yontef 1999, 55).

Immer wieder werde ich gefragt, wie ich einen Patienten motivieren kann, der zur Ergotherapie gehen muss, ohne selbst zu wollen und dort nur ›seine Zeit absitzt‹.

Psychotherapeuten können zuerst den Auftrag klären, herausfinden, was der Klient genau will. Ein Patient kommt selten zur Ergotherapie, weil er irgend etwas will, sondern weil die Stationsleitung ihn geschickt hat. Unbestritten gilt als Grundvoraussetzung, dass der Patient freiwillig zur Therapie kommt. Ohne Freiwilligkeit sehe ich wenig Chancen, therapeutische Prozesse in Gang zu bringen. Eine konfrontative Form wie im Fall von Herrn König ist nur bedingt oder gar nicht möglich.

Das Beispiel von Herrn König zeigt, wie schwierig es sein kann, mit einem unmotivierten Patienten zu arbeiten. Sicher hat Gestalttherapie in sol-

chen Fällen Grenzen. Wenig Sinn macht es aus meiner Erfahrung, durch gutes Zureden den Patienten bewegen zu wollen, doch etwas zu machen. Meist bleiben zwei unzufriedene Menschen zurück: der Patient und der Therapeut.

Die Gestalttherapie hat durch das theoretische Modell der Polarität einen Ausgangspunkt geschaffen, der es erleichtert, einen anderen Blickwinkel einzunehmen. Aus gestalttherapeutischer Sicht sehe ich den Patienten mit zwei verschiedenen Teilen. Der eine Teil des Patienten möchte nicht, verweigert sich. Der andere Teil möchte etwas tun, möchte sich verändern. Die therapeutische Aufgabe sehe ich nun darin, zu schauen, wo und wie sich dieser andere Teil zeigt. Dann versuche ich, den Teil anzusprechen, der mit mir zusammen arbeiten will. Beim Verweigerer erfahre ich Widerstand und komme nicht weiter. Ich lasse einen Patienten, der keine Lust hat, mit dieser Unlust nicht alleine. Ich benenne, respektiere und achte dieses Verhalten.

Als Therapeut sehe ich beide Seiten.

»Um die Polaritäten aufzulösen, muss jeder Teil helfen, sich voll auszuleben und gleichzeitig Verbindung mit seinem polaren Gegenstück aufzunehmen« (Polster/Polster 1983, 70).<sup>12</sup>

Vielleicht drängt sich jetzt die Frage auf, wie ich das beim Patienten anbringen kann, ohne das eine ab- bzw. aufzuwerten. Ich versuche die Seite Demotivation zu sehen und als gleichberechtigt wertzuschätzen. Damit gebe ich ihr die Erlaubnis zu sein. Und achte darauf, die Zeichen zu erkennen, mit denen sich die andere Seite des Patienten zeigt, die Seite, die etwas tun möchte. Im Kontakt mit dem Patienten geht es mir um die Frage: »Wollen Sie, oder wollen Sie nicht?« In diesem Fall kann die Antwort nur ja oder nein lauten. Heißt sie nein, akzeptiere ich das. Ich mache dem Patienten zwar meinen Standpunkt deutlich, bedränge ihn jedoch nicht.

Zusammenfassend möchte ich die Schritte noch einmal verdeutlichen. Zuerst geht es mir um das Akzeptieren dessen, was ist. Diesen Aspekt habe ich als das phänomenologische Prinzip der Gestalttherapie beschrieben. Natürlich hat das auch wieder mit meiner inneren Haltung als Therapeut zu tun. Meine Wahrnehmung des Patienten melde ich ihm zurück. Letztendlich, wenn eine vertrauensvolle Therapeut-Patient-Beziehung besteht, kann ich den Patienten mit seinem Verhalten konfrontieren. Dieses für die Psychotherapie höchst wirksame Mittel eignet sich gerade dann für die Ergotherapie, wenn ich mit einem Patienten stecken bleibe und nicht mehr weiter komme. In diesem Fall hilft mir das gesamte Spektrum ergotherapeutischer Techniken nicht mehr.

Ein Beispiel: Herr Joch kommt wieder einmal ohne große Lust an irgendeiner Betätigung. Er möchte mir von seinen Erlebnissen vom Wochenende erzählen. Zuerst respektiere ich dieses Bedürfnis, da ich mittlerweile weiß, dass Herr Joch sonst überhaupt keinen Anfang findet. Nach einigen Minuten nehme ich bei mir eine bleierne Müdigkeit wahr, seine Geschichten beginnen mich zu langweilen, Lustlosigkeit macht sich breit. Ich nehme meine Empfindungen ernst und teile sie Herrn Joch mit: »Während Sie erzählen, werde ich müde und spüre eine regelrechte Lustlosigkeit, Ihnen irgend etwas anzubieten.« Herr Joch schaut mich auf einmal mit wachen Augen an, meine Müdigkeit und Unlust ist ebenfalls verschwunden. »O.K.«, sagt er, »ich wollte Sie nur testen. Sie lassen sich nicht von mir einlullen wie die meisten meiner Mitmenschen. Die Hirnleistungsübungen von neulich mache ich gerne, die würde ich auch heute machen.« Herr Joch konnte sich seiner eigenen Anteile bewusst werden, ohne dass ich ihn dabei gedrängt habe. Ich habe ihn lediglich mit meinen eigenen Empfindungen konfrontiert.

Im Schaubild stelle ich dies noch einmal dar. Dabei geht es primär um die Bewusstwerdung meiner Anteile, die ich als Quelle meiner therapeutischen Arbeit nutze und in einem Dialog dem Patienten zur Verfügung stelle. Ich konfrontiere ihn mit meiner phänomenologischen Wahrnehmung. Dadurch können eigene Bewusstseitsprozesse bei ihm aktiviert werden.

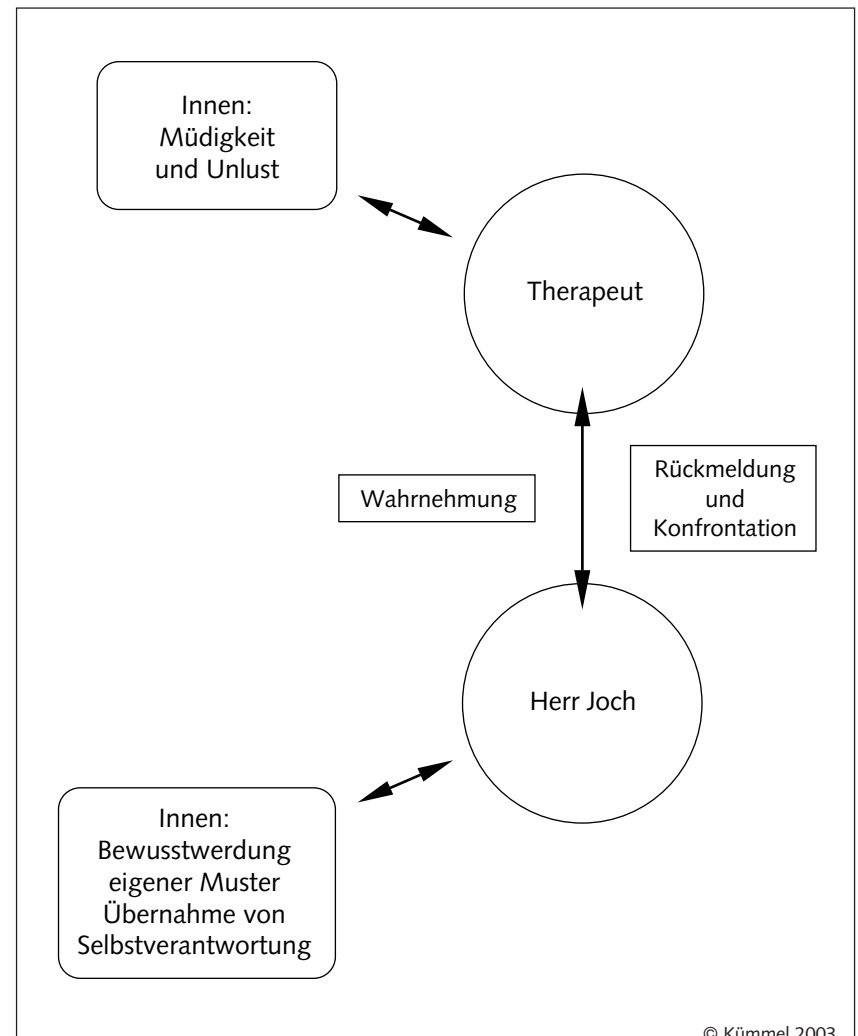


Abb. 16: Herr Joch

Herr Joch gehört zu den Patienten, bei denen es eine große Herausforderung ist, sie zu ihrer eigenen Betätigungs-Performanz anzuregen. Absolut wachsam bin ich, um kleinste Anzeichen von Motivation bei Herrn Joch wahrzunehmen. Dazu gehört, mich in erster Linie überraschen zu lassen. Eines Morgens kommt Herr Joch, möchte die Ergothe-

*rapestunde heute im Werkraum verbringen. In seinem gewohnten Stil beginnt er sofort auf mich einzureden, lässt mir kaum Zeit zu fragen, was er heute machen möchte. Er beginnt von seinen Erlebnissen zu erzählen, den kleinen Streitereien mit der Nachbarschaft, von Autofahrern, die ihm ans Leder wollen. Für einen kurzen Moment hält er inne, schaut in das Regal, in dem angefangene Werkstücke liegen. Dort fällt ihm ein kleiner Wasserbrunnen auf. Er steht auf, geht hin und schaut ihn sich näher an. Dabei redet er weiter, erzählt von früher. Ich nehme diese Veränderung wahr. Da ich weiß, dass Herr Joch ausgesprochen hilfsbereit ist, sage ich mehr nebenbei: »Ach die Wasserpumpe funktioniert nicht richtig. Der Junge, der das baut, ist ganz traurig.«*

*Herr Joch beginnt mir nun zu erzählen, dass er in seinem früheren Beruf auch mit Wasserpumpen zu tun hatte. Er holt sich das Werkstück aus dem Regal und fragt mich, ob er es einmal untersuchen kann. »Gerne«, gebe ich ihm zur Antwort, »da ich überhaupt nicht weiß, wie die Pumpe funktionieren kann.« Durch das Darstellen meiner Inkompetenz erreiche ich bei Herrn Joch einen Motivationsschub. Er beginnt die Wasserpumpe zu untersuchen und findet das Problem. Auch bei Herrn Joch hilft eine wohlwollende, liebevolle Konfrontation in der therapeutischen Arbeit.*

Dieser Weg ist dann sinnvoll, wenn ich den Eindruck habe, der Patient kommt nicht weiter, kommt nicht an seine Grenzen. Häufig antworten die Patienten: »Natürlich möchte ich, ich kann aber nicht.« Auch diese Aussage akzeptiere ich.

»Der Widerstand des Patienten sollte vom Therapeuten respektiert und nicht attackiert, aber auch nicht genährt werden« (Yontef 1999, 49).

Der gegenwärtige Augenblick eröffnet ein unbegrenztes Spektrum an Möglichkeiten für den Therapeuten, anstatt zu versuchen Dinge in Gang zu setzen. Der Therapeut muss den Patienten in seinem Sosein annehmen können, um ihn dadurch zu erwünschten und angestrebten Veränderungen motivieren zu können. Ich versuche, dem Patienten nichts »aufzupropfen« zu wollen. Ich bedränge den Patienten nicht, damit er anders wird.

Die Beziehung zwischen Therapeut und Patient stellt genau die richtige Herausforderung dar, um Patienten zu einer Handlung bzw. Tätigkeit zu motivieren, die in Richtung der Ergotherapieziele geht, und gleichzeitig die Bedürfnisse des Patienten befriedigt.

»Beschließen wir, den Patienten dazu zu verlocken oder zu überreden, die Aufgabe wenigstens versuchsweise anzugehen, müssen wir darauf achten, daß wir uns nicht auf einen »Machtkampf« einlassen. Wir müssen uns stets unser Hauptziel vor Augen halten: dem Patienten zu helfen, seine Fähigkeiten selbst zu entdecken« (Koomar/Bundy 1998, 418).

#### 4.4 Frau Kirchner:

##### Die Anwendung gestalterischer Arbeit bei einer 12Krebserkrankung

*Frau Kirchner wird von ihrem Hausarzt mit einer psychisch-funktionalen Ergotherapieverordnung zu mir in die Praxis überwiesen. Sie leidet an Krebs. Frau Kirchner hat bereits eine Reihe von Therapien und Behandlungen hinter sich. Bereits bei der Anmeldung teilt sie mit, sie würde am liebsten etwas anderes als bisher ausprobieren. Sie sei schon sehr therapiemüde. Sofort beginnt sie mit ihrem Anliegen: Sie möchte nicht viel erzählen, schon gar nicht über ihre Erkrankung, sondern kreative Formen nutzen. Aus diesem Grund sucht sie mich auf, einmal wegen der Ergotherapie, die ja kreative Techniken nutzt, und zum anderen, weil sie hörte, dass ich auch mit Elementen des Gestaltansatzes arbeite.*

*Auf meine Frage, was sie genau möchte, antwortet sie:*

*»Ich möchte schauen, welche positiven Aspekte in meinem Leben noch für mich da sind. Ich möchte nicht über meine Krebserkrankung reden, das habe ich bereits ausreichend getan.« Ich akzeptiere diese Haltung und entscheide mich dafür, sie vorerst nicht nach ihrer Erkrankung zu fragen. Da ich selbst in diesem Setting nicht mit der psychotherapeutischen Brille schaue und von Frau Kirchner weiß, dass sie sich auch in psychotherapeutischer Behandlung befindet, ist für mich klar, darauf nicht näher eingehen zu müssen, sondern dem deutlichen Auftrag und Wunsch folgen zu können. Durch diese Haltung wirkt Frau Kirchner locker und entspannt und ich habe den Eindruck, dass sie sich angenommen und wertgeschätzt fühlt.*

*»O.K., um positive Aspekte für ihr Leben mit kreativen Mitteln der Ergotherapie zu finden, brauchen wir beide einen Zugang«, beginne ich den Dialog mit ihr, »vielleicht können Sie mir helfen. Wonach ist Ihnen denn jetzt?«*

*Nach Eintritt in den dialogischen Prozess versuche ich die Eigenverantwortlichkeit der Patientin anzusprechen. Noch tappe ich im Dunkeln, kenne ihre Vorlieben, Interessen, Wünsche nicht. Elemente des*

Gestaltansatzes und des MOHO<sup>13</sup> dienen mir zur Orientierung. Und doch sehe ich mich in einem unsicheren therapeutischen Rahmen, habe keinerlei Ahnung, wohin die gemeinsame Reise mit Frau Kirchner gehen soll. Ich warte und halte die unsichere Situation aus.

»Ich male sehr gerne«, kommt nach kurzer Zeit eine Antwort, »am liebsten wäre mir, sie lesen mir eine Geschichte vor und ich male dazu.«

Ich teile ihr mit, dass ich ein wenig Zeit bräuchte, um eine Geschichte zu finden. Dies würde ich für die nächste Stunde vorbereiten. Heute können wir gemeinsam schauen mit welchen Malwerkzeugen sie am liebsten arbeiten möchte. Daraufhin probiert Frau Kirchner einige unterschiedliche Stifte aus und entscheidet sich für Wachskreiden.

In der folgenden Stunde frage ich sie zu Beginn, ob denn ihr Wunsch noch bestehe: »Ich lese Ihnen eine Geschichte vor und Sie malen im Anschluss mit Wachskreiden ein Bild dazu.« Ich orientiere mich am Hier-und-Jetzt-Prinzip der Gestalttherapie, mit dem Wissen, dass Menschen und Bedürfnisse sich verändern. Ich teile ihr mit, dass ich eine Geschichte ausgesucht hätte, die ich ihr gerne vorlesen würde. Die Geschichte heißt »Reise zu den Stärken«<sup>14</sup>. Frau Kirchner ist begeistert und lehnt sich sofort bequem in den Stuhl und schließt die Augen.

Ich beginne zu lesen: »Wir machen nun gemeinsam eine Reise zur Quelle Ihrer Stärken, Fähigkeiten, Begabungen und positiven Eigenschaften. Manche dieser Stärken sind Ihnen sicher schon bewusst; andere lernen Sie vielleicht durch diese Besinnungsübung wieder besser kennen« (Görlitz 1998, 120). Diese Übung wurde für die Anwendung der Psychotherapie entwickelt. Für den Ergotherapiebereich wandle ich sie um und beziehe mich vorwiegend auf die Bereiche der Betätigung und der Betätigungs-Performanz.<sup>15</sup> Frau Kirchner geht in ihrer Fantasie zu drei Situationen ihres Lebens, in denen sie sich besonders stark fühlte und eine Handlung ausführte, die in ihr ein großes Selbstwertgefühl auslöste. Anschließend soll sie sich für eine der drei Situationen der Stärke entscheiden. Ich bitte sie, sich vorzustellen, wie ihre Körperhaltung in dieser Situation ist, welche Sinneswahrnehmungen sie hat, welche Handlungen sie ausführt. Zum Abschluss findet sie einen symbolischen Begriff, der stellvertretend für diese Stärke steht. Diesen Begriff bitte ich Frau Kirchner auf ein großes Blatt zu schreiben und mit gestalterischen Techniken auszumalen. Das Medium Malen ermöglicht Frau Kirchner einen leichteren Einstieg zu ihren Stärken und positiven Seiten. Ich nehme wahr, dass sie ausgesprochen kreativ und fantasievoll im Umgang mit Farben ist. Während des Malens arbeitet sie schweigend und recht schwungvoll.

»Mir scheint, eine Ihrer positiven Seiten ist die Kreativität«, melde ich ihr meine phänomenologische Sicht zurück.

Durch das Bild entsteht eine Polarität zweier Gefühle: Wut und Traurigkeit. Frau Kirchner beginnt nun deutlich mehr zu erzählen. An dieser Stelle könnte nun weiter psychotherapeutisch interveniert werden. Da mein Auftrag Ergotherapie ist, lege ich meinen Fokus auf Frau Kirchners Betätigungsverhalten. Durch mein »Dranbleiben« an ihrem kreativen Ausdruck kann sie bewusst diese positive Seite in sich wahrnehmen. Sie nimmt das Bild mit nach Hause und hängt es in ihrer Wohnung auf. Auch in den folgenden Therapiestunden möchte Frau Kirchner malen. Sie wird immer kreativer und nutzt mehrere Malutensilien.

Für mich wird an diesem Fall deutlich, wie ich mit Hilfe gestalttherapeutischer Elemente vorhandene Ressourcen bei einem Patienten wecken kann. Gestalterisch-kreative Techniken sind dabei als Medium ausgesprochen nützlich. Ergotherapie und Gestalttherapie gebrauchen gleichermaßen gestalterisch-kreative Techniken für das Erreichen von Therapiezielen.<sup>16</sup>

Zum Abschluss möchte ich noch einige wichtige Punkte nennen, die meine therapeutische Arbeit bei Frau Kirchner begleitet haben.

Zu Beginn fiel es mir einen Moment schwer zu akzeptieren, dass Frau Kirchner nicht über ihre Tumor-Erkrankung reden wollte. Ich fühlte mich auf der einen Seite berührt und auf der anderen Seite an meinen Vater erinnert, der einige Jahre vorher an Krebs gestorben war. Mein Hintergrund wurde mir schnell bewusst. Dadurch nahm ich sowohl Mitleid gegenüber Frau Kirchner wahr als auch Ärger bei mir. Ärger darüber, dass sie nicht über ihre Krankheit reden wollte. Nachdem mir bewusst wurde, dass Mitleid und Ärger aus meinem Hintergrund gespeist wurden, konnte ich mich Frau Kirchner gegenüber freier und neutraler verhalten. Erst dann war ich bereit, sie in ihrem Wunsch zu respektieren und ihre positiven Seiten zu sehen. Und ich war bereit, in einen therapeutischen Dialog mit ihr zu treten. Dieser Prozess ermöglichte ihr, eigene kreative Anteile zu erkennen und damit ihrem anfangs geäußerten Wunsch nach positiven Aspekten in ihrem Leben näher zu kommen.

Den Vorgang der unterschiedlichen Bewusstheitsebenen zeigt die Abbildung 17.

An diesem Beispiel wird deutlich, wie eine existentielle Erkrankung Neues entstehen lassen kann. Dafür muss auch ich als Therapeut offen sein für die Botschaften des Lebens. Damit kann ich Heilung ermöglichen.

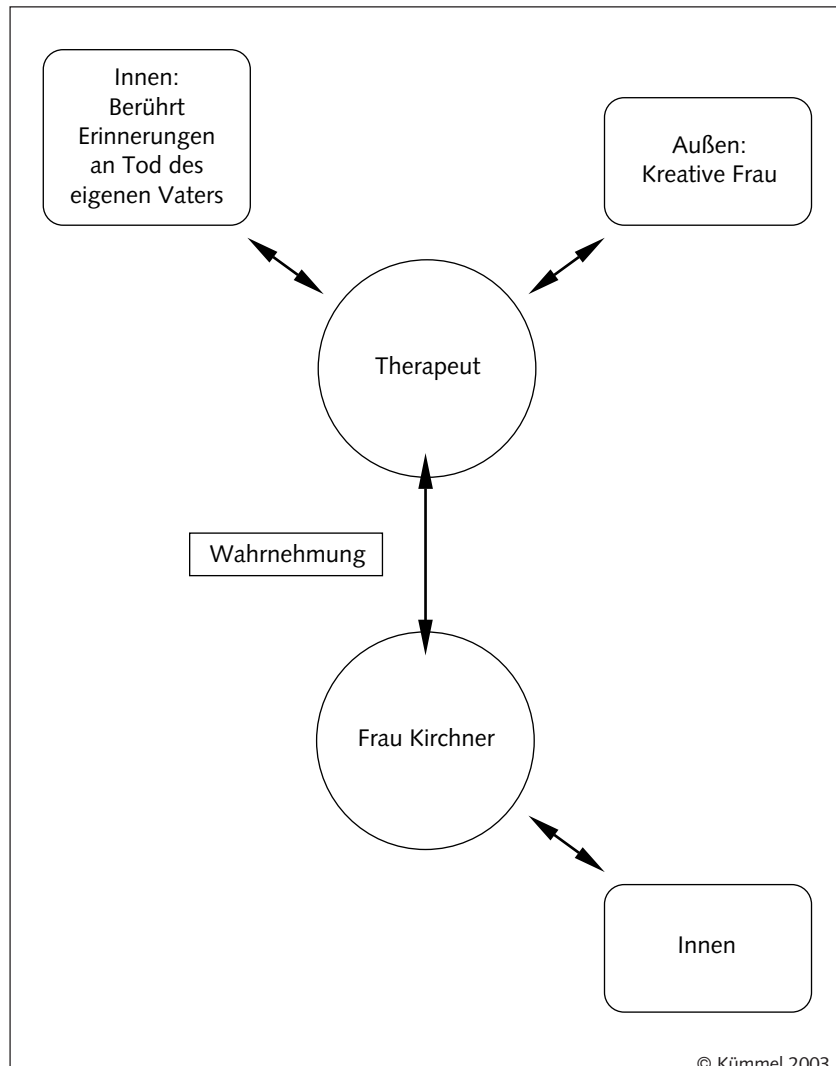


Abb. 17: Frau Kirchner

»Heilung heißt hier, etwas zu erfahren, als zu mir gehörig zu erspüren und ihm in meinem Leben entsprechen, dem ich bisher nicht entspreche« (Pauls 1997, 50).

»Als Therapeut ist mein Gegenwärtigsein entscheidend, das den anderen als anderen nicht nur sein läßt, sondern vernehmende Nähe zuläßt« (ebd.).

*Um mein Gegenwärtigsein zu aktivieren, muss ich mich erst einmal selbst kennen. Im Kontakt mit Frau Kirchner ist mir bewusst geworden, wie schnell Aspekte aus meinem eigenen Hintergrund, meiner eigenen Wahrnehmung einen therapeutischen Prozess beeinflussen können.*

*In der folgenden Therapiestunde wirkt Frau Kirchner auf mich entspannt und ausgeglichen. Erneut möchte sie von mir eine Geschichte hören und diese als Anregung zum Malen nehmen. Im Dialog und mit Hilfe der Interessensfragen in Anlehnung an das MOHO<sup>17</sup> entwickeln wir gemeinsam Kriterien, die Inhalt einer Geschichte sein können. So erfahre ich, dass es Frau Kirchner wichtig ist, sich zu entspannen, zu träumen und den Druck ihrer Krankheit zu mildern.*

»Wesentliches Ziel onkologischer Arbeit im ambulanten Bereich ist ein Kommunikationsangebot, das Zeit und Raum gibt, die Lebenskrise anzunehmen, sie zu erfahren und Zugang zu den eigenen Ressourcen zu finden« (Wittorf 1992, 65).

*Das Ziel entwickelt sich in Richtung einer positiven Veränderung.*

*Bei Görlitz finde ich die Fantasiereise ›Traumland‹ (1998, 100ff.), die Frau Kirchners Interessen und Wünschen am nächsten kommt. Ich biete ihr diese Geschichte an, sie wird neugierig und zeigt mir ihre Bereitschaft zuzuhören.*

*»Sie nehmen sich heute Zeit, um eine Fantasiereise ins Land Ihrer Träume zu machen«, beginne ich. Auch diese Geschichte passe ich den ergotherapeutischen Gegebenheiten an und lenke zuerst Frau Kirchners Aufmerksamkeit auf ihre Sinneswahrnehmungen. Ich beginne mit den propriozeptiven Anteilen (»Wie sitzen Sie? Wie nehmen Sie Ihren Körper wahr?«), gehe dann über zu dem, was sie hört, riecht und schmeckt. In der Fantasie leite ich Frau Kirchner zu einem Tor und fahre fort: »Schließlich können Sie das Tor öffnen und da entdecken Sie, während Sie es schemenhaft immer weiter öffnen, Ihr Traumland.« (ebd., 103). Ich fordere die Patientin auf, sich in ihrem Traumland umzusehen, zu schauen, ob ihr etwas bekannt vorkommt und: »...die Geräusche zu hören, ... die Gerüche zu riechen, ... vielleicht auch etwas zu schmecken ... und zu spüren, wie sich der Boden unter Ihren Füßen anfühlt ... und Sie können auch Verschiedenes in diesem Land Ihrer Fantasie berühren ...« (ebd., 103f.).*

Diese Passage halte ich besonders für die Ergotherapie für relevant. Neben den Wahrnehmungen (Riechen, Hören, Schmecken) spreche ich auch die Vorstellung eines Betätigungsverhaltens an (Verschiedenes berühren).

*Ich begleite Frau Kirchner weiter auf ihrer Reise durch »ihr Traumland«, lasse ihr Zeit sich dort umzusehen, Dinge anzufassen und zu untersuchen. Langsam führe ich sie wieder zurück in die reale Situation. Nun rege ich sie an, ihre Vorstellungen und Bilder zu malen.<sup>18</sup>*

*Frau Kirchner beginnt ein gegenständliches Bild mit einer Insel, Palmen, einigen Menschen. Dieses Bild malt sie ausgesprochen sorgfältig, ohne abzusetzen. Ihr Gesichtsausdruck wirkt dabei konzentriert. Nachdem sie geendet hat, legt sie es beiseite und nimmt sich erneut ein Blatt.*

*»Ich möchte noch ein Bild malen«, drückt sie damit aus. Dieses Bild wird deutlich abstrakter. Frau Kirchner beginnt Formen mit den unterschiedlichsten Farben aufzutragen. Dabei fängt sie an zu lächeln und wirkt völlig entspannt. Während Frau Kirchner malt, schaue ich zu, rede nicht. Als sie mir zu verstehen gibt, dass sie fertig sei, frage ich sie zuerst, wie es ihr mit den beiden Bildern geht.*

*»Das erste Bild drückt meine Fantasie aus, beim zweiten Bild hatte ich mehr Spaß«, gibt sie mir zur Antwort.*

*»Ich habe auch den Eindruck, dass das zweite Bild eine stärkere Wirkung auf Sie hat«, melde ich ihr meine phänomenologische Sicht zurück.*

*»Mir ist aufgefallen, dass Sie beim zweiten Bild lächelten und auf mich ausgesprochen entspannt wirkten.« Durch diese Rückmeldung versuche ich direkt die Bewusstheitsebene Frau Kirchners anzusprechen.*

*»Ja doch, ich habe gespürt, dass ich entspannter war. Wenn ich mir die beiden Bilder jetzt so anschau, gefällt mir das Zweite viel besser«, erwidert sie.*

*»Diese kreative Seite ist Ihre große Stärke«, setze ich fort, um ihre Ressourcen anzusprechen, »die haben Sie auch in Ihrem Traumland gespürt.«*

Die Nachbesprechung dieser kreativ-gestalterischen Technik ist besonders wichtig. Ohne in Gebiete der Psychotherapie vorzudringen, bietet die Gestalttherapie jede Menge Interventionsmöglichkeiten, um eine auch für die Ergotherapie sinnvolle Auswertung zu schaffen.

*Im weiteren Behandlungsverlauf probiert Frau Kirchner neue Formen der kreativen Betätigung für sich aus, z.B. möchte sie Trommeln und Gesellschaftsspiele versuchen. Zu Hause beginnt sie mit verschiedenen gestalterischen Techniken zu malen. In der letzten Behandlungsstunde*

*skizziert sie mit Filzstiften ein Bild, das sie mir für die Praxis überlässt. Schwerpunkt dieser Behandlung war vordergründig die Anwendung kreativer Techniken, die häufig in Ergotherapie und Gestalttherapie zum Einsatz kommen.*

#### 4.5 Die Anwendung kreativer Techniken

Kreative Techniken sind zentraler Bestandteil der Ergotherapie wie der Gestalttherapie.

*»It is evident that the work of Perls, in his development of Gestalttherapy, has a great deal of influence on the approach of creative therapies«<sup>19</sup> (Atkinson u.a. 2000, 52).*

Bei der kreativen Therapie steht weniger das kunstvolle Ergebnis im Vordergrund als der kreative Prozess an sich. Dieser »dient der Erlebnisaktivierung und der Selbstreflexion« (Kubny-Lüke; in: Scheepers u.a. 2000, 342). Das Erleben dessen, was ich selbst kreiert habe, hat eine Bedeutung. Dabei geht es nicht um Interpretationen, sondern um das Beschreiben dessen, was ich sehe.<sup>20</sup>

*»Kreative Therapie ist eine Begegnung, ein Wachstumsprozess, ein Problemlösungsgeschehen, eine besondere Form des Lernens und eine Untersuchung der ganzen Breite unseres Verlangens nach Metamorphose und Aufsteigen« (Zinker 1982, 15).*

Kreative Ausdrucksformen sind Spiegelungen inneren Erlebens. Durch sie kann der Patient eigene Fähigkeiten erleben und erfahren. Polaritäten können deutlicher dargestellt werden, die Bewusstmachung eigener Anteile wird klarer. Das Spektrum der eigenen Wahrnehmung wird durch künstlerische Aktivitäten vergrößert. Ein wesentliches Ziel der Gestalttherapie wie auch der Ergotherapie ist es, mit Hilfe der kreativen Techniken die Entwicklung des Selbstwertgefühls der Patienten zu unterstützen.

