

Gerhard Dammann / Thomas Meng (Hg.)

Spiegelprozesse in Psychotherapie und Kunsttherapie

Das Progressive Therapeutische Spiegelbild –
eine Methode im Dialog

Mit einem Geleitwort von Gaetano Benedetti

Mit 141 Abbildungen und 1 Tabelle

Vandenhoeck & Ruprecht

Gerhard Dammann

Wirkfaktoren des Progressiven Therapeutischen Spiegelbilds im Lichte neuer psychodynamischer Prozesstheorien

Für einige, sage ich, waren Spiegel eine Hieroglyphe der Wahrheit, weil sie alles enthüllen können, was sich ihnen zeigt, so wie es der Wahrheit Brauch ist, die nicht verborgen bleiben kann. Andere dagegen halten Spiegel für Symbole der Falschheit, weil sie die Dinge oft anders zeigen, als sie sind.

(Raphael Mirami, 1582)

Im Folgenden soll zum einen versucht werden, die sich weiterentwickelnde Methode des Progressiven Therapeutischen Spiegelbilds (Peciccia und Benedetti, 1998) mit neueren psychodynamischen Prozesstheorien und Überlegungen zur Behandlungstechnik von schweren Persönlichkeitsstörungen in Verbindung zu bringen (dabei insbesondere das Mentalisierungs- und das Spaltungskonzept). Zum anderen soll näher auf das Konzept der Symmetrisierung bei unbewussten mentalen Prozessen (Benecke und Dammann, 2003) eingegangen werden.

Warum soll diese primär kunsttherapeutische Methode mit neueren Theoriediskussionen verbunden werden? Zum einen, weil ich – wie dies auch Benedetti vorschlägt – kunsttherapeutische Technik immer eingebettet sehe in ein übergeordnetes therapeutisches Geschehen. Benedetti spricht davon, dass die »Grundtechnik nur das Gerüst der Therapie ist« (1998, S. 203). Kunsttherapie ist demnach zu allererst Psychotherapie, die »amplifizierende oder auch die rekonstruierende Deutung nicht ausschließt, sondern sie mitverwendet, sobald der Ichzustand des Patienten dies erlaubt« (S. 204).

Auch kann davon ausgegangen werden, dass alle psychotherapeutische Verfahren, die erfolgreich mit strukturell schwer gestörten Patienten (Persönlichkeitsstörungen u. Ä.) arbeiten, fundamentale Gemeinsamkeiten aufweisen müssen, auch wenn sie den Kern der Wirkungsweise ihrer jeweiligen technischen Vorgehensweise teilweise ganz anders theoretisch und terminologisch beschreiben (dazu auch Dammann, 2007). Die meisten psychotherapeutischen Verfahren, die in der letzten Zeit etwa für Borderline-Patienten oder schwer traumatisierte Patienten entwickelt wurden, kreisen um das Konzept der Integration nicht integrierter oder abgespaltener Persönlichkeitsanteile.

Auf viele weitere Aspekte dieses Blicks quasi von außen (als kein Kunsttherapeut, der mit dieser Technik arbeitet) auf das Progressive Therapeutische

Spiegelbild muss an dieser Stelle verzichtet werden, etwa die ergänzende große Bedeutung, die die Arbeit mit Träumen, auch mit denen des Therapeuten, haben kann.

Benedetti unterscheidet zehn Etappen des Prozesses, die er summarisch wie folgt benennt:

1. Wahrnehmung des Leidens
2. Symmetrie
3. Sprung des Therapeuten in den Spalt des Patienten
4. Stellvertretung des Opfers
5. Entwicklungsvorschlag
6. Auseinandersetzung mit dem Widerstand
7. Schöpfung des Übergangssubjekts
8. positivierende Progression
9. Neugeburt des Selbst
10. Trennung

Analog dem Spiel des Kindes nach Winnicott können wir beim Patienten, mit dem wir kreativ arbeiten – und Kreativität kann sehr wohl in rein verbalen Therapien gelingen oder auch in Kreativtherapien (wie Kunsttherapie) misslingen –, ein Zweifaches beobachten: nämlich wie der Patient ein neues Objekt (oder Symbol) findet und gleichzeitig wie er erste Spielerfahrungen macht.

Wirkfaktoren des Spiegelbilds

In den Dialog treten

Primäre Aufgabe des Therapeuten mit psychisch schwerst erkrankten Patienten ist es, mit diesen in einen einerseits relevanten, aber andererseits nichtinvasiven Dialog treten zu können. Benedetti schreibt dazu: »Man beachte hier ein wichtiges Prinzip dieser Therapie: keine reduktive Interpretation, sondern eine mitfühlende Spiegeldarstellung, die als in sich sinnvolles Bild dem Wahn seinen Wahncharakter wegnimmt« (1998, S. 199).

