

# Vom Miteinander, Gegeneinander und Nebeneinander in der Therapie

## Anmerkungen zu Struktur und Dynamik der therapeutischen Beziehung

Thomas Fuchs, Bonn<sup>1</sup>

### Einleitung:

Ein Verständnis von Psychotherapie als bloße Anwendung von bestimmten Techniken und Interventionen unter weitgehender Ausklammerung der Wirkungen, die die beteiligten Personen dabei haben (sog. medizinisches Modell von Psychotherapie) widerspricht im Kern dem, was Psychotherapie ausmacht (z.B. Kriz 1996), zumindest dem Verständnis von Psychotherapie, wie es seit jeher im Rahmen humanistisch/hermeneutisch orientierter Ansätze entwickelt und vertreten wurde. Ob eine Psychotherapie hilfreich ist oder nicht, hängt maßgeblich von den beteiligten Personen und der Art ihrer Begegnung ab. Was diese Begegnung ausmacht, welchen Gesetzmäßigkeiten sie folgt, welchen Rahmenbedingungen sie unterliegt, hat vor allem mit Verweis auf Metzgers „Kennzeichen der Arbeit am Lebendigen“ (Metzger 1962) immer schon im Blickpunkt des gestalttheoretischen Ansatzes von Psychotherapie gestanden, insofern versteht sich dieser Ansatz als ausgesprochen beziehungsorientiert (Stemberger 2018).

Diese Zentrierung kann im Rahmen psychotherapeutischen Handelns verschiedene Ausrichtungen haben: 1. Die Beziehungen zu Anderen im Alltag der Patientin, 2. die Beziehung der Patientin zu sich selbst, 3. die Beziehung der Patientin zur

Therapeutin. Diese verschiedenen Ausrichtungen stehen in enger Wechselwirkung miteinander: Hat ein Mensch in seinem Leben z.B. immer wieder negative Erfahrungen in Beziehungen gemacht, wird das Auswirkungen auf seine Eigenbeziehung haben (Henle 1962). Begibt sich dieser Mensch in eine psychotherapeutische Behandlung, werden diese Erfahrungen unweigerlich in die Beziehung zur Psychotherapeutin einfließen. Wann, in welcher Form, mit welchen Auswirkungen diese verschiedenen Zentrierungen im Rahmen der Therapie wirksam werden können, ist weder zufällig noch beliebig, hängt aber von sehr vielen Bedingungen ab – und nicht alle dieser Bedingungen unterliegen einem potenziellen therapeutischen Einfluss. Oftmals verschieben sich Zentrierungen unbemerkt: so mögen Patientin und Therapeutin immer wieder die Schwierigkeiten der Patientin mit einem Arbeitskollegen thematisieren, wobei es vielleicht um Neid, Unterlegenheit, Hilflosigkeit o.ä. geht, und verkennen dabei, dass in der therapeutischen Beziehung längst ähnliche Erlebensweisen das Verhältnis zueinander bestimmen. Patientin und Therapeutin können aber auch gezielt und bewusst bestimmen, ob in einer bestimmten Situation und in einer bestimmten Phase des therapeutischen Prozesses eine der obigen Beziehungsdimensionen thematisiert und bearbeitet werden soll.

### Zusammenfassung

Stabile therapeutische Beziehungen sind erwünscht. Ihr Zustandekommen (oder Nicht-Zustandekommen) unterliegt aber nicht bloß einer glücklichen Fügung bzw. einer zufälligen Passung persönlicher Eigenschaften (Patientin A versteht sich gut/nicht gut mit Therapeutin B), sondern kann in Verbindung gebracht werden mit Feldbedingungen im Gesamt der therapeutischen Situation, die eben nicht nur aus einzelnen Personen besteht, sondern auch aus deren Umwelten, der gemeinsam zu bewältigenden Aufgabe, weiteren Rahmenbedingungen und den Kräfteverhältnissen, die sich aus der wechselseitigen Beeinflussung ergeben. Aus dieser genuin gestaltpsychologischen Sicht werden Struktur und Dynamik der therapeutischen Beziehung untersucht: Was ist es, das zu einer gemeinschaftlichen Atmosphäre beiträgt, zum Gefühl, „an einem Strang zu ziehen“, um ein therapeutisches Ziel zu erreichen? Was lässt die Atmosphäre ins Feindselige „kippen“? Wann wird das Beziehungsgeschehen zum Selbstzweck ohne Dynamik in Hinblick auf die Zielerreichung? Anregungen und Hinweise dazu finden sich in klassischen Arbeiten zur Affektpsychologie (Dembo: „Der Ärger als dynamisches Problem“) bzw. in der Wahrnehmungspsychologie („Kippfiguren“). Abschließend wird der Frage nachgegangen, wie ein Umschlagen der Beziehung von einem Miteinander in ein Gegeneinander oder Nebeneinander verhindert werden kann, was also „kipp-resistent“ macht.

Im Blickpunkt dieser Arbeit stehen strukturelle und dynamische Aspekte der therapeutischen Beziehung. Im Kern soll es dabei um

<sup>1</sup> Die Anregung zu dieser Arbeit stammt von Gerhard Stemberger. Darüber hinaus bin ich ihm für die hilfreiche inhaltliche und strukturelle Unterstützung außerordentlich dankbar.

die folgende Fragestellung gehen: Wann und wodurch wird die therapeutische Beziehung fruchtbar, wann und wodurch kommt es zu erwünschten, wann und wodurch zu unerwünschten Entwicklungen? Fortschritte gibt es vermutlich nicht nur, wenn es dauerhaft harmonisch zugeht, sondern mitunter gerade dann, wenn „Spannungen“ auftauchen. Bestimmte gesteigerte Spannungszustände als Bestandteile eines dynamischen therapeutischen Prozesses sind unvermeidlich, werden ausgehalten, sind erwünscht, werden induziert, z.B. bei bestimmten Rückmeldungen oder konfrontativen Interventionen. Es gibt aber auch Momente oder Phasen, in denen die gesamte Atmosphäre der therapeutischen Beziehung „kippen“ kann, z.B. von einer kooperativen in eine feindselige Beziehung. Wann passiert das, unter welchen Bedingungen, und ist das immer schlecht bzw. zu vermeiden?

### **Warum und wann rückt die therapeutische Beziehung in den Mittelpunkt?**

Die Möglichkeit, dass das Beziehungsgeschehen unbemerkt und unbewusst in den Mittelpunkt rückt, wurde bereits angesprochen. Das kann, wenn es von beiden Beteiligten nicht bemerkt und thematisiert wird, weitreichende und nachteilige Folgen haben. Die Patientin mag die Therapeutin z.B. unbewusst idealisieren und die Therapeutin „sonnt“ sich dauerhaft im Glanz dieser Anerkennung. Das Beziehungsgeschehen steht unbemerkt im Vordergrund, die eigentliche therapeutische Aufgabe ist nur noch „Nebenschauplatz“. Auf diese Konstellation wird später unter dem Begriff des „therapeutischen Nebeneinander“ noch zurückzukommen sein. Im Folgenden soll es um die Variante der be-

wussten und gezielten Beziehungszentrierung gehen.

