

GESTALT

T H E M A

Bernhard Broekman

REPARENTING VERSUS EIGENVERANTWORTUNG ⁽¹⁾

- das Beziehungsangebot des Therapeuten aus entwicklungspsychologischer Sicht ⁽²⁾

Einleitung

Den maßgeblichen Anstoß zu diesem Artikel erhielt ich beim Anhören des Einführungsvortrages von Reinhard Fuhr, der die Frankfurter Gestalt-Tage '97 eröffnete. (Fuhr, 1998) In diesem Vortrag stellt Fuhr als Kern einer denkbaren gestalttherapeutischen Entwicklungstheorie ein Modell der allgemeinen menschlichen Entwicklung vor, das er in leicht abgewandelter Form von Ken Wilber (Wilber, 1996), einem der führenden westlichen Evolutions- und Bewußtseinsforscher, übernommen hat. Wilber hat sein Entwicklungsschema nach Sichtung der wichtigsten menschlichen Entwicklungsmodelle, auf die ich später noch zu sprechen komme, entwickelt. Er entwirft, quasi als umfassender gemeinsamer Nenner, ein Schema, daß die anderen Modelle als Submodelle enthält. Allen Modellen gemeinsam ist eine Stufenlogik, die das Individuum diskontinuierlich durchläuft, das qualitative Unterschiede charakterisiert. Innerhalb der einzelnen Stufen verläuft Entwicklung auch kontinuierlich. Für alle Leser, die Fuhrs Eröffnungsrede mit dem Wilberschen Entwicklungsschema (in: Gestaltzeitung 11; 1998) nicht gelesen oder nicht mehr vor Augen haben, stelle ich es gleich vorab nochmal als Abbildung vor und skizziere es kurz an, da ich mich in meinen weiteren Ausführungen darauf beziehen werde:

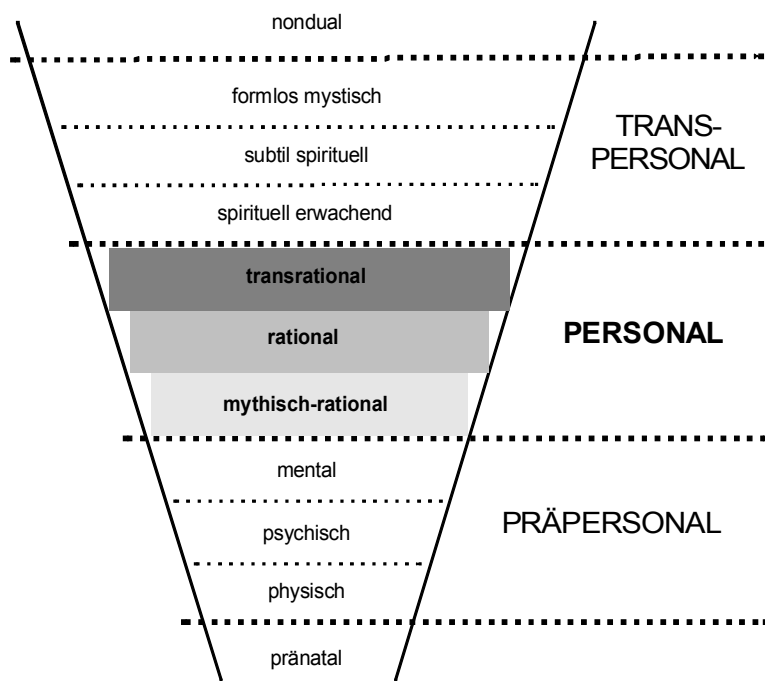


Abb.1: Wilbers Spektrum der Persönlichkeitsentwicklung nach R. Fuhr (1998)

Ausgehend von unserer pränatalen Daseinsform, entwickeln wir uns über drei grobe Stufen, so diese Entwicklung uns vergönnt ist, wobei die Stufen einen ansteigenden Grad an Entwicklungskomplexität darstellen:

Die **präpersonale Stufe** umfaßt die drei Stufen der Entwicklung des Menschen von einer undifferenzierten Einheit bis zur Entstehung des mentalen oder geistigen Selbst. Die **personale Stufe** beinhaltet die Differenzierung unseres rationalen Selbst bis zur transrationalen Stufe, in der das geistige Selbst teilweise transzendiert werden soll. Die **transpersonale Stufe** beinhaltet verschiedene Formen der spirituellen Entwicklung. Darüberhinaus soll die Entwicklung wieder im Nondualen einmünden, wozu

andere vielleicht mehr sagen könnten als ich. Daß überhaupt menschliche Entwicklung in hierarchisch organisierten, nicht überspringbaren, Stufen progressiv verläuft, scheint, unabhängig von der jeweiligen Nomenklatur, ein theoretischer Konsens zu sein. In der Psychotherapie regredieren Menschen jedoch auch häufig auf frühere Lebens- bzw. Entwicklungsabschnitte, und es kann dann zu einem Wechselspiel kommen, in dem Klienten sich fallen lassen und anvertrauen und die Therapeuten die Führung (Verantwortung) übernehmen. Ich setze mich im folgenden damit auseinander, was das in Bezug auf das Wilber'sche Entwicklungsspektrum bedeuten könnte, und mude dem Leser zu, zunächst meinen weiteren Gedanken zu folgen, bis ich am Ende des Artikels auf das Schema zurückkomme und es im Detail vorstelle.

Theoretischer Hintergrund und persönliche Erfahrung

Zunächst zur Begrifflichkeit. Als ich den Titel wählte, hatte ich den Begriff **Reparenting** (zu deutsch: Wieder-be-Eltern) im Kopf, ohne genau sagen zu können, weshalb. Ich kannte ihn aus dem familientherapeutischen Kontext. Im englischen Lexikon von 1995 wird unter „Parenting“ angegeben, daß es sich dabei um das Handwerkszeug bzw. die Aktivität handelt, mit der Eltern sich um ihre Kinder kümmern. Reparenting selbst ist noch nicht aufgeführt. Dann fand ich den Begriff angewendet auf den therapeutischen Kontext in einem der Bücher von Hilarion Petzold wieder, der ihn bereits Ende der 60er Jahre von einem seiner Lehrer, Vladimir Iljine, einem Psychoanalytiker der Budapester Schule, übernommen hat, der ihn wiederum seit den 40er Jahren verwendete. Es handelt sich also um einen Begriff mit einer bereits relativ langen Geschichte.

Petzold (Petzold, 1993) unterscheidet dabei zwei Konzepte: das **Parenting** und **Reparenting**. **Parenting** meint das Bereitstellen elterlicher Qualitäten im Rahmen der therapeutischen Beziehung, um den Klienten zu ermöglichen, vorhandene Defizite - gemeint als Unterstimulierungen und Überstimulierungen (Traumata), uneindeutigen Stimulierungen (Störungen) sowie widerstreitenden Stimulierungen (Konflikten) - auffüllen zu können als eine Form positiver Nachsozialisation. **Reparenting** meint das bewußte Neusozialisieren anhand alternativer Verkörperungen neben alten, bestehenden Traumata. Etwa, indem neben das Elternimago eines gewalttätigen Vaters die wertschätzende und unterstützende Rolle des männlichen Therapeuten

tritt. Drittens gibt es noch eine Verwendung des Begriffs Reparenting, den Steven Johnson (Johnson, 1988) in seinem Buch „Die narzißtische Persönlichkeitsstruktur“ beschrieb als das Entwickeln des inneren Elternteils im Klienten. In meinem Artikel meine ich die beiden von Petzold unterschiedenen Formen, wenn ich von Reparenting spreche, ohne sie im Einzelnen zu unterscheiden.

