

Weitere Interventionen, die den Klienten anregen, seine Aufmerksamkeit selbst unmittelbar auf sein subjektives Erleben zu lenken, sind: „In welcher Stimmung sind Sie im Moment?“, „Ist Ihnen bewusst, wie Ihre Stimme klingt?“, „Was bedeutet das für Sie, was löst das in Ihnen an Gedanken und Gefühlen aus?“ (Staemmler 1999, 453).

Die Beobachtung des Erlebens des Klienten bezieht sich auch auf Aspekte, die möglicherweise zurückgehalten oder vernachlässigt werden (Yontef 1999, 95). Durch Interventionen wie zum Beispiel „Was bedeutet das für Sie?“, „Welchen Sinn geben Sie der Angelegenheit?“ erschließt der Therapeut den Sinn, die Bedeutung und die affektive Bewertung einer bestimmten Situation. Der Therapeut versucht, die vom Klienten dargestellte Erzählung in ihren Zusammenhängen und in ihrer Kohärenz zu verstehen.

Yontef (1999) beschreibt am Beispiel eines Klienten, der glaubt, nicht liebenswert zu sein, solange er nicht perfekt ist, welche Vorgehensweisen, über das bisher Dargestellte hinaus, noch Teil einer phänomenologischen Exploration sein können:

„Dialog mit einer Person, die ihn ablehnt oder abgelehnt hat, weil er nicht perfekt ist; Details aufdecken, die das Gegenteil ausdrücken (der Therapeut teilt die Beobachtung einer Unvollkommenheit beim Patienten mit und signalisiert zugleich, dass er darauf nicht ablehnend reagiert); Erforschen der Gefühle des Patienten zu einem Menschen, den er gern hat, obgleich dieser nicht perfekt ist; Beschreibung seines ‚perfekten Selbst‘; Imagination einer liebenden Mutter, eines liebenden Vaters, die ihn bedingungslos annehmen; eine Aussage machen, die das ‚irrationale‘ Denken bestätigt oder widerlegt und die körperlichen wie emotionalen Reaktionen des Patienten darauf beobachten“ (S. 97).

#### 4.3.2 Experimentelle Aufgaben

┃ Gestalttherapie ist „existential, experiential, experimental.“

Diese „drei E“-Definition von Laura Perls bedeutet, dass Gestalttherapie ein existentiell-phänomenologischer Ansatz ist und als solcher erfahrungsbezogen und experimentell (L. Perls 1989, 177). Der therapeutische Einsatz von *Experimenten* dient, wie das phänomenologische Explorieren, dem Erforschen des gegenwärtigen Feldes des Klienten, dem Fördern des Gewahrseins der äußeren und inneren, schemageleiteten Gegebenheiten der Situation, allerdings in aktiverer Weise. Beispiele für Experimente wären ein Stuhl-Dialog zwischen zwei Selbstanteilen oder mit einer auf

einem Stuhl imaginierten Person, Angebote, mit veränderter Stimme oder Körperhaltung etwas auszusprechen oder auszudrücken etc. Experimente einzusetzen dient dazu, im geschützten therapeutischen Rahmen ausgewogene Risiken einzugehen, neue Seiten an sich zu entdecken und neue Verhaltensweisen und Reaktionen auszuprobieren, die das Selbsterleben und das Verhaltensrepertoire, sprich: die Ich-Grenze der Person erweitern können.