Die therapeutische Beziehung steht im Dienst der Überwindung oder Verbesserung des Leidenszustandes von Patientinnen; sie ist kein Selbstzweck (vgl. auch Stemberger 2013). Wenn statt der unmittelbaren Lebensprobleme, die der Anlass für die Therapie waren und sind, die Beziehung zwischen Patientin und Therapeutin in den Mittelpunkt rückt, dann kann das aus unterschiedlichen Konstellationen hervorgehen.

Erste Möglichkeit:

#### ***Beziehungszentrierung als mit-menschliche Ressource***

Bei der Bearbeitung der unmittelbaren Lebensprobleme ist für die Patientin ein Zustand eingetreten (Erschöpfung, Verzweiflung, Ratlosigkeit, Gefühl der Vereinsamung o.ä.), der es für sie notwendig macht, sich zu vergewissern, dass sie mit all dem nicht allein ist, dass da jemand ist, der ihr Raum verschafft, um „Luft holen“ zu können, bevor sie wieder weitermachen kann. Die Beziehungszentrierung ist ein momentanes Geschehen; es handelt sich um eine Art Erholungs- und Vergewisserungspause. Ein solches Vorgehen entspricht weitgehend dem, was Kästl (2011) in Anlehnung an Metzger mit „Pflege“ meint.<sup>2</sup> Das Beziehungsgeschehen wird dabei in aller Regel nicht besonders thema-

tisiert oder reflektiert; von ihm soll eine stützende und haltgebende Wirkung ausgehen. Die Bewegung auf das therapeutische Ziel hin bleibt erhalten.

Zweite Möglichkeit:

#### ***Beziehungszentrierung als therapeutisches Mittel***

Die therapeutische Arbeit hat ergeben, dass die Lebensprobleme der Patientin wesentlich mit Beziehungsproblemen zu tun haben. Beide Beteiligte haben sich (mehr oder weniger) bewusst dafür entschieden, ihre Beziehungserfahrungen in der Therapiesituation vergleichend in den Blick zu nehmen und auch "experimentell" zu nutzen. Keine Beziehung wird „neu erfunden“, beide Beteiligte entwickeln ihre Beziehung zueinander auf der Grundlage bisheriger Beziehungserfahrungen. Das wird in dieser Konstellation explizit genutzt, um bewusst und sozusagen „live“ die eigene Art der Beziehungsgestaltung zu verstehen und möglicherweise zu korrigieren, in der Absicht, diese Erkenntnisse dann im Alltag möglichst fruchtbar umsetzen zu können. Die Bewegung ist also weiterhin auf das therapeutische Ziel gerichtet.

Dritte Möglichkeit:

#### ***Beziehungszentrierung unter Aufgabe des Ziels***

Der therapeutische Prozess führt zu einer Beziehungszentrierung, bei der das eigentliche Ziel (zumindest vorübergehend) aufgegeben wird. Die Bearbeitung der unmittelbaren Lebensprobleme ist (zumindest für eine Seite) ins Stocken oder in eine Krise geraten, oder Ersatzziele (z.B. für den Anderen attraktiv zu wirken oder einen Schuldigen zu finden) sind so in den Vordergrund gerückt, dass das gesamte therapeutische Geschehen um die Beziehung kreist.

<sup>2</sup> „Diese pflegerische Beziehungsform wird vor allem dann erforderlich sein, wenn die Klientin emotional stark in ein zu bearbeitendes Thema involviert ist und lediglich spürbare Anteilnahme, Zeit und Geduld der Therapeutin benötigt, um sich zum Beispiel belastenden Gefühlen aussetzen und sie durchleben zu können, im besten Fall Unabgeschlossenes abschließen und sich neu orientieren zu können. Jede über das pflegende Begleiten und Betreuen hinausgehende Intervention der Therapeutin könnte in einer solchen Situation störend wirken und den notwendigen Entwicklungsprozess behindern.“ (Kästl 2011, 20)

Gerade diese letztgenannte Möglichkeit steht offenkundig in der Gefahr, den gesamten therapeutischen Prozess unfruchtbar werden zu lassen, nämlich dann, wenn es nicht gelingt, diese Vorgänge zu verstehen und konstruktiv aufzuarbeiten. Aber auch bei den beiden erstgenannten Varianten sind kritische Verläufe denkbar: Bei der ersten, wenn die Vergewisserung nicht zustande kommt (weil z.B. die Patientin niemandem trauen kann oder die Therapeutin sich als nicht vertrauenswürdig erweist); bei der zweiten z.B., wenn die Pendelbewegung hin zur therapeutischen Beziehung in die gleichen Sackgassen führt, in der schon die Alltagsbeziehungen stecken.

### **Zum Zusammenhang von therapeutischer Aufgabe und Beziehung**

Die therapeutische Beziehung soll eine förderliche Bedingung in Hinblick auf die Zielerreichung sein. Im Sinn einer ersten Annäherung lässt sich feststellen, dass ein gefühltes Fortschreiten, ein Weiterkommen im Sinne der Zielerreichung die Beziehung in aller Regel festigen wird: Beide ziehen erfolgreich am selben Strang. Umgekehrt mag gelten: Empfinden beide (oder auch nur eine der Beteiligten) eine Stagnation oder Verschlechterung im Sinne der Zielerreichung, wird das vermutlich zu einer Belastung des Beziehungsgeschehens führen.

Einige Bemerkungen zur therapeutischen Aufgabe: Selbst die simpelste Definition eines therapeutischen Zieles, nämlich die, dass es der Patientin irgendwie besser gehen möge, kann in Frage gestellt werden, z.B. im Sinne einer pessimistischen Gesellschaftskritik, dass, solange uns die Verhältnisse krank machen, es auch keine echte Gesundheit geben

kann. Auch aus Sicht verschiedener Therapieschulen werden sehr unterschiedliche Ziele angestrebt: sie changieren zwischen einer strikten Symptomorientierung (d.h. Symptomlinderung oder -beseitigung) bis hin zu einer umfassenden Persönlichkeitsentwicklung (z.B. im Sinne von Carl Rogers' „fully functioning person“). Zudem gilt: Patientin und Therapeutin können unterschiedliche Ziele anstreben und diese Ziele können sich im Lauf der Therapie verändern. Insofern wird die Auseinandersetzung über die Ziele in aller Regel (wiederkehrender) Bestandteil des therapeutischen Prozesses sein.