(1) Dieser Artikel ist die überarbeitete Version eines Vortrags, den der Autor bei den Münchener Gestalt-Tagen 1998 gehalten hat, die unter dem Tagungsmotto „Technik und Beziehung“ standen.

(2) Ich verwende der Einfachheit halber und meinem Geschlecht entsprechend nur die männliche Form.

GESTALT

T H E M A

Bernhard Broekman

Als ich vor einigen Jahren als Gestalttherapeut zu arbeiten begann, war die **Eigenverantwortung** des Klienten für mich ein Schlüsselwort. Auch in dem Sinne zu verstehen, daß ein Klient nach traditioneller ganzheitlicher Vorstellung bereits alle Kompetenz im Kern in sich trägt. Folglich müßte ich nur lange genug warten, bis er selbst spürt, was er benötigt. Auf dem Hintergrund meiner Ausbildung am GIF habe ich mir diese Haltung in gewisser Weise zu eigen gemacht, denn meine Ausbilder verstanden es gut, lange „abzuwarten“, bis ich oder jemand anders einen ersten Schritt tat, an den sie ankoppeln konnten. In diesem Zusammenhang möchte ich nun zwei persönliche Erlebnisse schildern, die die im Titel meines Vortrags erwähnte Polarität verdeutlichen. Das erste stammt aus der eben erwähnten Zeit meiner Ausbildung, das zweite aus meiner Praxisarbeit.

Zum ersten Erlebnis: Gisela Steinecke, eine Trainerin des GIF, bin ich während meiner Ausbildung mit Respekt, aber auch gebührendem Abstand begegnet. Sie strahlte in meinen Augen eine abwartende Ruhe aus, der ich mich in meinen neurotischen Strukturen nicht gewachsen sah. Gleichzeitig entwickelte ich den Wunsch, in ihr so etwas wie eine versorgende Mutter vorzufinden, die mich auch mal in den Arm nehmen könnte. In einer Supervisionssitzung anläßlich meines Therapiepraktikums im dritten Ausbildungsjahr geschah dann folgendes: Wir saßen uns mit ziemlichem Abstand gegenüber, während wir meine Arbeit besprachen. Ab einem bestimmten Punkt passierte es, daß ich dem Gespräch nicht mehr folgte. Ich tauchte wie in einen Nebel ein und teilte Gisela dieses Gefühl und das dabei langsam entstehende Bild mit. Sie rührte sich nicht von ihrem Platz, blieb schweigend, schaute mich an und ließ mir durch ihre stille Anwesenheit Raum für mein Erleben. In mir entstand ein lebensbedrohliches Bild. Ich sah mich in einer schönen, aber eiskalten Schneelandschaft sitzen, vor mir eine tiefe Gletscherspalte. Dahinter auf der gegenüberliegenden Seite Gisela, die mich betrachtete. Es gab nur einen dünnen Eissteg über der Spalte, der keinen sicheren Eindruck machte. Ich wußte, ich habe nur zwei Möglichkeiten: entweder zu verharren und den sicheren Erfrierungstod zu erleiden, oder den Gang über den Steg zu wagen und damit eine kleine Chance zu haben, in ihren Armen Halt zu finden. Eine typische Engpaßsituation, könnte man sachlich sagen. Damals hat es sich lebensbedrohlich angefühlt. Soweit es mir möglich war, teilte ich Gisela mit, was ich erlebte. Sie hörte weiterhin zu und blieb beim äußerlichen Nichtstun. Mein innerer Druck wurde größer und nach einer Weile machte ich mich auf den gefährlichen Weg zur warmen Seite. In Giselas Armen brach ich weinend zusammen. Sie schien im Vertrauen auf meinen eigenen Prozeß abgewartet zu haben und überließ mir selbst die Verantwortung für das weitere.

Das zweite Erlebnis fand ca. 5 Jahre später in meiner Praxis in Wiesbaden mit einer Einzelklientin statt. Ich nenne sie „Petra“. Wichtige Ziele, die Petra sich in der Arbeit mit mir gesetzt hatte, waren das Abstellen überzogener Ansprüche (Introjekte). Stattdessen wollte sie lernen, „besser“ mit sich umzugehen. Sie wollte Schuld- und Inkompetenzgefühle loswerden, die sie von ihren Eltern eingepleut bekommen hatte. Dazu wollte sie Selbstsicherheit und Vertrauen gewinnen und „aufrechter“ in der Welt stehen. Petra litt unter Bulimie. Auf einem Körperbild malte sie sich wie ein am Nacken gepacktes Kanninchen, die Arme und Beine hingen funktionslos in der Luft. Sie litt unter starken Verspannungen in Schultern und Nacken. In einer frühen Stunde ließ ich sie diese Verspannungen bewußter erleben, in dem ich

direktive Vorschläge machte, und sie erlebte alte Gefühle gegen eine übergriffige Mutter: Wut, Ekel und Traurigkeit. In einer späteren Stunde arbeitete sie an diesen Verspannungen. Ich ließ Petra ihre Haltung im Stehen spüren und berührte sie dabei mit meinen Händen seitlich an ihren Schultern. Während ich hinter Petra stand und ihre Anstrengung und Verspanntheit spüren konnte, entstand in mir der Impuls, sie an mich anlehnen zu lassen. Ich fragte mich allerdings, ob es nicht mein eigenes Bedürfnis nach Nähe war, und teilte Petra nach einer Weile meinen Impuls mit. Sie sagte sofort: „au ja!“ und nahm mein Angebot an. Dann begann sie zu weinen und entkrampfte und erleichterte sich langsam über das Zulassen alter Schmerzen und Ängste, während sie meinen Halt genoß.

Dies stellt für mich eine Arbeitssituation dar, in der ich mich für Petra väterlich verantwortlich gefühlt habe und ihr meiner Intuition (Gegenübertragung) folgend etwas anbot. Beide Erlebnisse zusammen verdeutlichen für mich die Spanne zwischen der Eigenverantwortung des Klienten und einer eher direktiven Übernahme quasi-elterlicher Verantwortung. Hinzu kommt natürlich die schon vorher entstandene Beziehungsqualität, die im Falle einer bereits dreijährigen Ausbildung sicherlich eine andere Beziehungsbasis aufweist als nach 10 Stunden Einzeltherapie. Je länger ich psychotherapeutisch arbeite, um so mehr erlebe ich, daß viele Klienten nicht die benötigte Eigenverantwortung für etwas übernehmen können, um selbst angehen zu können, was sie brauchen. Ganz im Sinne eines Defizites Petzoldscher Definition ist ihr Verhalten nicht als manipulatives Spielchen zu entpuppen. Dies gibt es natürlich auch, die neurotischen Spielchen, die wir alle mehr oder weniger gut 'draufhaben', um uns selbst nicht anzustrengen oder zu ängstigen, wenn wir etwas erreichen wollen. Ganz im Sinne der Neurosedefinition von Fritz Perls (Perls, 1981). Davon rede ich hier aber nicht, sondern ich habe eher diejenigen Menschen vor Augen, die aus einer frühen Entsagung heraus bestimmte Verhaltensweisen einfach nicht gelernt haben. Defizite erfordern bestimmte therapeutische Umgehensweisen und Kontaktangebote.