Allerdings geht es dabei nicht wie in der Verhaltenstherapie um ein Einüben von zuvor definiertem gewünschtem Verhalten mit einer zielorientierten „Übung“ oder einem „verhaltenserprobenden Rollenspiel“. Der Gestalttherapeut ist kein „modifier“, sondern eher ein „facilitator“. Diese therapeutische Funktion entspricht der feldtheoretischen Grundlage der Gestalttherapie: dass der Therapeut einen Prozess anstößt und begleitet, der ergebnisoffen ist, eben wie bei einem wissenschaftlichen Experiment. Die Botschaft beim Einleiten eines Experiments ist grundsätzlich: „Probier‘ es aus und schau, was geschieht!“ Mit Experimenten zu arbeiten dient primär der Förderung von Gewahrsein, kann aber sekundär Veränderungen und Bewältigungserfahrungen mit sich bringen, allerdings sind diese nicht zielorientiert definierbar und vorauszubestimmen, wie es die Verhaltenstherapie anstrebt. Aktives Experimentieren geht auch über die psychoanalytische Methodologie hinaus, die auf freie Assoziation, Deutung und Analyse der Übertragungsbeziehung begrenzt ist. Oft bringen Experimente Dinge ans Licht, die vorher im Dunkeln lagen, Klienten haben Aha-Erlebnisse, Einsichten, ein vertieftes Verständnis ihrer Situation oder der Hintergründe. Dieses Lernen ist ein Prozess des selbst Entdeckens, nicht des Erklärt-Bekommens durch die Interpretation eines „Seelen-Fachmanns“.

Zur Durchführung eines Experiments gibt es einige Leitlinien, die sich in der Praxis bewährt haben (siehe beispielsweise bei Zinker 1982, 127 ff.; Perls et al. 2006, 98 ff.) und die auch in der Psychotherapieforschung gezielt untersucht worden sind (Elliott et al. 2004, 522 ff., Grawe 1998). Voraussetzungen für das Gelingen eines Experiments sind:

- Die Motivation des Klienten, sich auf eine mehr oder weniger neue, unbekannte Erfahrung einzulassen und Verantwortung für seinen Anteil an diesem Such- und Entdeckungsprozess zu übernehmen.
- Dass die Erfahrung für den Klienten relevant und real genug ist.
- Dass der Rahmen für die Durchführung der Aufgabe sicher ist („sichere Notfallsituation“, s. u.).
- Dass die „Dosierung“ bzw. der Schwierigkeitsgrad der Aufgabe auf die intern aktivierbaren Ressourcen des Patienten und die extern vorhande-

nen Ressourcen abgestimmt ist. (Unter externen Ressourcen sind auch die Möglichkeiten und Grenzen in der persönlichen und fachlichen Kompetenz des Therapeuten zu verstehen, einen solchen Prozess zu begleiten und die Verarbeitung und Integration der Erfahrung zu unterstützen).

- Für die Schaffung der Voraussetzungen (b. bis d.) ist der Therapeut verantwortlich.

Sind diese Voraussetzungen vorhanden,

1. steht am Beginn eines Experiments eine „*Prozessuale Aktivierung*“ (Grawe 1998, 93 ff.), d. h. eine unmittelbare emotionale Erfahrung, die meist aus einer vorausgegangenen Phase phänomenologischen Explorierens, also aus einem motivationalen Klärungsprozesses entstanden ist. Diese hängt meist zusammen mit einer relevanten Situation, die Anforderungen an den Klienten stellt, diesem aber nur vage bewusst ist. Dies kann eine problematische Lebenssituation sein, wie die Trennungsphase einer Partnerschaft u. a. oder die Einzel- oder Gruppentherapie-Situation selbst. Der Therapeut orientiert sich daran, wo der Klient mit seiner „Energie“ ist, wo lebhaftes Interesse ist, und er bestimmt für sich das Thema, das implizite Muster oder Schema, auf das er seine Aufmerksamkeit im Weiteren fokussiert. Prozessuale Aktivierung erfordert Wachheit, Aufmerksamkeit und Orientierung (Empfinden, Wahrnehmen, Fühlen, Denken). Sind diese Stützfunktionen nicht ausreichend vorhanden, sind sie der erste Fokus der Behandlung. Die Forschungsgruppe um Greenberg hat die Wirkfaktoren von Experimenten untersucht: Zu Beginn identifizieren Therapeuten ein Zeichen oder Signal („marker“) für das Auftauchen eines spezifischen Themas, das ihnen den Hinweis gibt, dass der Patient für ein Experiment bereit ist – bei einem Selbstbewertungskonflikt beispielsweise die Beobachtung, dass ein Selbstaspekt einen anderen kritisiert oder kontrolliert („Topdog vs. Underdog“: „Ich bin ein Versager!“). Daran schließt sich eine Interventionssequenz an, die mit einer Lösung als Endzustand abschließt (Elliott et al. 2008).
2. wird eine *Prozessinformation* gegeben, dass die Möglichkeit besteht, an dieser Stelle ein Experiment auszuprobieren („Da scheint es einen kritisierenden Anteil zu geben und einen, der sich kritisiert fühlt. Wenn Sie Interesse haben, könnten wir beide Seiten dieses inneren Konflikts auf getrennte Stühle setzen und miteinander sprechen lassen, um besser zu verstehen, was da geschieht.“). Erst, wenn ein Konsens hergestellt ist, der Klient mit dem Vorschlag einverstanden ist oder dieser gemeinsam