Ein Beispiel dafür wäre die Antwort des Therapeuten auf die halb exploratorisch und halb herausfordernd gemeinte Frage eines psychotischen jungen Mannes an den Therapeuten »Bin ich verrückt?«, der darauf hin die Antwort erhält, »daß alles, was dieser erlebe, wichtig und ernst zu nehmen sei und auch für den Therapeuten in einer verborgenen Weise wahr sei« (Benedetti, 1998, S. 199).

Hier wird die Technik des Zugangs sehr gut sichtbar: Die rein sachliche Dimension der Frage wird offen gehalten. Gleichzeitig greift der Therapeut die Frage dennoch wirklich auf und arbeitet so (wenn auch nicht direkt) in der Übertragung. Er gibt die Frage nicht einfach dem Patienten zurück, wie dies in

Therapien nicht selten vorkommt: »Wie meinen Sie das?«, »Warum denken Sie das?«

Der englische Psychoanalytiker John Steiner (1994) hat in seiner Arbeit »Patient centered and analyst centered interpretations« sehr zu Recht darauf hingewiesen, dass der Patient etwas auf uns projiziert oder eine Frage delegiert, weil er selbst etwas innerlich nicht lösen oder ertragen kann. Er benötigt also eine verstehende Antwort. Man könnte hier auch den Begriff aus der kleinianischen Psychoanalyse Bions verwenden, dass der Therapeut oder Analytiker etwas innerlich gleichsam für den Patienten »verdauen« und umwandeln muss, um es ihm dann verändert zurückzugeben.

Vielleicht könnte dieser Prozess auch eine Erklärung darstellen für den bemerkenswerten Befund von Gisela Schmeer (siehe ihren Beitrag in diesem Buch) in der von ihr entwickelten Resonanzbild-Methode, dass nämlich durch unbewusste, modifizierende »Arbeit« aus den Bildern von Patienten die mit (schwer aushaltbaren) Symptomen (wie Schmerzen) zusammenhängenden Bildzeichen verschwinden können, wenn sie in den einführenden Kopien anderer Gruppenmitglieder deponiert und dort »containt« werden können.

Einführung eines neuen Themas durch behutsame Modifikation

Es genügt jedoch nicht, dass es dem (Kunst-)Therapeuten gelingt, in ausreichenden Kontakt mit dem Patienten zu treten und z. B. nur das (wiederholend) zu spiegeln, was der Patienten ohnehin selbst bereits weiß, z. B. durch Interventionen, die nicht weiter gehen als »Das muss sicher sehr schlimm für Sie gewesen sein«.

Der Therapeut sollte das Thema des Patienten aufgreifen und durch die Einführung eines neuen Themas behutsam erweitern und modifizieren. Der Therapeut tut dies, indem er innerlich übersetzt, was der Patient meint, und ihm dies rückmeldet. Natürlich ist es dabei nicht so, dass diese Übersetzungsarbeit immer einfach ist. Oft fällt uns nichts ein, oder wir kämpfen – gerade mit den schwerst kranken Patienten – gegen Gefühle von Müdigkeit, Diffusität, »weißem Rauschen« in der Gegenübertragung an.

Hier sei nochmals auf Bion verwiesen, der 1959 von den »attacks on linking«, die auch »attacks on thinking« seien, gesprochen hat. Gemeint ist, dass die Beziehungsangst (aus Verschmelzungs- und Verlassenheitsangst, aber auch Selbstverlust), die im Mittelpunkt des Werks von Benedetti steht, sich in unbewussten Angriffen gegen die Denkfähigkeit zeigt, die der Therapeut projektiv-identifikatorisch mit dem Patienten erdulden muss.

Neben Bion befassten sich besonders auch die Psychoanalytiker Winnicott und André Green (»travail du négatif«) mit dem Thema der objektalen »Besetzung« (französisch »le lien«), also mit dem Thema »Verbindung schaffen«, aber auch mit der Destruktion von Verbindungen.

Das immer auch Überraschende, Verblüffende, das Kunst und Kreativität beinhalten, fördert dieses Durchbrechen von sich wiederholenden Regelkreisen der Pathologie. »Im Wechselspiel der Assoziationen, zwischen dem, was ist, und dem, was nicht ist, schaffen wir Raum für noch nicht Dagewesenes, noch nicht Gedachtes, noch nicht Verbundenes. Wir wissen ja noch nicht, was wir nicht wissen, was unbewusst ist – wir suchen danach« (Mendes de Leon, 2007).

Wie muss ein Therapeut auf schwer gestörte Patienten antworten?

Hier gibt es einige Kontroversen über die technischen Vorgehensweisen, wie sie etwa aus psychodynamischer Sicht z. B. für das Gebiet der Borderline-Persönlichkeitsstörung in den letzten Jahren diskutiert wurden (Dammann, 2010).