Fritz und Laura Perls haben die Beachtung einer therapeutisch geeigneten, lebensnahen Beziehungsebene als revolutionäre Veränderung im Kontakt mit ihren Klienten eingeführt, als sie Ende der dreißiger Jahre in der Abgeschiedenheit ihres damals noch psychoanalytischen Instituts in Südafrika die Veränderung wagten, sich frontal vor den Klienten zu setzen, aus der abstinenten Haltung hinter einem liegenden Klienten heraus zu treten und einen vollständigeren Kontakt im Gegenübersitzen anzubieten (Fuhr et al., 1999). Martin Buber prägte hierfür das Wortpaar „Ich - Du“, das das Denken der Gestalttherapie stark beeinflusst hat. In seinem Buch „Das dialogische Prinzip“ (Buber, 1997) schreibt er hierzu: *„Es ist dies, daß der Mensch aus dem Moment der höchsten Begegnung nicht als der gleiche hervorgeht, als der er in ihn eingetreten ist. Der Moment der Begegnung ist nicht ein Erlebnis“, das sich in der empfänglichen Seele erregt und seelig rundet: es geschieht da etwas am Menschen. Das ist zuweilen wie ein Anhauch, zuweilen wie ein Ringkampf, gleichviel: es geschieht. Der Mensch, der aus dem Wesensakt der reinen Beziehung tritt, hat in seinem Wesen ein Mehr; ein Hinzugewachsenes, von dem er zuvor nicht wußte und dessen Ursprung er nicht rechtmäßig zu bezeichnen vermag. Der Mensch empfängt, und er empfängt nicht einen „Inhalt“, sondern eine Gegenwart, eine Gegenwart als Kraft, diedie ganze Fülle der wirklichen Gegenseitigkeit... mit dem Aufgenommensein und dem Verbundenseins umfaßt.“*

GESTALT T H E M A

Bernhard Broekman

Frühkindliche Entwicklungen

Der Mensch wird am 'Du' zum 'Ich' heißt es bei Buber in vielen Variationen. Damit möchte ich mich einem Gebiet zuwenden, das in der Gestalttherapie ausgespart erscheint, da es keine originäre gestalttherapeutische Entwicklungstheorie gab. Reinhard Fuhrs Vortrag hat mich angeregt, mich mit dem Thema (Eigen-)verantwortung innerhalb der menschlichen Entwicklung zu beschäftigen. Entwicklungstheorien gibt es viele, etwa die von Freud, Piaget oder von Erikson, um einige bekannte zu nennen. Die meisten, ausgenommen die Eriksonsche, decken nur die kindliche und jugendliche Entwicklung bis ins junge Erwachsenenalter ab, als würde der Mensch sich über die weitere Lebenszeit nicht weiter entwickeln. Die Verfolgung der gesamten Entwicklung über die Lebensspanne ist erst in jüngster Zeit innerhalb der Psychologie unter dem Stichwort „Life-Span-Development“ populär geworden. Ich habe hier nicht den Anspruch, weitere Teilelemente einer gestalttherapeutischen Entwicklungstheorie zu liefern. Ich möchte aber ein bißchen mit Ideen und Fragmenten spielen, die mir aus der Literatur, aber auch aus meiner Arbeit und nicht zuletzt als Mensch unserer Gesellschaft in den Sinn kommen.

Der Mensch wird am „Du“ zum „Ich“. Wo könnten wir dies besser nachvollziehen als in der frühen Menschwerdung? Der Säugling, der in seiner Ich-Bildung innerhalb des ersten Lebensjahres völlig abhängig ist von diesem „Du“, einem Gegenüber, ist gleichzeitig besonders empfindlich für Störungen in dieser Relation. Aus dem diffusen Mutter-Kind-Kontinuum (Liedloff, 1991) des vorgeburtlichen Lebens herausgerissen, erfährt es in den ersten Lebenswochen absolute Abhängigkeit von äußerlicher Versorgung. Es braucht den mütterlichen Pulsschlag, ihren Geruch, ihre Stimme, ihre Wärme, ihre Haut. Es braucht Nahrung, sprachliche Zuwendung und den Wechsel von Anregung und Ruhe.

Welche Folgen die Abwesenheit der o.g. Faktoren haben kann, ist bekannt. Bereits Friedrich II. von Hohenstaufen (1194-1250) hat Experimente mit Kindern durchführen lassen, weil er wissen wollte, ob Sprache angeboren oder erlernt sei. Genauer, welche Sprache und welche Art des Sprechens Kinder lernen würden, wenn sie heranwachsen würden, ohne daß jemand mit ihnen reden würde. Er hoffte zu entdecken, daß sie dann von sich aus die älteste Sprache, das Hebräische, oder aber Griechisch, Lateinisch oder gar die Sprache ihrer Eltern sprechen würden. Er gebot also den Ammen, den Kindern die Brust zu geben, sie zu baden und zu waschen, aber nicht zu ihnen zu sprechen. Diese Kinder starben, sie konnten ohne das Streicheln, die liebevollen Gesichter und die zärtlichen Worte ihrer Pflegemutter nicht leben (v. Stepski-Doliwa, 1989). Jüngere Erkenntnisse von Renè Spitz zu hospitalisierten Kindern aus Waisenhäusern Anfang dieses Jahrhunderts bestätigten dies. Die in ihren physiologischen Bedürfnissen durchaus versorgten Kinder entwickelten schwere Störungen, autistische und depressive Züge, viele starben aufgrund eines schwachen Immunsystems (Oerter & Montada, 1995).

Wir stehen also Säuglingen in einer großen Verantwortung gegenüber. Zum Glück gibt so etwas wie einen angeborenen Instinkt, den man als „intuitive elterliche Erziehungskompetenz“ (Papoucek) bezeichnen kann und der es Eltern im Normalfalle