modifiziert worden ist, kann das Experiment weiterentwickelt werden. Die Aufgabe wird dann strukturiert („Können Sie nun den Platz wechseln und den anderen Selbstanteil antworten lassen?“) und mittels Prozessvorschlägen („Sagen Sie ihm, wie es sich anfühlt, so gedemütigt zu werden!“) intensiviert.

3. wird je nach Vorhandensein entsprechender Stützfunktionen oder Ressourcen eine *Einstufung* des Schwierigkeitsgrades des Experiments vorgenommen. Optimalerweise wird ein Experiment so gewählt, dass es „an der Ich-Grenze“ stattfindet, hier ist der mögliche Lernerfolg am größten. „Innerhalb der Ich-Grenze“ ist das Experiment irrelevant, die Aufgabe ist bekannt und stellt keine Herausforderung dar. Geht das Experiment „weit über die Ich-Grenze hinaus“, mobilisiert es zu viel Angst und ist daher im besten Falle wirkungslos, im schlechtesten Falle schädlich, weil es den Klienten überfordert. Dazu sagt Zinker (1982, 135):

„Mit ‚Einstufen‘ meine ich, dem Klienten dabei zu helfen, ein Experiment auf der Ebene auszuführen, auf der er in einer bestimmten Therapiestunde dazu bereit ist. Ist es ihm nicht möglich, sich an einer bestimmten Exploration zu beteiligen, weil es zu schwer für ihn ist, sollte der Therapeut bereit sein, die Aufgabe so herunter zu stufen, dass der Klient eine größere Chance hat, mit seinen Bemühungen Erfolg zu haben.“

In diesem Fall wird also ein leichteres Experiment gewählt oder das bestehende wird vereinfacht (der Therapeut äußert die Phantasie, die Selbstabwertung könnte auf einem Vater-Introjekt basieren und schlägt vor, den Vater auf den leeren Stuhl zu setzen, woraufhin der Klient zusammenschrumpft und Widerwillen signalisiert. Der Therapeut bleibt daraufhin beim Dialog der Selbstanteile auf der intrapsychischen Ebene, als leichteres Experiment). Analog ließe sich ein Experiment auch „heraufstufen“, wenn das Experiment auf der intrapsychischen Ebene mühelos stattfindet (Th.: „Erinnert Sie dieser Satz an jemanden?“ Kl.: „An meinen Vater.“ Th.: „Können Sie sich vorstellen, Ihren Vater auf den leeren Stuhl zu setzen und ihm zu sagen, was Sie fühlen?“).

In diesem Vorgehen zeigt sich wiederum die dialogische Haltung, aus der heraus ein Experiment vorgeschlagen wird. Der Vorschlag zu einem Experiment wird in das „Zwischen“ hineingegeben, der Therapeut bleibt im „mittleren Modus“ schöpferischer Unparteilichkeit, besteht nicht auf seiner Durchführung, er macht einen Vorschlag, bringt sich damit an die Grenze des Kontakts zu seinem Klienten und lässt ihn

gleichzeitig los, ist offen, was im Weiteren damit geschieht. Der Vorschlag zu einem Experiment ist gewissermaßen selbst ein ‚Experiment‘, der Therapeut verfolgt mit Offenheit und Neugier, wie der Klient darauf reagiert. Es gibt kein richtig oder falsch, jede Reaktion ist willkommen und kann weiter exploriert werden. Dies ist im wahrsten Sinne prozess-orientierte Therapie im Unterschied zu ziel-orientierter Therapie. Sie vertraut auf das paradoxe Prinzip der Veränderung, dass im jeweiligen Dort-sein, wo man gerade ist, eine tiefgreifendere Veränderungsdynamik entsteht, als im angestrebten Bemühen, anderswo zu sein, als man gerade ist.