Für die Fragestellung im Rahmen dieser Arbeit wird im Folgenden ein Leidenszustand oder ein Problem bei der Patientin vorausgesetzt, die dazu geführt haben, dass sie therapeutische Hilfe sucht, und dass insofern eine wahrgenommene Verringerung des Leids oder eine wahrgenommene Annäherung an eine Problemlösung oder ein besserer Umgang mit dem Problem als therapeutischer Erfolg verbucht wird. Daran wird bereits deutlich, wie untrennbar Zielerreichung und Beziehungsgeschehen miteinander verwoben sind. Besonders anschaulich wird diese Verquickung in Tamara Dembos klassischer Arbeit „Der Ärger als dynamisches Problem“ (1931, s. Kasten nächste Seite). Eine Zielerreichung ist in dem Experiment, das dieser Arbeit zugrunde liegt, fast unmöglich. Dadurch entstehen Barrieren im psychologischen Feld der Versuchspersonen. Das wiederholte Anstoßen an Barrieren führt zu einem insgesamt gesteigerten Spannungszustand, der sich dann in entsprechenden Affektäußerungen und -handlungen entlädt, in Versuchen, „aus dem Felde“ zu gehen niederschlägt oder zu Ersatzhandlungen führt. Die Beziehung zur Versuchsleiterin wird von

Dembo dabei als dynamisches (Teil-) Geschehen analysiert, dass darin münden kann, dass der Bezug zur Aufgabe verloren geht. Der Kampf zwischen Versuchsperson (Vpn.) und Versuchsleiter (Vl.) rückt dann zunehmend in den Mittelpunkt. Das hat für die Vpn. den Vorteil, dass sie sich der Aufgabe zumindest zeitweise entziehen kann; außerdem mag sie sich nicht mehr schwach und unterlegen fühlen, sondern im Moment des Kampfes auf Augenhöhe mit dem Vl. (Das wäre z.B. eine Variante der oben angeführten dritten Möglichkeit: Beziehungszentrierung unter Aufgabe des Ziels).

Dieser kurze Einblick in die Arbeit Dembos mag genügen, um Parallelen zu einer therapeutischen Situation anklingen zu lassen; gleichzeitig soll auf die deutlichsten Unterschiede hingewiesen werden: Es handelte sich um ein Experiment, die Aufgabe war zwar schwierig, aber wenig komplex. Versuchspersonen und Versuchsleiter haben gänzlich andere Aufgaben im Vergleich zu Patientin/Therapeutin. Insofern verbieten sich einfache Übertragungen auf das therapeutische Geschehen. Dennoch lassen sich Analogien feststellen: Eine Patientin, die sich in Therapie begibt, mag die Aufgabe, die sich ihr stellt, ebenfalls als schwer zu bewältigen erleben (Anstoßen an die Innenbarriere). Ihre Lebenssituation im Allgemeinen und die therapeutische Situation im engeren Sinn bilden die Außenbarriere. Das Anstoßen an die Barrieren erhöht den Spannungszustand. Was aber insbesondere zum Ausdruck kommt, ist die Abhängigkeit der Beziehung von der Aufgabe: Die Schwierigkeiten bei der Überwindung des Problems lenken den Fokus auf die Beziehung zwischen Vp. und Vl. und haben einen deutlichen Einfluss auf diese Beziehung. Ganz ähnlich wie in Dembos

### Tamara Dembo (1931) „Der Ärger als dynamisches Problem“

Die Dissertation der Lewin-Mitarbeiterin Tamara Dembo ist bis heute ein lesenswerter Beitrag zur Aggressionsforschung, weil hier anschaulich herausgearbeitet wird, wie der Ärgeraffekt als Folge der Gesamtbedingungslage im psychologischen Feld verstanden werden kann. (Weiterführende Angaben zu Leben und Werk von T. Dembo s. Sternek 2014). Im Zusammenhang zum hier behandelten Thema soll – bei allen Differenzen zwischen Experiment und therapeutischer Situation – auf Analogien hingewiesen werden. Die Zitate deuten an, was im psychologischen Feld einer Person geschieht, die ein gestecktes Ziel nicht erreichen kann und wie sich diese Frustration in der Beziehungsdynamik (hier zwischen Vp. und Vl.) niederschlägt. In ihrem Experiment untersucht Dembo den Ärgeraffekt als Folge einer kaum zu lösenden Aufgabe (die Versuchspersonen mussten z.B. Ringe über [zu weit] entfernt aufgestellte Flaschen werfen). Dabei unterscheidet Dembo das Anstoßen an eine Innenbarriere (die Aufgabe ist nicht lösbar vs. die eigene Kompetenz reicht nicht aus) und eine Außenbarriere (die Versuchssituation samt Versuchsleiterin, der man nicht einfach den Rücken zukehren und gehen kann). Das wiederholte Anstoßen an Barrieren führt zu einem insgesamt gesteigerten Spannungszustand, der sich dann in entsprechenden Affektäußerungen und -handlungen entlädt, in Versuchen, „aus dem Felde“ zu gehen, oder zu Ersatzhandlungen führt.

Dembo: *„Die Undurchdringlichkeit der Barriere steigert die Spannung. Mit neuer Energie wendet sich die Vp. der einzig überwindbar erscheinenden Stelle der Barriere— der „Innenbarriere“— zu, um durch die Lösung der Aufgabe ins Freie zu gelangen. Erregt und innerlich „gelanden“ bemüht sich die Vp. wieder um die Lösung und geht dann wieder aus dem Felde. Das erste Aus-dem-Felde-Sein hatte die Vp. nur zeitweilig von der mißerfolgreichen Situation befreit. Nach einer gewissen Zeit ist die Undurchdringlichkeit der Barriere in voller Kraßheit wieder vorhanden, und der darauffolgende Mißerfolg der Zielaktion wirkt noch peinlicher. So wächst die Spannung bei den Zielbemühungen durch den Mißerfolg, bei dem Barrieregeschehen durch die Festigkeit der Barriere, beim Aus-dem-Felde-Sein durch die Irrealität des Weggangs, durch das Kippen der unbeschränkten Freiheit in die beschränkte Freiheit. Barriere, wo man sich auch hinwendet; jede Handlung im Felde führt zu ihr. Da 'möchte man aus der Haut fahren und sich daneben setzen'! So entsteht jenes eigentümliche Ineinander von Spannung und Eingeschlossensein, von Unsicherheit und Unklarheit der Situation, jene unruhige Aufeinanderfolge heftiger, entgegengesetzt gerichteter, zugleich doppeldeutiger und doch im Grunde identischer Aktionen, die zum eigentlichen Ärgeraffekt führen und ihn zum Tell schon ausmachen“ (73).*

Die Beziehung zum Versuchsleiter wird von Dembo dabei als dynamisches Geschehen analysiert, dass dazu führen kann, dass der Bezug

zur Aufgabe verloren geht. Der Kampf zwischen Vpn. und Vl. rückt zunehmend in den Mittelpunkt. Das hat für die Vpn. den Vorteil, dass sie sich der Aufgabe zumindest zeitweise entziehen kann; außerdem mag sie sich nicht mehr schwach und unterlegen fühlen, sondern im Moment des Kampfes auf Augenhöhe mit dem Vl. Was also insbesondere zum Ausdruck kommt, ist die Abhängigkeit der Beziehung von der Aufgabe: Die Schwierigkeiten bei der Überwindung des Problems lenken den Fokus auf die Beziehung zwischen Vp. und Vl. und haben einen deutlichen Einfluss auf diese Beziehung.