*»Jede kreative Begegnung ist eine Suche nach einem Problem und eine partielle Lösung desselben, wobei der Begriff »Problem« in seiner weitesten ästhetischen Bedeutung zu verstehen ist. Wenn ich einen großen roten Farbkleck in die Mitte einer weißen Leinwand setze und dann über diese ursprüngliche Farbmasse hinaus ein Bild machen möchte, so habe ich ein Problem zu lösen. Wohin wende ich mich als nächstes? Welche Farbe? Welche Form? Wie das*

Ganze ins Gleichgewicht bringen oder Asymmetrie für das Bild arbeiten lassen? Mit der Therapie ist es ebenso, aber tausendmal komplexer« (Zinker 1982, 19).

Dadurch können kreative Erlebnisse »eine neue Sichtweise auf das altbekannte Problem entstehen« (Wolf 1999, 38f.) lassen. »Kreativverfahren helfen in der Gestalttherapie [und auch in der Ergotherapie; *Anm. Kümme!*], den Gegenwartspunkt deutlicher spürbar werden zu lassen« (ebd., 38). Dadurch sind kreative Methoden klar erlebnisorientiert. Nancy Amendt-Lyon schreibt, dass »die Entwicklung von Bewusstheit über die eigenen Prozesse als auch die Möglichkeiten des Ausdrucks« (1999, 859) wesentliche Faktoren für die Gesundheit des Menschen sind. Und die Autorin weiter: »Bei der gestalttherapeutischen Bearbeitung von Konflikten und Beziehungsproblemen werden mit einer Vielfalt an Ausdrucksmöglichkeiten schöpferische Lösungen gefordert.« Die Autorin plädiert für das Einsetzen künstlerischer Mittel, »um den kreativen Ausdruck zu ermöglichen.« Neben den gestalterischen Mitteln des Malens gelten selbstverständlich auch alle Materialien des Formens wie Ton, Stein, etc. zu den kreativen Techniken.

»Die Arbeit mit gestaltbaren und darstellerischen Materialien erlaubt die Integration von Bewusstheit, Bewegung und Affekt in einem Kontaktprozess, der gegenwartsbezogen den Einsatz von allen Sinnen verlangt« (ebd., 859).

Der Zusammenhang zur Ergotherapie drängt sich geradezu auf, denn neben der Anwendung der gestalterischen Mittel liegt gerade in der ergotherapeutischen Arbeit der Fokus auf der Arbeit mit allen Sinnen.

»Der Grund, weshalb Zeichnen oder Malen ›therapeutisch‹ sein kann, ist der, daß es, wenn es als Prozeß erlebt wird, dem Künstler erlaubt, sich selbst innerhalb einer relativ kurzen Zeitspanne als einen ganzen Menschen zu erleben« (Zinker 1982, 225).

»Jede kreative Tätigkeit beginnt mit Bewegung« (ebd., 226).

Neben der Bewegung bietet die kreative Tätigkeit dem Mensch den ständigen Austausch mit seiner Umwelt an.<sup>21</sup> Deutlich wird in diesen Zitaten die Bedeutung des kreativen Ausdrucks für Menschen, respektive natürlich auch für Klienten und Patienten. Dadurch sind kreative Techniken in besonderem Maße für die Therapie nutzbar. Schwierigkeiten stellen sich eher bei der Frage nach dem ›Wie‹. Eigene Perfektionsansprüche müssen in den Hintergrund treten und Geduld, Abwarten und Beobachten Platz machen.

Es geht dabei um die Fähigkeit mit Freude an dem besonderen Erleben des anderen teilzunehmen. Ich lasse mich auf Risiken ein und begeben mich in einen Zustand der Unsicherheit.<sup>22</sup>

In einem Fortbildungsseminar hatten wir die Aufgabe ein Bild über uns selbst zu malen. Wir sollten lediglich die drei Grundfarben sowie Weiß und Schwarz benutzen. Die Farben ließen sich in allen erdenklichen Möglichkeiten mischen. Zuerst begann ich ein Bild, das ich schon häufiger von mir malte. Dabei sehe ich mich als Vulkan, aus dessen Inneren ein großer roter Feuerball in das Freie drängt. Jedes Mal, wenn ich dieses Bild male, entdecke ich etwas anderes. Anschließend machte ich mich daran, ein zweites Bild zu malen, diesmal ohne vorgefertigte Ideen im Kopf. Ich ließ meinen Pinsel einfach über das Blatt schweben. Am Ende hatte ich eine Art Figur, die ich nicht sofort als solche erkannte. Erst durch die Nachbesprechung wurde deutlich, dass es sich bei dieser Figur vermutlich um eine Person, die ich sehr gut kenne, handelt, nämlich um mich selbst.

Hier habe ich erfahren, wie ich durch Loslassen von bereits vorhandenen Konzepten ein wirkliches Bild gemalt habe. Auch meinen Patienten empfehle ich häufig zwei Bilder zu entwerfen. Gerade wenn ich als erste Antwort höre, »Ich kann doch gar nicht malen«. Meist ist das zweite Bild ausdrucksstärker.

*Im vorhergehenden Fallbeispiel der Patientin Kirchner wird das besonders deutlich. Auch sie malte zuerst ein Bild, dessen Vorstellung bereits in ihrem Kopf festgelegt war. Erst das zweite Bild brachte sie an ihr inneres Erleben bezüglich ihrer Krankheit.*

In meiner ergotherapeutischen Arbeit leiten mich die Prinzipien der Gestalttherapie, wie ich sie eingangs beschrieben habe. Darüber hinaus sehe ich in Anlehnung an Amendt-Lyon (1999, 862) auch weitere Ansätze als wichtig an. Dazu gehört, dass Wahrnehmung eine aktive Tätigkeit ist. Verharre ich in einem passiven Zustand, kann ich wenig bis gar nicht wahrnehmen. Die Wahrnehmungen werden durch Bedürfnisse, Interesse und Werte der individuellen Persönlichkeit bestimmt.<sup>23</sup> Durch die kreativen Mittel werden spontan Figur und Hintergrund kreiert. Und es existiert ein Bedürfnis, um zu einer Geschlossenheit zu kommen. Selten erlebe ich, dass ein angefangenes kreatives Werk nicht zu Ende geführt wird.

»Die kreativen Arbeitsweisen mit gestaltbaren und darstellerischen Mitteln fördern den Interaktionsprozess von Wahrnehmen und Verstehen. Die therapeutische Aufgabe besteht darin, Figur und Hintergrund, gerichtete Span-

nungen wie auch das Wechselspiel der Kräfte wahrzunehmen, zu verstehen und im Lebenskontext zu orten« (Amendt-Lyon 1999, 871).

In kaum einem anderen Bereich halte ich es für so schwierig, ergotherapeutische Arbeit von psychotherapeutischer sauber zu trennen. Sicher könnte man den kreativen Prozess auf die rein funktionelle Handlung reduzieren. Völlig nebensächlich wird in diesem Fall, ob die Patientin sich mit der Tätigkeit wohl fühlt, welche Empfindungen sie damit hat, welche Gegebenheiten zur Figur werden. Es geht rein um die malende oder gestalterische Tätigkeit. Mir persönlich ist das zu wenig. Ergotherapie habe ich auch nie als ein solch eingegrenztes Verfahren gesehen, sonst hätte ich es nicht erlernt bzw. würde es nicht ausüben.

Ausgesprochen hilfreich empfinde ich die Anwendung kreativer Medien, wenn ein Patient mehr über seinen Körper wahrnehmen möchte. In der Ergotherapie haben wir es ja meist mit Patienten zu tun, die Probleme in der Wahrnehmung ihres Körpers haben. Hier nehme ich »die Anregung, Körperbilder zu malen und zu gestalten und sie im therapeutischen Dialog zu erschließen« (Nitsch-Berg/Kühn 2000, 120) auf. Mein ergotherapeutisches Ziel bleibt dabei immer, die Wahrnehmungs- und Handlungsfähigkeit des Patienten zu erhöhen.

In diesem Zusammenhang schreibt Kubny-Lüke von einer ausdruckszentrierten Methode, »bei dem der Patient über kreativ zu gestaltende Angebote, Materialien und Techniken zur Auseinandersetzung mit seinen Gefühlen, Wünschen und Strebungen angeregt wird« (2000, 339). Dabei geht es um die Förderung von Wahrnehmung, Bewusstheit und Selbstreflexion beim Patienten.

»Der gezielte Einsatz von handwerklichen und kreativ-gestalterischen Techniken und Materialien kann dem Patienten die Möglichkeit bieten, Erfahrungen und Erlebnisse zu sammeln, die zu einem früheren Zeitpunkt unvollständig, beeinträchtigt oder gar nicht gemacht werden konnten. Dies führt dazu, dass sich seine Erlebnismöglichkeiten und Handlungsfähigkeiten erweitern« (ebd., 342).

Die an kreative Erfahrung anschließende Nachbesprechung mit dem Patienten ist so notwendig wie schwierig. Die große Gefahr besteht dabei, zu Deutungen und »langatmigen psychologischen und intellektuellen Erklärungen« (ebd., 345) zu kommen. Elemente der Gestalttherapie helfen mir, eigene Anteile bewusst zu erleben und diese in der Nachbesprechung außen vor zu lassen. Vor allem dann, wenn sie dem Patienten wenig nützlich sind. Gerade durch die phänomenologische Haltung vermindere ich die

Gefahr von Deutungen und langen Erklärungen.<sup>24</sup> Ich bleibe beim Beschreiben, bei dem, was ich sehe, höre und wahrnehme.

In der Falldarstellung von Frau Kirchner habe ich einige Ansätze dieser Haltung demonstriert.

#### 4.6 Die Behandlung eines körperbehinderten Kindes

Seit vielen Jahren arbeite ich mit Kindern, die durch einen sogenannten frühkindlichen Hirnschaden von Geburt an körperbehindert und/oder geistig behindert sind. Für die Eltern ist dies meist eine schwere Bürde. Oft fällt es ihnen schwer, die Andersartigkeit des Kindes zu akzeptieren. Insbesondere dann, wenn es sich um das einzige Kind handelt.

*Im folgenden Beispiel schildere ich nun einen Fall, bei dem es sowohl um die ergotherapeutische Behandlung eines Mädchens mit Cerebralparese geht als auch um die begleitende Elternarbeit. Besonders schwierig erweist sich in diesem Beispiel, dass die Eltern die Behinderung des Kindes nicht in ihrem vollen Umfang wahrhaben wollen. Sie gehen davon aus, dass ihre Tochter eine normale Schulentwicklung nehmen könnte.*

»Mehr oder weniger stellt für fast alle Eltern die Tatsache, plötzlich mit einem behinderten Kind konfrontiert zu sein, einen Schock dar. Und einen Schock zu verarbeiten, ist schwer. Man sträubt sich unter Umständen gegen völlig offenkundige Tatsachen, steckt den Kopf in den Sand, tut, als wäre nichts, oder verfällt in Lethargie, verleugnet die Behinderung« (Müller-Hohagen 1987, 63).<sup>25</sup>

Vor diesem Hintergrund begegne ich den Eltern: nicht mit Vorwürfen und Belehrungen, sondern mit Verständnis und Mitgefühl. Denn, die Behinderung des eigenen Kindes »zu verarbeiten braucht in der Regel lange Zeit« (ebd., 63). Bevor ich mich der Elternarbeit widme, beschreibe ich die ergotherapeutische Behandlung von Karina unter Einbezug gestalttherapeutischer Elemente.

*Karina sitzt im Rollstuhl und leidet unter einer tetraspastischen Parese. Sie kann den linken Arm und die linke Hand gar nicht, den rechten Arm und die rechte Hand nur eingeschränkt bewegen. Feinmotorische Tätigkeiten sind ihr gar nicht möglich. Ihre Rumpfstabilität ist ebenfalls betroffen, so dass sie nicht frei auf einem Stuhl sitzen kann. Ihr sprach-*

licher Ausdruck besteht vorwiegend im Lautieren. Einzelne Worte sind jedoch verstehbar. Karinas Sprachverständnis ist dagegen deutlich größer. Selbst komplexere Gedankengänge kann sie nachvollziehen. Auch ist es ihr möglich, im Zahlenraum bis zehn zu addieren.

Insgesamt wirkt Karina ausgesprochen fröhlich und lebenslustig. In der Ergotherapie möchte sie am liebsten an einer großen Staffelei malen. Dafür muss ich den Pinsel mit einer Griffverlängerung und Verdickung adaptieren. Jetzt erst kann sie einige Pinselstriche ausführen. Darüber ist sie jedes Mal ausgesprochen stolz. Jedes Bild, das sie malt, hat für Karina eine Bedeutung. Einmal gibt sie mir zu verstehen, dass es sich um eine Blume handelt, das andere Mal stellen ihre Striche ein Haus dar. Es versteht sich von selbst, dass ich Karinas Wahrnehmung als die ihrige akzeptiere und nicht erstaunt aufschreie: »Was, das soll eine Blume sein?«

Karina freut sich über ihre Werke und zeigt sie voller Begeisterung ihren Eltern. Kaum sichtbar ist auf diesem Blatt mit den wenigen Pinselstrichen, welcher Anstrengung es für Karina bedarf, dieses Bild zu malen. Auf Grund von Karinas sprachlichen Schwierigkeiten bin ich um so mehr auf meinen phänomenologischen Blick angewiesen. Durch die ganzheitliche Sichtweise interessiert mich bei Karina nicht nur die Regulierung ihres Muskeltonus, sondern gerade auch ihre kreativen Seiten und ihr Betätigungsverhalten.

Nach einigen Wochen ergotherapeutischer Arbeit bitte ich die Eltern zu einem ersten Gespräch. Ich bereite mich darauf vor, indem ich mir noch einmal die spezifische Situation von Eltern mit behinderten Kindern vor Augen führe. Mir ist klar, dass dieses Gespräch für uns alle dann erfolversprechend sein kann, wenn ich mir meiner therapeutischen Haltung bewusst bin. Vermeiden will ich auf alle Fälle, Karinas Eltern mit Vorwürfen zu begegnen.

Die Mutter beginnt gleich nach wenigen Minuten des Gesprächs den Sinn und Zweck der Ergotherapie anzuzweifeln: »Karina mag das Malen ja Spaß machen, aber ich wünsche mir von der Ergotherapie doch mehr Unterstützung für die schulischen Leistungen. Wir möchten, dass Karina in die Integrationsklasse einer Regelschule kommt.« Die Mutter beschwert sich weiter über die Sonderschullehrerin der Schule für Körperbehinderte, in die Karina seit Beginn dieses Schuljahres geht. Dort würde auch zu viel Praktisches gemacht. Sie hätte erst ganz wenige Buchstaben gelernt.

Ich benötige einen Moment, um mich nicht in meiner therapeutischen Kompetenz angegriffen zu fühlen. Mir ist klar, würde ich mich an

dieser Stelle rechtfertigen, hätte ich kaum eine Chance in einen Dialog mit der Mutter zu treten.

Nachdem ich mir einige Minuten anhöre, was die Mutter berichtet, melde ich ihr zurück: »Ich habe gehört, dass Sie sowohl mit der Schule als auch mit meiner ergotherapeutischen Arbeit unzufrieden sind.« Damit akzeptiere ich ihre Meinung, ohne diese damit für mich als stimmig ansehen zu müssen. Ich mache ihr deutlich, dass mir daran gelegen ist, für sie als Eltern und besonders für Karina einen therapeutisch effektiven Weg zu finden. Ich möchte gerne auch ihren Mann hören.

Nun wende ich mich an Karinas Vater und befrage ihn nach seiner Sicht. Der Vater hat nicht ganz so hohe Ansprüche an Karinas Schulleistungen. Er unternimmt viel mit seiner Tochter, geht ins Kindertheater, ins Kino, zu Volksfesten. Meist trägt er Karina und lässt den Rollstuhl im Auto. Über den Sinn der Ergotherapie habe er keine Ahnung, es würde ihn allerdings interessieren. Während er dies sagt, wendet er sich körperlich mir direkt zu und schaut mich an. Aus phänomenologischer Sicht nehme ich das auf: »Ich habe den Eindruck, Sie möchten jetzt von mir eine Antwort. Die gebe ich Ihnen gerne.« Ich erkläre nun den Eltern, dass der Erwerb von Grundfertigkeiten, besonders im Bereich der Wahrnehmung und Kreativität Voraussetzungen darstellen, um Lesen, Schreiben und Rechnen zu erlernen. Die Ergotherapie übt den ersten Bereich, für den zweiten sind Pädagogen zuständig. Noch wenig überzeugt verlassen die Eltern das erste Beratungsgespräch.

Ich sehe genauso wie Müller-Hohagen, dass in der Arbeit mit Eltern behinderter Kinder ein hohes Maß an Geduld nötig ist. Ebenso erscheint es hilfreich, von hohen Ansprüchen Abstand zu nehmen.<sup>26</sup> Nach diesem ersten Gespräch wird mir bewusst, wie sehr meine eigenen Anteile von Druck in den Vordergrund kommen. Ich bin überzeugt, dass mein ergotherapeutischer Weg sinnvoll für Karina ist. Ich fühle mich versucht, dies den Eltern zu erklären und mich damit in einen Rechtfertigungsdruck zu bringen. Erst durch die Selbstreflexion wird mir klar, dass ich weiter sehr geduldig mit den Eltern umgehen muss, weil kritische Eltern mit fachlichen Erklärungen eher weniger erreichbar sind.

Einige Tage später zeigt mir Karina ein Bild, das sie zu Hause gemalt hat. Es wirkt sehr gegenständlich, deutlich ist ein Pferd zu erkennen und darauf sitzend ein Mädchen. Das Bild ist nicht so, wie ich es von ihr kenne. Die Lehrerin meint, es sei mehr von der Mutter gemalt und unterstreiche damit deren Leistungsanspruch. Dass dies allerdings den er-

sten Schritt eines Dialogs mit den Eltern bedeutet, kann ich zu diesem Zeitpunkt noch nicht sehen.

Einige Stunden später frage ich Karina, ob sie ein Bild für mich malen möchte. Wie immer drückt sie ihre Freude durch ausfahrende Bewegungen und ein quiekendes Lachen aus. »Ich habe den Eindruck, du hast Lust dazu«, vergewissere ich mich. Karina gibt mir ein deutliches »Ja« zur Antwort und möchte gleich beginnen. Sie malt einen roten und blauen Klecks und gibt mir zu Verstehen, dass sie selbst dies sei.

»Ah, du hast dich gemalt, so wie du heute angezogen bist, mit einem roten Pulli und einer blauen Hose,« melde ich ihr meine Wahrnehmung zurück. Erneut freut sie sich.

Sie malt weiter, nun einen braunen Klecks. Aus ihrer Äußerung kann ich entnehmen, dass sie damit ein Pferd meint. Ich weiß von Karinas Eltern, dass sie an einem therapeutischen Reiten teilnimmt. Ohne feldtheoretischen Blick wäre es mir sicher schwer gefallen, herauszufinden, was der braune Klecks für Karina bedeutet. Dennoch vergewissere ich mich, ob ich sie richtig verstanden habe: »Du sitzt auf einem Pferd und reitest?« Karina quiekt vor Freude, woraus ich entnehme, dass sie sich auch jetzt bestätigt und verstanden fühlt. Sie wählt jetzt die grüne Farbe und malt über das Vorhergehende darüber, dann nimmt sie die schwarze Farbe und malt über das ganze Bild. Nun brauche ich ein bisschen, um herauszufinden, was Karina damit sagen möchte. Ich beobachte sie genau, um kleinste Anzeichen zu erkennen, die mir verraten, was sie meint, denn ihre Lautierung ist schwer zu verstehen. Nach einigen Minuten dämmert es mir: »Karina reitet bei Nacht durch den dunklen Wald.« Vor Freude quiekt und zappelt sie. »Und erschreckt die Räuber«, setzte ich noch humorvoll nach. Karina ist außer sich vor Freude.

In der Schule findet ein Elternnachmittag statt, zu dem ich auch eingeladen bin. Eine gute Gelegenheit, um in einer etwas entspannteren Atmosphäre mit den Eltern in Kontakt zu treten. Karinas Bild, auf dem sie durch den dunklen Wald reitet, nehme ich mit. Als ich in der Schule ankomme und Karina mich sieht, freut sie sich riesig. Vom Vater erfahre ich, dass Karina ausgesprochen begeistert von der Therapie bei mir sei. Karinas Mutter setzt sich zu uns und beginnt von sich aus das Gespräch. Sie wirkt spürbar weniger unter Druck als bei unserem ersten Kontakt. Nach einer kurzen Zeit erzählt sie von ihrer beruflichen Situation, die sehr belastend für sie sei. Es falle ihr dadurch schwer, jedes Mal angemessen auf Karina und ihre Erfolge einzugehen. Sie setze sich selbst stark unter Druck, weil sie meine, dass Karina eine Regelschule besuchen müsse.

Dieses ist eine typische Reaktion von Eltern behinderter Kinder. Allerdings:

»der in Familien mit behinderten Kindern oft so unerträgliche Druck bekommt seine Schärfe erst auf einem allgemeinen Hintergrund von Druck« (Müller-Hohagen 1987, 204).

Verständnis gegenüber der Situation von Karinas Eltern und eine vorwurfsfreie Haltung prägen weiter den Dialog mit ihnen. Ihr großes Engagement verstarke ich, wertschätze das zuvor Gesagte: »Ich bekomme mit, was Sie alles für Karina tun und wofür Sie sich aufopfern. Und ich weiß, dass Sie wie alle Eltern das Beste für Ihre Tochter möchten.«

Durch den beginnenden Dialog gelingt uns im weiteren Verlauf ein konstruktiver Prozess. Der Raum ist geöffnet, den Eltern Karinas Bild aus der Ergotherapiestunde zu zeigen. Ich erkläre ihnen, vor welchem Hintergrund und aufgrund welcher feldtheoretischer Informationen mir gelang zu erkennen, was Karina damit meinte.

»Ohne das Bild, das Sie zu Hause mit Karina gemeinsam gemalt haben, hätte ich diese Information gar nicht. Dadurch war es mir möglich, Karinas Bild zu erfahren. Dies hat sie natürlich sehr gefreut.«

Auch hier begeben mich im Dialog auf die Ebene der positiven Aspekte. Noch bin ich vorsichtig. Karinas Mutter hatte kurz zuvor von ihrem Druck gesprochen. Sie beginnt eigene Bewusstheitselemente wahrzunehmen.

Karinas Mutter nimmt sich das Bild und schaut es lange an. Für einen kurzen Moment nehme ich bei ihr feuchte Augen wahr, dann wirkt sie wieder gefasst.

»Ja, das andere Bild mit dem Pferd habe ich gemalt. Karina hat vorwiegend die Anweisungen gegeben. Ich würde mir halt sehr wünschen, dass sie so malt wie ein nicht behindertes Kind«, beginnt sie zu erzählen, »und jetzt habe ich verstanden, dass es für Karinas Entwicklung günstiger ist, wenn sie selbst ihre Bilder malt.«

Karinas Mutter kann nun den Druck wahrnehmen, sich diesen bewusst machen. Damit ist sie in der Lage, an der Situation selbst etwas zu ändern, indem sie zukünftig Karina weniger Druck macht und ihre Tochter mehr ausprobieren lässt. Durch das dialogische Prinzip, die gestalttherapeutische Haltung und die »Awareness«-Arbeit konnte dieser Weg geöffnet werden (s. Abb. 18).

Abschließend stelle ich diesen Fall in dem bereits bekannten Schaubild nach.

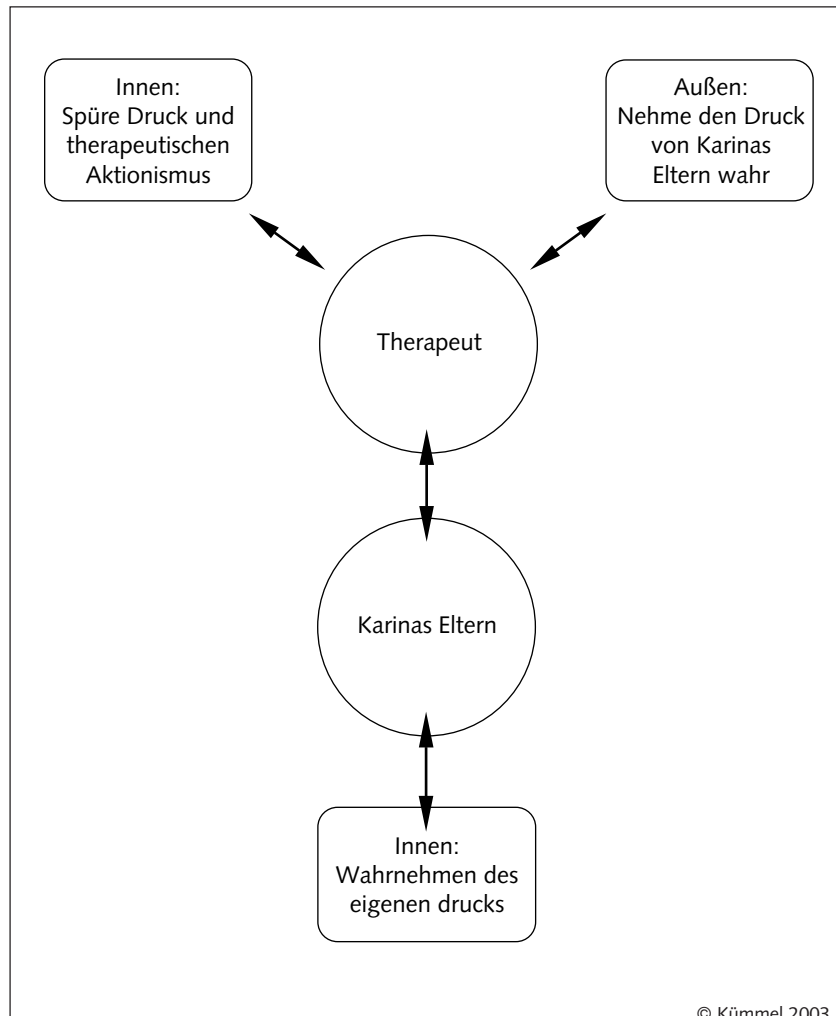


Abb. 18: Karina

In diesem Fall gelang mir, mit gestalttherapeutischen Elementen in der Elternarbeit die ergotherapeutische Arbeit des Kindes zu verbessern.

Das ist nicht immer in diesem Maße möglich. Im folgenden Fall zeige ich Grenzen ergotherapeutischer Praxis in der Elternarbeit auf. Dennoch hat mir auch dort der Gestaltansatz geholfen, wesentliche Merkmale in der Therapie zu erkennen und damit im Sinne des Patienten umzugehen.

#### 4.7 Elternarbeit in der Ergotherapie unter Einbezug von Gestaltelementen

In Gesprächen mit Kollegen und Kolleginnen wurde ich angeregt, etwas zur Elternarbeit in der Ergotherapie durch Einbezug von Gestaltelementen zu schreiben. Da der pädiatrische Ergotherapiebereich zu meinen Schwerpunkten gehört, hatte ich eher die Schwierigkeit aus einem großen Fundus auszuwählen. Letztendlich habe ich mich für einen etwas länger zurückliegenden Fall entschieden.

*Der neunjährige Jens Feder wurde der Ergotherapie mit den Vorinformationen empfohlen, dass er sehr schüchtern sei, kein Selbstwertgefühl und Durchsetzungsvermögen habe, sich seinem jüngeren Bruder gegenüber benachteiligt fühle und insgesamt in seinen schulischen Leistungen abfalle.*

*Zum Erstgespräch kam er zusammen mit seiner Mutter. Frau Feder schilderte die Probleme ihres Sohnes aus ihrer Sicht. Sie betonte hauptsächlich seine Bewegungsauffälligkeiten; Schulschwierigkeiten habe er keine, weine jedoch häufig. Jens war während dieses kurzen Eingangsgespräch anwesend. Ich fragte ihn, ob er die von seiner Mutter geschilderten Probleme ähnlich sehe. Er bestätigte dies mit einem Nicken. Ich teilte ihm mit, dass seine Mutter jetzt draußen im Wartezimmer warten wird, während wir gemeinsam schauen, was er machen möchte. Nachdem ich Jens' Mutter verabschiedete, blieb Jens auf seinem Stuhl sitzen und schwieg. Ich sprach ihn direkt an, um den dialogischen Prozess<sup>27</sup> zu eröffnen: »Ganz schön blöd für dich – mich kennst du nicht, hier warst du noch nie, und jetzt bist du ganz allein hier mit mir ohne eine vertraute Person.« Er nickte daraufhin, stand auf, setzte sich auf den Boden und begann, die von mir bereitgestellten Spiele anzusehen. Ich ließ ihm dazu viel Zeit und fragte ihn dann: »Magst du etwas spielen?« Jens nickte erneut und ich hakte nach: »Alleine oder mit mir zusammen?« Seine Antwort kam kurz und knapp: »Zusammen.« Durch das Aushalten der Unsicherheit und meine abwartende Haltung konnte ich eine kleine Tür für einen dialogischen Prozess mit Jens öffnen. Zu Beginn der zweiten Behandlung war Jens aufgeschlossener. Er zog sofort seine Schuhe aus, setzte sich auf den Boden und wollte spielen. Während des Spiels erzählte er viel und lachte.*

*Dann in der dritten Behandlungsstunde erzählte Jens zum ersten Mal von seiner Familie. Auf meine Frage, ob er auch zu Hause spiele, antwortete er: »Zu Hause kann ich nicht spielen, weil wir am Haus bauen. Auch spielt niemand mit mir.«*

Jens kam jetzt regelmäßig zur Ergotherapie. Er fing Werkprojekte an, baute ein Holzauto und arbeitete an einem Peddigrohrkörbchen. Während der Therapie hatte Jens wenig eigene Ideen. Er fragte mich stets, was er zu tun habe und beantwortete meine Fragen mit: »Ist mir egal.«

Jens arbeitete ausgesprochen ehrgeizig und sorgfältig. Ich hatte den Eindruck, dass er damit ausdrücken wollte: »Schaut her, ich kann auch etwas.«

Während der Arbeit wirkte er auf mich, als stünde er unter großem Druck. Er schaute häufig auf die Uhr und vergewisserte sich, wie viel Zeit wir noch haben. Am Ende der Stunde wurde er ärgerlich und wollte nicht aufhören. Obwohl er noch mit einer Sache beschäftigt war, dachte er gleichzeitig bereits an die nächste. Während der Werkarbeiten erlebte ich Jens sehr unter Druck stehend. Dies zeigte sich darin, dass er sehr schnell arbeitete, fast schon hektisch, dabei überaus motiviert und ausdauernd war. Teilweise redete er ohne Pause. Auf der anderen Seite war er leicht ablenkbar.

In der folgenden Ergotherapiestunde war sein jüngerer Bruder Marcel mit im Werkraum. Dies schien Jens zusätzlich zu mehr Leistung anzuspornen. Meine Hypothese war, dass er damit zeigen wollte, wie gut er mit Holz arbeiten kann.