ermöglicht, auch ohne Teilnahme an einem VHS-Kurs kindgerecht mit dem Kind umzugehen. Aber es gibt nicht nur die Verantwortung des Erwachsenen für das Kind, sondern das Kind gestaltet die Beziehung mit. Es gibt von Anfang an Antworten. Besonders eindrucksvoll habe ich dies auf Videoaufnahmen beobachten können, die ich auf einer Fortbildung zum Thema sogenannter „Schreikinder“ zu sehen bekam. Diese Kinder haben die typischen „Drei-Monats-Koliken“. Sie schreien in der Regel, weil sie organische Probleme haben, der empfindliche Magen-Darm-Trakt noch nicht ausgereift ist. Bei den meisten dieser Kinder klingen diese Probleme mit dem Ende des dritten Monats ab, bei einigen entwickeln sich daraus jedoch Störungen der Eltern - Kind - Interaktion, bzw. die Säuglinge werden gleichsam mit ihren Koliken verwechselt. Man konnte Mütter beobachten, die unentwegt auf ihre Kinder einredeten, sich und ihnen keine Pause gönnten, die sehr getroffen waren, daß sich das Kind von ihnen abwandte und nicht reagieren wollte. Diese Kinder waren insgesamt überfordert. Sie mußten sich abwenden, zum Schutz vor Reizüberflutung. Auf die Bitte, vor dem Kind sitzen zu bleiben und das Kind einfach mal für 2 Minuten nicht anzusprechen, war es beeindruckend, zu sehen, wie das Kind bereits nach wenigen Sekunden anfang, wieder nach der Mutter zu schauen, ihren Blick einzufangen, Töne von sich zu geben und sich auch sonst körperlich bemühte, die Aufmerksamkeit der Mutter einzufangen. Hier war also schön zu sehen, wie bereits drei Monate alte Säuglinge aktiv die Beziehung mitgestalten und versuchen, den für sie passenden Kontakt herzustellen, der für beide Seiten ein zufriedenstellendes Gefühl hinterlassen kann. Ich habe andere Kinder gesehen, die vor lauter Schreien nicht zur Ruhe kamen und von den Eltern dauernd auf dem Arm getragen wurden, weil sie bei dem Versuch, sie ins Bettchen zu legen, nur um so heftiger schrien. Die Eltern vermieden in diesem Fall, den Kindern das Schreien und das Getrenntsein auch mal länger als 10 Minuten zuzumuten. Einige dieser Kinder schliefen nach einer halben bis einer Stunde ein und dann für 18 Stunden durch. Sie waren einfach vollkommen erschöpft und konnten vorher nicht zur Ruhe kommen. Ihr Schreien war, fast paradox, ein Schrei nach Ruhe. Hier findet sich ein Beispiel für die gestalttherapeutische Kernthese, wonach **Kontakt an der Grenze** stattfindet und Grenzverletzungen Störungen auf der Beziehungsebene nach sich ziehen können.

Ein eindrucksvolles Gegenbeispiel zu den eben angesprochenen Interaktionen findet sich in dem Buch „Auf der Suche nach dem verlorenen Glück“ von Jean Liedloff (Liedloff, 1991), die zweieinhalb Jahre bei den Yequana-Indianern im Urwald Venezuelas lebte. Liedloff ging der Frage nach, welche Vorstellungen von Gesundheit und Glücksfähigkeit dort existieren und was zur feststellbaren Abwesenheit von Kriminalität und psychischen Erkrankungen beiträgt. Sie fand, daß diese Menschen das durch die Geburt unterbrochene Mutter-Kind-Kontinuum so lange wie möglich aufrecht zu erhalten versuchen, indem sie den Kindern auffallend viel Körperkontakt anbieten, bis das Kind von selbst einen nächsten Entwicklungsschritt tut. Und zwar dann aus einer Sättigung des primären Bedürfnisses nach körperlicher Nähe heraus. Die Eltern stellen sich lange zur Verfügung. Selbst drei- bis vierjährige Kinder werden noch gestillt und bestimmen selbst, wann es ihnen genug ist. Das deutet auf eine große Verantwortung der Eltern für ihre Kinder einhergehend mit einer ziemlichen körperlichen Belastung, die aber offensichtlich durch das harmonische Zusammenleben belohnt wird.

Ich möchte hier nicht in falscher Romantik die Lebensverhältnisse der Yequana-Indianer auf unseren Kulturraum übertragen. Das geht nicht. Man kann sich aber fragen, was wir stattdessen unseren Kindern in einer modifizierten Form anbieten könnten? Da wäre zunächst einmal die Botschaft, daß sie willkommen sind in dieser Welt. Das Gefühl des Willkommenseins vermittelt sich anfänglich durch Körperkontakt, entsprechend der Notwendigkeit, daß wir zuerst unser Körperselbst entwickeln müssen; lernen, unseren Körper wahrzunehmen, ihn motorisch zu beherrschen und auch, ihn von der Umwelt als getrennt zu erleben. Denn wir leben von Beginn an in einer abnehmenden Linie körperlicher Abhängigkeit: Zuerst befinden wir uns in der Mutter, verbunden durch die Nabelschnur, dann fließt, nach der erkennbaren körperlichen Trennung zu zwei eigenständigen Lebewesen, die Milch der Mutter in uns hinein bzw. wir müssen sie uns erarbeiten, und erst dann erfolgt eine erste externe Nahrungsaufnahme, die aus der Hand der Mutter bzw. des Vaters erfolgt.

Das Bindungssystem

Auf diesem und ähnlichen Wegen kommt zustande, was ForscherInnen wie Bowlby und Ainsworth (Bowlby/Ainsworth, 1984) als das **Bindungssystem** beschrieben haben. Es handelt sich dabei um ein sozialpsychologisches Phänomen, das sich im Rahmen der menschlichen Evolution zur Stabilisierung unserer Spezies entwickelt hat. Es sind zwei komplementäre Anteile zu unterscheiden:

- 1) **Bindungsverhalten** (attachment) beim Kind,
- 2) **Fürsorgeverhalten** (bonding) beim Erwachsenen (vgl. mit Papouceks „intuitiver elterlicher Erziehungscompetenz“)

Das Bindungssystem dient der Absicherung des nach zunehmender Autonomie strebenden Kindes, und benötigt die Rückversicherung, daß es selbst den Zugriff auf die elterliche Nähe besitzt. Konkretes Bindungsverhalten wird nur in Alarmsituationen aktiviert. Z.B. wenn Mama oder Papa weggehen, bzw. wenn Bittsignale des Kindes nach Schutz und Geborgenheit nicht ernst genommen werden. Es endet, wenn räumliche Nähe oder direkter körperlicher Kontakt wieder hergestellt ist. Dem Bindungsverhalten komplementär gegenüber steht Erkundungsverhalten, das mit zunehmender Entwicklung immer mehr in den Vordergrund gerät, was wir am Forschungsbestreben der Menschheit gebührend bestaunen können. Bowlby und Ainsworth unterscheiden drei Bindungstypen: (1.) Kinder mit sicherer Bindung und (2.) Kinder mit unsicherer Bindung; dabei (2a) vermeidende Kinder, (2b) ambivalente Kinder und (2c) desorientierte Kinder.

zu 1)

Kinder mit sicherer Bindung suchen oder wahren bei oder nach Belastung Nähe und Kontakt zur Mutter. Wenn sie alleingelassen sind, zeigen sie zunächst kaum Kummer, sie scheinen darauf zu vertrauen, daß die Mutter wiederkommt. Wenn sie aber Kummer ausdrücken, dann ist deutlich erkennbar, daß sie die Mutter vermissen. Fremde mögen sie in dieser Situation nicht zu trösten. Bei Wiederkehr der Mutter begrüßen sie diese mehr als nur beiläufig und haben ein größeres Interesse an der Mutter als an Interaktionen mit Fremden oder Spielsachen. Nimmt die Mutter sie auf, zeigen sie keinen Widerstand gegen diesen engen Kontakt, sondern entspannen sich in ihren Armen.

zu 2a)

Kinder mit vermeidend-unsicherer Bindung zeigen alleingelassen kaum Kummer über das Weggehen der Mutter, bestenfalls nur Unmut über ihr Alleinsein. Mutter und Fremde behandeln sie fast gleich. Sie ignorieren die Mutter bei ihrer Rückkehr, manche wenden sich sogar ab, meiden in auffälliger Weise Nähe, oder bewegen sich an der Mutter vorbei. Wenn die Mutter sie aufnimmt, widersetzen sie sich zwar nicht, schmiegen sich jedoch auch nicht an sie.

zu 2b)

Kinder mit ambivalent-unsicherer Bindung zeigen ihren Kummer deutlich und lautstark, wenn sie alleingelassen werden. Wenn die Mutter zurückkehrt, verhalten sie sich ambivalent. Einerseits suchen sie den Kontakt der Mutter, andererseits widerstreben sie auch auffällig ihren Kontakt- und Interaktionsversuchen.