Dembo: *„Der Versuchsleiter kann für verschiedene Vpn. ganz unterschiedliche Bedeutungen annehmen: 1. die treibende Kraft für die Lösungsbemühungen um die Aufgabe: für ihn wird die Aufgabe 'aus Gefälligkeit' übernommen. 2. Er hat die Stellung eines Mitmenschen, der es besser kann. 3. Er bestimmt das Aufgabenziel, aber versperrt es zugleich; er hat also die Stellung einer Innenbarriere. 4. Er ist eine Barriere um das Feld herum, die das Weggehen verhindert. 5. Er ist ein mögliches Werkzeug. 6. Er ist eine Person, die sich jenseits des Aufgabenfeldes befindet, und man kann sich seiner bedienen, um aus dem Felde zu gehen. 7. Er ist der ärgererregende ‚Stein des Anstoßes‘, ein sich veränderndes, reagierendes und provozierendes Wesen, das in den Versuchsverlauf aktiv eingreift, sich als ein ‚Feind‘ erweist“ (73).*



Experiment für die Versuchsperson hat es in der therapeutischen Situation für die Patientin "Vorteile", wenn sich der Fokus auf die Beziehung verschiebt. Im Experiment lenkt das – wie von Dembo beschrieben – von der Aufgabe ab. Diese Ablenkung (in gestalttheoretischer Terminologie „Umzentrierung“, s. Fußnote 6) ist in der Therapie u.U. erwünscht, wie oben in den drei Möglichkeiten angedeutet. Es soll zunächst die Perspektive der Patientin verändern: weg von der Fixierung auf eine aus eigener Kraft bislang nicht zu lösende Aufgabe hin zu einem Beziehungsgeschehen, das Hoffnung und Mut machen soll. Die Therapeutin verhält sich dabei ja nicht wie ein VL in Dembos Experiment, sondern macht ein konkretes Beziehungsangebot. In diesem Angebot liegen das Versprechen und das Bemühen, sich zunehmend gemeinschaftlich und mit möglicherweise veränderten Perspektiven erneut der Aufgabe zuzuwenden. Das soll im Folgenden genauer untersucht werden.

### Die Ausgangslage

Wer sich in Psychotherapie begibt, nimmt eine (neue) Beziehung auf. Diese Beziehung entwickelt sich, allerdings nicht von einer Art Nullpunkt oder neutralem Zustand aus, sondern sie befindet sich vom ersten Moment an in einem beschreibbaren Spannungszustand: Beide, Patientin und Therapeutin, erleben eine bestimmte vorgegebene Beziehungskonstellation, nämlich die als Hilfesuchender auf der einen und HelferIn auf der anderen Seite: Leid und Leidensdruck, Ratlosigkeit auf Seiten der Patientin, Expertise und das Versprechen von Hilfe auf Seiten der Therapeutin. Diese ungleichen Ausgangsbedingungen führen in der Praxis zu weiteren kennzeichnenden Aspekten: die Therapeutin

kann fragen, beurteilen, auffordern, kritisieren, ermuntern, zurückweisen, die Patientin ablehnen. Umgekehrt geht das prinzipiell auch, im Erleben der Patientinnen werden diese Kennzeichen einer aktiven und steuernden Beziehungsgestaltung zumindest in der initialen Phase einer Therapie eher bei der Therapeutin verortet, vor allem aufgrund der oben beschriebenen unterschiedlichen Ausgangsbedingungen von Hilfesuchender und HelferIn. Hinzu kommt der Geldfluss von der Hilfesuchenden zur HelferIn mit entsprechenden Voraussetzungen und Forderungen an die HelferIn in Sachen Ausbildung und Zertifizierung, worin sich nicht nur ein wirtschaftlicher und rechtlicher Faktor spiegelt, sondern im Kern ein Schuld-Ausgleich: Das Wissen um die Bezahlung entlastet die Hilfesuchende in dieser Hinsicht.

Damit soll einerseits angedeutet werden, wie viel reales Problempotenzial und welche Spannungsverhältnisse sich in dieser Konstellation verbergen, noch jenseits einer Analyse der therapeutischen Beziehung im engeren Sinn eines psychodynamischen Geschehens. Auf der anderen Seite ist es gerade diese Konstellation

gegenseitigen Aufeinander-angewiesen-Seins, die die Basis für die weitere Entwicklung der therapeutischen Beziehung darstellt.

### Das therapeutische Miteinander

Es ist ja nicht so, dass das Unterstützende quasi wie eine Medizin von der HelferIn in die Hilfesuchende einfließt, sondern die Idee von Therapie ist (ausgesprochen oder unausgesprochen), dass zunehmend gemeinschaftlich gearbeitet wird. Anders formuliert: beide werfen ihre Fähigkeiten in die Waagschale und arbeiten gemeinsam an der Verbesserung der Situation für die Patientin. Für schwer traumatisierte, tief depressive, stark ängstliche Patientinnen ist das eine Herausforderung und ein hoher Anspruch. Damit umgehen zu können und die Patientin trotz ihrer Belastungen zu einem kreativen Miteinander zu bewegen, ist sicherlich Teil der therapeutischen Kunst (hier sei verwiesen auf die Metzger'schen Kennzeichen der Arbeit am Lebendigen, beschrieben z.B. bei Walter 1994, Kriz 2001, Kästl 2011).

Eine konstruktive Beziehung wird in der Regel die Form haben, dass



Fotocredit: pixabay

die Patientin sozusagen Schulter an Schulter mit der Therapeutin an den Problemen arbeitet. Beide eint die Aufgabenstellung der Therapie, eine Verbesserung der Situation der Patientin zu bewirken. Die therapeutische Konstellation induziert dabei sukzessive eine perspektivische Veränderung bei der Patientin: sie erlebt sich zunächst vor allem als leidende Person, deren Aufgabe darin besteht, ihr Leid und die Situation, unter der sie leidet, zu beschreiben und der Therapeutin zugänglich und verstehbar zu machen. Die Therapeutin denkt und fühlt sich in die erlebte Welt der Patientin ein. Dieser Prozess wird kommunikativ begleitet, beide tauschen sich aus über das, was sie sehen und fühlen und vergewissern sich dabei, dass, ob und wie ihre Sicht auf die erlebte Welt der Patientin übereinstimmt. Gelingt das, wird sich die Patientin „gesehen“ und verstanden fühlen. Dieser Prozess ist aber kein einseitiges Vorgehen, auch wenn der Aufmerksamkeitsschwerpunkt beider Beteiligter naturgemäß auf die erlebte Welt der Patientin gerichtet ist. Denn auch die Patientin wird sich auf die erlebte Welt der Therapeutin einlassen, und zwar idealerweise genau in Bezug auf die Ausschnitte, die im Rahmen der Therapie für die Patientin „sichtbar“ werden: nämlich die spezifische Art und Weise der Patientin zu begegnen, das, was die Therapeutin dabei betont, in welche Sprache das Gesehene und Gespürte gekleidet wird, wie bewertet oder auch nicht bewertet wird, kurz: die gesamte therapeutische Haltung wird von der Patientin nicht nur passiv wahrgenommen, sondern kann sukzessive auch übernommen werden, zumindest teilweise, mitunter auch „probeweise“, z.B. im Sinne von: „Aha, so kann man auch auf mich und meine Welt schauen!“ In Lewin'scher Begrifflichkeit ließe sich formulieren:

Das Machtfeld der Therapeutin (s. Stemberger 2017) induziert bei der Patientin ein ihr fremdes Bestreben, nämlich sich selbstfürsorglich und interessiert zu betrachten, während ihr ursprünglich eigenes Bestreben anders gerichtet ist. Kaum hat sie den Therapieraum und damit (in diesem angenommenen Fall) auch das Machtfeld der Therapeutin verlassen, verliert das induzierte Bestreben Boden und tritt wieder das eigene Bestreben in den Vordergrund. Mittelfristig könnte das aber dazu beitragen, dass die Patientin auch außerhalb des unmittelbaren Machtfelds der Therapeutin selbstfürsorglicher mit sich umgeht. Galli meint Ähnliches, wenn er mit Verweis auf Dante von der „Liebe, die zur Gegenliebe nötigt“ (Galli 2010, 58) spricht.