Jens zeigte auch vermehrt Wut und Ärger, wenn eine Handlung nicht so klappte, wie er sich dies vorstellte. Sein Selbstwertgefühl war gering. Er erzählte mir, dass alle Dinge, die er begänne, ihm nicht gelingen würden: »Die sehen Scheiße aus.« Auf meine Nachfrage, wer das sage, antwortete er: »Ich, ... alle!«

Nach der sechzehnten Behandlungsstunde veränderte ein Ereignis die Behandlung. Jens' Mutter musste wegen einer Operation für vier Wochen ins Krankenhaus. Während dieser Zeit kümmerte sich der Vater um ihn und den jüngeren Bruder Marcel. Zudem wechselte Jens in eine andere Schule und kam in die fünfte Klasse. Er war froh, dass sein Vater nun mehr Zeit hatte. Dadurch musste er nicht mehr so häufig zu den Großeltern. In dieser Phase bat der Vater mich um ein Gespräch, als er Jens von der Ergotherapie abholte. Der Vater erzählte mir seine Sicht der Dinge. Er meinte, dass Jens desinteressiert sei, wenig Motivation und zusätzlich Probleme in der Schule habe. Er verstehe dies alles nicht: »Der Marcel ist doch erst sieben und kann das auch schon.« Nach der Operation der Mutter, berichtete Herr Feder weiter, sollten die Jungs nicht mit ins Krankenhaus kommen, um die Mutter nicht zu sehr zu belasten. Marcel nahm dies gelassen hin, während Jens auf sein Zim-

mer rannte und weinte. Jens' Vater wirkte auf mich sehr hilflos und ratsuchend: »Ich weiß nicht, was man da machen kann.«

Durch das Gespräch mit Herrn Feder wurden mir meine hohen Erwartungen bewusst. Die Ratlosigkeit und Hilfsuche des Vaters lösten bei mir das »Sofort-ganz-viel-helfen-wollen-Syndrom« aus, und ich erlebte dabei meine eigene Rat- und Hilflosigkeit; dies verstärkte sich, je mehr ich Not und Hintergründe verstand. Ich notierte meine Gedanken und Gefühle für eine therapeutische Selbstreflexion, damit mir so meine eigenen Anteile bewusster werden konnten.

Zwei Wochen später lud ich Jens' Eltern zu einem ersten gemeinsamen Gespräch.

Ich eröffnete den Dialog: »Schön, dass Sie beide kommen konnten.« Im weiteren bezog ich mich auf das kurze Gespräch mit Herrn Feder. Ich nahm erwartungsvolle und aufmerksame Gesichter wahr, teilte diese Wahrnehmung den Eltern mit und hatte damit den dialogischen Prozess eröffnet. Abwechselnd schilderten die Eltern die Situation mit Jens im familiären Zusammenleben, jedoch ergriff die Mutter häufiger das Wort; sie erzählte mit großer Not, Jens habe zu Hause kein Interesse, keine Motivation, irgend etwas zu tun. Er treffe sich nicht mit anderen Kindern und streite sich sehr oft mit seinem jüngeren Bruder. Morgens sei es am schlimmsten, weil er nur trödele und dadurch nicht rechtzeitig zur Schule komme.

Der Vater fügte noch hinzu: »Jens ist total vergesslich und interesselos. Selbst für ihn wichtige Termine wie die Jugendfeuerwehr, den Handballverein oder die Ergotherapie vergisst er. Wir fragen uns oft, ob Jens nicht kann oder nicht will.«

Ich merkte, wie sich in mir ein Druck aufbaute. Zum einen spürte ich den enormen Druck, unter dem die Eltern litten, zum anderen hatte ich auch Mitleid und wollte helfen. Dadurch lief ich Gefahr, in Aktionismus zu geraten. Nachdem mir meine eigenen Anteile bewusst geworden waren, verlangsamte ich den Prozess und meldete meine inneren Wahrnehmungen an die Eltern zurück: »Ich spüre einen immensen Druck, unter dem sie stehen. Mir scheint, dass es an allen Ecken und Enden brennt.« Ich hielt einen Moment inne und schaute beide Eltern an. Ich sah neugierige Gesichter. Dann setzte ich fort: »Sie erwarten vielleicht von mir jetzt eine Patentlösung, so eine Art Feuerwehr?«

»Sicher würden wir uns über jeden Rat freuen«, antwortete mir Frau Feder, »mehr noch interessiert uns, warum Jens so ist?«

Durch meine Bemerkungen hatte ich den Druck etwas herausgenommen. Dadurch konnten wir das Gespräch in eine andere Richtung wei-

terführen. Nun ging es nicht mehr primär um Jens' Probleme, sondern um den Umgang der Eltern mit der Situation. Dabei wurde deutlich, dass die Eltern in ihren Erziehungsmethoden sehr unterschiedlich agieren. Gleichzeitig wirkten sie unsicher: »Wir wissen nicht, ob es richtig ist, streng zu ihm zu sein.« Erneut erappte ich mich dabei, Erklärungen abzuliefern und den vielen Erziehungsratschlägen weitere folgen zu lassen. Die momentane therapeutische Unsicherheit auszuhalten, erlebte ich als schwierige Aufgabe. Nach einem kurzen Moment antwortete ich, dass es aus meiner Sicht nicht um richtig oder falsch gehe. Wir beendeten dieses Gespräch mit der Vereinbarung, uns in zwei Monaten erneut zusammzusetzen. Die Eltern wünschten sich von mir noch zum Abschluss, dass ich bei Jens »einen Gang zulegen« solle. Ich hatte das Gespräch beendet, doch nun begannen die Eltern ein neues Thema. Für einen Moment fühlte ich mich versucht, mich auf dieses Thema einzulassen. Ich beendete das Gespräch mit dem Hinweis, dass wir uns in Kürze zu einem weiteren Austausch treffen würden. Hätte ich mich an dieser Stelle auf das Thema der Eltern eingelassen, wäre die Gefahr groß gewesen, von ihnen vereinnahmt zu werden. Die Übernahme des elterlichen Auftrags, bei Jens einen »Gang zulegen« hätte mir sicher Probleme in meinem Verhalten Jens gegenüber bereitet. So entschied ich mich dafür, diesen Auftrag der Eltern nicht anzunehmen, sondern verstärkt auf meine Gedanken und Gefühle zu achten. Erst später wurde mir klar, dass die Eltern versuchten, mir ihre Verantwortung zuzuschieben.

Das zweite Gespräch mit beiden Eltern begann ich mit der Frage, was sich seit dem letzten Mal geändert habe. Es redete erneut hauptsächlich Frau Feder: »Das Problem ist nur noch die Schule. Jens hat mittlerweile nur noch Vieren und Fünfen, außerdem erzählt er uns von schlechten Noten gar nichts. Dabei haben wir ihn deswegen noch nie bestraft.«

Auf meine Rückfrage, weshalb sie als Eltern denken, dass Jens ihnen schlechte Noten verleugnet, antworteten sie: »Er hat Angst. Wovor, weiß er nicht.«

Im Laufe des Gesprächs nahm ich noch deutlicher wahr, dass die Eltern sehr besorgt und engagiert waren, wenn es um das Wohl jedes einzelnen Familienmitglieds geht. Diese von mir als Ressource wahrgenommene Sicht teilte ich den Eltern mit. Weiter besprach ich mit ihnen, welche Veränderungen Jens aus ergotherapeutischer Sicht gemacht hatte: Er zeigte mittlerweile keine Bewegungsauffälligkeiten mehr, konnte Ideen in Handlungen umsetzen und wirkte insgesamt ruhiger. Ich machte den Eltern an dieser Stelle auch klar, dass mein ergotherapeutischer Auftrag

damit beendet sei und ich zur Stabilisierung noch einige Termine mit Jens machen würde. Die anderen noch bestehenden Probleme erschienen mir tieferliegend und in Interaktionsproblemen innerhalb der Familie zu liegen. Aus ergotherapeutischer Perspektive war damit meine Grenze erreicht. Nun galt es den Eltern ohne Vorwurfshaltung zu erklären, dass sie weitere Hilfe benötigten und ich gab ihnen die Anschrift einer familientherapeutischen Beratung.

Die ergotherapeutische Arbeit mit Jens wäre ohne die begleitenden Elterngespräche nicht effektiv verlaufen. Zuviel schwang sowohl in der Familie als auch in mir mit. Durch meine eigene Awareness-Arbeit konnte ich mir zumindest meine Anteile bewusst machen und geriet nicht in einen eigenen Druck. Ich sah meine Grenzen und wusste, dass es anmaßend wäre, meine Kompetenzen zu überschreiten und in eine wie auch immer geartete psychotherapeutische Behandlung einzusteigen. Wichtig für mich war, diese schwierigen Gespräche so zu führen, dass sie nicht belehrend wirkten. Das fiel mir nicht immer leicht. Die gestalttherapeutische Orientierung half mir in diesem Fall, einen roten Faden zu behalten und meine eigene Haltung nicht zu verlieren.

#### 4.8 Die Anwendung von Gestalttechniken in der Ergotherapie

Sucht ein Therapeut in der Gestalttherapie nach konkreten Methoden oder Techniken, um diese in der Ergotherapie anzuwenden, dann wird er wenig fündig. Die meisten Methoden und Techniken der Gestalttherapie sind für Psychotherapie und Selbsterfahrung entwickelt. Dennoch möchte ich einige Sätze zum Thema Technik sagen, da die Gestalttherapie häufig ausschließlich in Zusammenhang mit den von Fritz Perls angewandten Techniken<sup>28</sup> gebracht wird. Damit geriet die Gestalttherapie schnell in den Ruf einer Selbsterfahrungs- und Therapiepraxis, die nur aus Techniken besteht. Die Anwendung gestalttherapeutischer Techniken in der Ergotherapie sehe ich als eher schwierig an. Mir stellt sich auch die Frage, was überhaupt gestalttherapeutische Techniken sind. Staemmler beschreibt, dass die meisten in der Gestalttherapie angewandten Techniken Anleihen aus anderen Verfahren sind, die leicht modifiziert wurden (1999, 440).

Am Anfang von Gestaltarbeit steht die Frage: »Was genau möchtest du?« Diese Frage impliziert mein therapeutisches Interesse als Therapeut nach Erwartungen, Wünschen und Bedürfnissen des Klienten und dient dazu, den therapeutischen Auftrag zu klären. Damit biete ich einen Dialog

an. Dieser Ansatz ist noch verständlich und in der Ergotherapie und in anderen helfenden Disziplinen anwendbar. Anders verhält es sich mit Experimenten und Gestalttechniken, denn diese sind nicht einfach übertragbar. Für die Ergotherapie halte ich es für wichtig, dass die Auswahl der Methodik ergotherapeutische Ziele verfolgt und keine psychotherapeutische Funktion hat. Daher grenze ich unbedingt die Integration des Gestaltansatzes in die Ergotherapie zur psychotherapeutischen Arbeit ab. Auch für Ergotherapeuten in der Klinik sollte diese klare Grenze eingehalten werden. Sie wird Patienten eher verwirren.

Im Folgenden konzentriere ich mich auf die Typen der Gestalttechniken, wie Staemmler sie skizziert hat (447ff.). Selbsterfahrungsübungen, die in Gestalttherapiegruppen genutzt werden, haben für die unmittelbare Arbeit in der Ergotherapie keine Bedeutung. Die Ergotherapie selbst hat ein solch großes Potential an technischen Möglichkeiten, dass ich nicht auf Fantasiereisen, Kontaktübungen oder Ähnliches zurückgreifen muss. Das Gleiche gilt für den Bereich gestalttherapeutischer Experimente. Patienten in der Ergotherapie werden in der Regel über ergotherapeutische Methodik in hohem Maße experimentell gefordert, so dass auch hier keine Anleihen bei der Gestalttherapie nötig sind. Im fünften Kapitel werde ich einige ergotherapeutische Methoden beschreiben und zeigen, wie diese vor dem Hintergrund gestalttherapeutischer Theorie effektiver nutzbar sind. Dafür muss ich mich bei der Anwendung von Gestaltelementen in die Ergotherapie lösen von dem in der Gestaltausbildung gelernten Stil des theatralischen, kathartischen und technischen Niveaus. Hierzu gehört besonders das in der Gestalttherapie häufig angewandte Experiment des leeren Stuhls<sup>29</sup>; deren theoretischer Background dagegen ist oft hilfreich.

Noch vorsichtiger bin ich mit Interventionen, die starke Gefühle hervorrufen können. Besonders Wut-Arbeiten oder regressive Prozesse gehören m.E. in die psychotherapeutische Arbeit. Staemmler scheidet die Technik des ›leeren Stuhls‹ in zwei verschiedene Formen: die Selbstgesprächtechnik und die Fantasiegesprächtechnik; letztere unterteilt er noch in eine monologische und eine dialogische Form (1995, 44).

Hilfreich für eine Anwendung in der Ergotherapie haben sich aus meiner Erfahrung Ansätze der Selbstgesprächtechnik erwiesen. Dabei geht es weniger darum, primär psychische Aspekte des Patienten zu repräsentieren, sondern in erster Linie körperliche. Gerade wenn es um die Integration ›abgespaltener‹, nicht wahrgenommener bzw. um die Krankheit selbst geht.

Besondere Vorsicht erfordern gestalttherapeutische Techniken im Umgang mit Menschen aus dem psychiatrischen Bereich. Nicht immer ganz unbegründet genießt die Gestalttherapie dort einen zweifelhaften Ruf (»Und

bist du nicht willig, gebrauch' ich Gestalt.«) Staemmler beschreibt in detaillierter Weise die – wohlgerne psychotherapeutische – Anwendung von Gestalttechniken für die »Bearbeitung von Spaltungen« (61ff.). Psychiatrisch tätigen Ergotherapeuten kann ich dieses Kapitel empfehlen. Darüber hinaus wurde auch die Anwendung der Gestalttherapie für Menschen mit der klinischen Diagnose ›Psychose‹ an anderer Stelle beschrieben.<sup>30</sup>

In Bezug auf die Selbstgesprächtechnik möchte ich den Radprofi Lance Armstrong erwähnen, der in einen inneren Dialog mit seiner Krebserkrankung gegangen ist, um diese verarbeiten zu können.<sup>31</sup> Gerade an chronischen Erkrankungen leidenden Menschen erleichtert ein imaginärer Dialog mit der Krankheit die Auseinandersetzung mit dieser. Um dem Patienten einen Zugang zu seiner Erkrankung zu ermöglichen, biete ich ihm

»ein kleines Experiment aus der gestalttherapeutischen Methodik an [...]: ›Angenommen der betroffene Arm wäre eine Person und Sie könnten zu ihm sprechen, was würden Sie ihm sagen?‹ Als Antwort höre ich dann zum Beispiel: ›Du Hasenfuß bist mir dauernd im Weg!‹ Die Patienten stellen fest, dass sie sich auf diese Weise noch nicht damit beschäftigt haben« (Kümmel 2001, 17).

Krankheitsverarbeitung und Integration von Krankheit und Behinderung haben in der Ergotherapie trotz allem nur eine unterstützende Bedeutung – es ist nicht Aufgabe der Ergotherapie tieferliegende Konflikte psychotherapeutisch zu bearbeiten.

Allerdings gibt es einen Bereich der Techniken, der absolut identisch ist. »Handwerkliche, künstlerische und meditative Ausdrucksformen liefern weitere, in ihren Wirkungen oft überraschende technische Möglichkeiten« (Staemmler 1999, 456). Der Autor denkt dabei besonders an modellierende Arbeit mit Ton und anderen bildhauerischen Materialien. Viele Interventionen sind primär verbale und nonverbale Rückmeldungen, die meist die Ressourcen und positiven Seiten der Patienten ansprechen. Dies ist jedoch nicht zu verwechseln mit einer Haltung des ›Nett-Seins‹, denn ich halte es auch für wichtig, Patienten mit ihren Vermeidungsanteilen zu konfrontieren. Voraussetzung dafür ist allerdings eine tragfähige Therapeut-Patient-Beziehung in einem therapeutischen Dialog.

»Ich habe oft gesagt, dass ein dialogischer Ansatz dem Einsatz von Techniken nicht ablehnend gegenübersteht. Vielmehr liefert er einen Rahmen, innerhalb dessen angemessenen Techniken entstehen können. Eine Technik kann dialogisch sein, solange sie nicht nur als ›reine Technik‹ eingesetzt wird. Sie sollte Teil sein des ständigen Bemühens um eine Vertiefung der Bewusstheit

auf der Beziehungsebene, des Kontakts und der (mit)geteilten Wirklichkeit. [...] Im Zusammenhang sauber eingesetzt kann eine Technik ein wesentlicher Bestandteil der Begegnung sein. [...] Eine Technik besteht weder um ihrer selbst willen noch um die Therapeutinnen-Egos aufzublasen, sondern um immer wider die ›Begegnung‹ zu fördern« (Hycner 1999, 83).

Lore Perls drückte diesen Sachverhalt am treffendsten aus: »Gestalttherapie ist keine Technik, sondern eine Einstellung« (in: Friedman 1987, 138). Oben habe ich erläutert, dass es sich bei der Integration des Gestaltansatzes in die Ergotherapie um eine therapeutische Haltung handelt: Somit steht für die Ergotherapie ein Paradigmenwechsel an. Gestalttherapie und besonders das dialogische Prinzip und die therapeutische Haltung können diesen Wechsel begleiten.

### Anmerkungen

- 1 Für Angehörige, die nicht im Heilmittelsektor tätig sind, hört sich dies vermutlich grotesk an, doch bin ich gehalten, penibel genau Formalitäten einzuhalten, da andernfalls Zahlungen gekürzt werden. Dieser Verwaltungsbereich ist die ›bittere Pille‹, die ich zu schlucken habe, wenn ich mich im Gesundheitssystem bewege.
- 2 Selig u.a. 2002, 9
- 3 s.u. Kap. 5; Habermann/Kolster 2002, 502ff.
- 4 Habermann/Kolster 2002, 517ff.; s.u. Kap. 5.2
- 5 Introjektion ist die Aufnahme von fremden Anteilen, ohne diese zu überprüfen bzw. zu verarbeiten.
- 6 Jung u.a. 2000, 87f.
- 7 Jung u.a. 2000, 94
- 8 Frenzel u.a. 1992; Weber/Heil 2000
- 9 s.u. Kap. 5.1
- 10 Beisser 1997, 92ff., 118ff.; Beisser beschreibt hier Phasen der Annahme, die mit Phasen der Trauerarbeit parallel verlaufen müssen.
- 11 s.o. Kap. 4.1
- 12 Zur Polarisation s.a. Staemmler/Bock 1991, 111ff.
- 13 s.u. Kap. 5.1
- 14 Görlitz 1998, 117ff.
- 15 s.u. Kap. 5.2
- 16 vgl. Selig u.a. 2002, 9

- 17 s.u. Kap. 5.1
- 18 In diesem Fall wäre es auch möglich, diese in Ton nachbilden zu lassen.
- 19 »Offensichtlich ist, dass die Arbeit von Perls, die Entwicklung der Gestalttherapie, einen entscheidenden Einfluss auf Einsatz der kreativen Therapien hat« (Dt. Übers. Kümmel).
- 20 s.o. Kap. 1.2
- 21 s.o. Kap. 1.3
- 22 s.o. Kap. 2.3; Staemmler 1994
- 23 s.u. Kap. 5.1
- 24 s.o. Kap. 1.2
- 25 s.a. Micknat 2002
- 26 Müller-Hohagen 1987, 79.
- 27 Zur Gestaltarbeit mit Kindern und Jugendlichen: Oaklander 1978; I. Baulig/V. Baulig 2001; Baulig/V. Baulig 2002
- 28 vgl. Perls, F. 1974
- 29 vgl. Staemmler 1995
- 30 Hutterer-Krisch in 1999, 747-765, 839-856; Harris, in: Nevis 1992, 239-261
- 31 Armstrong 2000

---

## 5. Grundlagen der Ergotherapie – Methodenvergleich

---

*Herr Sänger litt bereits seit zehn Jahren unter Multipler Sklerose<sup>1</sup>, als er zu mir in die Praxis kam. Das Erstgespräch gestaltete ich gewohnt dialogisch-orientiert. Darüber hinaus nutzte ich Verfahren der angloamerikanischen Ergotherapie-Modelle<sup>2</sup>. Im Dialog mit Herrn Sänger begann ich, seine Wünsche, Erwartungen und Ziele an die Therapie zu erfassen. Damit bezog ich ihn von Anfang an in den Entscheidungsprozess mit ein. Herr Sänger konnte so Verantwortung für seine Therapie übernehmen. Er erzählte mir, dass er gerne kleinere handwerkliche Arbeiten verrichten möchte. Herr Sänger schilderte detailliert seine Kompetenzen sowie die Probleme in seiner Betätigungsperformanz. Er machte auf mich den Eindruck, dass er sich intensiv mit seiner Erkrankung auseinander gesetzt hatte und seine Stärken und Schwächen genau kannte. Insofern machte er es mir leicht, einen genauen Überblick über seine Situation zu erhalten. Durch den Einbezug der Ehefrau in das Erstgespräch bekam ich zusätzliche Informationen. Ich schlug Herrn Sänger vor, dass ich in der folgenden Behandlungsstunde einen Katalog mit Bausätzen mitbringen werde und wir gemeinsam schauen könnten, welche für ihn interessant sein könnten. Herr Sänger stimmte diesem Vorschlag zu und freute sich sichtlich auf die nächste Ergotherapiebehandlung.*

*In der nächsten Stunde brachte ich vereinbarungsgemäß den Katalog mit und Herr Sänger blätterte darin. Er begann viel zu erzählen, schweifte ab und konnte sich nicht entscheiden. Orientiert an der gestalttherapeutischen Grundhaltung führte ich ihn in liebevoller Art und Weise wieder zu seinem ursprünglichen Ziel zurück: eine handwerkliche Arbeit zu finden. Dadurch wurde ihm klarer, was er genau wollte. Es sollte nicht irgendein Werkstück sein, sondern etwas, das er im Haushalt nutzen konnte. Herr Sänger entschied sich für die Herstellung eines Gewurzregals. Eine Stunde später konnten wir mit der ersten Tätigkeit beginnen. Aufgrund der Erkrankung von Herrn Sänger war es wichtig, nicht zu schnell voranzugehen.<sup>3</sup> Das Tempo bestimmte ausschließlich der Patient. Zusätzliche Sicherheit gab mir seine Selbsteinschätzung über seine Fähigkeiten und Grenzen. Diese fand ich durch meine*

*Beobachtung bestätigt. Wir entwickelten nun aus klientenzentrierter bzw. dialogischer Perspektive die ergotherapeutischen Behandlungsziele gemeinsam. Ihm war es wichtig, dass er sich wieder als handelnder Mensch erfuhr und durch das Bearbeiten von Werkstücken Bestätigung erlebte. Zum übergeordneten Ziel definierten wir die Stärkung des Selbstwertgefühls. Ich meldete Herrn Sänger zurück, dass mir seine exakte Awareness bezüglich seiner Kompetenzen und Beeinträchtigungen aufgefallen sei und ich darin ein weiteres Ziel sehe, nämlich diese Ressource zu stützen. Herr Sänger freute sich über dieses positive Feedback.*

Nachdem ich oben den theoretischen Schwerpunkt deutlich auf die Gestalttherapie gelegt habe, widme ich mich nun der ergotherapeutischen Theorie. Ergotherapie hat in den letzten Jahren einen vermehrten Bekanntheitsgrad erreicht. Das belegen nicht nur der deutliche Anstieg der zugelassenen Praxen (von 1.800 im Jahr 1999 auf 2.800 Praxen im Jahr 2001<sup>4</sup>), sondern auch die unterschiedlichen Beschäftigungsfelder in Institutionen. In vielen Kliniken und in sonderpädagogischen und psychosozialen Einrichtungen gehört das ergotherapeutische Angebot mittlerweile zum Standardrepertoire, auch wenn das Berufsbild der Ergotherapie immer noch eher unter der alten Bezeichnung ›Beschäftigungs- und Arbeitstherapie‹ geläufig ist. Pikanterweise als Anhang zum Psychotherapeutengesetz im Jahr 2000 wurde die Berufsbezeichnung Ergotherapeut/in gesetzlich legitimiert: Das Gesetz, das so negative Folgen für viele Gestalttherapeuten hatte, verhalf der Ergotherapie zu einer weitreichenderen Bedeutung. Längst ist sie über das reine Beschäftigen hinausgekommen. Ergotherapeutinnen sind heute keine ›Bastelantenn‹ und Ergotherapeuten keine ›Bastelonkel‹ mehr: Leider hat sich das noch nicht in allen Bereichen der medizinischen und therapeutischen Berufe herumgesprochen. Das vorliegende Buch soll auch einen Schritt in Richtung eines Paradigmenwechsels gehen, zur weiteren Professionalisierung beitragen und diese auch weiter bekannt machen. Und doch teile ich die Ansicht der Kollegin Habermann, die eine »Rück-Besinnung auf die Grundlage unseres Berufs« (2002, 20) einfordert. Denn »Handeln, Tätigsein und der ›ganze‹ Mensch standen schon früher im Sinne eines ›Betätigungsparadigmas‹ im Vordergrund des Berufsbilds« (ebd., 20f.).

»Ergotherapie ist ein komplexer Beruf mit breiter Basis, der Medizin und Sozialwissenschaften verbindet und dazu noch praktische künstlerische und technische Aspekte einbezieht« (Hagedorn 2000, 4).

Die Anfänge der Ergotherapie reichen zum Teil bis in die vorchristliche Zeit zurück. In Deutschland und dem angloamerikanischen Raum beginnen ergotherapeutische Tendenzen im 19. Jahrhundert.<sup>5</sup> Die Diskussion über Kriterien für das Berufsbild der Ergotherapie ist zumindest in Deutschland noch jung. Ähnlich wie bei der Gestalttherapie existieren unterschiedliche Richtungen und Schwerpunkte. So bemüht sich der Weltverband der Ergotherapeuten (WFOT) um eine einheitliche Definition.<sup>6</sup>

Der Berufsverband der Ergotherapeuten in Deutschland (DVE) hat eine allgemeine Definition formuliert, die kurz und knapp beschreibt, was Ergotherapie ist:

- Ergotherapie beruht auf medizinischer und sozialwissenschaftlicher Grundlage und ist ein ärztlich zu verordnendes Heilmittel.
- Sie kommt bei Menschen jeden Alters mit motorisch-funktionellen, sensomotorisch-perzeptiven, neuropsychologischen und/oder psychosozialen Störungen zum Einsatz.
- Ergotherapie hat zum Ziel, individuelle Handlungskompetenzen im täglichen Leben und im Beruf zu entwickeln, wiederzuerlangen und/oder zu erhalten.
- Die Methode der Ergotherapie ist der spezifische Einsatz ausgewählter Aktivitäten, um Auswirkungen von Krankheit und Behinderung zu analysieren und zu behandeln.
- Dabei bedient sich die Ergotherapie handwerklicher und kreativer Techniken ebenso wie spielerischer Aktivitäten.
- Grundlage jeder Behandlung ist eine ausführliche Diagnostik, die sich sowohl auf reine Beobachtung der Therapeuten stützt als auch standardisierter Verfahren bedient.
- Für die ergotherapeutische Arbeit ist eine kongruente, empathische und wertschätzende Haltung gegenüber den Patienten Bedingung.

Dem Stellenwert der Ergotherapie innerhalb der Rehabilitation und des Gesundheitswesens wird mittlerweile eine besondere Bedeutung zugeordnet. Das gilt insbesondere für die Behandlung chronisch kranker und schwer behinderter Menschen, weshalb diese in den vorliegenden Falldarstellungen auch den größten Raum einnehmen. »Gemeinsam mit der Physiotherapie und Logopädie bildet sie eine feste Säule in der Rehabilitation« (Scheepers 2000, 26). Diese Disziplinen gehören dem Bereich der Heilmittel an.

»Ziele ergotherapeutischer Versorgung sind die Wiedergewinnung von Selbstständigkeit und Lebensqualität zur eigenverantwortlichen Bewältigung des

Alltags. Im Vergleich zu anderen Heilmitteln steht in der Ergotherapie die eigenaktive Handlung, d.h. die Wiedergewinnung komplexer Handlungskompetenzen, im Mittelpunkt des Geschehen« (ebd., 26).

Grundlage der ergotherapeutischen Arbeit ist das Betätigungsverhalten des Menschen. Ich benutze daher durchgehend den Begriff ›Betätigung‹ und nicht ›Beschäftigung‹. Der Mensch steht mittels seines Betätigungsverhaltens in Verbindung mit seiner Umwelt<sup>7</sup> und ist ohne seine vielfältigen psychischen Komponenten nicht denkbar. An der Schnittstelle zwischen Individuum, Betätigung und Umwelt entsteht Betätigungsperformanz:<sup>8</sup>

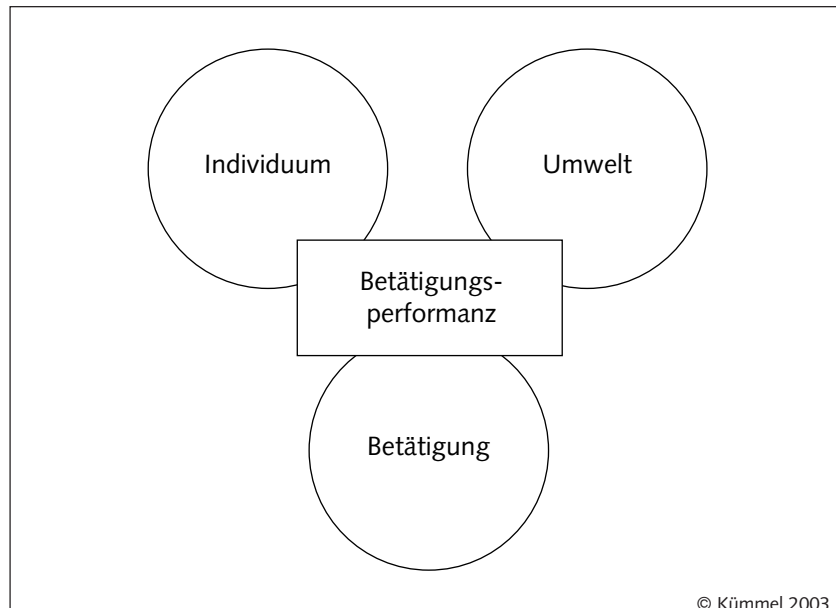


Abb. 19: Betätigungsperformanz

Um so mehr hat der systemische Gedanke Einfluss in die Ergotherapie gefunden.<sup>9</sup> Dies wird besonders deutlich im Modell der menschlichen Betätigung (Model of human occupation – MOHO) des amerikanischen Ergotherapeuten Gary M. Kielhofner, auf das ich noch ausführlicher eingehen werde. Auch innerhalb der Gestalttherapie gibt es eine Tendenz, den systemischen Ansatz zu integrieren.<sup>10</sup>

Ich halte es für ausgesprochen wichtig, dass Ergotherapeuten sich mit theoretischen Modellen vertraut machen und diese mit der Praxis verknüp-

fen. Erst dadurch lässt sich das Berufsbild in der Öffentlichkeit klar darstellen. Sicher ist dort noch viel Informationsbedarf, und ich verstehe meine Ausführungen als Möglichkeit und Diskussionsanregung.