(2c ist nicht belegt.)

Mittlerweile gibt es Hinweise, daß diese Bindungstypen ausgesprochen stabil sind und die Kontaktmuster des späteren Lebens grundieren (Oerter & Montada, 1995). Was auf Seiten der Mütter zu den Bindungstypen 2a-c beiträgt, ist nicht exakt belegbar, aber dürfte dahingehend zu denken sein, daß Mütter dem vom Kind angetragenen Sicherheitsbedürfnis nicht in ausreichendem Maße nachkommen. Wahrscheinlich, weil sie vergleichbare Erfahrungen selbst gemacht haben und sie wie einen 'blinden Fleck' an das Kind weitergeben. Mit vielen dieser Menschen, die einen vermeidenden bzw. ambivalenten Bindungsstil entwickelt haben, haben wir als Therapeuten in unserer täglichen Praxis zu tun. Vereinfachend zusammengefaßt kann an dieser Stelle gesagt werden, daß wir als Erwachsene von der Geburt unserer Kinder an abnehmend Verantwortung (i. S. von Versorgung und Förderung) übernehmen. Dies ist normalerweise ein langer und mühevoller Weg, der sich kaum angemessen in einer linearen Funktion beschreiben läßt, - etwa nach der trivialen Korrelation: Je älter das Kind, desto weniger Verantwortung übernehmen Eltern - sondern es wird zeitlebens Phasen geben, in denen es Eltern nötig scheint, auch bei fortgeschrittener Entwicklung, Verantwortung zu empfinden und mehr oder weniger auch zu übernehmen (z.B., wenn existenzielle Krisen oder Entscheidungen anstehen). Oder es kommt vor, daß das Kind in einer regressiven Phase (z.B. in Phasen der Überforderung und des Krankseins) weniger Verantwortung übernehmen kann, Halt benötigt oder gepflegt werden muß.

Konsequenzen für die Psychotherapie

Wenn Klienten zu uns in die Praxis/Klinik kommen, kommen sie vordergründig als erwachsene, eigenverantwortliche Menschen, die in mehr oder weniger großem Umfang mit unserer kulturellen, ihrer mitmenschlichen Realität und in erster Linie mit sich selbst Probleme haben. Sie kommen, weil sie sich Hilfe für Bereiche erhoffen, in denen ihre bisherige Selbstkompetenz nicht ausreicht. Bis hierher scheint es deshalb ein einfacher „deal“, so als würde ich mein Auto in die Werkstatt bringen, weil eine notwendige Reparatur fällig ist. Der Mechaniker sagt in solchen Fällen: „kein Problem! Um 11.00 Uhr ist es fertig.“ Falls dann was schief läuft, trägt er ab sofort die Verantwortung. In der Therapie können wir schlecht behaupten: Kommen sie rein, in drei Monaten sind sie fertig und wenn es dennoch weiterhin kriselt, ist der Therapeut haftbar zu machen. Therapeutische Interaktionen laufen nach

GESTALT THEMA

Bernhard Broekman

einem anderen Muster. Meiner Meinung nach kommt es meist zu einer subtilen Suchbewegung, bei der der Klient einerseits neue Schritte probiert, andererseits aber auch ein Teil Verantwortung ablehnt, wenn er regressiv in Phasen der eigenen Lebensgeschichte eintaucht und dabei die erwachsene Rolle verläßt und mehr oder weniger in frühere (traumatische) Erfahrungen eintaucht. Nach meiner im Titel angesprochenen entweder-oder-Position komme ich über diesen Gedanken langsam in Richtung einer sowohl-als-auch-Perspektive. Ein therapeutisches Beziehungsangebot besteht meiner Ansicht nach sowohl darin, daß wir Klienten „einladen“, Verantwortung abzugeben, als auch, sie aufzufordern, Verantwortung in einem höheren Maße zu übernehmen, wie es vielleicht bisher nicht vorkam. Pragmatisch betrachtet möchte ich hinzufügen, je weiter zurück die Regression auf der Entwicklungslinie reicht, bei der wir u.U. Klienten begleiten, desto mehr sollten wir bereit sein, Stützungsfunktionen zu übernehmen. D.h., uns einer quasi-elterlichen Rolle bewußt sein. Auch regressive Prozesse, das wissen wir, entfalten heilendes Potential. In unserer Gestalt-Terminologie gesprochen: Schließen wir möglichst viele offene Gestalten, um unsere psychische Homöostase vollständiger herstellen zu können (Perls, 1987).

Exkurs zu anderen Modellen psychischer Entwicklung

Ich habe bis hierher relativ oft das Wort **Regression** benutzt. Es ist ein zwar häufig benutzter, aber dennoch unklar definierter Begriff. Ich finde bspw. in der Gestalttheorie keine konkreten Hinweise, wohin Regression Menschen führt, auf welchen Ebenen ihrer persönlichen Geschichte sie da anlanden, bzw. was dann meine Aufgabe im Speziellen wäre. Ich bleibe im Moment aktuellen Erlebens also auf meine Wahrnehmung und dem Gewahrsein meiner Gegenübertragung angewiesen. Schauen wir uns deshalb der Übersicht halber ein paar der bekannteren Modelle psychischer Entwicklung an, wie sie im Laufe unseres Jahrhunderts entwickelt wurden. Da die meisten Modelle den LeserInnen halbwegs bekannt sein dürften, zeige ich jeweils eine schematische Abbildung und versehe sie nur mit einigen knappen Hinweisen, um die Erinnerung aufzufrischen.