In diesem Sinne lässt sich die therapeutische Beziehung als Verlaufsgestalt verstehen, die bestimmten Gesetzmäßigkeiten folgt, in erster Linie Prägnanztendenzen. Stemberger (2018) verweist in diesem Zusammenhang auf die von Galli analysierten Prägnanzformen zwischenmenschlicher Beziehungen und betont, dass es auf therapeutischer Seite vor allem auf die soziale Tugend der „Hingabe“ ankommt – Hingabe an die Aufgabe, an das therapeutische Anliegen. Das gilt wiederum nicht nur für die Therapeutin, denn auch die Patientin wird sich in aller Regel, verstärkt durch ihren Leidensdruck, der gestellten Aufgabe hingeben. Das Beziehungsgeschehen befindet sich dann in der ausgezeichneten Prägnanzform der gemeinsamen Hingabe. Die Prägnanztendenz lässt sich als übergeordnetes Wirkprinzip im therapeutischen Geschehen begreifen; sie kann dazu beitragen, dass die Beteiligten das Erleben haben, „an einem Strang zu ziehen“ oder auch „gezogen werden“ (Zug des Ziels,

s. Metzger 1962). Dieses gemeinschaftliche Erleben lässt sich als eine bestimmte förderliche, kreative „Atmosphäre“ beschreiben, die die Beziehung „trägt“, ganz ähnlich, wie man unterschiedliche Atmosphären in Gruppen (Familien, Schulklassen, Vereinen etc.) spüren und beschreiben kann. Metzger (1963) spricht in diesem Zusammenhang von Anmutungsweisen. Mit welchen Worten auch immer diese Anmutungsweisen umschrieben werden können („anregend, herausfordernd, spannend, interessant, beruhigend, horizontweiternd“ etc. wird vermutlich förderlicher sein als „langweilig, bedrohlich, einengend“ etc.): sie sind mitbestimmend für das, was im jeweiligen Erleben die Atmosphäre der therapeutischen Situation ausmacht, die entweder die Bindung festigt oder fragil erscheinen lässt.

In dieser gerade beschriebenen gemeinschaftlichen Atmosphäre liegt das Potenzial von Therapie, sie gibt den haltgebenden Rahmen, so dass auftretende Krisen bewältigt werden können. Unter Umständen müssen auch längere konflikthafte Phasen überwunden werden. Das kann gelingen, wenn beiden Beteiligten die Notwendigkeit (insofern das therapeutisch Sinnvolle) dieser Phasen des Ringens um ein Weiterkommen (Metzger spricht dann zu Recht von „Kampf“, s. Kästl 2011) bewusst ist. Im Sinne des eingangs skizzierten feldtheoretischen Modells der therapeutischen Beziehung muss sogar regelhaft damit gerechnet werden, dass solche Phasen entstehen. Die Therapeutin hat dabei die Aufgabe, diesen Prozess zu unterstützen, mitfühlend zu begleiten, das Problem (oft auch das Leid und den Schmerz) zusammen mit der Patientin auszuhalten. Wie weiter oben beschrieben, liegt bereits im vermeintlich harmonischen Miteinander von Patientin und

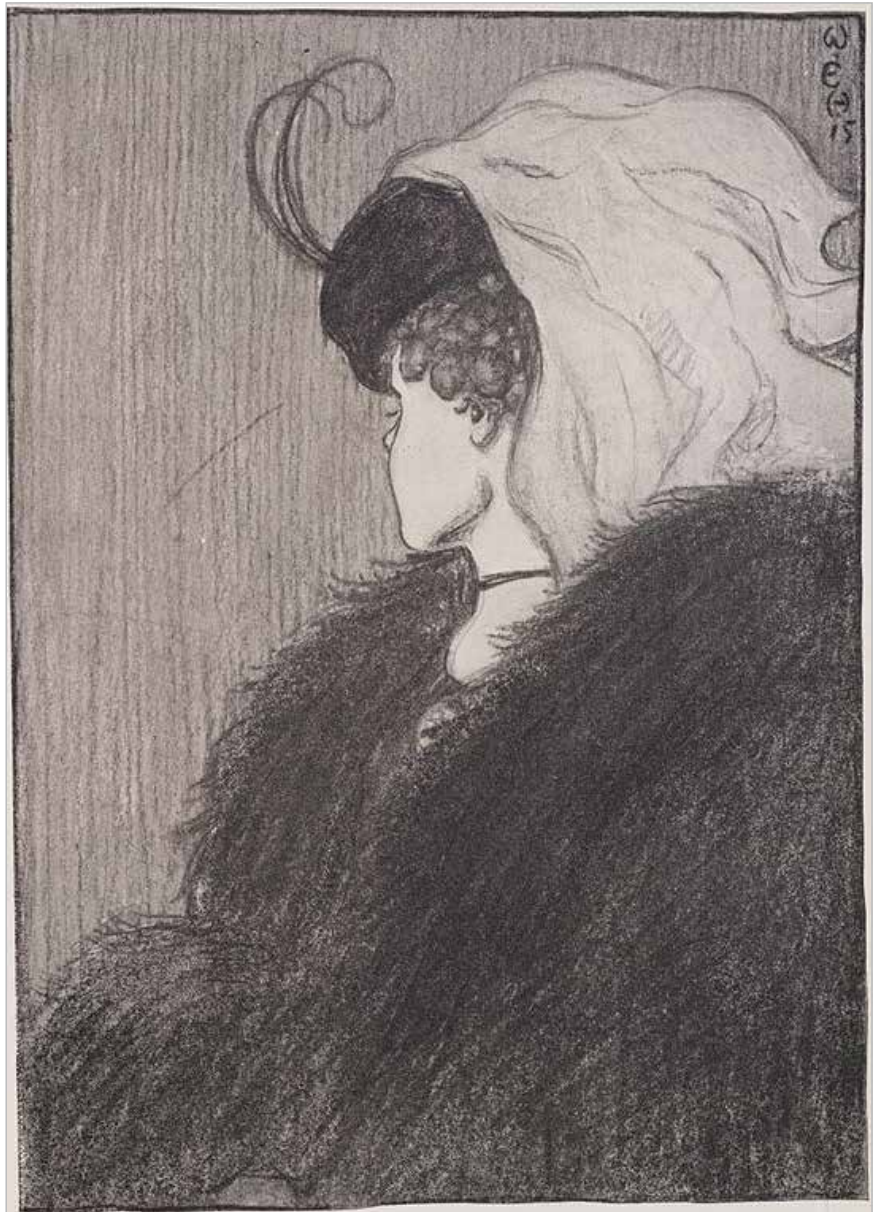
Therapeutin Konfliktpotenzial. Darüber hinaus muss die Therapeutin sukzessive auch so intervenieren, dass „Position bezogen“ werden kann, indem sie z.B. Perspektivenwechsel induziert, die Patientin dazu anregt, andere Sichtweisen einzunehmen, im Sinn konfrontativer Interventionen der Patientin „den Spiegel vorhält“ etc. Das wird die Beziehung belasten, kann aber gelingen, wenn trotz aller Konflikte und Kämpfe das Gefühl der gemeinschaftlichen Arbeit „Schulter an Schulter mit Blick auf die Aufgabe“ nicht verloren geht, dass also eine gemeinsame Blickrichtung und das Gefühl, am gleichen Strang zu ziehen, erhalten bleibt. Das wird gefördert durch eine differenzierte Wahrnehmung unterschiedlicher Anteile und Strebungen, methodisch unterstützt durch das Induzieren von verschiedenen Blickperspektiven (Innensicht/Außensicht) und die gemeinsame Anstrengung, (noch) nicht Gelöstes, „Grautöne“ auszuhalten.