»Es wird noch immer viel über das Wesen der Ergotherapie diskutiert, aber es zeichnet sich doch Einigkeit in grundlegenden Annahmen und Sichtweisen ab« (Hagedorn 2000, 5).

Die Autorin beschreibt vier essentielle Kriterien für die Ergotherapie, die ich im Folgenden beschreibe und mit dem Gestaltansatz in Verbindung bringe.

- 1. Kriterium:** Die Ergotherapie »befasst sich mit dem Menschen und den Rollen, Betätigungen, Aktivitäten und Interaktionen innerhalb dessen persönlichem Umfeld« (5). »Dabei ist der Bezug zur Umwelt von ausschlaggebender Bedeutung. Für Ergotherapeuten spielt die Anpassung an die Umwelt in zweierlei Hinsicht eine Rolle. Zum einen geht es um eine Anpassung, die der Mensch an gegebene Umweltstrukturen zu leisten hat, zum anderen darum, Umweltstrukturen an den Betroffenen anzupassen« (Aus: Ergotherapie heute. Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.). Die Verbindung zum feldtheoretischen Ansatz der Gestalttherapie ist offensichtlich. Ich bediene mich in erster Linie dieser Kompetenzen, um dem Auftrag der Ergotherapie gerecht zu werden.
- 2. Kriterium:** Ergotherapie »gibt dem Menschen die Kraft und Fähigkeit, in seinem täglichen Leben kompetent und vertrauensvoll zu agieren und trägt zu seinem Wohlbefinden bei« (Hagedorn 2000, 5). Es geht dabei um die Umsetzung der ergotherapeutischen Behandlung in Richtung der Handlung des Patienten. »Die alltagsnahen Handlungen fördern die Motivation des Patienten zur Therapie. Er erfährt sich wieder als handelnder Mensch und erlebt, wie sich seine einzelnen funktionellen Fähigkeiten wieder zu einer Handlung verbinden lassen« (Haber-mann 2002, 48).
- 3. Kriterium:** Ergotherapie »nutzt Aktivitäten einfallsreich und therapeutisch, um für den Menschen sinnvolle Ziele zu erreichen und die Auswirkungen von Dysfunktion möglichst gering zu halten« (Hagedorn 2000, 5).
- 4. Kriterium:** Ergotherapie »braucht die aktive Teilnahme des Individuums am therapeutischen Prozess und die Partnerschaft zwischen Therapeut und Patient bei der Planung und beim Durchlaufen des Prozesses« (ebd., 5).

Die Analogien zu den gestalttherapeutischen Kriterien sind deutlich. Feldtheoretische Überlegungen kommen hier genauso zum Tragen wie die Aktivierung der Selbstheilungskräfte, der Selbstverantwortung des Patienten und die dialogische Therapeut-Patient-Beziehung. In der konkreten Arbeit wird heute eine Vielzahl von Ansätzen und Verfahren aus unterschiedlichen Disziplinen in der Ergotherapie angewandt.<sup>11</sup> In den Modellen aus dem angloamerikanischen Raum sehe ich etliche Parallelen zur Gestalttherapie. In Kurzform beschreiben Jerosch-Herold u.a. diese »Konzeptionellen Modelle für die ergotherapeutische Praxis« (1999). Ich beziehe mich in meiner Arbeit und in der Verbindung zum Gestaltansatz sowohl auf das Modell der menschlichen Betätigung (Model of human occupation – MOHO) nach Gary M. Kielhofner wie auch auf das Kanadische Modell der Betätigungsperformanz (Canadian Model of Occupational Performance). Mit dem MOHO arbeite ich seit zwei Jahren und habe hier Verbindungen zur Gestalttherapie herstellen können. An dem Fall des Herrn Weck werde ich meine praktischen Erfahrungen aus dem MOHO in Verbindung mit den Ideen der Gestalttherapie verdeutlichen.

Elemente des Kanadischen Modells (CMOP) nutze ich erst in jüngerer Zeit. Allerdings erweist sich dieses Modell mit seinem klientenzentrierten und ganzheitlichem Ansatz noch wesentlich kompatibler mit dem Gestaltansatz als jedes andere ergotherapeutische Verfahren.

Neben diesen beiden in Deutschland leider noch wenig bekannten und angewandten Verfahren werde ich weitere Elemente der ergotherapeutischen Methoden mit der gestalttherapeutischen Theorie und Praxis vergleichen und anhand von Falldarstellungen präzisieren. Dabei handelt es sich um weitere von mir genutzten Verfahren: die Methoden nach Perfetti und Bobath sowie die Sensorische Integrationstherapie, die ich besonders auf ihren dialogischen Charakter und auf Analogien im Bereich der Wahrnehmung und Awareness hin untersucht habe.

Selbstverständlich lassen sich auch Anwendungsmethoden aus der motorisch-funktionellen Ergotherapie durchaus mit den Gedanken des Gestaltansatzes verbinden.

Abschließen werde ich dieses Kapitel mit einigen Gedanken der möglichen Nutzung des Gestaltansatzes im psychiatrischen Alltag. Meine Gedanken basieren sowohl auf theoretischen Fundamenten als auch auf Falldarstellungen von Ergotherapeuten aus meinen Seminaren und Supervisionen. Damit versuche ich, einen Praxisbezug herzustellen und greife auf meine Erfahrung im psychiatrischen Bereich zurück.

### 5.1.1 Das Model of Human Occupation (MOHO) im Zusammenhang mit der Gestalttherapie

»The only way to find out what clients want, is to ask them.«

Von den ergotherapeutischen Modellen fasziniert mich das »Model of Human Occupation (MOHO)«<sup>12</sup> von Gary Kielhofner in besonderem Maße.

»Kielhofner hat eine Reihe verschiedener Wissensbereiche herangezogen, und es ist hilfreich, die Grundzüge dieser Theorien und ihre Terminologie zu kennen. Es handelt sich dabei um die Systemtheorie, kognitive Psychologie, humanistische Psychologie und Sozialpsychologie« (Hagedorn 2000, 107).

Das Kernstück des MOHO basiert auf der Systemtheorie<sup>13</sup>, doch fallen etliche Parallelen zur Gestalttherapie auf<sup>14</sup>. In meiner praktischen Arbeit konnte ich Verknüpfungen dieses Modells mit dem Gestaltansatz herstellen.

Nach einer kurzen Theorieskizze werde ich meine Darlegungen an einem Praxisbeispiel verdeutlichen.

Neben dem systemtheoretischen Ansatz spielt Betätigung eine zentrale Rolle im MOHO.

»Was Menschen innerhalb ihrer Betätigungen tun, formt sie zu den Personen, die sie in Zukunft sein werden. Somit ist Betätigung eine zentrale Kraft für Gesundheit, Wohlbefinden, Entwicklung und Veränderung« (Kielhofner u.a. 1999, 51).

Er teilt Betätigung in drei allgemeine Bereiche ein: »activities of daily living, play and work« (Kielhofner 2002, 1).

»Kielhofner sieht den Menschen als offenes, dynamisches System, welches Teil seiner Umgebung ist. Die Umgebung, die Umwelt des Menschen sind Objekte, Ereignisse und Menschen, mit denen er in Kontakt kommt. Der Mensch – ein komplexes, aktives, spontanes Wesen – steht auch in ständigem Kontakt mit dieser Umwelt und entwickelt sich dadurch« (Jurkowitsch 1999, 11).

Das Verhalten ergibt sich aus dem Zusammenspiel zwischen Person und Umwelt. Kielhofner lehnt diese Ansicht zwar an der Systemtheorie an, dennoch werden feldtheoretische Aspekte deutlich sichtbar.<sup>15</sup>

Verhalten ist nach Ansicht Kielhofners intrinsisch motiviert, es wird um seiner selbst Willen produziert. Aus Sicht des Gestaltansatzes empfindet

der Mensch ein Bedürfnis, das er befriedigen möchte. Letztendlich wird er dadurch motiviert, etwas zu tun. Kielhofner nennt dieses Bedürfnis des Handelns ›Volition‹.<sup>16</sup> Allerdings müssen diese Bedürfnisse meiner Erfahrung nach den Menschen erst bewusst werden: Der Gestaltansatz ist eine geeignete Methode, um diese Bewusstheit zu unterstützen.

Der Mensch interagiert ständig mit seiner Umwelt, verändert diese und wird durch sie beeinflusst. An der Grenze der Betätigung mit einem Gegenstand entstehen neue Lernerfahrungen. Zum Beispiel lernt ein Patient in der Ergotherapie nach einem Schlaganfall wieder seine verlorengegangenen Handfunktionen wie z.B. das Greifen. Seine erste Tätigkeit ist die Bearbeitung eines Stückes Ton. Das Stück Ton, ein Teil der Umwelt, wird in diesem Moment Figur und von ihm verändert. Dadurch befindet sich der Mensch in Auseinandersetzung mit der Umwelt. Gleichzeitig verändert sich das Bewegungsverhalten des Patienten. Durch die taktil-kinästhetische<sup>17</sup> Wahrnehmung spürt der Patient sich mehr und kann sein Kraftausmaß gezielter einsetzen. Mit Hilfe gestalttherapeutischer Awareness-Arbeit lässt sich dieser Prozess noch verstärken. Voraussetzung ist allerdings, dass der Patient in der Ton-Arbeit eine Bedeutung für sich sieht: Der Patient möchte eine Tonplatte als Türschild herstellen. Durch die Bedeutung entsteht eine stärkere Motivation für die Betätigung. Mit der betroffenen Hand gelingt es dem Patienten (noch) nicht, ein technisch einwandfreies Türschild zu gestalten. Besitzt der Patient einen hohen Perfektionsanspruch, wird er eher frustriert ob des Ergebnisses sein. Sieht er Dinge dagegen gelassen, so wird es ihm leichter fallen, den Fokus auf seine Fortschritte zu legen. Das Selbstbild des Patienten prägt entscheidend sein Betätigungsverhalten. Gestalttherapeutische Awareness-Arbeit und ein Blick auf Offensichtliches können dem Patienten ermöglichen, sein Selbstbild bewusster zu erleben.

Nach Kielhofner besteht ein Interaktionsverhältnis von psychischen und biologischen Faktoren. Dadurch organisiert sich der Patient selbst, es entsteht eine organismische Selbstregulation, wie sie im Gestaltansatz beschrieben wird. Aus Sicht des MOHO wählen Menschen bewusst Aktivitäten<sup>18</sup>, um zu dieser Selbstregulation zu kommen. In der therapeutischen Arbeit werden verschiedene Faktoren mit dem Patienten angeschaut, um ein effektiveres Betätigungsverhalten zu erreichen. Zu diesen Faktoren gehören Werte, Interessen, Rollen, Gewohnheiten und Fertigkeiten sowie die Einflüsse der Umwelt, die wiederum auf das Betätigungsverhalten einwirken. Beim Blick auf das Organismus/Umwelt-Feld der Patientin, sehe ich Situationen aus verschiedenen Blickwinkeln.

*Frau Kurt<sup>19</sup> war es gewohnt viele Tätigkeiten alleine zu bewerkstelligen. Nach dem Schlaganfall musste sie sich u.a. von ihrem Mann waschen lassen. Sie erlebte das als eine Erniedrigung und als Verlust ihrer Autonomie. In der ergotherapeutischen Arbeit bezog ich ihr gegenwärtiges, vergangenes und zukünftiges Umwelt-Feld mit ein.*

Im MOHO wird dafür der Begriff ›Volitional Narrative‹ benutzt und bezeichnet einen Zustand, in dem Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft in ein zusammenhängendes Ganzes integriert werden.<sup>20</sup> In der Gestalttherapie wird ein solcher Vorgang als Gestaltbildungsprozess bezeichnet.

Die genannten Faktoren beruhen auf bereits gemachten Erfahrungen des Patienten. Diese Erfahrungen ruft der Patient bei Bedarf ab, sie werden Figur und heben sich vor einem Hintergrund ab. Es geht dabei um die gelernten Verhaltensweisen eines Menschen, die er aus dem Hintergrund zur Figur werden lässt.

»Gestaltbildungsprozesse, wie die Figur-Grund-Interaktionen, gehören zu den elementaren psychologischen Vorgängen, die dem Menschen helfen, in der Flut ständig vorhandener Eindrücke Orientierung und Konzentration zu finden« (Klößner 1994, 60).

Aus der Fülle der gemachten Erfahrungen, wählt der Mensch diejenigen aus, die für seine momentane Situation geeignet sind. Dies hat viel mit seiner Gewohnheit zu tun. Insofern beschreibt Kielhofner diesen Bereich auch als das Subsystem der Gewohnheit (Habitation).

»Das Subsystem der Habitation wird definiert als innere Organisation von Informationen, die das System dazu bewegt, sich wiederholende Verhaltensmuster zu zeigen. Dieses Subsystem erlaubt es den Menschen, sich in den vertrauten räumlichen, zeitlichen und sozialen Umwelten effektiv und automatisch zu bewegen« (Kielhofner u.a. 1999, 58).<sup>21</sup>

Mit Hilfe des Figur-Grund-Modells der Gestalttherapie lassen sich diese Theorien noch deutlicher darstellen. Gelernte Verhaltensweisen, Tätigkeiten und Gewohnheiten werden aus dem Hintergrund abgerufen, wenn sie benötigt werden, sie werden Figur. Nachdem die Handlung abgeschlossen ist, können sie wieder in den Hintergrund treten. Dann spricht man in der Gestalttherapie von einer abgeschlossenen Gestalt.

Aus psychotherapeutischer Sicht treten Probleme dann auf, wenn eine Gestalt nicht abgeschlossen werden kann, oder wenn eine Gestalt in Si-

tuationen auftaucht, in denen sie nicht angemessen ist. Dies nennt man in der Gestalttherapie ein ›Unfinished Business‹ (unerledigtes Geschäft). In der Ergotherapie tritt dieses Phänomen in einem anderen Zusammenhang auf. Patienten mit Handikaps möchten aus ihrem Hintergrund heraus eine Tätigkeit verrichten (z.B. sich selbstständig ankleiden). Diese Tätigkeit ist nun nicht mehr oder nur eingeschränkt möglich. Die Patienten reagieren dann häufig ungeduldig, manchmal mit aggressivem Verhalten.

»Eine Behinderung zerstört dieses automatische, effiziente Verhalten, und dadurch bedarf es nun wieder einer erhöhten Aufmerksamkeit und vermehrter Energie, um die ehemals automatische Aktion zu bewältigen« (Jurkowitsch 1999, 25).

»Gewohnheiten können Menschen mit Behinderungen einerseits helfen, mit den veränderten Fähigkeiten zurecht zu kommen, andererseits hinderlich sein, da sie nicht immer an die neue Situation angepasst werden können« (ebd., 28).

Kann der Patient durch eine körperliche oder psychische Behinderung diese gemachten Erfahrungen nicht abrufen, entsteht eine neue Situation. In der Ergotherapie geht es dann darum, den Patienten zu unterstützen, damit er neue Möglichkeiten finden bzw. gemachte Erfahrungen kompensieren oder ›neu‹ lernen kann. Der dialogische Ansatz der Gestalttherapie gibt mir eine zusätzliche Komponente, um das MOHO in der ergotherapeutischen Praxis umzusetzen. Erst »durch Gespräche über Lebensinhalte des Patienten und die vermehrten Hinweise auf seine Verbesserungen und deren Bedeutung für den Alltag« haben die Veränderung gebracht, beschreibt Jurkowitsch (1999, 50f.). Denn nicht das Üben alleine ist ausreichend, sondern erst die Vermittlung von Geübtem und den phänomenologischen Beobachtungen im Dialog mit dem Patienten.

Das MOHO gibt einige Instrumente für Fragen und Dokumentationen bezüglich der Therapie an die Hand.<sup>22</sup> Die von Kielhofner angeführten Fragen zur Selbstwahrnehmung, zu den Werten, Interessen, Gewohnheiten, Rollen und Fertigkeiten sowie zur Umwelt und Systemdynamik<sup>23</sup> lassen sich trefflich aus einer gestalttherapeutischen Haltung heraus stellen. Die Selbstwahrnehmung und das Selbstbild des Patienten haben dabei eine große Bedeutung. Erst die eigene Bewusstheit über meine Fähigkeiten beeinflusst in stärkerem Maße mein Handeln, dadurch entstehen Wachstum und Lernen. Ist die Bewusstheit über diese Fähigkeiten vermindert, bin ich weniger motiviert zu handeln: Motivation entsteht durch das Bewusstwerden meiner Interessen und Wünsche. Wahrnehmen und Akzeptieren der

Bedürfnisse und Wünsche des Patienten gehört somit zur Grundlage jeglicher therapeutischer Arbeit. Dadurch kann die Auswahl der Therapiemittel nur in Abstimmung mit dem Patienten erfolgen. Kielhofner geht in seinen Forderungen gar soweit, diese Auswahl dem Patienten selbst zu überlassen. Das setzt allerdings einen klientenzentrierten und dialogischen Vorgang voraus. »An important aspect of MOHO-based reasoning is its client-centered nature«<sup>24</sup> (Kielhofner 2002, 163).

Ich habe die Erfahrung gemacht, dass Patienten durchaus Anregungen wünschen. Mit Hilfe der Interessenfragen des MOHO kann der Patient Ideen bekommen, die ich dann im therapeutischen Dialog in ergotherapeutische Methodik umsetze. Für den Patienten muss klar sein, dass er die Wahl hat zuzustimmen oder abzulehnen.

Ein weiteres Subsystem des MOHO wird von Kielhofner als das Subsystem der Rollen definiert:

»Im Betätigungsverhalten spiegeln sich die Rollen wider, die jemand verinnerlicht hat. So handeln Menschen als Partner, Elternteile, Arbeitende, Studenten etc. Rollen formen zudem die Identität einer Person. Menschen betrachten sich als Partner, Elternteile, Arbeitende oder Studenten, wenn sie sich in diesen Rollen bewegen« (Kielhofner 1999, 59).

Bewusstheit über die eigenen unterschiedlichen Rollen zu erhalten, ist Ziel der therapeutischen Arbeit. Das gilt sowohl für den Patienten als auch für mich als Therapeuten. Die eigenen Rollen prägen aus Sicht des gestalttherapeutischen Figur-Grund-Modells selbstverständlich auch meinen eigenen Hintergrund als Therapeut.<sup>25</sup>

*Herr Conrad, 40 Jahre alt, erlitt einen Schlaganfall. Auch er lebt verschiedene Rollen. Er ist sowohl Patient als auch Ehemann und Vater eines kleinen Kindes. Noch vor kurzem war er in der Rolle des Berufstätigen.*

Für die ergotherapeutische Arbeit ist es wichtig, diese unterschiedlichen Rollen bewusst zu machen, zu definieren und gemeinsam mit dem Patienten zu besprechen, denn »die Rollen, die jemand übernimmt, wecken zudem Erwartungen bezüglich der Performanz gewisser Betätigungen« (ebd., 60). Diese Erwartungen bilden sich gerade im Hinblick auf den Behandlungsverlauf. Je bewusster der Patient selbst seine Rollen sieht, desto eher kann er die Wahlmöglichkeiten und das Veränderungspotential erkennen.

»Das dritte Subsystem, die ›Performanz‹, befasst sich mit der Ausführung einer Betätigung.<sup>26</sup> Dabei kann es sich sowohl um relativ einfache Handlungen, wie z.B. das Streichen einer Scheibe Brot, als auch um komplexe Betätigungen wie den Bau einer Maschine handeln« (Mentrup 2000, 84).

Zur Ausführung einer Tätigkeit ist ein komplexes und enges Zusammenspiel von skelettmuskulären, neurologischen, perzeptiven und kognitiven Phänomenen notwendig und wird in der Geist-Körper-Seele-Einheit organisiert. Damit ist das MOHO ein ausgesprochen ganzheitliches Modell.

Dysfunktionen im Bereich der Selbstwahrnehmung führen zu Passivität, Depression, sozialem Rückzug und Motivationslosigkeit. Diese Dysfunktionen können vielschichtig sein: sensorisch, motorisch oder psychisch. Meist sind sie eine Kombination aus allem. Auch für Kielhofner ist die Wahrnehmung des eigenen Körpers ein zentrales Anliegen, wobei sich diese auf den Bereich der Betätigungen beschränkt. Der ›Awareness‹-Arbeit im Sinne des Gestaltansatzes käme hier eine besondere Bedeutung zu. Der Patient kann befähigt werden, über die reine Körperwahrnehmung hinaus mehrere Aspekte der inneren Befindlichkeit zu erkennen.

Natürlich geht es bei der Beschreibung des MOHO um Tätigkeiten, nicht um psychische Prozesse. Zur Erreichung eines Zieles, d.h. dem Ausführen einer Handlung (z.B. Eindrehen einer Schraube, ein Brot bestreichen, etc.), wird das Bedürfnis der Tätigkeit Figur. Erst die Erreichung des Zieles, d.h. die Befriedigung des Bedürfnisses, schafft eine abgeschlossene Gestalt. Bei Behinderungen können bestimmte Tätigkeiten nicht mehr in der üblichen Form ausgeführt, ein Bedürfnis nicht mehr befriedigt, eine Gestalt nicht mehr geschlossen werden.

*Eine meiner Patientinnen, die neben einer Hemiparese noch chronische Polyarthritis hat, möchte sich ein Glas Wasser einschenken. Ihr gelingt es jedoch nicht eine Flasche Wasser selbstständig zu öffnen. Sie kann das Bedürfnis trotz früher gemachten Erfahrungen nicht befriedigen, die Gestalt aufgrund ihrer motorischen Beeinträchtigungen nicht schließen.*

»Durch diese Veränderung kommt es zu einer neuen Körpererfahrung, d.h. der Mensch erlebt sich und die Umwelt anders als ohne Behinderung« (Jurkowsch 1999, 35).

»Durch psychische, sensorische, physische Defizite verändert sich die Wahrnehmung des eigenen Körpers. Man verliert durch die Lähmung z.B. das Gefühl für seinen betroffenen Arm« (ebd.).

Durch die verminderte Awareness und die eingeschränkte Handlungsfähigkeit müssen vom Therapeuten zusammen mit dem Patienten Voraussetzungen zur möglichen Veränderung geschaffen werden. Durch gestaltorientierte Awareness-Arbeit lege ich die Wahrnehmung zuerst auf die sensorischen Funktionen des Körpers. Damit der Patient Ressourcen aktivieren und intakte Fertigkeiten zur Kompensation einsetzen kann, muss er sich zuerst mit seiner Krankheit auseinandersetzen.<sup>27</sup>

Patienten zu fragen, was sie möchten, gehört zu den Grundbedingungen der Gestalttherapie. Mir sind Patienten begegnet, die mit Hilfsmitteln versorgt wurden, die sie nicht benötigten und deren Gebrauch sie nicht kannten. Auf meine Rückfrage, ob sie denn gar nicht nach ihren Interessen und Bedingungen gefragt wurden, verneinten sie. Kielhofner betont, gerade in solchen Momenten die Interessen und Gewohnheiten des Patienten mit einzubeziehen. Dies gelingt mir in meiner Arbeit am leichtesten mit den Ansätzen der dialogischen Gestalttherapie.<sup>28</sup>

Damit ein Mensch aus seinem Hintergrund eine Figur hervortreten lassen kann, benötigt er eine eigene innere ›Landkarte‹. Diese wird u.a. gespeist durch Gelerntes, Gewohntes, durch Rollen, Erwartungen, Interessen, Gefühle, Werte, Selbstwahrnehmung.<sup>29</sup>

Fodor zeigt auf, dass es notwendig ist, über das Therapieziel von Bewusstheit hinauszugehen und den therapeutischen Schwerpunkt auf die Frage zu legen, wie Wissen erworben wird (2001, 71). Eine Form der Wissensaneignung besteht in der Betätigung. Bereits kleine Kinder lernen durch das ›Be-Greifen‹. Bewusstheit schließlich erlangen wir über die Möglichkeiten unserer Betätigung. Diese wählen wir adäquat aus und machen in der Auseinandersetzung mit der Umwelt neue Lernerfahrungen. Menschliche Systeme sind in einer ständigen Veränderung begriffen. Das MOHO ist ähnlich wie die Gestalttherapie ein prozessorientiertes Modell. Ziel des MOHO ist, dass Patienten den Zustand der eigenen Gesundheit durch ihr Betätigungsverhalten und ihre Selbstverantwortung beeinflussen können. Neben der Einzigartigkeit des Individuums wird im MOHO ein weiterer wichtiger Aspekt betont: »It views what the client does, thinks, and feels as the central mechanism of change«<sup>30</sup> (Kielhofner 2002, 163).

»Man darf sich als Therapeut aber nicht einbilden, diese Reorganisation im voraus planen zu können – dazu ist sie viel zu komplex, sondern hat nur die Möglichkeit, [als Therapeut; Anm. Kümmel] gut zu beobachten und im richtigen Moment sinnvolle Schritte in die richtige Richtung zu setzen« (Jurkowsch 1999, 54).

Das erfordert ein hohes Maß an eigener Awareness und persönlicher Kompetenz auf Seiten der Therapeuten.

Zur Verdeutlichung schildere ich nun einen Fall, bei dem die Verbindung des MOHO und der Gestalttherapie in der ergotherapeutischen Arbeit einen Behandlungserfolg ermöglichte.

### 5.1.2 Herr Weck:

#### Die Anwendung von MOHO und Gestalt an einem Fall

In der Behandlung erwachsener Patienten gehört es zu meinen Grundprinzipien, die MOHO-Instrumente, insbesondere den Fragenkatalog des *Occupational Self Assessment* (OSA) sowie die Interessencheckliste<sup>31</sup> mit gestalttherapeutischer Fragetechnik zu verbinden.

*Diese Vorgehensweise setzte ich auch bei Herrn Weck ein, der nach überstandener Herzinfarkt und Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik in meine Praxis kam. Das Erstgespräch begann ich nicht primär mit einer standardisierten ergotherapeutischen Befundung, sondern mit der Kontaktaufnahme im Sinne der dialogischen Gestalttherapie. Ich wollte von Herrn Weck wissen, weshalb er mich aufsuche, was seine Erwartungen und Wünsche an die Therapie seien und welche Einschränkungen er habe. Obwohl Herr Weck in Begleitung seiner Ehefrau kam, sprach ich ihn direkt an: »Was genau erwarten Sie sich hier in der Therapie?« Erst im späteren Verlauf bezog ich Frau Weck mit in das Befund- und Anamnesegespräch ein. Bedingt durch den Infarkt, hatte Herr Weck Probleme sich zu artikulieren. Die Gefahr war groß, mich in einer solchen Situation an die Ehefrau zu wenden. Im Sinne des klientenzentrierten und dialogischen Prinzips blieb ich mit meiner Aufmerksamkeit bei Herrn Weck. Er erzählte nach kurzer Zeit über seinen Krankheitsverlauf und über seine Erwartungen an die Therapie. Herr Weck schilderte mir die Probleme seiner Betätigungsperformanz. Gestalttherapeutische Diagnostik leitete mich bei der Untersuchung seiner motorischen Funktionen.<sup>32</sup> In erster Linie gehe es ihm darum, Kraftausmaß und Feinmotorik in den Händen zu verbessern sowie mehr Ausdauer zu erreichen. Nachdem ich ihm mitgeteilt hatte, dass ich die von ihm geäußerten Erwartungen gehört hatte, stellte ich die Frage: »Was müsste ich dafür tun?«, und wenig später: »Was könnten Sie zu diesen Zielen beitragen?« Herr Weck beantwortete die Frage in einem Satz: »Helfen würde mir, wenn Sie mir Anregungen und Übungen geben, die ich im Alltag umsetzen kann.«*

*Ich teilte ihm mit, dass wir in den nächsten Stunden zuerst einige Standardübungen der motorisch-funktionellen Ergotherapie durchführen würden, damit er schauen könne, ob ihm diese Übungen helfen und damit ich mir ein genaueres Bild seiner Beweglichkeit und seiner Einschränkungen machen könne.*

*In der fünften Behandlungsstunde hatte ich einen sehr detaillierten Eindruck über Herrn Wecks Fähigkeiten und seine Probleme mit der Betätigungsperformanz. Im therapeutischen Dialog teilte ich ihm meine Beobachtungen mit und überprüfte deren Bedeutung gemeinsam mit Herrn Weck. Wir spürten beide, dass Übungen mit Therapieketten auf Dauer nicht ausreichen würden, um zur Erreichung der gesetzten Ziele zu kommen. Herr Weck hatte von sich aus keine Idee, irgendeine Handwerkstechnik zu machen. Natürlich könnte ich ihm aus der ergotherapeutischen Expertenhaltung verschiedene Techniken empfehlen, ich entschied mich jedoch für einen anderen Weg. Ich erzählte Herrn Weck von einer Methode, die sich bewährt habe, um Interessen herauszufinden. Er war zuerst noch etwas zurückhaltend, meinte dann: »Wir können das ja einmal probieren.«*

*Ich nahm einen Interessenbogen (nach Kielhofner)<sup>33</sup> für unsere Arbeitsgrundlage. Herr Weck füllte diesen Bogen motiviert aus. Dabei fielen mehrere Interessen auf: Reisen, Wandern, Grillen und handwerkliche Arbeiten. Nun war es mein Job, gemeinsam mit ihm eine ergotherapeutische Methode bzw. Technik zu finden, die diesen Interessen nahe kam. Dabei musste ich sowohl die ergotherapeutischen Ziele im Auge behalten als auch die Probleme der Betätigungsperformanz. Zu berücksichtigen hatte ich auch die therapeutischen Kriterien speziell für Patienten nach einem Herzinfarkt. Die zu findende Arbeit sollte sowohl die Kraftmobilisation wie auch die Feinmotorik fördern. Zudem war ein dosierter Belastungsaufbau erforderlich, um die besondere Lage Herrn Wecks nach dem Infarkt nicht zu übergehen. Aufgrund von Herrn Wecks Gleichgewichtsproblemen war es zudem sinnvoll, eine Tätigkeit zu finden, die im Stehen ausgeführt werden kann.*

*Zu den mit Hilfe des MOHO-Interessenbogens herausgefundenen Betätigungsschwerpunkten »Grillen« und »Handwerkliche Arbeiten« fiel mir nach einigen Überlegungen ein Tischgrill ein, der aus Weißblech zu fertigen ist und der als Bausatz zu erwerben ist. Neben den Tätigkeiten wie Metallschneiden, Anreißen, Bohren, waren jeden Menge Schrauben anzubringen. Eine Metallarbeit sowohl mit Anforderungen zur Kraftmobilisation wie auch zur Feinmotorik, und zudem ließen sich die meisten Arbeitsschritte im Stehen ausführen. Ein dosierter Arbeitsablauf*

war ebenfalls möglich. Das bedeutete, dass ich auf viele kleine Anzeichen bei Herrn Weck achten musste, denn ich hatte ihn bisher als einen ausgesprochen ehrgeizigen Menschen kennen gelernt.