12.-18. Lbsj.	Genitale Phase
7.-11. Lbsj.	Latenzphase
4.-6. Lbsj.	Phallische Phase
2.-3. Lbsj.	Anale Phase
0.-1.Lbsj.	Orale Phase

Abb. 2: Entwicklungsphasen der psychischen Entwicklung nach S. Freud (Davison & Neale, 1996)

Freuds für die damalige Zeit revolutionäre Entwicklungspsychologie (Abb. 2) ist ein triebdynamisches, aber noch deutlich mechanistisches Modell, nach der das Agens der psychosexuellen Entwicklung Triebspannungen sind, die auf Abfuhr drängen und damit die Entwicklung vorantreiben. Werden die je nach Entwicklungsstufe vorherrschenden Triebenergien anhaltend blockiert, kann eine psychische Fixierung auf eben diesem Entwicklungsgrad stattfinden. Triebenergien manifestieren sich in unterschiedlichen Körperregionen und geben den Stufen ihren Namen. Ganz anders bei Piaget, dem berühmten Kinderpsychologen, der in seiner Entwicklungstheorie (Abb. 3) menschliche Entwicklung hauptsächlich auf körperlich-motorische und später auf intellektuelle Entwicklung zurückführt.

ab 12. Lbsj.	Formal-Operationales Denken
7.-11. Lbsj.	Konkret-Operationales Denken
2.- 6. Lbsj.	Präoperationales Denken
0 - 2. Lbsj.	Sensomotorische Entwicklung f) Übergang zur Vorstellung e) Tertiäre Kreisreaktionen d) Koordinierung und Anwendung der erworbenen Handlungsschemata c) Sekundäre Kreisreaktionen b) Primäre Kreisreaktionen a) Übung angeborener Reflexmechanismen

Abb. 3: Stufen der körperlichen und geistigen Entwicklung nach Piaget (Oerter & Montada, 1995)

In der Entwicklungstheorie nach Erikson (Abb. 4) kommt zum ersten Mal die menschliche Entwicklung nicht in der Adoleszenz zum Stehen. Er postuliert nachvollziehbare Phasen, die bis ins hohe Alter und zum Tod reichen. Als letztes Modell stelle ich noch die Maslowsche Bedürfnispyramide (Abb. 5) vor, die sich in ihren Entwicklungsstufen nicht auf Zeitspannen bezieht, sie aber immanent einschließt. So wird je nach situativen Bedingungen, unabhängig vom generellen Grad der erreichten strukturellen Entwicklung, die jeweils zur aktuellen Situation passende Stufe Priorität haben.

An dieser Stelle möchte ich auf das eingangs abgebildete Entwicklungsschema von Wilber zurückkommen (Abb. 1) und gebe der Übersichtlichkeit halber hier eine ausführlichere Beschreibung der einzelnen Stufen (vgl. auch Fuhr, GESTALTZEITUNG, 11, 1998)¹

Der präpersonale Bereich:

physisch: (bei Piaget: Sensu-Motorische Phase) Entwicklung des physischen Selbst oder Körperselbst aus einem undifferenzierten Bewußtseinszustand, das „Denken“ besteht aus Empfindungen und Wahrnehmungen, = die Geburt des physischen Selbst (Störungen: autistische, psychotische und narzißtische Störungen)

¹ Die Beschreibung der Stufen wurde vom Autor nach Fuhr (Fuhr, 1998) zusammengefaßt und durch eigene Anmerkungen ergänzt.

GESTALT T H E M A

Bernhard Broekman

Stadium und Altersspanne	Psychosoziale Krise	Entwicklungsaspekte
Säugling bis 1. Jahr	Vertrauen vs. Mißtrauen	Mutter-Kind-Interaktion läßt Vertrauen in dem Maß wachsen, wie Grundbedürfnisse wie Nahrung, Wärme, Sauberkeit u. Hautkontakt befriedigt sind.
Frühe Kindheit (1.- 3. J.)	Autonomie vs. Scham u. Zweifel	Erlernen der Selbstkontrolle als ein Mittel der Selbstständigkeit (Sauberkeit, eigenes Essen, Laufen, Sprechen)
Kindergartenalter (3.- 6. J.)	Initiative vs. Schuldgefühl	Initiative zur Erkundung der Handlung Erwachsener, daraus entsteht Schuldgefühl, weil es mutig und unabhängig sein will
Schulalter (7.- 11. J.)	Wertsinn vs. Minderwert	Beginnende Vorstellungskraft und Neugierde, aus geprägte Lernfähigkeit, Minderwert bei Versagen
Adoleszenz (12.- 20. J.)	Identität vs. Rollendiffusion	Identitätssuche innerhalb der Gesellschaft mit sexuellen, ethischen und beruflichen Aspekten
Frühes Erwachsenenalter (20.- 30. J.)	Intimität vs. Isolation	Bildung sozialer Beziehungen, Partnerschaften, Familiengründung
Mittleres Erwachsenenalter (30.- 65. J.)	Generativität vs. Stagnation	Schaffung bleibender Werte, Ideen, Kinder
Hohes Erwachsenenalter u. Greisentum (> 65 J.)	Reduktion vs. Depression	Auseinandersetzung mit Altern, Einschränkung, existentiellern Sinn, Tod

Abb. 4: Modell der psychosozialen Entwicklung nach E. Erikson (Davison & Neale, 1996)

psychisch: Geburt des psychischen oder emotionalen Selbst, Ende der emotionalen Konfluenz mit der Umwelt (Störungen haben labile emotionale Grenzen im Kontaktprozeß mit dem Umweltfeld zur Folge, evtl. Ausgangspunkt von Borderline-Störungen)

mental: (Piaget: Präoperationales Denken) Entfaltung des geistigen oder mentalen Selbst, parallel die Entwicklung der Sprache und der Objektpermanenz, die Fähigkeit zur Begriffsbildung und der Kontrollfähigkeit der körperlichen und emotionalen Prozesse. Starker Egozentrismus (Störungen hier münden in neurotische Störungen). Bis hier magisches Denken (Siehe Piaget):

Belebte Gegenstände, Animismus, wir beeinflussen die Welt durch unsere Gedanken.

Der personale Bereich:

mythisch-rational: Entstehung des zwischenmenschlichen Selbst durch Bewußtwerdung anderer denkender Wesen neben uns. Entstehung von Identifikation, Sorge oder Mitverantwortung für andere. Von egozentrisch zu soziozentrisch, das magische Denken wird abgelöst durch das mythische Denken, d.h. mythischer Glaube an übermächtige Kräfte ausserhalb von uns. Störungen können zu Rollen- und Skriptpathologien (Introjekte) führen:

Wachstumsmotive

„Ich bin nur etwas, wenn ich was leiste“.

rational: (Piaget: formal-operationales Denken) Entstehung des reifen Ich, Denken nach dem Ursache-Wirkungsprinzip, abstraktes u. schlußfolgerndes Denken, oberstes Ziel in unserer Gesellschaft, Grundlage der Wissenschaft, aber nicht bei allen Erwachsenen entwickelt. Von Sozio- (bzw. ethno-)zentrisch zu weltzentrisch-global, Grundlage unserer Demokratie. Störungen: Identitätsneurosen und existentielle Ängste

Defizitmotive

transrational: Entstehung des autonomen Selbst, Zugang zum inneren, nicht bewertenden und wohlwollenden Zeugen, dialektisches und meta-gegenständliches, vernetztes Denken. Beginn des Egosterben, Konfrontation mit den letzten Fragen