### **Das Gegeneinander oder: Wann „kippt“ das Beziehungsgeschehen?**

Bis hierhin sollte deutlich werden: Nicht Konflikte per se gefährden auf Dauer das Beziehungsgeschehen, sondern der Verlust eines die Beziehung tragenden Gemeinschaftsgefühls. Das unmittelbare Erleben eines wirkkräftigen Miteinanders im Sinn der oben beschriebenen prägnanten Verlaufsgestalten, das Erleben des Teil-Seins im Ganzen der Beziehungsdynamik geht über in ein Gefühl der Distanz oder sogar das eines „Gegeneinander“. Die Patientin wird die Therapeutin (und/oder umgekehrt) dann nicht mehr als Partnerin, sondern zunehmend als Gegnerin erleben. Die „Schulter an Schulter“-Konstellation wird sich auflösen. Dieses „Kipp-Geschehen“ kann sehr unterschiedlich sein. Es mag plötzlich und eskalierend vor

sich gehen oder sehr allmählich und subtil fortschreitend. Es kann für beide Beteiligte oder auch nur für eine der beiden offenkundig sein, genauso ist aber auch denkbar, dass es zunächst kaum wahrnehmbare Vorgänge sind, die das Beziehungsgeschehen kippen lassen können oder als Indizien einer Beziehungverschlechterung zu werten sind. Jede/r, die/der mit dem therapeutischen Prozess Erfahrung hat, wird ohne Schwierigkeiten undsummenhaft viele mögliche Varianten und Formen aufzählen können, die das therapeutische Miteinander gefährden können.

Der „Kipp“-Begriff wurde den Untersuchungen zur Gestaltwahrnehmung entlehnt. Vielen sind die klassischen Kippfiguren (Vase/Gesichter, alte Frau/junge Frau, Ente/Kaninchen) vertraut. Hier gilt: Unter den Wahrnehmungsfiguren sind Kippfiguren ein seltener Sonderfall, der sich dadurch auszeichnet, dass schon die besondere Strukturierung des Anschauungsmaterials zwei prägnante Anschauungsweisen ermöglicht. Was sie zu Kippfiguren macht, ist also nicht die Beziehung des Betrachters zu ihnen, sondern ihre besondere Beschaffenheit oder sachliche Eignung für dieses



Kippfigur „My Wife and My Mother-in-Law“, W.E. Hill 1915



Phänomen. Der Kippvorgang selbst, also das Hervortreten der zweiten im Material angelegten prägnanten Figur/Grund-Gliederung ist ein unwillkürlicher oder willkürlich herbeigeführter Vorgang der Umstrukturierung, primär der Umzentrierung. Die Rolle der Subjektseite bei diesem Vorgang hat verschiedene Aspekte: 1. muss genügend Interesse oder ein besonderer Anlass auf Seiten des Betrachters vorhanden sein, um sich das Bild lange genug oder wiederholt anzusehen, damit überhaupt eine Chance auf das Kippen entsteht; 2. darf seine „Bindung“ (sic!) an die zuerst gesehene Figur/Grund-Konstellation nicht zu stark sein (wobei man sich diese Bindung durchaus so vorstellen kann, dass sie etwas mit seiner gegebenen Spannungslage an Bedürfnissen und Strebungen zu tun hat).

Auch wenn sich dieses spezielle Wahrnehmungsphänomen nicht einfach eins zu eins auf die wesentlich komplexeren Vorgänge der Veränderung einer Beziehung übertragen lässt, lohnt sich doch ein Blick darauf: So wie nicht jedes Bild zur Kippfigur geeignet ist, so ist auch nicht jede Beziehung zur "Kippbeziehung" geeignet. In den Kippbildern sind die beiden Möglichkeiten von vornherein etwa gleichgewichtig vorhanden, das ist auch für die therapeutische Beziehung denkbar, wie die folgenden Beispiele zeigen sollen:

- Die Patientin soll sich der Therapeutin öffnen, ihr vertrauen – hat aber den Eindruck, immer wieder angegriffen zu werden,
- die Therapeutin strengt sich für die Patientin sehr an, hat aber gleichzeitig das Gefühl, dass ihr Bemühen überhaupt nicht wertgeschätzt wird,
- die Patientin schätzt die Therapeutin wegen ihrer Scharfsinnigkeit und ihrer verbalen Kompetenz, fühlt

sich aber immer wieder „in die Enge getrieben“,

- die Therapeutin fühlt sich in die Welt der Patientin ein, glaubt aber, dabei manipuliert zu werden.

Das alles sind kurze Ausschnitte von möglichen „Kipp-Momenten“, die im Rahmen einer tragfähigen Bindung überwunden werden können. Denkbar sind aber auch Beziehungskonstellationen, in denen solche „Kipp-Momente“ tatsächlich das gesamte Bild verändern, eine bis dato gemeinschaftliche Atmosphäre in eine feindliche verwandeln können. In Analogie zum Wahrnehmungsphänomen müsste dann davon ausgegangen werden, dass das Zweideutige von vornherein „im Material“ angelegt war, d.h. das psychologische Feld der Patientin oder das Feld der Therapeutin (oder beide) sind so strukturiert, dass sie „kipp-fähig“ sind in dem Sinne, dass eine einfache Änderung der Zentrierungsverhältnisse das gesamte Bild dauerhaft wandelt. Das ist denkbar, wenn z.B. eine Neigung zum primitiv-prägnanten Denken und Handeln vorliegt, etwas ist schwarz oder weiß, richtig oder falsch, gut oder böse. Nuancen, „Grautöne“ werden nicht zugelassen oder sind nicht auszuhalten.