Ich teilte ihm den Vorschlag mit und war erstaunt über seine unmittelbar positive Reaktion. Wir entwickelten von nun an die Arbeit im therapeutischen Dialog. Sehr schnell erreichten wir die Behandlungsziele, insbesondere im Bereich des Kraftausmaßes traten deutliche Verbesserungen ein.

Nach einigen Wochen erzählte mir Herr Weck, dass er zu Hause seit vielen Jahren wieder einmal gegrillt habe, und es habe richtig Spaß gemacht. Er lud Freunde ein und es gefiel ihm in Gesellschaft zu sein. Er sei weniger gehemmt zu reden, trotz seiner Sprachschwäche. Auch planten er und seine Frau eine Flugreise nach Spanien.

In den folgenden Wochen arbeitete er ausdauernd an dem Tischgrill, konnte die Arbeit aber erst nach seinem sechswöchigen Urlaub beenden. Zum Abschluss der Behandlung brachte Herr Weck Würstchen und Salate mit und wir veranstalteten ein kleines Grillfest.

Neben den ergotherapeutisch erreichten Therapiezielen, die durch die Verknüpfung des MOHO mit gestalttherapeutischen Elementen möglich wurde, formulierte Herr Weck, was für ihn selbst wichtig gewesen war: »Der Gag an der Sache«.

## 5.2 Das Canadian Model of Occupational Performance (CMOP) und die Gestalttherapie:

### Ähnlichkeiten zweier klientenzentrierter Ansätze

Am kompatibelsten mit dem Gestaltansatz ist das Kanadische Modell der Betätigungsperformanz (Canadian Model of Occupational Performance<sup>34</sup>), das vollständig auf der Grundlage des ergotherapeutischen Prozesses und eines klientenzentrierten Ansatzes basiert. Die Entwicklung des CMOP wie auch das dazu gehörige klinische Messinstrument, das »Canadian Occupational Performance Measure« (COPM) entstand aus dem Wunsch heraus, ein klientenzentriertes Konzept der Ergotherapie zu entwickeln. Thelma Sumsion hebt die zunehmende Bedeutung klientenzentrierter Praxis, besonders für die Ergotherapie, hervor (2002, 3ff.).

»Klientenzentrierte Arbeit wird als ein Behandlungsansatz der Ergotherapie betrachtet, dem Respekt und ein partnerschaftlicher Umgang mit den Menschen zugrunde liegt. Er erkennt die Autonomie und die Stärken, die der

Klient in die Therapie mit einbringt, als wesentliche Grundlagen an. Der Klient hat die Möglichkeit, seine Bedürfnisse zu äußern und sich aktiv in den Therapieprozess einzubringen. Die Zusammenarbeit von Klient und Therapeut und deren partnerschaftliche Beziehung stellt das Fundament eines klientenzentrierten Ansatzes dar« (Erbsch u.a. 2001, 13).

doch:

»klientenzentrierte Praxis ist nicht speziell ergotherapeutisch. Mehrere Modelle, die sich auf den Klienten konzentrieren, stammen von anderen Disziplinen« (ebd., 4).

In erster Linie wird in diesem Zusammenhang das klientenzentrierte Verfahren von Carl Rogers<sup>35</sup> genannt, welches das CMOP entscheidend mit geprägt hat. Die Ähnlichkeit zur Gestalttherapie ist offensichtlich, um so bedauerlicher ist es, dass es der Gestalttherapie bisher kaum gelungen ist, einen Beitrag für klientenzentrierte Praxis in anderen Berufsfeldern zu liefern. Zu den wesentlichen Gesichtspunkten des CMOP gehört, dass das Individuum in seinen soziokulturellen, geistigen, spirituellen und physischen Performanz-Komponenten beschrieben wird. Durch die Bereiche der Betätigungsperformanz (Freizeit, Produktivität und Selbstversorgung) steht der Mensch im Austausch mit der sozialen, physischen und kulturellen Umwelt. Das Individuum wird ganzheitlich gesehen wie auch behandelt und seine Einzigartigkeit anerkannt.

Harth und Jehn beschreiben dieses Modell folgendermaßen:

»Der einzelne Klient/Patient ist in allen Bereichen des ergotherapeutischen Prozesses miteinzubeziehen. Und jedes Individuum strebt ein ausgewogenes Leben an, welches realistische und erfolgreiche Leistungen und Handlungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit beinhaltet [...] durch die Berücksichtigung und Integration von individuellen Lebensrollen und Erwartungen an das therapeutische Geschehen ist eine ganzheitliche Behandlung gesichert.« (1996, 123)<sup>36</sup>

»Die Ergotherapie ermöglicht es den Menschen, ihr Leben selbst zu gestalten, indem sie Prozesse erleichtert, lenkt und bestimmte Dinge trainiert. Dies geschieht generell in der Zusammenarbeit mit dem Klienten« (Erbsch u.a., 13).

Nicht immer ist die Praxis so einfach, wie sich die Theorie anhört. Häufig treffen wir auf Patienten, die wenig motiviert sind, keine Verantwortung übernehmen können (oder wollen) und die unrealistische Ziele und Erwartungen an die Therapie haben. Aus Sicht des CMOP liegt hier ein Risiko

sowie eine größere Verantwortung auf Seiten des Therapeuten. Das CMOP bleibt allerdings konkrete Umsetzungen schuldig. Aus meiner Erfahrung haben Elemente der Gestalttherapie genau an diesem Punkt weitergeholfen, u.a. durch liebevolles Konfrontieren, durch Bewusstmachen von Körperempfindungen auf Seiten des Patienten, durch das Aushalten einer therapeutischen Unsicherheit. Trotz der Unterschiede überwiegen die Analogien des CMOP mit der Gestalttherapie.

Beziehe ich den Klienten bzw. Patienten in den therapeutischen Prozess mit ein, begeben sich automatisch in einen dialogischen Vorgang. Gemeinsam mit dem Klienten benenne ich Probleme bezüglich dessen Betätigungsperformanz und bestimme sie nicht. Damit anerkenne ich die Einzigartigkeit des Klienten bzw. Patienten und sehe ihn als mündigen Partner.

Die ganzheitliche Betrachtungsweise und das Streben nach einem ausgewogenen Leben sind Grundlage des Menschenbildes der Gestalttherapie wie des CMOP. Das Kanadische Modell »unterstützt die Sichtweise, dass Klienten für ihre Gesundheit und ihren therapeutischen Prozess selbst verantwortlich sind« (Law u.a. 1999, 165). Selbstverantwortliches Arbeiten gehört ebenso zu den Grundlagen des Gestaltansatzes. Das bedeutet, dass der Klient in seinen Heilungsprozess mit einbezogen wird, wobei der Gestaltansatz von der Prämisse ausgeht, dass der Klient sich am besten kennt. Die Betätigung muss, wenn sie als therapeutisches Medium eingesetzt wird, für den Klienten bedeutungsvoll sein. Von daher wähle ich ergotherapeutische Techniken zusammen mit dem Klienten aus.

In beiden Modellen gilt die Umwelt als wichtiger Aspekt. Das Individuum steht in ständiger Wechselbeziehung zu seiner Umwelt. Im Gestaltansatz stehen die kommunikativen und psychischen Faktoren im Vordergrund, während das CMOP seinen Schwerpunkt auf »die allgegenwärtigen, einander bedingenden Beziehungen zwischen Personen, ihren Betätigungen und ihrer Umwelt« (ebd., 159) legt.

»Innerhalb des CMOP werden Personen, Umgebung und Handlungen nicht mehr isoliert betrachtet, sondern sind vielmehr miteinander in Verbindung stehende Elemente. Zwischen ihnen findet eine dynamische, nicht-lineare Interaktion statt. Diese dynamische Interaktion hat zur Folge, dass eine Veränderung in einem Bereich dieses Modells andere Bereiche beeinflussen und dort zugleich Veränderungen hervorrufen kann. Somit beeinflusst die Umgebung das Handeln und letzteres wiederum die Umgebung« (Erbsch u.a. 2001, 22).

Genau an dieser Schnittstelle zwischen Individuum und Umwelt entsteht aus Sicht des Gestaltansatzes das Neue, das Besondere. Dabei spielt es

keine Rolle, ob es sich um Handlungen, Betätigungen, Kommunikation oder psychisches Erleben handelt. Aus ganzheitlichem Blickwinkel stehen alle Bedingungen in Zusammenhang.

Die Spiritualität des Menschen gilt als zentraler Kern des CMOP. Das bedeutet, den Menschen auch als spirituelles Wesen anzuerkennen und mit seinen Wertvorstellungen, seinem Glauben und seinen Zielen zu respektieren. Auch die Gestalttherapie hat von ihrem Ursprung her Verbindungen zu spirituellen Ansätzen. Gerade die Awareness ist geprägt durch Einflüsse des Zen-Buddhismus. »Die Qualität, um die es den Zenbuddhisten geht, ist die Essenz von Ganzheit« (Almaas 1987, 63).<sup>37</sup> Natürlich geht es nicht nur um die Spiritualität des Klienten bzw. Patienten, denn

»ein Therapeut, der sich mit der Spiritualität von Klienten auseinandersetzt, sollte sich seiner eigenen Spiritualität, seiner Wert- und Glaubensvorstellungen bewusst sein und diese als einzigartig und nicht übertragbar reflektieren können« (Erbsch u.a. 2001, 20).

Dies macht deutlich, dass neben den doch recht pragmatischen Modellen eine Instanz existiert, die kaum oder gar nicht messbar ist.

Die partnerschaftliche Beziehung zwischen Klient und Therapeut gilt im CMOP als essentiell. Ich habe dies bisher als Therapeut-Patient-Beziehung beschrieben und sehe den gleichen Aspekt im dialogischen Gedanken der Gestalttherapie. Dabei ist die aktive Rolle des Klienten/Patienten entscheidend.

Anhand einer **Falldarstellung** möchte ich zeigen, wie die aktive Rolle einer Patientin in den therapeutischen Prozess zu einem Behandlungserfolg führen kann.

*Frau Markhoff kommt zu mir in die Praxis, weil sie an einer schweren neurologischen, progredienten Erkrankung leidet, die gleichzeitig einen dementiellen Abbau zur Folge hat. Aufgrund dieser Krankheit leidet sie unter massiven Gedächtnisproblemen sowie weiteren Einschränkungen bei kognitiven Leistungen. Auch in diesem Fall nutze ich die Assessment-Verfahren des MOHO und besonders des COPM (Canadian Occupational Performance Measure)<sup>38</sup>. Der klientenzentrierte Ansatz im Sinne des CMOP sowie das dialogische Prinzip des Gestaltansatzes stehen jedoch deutlich im Vordergrund.*

Wie Law u.a. betonen, »müssen die Therapeuten ihre Fähigkeiten in der Gesprächsführung nutzen, um aussagekräftige Antworten zu erhalten«

(1998/1999, 33). Offen bleibt, wie diese Fähigkeiten erworben werden. Ich gehe davon aus, dass Gesprächsführung in Kanada selbstverständlicher Inhalt der ergotherapeutischen Profession ist.

»Was genau sind Ihre Erwartungen an die Therapie? Was möchten Sie hier erreichen?«, frage ich Frau Markhoff im Erstgespräch. Sie gibt mir zur Antwort, dass sie so lange wie möglich ihre geistigen Fähigkeiten erhalten sowie am gesellschaftlichen Leben teilhaben will. Auf meine Frage, was ihr denn am wichtigsten sei, gibt sie mir zur Antwort: »Meine Kinder.« Ich erfahre, dass Frau Markhoff drei Töchter und einen Sohn hat, alle bereits in erwachsenem Alter. Zwei ihrer Töchter sind ins Ausland gegangen, um dort zu leben. Einer der größten Wünsche Frau Markhoffs ist, ihre Töchter zu besuchen. Damit setze ich den Schwerpunkt auf das Umfeld und die Interessen von Frau Markhoff. Die Patientin erzählt weiter, dass sie wöchentlich eine Briefseite an ihre Kinder schreibt. Allerdings falle es ihr auf Grund ihrer Erkrankung mittlerweile schwer, einigermaßen leserlich zu schreiben. Frau Markhoff beschreibt exakt ihre wichtigsten Probleme in der Betätigungsperformanz: Schreiben, Konzentration und Merkfähigkeit. Weiter berichtet sie, dass ihr Tagesablauf zu monoton sei und ihr Aufgaben und Erfolgserlebnisse fehlen. Diese Form der Befundaufnahme orientiert sich am Diagnostikgedanken der Gestalttherapie<sup>39</sup> und ist Grundlage für den Aufbau einer klientenzentrierten Therapie im Sinne des CMOP sowie des dialogischen Ansatzes der Gestalttherapie. Ich mache ihr den Vorschlag, in der Ergotherapie mit Hilfe des Computers zu schreiben. Frau Markhoff schreibt kleinere Texte, die ihr vorgelesen werden. Sie muss diese im Kurzzeitgedächtnis speichern und mittels PC aufschreiben. Die Texte orientieren sich an alltagsrelevanten Aspekten. Einige Stunden später berichtet Frau Markhoff, dass sie zu Hause noch eine Schreibmaschine habe, und fragt, ob sie die auch nutzen könne. Das nehmen wir uns vor, in der nächsten Woche gemeinsam zu überprüfen, und wir stellen fest, dass sie von ihrer motorischen Funktion her in der Lage ist, die Maschine zu bedienen. Wir besprechen, dass sie zukünftig zweimal pro Woche für 30 Minuten mit der Maschine Briefe an ihre Kinder schreibt. Durch die Briefe an ihre Kinder beginnt auch ein intensiveres Einbinden der Angehörigen. Dies gehört bei dementiellen Erkrankungen zu einem wichtigen Ziel. Erst die Konzentration auf die Umwelt und den Einbezug relevanter Phänomene des Klienten ermöglichen eine effektivere ergotherapeutische Arbeit.

Die erste Reise bereitet Frau Markhoff gemeinsam mit mir in der Ergotherapie vor. Ich lese ihr kurze Abschnitte aus Reisebüchern vor, die sie am PC aufschreibt. Diese Texte drucke ich aus und entwerfe Lücken- und Gedächtnisblätter. Damit üben wir ihre kognitiven Fähigkeiten. Frau Markhoff ist sehr motiviert, möchte sie doch ihrer Tochter zeigen, was sie noch alles weiß. Am Ende der Reise schreibt Frau Markhoff ihre Erlebnisse in einer Art Tagebuch auf. Auch diesmal übernimmt sie wieder Verantwortung für ihren eigenen Prozess.

Nach einem Jahr ergotherapeutischer Behandlung überprüfe ich gemeinsam mit Frau Markhoff in einem dialogischen Prozess den momentanen Stand ihrer Zufriedenheit bezüglich der Betätigungsprobleme. Frau Markhoff erzählt mir von ihrem Garten, in dem sie noch soviel wie möglich arbeiten möchte. »Meinem Mann helfen, so gut ich kann«, sagt sie. Ich schlage ihr vor, aus einem Buch über Obst und Gemüse auszusuchen, was sie selbst im Garten anbaut und dies aufzuschreiben. Frau Markhoff ist begeistert von der Idee, und in jeder Stunde überlegt sie, welche Obst- und Gemüsesorten sie noch nicht aufgeschrieben hat und welche sie noch aufschreiben möchte.

Insgesamt braucht das Arbeiten mit Frau Markhoff viel Zeit. Manchmal ist sie aufgrund ihrer Erkrankung motorisch unruhig. Dann vertippt sie sich leicht. Ich lasse ihr die Zeit, den Fehler selbst zu finden und eigenständig zu einer Lösung zu kommen.

Die Verlangsamung in der Therapie bedarf in hohem Maße der Reflexion meiner eigenen therapeutischen Arbeit. Die Methoden der kanadischen Ergotherapeuten sind hilfreich für eine Umsetzung klientenzentrierter Praxis in die Ergotherapie, die Gestalttherapie hilft mir in der Umsetzung der therapeutischen Haltung.

Die eigene Haltung und Sichtweise muss mir als Therapeut zuerst bewusst werden – das bedeutet, sich nicht hinter einer »Experten-Maske« zu verstecken, sondern sich auf unsicheres Terrain zu begeben.

### 5.3 Gestaltelemente in verschiedenen ergotherapeutischen Anwendungsverfahren

Auch andere spezielle ergotherapeutische Behandlungsverfahren bieten die Möglichkeit zur Verknüpfung mit dem Gestaltgedanken.

Insbesondere erwähnen möchte ich die kognitiv-therapeutische Methode nach Perfetti und die Bobath-Methode – beide Verfahren stammen aus

dem neurologischen Bereich der Ergotherapie. In der pädiatrischen Ergotherapie sehe ich Analogien bei der Sensorischen Integrationstherapie.

Selbst eine tiefenpsychologisch fundierte Methode wie die Gestaltungstherapie lässt sich mit dem Gestaltansatz verknüpfen.<sup>40</sup> Im Folgenden beschreibe ich einige Verfahren im Kontext des gestalttherapeutischen Umgangs und begründe sie mit Falldarstellungen. Die einzelnen Verfahren selbst werde ich nicht erklären und verweise auf die entsprechende Fachliteratur im Anhang.<sup>41</sup>

Ich beginne mit der Methode der Sensorischen Integrationstherapie, die sich in Deutschland insbesondere in der Arbeit mit Kindern großer Beliebtheit erfreut. Nicht näher eingehen werde ich allerdings auf die spezifische gestalttherapeutische Arbeit mit Kindern, und verweise auch dazu auf aktuelle Darstellungen<sup>42</sup>. Dennoch bildet die Grundlage gestalttherapeutischer Intervention in der Arbeit mit Kindern den gleichen theoretischen Hintergrund, wie ich ihn bereits beschrieben habe (s.o. Kap. 1; 2). In der Arbeit mit Kindern gibt es noch besondere, sehr spezifische Situationen, die zu beachten sind.

In der Sensorischen Integrationstherapie finden sich viele Parallelen zu Ideen des Gestaltansatzes. So betonen Koomar/Bundy die Interaktion zwischen Therapeut und Patient und sehen den Ergotherapeuten als wichtiges ›therapeutisches Hilfsmittel‹ (1998, 423). In diesem Zusammenhang sprechen die Autorinnen von einer ›Kunst der Therapie‹ und stellen fest, dass diese Kunst für Ergotherapeuten erlernbar sei. Der Gestaltansatz bietet eine Reihe von Ideen zum Erlernen dieser Kunst.

Die Sensorische Integration<sup>43</sup> allerdings hat Grenzen, wenn sie zu eng gefasst wird. Insbesondere die lineare, eher an Defiziten orientierte Sichtweise der Pionierin der Sensorischen Integration, Jean Ayres, muss stark modernisiert werden, um mit den Gestaltideen in Einklang zu kommen.<sup>44</sup>

»Man kann ein Kind nicht in einzelne, funktionale Bestandteile zergliedern, die bei Funktionsstörungen nur herausgenommen und repariert zu werden brauchen« (Heinecke 2001, 89).

Statt dessen zeichnet sich jede Therapieform dadurch aus, »dass sie versucht, das Kind in allen Bereichen seiner Persönlichkeit zu erreichen – seine Kognitionen, seine Emotionen, seine Motorik und sein soziales Umfeld« (ebd., 88).

Neben dieser ganzheitlichen Sicht betont die Autorin, »dass die Beziehung, die zwischen dem Kind und dem Therapeuten entsteht, entscheidend ist für den Therapieverlauf« (ebd., 101).

Die amerikanischen Ergotherapeuten Fisher/Kielhofner (1998, 57) sehen Grenzen der Sensorischen Integration und fordern deren Weiterentwicklung besonders mit dem Modell der menschlichen Betätigung (MOHO). Das erfordert die Anwendung einer ganzheitlichen Sichtweise. Das Kind kann nicht in seine einzelnen Wahrnehmungsbereiche aufgeteilt werden, z.B. in den taktilen, propriozeptiven, vestibulären Bereich. Auch muss man sich davon lösen, dem Kind Störungen zuzuschreiben. Primär geht es darum, auf den Willen des Kindes einzugehen, ohne sich dabei ›auf dem Kopf herumtanzen zu lassen‹. Die Ideen des Gestaltansatzes bieten vielfältige Möglichkeiten, Antworten im Umgang mit Kindern zu finden. Mit Kindern kann ich genauso im Dialog deren Interessen herausfinden. Insbesondere entsteht der Wunsch nach Betätigung erst dann, »wenn der Mensch das Bedürfnis hat, Dinge zu erforschen und zu beherrschen« (Kielhofner u.a. 1998, 61). Aus gestalttheoretischer Sicht bedeutet das, dass ein Individuum ein Bedürfnis befriedigen kann, indem es auf dessen Integration hinarbeitet, um diese (Bedürfnis-) Gestalt zu schließen. Dies funktioniert jedoch kaum, wenn ich an den Bedürfnissen des Kindes vorbeiarbeite. Es soll z.B. ergotherapeutische Praxen geben, die verschiedene Räume für die einzelnen Wahrnehmungsbereiche eingerichtet haben, je einen Raum für propriozeptive, vestibuläre, taktile Wahrnehmung. Das Kind muss die einzelnen Räume durchlaufen, um so zu einer ›guten Sensorischen Integration‹ zu kommen. Aus meiner Sicht ist das ein Aufteilen in Einzelteile und keineswegs ganzheitliches Arbeiten. Mich erinnert dieser Umgang stark an eine Autowaschstraße: erst Heißschaum, dann Waschen, Wachsen und zum Schluss Trocknen. Danach ist das Auto (das Kind vermutlich nicht) wieder sauber. Dieser Ansatz geht an den Bedürfnissen der Kinder vorbei. Sicher werden auch damit Erfolge erzielbar sein, ob sie langfristig wirksam bleiben, sei dahingestellt. Den ›Reparatur-Auftrag‹ innerhalb des Gesundheitswesens wird man damit vielleicht erfüllen können.

*Am Anfang meiner Gestaltausbildung behandelte ich einen Jungen, René, der mit einer umfassenden Sensorischen Integrationsstörung überwiesen wurde. Mein Gefühl sagte mir damals, dass mir diese Form der Diagnostik nicht zusagte. Aus meiner beginnenden gestalttherapeutischen Haltung heraus nahm ich die Interessen und Wünsche von René auf und begann mit ihm einen Dialog. René wirkte, spielte, malte, erzählte und wir hatten viel Spaß miteinander. Ich verband ›klassische‹ ergotherapeutische Verfahren mit Ansätzen der Sensorischen Integrationstherapie. Dennoch blieb meine Unsicherheit, da ich dem Auftrag, eine reine Sensorische Integrationsbehandlung durchzuführen, nicht*

*gefolgt war und mich von den Bedürfnissen des Kindes hatte leiten lassen. Nach einem halben Jahr rief die zuständige Psychologin des überweisenden Sozialpädiatrischen Zentrums an. Ich war aufgeregt, aber die Psychologin war begeistert: Sie habe kaum geglaubt, dass dieses Kind zu therapieren wäre, die Fortschritte seien in allen Bereichen deutlich sichtbar – wie ich das denn erreicht hätte.*

Als wichtigsten Bereich sehe ich die dialogische Beziehung, das bedingungslose Eingehen auf das Kind, das Akzeptieren der Einzigartigkeit meines Gegenübers. Ich gebe dem Kind nicht das Gefühl, es verändern zu wollen, sondern teile ihm mit: »Vielleicht möchtest du noch etwas lernen. Ich kann dir helfen, noch etwas zu lernen.«

Auch ich sehe mich als Lernender.

*In einem anderen Fall ließ ich mich stärker von der ergotherapeutischen Zielrichtung beeinflussen. Ich meinte, dass Sofia aufgrund ihrer taktilen Überempfindlichkeit mehr mit Material wie Ton, Fingerfarben und Pappmaschee konfrontiert werden müsse. Als ich ihr eine Pappmaschee-Arbeit »unterjubeln« wollte, lehnte Sofia ab. In der folgenden Stunde brachte Sofia mir ein Bastelbuch mit, drückte es mir mit der Bemerkung in die Hand: »Bitte, Herr Kümmel, damit du weißt, was Kinder gerne machen.« Ich war sehr beeindruckt von dieser Reaktion.*

Grundsätzlich müssen die Aktivitäten bei Kindern genauso wie bei Erwachsenen eine Bedeutung haben, müssen intrinsisch motiviert sein.<sup>45</sup> Sie müssen sich als Figur vor einem Hintergrund abheben. Die Integration der Betätigung, d.h. deren vollständige Befriedigung, muss möglich sein.

Ich halte eine Verknüpfung der Ideen des Gestaltansatzes mit der Sensorischen Integrationstherapie für ausgesprochen hilfreich. Einige Ähnlichkeiten möchte ich hervorheben und beziehe mich dabei auf die Äußerungen von Kielhofner und Fisher. Beide betonen die ganzheitliche Sichtweise:

»Wir gehen davon aus, daß Bewußtsein, Gehirn und Körper verschiedene Aspekte eines einzigen Systems darstellen, die funktional nicht voneinander zu trennen sind und sich gegenseitig bedingen« (1998, 51).

Kielhofner und Fisher sprechen hier allerdings von »Bewusstsein« und bezeichnen dies als Werkzeug zur Integration. In der Gestalttherapie wird der Begriff »Bewusstheit« verwendet.<sup>46</sup> Integration gilt als wichtiges Ziel, sowohl in der Ergotherapie als auch in der Gestalttherapie, wobei der Fokus

jeweils unterschiedlich ist. In der Ergotherapie geht es um die Integration sensomotorischer Prozesse, in der Gestalttherapie um die Integration psychischer Prozesse. Dennoch gibt es Parallelen, gerade bezüglich der Wahrnehmungsfähigkeit ganzheitlicher Sichtweisen. Staemmler und Bock definieren Bewusstheit als »das ganzheitlich, subjektive Wahrnehmen-Erleben eines Menschen von Figuren in seinem Organismus/Umwelt-Feld« (1991, 59). Nicht viel anderes geschieht bei der Integration sensorischer Reize. Ein Reiz aus der Umwelt wird zur Figur, wird weitergeleitet, im Gehirn mit Erfahrungen verknüpft (vor seinem Hintergrund abgebildet) und führt zu einer Reaktion (z.B. im Betätigungsverhalten).

*An einem Beispiel verdeutlicht: Sofia legt sich in Bauchlage auf ein Rollbrett, die Fortbewegung wird damit Figur, sie verknüpft diese Bewegung mit der Erfahrung des Krabbelns auf dem Boden, sie beginnt sich im Raum zu bewegen.*

Die neurologische Ergotherapie halte ich für den komplexeren Ansatz, für den der Gestaltansatz jedoch eine Unterstützung darstellt. Insbesondere sind mir folgende Gestaltkriterien wichtig:

- die eigene Bewusstheit bei mir als Therapeut wahrzunehmen
- die eigenen Körperempfindungen zu erkennen
- das Innehalten und Verlangsamen im therapeutischen Prozess
- das Achten auf Details und auf das Offensichtliche
- das Beachten kleiner Anzeichen bei mir als Therapeut.

Das kognitiv-therapeutische Verfahren nach Perfetti<sup>47</sup> ist in hohem Maße mit der Gestalttherapie vereinbar. Die Awareness-Arbeit liegt im Vordergrund. Der Patient setzt sich unmittelbar mit Informationen aus seinem Organismus/Umwelt-Feld auseinander. Er wird aktiv in den Behandlungsprozess eingebunden.

»Grundlage der Methode bildet eine »systemische« Anschauung, die den Menschen als ein komplexes System betrachtet. Das bedeutet, dass menschliche Fähigkeiten wie Bewegung, Wahrnehmung und kognitive Leistungen nicht isoliert betrachtet werden dürfen, sondern eine funktionelle Einheit bilden« (Lehmann u.a. 2002, 96).

Damit ist das Verfahren ausgesprochen ganzheitlich.

*Frau Kurt führt kognitiv-therapeutische Übungen mit dem betroffenen Arm durch. Meine Achtsamkeit liegt nicht nur in der Ausführung der Übung, sondern ich achte auch auf kleine Anzeichen der Patientin. Ich verlangsame die Übung, um selbst Phänomene wahrnehmen zu können. Ich sehe, dass Frau Kurt beginnt mit dem rechten Arm ihre Augen zu reiben. Ich stelle mir die Frage: »Hat das jetzt eine Bedeutung? Ist sie vielleicht unkonzentriert? Verlässt sie mit ihrer Aufmerksamkeit die Übung?« Wenig Sinn macht es, jetzt einfach weiterzugehen, diese Anzeichen zu übersehen. Ich wende mich der neuen Gestalt zu, nehme das Offensichtliche ernst. Es könnte ein Anzeichen für eine Pause bei der Patientin sein. Vielleicht reicht es auch, die rechte Hand sanft zurück auf den Tisch zu legen und ihre Aufmerksamkeit wieder auf die Übung zu lenken. Auf alle Fälle muss ich meine Wahrnehmung überprüfen. Es stellt sich heraus, dass Frau Kurt eine Pause braucht, dass sie die hohe Konzentration der kognitiv-therapeutischen Übung anstrengt. Spüre ich mich selbst nicht ausreichend, kann ich dem Patienten wenig Anregungen geben, sich selbst zu spüren.*

*Manchmal muss ich das Ergebnis mehrmals wiederholen. Die Patientin wünscht sich z.B. eine lockere Hand. Am Ende der Stunde nimmt sie gar nicht wahr, dass ihre Hand wirklich lockerer geworden ist.*

Grundlage ist die aktive Rolle des Patienten. Er soll Verantwortung für seine eigenen Entscheidungen übernehmen und Möglichkeiten und Grenzen ausprobieren.

Das Konzept zur Behandlung von Patienten mit Hemiplegie nach Bobath<sup>48</sup> weist auch einige Parallelen zum Gestaltansatz auf. Neben der Förderung von Bewegung und Tätigkeit gehört die nonverbale Kommunikation zu einem Behandlungsschwerpunkt der Bobath-Methode. Dazu zählen das Erspüren des Muskeltonus und die Reaktionen des Patienten. Auch das Wahrnehmen kleinster Anzeichen beim Patienten beobachtet der Therapeut phänomenologisch. Weiter

»spielen die Umweltfaktoren und der Kontakt sowie die Zusammenarbeit mit der Therapeutin eine tonusbeeinflussende Rolle. Auch im Bobath-Konzept werden diese Faktoren berücksichtigt und miteinbezogen« (Habermann 2002, 88).

Grenzen entstehen dort, wo der Patient »behandelt« und nicht in den Prozess mit einbezogen wird sowie der Aspekt des Organismus/Umwelt-Felds eine untergeordnete Rolle spielt. Ganzheitliche Sicht wurde in das Bobath-Konzept erst in jüngerer Zeit integriert.

Abschließend ist noch zu sagen, dass der Mensch in der Ergotherapie als handelndes Wesen im Mittelpunkt steht. Insofern ist es Ziel der ergotherapeutischen Behandlung, jede Therapiemaßnahme in Handlung umzusetzen.