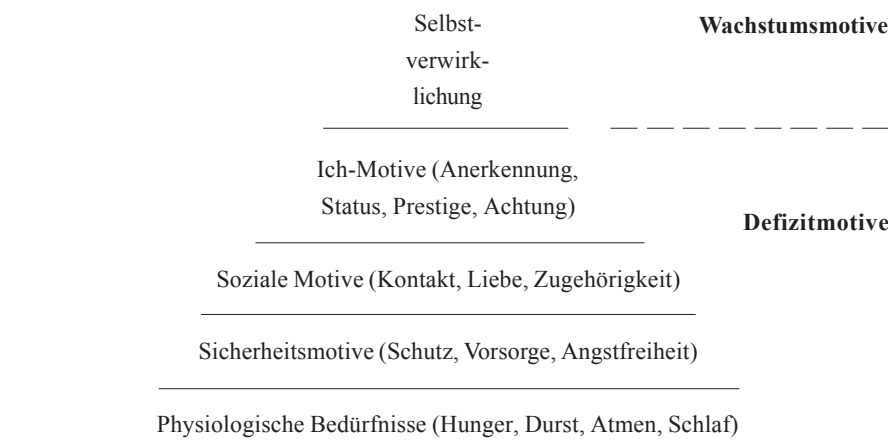


Abb. 5: Maslow'sche Bedürfnispyramide (Gebert & von Rosenstiel, 1993):

GESTALT T H E M A

Bernhard Broekman

des Lebens, sog. existentielle Ebene. Störungen: existentielle Pathologien und tiefe Sinnkrisen.

Der transpersonale Bereich:

Aufgabe der Ego-Bezogenheit (Gegen Ende der Präpersonalen Ebene am größten, mit Entwicklung der personalen Ebene abnehmend und hier schrittweise Überwindung = heißt nicht Aufgabe des Rationalen, sondern dessen Transzendierung und Integration) Entstehung von „kosmischer Liebe und allumfassendem Mitgefühl“. Nur wenige haben dauerhafte Zustände, einige wenige von uns einzelne „Gipfelzustände“ (Maslow), erfordert viel spirituelle Übung und meisterliche Anleitung.

Bedeutung für die Gestalttherapie

Wilbers Modell ist eine Holarchie, - aus Holon (griechisch: Ganzes) und Hierarchie - keine der Stufen läßt sich daher überspringen. Der Gebrauch spiritueller Methoden z.B. hilft nicht über die Notwendigkeit hinweg, Störungen auf der präpersonalen und personalen Ebene durchzuarbeiten, will ich in den transpersonalen Bereich übergehen. Weiterhin wichtig an diesem Modell ist, daß darin die menschliche Entwicklung nicht mit dem Erreichen des formal-operationalen oder rationalen Denken im Alter von 16 - 20 Jahren (so nach Piaget) beendet scheint, sondern daß es nach Wilber darüber hinaus geht, nämlich alle Aspekte der Menschwerdung vom grob- zum feinstofflichen abdeckend. Ob man allerdings alle Entwicklungsstufen durchschreiten kann, ist, je höher die Hierarchie, nicht eindeutig festlegbar. Manche Menschen erreichen nur die unteren Stufen, manche im höheren Alter die oberen und wenige vielleicht bereits mit jungen Jahren höhere Dimensionen, je nach Betonung der spirituellen Wertigkeit in der jeweiligen Kultur.

Für uns Gestalttherapeuten ist, so denke ich, der mittlere Bereich von besonderem Interesse, da wir von dort aus den Einstieg nehmen in die Wachstumsprozesse, die wir bei unseren Klienten begleiten. Zumindest wenn wir es mit erwachsenen Klienten zu tun haben. Auch wenn Fritz Perls den plakativen Satz: „Loose your mind and come to your senses!“ prägte, so ist doch die rationale Ebene zur Verständigung unentbehrlich, Wir versuchen, den Klienten Wege in die transrationale Ebene zu öffnen, auf der, wie wir bei Wilber gesehen haben, die Entwicklung des inneren Zeugen und damit die Grundlage für den zentralen Ansatzpunkt der therapeutischen Veränderung, nämlich der Bewußtheit bzw. der Awareness, beginnt. Wir begleiten unsere Klienten je nach Notwendigkeit, je nach eigenem Vermögen und eigener Entwicklung in Richtung der oberen Dimensionen und das schließt ein, je nach der Tiefe notwendiger Regressionsprozesse, die Begleitung auf unteren Stufen: auf die **mythisch-rationale** und **mentale** Ebene, wenn es darum geht, alte Introjekte oder Skriptpathologien aufzulösen; wenn wir also an neurotischen Störungen arbeiten. Auf die **psychische** Ebene, um emotionale Stabilität zu entwickeln, oder auf die **physische** Ebene, wenn wir am fundamentalen Körperselbst ansetzen, um weit zurückliegende Traumata oder Defizite mit körperlicher Qualität aufzulösen bzw. aufzufüllen.

Während wir also je nach Ausmaß der therapeutischen Regression bereit sein müssen, eine quasi-elterliche Verantwortung zu übernehmen, benötigen wir für uns selbst sowohl in unserer professionellen Rolle als auch in unserem sonstigen menschlichen

Dasein gleichzeitig eine Sensibilität für die höheren Ebenen, auf denen wir aufgefordert sind, die Verantwortung in höherem Maß bei unserem Klienten zu belassen und in einer demütigen Haltung anzuerkennen, daß es menschliche Aspekte gibt, die sich unserem direkten Einsatz entziehen und es darüberhinaus Kräfte gibt, denen wir individuell nicht gewachsen sind oder von denen wir noch nicht einmal etwas wissen. D.h., weder als Therapeuten noch als Menschen an sich brauchen wir uns als „Krone der Schöpfung“ zu verstehen.

Der gestalttheoretische Ansatz postuliert, daß Menschen ganzheitliche Organismen mit einer von „innen“ her bestimmten Selbstregulation sind. Aufgabe der Selbstregulation ist das fortwährende Herstellen eines biologischen, emotionalen, seelischen und sozialen Gleichgewichts, der sog. Homöostase, wie Perls (Perls, 1987) in seinem Frühwerk „Das Ich, der Hunger und die Aggression“ formuliert hat. Unabhängig davon, wohin der Wachstumsprozeß unserer Klienten geht, ist es unsere Verantwortung, dafür zu sorgen, daß sie möglichst günstige Bedingungen erhalten, um die für jede Stufe der Entwicklung notwendige Homöostase herstellen zu können. Mal mehr mit unserer Hilfe von außen, mal sozial autonomer.