Im Moment des „Kipp-Geschehens“ muss dann – wie oben beschrieben – auf der Subjektseite ein Interesse bestehen, das Bild lange genug anzuschauen, damit eine Chance zum Kippen besteht. Das könnte z.B. dann der Fall sein, wenn eine Patientin (oder auch die Therapeutin) viele enttäuschende Beziehungserfahrungen – vielleicht gerade mit Menschen, denen gegenüber sie sich in einer schwächeren Position befunden hat – gemacht hat und deswegen eine grundsätzliche Skepsis entwickelt hat. Diese Patientin (oder auch diese Therapeutin) wird

die Beziehung immer wieder auf mögliche „Sollbruchstellen“ abklopfen. Zum anderen darf die Bindung an die ursprünglich gesehene Figur/Grund-Konstellation nicht zu stark sein, sonst kann sie nicht mehr kippen. Bindung verhindert also ein Kippen. Das erklärt, warum gerade der Beginn einer Therapie anfällig für das Kippen ist: es konnte sich noch keine Bindung entwickeln. (Das gilt natürlich für jede andere Beziehung auch!). Wenn eine therapeutische Beziehung in ein „Gegeneinander“ kippt, obwohl sie schon lange bestanden hat, ist zu fragen, was das Fragile der therapeutischen Situation ausgemacht hat, obwohl sie oberflächlich stabil zu sein schien.

### **Das therapeutische „Nebeneinander“ als Ersatzhandlung**

Die Atmosphäre muss nicht immer in ein feindseliges Gegeneinander kippen. Eine mögliche alternative Variante ist eine Art „Nebeneinander“ von Patientin und Therapeutin. Dieses Nebeneinander mag zunächst ganz ähnlich erlebt werden wie die beschriebene Konstellation „Schulter an Schulter“, allerdings mit dem bedeutenden Unterschied, dass die Zielerreichung aus den Augen verloren wurde. Beide Beteiligte (möglicherweise auch nur eine der beiden) fühlen sich wohl in der therapeutischen Situation, genießen das empfundene Miteinander, vermeiden aber die Auseinandersetzung mit den anstehenden Themen und Problemen. Im Sinne Dembos (und auch Lewins) kann das als Ersatzhandlung wirken. Die Beziehung wird zum Selbstzweck, zu einem Ersatzziel, sie verliert ihre Funktion in Hinblick auf die Zielerreichung. Das therapeutische Beziehungsangebot (s.o.) ist ja einerseits „wirksam“ (im Moment der Begegnung in aller Regel intensiv, persönlich, zugewandt – im Sinne



Gallis „hingegen“), hat aber andererseits enge Grenzen (zeitliche, räumliche, wirtschaftliche, rechtliche). Diese Ambivalenz muss von beiden Seiten akzeptiert und ausgehalten werden. Auch hier besteht „Kipp-Alarm“, nämlich dann, wenn das Beziehungsangebot unbemerkt zu einem allzu „süßen“ Versprechen mutiert und auf ungestillte Bedürfnisse trifft, so dass die Begrenzungen (und das therapeutische Ziel) ausgeblendet werden. Wenn solche Entwicklungen auf Dauer unbemerkt bleiben und nicht thematisiert und bearbeitet werden, führen sie zu Varianten eines therapeutischen „Nebeneinanders“: eine dauerhafte Idealisierung der Therapeutin (oder der Patientin), eine dauerhafte „Opferrolle“ der Patientin, eine Erotisierung der therapeutischen Beziehung, eine gemeinsame Intellektualisierung (man führt verkopfte Diskussionen), usf. Eine Gefahr geht eventuell auch von bestimmten therapeutischen Techniken mit hoher Suggestivkraft (spekulative Deutungen, Körperübungen, Familienaufstellungen, kathartische Übungen, etc.) aus, die eingesetzt werden, ohne in ein haltgebendes Beziehungsgeschehen eingebettet zu sein. Die Therapeutin rückt in die Nähe einer Art „Wunderheilerin“ und untergräbt dadurch auf Seiten der Patientin Fortschritte und Weiterentwicklungen kraft eigener Erkenntnisse und Bemühungen.

U.U. liegt in allen Varianten des therapeutischen „Nebeneinanders“ ein größeres Gefahrenpotenzial als im „Gegeneinander“. Das dauerhafte „Kippen“ ins Feindliche wird über kurz oder lang zum Bruch der Beziehung führen, sodass die Patientin (falls sie nicht durch den Bruch völlig entmutigt wurde und endgültig resigniert hat) neue Wege beschreiten kann, um ihren Leidenszustand zu reduzieren. Ein Nebeneinander

wird sich aber unter Umständen über einen langen Zeitraum erstrecken und alternative Wege der Zielerreichung verhindern.



© Animaatjes.de

### Was macht „kipp-resistent“?

Die therapeutische Beziehung als Verlaufsgestalt in der ausgezeichneten Prägnanzform der gemeinsamen Hingabe (s.o.) lässt Stabilität erwarten, primitivprägnante Haltungen, Erwartungen, Einstellungen auf beiden Seiten machen das Beziehungsgeschehen fragil und „kipp-anfällig“. Es muss also darum gehen, solche Haltungen, Erwartungen oder Einstellungen zu moderieren. Im unmittelbaren Beziehungsgeschehen werden vor allem solche Momente prekär sein, in denen offen oder verdeckt, bewusst oder unbewusst bewertet oder Kritik geäußert wird. Henle (1962) betont den engen Zusammenhang zwischen der Fähigkeit und der Art und Weise, wie man mit sich selbst kritisch umgeht, und wie man mit anderen kritisch umgeht und Kritik von anderen aufnimmt. Eine strenge innere Kritikerin – sei es auf Seiten der Patientin, der Therapeutin oder bei beiden – wird das Beziehungsgeschehen fragiler sein lassen. Es wird daher auf die Fähigkeiten beider Beteiligten ankommen, sensibel und vorsichtig mit Bewer-

tungen und Kritik umzugehen bzw. aufmerksam zu sein für alle Formen des Austausches, in denen Bewertung und Kritik verborgen ist.<sup>3</sup>

Prinzipiell steht das im Einklang mit einer therapeutischen Haltung, die zurückhaltend umgeht mit einer wie auch immer gearteten direkten Einflussnahme auf die Patientin, und die stattdessen Randbedingungen setzt, um Selbstorganisationsprozesse zu fördern. Ein simples Beispiel: Die magersüchtige Patientin immer wieder aufzufordern, mehr zu essen, ist eine übergriffige, im Kern aggressive Intervention, die ihren primitivprägnanten Charakter auch dann nicht verliert, wenn sie in Therapieverträge o.ä. eingekleidet daherkommt. Ein förderliches therapeutisches Miteinander wird erst dann entstehen, wenn sich die Patientin frei fühlt, ihre erlebte Welt gemeinsam mit der Therapeutin zu explorieren, um dadurch selbst (bestenfalls mit therapeutischer Unterstützung) die Bedingungs-lage benennen zu können, die das Hungern notwendig gemacht hat. Das einzelne Symptom wird dadurch seinen „verrückten“ Charakter verlieren, weil es verstanden werden kann in seiner Eingebundenheit in ein

<sup>3</sup> S. z.B. die sprachanalytischen Untersuchungen von Alder & Buchholz (2017).