»Die alltagsnahen Handlungen fördern die Motivation des Patienten zur Therapie. Er erfährt sich wieder als handelnder Mensch und erlebt, wie sich seine einzelnen funktionellen Fähigkeiten wieder zu einer Handlung verbinden lassen« (ebd., 48).

#### 5.4 Der Gestaltansatz in der psychiatrischen Ergotherapie

»Befragt man Menschen nach Ablauf einer akuten Psychose, was ihnen geholfen hat, so sagen sie: Menschen, die ernsthaft zuhören, die akzeptierende [...] Haltung der Zuhörer und die Ermöglichung, sich allmählich in Zusammenhang mit der eigenen Lebensgeschichte zu fühlen« (Hutterer-Krisch 1999, 763).

*Herr Enders befindet sich seit vielen Jahren in einer psychiatrischen Klinik. Er hat ein Suchtproblem, das mittlerweile zu einem Korsakow-Syndrom mit hirnorganischem Psychosyndrom geführt hat. Herr Enders zeigt wenig Krankheitseinsicht, er verleugnet seine Probleme. Zur Ergotherapie kommt er anfangs widerwillig, sieht deren Bedeutung nicht ein. »Ich war Handwerker, was soll ich denn jetzt hier tun«, ist seine Antwort. Dennoch fällt auf, dass er selbst bei leichten Tätigkeiten massive Probleme in der Handlungsdurchführung hat. Herr Enders erzählt gerne und viel über seine frühere Tätigkeit. Sein Alkoholproblem spricht er nicht an. Fragt man ihn, weshalb er in der Klinik sei, antwortet er: »Die meinen, ich hätte zuviel getrunken. Aber das waren bloß zwei Flaschen Apfelwein am Tag.« Auf der Station wird er belächelt. Auch der behandelnde Ergotherapeut beginnt von Herrn Enders genervt zu sein. In der Supervision schildert dieser seine »Genervtheit«. Ich gebe dem Kollegen zu verstehen, dass die Awareness über die eigene Befindlichkeit (»Ich bin genervt.«) der erste wichtige Schritt sei; es gehe weder um das Verleugnen der Befindlichkeit noch um dessen Ausleben gegenüber dem Patienten. Wir besprechen in der Supervision das weitere therapeutische Vorgehen. Im Vordergrund steht der Aufbau einer vertrauensvollen Therapeut-Klient-Beziehung. Wahrscheinlich hat Herr Enders in seinem Leben die Erfahrung gemacht, wenig Anerkennung bekommen zu haben. Durch das Eintreten in einen therapeutischen Dialog ist es mög-*

*lich, sein Verhalten zu akzeptieren. Nachdem ein Vertrauensverhältnis zwischen dem Therapeuten und Herrn Enders besteht, ist ein liebevolles Konfrontieren möglich: »Stopp, ich mag Ihnen jetzt nicht mehr zuhören, wenn Sie so viel reden.«*

*Vier Wochen später berichtet der Ergotherapeut in der Supervision von der Entwicklung, Herr Enders sei deutlich zugewandt, komme jetzt gerne zur Ergotherapie und übernehme Verantwortung; er beginne Aufgaben innerhalb der Therapieräume zu übernehmen, z.B. das Kehren des Werkraums. Tätigkeiten, die man von ihm verlangt, lehnt er allerdings weiterhin ab. Auf der anderen Seite wird ihm bewusster, dass er viele Dinge vergisst, und er versucht, gemeinsam mit dem Ergotherapeuten einen Weg zu finden, diese Merkfähigkeitsprobleme anzugehen.*

*In diesem Fall gelang es mit gestalttherapeutischen und klientenzentrierten Aspekten einen kleinen Erfolg zu erreichen.*

»Mit einem klientenzentrierten Praxismodell in psychiatrischen Institutionen zu arbeiten, kann zwar vorteilhaft und lohnend sein, aber auch schwierig und komplex« (Kusznir/Scott 2002, 87).

Die geringe Motivation des Patienten, unterschiedliche Erwartungen zwischen Therapeut und Patient und die Ohnmacht, die Umwelt des Patienten verändern zu können, sind einige Kernprobleme und »nur wenige Therapeuten werden das Gefühl haben, bei ihrer Arbeit noch nie auf Schwierigkeiten gestoßen zu sein« (ebd., 87). Zu diesen Schwierigkeiten zählen, »das Widerstreben der Klienten, sich auf den ergotherapeutischen Prozess einzulassen«, die »Diskrepanz von Vorstellungen und Erwartungen zwischen Therapeut und Klient« oder die »Schwierigkeiten, die Umwelt des Klienten zu verändern« (ebd., 90).

Das Lehrbuch der theoretischen und praktischen Ausbildung zur Ergotherapie widmet den psychosozialen Behandlungsverfahren ein eigenes Kapitel. In Seminaren zum Thema der Integration der Gestalttherapie in die Ergotherapie finden sich verstärkt Ergotherapeuten aus dem psychiatrischen Arbeitsbereich. Alle haben mit Schwierigkeiten zu kämpfen und sind auf der Suche nach Antworten.

»Psychoziale Aspekte finden grundsätzlich in allen ergotherapeutischen Verfahren ihre Berücksichtigung. Wenn im Zentrum ergotherapeutischer Therapie die Entwicklung, Wiedergewinnung, Verbesserung oder Erhaltung von Handlungskompetenzen im Alltag und Beruf stehen, kann sich das nie ausschließlich auf funktionale Einschränkungen beziehen. Menschliches Handeln

strebt in der Regel nach einem Gleichgewicht zwischen Anforderungen der Umwelt und dem Wunsch, sich in ihr wohlfühlen und sie sich zu eigen zu machen. Dieser natürliche Antrieb und die Motivation werden durch Krankheit und Behinderung, Über- oder Unterforderungen, durch die Umwelt oder ihre Menschen beeinträchtigt« (Scheepers u.a. 2000, 276).

Hier kommen gleich mehrere Aspekte, die ich aus der Gestalttherapie kenne, zum Tragen: Feldtheorie, Ganzheitlichkeit, Bedürfnisbefriedigung. Scheepers erachtet es als wichtig, den Erfolg versprechenden Auftrag, also die Behandlungsziele, gemeinsam mit dem Patienten zu erarbeiten (2000, 277). Dabei muss es in der psychiatrischen Ergotherapie von einem produktorientierten zu einem prozessorientierten Handeln kommen. Es geht nicht mehr primär darum, die praktische Umsetzung medizinischen und handwerklichen Wissens zu lernen, sondern theoretische Grundlagen, die für eine therapeutische Haltung relevant sind. Gestalttheorie hilft, um Prozesse und den Umgang mit Menschen zu verstehen.

Noch deutlicher beschreibt Hildegard Köhler ein Prozessmodell zur ergotherapeutischen Betreuung (2001, 31ff.), in dem Gedanken des Gestaltansatzes offensichtlich werden, auch wenn die Gestalttherapie (im Gegensatz zur Gesprächstherapie) dort explizit nicht auftaucht. Köhler wendet sich u.a. gegen den vorherrschenden Fokus auf klinisch-psychiatrische Störungsbilder und fordert den aktiven Einbezug des Patienten in den therapeutischen Prozess. Nach Kontaktaufnahme und Erstgespräch geht es ihrer Erfahrung nach um den Aufbau einer vertrauensvollen Therapeut-Patient-Beziehung. Der Therapieplan wird grob definiert und im Laufe der Behandlung den Erkenntnissen angepasst (2001, 35). Therapieplan und Therapieziele werden im Austausch mit dem Patienten festgelegt und sind damit voll im Sinne eines klientenzentrierten und dialogischen Ansatzes. Viel Wert wird bei dieser Vorgehensweise auf die Bedürfnisse und Wünsche des Patienten gelegt (ebd., 37). Nun kann ein dialogischer Prozess beginnen, in dessen Mittelpunkt das individuelle Eingehen auf den Patienten steht.

»Es bleibt dem Einfühlungsvermögen der Therapeutin überlassen, wie weit im konkreten Fall eher direktiv unterstützend vorgegangen wird oder wie weit dem Patienten Eigenständigkeit bei der Wahl der Technik zugemutet werden kann« (ebd., 37),

oder, wie in der Gestalttherapie formuliert, ein Weg der liebevollen Konfrontation und Begleitung gewählt wird. Die Therapie dient der Unterstützung und der Akzeptanz der Einzigartigkeit des Patienten, »ohne von außen zu fordern« (ebd., 38), auch wenn es sich dabei um »gut gemeinte

Motivation und Aufmunterungen« (ebd., 38) handelt. Auch im weiteren Verlauf des Aufsatzes von Köhler wird gestalttherapeutisches Denken offensichtlich. Die Autorin plädiert für Rückmeldungen an die Patienten, für ressourcenorientiertes Arbeiten, für »eine individuell auf die Persönlichkeit des Menschen bezogene Vorgehensweise« (ebd., 40).<sup>49</sup>

Deutlich wird, dass der Gestaltansatz eine Reihe von Möglichkeiten für die therapeutische Arbeit zur Verfügung stellt.

»Because of its concentration on the basic functions of ›awareness‹ and contact, the Gestalt discipline quite directly offers tools to help psychotic patients learn to regain full (or fuller) use of these functions«<sup>50</sup> (Harris 1992, 253).

Neben der Awareness und dem Kontakt zählen besonders das Akzeptieren dessen, was ist, und eine solide, vertrauensvolle Therapeut-Klient-Beziehung zu wichtigenhaltungen in der Arbeit mit psychiatrischen Patienten.<sup>51</sup> Nach Harris verlangen psychotische Patienten ein hohes Maß an Bestätigung, Unterstützung, Trost und Beruhigung, bevor sie bereit sind, ihre Gefühle zu äußern.<sup>52</sup> Therapeutische Aufgabe ist, ihnen diese Form der Unterstützung zu geben. Sich-Spüren, Wahrnehmen und Gefühle mitzuteilen, kann sehr angstbesetzt sein. Dies höre ich häufig von Patienten aus dem psychiatrischen Bereich. Ich kann innerhalb der Ergotherapie einen Raum schaffen, in dem der Patient die Möglichkeit hat, sich zu spüren und Bewusstheitsprozesse zu aktivieren. Ich kann ihn jedoch nicht dazu zwingen. Bewusstheit ist ein essentieller Aspekt der Gestalttherapie, jedoch ist Bewusstheit ohne Ganzheitlichkeit nicht möglich. Die Ganzheitlichkeit ergibt sich aus der Bewusstheit. Durch bewusste Prozesse kann ich Denken, Fühlen, Wahrnehmen und Handeln in Einklang bringen. Zudem umfasst Bewusstheit die gesamte innere und äußere Welt und damit das gesamte Feld. Und erst der therapeutische Dialog fördert überhaupt den Bewusstheitsprozess. Um einen Zugang zu psychiatrischen Patienten zu bekommen, muss ich besonders auf deren nonverbale Signale achten. Insbesondere das Beschreiben, dessen, was ich aus phänomenologischer Sicht wahrnehme, kann dabei ein wirksames Instrument sein.<sup>53</sup> Dieser Aspekt unterscheidet gestalttherapeutische Intervention deutlich von der tiefenpsychologisch ausgerichteten Gestaltungstherapie, die sich auf Deutung und Analyse des Verhaltens der Klienten konzentriert.<sup>54</sup>

Die Ergotherapie erfährt innerhalb der klinisch-psychiatrischen Arbeit eine hohe Akzeptanz.<sup>55</sup> Patienten äußern z.B., dass die Therapie Selbstständigkeit und Selbstwert, Interesse an verschiedenen Tätigkeiten und Selbstbewusstsein in der Gruppe unterstützt.<sup>56</sup>

*Herr Haas kommt nach einer diagnostizierten Depression in die Praxis. Auftrag und Behandlungsziel ist, den durch die Depression bedingten Tremor in den Händen zu reduzieren. Dieser Tremor zeigt sich besonders im Betätigungsverhalten. Ich höre Herrn Haas zu und dränge ihn nicht zu irgendeiner Tätigkeit. Während wir reden, gebe ich ihm eine leichte Arbeit mit Therapieknete, die er nebenbei verrichten kann. Am Ende der Stunde gibt Herr Haas mir zu verstehen, dass alleine das Gespräch ihn erleichtert hätte. Er würde gerne in der nächsten Stunde eine feinere Arbeit probieren.*

Bei einer Befragung von 242 psychiatrischen Patienten nach ihren Vorlieben stand das Gespräch mit dem Arzt deutlich an erster Stelle, danach folgt die Ergotherapie.<sup>57</sup>

Meiner Meinung nach ist gestalttherapeutische Ergotherapie im klinisch-psychiatrischen Bereich effektiv durchführbar, insbesondere wenn die therapeutische Haltung als Grundlage genommen wird.

### Anmerkungen

- 1 Die Multiple Sklerose (auch: MS; = vielfache Verhärtung) zählt zu den Entmarkungs- und Autoimmunkrankheiten
- 2 Habermann u.a. 2002, 513ff.
- 3 Ergotherapie bei MS-Patienten: Habermann u.a. 2002, 264ff.
- 4 Aktuelle Statistik vom DVE-Jahreskongress; in: Praxis Ergotherapie 3/2002, 172
- 5 vgl. Kubny-Lüke: Geschichte der Ergotherapie; in: Scheepers u.a. 2000, 2ff.
- 6 Zur Entwicklung des Berufsbildes der Ergotherapie s.u. 6.1
- 7 s.o. Kap. 1.4
- 8 Cohen 2002, 39
- 9 s.a. Schwarz, 48ff.; Weber u.a., 369ff.; beide in: Scheepers u.a. 2000
- 10 s. Hildenbrand 2001
- 11 Zu ergotherapeutischer Anwendung: Scheepers u.a. 2000; Habermann/Kolster 2002; Fisher u.a. 1991; Davies 1986
- 12 Hagedorn 2000, 106ff.; Mentrup 2000; Kielhofner u.a. 1999
- 13 »Das Modell stellt den Versuch dar, die dem menschlichen Verhalten zu Grunde liegende Dynamik mit Begriffen aus der Systemtheorie zu beschreiben. Ein Ereignis an irgendeiner Stelle des Systems wirkt sich sofort auf das gesamte System aus [...] daher muss man das System als etwas untrennbar miteinander verbundenes Ganzes betrachten und darf nicht versuchen, es auf Teile zu reduzieren« (Hagedorn 2000, 106).

- 14 Über die Verbindung von Systemtheorie und Gestalttherapie ist noch wenig publiziert worden; s. Ginger/Ginger 1994, 109ff.; Hildenbrand 2001; Heinzmann 1996
- 15 Zu Verbindungen des systemischen Ansatzes und der Feldtheorie s.: Klöckner 1994
- 16 Kielhofner u.a. 1999, 53f.; Kielhofner 2002, 44ff.
- 17 Dabei handelt es sich um das Zusammenspiel des Tastsinns (taktil) mit dem Kinästhesie-Sinn (Lage der Extremitäten und des Körpers zueinander).
- 18 vgl. Kielhofner u.a. 1999, 56.
- 19 vgl. Kümmel 2001, 16ff.
- 20 vgl. Kielhofner u.a. 1999, 57; Kielhofner 2002, 124ff.
- 21 s.a. Kielhofner 2002, 63ff.
- 22 vgl. Kielhofner 2002; dort Kap. 2 über die verschiedenen Assessment-Verfahren des MOHO
- 23 vgl. Jurkowitsch 1999, 61f.
- 24 »Ein wichtiger Aspekt der auf dem MOHO basierenden Schlussfolgerungen ist deren klientenzentriertes Wesen« (Dt. Übers. Kümmel)
- 25 vgl. Klöckner 1994, 55f.; 66f.
- 26 vgl. Kielhofner 2002, 81ff.
- 27 Zum Zusammenhang von Wahrnehmung, Gedächtnis, Gehirnfunktionen, Sensorik und den Subsystemen Kielhofners in Bezug auf Gestalttherapie und Ergotherapie: s.a. Staemmler 2001, 196ff.
- 28 vgl. Fodor 2001, 65f.
- 29 s.a. die Definitionen des Begriffes ‚Bewusstheit von Werten‘ bei Fodor (2001, 61f.) und des Wertebegriffs von Kielhofner (1999, 55).
- 30 »Es betrachtet die Dinge, die der Klient tut, denkt und fühlt, als den zentralen Mechanismus der Veränderung« (Dt. Übers. Kümmel)
- 31 vgl. Kielhofner u.a. 1999, 70.; Baron u.a. o.J.; Minkwitz u.a. 2000, 65f.
- 32 s.o. Kap. 3.2
- 33 s.a. die modifizierte Interessen-Checkliste 2002, 213ff.
- 34 Hagedorn 2000, 115ff.; Law u.a. 1999; Erbsch u.a. 2001
- 35 s. z.B. Frenzel u.a. 1992
- 36 Kümmel 2002, 21
- 37 Zur Spiritualität in der Gestalttherapie s. Frambach 1999
- 38 Durchführung des COPM: s. Habermann u.a. 2002, 522ff.; Weber/Heil 2000; Law u.a. 1998/1999
- 39 s.o. Kap. 3.2
- 40 Unterschiede und Gemeinsamkeiten von Gestaltungstherapie und Gestalttherapie s.u. Kap. 5.4

- 41 Kurzinformationen auch beim Deutschen Verband der Ergotherapeuten, Postfach 2208 in 76303 Karlsbad-Ittersbach
- 42 s. I. Baulig/V. Baulig 2002
- 43 sehr ausführlich: Fisher/Murray/Bundy 1998
- 44 vgl. Mattner: Hyperaktivität aus Sicht der heilpädagogischen Anthropologie. In: Passolt 2001, 18ff.
- 45 zum inneren Antrieb ('Inner Drive'), als einer zentralen Annahme der Sensorische Integration: Fisher u.a. 1991, 256f.; Fisher u.a. 1998, 417f.
- 46 s.o. Kap. 1.1
- 47 ausführlich in: Habermann/Kolster 2002; Holubar 1997
- 48 Davies 1986; Habermann/Kolster 2002
- 49 Köhler beschreibt zudem die Wirksamkeit ihrer Untersuchungen (2001, 44)
- 50 »Aufgrund seiner Konzentration auf die Basisfunktionen wie 'Awareness' und Kontakt, bietet die Gestalt-Disziplin durchaus unmittelbare Werkzeuge, um psychotische Patienten darin zu unterstützen, den Gebrauch dieser Funktionen vollständig (oder vollständiger) wiederzuerlangen« (Dt. Übers. Kümmel)
- 51 Harris 1992, 249; Hutterer-Krisch 1999a/b
- 52 Harris 1992, 254.
- 53 s.o. Kap. 1.3
- 54 s. Kümmel 2001: »Gestalttherapie ist trotz der begrifflichen Nähe nicht zu verwechseln mit der Gestaltungstherapie. Die tiefenpsychologisch fundierte Gestaltungstherapie basiert auf den theoretischen Modellen der Psychoanalyse, insbesondere der Ich-Psychologie und der Objektbeziehungstheorie sowie den Erkenntnissen der analytischen Psychologie nach C.G. Jung (1933); Kubny-Lüke, in: Scheepers u.a. 2000, 340f.: »Die Gestaltungstherapie versteht sich als eine ‚Psychotherapie mit gestalterischen Mitteln‘ (Biniak 1982, 2), die sich auf tiefenpsychologische Ansätze von S. Freud, A. Adler und C.G. Jung bezieht.«
- 55 s.a. Reuster: Effektivität im psychiatrischen Krankenhaus. In: Reuster/Bach 2002, 41ff.
- 56 s.a. Ziemann. In: Reuster/Bach 2002, 95
- 57 s.a. Ziemann. In: Reuster/Bach 2002, 88ff.

---

## 6. Ausblick

---

Einige Jahre lehrte ich als Dozent an Schulen für Ergotherapie. Neben einigen fachspezifischen Fächern unterrichtete ich auch handwerkliche Techniken, u.a. »Konstruktiv Holz«. Elemente des Gestaltansatzes respektive der Gestaltpädagogik leiteten mich auch in meiner Unterrichtstätigkeit.

*Den Unterricht mit dem Werkstoff Holz begann ich durch eine kleine Übung: Vorab platzierte ich Stücke verschiedener Holzarten (Kiefer, Fichte, Buche, Eiche, Esche, etc.) von gleicher Größe in die Mitte. Die Schüler legten schnell ihren Fokus (Gestaltbildungsprozess) auf diese Stücke. Ich forderte sie auf, diese nun in die Hand zu nehmen, zu berühren und miteinander zu vergleichen. Die Holzstücke fühlten sich nicht nur unterschiedlich an, sie hatten auch unterschiedliches Gewicht. Damit gelang mir recht schnell eine dialogische Beziehung zwischen mir, dem Lehrer und den Lernenden herzustellen. Gleichzeitig brachte ich die Schüler in Kontakt mit dem Material, das uns die nächsten Wochen begleiten würde. Dieser Kontakt konnte durch eine kleine Awareness-Arbeit hergestellt werden. Mein Ziel war es, die eigene Awareness als Grundlage für die Übernahme von Verantwortung zu stärken.<sup>1</sup> Auch in den Lernsituationen war für mich die zwischenmenschliche Komponente der im Vordergrund stehende Aspekt.*

»Der Informationsaustausch erhält Bedeutung durch den Bezug zu den Beziehungen zwischen Lehrenden und Lernenden und zwischen den Lernenden untereinander« (Fuhr/Gremmler-Fuhr 1988, 163).

Durch das Eintreten in einen Dialog gelang mir, ein Potential von kreativen Anteilen der Schüler zu erwecken. Ich machte immer wieder deutlich, wie sehr ich selbst das Medium Holz schätze und betonte dessen großen Nutzen für die ergotherapeutische Arbeit.

»Damit ist der Anspruch verknüpft, das Gelehrte selbst zu leben und zu diesem Anspruch, wie immer unvollkommen er auch realisiert werden mag, zu stehen« (Fuhr/Gremmler-Fuhr 1995, 205).

Mit diesem Beispiel möchte ich zeigen, dass Elemente des Gestaltansatzes nicht nur für die therapeutische Arbeit an sich sondern bereits in der Ausbildung der Therapeuten sinnvoll sein können.

Zum Abschluss des Buches skizziere ich daher Linien, die sowohl für die Ausbildung, als auch für die Entwicklung der Ergotherapie dienlich sein können. Dabei beziehe ich mich auf Diskussionen aus der aktuellen Ergotherapie-Fachliteratur sowie von Kongressen. Gleichmaßen ist für mich als Gestalttherapeut auch die Verankerung der Gestaltideen von Bedeutung. Gestalttherapie aus meiner Sicht heißt nicht nur, deren Anwendung in der Psychotherapie weiterzuentwickeln, sondern die Ausdehnung des Gestaltansatzes in andere Berufszweige voranzutreiben. Dabei sind gesellschaftliche Aspekte zu berücksichtigen, gehören sie doch aus feldtheoretischer Sicht dazu. Die Regeln des deutschen Gesundheitssystem setzen z.Zt. leider Grenzen, als dass man in dieser Richtung große Schritte vorwärts machen könnte.

## 6.1 Das Entwicklungspotential der Gestalttherapie und der Ergotherapie

Die Gestalttherapie befindet sich in einer Umbruchsituation, wie es der Titel eines Buches programmatisch fasst.<sup>2</sup> Auch im Handbuch für Gestalttherapie werden ›Visionen für einen künftigen Gestaltansatz‹ (Fuhr u.a. 1999, 1209) diskutiert. Neben der Etablierung innerhalb des Systems psychotherapeutischer Schulen plädiert Frech (2000, 3) für eine Erweiterung der Anwendungsbereiche des Gestaltansatzes. Diese Idee der Erweiterung bzw. Entwicklung möchte ich in meinem letzten Beitrag ausführen. Dabei greife ich aktuelle Diskussionen bezüglich der Gestalttherapie auf.

Die Ergotherapie geht in eine ähnliche Richtung. Ihr rasanter Wandel, die immense Zunahme von Ausbildungseinrichtungen, freien Praxen und beruflich Tätigen haben sie zu einem gesellschaftlich anerkanntem Heilmittel gemacht. Auch innerhalb der Ergotherapie wird ein Berufsprofil diskutiert und über einen Paradigmenwechsel nachgedacht.

### 6.1.1 Die Entwicklung der Gestalttherapie

Die Gestalttherapie hat sich mittlerweile zu einem Ansatz gewandelt, »der fundierte und innovative Beiträge für viele Anwendungsbereiche in und außerhalb von Psychotherapie und Psychiatrie leistet« (Fuhr u.a. 1999, 1210) und vor der Aufgabe steht, in andere gesellschaftliche Bereiche hineinzu-

wirken. Ähnlich wie Frech vertrete ich die Ansicht, dass bei einer Fixierung auf die Psychotherapie der Gestaltansatz auf kurz oder lang verschwunden sein wird. Daher halte ich es für sinnvoll, wenn die Gestalttherapie ihr Nischendasein aufgeben kann und Überlegungen angestellt werden, wie Gestaltideen in andere Berufsfelder übertragen werden können. Dafür bieten sich sowohl theoretische als auch praktische Ansätze zur Genüge. Gestalttherapeutinnen und Gestalttherapeuten müssten dann in einen dialogischen Prozess mit Angehörigen anderer Berufsgruppen eintreten. Die Gestalttherapie hat ein Fundament, das besonders in den Medizinal-Fachberufen, den Pflegeberufen und letztendlich in den ärztlichen Berufen wirken und diesen Berufen weiterhelfen kann.

Um eine Integration der Gestaltideen zu ermöglichen, finde ich es notwendig zu schauen, welche gestalttherapeutischen Ansätze und Theorien wirklich weiterhelfen können. Dafür müsste sicher die eine oder andere Gestaltidee auf den Prüfstand<sup>3</sup>. Eine (noch) intensivere Diskussion über Gestalttheorien wäre hilfreich, um die Ideen der Gestalttherapie transparenter für andere Berufszweige zu machen.

Einige Zeit habe ich gebraucht, um (wieder) offensiv zu vertreten: »Ich bin Gestalttherapeut.« Außer einem niedrigen Bekanntheitsgrad (z.B. gegenüber NLP, TZI und klientenzentriertem Verfahren nach Rogers), hat die ›Marke Gestalt‹ im heutigen Markt von Bildungs- und Beratungsangeboten einen schweren Stand« (Frech 2000, 14). Einführungsworkshops unter dem Titel: ›Was ist Gestalttherapie?‹ stoßen auf geringe Resonanz, was in der 70er- und 80er-Jahren anders war. Eines der häufig genannten Argumente, weshalb dieser Ansatz wenig interessiert, ist die vermeintlich geringe Nützlichkeit für den beruflichen Alltag, oder, wie Frech es ausdrückt, dass die Prägnanz der ›Marke Gestalt‹ verlorengegangen ist (2000, 14).

Anderen Verfahren ist das in den letzten Jahren besser gelungen wie z.B. dem Neurolinguistischen Programmieren. Etliche Ideen der Gestalttherapie flossen dort ein: Das NLP hat »intensiv beim Gestaltansatz gewildert, die entliehenen Teilstücke mit anderen kombiniert, verwertungsbezogen weiterentwickelt und dann geschickt vermarktet« (Frech 2000, 14). Auch in der Ergotherapie wird NLP mittlerweile erfolgreich integriert;<sup>4</sup> das kann man sicherlich unterschiedlich beurteilen, aber: »es ist leicht, darüber die Nase zu rümpfen und sich für etwas Besseres zu halten« (ebd. 2000, 14).

Die Anwendung des Gestaltansatzes in unterschiedlichen Bereichen geschieht eher leise, was »nur dann negativ zu bewerten [ist], wenn wesentliche Teile unseres Ansatzes noch nicht wirksam geworden sind, ihre Fruchtbarkeit und Besonderheit wegen mangelnder Prägnanz nicht wahrgenommen werden« (ebd. 2000, 14). Gestalttherapie muss sich weiterentwickeln

und ihre Wirksamkeit entsprechend evaluieren, um sich dadurch eine neue Orientierung zu geben und den »Übergang zwischen Tradition einerseits und einer ungewissen Zukunft andererseits« (Staemmler 2001, 10) zu erleichtern.

### 6.1.2 Die Entwicklung der Ergotherapie

Die Ergotherapie steht derzeit ebenfalls vor einer Situation des Wandels, und der Beruf des Ergotherapeuten ist in den letzten Jahren mehr und mehr aus dem Schatten des alten, traditionellen ›Bastelberufes‹ herausgetreten. Die Namensänderung von Beschäftigungstherapie zu Ergotherapie machte dies deutlich. Doch bewirkt eine Namensänderung nicht gleichzeitig inhaltliche und qualitative Veränderungen. Ergotherapeutische Modelle versuchen sich stärker mit anderen Disziplinen wie dem systemischen und klientenzentrierten Ansatz zu vernetzen und finden eine immer größere Beachtung. Sie bilden mittlerweile eine Grundlage in der ergotherapeutischen Ausbildung. Womit die Ergotherapie in Deutschland vor einem Paradigmenwechsel steht, der stark von den Entwicklungen in USA und Kanada geprägt ist.<sup>5</sup> Und doch herrscht in der Ergotherapie noch der Bezug zur naturwissenschaftlich orientierten Medizin vor. Der Mensch wird häufig auf seine Behinderung reduziert, weshalb es bis zu einem vollständigen Paradigmenwechsel noch ein weiter Weg ist.

»Das besondere Potenzial der Ergotherapie zeigt sich« in ihrer »Brückenfunktion zum Alltag« (Schwarz 2000, 43). Der Transfer der ergotherapeutischen Behandlung in den Alltag des Patienten ist wesentliches Ziel dieser Maßnahme. Denn es hilft wenig, wenn ich in 45 Minuten in der Woche einen Therapieerfolg erreicht habe, der sich jedoch im Alltag für den Patienten nicht anwenden lässt. Für viele Patienten heißt eine Behinderung oder Einschränkung ein Herausreißen aus dem Alltag.

»Menschen, die aus ihren Handlungsbezügen gerissen werden und in Gefahr geraten, sich diesen zu entfremden, werden zwar in unserer effizienten Spitzenmedizin in der Anfangsphase intensiv betreut, erleben dann aber umso krasser nach der heute bekanntlich beschleunigten (vermeintlich kostensenkenden) Entlassung in abrupter Ungeschützttheit die traumatisierende Konfrontation mit dem komplexen, überfordernden Alltag« (ebd. 43).

Für die Umsetzung ergotherapeutischer Leistungen in den Alltag des Patienten benötige ich neben feldtheoretischer Kompetenz eine Reihe von In-

formationen über das Leben des Patienten. Diese kann ich nur im Dialog mit dem Patienten und seinen Angehörigen erfahren, bei dem mich eine klientenzentrierte Betrachtungsweise leitet. Ergotherapie geht immer mehr in Richtung einer klientenzentrierten Heilkunst, »welche mehr auf die Re-sozialisierung des ganzen Menschen als auf die Rehabilitation einzelner Funktionen zielt« (ebd. 43): der Paradigmenwechsel von der mechanistisch-reduktionistischen Sicht zu einer ganzheitlichen Vorgehensweise.<sup>6</sup>

Ganzheitliches und feldtheoretisches Denken gehören schon lange zu den Grundelementen der Ergotherapie. Allerdings

»das Grundverständnis, dass Therapie nur dann sinnvoll ist, wenn sie das gesamte Spektrum der Persönlichkeit und ihr soziales Umfeld beachtet, ist oft nicht ohne weiteres mit dem naturwissenschaftlich-funktionalistisch ausgerichteten medizinischen Ansatz in Einklang zu bringen« (Götsch 2000, 52).