4. Während sich das Experiment entwickelt, ist damit im optimalen Fall ein *Vertiefen* des emotionalen Erlebens verbunden. Therapeutische Interventionen in dieser Phase zielen darauf, emotionales Erleben gegebenenfalls deutlicher, prägnanter zu machen. Dies kann durch Vorschläge geschehen, beispielsweise einen Satz zu wiederholen („Sagen Sie das noch einmal“) oder den Ausdruck zu intensivieren („Können Sie ihm dies lauter und deutlicher sagen?“), eine Verhaltensweise zu übertreiben („Können Sie diese wegwerfende Geste stärker machen, etwas übertreiben?“) oder auch eine Emotion unterdrückende Haltung zu übertreiben („Können Sie die Faust noch stärker ballen?“). Indem ein Pol intensiviert wird, kann auch der andere Pol wieder in den Vordergrund treten, wie Zinker (1982) dies bei einem Klienten beschreibt, der darüber klagt, für andere fade und langweilig zu sein:

„Wir fangen damit an, dass wir Morts Erleben als gültig akzeptieren – das Thema des Langweiligseins ist für ihn Wirklichkeit. Dann gehe ich mit ihm in seine Stumpfheit und Langweiligkeit hinein und erlaube ihm, die Eigenschaften, vor denen er sich fürchtet, zu erforschen. Meine Annahme ist, dass Mort, wenn er ganz in Kontakt zu seiner gegenwärtigen Langweiligkeit kommen kann, schließlich wieder zu der entgegengesetzten Polarität, seiner Lebendigkeit, finden wird. (S. 148f.)“

Es kann auch sein, dass es im Zuge der Vertiefung zu einer Engpass-Erfahrung kommt, wenn die alte Reaktionsweise nicht mehr stimmig ist, eine neue emotionale oder verhaltensmäßige Antwort aber noch nicht gefunden ist (Kl.: „Ich weiß nicht, was ich machen soll, ich fühle mich leer, ich stecke fest.“; siehe das 5-Phasen-Modell der Veränderung in Kapitel 4.1.1). Dies kann ängstigend sein und erfordert Mut beim Klienten, in diesem Engpass zu bleiben und Beistand durch den Therapeuten, der Zuspriech, Sicherheit und Ermutigung vermittelt und die Aufmerksam-

keit seines Klienten weiterhin auf dessen innere Prozesse lenkt. Perls et al. (2006, 98) bezeichnen dies als „sichere Notfallsituation“. Diesen Engpass gemeinsam durchzustehen wird damit belohnt, dass ein primäres Gefühl oder Bedürfnis hervortritt („Ich brauche dein Verständnis und deine Anerkennung, nicht deine Verachtung!“) oder eine bisher abgewehrte, verdrängte oder verleugnete Polarität ins Bewusstsein tritt (statt vorherige Unterordnung nun Wut, Empörung, Impuls zur Selbstbehauptung: „Ich lasse nicht mehr zu, dass du so mit mir umgehst.“).

5. Am Ende eines gelungenen Experiments kommt es in irgendeiner Form zu einer *Lösung*. Diese ist daran zu erkennen, dass das Erregungsniveau beim Klienten sinkt, dieser ein vertieftes Gewahrsein oder eine Einsicht erlebt. Der Therapeut kann seinen Eindruck vermitteln, dass das Experiment zu einem Abschluss gekommen ist. Wird dies vom Klienten bestätigt, kann in einer Phase der Assimilation das Experiment ausgewertet und es können Möglichkeiten des Transfers in den Alltag betrachtet werden. So gesehen wiederholen sich in einem gelungenen Experiment die beschriebenen Kontaktphasen, vom Vorkontakt, über den vollen Kontakt zum Nachkontakt. Der Alltags-Transfer kann in Form von Hausaufgaben oder „Experimenten im Alltag“ (Staemmler 1999, 451 f.) gezielt fortgesetzt und in der nächsten Sitzung wieder aufgegriffen werden. Auch hier zählt nicht primär die Einhaltung der Aufgabe, sondern die Erfahrung mit der Durchführung oder Nicht-Durchführung der Aufgabe.