Ich habe häufig das Wort Verantwortung benutzt, ohne genau zu klären, was es eigentlich bedeutet. Perls hat Verantwortung mit der Fähigkeit übersetzt, Antworten geben zu können, wie es sich besonders gut nach dem englischen „Responsability“ (responsability) anbietet. Auf unsere Arbeit übertragen heißt das für mich, daß unsere therapeutische „Verantwortung“ darin liegt, dem Klienten die zur Erreichung seines Wachstumsprozesses notwendigen Antworten zu ermöglichen. Schauen wir uns zur Orientierung an, was das, auf die einzelnen Wilberschen Stufen bezogen, bedeutet:

Auf der **physischen** Ebene ist für die Homöostase eine unmittelbare körperliche Intervention nötig: etwa in Form von Rhythmus-therapie zum besseren ‘Grounding’ oder in Form direkten Körperkontakts, wenn wir Klienten in den Arm nehmen, oder ihnen die Erfahrung vermitteln, wie es sich anfühlt, wenn sie die Hände von anderen Gruppenteilnehmern auf sich spüren. Hier könnten wir dann auch noch weiter differenzieren, welche Form von Körperkontakt welche Form von Regression fördert. Auf der **psychischen/emotionalen** Ebene ist für die Entwicklung eines stabilen emotionalen Wesens die Gegenwart eines warmen, verlässlichen, unterstützenden und wertschätzenden Gegenübers erforderlich. Auf der **mental** Ebene benötigt man ein „geistiges Gegenüber“, welches hilft, die egozentrische Weltsicht zu überwinden, und neurotische Entwicklungen zu korrigieren. Auf der **mythisch-rationale** Ebene brauchen wir einen einfühlsamen und zur Empathie fähigen Therapeuten, der uns hilft, Mitverantwortung für andere zu lernen, ohne uns selbst aufzugeben und der uns hilft, kindlich mythischen Glauben zu überwinden. Auf der **rationale** Ebene einen zum klaren Denken fähigen und auch einen weltzentrisch denkenden Begleiter. Auf der **transrationale** Stufe einen Begleiter, der den inneren Zeugen in sich entwickelt hat, und der den oder die Klienten zur nötigen Innenschau anleiten kann.

Die Begründer der Gestalttherapie (Fuhr et al., 1999) waren der Ansicht, daß es schade sei, die Gestalttherapie nur den sogenannten „Kranken“ zukommen zu lassen, sondern haben sie als

GESTALT T H E M A

Bernhard Broekman

wertvollen Ansatz für die gesamte gesellschaftliche Entwicklung erachtet. Mit Freude stelle ich fest, daß die Grundideen der Gestalttherapie mittlerweile in verschiedene gesellschaftliche Gebiete vorgedrungen sind: sei es in die Personalentwicklung und den Managementbereich oder in die Pädagogik. Menschliche Entwicklung bzw. Veränderung finden ja nicht hauptsächlich in einer psychologischen Praxis oder vergleichbaren Einrichtung statt, sondern allgegenwärtig.

Ich möchte am Ende noch mit einer Bemerkung auf den Bereich der Gestaltpädagogik eingehen, da mir immer deutlicher wird, welch wichtigen Beitrag das Gestaltkonzept für die kindliche Entwicklung in Kindergarten/Schule und sonstigen Bildungseinrichtungen beizusteuern hat. In der herkömmlichen Pädagogik wird Unterricht technisch praktiziert. Es geht meist um relativ unpersönliche Wissensvermittlung, die Beziehungsebene zwischen Lehrern und Schülern findet weniger Beachtung. Wenn man Schlagzeilen glauben schenkt, scheint sich vor allem an Schulen ein deutlicher Trend abzuzeichnen, der in Richtung zunehmender Gewaltanwendung, abnehmender Beziehungsfähigkeit und egozentrischem Leistungsstreben einzelner zeigt. So las ich z.B. in einem Artikel der *Frankfurter Rundschau*, daß 'konfliktfreie Erziehung' kindliche Entwicklungsmöglichkeiten deutlich bescheidet, weil sie durch nicht gesetzte Grenzen narzißtischer Bedürftigkeit und damit mangelnder Kontaktfähigkeit den Weg ebnet. Entsprechungen finden wir im alltäglichen Bombardement der Werbung. Da trifft man auf Slogans wie: „Das Beste ist mir gerade gut genug“ oder „Ich will alles, und zwar sofort“. Ich meine, darin spiegelt sich auch ein Teil nicht gelebter Verantwortung der erziehenden Generationen. Wir sind heute mehr denn je gefordert, uns einzumischen, als Eltern, als Lehrer oder schlicht als Bürger dieser Gesellschaft, und einen sinnvollen, der Zeit entsprechenden, Erziehungsbeitrag zu leisten. Vielleicht besonders wir Gestaltleute, denn wir hätten etwas anzubieten.

Literatur:

- Buber, M. (1997). *Das dialogische Prinzip*, (8. Aufl.). Verlag Lambert Schneider, Heidelberg.
- Davison, G. & Neale, J. (1996) *Klinische Psychologie*. Beltz-PVU. Weinheim.
- Fuhr, R. (1998). *Persönlichkeitsentwicklung und Gestalttherapie*. In Gestalt-Zeitung, 11. Ausgabe, Gestalt-Institut-Frankfurt.
- Fuhr, R., Sreckovic, M. & Gremmler-Fuhr, M. (Hrsg) (1999) *Handbuch der Gestalttherapie*. Hogrefe, Göttingen.
- Gebert, D. & von Rosenstiel, L. (1992). *Organisationspsychologie (3. Aufl.)*. Kohlhammer, Stuttgart.
- Johnson, S. (1988). *Der narzißtische Persönlichkeitsstil*. Edition Humanistische Psychologie, Köln.
- Liedloff, J. (1991). *Auf der Suche nach dem verlorenen Glück*. Verlag C.H. Beck, München
- Oerter, R. & Montada, L. (1995). *Entwicklungspsychologie (3. Aufl.)*. Beltz-PVU, Weinheim.
- Perls, S.F. (1981). *Gestalt-Wahrnehmung: Verworfenes und Wiedergefundenes aus meiner Mülltonne*. Verlag für Humanistische Psychologie, Werner Flach, Frankfurt.
- Perls, S. F. (1987). *Das Ich, der Hunger und die Aggression (4. Aufl.)*. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Petzold, H. (1993). *Integrative Therapie, Bd II- Klinische Praxeologie*. Junfermann Verlag, Paderborn.
- Stepski-Doliwa, von, S. (1989). *Theorie und Technik der analytischen Körpertherapie*. Peter Lang Verlag, Frankfurt.
- Wilber, K. (1996). *Eros, Kosmos, Logos*. Wolfgang Krüger Verlag, Frankfurt.
- Bernhard Broekman** (Dipl. - Psychologe), geb. 1960, Ausbildung in Atemtherapie (Rebirthing), Gestalttherapie, integrativer Gestaltkörpertherapie sowie systemischer Therapie (GIF), manchmal rechtshemisphärisch-rational denkend, manchmal linksthorakal-sensitiv fühlend, arbeitet im Sozial-Pädiatrischen Zentrum in der Kinderklinik Wiesbaden, in eigener psychotherapeutischer Praxis in Wiesbaden und als Trainer in der gestaltpädagogischen Weiterbildung.

Kristina Schennen

Heilpraktikerin
(Psychotherapie)



- * Gestalttherapie
- * Systemische Einzel-, Paar- und Familientherapie
- * Lehrtherapeutin (G.I.F.)

Praxis für
Psychotherapie

Berger Straße 202
60385 Frankfurt

Tel.: 069/4692851
und: 06172/83974

Praxis für Gestalttherapie



Bernhard Broekman
Dipl.-Psych. (Hp.)
Gestalt- und Atemtherapeut
Rheinstr. 80, 65185 Wiesbaden
Tel.: 0611/302074

Einzel-, Paar- und Gruppenarbeit
Beratung, Psychotherapie und Supervision
Einzellehrtherapeut des GIF