Von daher ist es kaum verwunderlich, dass häufig den scheinbar sicheren und Orientierung gebenden medizinisch-technischen Verfahren der Vorzug gegeben wird. Denn eine klientenzentrierte Haltung schafft eine therapeutisch unsichere Situation.

Trotz allem steht das humanistische Menschenbild in der Ergotherapie im Vordergrund, was eine Reihe von Veröffentlichungen in jüngerer Zeit belegen.<sup>7</sup> Auch zahlreicher werdende Beiträge während der Jahresfachtagungen des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten und der Herbsttagungen des Fachkreises ergotherapeutischer Praxen weisen diesen Weg. Im Rahmen einer Vortragsreihe plädierte die Ergotherapeutin Ulrike Marotzki für einen klientenzentrierten Ansatz, um sich mit dem Patienten gemeinsam auf die Suche nach dessen Zielen zu machen (DVE-Tagung 2001). Erst dann kann »Therapie gleichzeitig Behandlung, Beratung und Präventionsschulung der Betroffenen unter Nutzung aller (gesunden) Potenziale und Ressourcen« sein (Schwarz 2000, 44). Ergotherapie als ressourcenbezogener Therapieansatz unter Nutzung verwandter Disziplinen wie der Gestalttherapie hat so »einen evidenten Beitrag mit deutlichen Präventiv-elementen zu bieten« (ebd., 44).

Vernetztes medizinisches und therapeutisches Grundwissen wird demnach gefordert. Innerhalb der Ergotherapie gibt es Raum, um Wissen aus anderen Fachdisziplinen zu integrieren, was eine Vielzahl von Weiterbildungsangeboten, gerade auch aus dem Bereich der humanistischen Psychologie belegt. Es wird konstatiert, dass eine »bewusste Auseinandersetzung mit anderen Wissenschaften, ihren Forschungsergebnissen und ihrem methodischen Vorgehen, für unser berufliches Handeln durchaus för-

derlich« ist (Bühler u.a. 2001, 21). Die Beiträge der ergotherapeutischen Fachliteratur zeigen, »dass sich derzeit enorme Veränderungen in Hinblick auf die berufliche Weiterentwicklung und Höherqualifizierung der Ergotherapie in Deutschland ergeben haben« (ebd., 23ff.). Die Gestalttherapie taucht dabei noch wenig auf.<sup>8</sup>

Gestalttherapie und Ergotherapie haben m.E. eine große Chance, sich miteinander zu entwickeln. Dabei könnte ein wichtiges Gestaltprinzip Anwendung finden, dass das Ganze mehr als die Summe seiner Teile ist. Die Vision einer gestalttherapeutischen Ergotherapie könnte ihren Platz finden.<sup>9</sup>

Wir stehen weltweit im psychosozialen Feld vor einer neuen, einschneidenden Herausforderung. Die Behandlung ist auf rasche Effizienz aus und soll qualitätsorientiert kontrolliert werden. Gleichzeitig wird sie auf empirisch geprüfte Methoden und Techniken reduziert und soll damit möglichst kostengünstig sein.

Für Ergotherapie und Gestalttherapie bedeutet das, Qualitätssicherung ein gutes Stück außerhalb des staatlich reglementierten Gesundheitswesens zu betreiben. Der Gestaltansatz hat ein Potential diesen gesellschaftlichen Entwicklungen etwas entgegenzusetzen, ohne sich kämpferisch gebärden zu müssen.<sup>10</sup> Gerade Quantität könnte durch Qualität ergänzt, Funktionalisierung durch Mitmenschlichkeit ersetzt werden.

## 6.2 Gesellschaftliche Hintergründe für die Integration des Gestaltansatzes in die Ergotherapie

»Ich denke, wenn man Menschen dabei unterstützt, authentischer zu werden [...], ist das immer politische Arbeit, in der Therapie, in der Erziehung, in der Sozialarbeit«  
(Lore Perls 1997, 126).

Gesellschaftliche Bedingungen beeinflussen die tägliche Arbeit, ob man das will oder nicht: Veränderungen und Diskussion in der Gesundheitspolitik, Maßnahmen der Krankenkasse, Konjunkturdebatten und Globalisierung. Oder es stellen, wie Frech behauptet, »die gegenwärtigen gesellschaftlichen Bedingungen eine große Herausforderung für die Flexibilität und Weiterentwicklungsmöglichkeiten von Gestaltkategorien« dar (2000, 16). Gesellschaftliche Bedingungen wirken nicht nur auf die therapeutische Arbeit, sie haben auch Einfluss auf die Menschen, mit denen ich arbeite. Anwendung der Gestalttheorie und des klientenzentrierten Ansatzes fordert geradezu, sich mit gesellschaftlichen Aspekten auseinanderzusetzen. Gesell-

schaftliche Bedingungen machen neue Sicht- und Denkweisen notwendig und erfordern neue Formen im Gesundheitssystem.

Die Gestalttherapie, die als Reaktion auf die Rigidität der klassischen Psychoanalyse entstand, entwickelte sich in der Nachkriegsära des Zweiten Weltkrieges. Insbesondere durch das politische Engagement Lore Perls' und Paul Goodmans wurden antiautoritäre Ideen in die Gestalttherapie integriert und die anarchistische und gesellschaftspolitische Seite von diesen beiden vertreten. Sie sahen in der Gestalttherapie einen Ansatz zur Förderung des gesellschaftlichen Engagements.<sup>11</sup> Paul Goodman im Speziellen betrachtete den Menschen als Teil der Gesellschaft, die ihn prägt und die er auch als handelndes Subjekt beeinflussen kann. Im Weltbild der Gestalttherapie wird der Mensch als ein Individuum gesehen, das zu verantwortlichem Handeln fähig ist, ein Recht auf eigene Ansichten und eigene Handlungen hat, seine eigenen Potentiale entwickeln und seine Wahrnehmungsfähigkeiten erweitern kann, um sich letztendlich von zwanghaften Verhaltensmustern zu befreien. Da aus feldtheoretischer Perspektive der Mensch in einem Wechselverhältnis zur Umwelt steht, ist persönliches Wachstum nicht seine Privatsache, sondern ein kollektives Geschehen. Daher trägt Gestalttherapie klare, eindeutige und radikale gesellschaftspolitische Implikationen in sich. Allerdings besteht die Gefahr, wie Höll kritisch anmerkt,

»dass die Gestalttherapie sich zwar auf die Feldtheorie Lewins als eine wichtige Grundlage beruft, aber auf Theorien über das gesellschaftliche und politische Feld verzichtet, in denen sich therapeutisches Geschehen vollzieht« (1999, 536).

Innerhalb des Gesundheitssystems wird die Auseinandersetzung über emanzipatorische Inhalte einzelner Therapieverfahren wie der Gestalttherapie erschwert. Zwar wird der mündige und verantwortungsbewusste Patient gefordert, doch erleben viele Patienten häufig, dass sie alles andere als ein Recht auf eigene Ansichten haben. Germis' Kommentar ist sicher ausgesprochen ironisch, hat jedoch einen gewissen Wahrheitsgehalt: »Nimmt ein Bürger im Sprechzimmer des Arztes Platz, wird er zum passiven Patienten« (Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung v. 25.11.2001). Und der Autor geht in seinen Äußerungen noch weiter, wenn er die Rolle des Patienten im deutschen Gesundheitswesen beschreibt: »Er (der Patient) wird entmündigt. Vom Patienten als Partner sprechen Gesundheitspolitiker, Ärztesfunktionäre und Krankenkassen zwar gern. Doch wirklich erwünscht als aktiver Partner wird der Patient nicht«.

Gesundheit gilt in Deutschland als höchstes Gut. Es gibt lang anhaltende Diskussionen, was hilft und was nicht. Der »mündige Patient« wird überallohrt. Selbst die AOK schreibt in ihrem Unternehmensmagazin, dass eine Zielorientierung fehlt, die sich strikt an den Bedürfnissen der Patienten ausrichtet (2001, 7).

*Herr Wiese<sup>12</sup>, einer meiner Patienten, erlitt vor einigen Jahren einen Schlaganfall. Meine ergotherapeutische Behandlung baute ich auf klientenzentrierter und gestalttherapeutischer Basis auf. Wir entwickelten im Dialog gemeinsam Herrn Wieses Rehasziel: Die Wiederaufnahme der beruflichen Betätigung. Dafür wollte Herr Wiese einige Wochen intensive Behandlung in einer Rehabilitationsklinik absolvieren. Er war bereit, übernahm Verantwortung für seinen eigenen Heilungsprozess. Die erste Hürde nahm er noch gelassen, denn es dauerte mehrere Monate, bis der Antrag auf Rehabilitationskur bei der zuständigen Kasse genehmigt war. Voller Freude fuhr Herr Wiese dann in die Klinik. Er verabschiedete sich von mir mit dem Hinweis, dass er vielleicht erst in sechs Wochen wieder da sei, da er vor Ort noch einmal eine Verlängerung beantragen wollte. Bereits nach vier Wochen rief er wieder bei mir an und wollte einen Termin. In der ersten Behandlungsstunde war Herr Wiese enttäuscht und sauer. Er erzählte mir, dass in der ersten Woche rein gar nichts passiert sei. Niemand habe ihn gefragt, was er wolle, es gab keinen Behandlungsplan. In der zweiten Woche hatte er ein fünfzehnminütiges Gespräch mit dem Arzt und einige Untersuchungen. Außerdem begannen die therapeutischen Maßnahmen. Mit der dortigen Ergotherapie war er völlig unzufrieden. Sein betroffener Arm wurde auf dem Tisch gelagert, ansonsten sollte er an einem Puzzle arbeiten. Niemand fragte ihn, was denn seine Wünsche seien. Die Physiotherapeutin sei den Flur mit ihm auf und ab gelaufen, das sei's dann schon gewesen. Von daher entschied er, nicht mehr zu verlängern und statt dessen seine ambulanten Therapien fortzusetzen, die er als deutlich effektiver ansah. Ich konnte Herrn Wieses Unzufriedenheit nachvollziehen, macht seine Schilderung der Behandlung in der Rehabilitationsklinik doch deutlich, wie weit das deutsche Gesundheitssystem von Formen einer dialogischen Betreuung ist, und wie wenig der Patient als »mündiger« Partner angesehen wird.*

Nur das, was sich medizinisch und wissenschaftlich vermeintlich bis ins letzte Detail bewährt hat, wird zur Behandlung von Krankheiten herangezogen. Am leichtesten lässt sich diese Nachweisbarkeit mit eindeutig biomedizi-

nisch messbaren Methoden erreichen. Die Wirksamkeit der Therapeut-Patient-Beziehung ist schwer nachweisbar, denn eindeutige Kriterien, nach denen dialogische Heilfaktoren bestimmt werden, sind kaum möglich. Es bleibt vorwiegend bei Medizin und Therapie, die Symptome beseitigen. Diese Medizin und Therapie hat natürlich auch unbestritten Erfolge erreicht; allerdings haben uns diese Erfolge

»die Tatsache übersehen lassen, dass viele Krankheiten nach diesem Rezept nicht geheilt werden können, und vor allem, dass Symptome und damit auch Krankheiten für den Patienten eine andere Bedeutung haben als für den Arzt« (Wirsching u.a. 2000, 301).

Und doch setzt Gesundheitspolitik in Deutschland weiterhin auf ein »technokratisch organisiertes Health care business« (Göpel 2001, 50) und schafft damit Systemzwänge, die es klientenzentrierten Ansätzen schwer machen, sich zu etablieren. Ich selbst halte es für schwierig, mich einem System unterzuordnen, das tägliche Arbeit reglementiert. Durch meine Kassenpraxis muss ich mich an Regeln halten, muss Formalien einhalten, ob sie dem Patienten dienen oder nicht.

Gesellschaftliche Veränderungen konfrontieren die Berufe im Gesundheits- und Therapiesektor. Wir spüren die Änderungen an den Patienten und Klienten.

»Wir müssen davon ausgehen, daß jede Vorstellung von gesunden und pathologischen Erscheinungsformen und Verhaltensweisen Ausdruck von gesellschaftspolitischen Entwicklungsprozessen ist« (Krisch 1992, 95).

Aus feldtheoretischer, systemtheoretischer und klientenzentrierter Perspektive ist es notwendig, sich mit den Sorgen, Nöten, Werten und Bedürfnissen der Patienten auseinander zu setzen.

»Ergotherapie, als ein Beruf, der sich mit dem Handeln des Menschen befasst, ist eng verbunden mit den Veränderungen, die sich aus sozialen und wirtschaftlichen Gegebenheiten entwickeln« (Bühler u.a. 2001, 24).

Die Auseinandersetzung damit ist nicht immer einfach. Doch

»wir müssen uns bewusst machen, dass menschliche Gesundheit ein lebenslanger, selbstregulativer Prozess ist, in dem Individuen nach einem Gleichgewicht streben, auf das viele biologische, psychologische, soziale, kulturelle und umweltbezogene Einflüsse einwirken« (Göpel 2001, 49).

Von daher ist dieses Vorgehen zwar nicht einfach, doch ungleich interessanter als der Rückzug auf technische und biomedizinische Modelle. Denn

»immer hängt alles zusammen und steht in Wechselbeziehung, das Körperliche, das Seelische, die Familie, die Gesellschaft, und immer entscheiden die Wechselwirkungen in diesem System darüber, ob ein Mensch gesund bleibt oder gesund wird oder krank wird oder krank bleibt« (Wirsching u.a. 2000, 308).

Der Gestaltansatz mit seiner klaren Ausrichtung auf ganzheitliches Denken, feldtheoretische Perspektive und dialogisches Prinzip gibt mir in diesem Geflecht von Wechselwirkungen eine Orientierung. Ergotherapeutische Modelle schaffen zusätzlich einen praktischen Bezug zur alltäglichen Umsetzung in der Arbeit. Das hilft, die Komplexität zu reduzieren und in der unmittelbaren Situation mit dem Patienten das Bestmögliche mit ihm zu erreichen. So verstandene Medizin und Therapie sieht den Patienten als Kunden und Partner, nicht als zu verwaltendes Wesen. Der Person des Helfers kommt dabei eine entscheidende Bedeutung zu<sup>13</sup>: Sie ist mitverantwortlich für die Gestaltung der Beziehung zum Patienten und bezieht die Wechselbeziehungen aller Beteiligten, Behandler und Angehörigen mit ein. Huber u.a. stellen fest, dass man an der Erkenntnis nicht mehr vorbeikommt,

»dass auch im Gesundheitswesen die Zeit der Technikfaszination zu Ende gehe und dass man sich darauf besinnen müsse, sorgsamer mit den dort beschäftigten und betreuten Menschen umzugehen« (2000, 315).

Dabei geht es um »die Entfaltung und Stabilisierung gesundheitsförderlicher, menschlicher Lebenspotenziale und -kontexte« (Göpel 2001, 49). Mittlerweile beginnen sich Verfahren zu etablieren, an die noch vor einem Jahrzehnt nicht zu denken war. So läuft seit Juli 1999 an einer Essener Klinik ein Modellversuch, der die Effektivität fernöstlicher Meditationstechniken zur Grundlage hat (Frankfurter Rundschau, 29.01.2002). Die dort angewandte Methode geht auf den amerikanischen Verhaltensmediziner Jon Kabat-Zinn zurück, der Achtsamkeit als eine der tragenden Säulen der Stressreduktion sieht. Kabat-Zinn sieht bereits ein Umdenken innerhalb der medizinischen Wissenschaft:

»Die Medizin ist also dabei, das bisherige Spektrum ihrer Ansichten über Gesundheit und Krankheit zu erweitern, das heißt, Faktoren wie Lebensweise, Denkgewohnheiten, seelische Verfassung, zwischenmenschliche Beziehungen und Umwelt in das neue Krankheitsverständnis miteinzubeziehen. Sie besteht nicht länger unnachgiebig auf einer Trennung von Geist und Körper« (2001, 139).

Dabei kann es nur um »eine Medizin für den ganzen Menschen« gehen, »die selbstverständlich somatische, psychische und kulturelle Aspekte integriert« (Wirsching u.a. 2000, 317). Das schließt »Beziehungsbereitschaft und Beziehungsfähigkeit« mit ein und »die Fähigkeit, seinen Patienten Geborgenheit, Vertrauen und Sicherheit zu geben« (ebd., 317f.). Dadurch werden helfende Person und Patient Partner und »wirken im therapeutischen Prozess zusammen« (ebd., 318). Wirsching/Uexküll/Huber beschließen ihre Gedanken mit der Aussage Martin Bubers, dass »die Beziehung heilt!« (2000, 318). In diesen Diskussionspunkten steckt eine große Chance für die Ideen des Gestaltansatzes. Denn es ist gerade eine wesentliche Säule der Gestalttherapie, dass Heilung nicht »aus einer distanziert-objektiven Expertenschaft« heraus entsteht: Heilung geschieht für den Patienten in der heilenden Begegnung.<sup>14</sup> Der Nutzen und die Qualität der medizinischen, therapeutischen und helfenden Maßnahmen kann nur im Dialog zwischen dem Helfenden und dem Patienten definiert werden. Aus Sicht kritischer Gesundheitsexperten ist dieser Weg nur zu realisieren, wenn alle Beteiligten des Gesundheitswesens »zu einem neuen Miteinander finden und das Gesundheitswesen als ein soziales System verstehen lernen« (Wirsching u.a. 2000, 319).

»Selbst in Ärztekreisen regt sich der Widerstand gegen eine ausschließlich biomedizinisch-technologisch ausgerichtete ›Apparate- und Rezepte-Medizin‹, und Forderungen nach einer ganzheitlichen interdisziplinär getragenen Gesundheitsversorgung werden laut« (Schwarz 2000, 43).

Unzufriedenheit gegenüber den engen Grenzen und Zwängen des Kassensystems, zu wenig Zeit für die Patienten, keine finanzielle Anerkennung für das Gespräch mit dem Patienten sind nur einige Kritikpunkte von Angehörigen medizinischer und helfender Berufe. Es scheint jedoch, dass der Wille zu einem grundlegendem Paradigmenwechsel (noch) nicht vorhanden ist. Der Glaube an den wissenschaftlich-technischen Fortschritt wird weiter aufrecht erhalten<sup>15</sup>, wodurch der Einzelne weniger Verantwortung übernehmen muss.

»Eine Pflichtversicherung etwa nimmt dem Individuum die Verantwortung für die Sorge um seine Absicherung im Krankheitsverfall« (Blankertz 2001, 45). Nicht nur aus gestalttherapeutischer Perspektive ist das Individuum verantwortlich für die Gestaltung seines eigenen Lebens. Neben der Verantwortung für das eigene Leben hat der Mensch auch immer Anteil an der Gesellschaft. Diese wirkt nicht nur in Form der Umwelt auf den Menschen zurück, sondern der Mensch ist fähig, diese unmittelbar (mit-) zu

gestalten. Dadurch trägt der Einzelne auch Verantwortung für die Gestaltung gesellschaftlicher Prozesse. Und doch gibt es in unserer Gesellschaft eine Grundhaltung, gerade in Bezug auf die Leistungen des Gesundheitsbereichs, die von einer Versorgung für alle ausgeht, um damit Gesundheit abzusichern. »Medizinische Versorgung gilt bei uns als eine unerschöpfliche Ressource, außerdem als Selbstverständlichkeit« (Ulrich 1997, 91). Für die Risikoabsicherung<sup>16</sup> sind die meisten Menschen nicht bereit, immer mehr zu bezahlen. »Ich habe doch mein Leben lang eingezahlt, jetzt bekomme ich nicht genug dafür«, ist eine häufig zu hörende Aussage von Patienten, wenn es Probleme mit der Kostenübernahme gibt. Betrug und Unterschlagungen von Leistungserbringern des Gesundheitswesens haben mit dazu geführt, dass ein kostenintensives Kontrollsystem etabliert wurde, auch mit dem Ziel »zum Schutz jedes einzelnen Menschen vor seinen eigenen Handlungen bzw. den Folgen der eigenen Handlungen« (Blankertz 2001, 50).

Obwohl weiterhin die Eigenverantwortung des Patienten bzw. des Individuums im Speziellen gefordert wird, gehen in unserer Gesellschaft Tendenzen »in die Richtung, dem Individuum Verantwortung abzunehmen« (ebd., 45). Gesundheitsexperten fordern in ihrem Thesenpapier für eine Reform des Gesundheitswesens:

»Eine moderne Gesundheitspolitik orientiert sich am Leitbild eines informierten und mündigen Patienten« (Glaeske u.a.. In: Frankfurter Rundschau vom 4.12.01). »Versicherer und Leistungserbringer im Gesundheitswesen müssen sich in Zukunft verstärkt an Wünschen, Bedürfnissen und Interessen ihrer »Kunden« orientieren und sie in Entscheidungen einbeziehen« (ebd.).

Doch im weiteren Verlauf des Thesenpapiers wie auch in den Publikationen der Krankenversicherer werden weiterhin noch mehr Regeln, noch mehr Kontrolle, noch mehr messbare Ergebnisse und damit noch mehr wissenschaftlich-technischer Fortschritt gefordert.

»Da sich am menschlichen Körper zwar einiges reparieren, in der Substanz aber bisher nichts verbessern lässt, bewirkt der Fortschritt im Gesundheitswesen eine enorme Leistungs- und Kostenexplosion« (Ulrich 1997, 91).

Offen bleibt, wie das Individuum bzw. der Patient zu mehr Verantwortung motiviert werden kann. Dagegen ist »nachlassende Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen, [...] eines der Kennzeichen unserer »postmodernen« Gesellschaft« (Blankertz 2001, 48). Ein wesentlicher Aspekt der Gestalttherapie ist die Übernahme von Verantwortung, während unser heutiges Gesundheitssystem einen großen Teil der Verantwortung für die Men-

schen übernommen hat (ebd., 44f.). Aus gestalttherapeutischer Perspektive erlebe ich bei meinen Patienten ein hohes Bedürfnis nach Gesundheit und Heilung und höre auch eine Bereitschaft, Verantwortung für die eigene Gesundheit und Heilung zu übernehmen. Denn »Gesundheit ist eben kein objektiv messbarer Zustand, sondern ein prinzipiell grenzenloses Bedürfnis wie andere auch« (Ulrich 1997, 91). Mit Hilfe der gestalttherapeutischen Haltung sehe ich den Patienten als mündigen Menschen und nicht »nur« als zu behandelndes Wesen. Diese Haltung verändert in der unmittelbaren Beziehung zu meinen Mitmenschen auch deren Haltung. Aus diesem Grund empfiehlt Blankertz gesellschaftspolitische Fragen als Teil jeder Therapie zu sehen (2001, 45).

Neben dieser Möglichkeit in der beruflichen Arbeit bestehen natürlich weitergehende Ansätze von gesellschaftlichem Engagement. Denn das Individuum kann »sich verantwortlich fühlen und sich über das hinaus engagieren, was der Staat zur Verfügung stellt« (ebd., 45). Im Zusammenhang mit gesellschaftlichem Engagement plädieren Wirsching u.a. für eine »neue Gesundheitspolitik« (2000, 324ff.) sowie für einen »Umbau oder Neubau« (327ff.) des Gesundheitswesens.

Mir ist es wichtig, Mut zu machen und zu zeigen, dass Veränderungen möglich sind. Die Ideen des Gestaltansatzes haben mir Anregungen gegeben, Verantwortung für meine eigenen Prozesse zu übernehmen und Dinge, die mir nicht passen, nicht einfach stillschweigend hinzunehmen. Auf dem Weg zu einer neuen Gesundheitspolitik möchte ich meine Ideen einbringen und zur Diskussion stellen.

»Es geht dabei um die Herstellung eines Gesprächsraumes, in dem nicht der Austausch von bereits bekannten Standpunkten im Mittelpunkt steht, sondern die Entwicklung neuer gemeinsamer Ideen, die sich an der Zukunft ausrichten« (Jung u.a. 2000, 9).

In diesem Sinne verstehe ich mein Buch auch als einen Beitrag zur Entwicklung von Gesundheit.

Ich frage mich oft, ob die Schnellebigkeit unserer heutigen Gesellschaft, der Informationstechnologien und die Globalisierung genug Zeit und Muße lassen für Awareness, für einen ganzheitlichen Blick, für die Wahrnehmung von Phänomenen und für einen Dialog zwischen Helfer und Patient. Der rasante wissenschaftlich-technische Fortschritt hat immense Nebenwirkungen. Die Suche nach schnellen Lösungen hat Konjunktur, was sich im Therapiesektor unter anderem durch den Erfolg der Aufstellungen von Bert Hellinger zeigt.

Dagegen setzt die Gestalttherapie auf Werte wie Kontinuität, Verbindlichkeit und persönliches Engagement, worin ich auch ihre größte Chance sehe. »Daher verspricht die Gestalttherapie auch kein schnelles Heil« (Staemmler 2001, 21).

Sicher mache ich mich als Teil des Gesundheitssystems mit der Integration der Gestalttherapie in die ergotherapeutische Arbeit angreifbar. Auf der anderen Seite kann ich Therapieerfolge nachweisen. Diese lassen sich in erster Linie an der Patientenzufriedenheit messen. In einer Patienten-Umfrage in meiner Praxis gaben 97 Prozent aller Patienten an, mit der Behandlung zufrieden zu sein.<sup>17</sup> Gerade die Transparenz und der Einbezug von Verantwortung wurden besonders hervorgehoben. Wünschenswert wäre, den Ansatz der Integration von Gestaltideen in die ergotherapeutische Arbeit wissenschaftlich zu überprüfen und zu evaluieren. Wobei es meiner Meinung nach mehr um den Glauben an den Erfolg der Therapie, an seine eigenen Fähigkeiten als Therapeut und die Fähigkeiten des Patienten geht.

Doch ist es sinnvoll, Theorie und Konzepte des Gestaltansatzes »nicht nur mit den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen« (Frech 2000, 9) zu konfrontieren. »Es ist auch zu prüfen, inwieweit das Ideengebäude von Gestalt noch der gegenwärtigen gesellschaftlichen Situation gerecht wird« (ebd., 9).

### 6.3 Resümee

»Der Mensch will immer, dass alles anders wird, und gleichzeitig will er, dass alles beim alten bleibt.«  
(Paulo Coelho 2001, 41)

Wenn ich wirklich bereit bin, etwas zu ändern, kann es sowohl im persönlichen wie im beruflichen Lebensbereich auch möglich sein. In den Therapieberufen gehört die Persönlichkeit zur beruflichen Rolle dazu. Der Mensch und der Therapeut arbeiten sozusagen Hand in Hand.

»Jeder Mensch kann selbst sein Leben steuern und bestimmen, wie er werden möchte. Er kann sich nur verändern und weiterentwickeln, wenn er es selbst will; Veränderungen werden nur eintreten in einem aktiven Prozess, der dem Individuum wichtig ist. Positive Veränderungen können während des gesamten Lebens geschehen. Der Mensch sollte Freude am Leben haben« (Hagedorn 2000, 62).

Veränderungen können nicht mit Zwang herbeigeführt werden, sie sind erst möglich, wenn ich bereit dazu bin. Veränderung geschieht, wenn ich akzeptiere was ist.

»Die grundlegende Aufgabe des Gestalttherapeuten ist es, das Geschehen zu lassen, was da ist; in diesem Sinne vertraut er darauf, dass das die grundlegende Bedingung ist, in deren Folge Veränderung eintreten kann, ohne bewusst herbeigeführt oder gelenkt zu werden. Je vollständiger und ganzheitlicher wir erleben können, wie wir in diesem Augenblick sind, desto wahrscheinlicher ist es, dass Veränderung in der Folge dessen eintritt. Mit der gegenwärtigen oder augenblicklichen Erfahrung zu bleiben, ist die Methodologie der paradoxen Theorie der Veränderung gemeint« (Hutterer-Krisch 1999, 760).

Das aus meiner täglichen Praxis zu beschreiben, war genau Auftrag meines Buches.

Blicke ich von heute auf diese letzten zehn Jahre zurück, bin ich manchmal selbst überrascht von meiner Veränderung. Ich konnte mir damals in den ersten Wochen der Gestaltausbildung nicht vorstellen, wie ich diese beiden Felder, diese beiden Berufe zusammenbringe. Gerade das Prozesshafte hat mich in der Gestalttherapie immer fasziniert, dass alles einem ständigem Wandel unterliegt, nichts beständig bleibt, nur das Hier-und-Jetzt existiert.

Nach Beendigung meiner Gestaltausbildung wollte ich als Gestalttherapeut arbeiten und begann mit ersten Selbsterfahrungsgruppen. Nach Abschluss der Heilpraktikerprüfung für Psychotherapie meldete ich eine Praxis an und hängte ein Schild mit meinen Sprechzeiten raus. Während dieser Zeit saß ich vor dem Telefon und wartete. Ab und zu rief ich selbst an, nur um mich zu vergewissern, dass die Leitung auch funktioniert. Tagsüber arbeitete ich ganz gewöhnlich in meiner ergotherapeutischen Tätigkeit an einer Schule für Körperbehinderte und als Honorarkraft in einer ergotherapeutischen Praxis.

Meine Unzufriedenheit wuchs. Außer einer Gruppe und hier und da einem Klienten, konnte ich mich gestalttherapeutisch nicht »ausprobieren«. Ich sah noch keine Möglichkeit, die Gestalttherapie in die ergotherapeutische Arbeit zu integrieren, so dachte ich zumindest. Dass ich dies längst tat, wurde mir erst später bewusst. Nachdem ich gesehen hatte, dass ich für mein Leben selbst verantwortlich bin und meine Entscheidungen treffen kann, änderte sich viel. Jetzt konnte ich mich intensiver mit der Synthese der beiden Therapieformen auseinander setzen und den zurückliegenden Prozess erkennen.

Während ich an den letzten Überarbeitungen meines Manuskriptes saß, fuhr ich zum Kongress des Weltverbandes der Ergotherapeuten (WFOT) nach Stockholm, u.a. um auch dort die Idee der Integration des Gestaltansatzes in die Ergotherapie zu präsentieren. Ich war erstaunt und erfreut, dass überall in der Welt, in Kanada, Australien, Japan Ergotherapeuten Ausbildungen in Gestalttherapie absolvierten und diesen Ansatz erfolgreich in ihre Praxis einbauen. »Gestalttherapie [...] knüpft in großer Entschiedenheit an die Visionen ihrer Gründer an« (Fuhr u.a. 1999, 1209). Die Gestalttherapie hat lange Zeit ihren Fokus auf den »Gründervater« Fritz Perls und dessen Praxis gelegt. Unleugbar ist das große Verdienst von Perls, ohne das es die Gestalttherapie sicher nicht geben würde. Trotz allem hat sich die Gestalttherapie in den letzten Jahren verändert. Wichtig ist, dass

»Gestalttherapie das Potential hat zu einem lebenslangen Prozess der Persönlichkeits- und Gemeinschaftsentwicklung, das weit über das Heilen von »Störungen« und »Pathologien« [...] hinausreicht« (ebd.).