Gesamtsystem von Wirkkräften. Das therapeutische Geschehen wird sich dynamisch im Sinne der Prägnanztendenz zu einer höheren Ordnung auf komplexerem Niveau weiterentwickeln. Prozesse der Umstrukturierung (Einsicht, „Aha-Erlebnisse“), der Änderung von Zentrierungsverhältnissen, ein Experimentieren mit Bezugssystemen (Metz-Göckel 2014) etc. werden ermöglicht. Das erfordert allerdings auch eine gemeinsame Anstrengung, der Komplexität des Geschehens gerecht zu werden, ein möglichst sensibles, differenziertes aufeinander Eingehen, ein gemeinsames Aushalten von Spannungszuständen, die (noch) nicht aufgelöst werden können.

In vielen therapeutischen Begegnungen ist es daher eine Herausforderung, „primitivprägnante“ Haltungen oder Erwartungen zu benennen und zu verändern. Stemberger (2019) verweist dabei z.B. auf mögliche Interventionsformen beim Umgang mit „naiven Theorien“ im Denken von Patientinnen (und Therapeutinnen), die möglicherweise zu unrealistischen Ziel-erwartungen führen können. Primitivprägnante Varianten im Denken haben oft mit dem (phantasierten) Durchbrechen, Ignorieren, Umgehen von Barrieren im psychologischen Feld zu tun (s.o. in Dembos Experiment).

Ein solches Schwarz-Weiss-Denken wird vor allem da auftauchen, wo Menschen sich schwertun, die Motive im Handeln Anderer zu verstehen, möglicherweise aber auch die eigenen Handlungsmotive verkennen, spricht: sich schwer tun, die Perspektive zu wechseln, sich in andere (und auch sich selbst) einzufühlen. Dadurch entstehen schwer zu überwindende Barrieren im psychischen Feld. (Dembo: „Barriere, wo man

sich auch hinwendet; jede Handlung im Felde führt zu ihr...“, s. Kasten). Das Anstoßen an Barrieren führt zu einem erhöhten Spannungszustand und zu entsprechenden emotionalen Reaktionen („[man] möchte aus der Haut fahren“, ebd.). Insofern geht es im Sinne der „Kipp-Resistenz“ immer auch um die Regulation impulsiver Reaktionen im Rahmen der therapeutischen Begegnung. „The initial internal arrangement of the therapist can in fact favour beside the vicissitudes of the transference-countertransference an egalitarian atmosphere in which a series of dialogues will bring the patients, through the exchange of perspectives, towards slowly approaching recognising themselves in their various components. It will then be possible to replace impulsive action with an awareness that enables greater freedom in decision-making.“ (Trombini et al. 2019, 66f.). Aus psychoanalytischer Perspektive betont Trombini hier die Wirkung, die von einer „egalitarian atmosphere“ ausgehen kann und verweist damit ebenfalls auf die Wirkung von Feldbedingungen im Gesamt der therapeutischen Situation – im Unterschied zu einer ausschließlich personenzentrierten Sichtweise, die für das Gelingen oder das Kippen der Beziehung auf die kompetente bzw. inkompetente Therapeutin oder die motivierte bzw. „schwierige“ Patientin fokussiert. „Um das psychologische Feld angemessen zu charakterisieren, hat man spezifische Dinge, wie besondere Ziele, Reize, Bedürfnisse soziale Beziehungen, wie auch allgemeinere Eigenschaften des Feldes wie die Atmosphäre (beispielsweise die freundliche, gespannte, feindliche Atmosphäre) oder das Maß an Freiheit zu berücksichtigen. Diese Eigenschaften des Feldes als Ganzes sind in der Psychologie ebenso wichtig wie beispielsweise das Gravitationsfeld in der klassischen Phy-

sik. Psychologische Atmosphären sind empirische Wirklichkeiten und wissenschaftlich beschreibbare Fakten.“ (Lewin 1946, S. 377f).

## Literatur

- Alder, M.-L. & M. Buchholz (2017): Kommunikative Gewalt in der Psychotherapie. In: Bonacchi, S. (Hrsg.). *Verbale Aggression*. Berlin/Boston: De Gruyter, 171–201.
- Dembo, T. (1931): Der Ärger als dynamisches Problem. *Psychologische Forschung*, 15, 1–144.
- Galli, G. (2005): *Psychologie der sozialen Tugenden*. 2. Auflage. Wien, Köln, Weimar: Böhlher Verlag.
- Galli, G. (2010): Die Person in Beziehung. In: G. Galli (Hrsg.). *Gestaltpsychologie und Person*. Wien: Verlag Krammer, 43–63.
- Henle, M. (1962): Some Aspects of the Phenomenology of the Personality. *Psychologische Beiträge IV* (3-4), 395–404.
- Kästli, R. (2011): Zur Therapeutin-Klientin-Beziehung in der Gestalttheoretischen Psychotherapie. *Phänomenal*, 3(2), 19–21.
- Kriz, J. (1996): Zum Verhältnis von Forschung und Praxis in der Psychotherapie. *Psychotherapie Forum* 4(3).
- Kriz, J. (2001): *Grundkonzepte der Psychotherapie*. Weinheim: PVU.
- Lewin, K. (1946/1982): Verhalten und Entwicklung als Funktion der Gesamtsituation. In: C.-F. Graumann (Hrsg.), *Kurt-Lewin-Werkausgabe, Bd. 6*. Bern, Stuttgart: Huber, Klett-Cotta. 375–448.
- Metzger, W. (1962): *Schöpferische Freiheit*. Frankfurt: Waldemar Kramer.
- Metzger, W. (1963/2001). *Psychologie. Die Entwicklung ihrer Grundannahmen seit der Einführung des Experiments*. Darmstadt: Steinkopff. 6. Auflage. Wien: Krammer.
- Metz-Göckel, H. (2014): Über Bezugspänomene: Wie ein Sachverhalt durch den Bezug auf einen anderen seine besonderen Merkmale erhält - Gestalttheoretische Grundlagen und Anwendungen im Bereich der Kultur und Sprache. *Gestalt Theory*, 36(4), 355–385.
- Stemberger, G. (2013): Eine Besonderheit der psychotherapeutischen Situation. *Phänomenal*, 5(1-2), 27–31.
- Stemberger, G. (2017): Machtfelder in der Psychotherapie (Teil 2). *Phänomenal*, 9(1), 17–26.
- Stemberger, G. (2018): Therapeutische Beziehung und therapeutische Praxis in der Gestalttheoretischen Psychotherapie (Praxeologie Teil 1). *Phänomenal*, 10(2), 20–28.
- Stemberger, G. (2019): Therapeutische Beziehung und therapeutische Praxis in der Gestalttheoretischen Psychotherapie (Praxeologie Teil 3). *Phänomenal*, 11(2), 42–50.
- Sternek, K. (2014): Tamara Dembo (1902-1993) – Emotionsforschung und Rehabilitationspsychologie. *Phänomenal*, 6(2), 49–58.
- Trombini, G.; Corazza, A. & G. Stemberger (2019): Manifest Dream/Association Comparison: A Criterion to Monitor the Psychotherapeutic Field. *Gestalt Theory*, 41(1), 61–78.
- Walter, H.-J. P. (1994): *Gestalttheorie und Psychotherapie*. 3. Auflage. Opladen: Westdeutscher Verlag.