Der hier dargestellte prinzipielle Ablauf eines Experiments ist idealtypisch zu verstehen. Um der Tatsache Rechnung zu tragen, dass es die unterschiedlichsten Verläufe geben kann, wird in der Literatur beispielsweise zwischen partiellen und vollständigen Lösungen unterschieden (Elliott et al. 2008). Experimente können in einer Sitzung aber auch unterbrochen und in folgenden Sitzungen wieder aufgegriffen werden. Experimente sind Angebote, das Gewahrsein erfahrungsorientiert zu vertiefen und neue Möglichkeiten auszuprobieren, sie sind kein „Muss“. Es gibt verschiedene Wege des Fortschritts und die dialogische und phänomenologische Vorgehensweise ist eine beständige Basis und Stütze der gestalttherapeutischen Praxis, auf die immer zurückgegriffen werden kann.

Kontraindikationen für die Anwendung von Experimenten gibt es kaum, wenn das Prinzip der Einstufung des Schwierigkeitsgrads konsequent beachtet wird. Besondere Vorsicht ist bei Klienten mit schweren strukturellen Störungen wie Borderline-Patienten geboten, bei denen beispielsweise der Rollentausch zwischen zwei Selbstanteilen oder mit einer anderen Person auf dem „Leeren Stuhl“ eine Fragmentierung von Selbst-

anteilen bzw. eine Identitätsdiffusion verstärken kann. Dies wäre nicht hilfreich, da das Ziel der Arbeit mit diesen Klienten ja insbesondere die Integration der Persönlichkeitsanteile ist.

### Variationen von Experimenten

Experimente sollten am besten maßgeschneidert auf den individuellen Patienten und auf die spezifische Situation angewendet werden. Der Kreativität sind dabei keine Grenzen gesetzt. Die folgende Beschreibung von Techniken soll daher lediglich als Anregung dienen.

Man kann die unterschiedlichen Möglichkeiten von gestalttherapeutischen Experimenten unterteilen in einschränkende und verstärkende sowie in differenzierende und integrierende Techniken.

#### *Einschränkende Techniken*

**Vermeidungsverhalten einschränken.** Ein Klient, der zum Intellektualisieren neigt, oder dazu, andere mit einem Redeschwall zu überschütten, kann dazu eingeladen werden, ein paar Minuten darauf zu verzichten und zu schauen, was dann mit ihm geschieht und wie das die Beziehung zu seinem Gegenüber beeinflusst. Dies kann dazu führen, dass hinter dieser Anpassung liegende Motive oder Bedürfnisse in den Vordergrund treten, wie der Wunsch, von anderen gesehen und beachtet zu werden. Auch die Abstinenz von Suchtverhalten (Konsum von Alkohol, Drogen, Tabletten, aber auch nichtstoffliches Suchtverhalten wie süchtiges Spielen, Ess-Brech-Attacken etc.) kann in diesem Sinne als Experiment verstanden werden. Aktionismus im Handeln kann darauf abzielen, Erfahrung zu vermeiden, ständig geschäftig sein, um ja nicht zu spüren und zu fühlen.

#### *Verstärkende Techniken*

**Individuelle Handlungsanweisungen.** Aus einer Realphantasie heraus kann der Therapeut eine Idee davon bekommen, was der Patient vermeidet, nicht zulässt, nicht anerkennt. Er kann einen Satz formulieren und dem Patienten anbieten („Darf ich Ihnen einen Satz sagen?“, beispielsweise: „Ich bin liebenswert“), ihm vorschlagen, diesen Satz laut auszusprechen, dem Therapeuten oder der Gruppe direkt zu sagen (heraufstufen) oder nur für sich still zu denken (herabstufen) – und zu schauen, was dann passiert,