Zu diesem Potential zählt die Ganzheitlichkeit sowie das Wechselspiel zwischen dem Individuum und seiner Umwelt. Der Mensch wird geachtet und respektiert, und nur er selbst weiß, was für ihn gut und richtig ist. Das Ziel ist die Autonomie, Selbstverantwortung und organismische Selbstregulation des Individuums. Grundhaltung ist, dass der Mensch von sich aus fähig zu einer positiven Entwicklung ist. Die dialogische Klient-Therapeut-Beziehung ist die Basis, auf der Heilung geschieht. Dadurch lässt der Therapeut sich emotional berühren und nimmt gleichzeitig die phänomenologische Realität des Patienten wahr. Dies setzt viel innere Ruhe voraus, viel Arbeit an sich selbst, Selbstreflexion und viel Supervision der eigenen beruflichen Tätigkeit.

»Und der Therapeut muss sich genauso selbst offenhalten für seine Selbstentwicklungs- und Selbstheilungsprozesse in seiner Ausübung der Therapie mit dem Patienten« (Pauls 1997, 46).

Das bedeutet auch, Vertrauen in die eigenen Stärken zu bekommen und Spaß an Aktivitäten zu haben sowie die Fähigkeit mit den eigenen Ressourcen umzugehen. In der Therapie, wie ich sie verstehe, handelt es sich um eine Kunst, die erst durch mühsames Lernen und stetiges Reflektieren zu nutzen ist. Lernen und Selbstreflexion sind schwerlich alleine möglich, und die Anregungen in einer Supervisions-Gruppe oder in einer Einzel-Supervision sind von unschätzbarem Wert. Diese Erfahrungen mache ich sowohl als Supervisor als auch in meiner Tätigkeit als Supervisor.

Die Anwendung der Gestalttherapie ist meiner Meinung nach erst durch eine mehrjährige Ausbildung möglich, also grundsätzlich anders als die Praxis, die lange Zeit vor allem das Erscheinungsbild der Gestalttherapie in den Medien und im allgemeinen Verständnis prägte:

»Viele, die lediglich an einigen Workshops teilgenommen hatten, praktizierten Gestalttherapie, ohne Supervision, ohne ausreichendes Theorieverständnis und ohne überhaupt zu ahnen, was sie alles nicht wußten« (Yontef 1999, 35).

Die Integration der Gestalttherapie in die Ergotherapie führt nicht zu psychotherapeutischer Arbeit; dies schließen die Heilmittelrichtlinien auch explizit aus. Nichtsdestotrotz dient die Synthese zur »Gestalt« der Orientierung, dient einer Art Landkarte, die es ermöglicht, sich als Therapeut besser zurechtzufinden. Analog zu anderen Verfahren wie der TZI, der Nondirektiven Therapie, der Psychoanalyse kann Gestalttherapie für die Ergotherapie eine Bezugswissenschaft sein. Dies gilt insbesondere für die therapeutische Haltung und die feldtheoretischen Aspekte. Anzustreben ist, dass

»das »Weltbild« der Gestalttherapie (bzw. ihr Menschenbild) und das Spektrum konkreter Interventions-Techniken zumindest gleichrangig mit der Theorie (im engeren akademischen Sinne) zu einem Ganzen (man könnte sagen: zu einer »Lebens-Gestalt« für den Therapeuten) miteinander verwoben sind« (Kriz 1994, 183).

Dazu gehört, die Prägnanz des Gestaltansatzes zu vergrößern und ihn in andere Berufszweige zu integrieren, Ähnlichkeiten herauszuarbeiten und als gemeinsamen Weg weiterzuentwickeln. »Das erfordert dann für viele Menschen, die mit Gestalt arbeiten, eine neue und proaktive Haltung« (Frech 2000, 18). Eine solche Haltung habe ich mit dem vorliegenden Band definiert mit dem Ziel, gestaltorientierte Theoriebildung voranzutreiben und deren praktische Anwendbarkeit für einen Beruf wie die Ergotherapie darzustellen. »Gestalttherapie in diesem Sinne ermöglicht es, die Trennung und Entfremdung von Leben und Arbeit, von Therapie und Alltag, Professionalität und persönlicher Präsenz zu überwinden« (Fuhr u.a. 1999, 1210). Darin sehe ich eine Aufgabe von Gestalttherapeuten, um dieser Methode (wieder) einen Platz zu schaffen, der ihr gebührt.

Wer in meinem Buch nach Rezepten sucht, wird diese schwerlich finden. Auch konkrete Methoden biete ich nicht an. Ich selbst habe jahrelang danach gesucht. Gerade, wenn ich einen schwierigen Patienten hatte, wälzte ich Bücher, um etwas zu finden, wie ich leichter mit diesem umgehen konnte. Heute weiß ich, dass dies selten geholfen hat. Jeder Mensch, jeder Patient,

jede Situation präsentiert sich mir anders. Die Suche nach der ›richtigen‹ Methode wie nach einem Medikament bietet die Gestalttherapie nicht.

Das vorliegende Buch zeigt einen Ausschnitt aus meiner täglichen Praxis und ist als Diskussionsgrundlage zu verstehen. Ich wünsche mir, dass es nicht nur anregend für Ergotherapeuten, sondern auch für Gestalttherapeuten und alle Tätigen in helfenden Berufen ist und dass all diejenigen, die mit Gedanken des Gestaltansatzes arbeiten, sich bestätigt und ermutigt fühlen, diesen Weg offensiv zu vertreten und weiterzuentwickeln. In der Ergotherapie gibt es nicht nur etliche Gemeinsamkeiten zum Gestaltansatz, es gibt auch einen fruchtbaren Boden, um Gestaltideen zu verankern im Sinne einer qualitativen Weiterentwicklung. Nur diese Entwicklung kann letztendlich denjenigen dienen, die als Hilfesuchende kommen, den Klienten und Patienten.

### Anmerkungen

- 1 s.a. Burow 1993, 29
- 2 ›Gestalttherapie im Umbruch‹: Staemmler 2001
- 3 s.a. Staemmler 2001
- 4 s.a. Post 2000, 18ff.; Post 2002
- 5 s.o. Kap. 5; Jerosch-Herold u.a. 1999
- 6 Habermann u.a. 2002, 20f.
- 7 Scheepers u.a. 2000; Hagedorn 2000; Sumsion u.a. 2002; Habermann u.a. 2002
- 8 Verweise in der ergotherapeutischen Literatur zur Gestalttherapie: Hagedorn 2000, 62; Atkinson u.a. 2000, 48ff.; Kümmel 2001; 2002
- 9 vgl. Wolf 1999, 36f.
- 10 vgl. Fuhr/Gremmler-Fuhr 2001, 111
- 11 Blankertz 1988; 1990; Höll 1993; 1999; Portele 1993; Sreckovic 1999; Yontef 1999, 25ff.
- 12 Falldarstellung vgl. Kümmel 2001, 18f.
- 13 Schein 2000
- 14 Pauls 1997, 46
- 15 Ulrich 1997, 91ff.
- 16 Blankertz 2001, 50f.
- 17 s.a. Katamnese-Studie: Wolf 1999, 46

---

## 7. Literatur

---

- ALMAAS, A.H. (1998): Essentielle Verwirklichung. Freiamt
- AMENDT-LYON, N. (1999): Kunst und Kreativität in der Gestalttherapie. In: Fuhr, R. u.a. (Hrsg.): Handbuch der Gestalttherapie. Göttingen, 857ff.
- AOK - Praxis Aktuell Unternehmermagazin (2001): Gesundheitswesen vor dem Umbruch?, H. 3, 6ff.
- ATKINSON, K./WELLS, C. (2000): Creative therapies. A psychodynamic approach within occupational therapy. Cheltenham, U.K.
- AYRES, J. (1984/1992): Bausteine der kindlichen Entwicklung. Heidelberg
- BARON, K./KIELHOFNER, G./GOLDHAMMER, V./WOLENSKIE, J. (o.J.): Benutzerhandbuch für das Occupational Self Assessment. Langenhagen
- BAULIG, I./BAULIG, V. (2001): Gestalttherapie mit Kindern. Das Dialogverständnis als Basis einer heilsamen Beziehung. In: Gestaltzeitung, 10-15
- BAULIG, I./BAULIG, V. (2002): Praxis der Kindergestalttherapie. Bergisch-Gladbach
- BEISSER, A. (1997): Wozu brauche ich Flügel? Ein Gestalttherapeut betrachtet sein Leben als Gelähmter. Wuppertal
- BLANKERTZ, S. (2001): Verantwortung im sozialen Prozess. Eine gestalttherapeutische Perspektive. In Staemmler; F.-M. (Hrsg.): Gestalttherapie im Umbruch. Köln, 33ff.
- BUBER, M. (1979): Das dialogische Prinzip. Heidelberg
- BUBER, M. (1954): Zwiesprache. In: Buber (1979): Das dialogische Prinzip. Heidelberg, 137-196
- BÜHLER, S./HACK, B.M./MIESEN, M./PRIEBE, C. (2001): Was bestimmt ergotherapeutisches Handeln? Berufsprofil Ergotherapie in Deutschland. In: Ergotherapie & Rehabilitation, H. 11, 19ff.
- BUROW, O.-A. (1993): Gestaltpädagogik. Trainingskonzepte und Wirkungen. Ein Handbuch. Paderborn
- COELHO, P. (2000): Veronika beschliesst zu sterben. Zürich
- COELHO, P. (2001): Der Dämon und Fräulein Prym. Zürich
- COHEN, V. (2002): An occupational focus in long-term care and SNFs. In: OTPractice, April, 39f.
- CSIKSZENTMIHALYI, M. (1999): Lebe gut! Wie Sie das Beste aus Ihrem Leben machen. Stuttgart
- DAVIES, P. (1986): Hemiplegie. Heidelberg
- DOUBRAWA, E./BLANKERTZ, S. (2000): Einladung zur Gestalttherapie. Wuppertal

DOUBRAWA, E./STAEMMLER, F.-M. (Hrsg.) (1999): Heilende Beziehung. Dialogische Gestalttherapie. Wuppertal

DTV-BROCKHAUS LEXIKON (1982). München, Bd. 6.10

ERBSCH, W./LAULE, C./WICHMANN, A. (2001): CMOP in Deutschland. Betrachtung der derzeitigen Anwendbarkeit des Canadian Model of Occupational Performance (CMOP) und seines Meßinstrumentes (COPM) innerhalb der deutschen Ergotherapie. Dipl.-Arbeit Köln

FELDENKRAIS, M. (1982): Bewusstheit durch Bewegung. Frankfurt

FENGLER, J. (1998): Helfen macht müde. München

FISHER, A.G./MURRAY, E.A./BUNDY A.C. (1991/1998): Sensory integration. Theory and practice. Philadelphia. - Dt.: Sensorische Integration. Theorie und Praxis. Berlin u.a.

FODOR, I.E. (2001) Bewusstheit und die Konstruktion von Bedeutung. In: Staemmler, F.-M. (Hrsg): Gestalttherapie im Umbruch. Köln, 55-85

FRAMBACH, L. (1999): Spirituelle Aspekte der Gestalttherapie. In: Fuhr, R. u.a. (Hrsg.): Handbuch der Gestalttherapie. Göttingen, 613-632

FRECH, H.-W. (2000): Gestalt im Feld. Theoretische und gesellschaftliche Herausforderungen. In: Gestalttherapie, H. 2, 3-19

FRENZEL, P./SCHMID, P.F./WINKLER, M. (Hrsg.) (1992): Handbuch der personenzentrierten Psychotherapie. Köln

FRIEDMAN, M. (1987): Der Heilende Dialog in der Psychotherapie. Köln

FUHR, R./GREMMLER-FUHR, M. (1988): Faszination Lernen - Transformative Lernprozesse im Grenzbereich von Pädagogik und Psychotherapie. Köln

FUHR, R./GREMMLER-FUHR, M. (1995): Gestalt-Ansatz. Grundkonzepte und -Modelle aus neuer Perspektive. Köln

FUHR, R./SRECKOVIC, M./GREMMLER-FUHR, M. (Hrsg.) (1999): Handbuch der Gestalttherapie. Göttingen

GERMIS, C. (2001): Der Patient leidet. In: Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung, 25.11.

GESTERKAMP, H. (2001): Leiden am Arzt. Wie die Sprache von Medizinerinnen Patienten verletzen und sogar in Todesangst versetzen kann. In: Frankfurter Rundschau, 17.7.

GINGER, S./GINGER, A. (1994): Gestalttherapie. Weinheim

GLAESKE, G./LAUTERBACH, K.W./RÜRUP, B./WASEM, J. (2001): Weichenstellungen für die Zukunft. Elemente einer neuen Gesundheitspolitik. In: Frankfurter Rundschau, 4.12.

GÖPEL, E. (2001): »Wir haben kein Gesundheits-, sondern ein Krankheits-Verwertungswesen!« Über das präventiv orientierte Salutiv-Modell. In: Psychologie Heute, H. 10, 49ff.

GÖRLITZ, G. (1998): Körper und Gefühl in der Psychotherapie. Basisübungen. München

GÖTSCH, K. (2000): Bedeutung der Sozialwissenschaften für die Ergotherapie. In: Scheepers, C. u.a. (Hrsg.): Ergotherapie. Vom Behandeln zum Handeln. Lehrbuch für die theoretische und praktische Ausbildung. Stuttgart, 51ff.

GREMMLER-FUHR, M. (1999): Dialogische Beziehung in der Gestalttherapie. In: Fuhr, R. u.a. (Hrsg.): Handbuch der Gestalttherapie. Göttingen, 393ff.

GREMMLER-FUHR, M. (1999): Grundkonzepte und Modelle der Gestalttherapie. In: Fuhr, R. u.a. (Hrsg.): Handbuch der Gestalttherapie. Göttingen, 345ff.

GRODDECK, H. (1996): Die Gestalt, die Vermeidung und die Spiritualität. Ein sekundärliterarischer Spaziergang. In: Gestaltzeitung, 38-47

HABERMANN, C./KOLSTER, F. (Hrsg.) (2002): Ergotherapie im Arbeitsfeld Neurologie. Stuttgart

HAGEDORN, R. (2000): Ergotherapie. Theorien und Modelle. Die Praxis begründen. Dt. Übers. von B. Dehnhardt u- J. Dehnhardt. Stuttgart

HAHN, A. (1995): Diagnostik in der Begegnung. In: Gestalttherapie, H. 1, 84-91

HARTH, A./JEHN, P. (1996): Meßverfahren in der Rehabilitation / COPM. In: Ergotherapie & Rehabilitation, H. 2, 122

HEINECKE, P. (2001): Kinder in der psychomotorisch-psychotherapeutischen Situation. Zur Veränderung von Verhaltens- und Beziehungsqualitäten als Entwicklungsschritt. In: Ergotherapie. Zeitschrift für angewandte Wissenschaft, H. 2, 88

HEINZMANN, R. (1996): Systemische Gestalttherapie. Ein Kurzlehrgang. In: Gestaltzeitung, 20-29

HILDENBRAND, B. (2001): Systemische Therapie: Grundlagen und Praxis In: Gestalttherapie, H. 2, 82ff.

HÖLL, K. (1993): Paul Goodmans Gesellschaftsanalyse oder: Was hat die Gestalttherapie mit dem Anarchismus zu tun? In: Gestalttherapie, H. 1, 30-35

HÖLL, K. (1999): Politische, sozialpsychologische und ökologische Dimensionen der Gestalttherapie. In Fuhr, R. u.a. (Hrsg.): Handbuch der Gestalttherapie. Göttingen, 513ff.

HOLUBAR, B. (1997): Ergotherapeutische Behandlung der oberen Extremität nach dem Perfetti-Konzept. Dipl.-Arbeit Ahorn

HUTTERER-KRISCH, R. (1999): Gestalttherapie bei Menschen mit psychotischen Störungen. In: Fuhr, R. u.a. (Hrsg.): Handbuch der Gestalttherapie. Göttingen, 747-765

HYCNER, R. (1989): Zwischen Menschen. Ansätze zu einer dialogischen Psychotherapie. Köln

HYCNER, R. (1999): Für eine dialogische Gestalttherapie - erste Überlegungen. In: Doubrawa, E./Staemmler, F.-M. (Hrsg.): Heilende Beziehung. Dialogische Gestalttherapie. Wuppertal, 53-75

HYCNER, R. (1999): Die Ich-Du-Beziehung. Martin Buber und die Gestalttherapie. In: Doubrawa, E./Staemmler, F.-M. (Hrsg.): Heilende Beziehung. Dialogische Gestalttherapie. Wuppertal, 76-85

JACOBS, L. (1999): Ich und Du, hier und Jetzt. Zur Theorie und Praxis des Dialogs in der Gestalttherapie. In: Doubrawa, E./Stammmler, F.-M. (Hrsg.): Heilende Beziehung. Dialogische Gestalttherapie. Wuppertal, 86-114

JEROSCH-HEROLD, C./MAROTZKI, U./HACK, B.M./WEBER, P. (Hrsg.) (1999): Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis. Heidelberg

JUNG, S./PETZENHAUSER, C./TUCKERMANN, H. (2000): Im Dialog mit Patienten. Anatomie einer Transformation im Gesundheitswesen. Heidelberg

JURKOWITSCH, A. (1999): »Model of Human Occupation«. Eine theoretische Grundlage der Ergotherapie in der Neurologie. Linz

KABAT-ZINN, J. (2001): Gesund durch Meditation. Das große Buch der Selbstheilung. Bern u.a.

KELLER, G. (2001): Körperzentriertes Gestalten und Ergotherapie. Unterricht und therapeutische Praxis. Dortmund

KIELHOFNER, G. (2002): Model of human occupation. Theory and application. 3. ed. Baltimore

KIELHOFNER, G./FISHER, A.G. (1998): Beziehungen zwischen Bewusstsein, Gehirn und Körper. In: Fisher, A.G./Murray, E.A./Bundy, A.C.: Sensorische Integration. Berlin, 43ff.

KIELHOFNER, G./MENTRUP, C./NIEHAUS, A. (1999): Das Model of Human Occupation (MOHO): Eine Übersicht zu den grundlegenden Konzepten und zur Anwendung. In: Jerosch-Herold, C. u.a. (Hrsg.) (1999): Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis. Heidelberg, 49ff.

KINGMA, R. (2001): Körperarbeit für Kopfmenschen. Von den Kassen nicht anerkannt, aber vielfach eine wertvolle Hilfe: die Gestalttherapie. In: Frankfurter Rundschau, 4.9.

KLÖCKNER, D. (1994): Einige theoretische und praktische Anmerkungen zum Figur-Grund-Konzept der Gestalttherapie. In: Gestalttherapie, H. 1, 53

KÖHLER, H.M. (2001): Ergotherapie auf einer sozial psychiatrischen Station im akuten und subakuten Bereich. Prozess-Modell zur ergotherapeutischen Betreuung. In: Ergotherapie. Zeitschrift für angewandte Wissenschaft, H. 1, 31-47

KREIS, C./KÜMMEL, W. (2001): »Ich schaffe das alleine!« - Eine gestalttherapeutisch orientierte Gesprächsgruppe für pflegende Angehörige. In: Gestaltzeitung, 56-58

KRISCH, R. (1992): Der gestalttherapeutische Krankheitsbegriff. In: Krisch, R./Ulbing, M. (Hrsg.): Zum Leben finden. Beiträge zur angewandten Gestalttherapie. Köln, 63-110

KRISCH, R./ULBING M. (Hrsg.) (1992): Zum Leben finden. Beiträge zur angewandten Gestalttherapie. Köln

KRIZ, J. (1994): Grundkonzepte der Psychotherapie. Eine Einführung. Weinheim

KRÖGER, F./HENDRISCHKE, A./MCDANIEL, S. (Hrsg.) (2000): Familie, System und Gesundheit. Systemische Konzepte für ein soziales Gesundheitswesen. Heidelberg

KÜMMEL, W. (1996): Der politische Charakter der Gestalttherapie oder: Was hat Gestalt mit Autonomie zu tun? Unveröff. Manuskript

KÜMMEL, W. (2001): »Ich würde gerne wieder an irgend etwas Spaß haben!« Ergotherapie unter Einbezug gestalttherapeutischer Elemente. In: Praxis Ergotherapie, H. 1, 13-20

KÜMMEL, W. (2002): Gestalttherapie als klientenzentrierter Ansatz im Vergleich mit dem CMOP. In: WFOT-Bulletin, vol. 45, 20-24

KUSZNIR, A./SCOTT, E. (2002): Klientenzentrierter Ansatz in psychiatrischen Einrichtungen. In: Sumsion, T. (Hrsg.): Klientenzentrierte Ergotherapie. Umsetzung in die Praxis. Stuttgart, 87-97

LATNER, J. (1992): The theory of Gestalt Therapy. In: Nevis, E.C. (Hrsg.): Gestalt Therapy. Perspectives and applications. Cleveland

LAW, M./BAPTISTE, S./CARSWELL, A./MCCOLL, M.A./POLATAJKO, H./POLLOCK, N. (1998): Canadian Occupational Performance Measure. Ontario. - Dt. Ausg. 1999

LAW, M./PLATAJKO, H./CARSWELL, A./MCCOLL, M.A./POLLOCK, N./BAPTISTE, S. (1999): Das Kanadische Modell der Occupational Performance und das Canadian Occupational Performance Measure. In: Jerosch-Herold, C. u.a. (Hrsg.): Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis. Heidelberg, 156ff.

LEE, M. (2001): Psychosocial work stress: Stock-taking and reflection. In: WFOT-Bulletin, vol. 44, 18ff.

LEHMANN, R./HUNZIKER, E./HEMELRIJK, B. V./CONTI, F.M. (2002): Die kognitiv-therapeutische Übung nach Perfetti. In: Habermann, C./Kolster, F. (Hrsg.): Ergotherapie im Arbeitsfeld Neurologie. Stuttgart

MENTRUP, C. (2000): Model of Human Occupation (MOHO). In: Scheepers, C. u.a. (Hrsg.): Ergotherapie - Vom Behandeln zum Handeln. Lehrbuch für die theoretische und praktische Ausbildung. Stuttgart, 74ff.

MINKWITZ, K. u.a. (2000): Ergotherapeutische Dokumentation in der Neurologie. Schriftensammlung. Idstein

MÜLLER-HOHAGEN, J. (1987): Psychotherapie mit behinderten Kindern. München

NAUSNER, L. (1999): Phänomenologische und hermeneutische Grundlagen der Gestalttherapie. In: Fuhr, R. u.a. (Hrsg.): Handbuch der Gestalttherapie. Göttingen, 463-512

NEVIS, E.C. (Hrsg.) (1992): Gestalt Therapy. Perspectives and applications. Cleveland

NITSCH-BERG, H./KÜHN, H. (2000): Kreative Medien und die Suche nach Identität. Methoden integrativer Therapie und Gestaltpädagogik für psychosoziale Praxisfelder. Bd. 1.2. Köln

OAKLANDER, V. (1981): Gestalttherapie mit Kindern und Jugendlichen. Stuttgart

PARLETT, M. (1992): Feldtheorie. Vortrag auf dem Europäischen Gestalt-Kongress Mai 1992 in Paris. In: Gestalttherapie, H. 2, 15ff.

PARLETT, M. (1999): Feldtheoretische Grundlagen gestalttherapeutischer Praxis. In: Fuhr, R. u.a. (Hrsg.): Handbuch der Gestalttherapie. Göttingen, 279ff.

PASSOLT, M. (Hrsg.) (2001): Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie. München

PAULS, H. (1997): Das therapeutische Band. In: Gestalttherapie, H. 1, 43ff.

PEINERT, D./ESAN, S. (1998): Aus dem Gleichgewicht. Die Geschichte eines Schlaganfalls. Frankfurt

PERLS, F. (1976): Grundlagen der Gestalttherapie. Einführung und Sitzungsprotokolle. München

PERLS, F. (1979): Gestalttherapie in Aktion. Stuttgart

PERLS, F. (1981): Gestalt - Wahrnehmung. Verworfenes und Wiedergefundenes aus meiner Mülltonne. Frankfurt

PERLS, F./HEFFERLINE, R./GOODMAN, P. (1979): Gestalttherapie, Grundlagen. Stuttgart

PERLS, F./HEFFERLINE, R./GOODMAN, P. (1979): Gestalttherapie, Praxis. Stuttgart

PERLS, L. (1989): Leben an der Grenze. Essays und Anmerkungen zur Gestalttherapie. 2. Aufl. Köln 1999

PERLS, L./ROSENBLATT, D. (1997): Der Weg zur Gestalttherapie. Lore Perls im Gespräch mit Daniel Rosenblatt. Wuppertal

POLSTER, E./POLSTER, M. (1983): Gestalttherapie. Frankfurt

PORTELE, H. (1993): Anarchistische Grundlagen der Gestalttherapie. In: Gestalttherapie, H. 2

PORTELE, H. (1994): Martin Buber für Gestalttherapeuten. In: Gestalttherapie, H. 1, 5-15

POST, E. (2000): Ergotherapie und NLP. Das Neurolinguistische Programmieren in der Anwendung mit neurologischen Patienten. In: Praxis Ergotherapie, H. 1, 18ff.

POST, E. (2002): Das neurolinguistische Programmieren. In Habermann, C./Kolster, F. (Hrsg.): Ergotherapie im Arbeitsfeld Neurologie. Stuttgart, 223ff.

RAHM, D. (1997): Integrative Gruppentherapie mit Kindern. Göttingen

REINARTZ, B. (2002): Heilung durch Stille. Warum Meditation auf stressgeplagte Menschen wie Medizin wirkt. Der erste Modellversuch in Deutschland zeigt bereits Erfolge. In: Frankfurter Rundschau, 29.1.

REUSTER, T./BACH, O. (2002): Ergotherapie und Psychiatrie. Perspektiven aktueller Forschung. Stuttgart

ROSENBLATT, D. (1986): Türen öffnen. Was geschieht in der Gestalttherapie. Köln. - 2. erw. Aufl.: 50 Jahre Gestalttherapie - 25 Jahre »Türen Öffnen«: Gestalttherapie für das 21. Jahrhundert. 1999

SCHEEPERS, C./STEDING-ALBRECHT, U./JEHN, P. (Hrsg.) (2000): Ergotherapie - Vom Behandeln zum Handeln. Lehrbuch für die theoretische und praktische Ausbildung. Stuttgart

SCHLIPPE, A. VON/SCHWEITZER, J. (1998): Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen

SCHMID, P. F. (1992): Herr Doktor, bin ich verrückt? Eine Theorie der leidenden Person statt einer »Krankheitslehre«. In: Frenzel, P. u.a. (Hrsg.): Handbuch der personenzentrierten Psychotherapie. Köln, 83ff.

SCHMIDT-LELLEK, C.J. (2001): Ich und Du - dialogische Beziehung und sokratisches Gespräch. In: Staemmler, F.-M. (Hrsg.): Gestalttherapie im Umbruch. Köln, 143-175

SCHWARZ, M. (2000): Die Bedeutung des medizinischen Grundwissens für die Ergotherapie. In: Scheepers, C. u.a. (Hrsg.): Ergotherapie - Vom Behandeln zum Handeln. Lehrbuch für die theoretische und praktische Ausbildung. Stuttgart, 40ff.

SELIG, D./SCHELL, B./SCHOLZ., M./ASEN, E. (2002): Systemische Ressourcenarbeit mit Familien im ergotherapeutischen Kontext der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Ergotherapie & Rehabilitation, H. 5, 7-13

STAEMMLER, F.-M. (1993): Therapeutische Beziehung und Diagnose, gestalttherapeutische Antworten. München

STAEMMLER, F.-M. (1994): Kultivierte Unsicherheit, Gedanken zu einer gestalttherapeutischen Haltung. Würzburg (Zentrum für Gestalttherapie: Gestalt-Publikationen, 17)

STAEMMLER, F.-M. (1995): Der »leere Stuhl«. Ein Beitrag zur Technik der Gestalttherapie. München

STAEMMLER, F.-M. (1999): Gestalttherapeutische Methoden und Techniken. In: Fuhr, R. u.a. (Hrsg.): Handbuch der Gestalttherapie. Göttingen, 439ff.

STAEMMLER, F.-M. (Hrsg.) (2001) Gestalttherapie im Umbruch. Von alten Begriffen zu neuen Ideen. Köln

STAEMMLER, F.-M./BOCK, W. (1991): Ganzheitliche Veränderung in der Gestalttherapie. München

STAEMMLER, F.-M./BOCK, W. (1999): Verstehen und Verändern - Dialogisch-prozessuale Diagnostik. In: Fuhr, R. u.a. (Hrsg.): Handbuch der Gestalttherapie. Göttingen, 673ff.

STEPSKI-DOLIWA, S. v. (2000): Sai Baba spricht über Psychotherapie. Grafrath

STEVENS, JOHN O. (1975): Die Kunst der Wahrnehmung. Übungen der Gestalttherapie. München

SUMSION, T. (Hrsg.) (2002): Klientenzentrierte Ergotherapie. Umsetzung in die Praxis. Stuttgart

THICH NHAT HANH (1988): Das Wunder der Achtsamkeit. Zürich u.a.

ULRICH, B. (1997): Deutsch, aber glücklich. Eine neue Politik in Zeiten der Knappheit. Berlin

WEBER, B./HEIL, G. (2000): Ein neuer Weg der Zielfindung. Dipl.-Arbeit der Fachrichtung Ergotherapie, Hogeschool Limburg. Hamburg

WIRSCHING, M./HUBER, E./UEXKÜLL, T. v. (2000): Die Zukunft gestalten. Strukturen eines sozialen Gesundheitssystems. In: Kröger, F. u.a., (Hrsg.): Familie, System und Gesundheit. Systemische Konzepte für ein soziales Gesundheitswesen. Heidelberg, 297ff.

- WITTORF, S. (1992): Psychotherapeutische Begleitung und Begegnung mit Krebsbetroffenen. In: Gestalttherapie, H. 2, 58-66
- WOLF, U. (1999): Gestalt in der Klinik - Tiefenpsychologisch fundierte Gestaltpsychotherapie im Setting einer psychosomatischen Klinik. In: Gestalttherapie, H. 2, 34
- WOLF, U. (2000): Der therapeutische Ansatz im Gestalt-Klinikum Bad Zwosten. In: Gestaltzeitung, 9-17
- YALOM, IRVIN D. (1998): Die rote Couch. München
- YONTEF, G.M. (1983): Gestalttherapie als dialogische Methode. In: Integrative Therapie, H. 2/3 98-130
- YONTEF, G.M. (1993): Awareness, Dialog, Process. Highland, N.Y.
- YONTEF, G.M. (1999): Awareness, Dialog, Prozess: Wege zu einer relationalen Gestalttherapie. Köln
- ZIMBARDO, P. G. (1992): Psychologie. Heidelberg
- ZINKER, J. (1982): Gestalttherapie als kreativer Prozess. Paderborn