- Insgesamt sollte die Technik umso aktiver sein, je strukturell kränker der Patient ist.
- Je stärker ein Patient narzisstische Züge aufweist, was sich in dünnhäutiger Empfindlichkeit (die eher das Gegenteil von Empfindsamkeit ist) bis zu übertriebenem Misstrauen zeigen kann, umso wichtiger sind am Anfang der Behandlung unterstützende Techniken.
- Mit der Zeit – dann nämlich, wenn die therapeutische Beziehung tragfähiger wird – wird es zunehmend möglich, einen Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung oder einer psychotischen Erkrankung auch stärker zu konfrontieren.
- Eine große Debatte besteht darin, ob und wann Übertragungsdeutungen hilfreich sind oder nicht. Während insbesondere Otto Kernberg der Deutung weiterhin eine im technischen Vorgehen zentrale Rolle zuschreibt, allerdings auch betont, dass in vielen Fällen zunächst Klärungen und der Aufbau einer therapeutischen Beziehung notwendig sind, sieht die Gruppe der stärker interaktionell ausgerichteten psychodynamischen Psychotherapeuten – etwa die »strukturbezogene Psychotherapie« von Rudolf (2004) – Übertragungsdeutungen bei diesen Patienten sogar als schädlich an.

Benedetti würde ich dabei (Psychoanalyse-ideengeschichtlich) eher in der Gruppe der neopsychanalytisch-orientierten Psychoanalytiker sehen, die – wie Daniel Stern und andere – den Wert der echten Beziehung und Interaktion und weniger der Übertragungsbeziehung und der Deutung betonen.

Auch innerhalb der Kunsttherapie scheint es stärker konfrontative und deutende Zugänge zu geben (siehe die Beiträge von Gisela Schmeer, die vom »asymmetrischen therapeutischen Spiegelbild« spricht, und Michael Günter in diesem Buch) und mehr supportive, die Ressourcen betonende und spiegelnde Ansätze (siehe die Beiträge von Thomas Meng und Flora von Sprei in diesem Buch).

Die Gefahr eines zu sehr konfrontativen, deutenden Zugangs könnte sein, dass der Patient zu früh seinen Widerstandspanzer angegriffen bekommt, bevor die Beziehung tragfähig genug ist, und dass er dadurch Angst bekommt und destabilisiert wird.

Aber auch die Gefahren einer zu stark supportiven Technik liegen auf der Hand. Sie arbeitet letztlich nicht mit einem dynamischen, von Konflikten geprägten Unbewussten. Diese Technik ignoriert nicht selten die psychoanalytischen Vorstellungen von Sexualität und Destruktivität. Sie betont die Bedeutung der Tragfähigkeit von Beziehung, benützt dieses Konzept jedoch, um Argumente zu finden, warum nicht stärker konfrontierend gearbeitet werden konnte.

Übertragungsdeutungen (auch wenn sie manchmal schmerzhaft sind und zu passageren Widerständen führen) können die Beziehung vertiefen. Im Progressiven Therapeutischen Spiegelbild werden die Übertragungsprozesse, die entstehen, zumeist nicht direkt gedeutet. »Der Therapeut interpretierte wiederum nicht; nach dieser Methode wird die verbale Interpretation, die die Dinge oft allzu nahe legt, durch das neutralere Bild ersetzt, dessen Symbolik der Kranke mit seinem Unbewussten versteht, ohne damit konfrontiert zu werden« (Benedetti, 1998, S. 201).

Das Problem der Synchronisierung

Insofern sind Ansätze, die symmetrische (spiegelnde) und asymmetrische (konfrontierende) Vorgehensweisen kombinieren wie etwa der, den Gisela Schmeer (siehe ihren Beitrag in diesem Buch) aus kunsttherapeutischer Perspektive dargestellt hat, sehr einleuchtend. Je nach Patient, Phase der Behandlung und vielleicht auch Situation wird man eher stabilisierend-spiegelnd oder konfrontierend-asymmetrisch vorgehen können.

Auch die positivierende Technik des Progressiven therapeutischen Spiegelbilds hat Elemente von beidem, nämlich einer positivierenden Begleitung und gleichzeitig einer behutsamen, die unbewussten Affektive mobilisierenden Widerstandsanalyse.

Generell sollte man das Positive, Erreichte nicht ansprechen – obwohl es uns Therapeuten oft drängt, weil wir den Patienten trösten oder ermutigen wollen. Der Patient weiß selbst, was er erreicht hat, was besser läuft, wo es Fortschritte gegeben hat. Indem wir das immer wieder betonen, infantilisieren wir den Patienten indirekt. Gemeint ist damit nicht das oft für Patientinnen und Patienten wichtige Aussprechen von Anerkennung, wenn etwas Schwieriges gemeistert wurde. Borderline-Patienten vermuten hinter Lob oft für sie ungünstige Beweggründe (wir wollen z. B., so vermuten sie, sie langsam auf das Ende der Therapie vorbereiten; oder aber wir erwarten direkte Dankbarkeit oder sogar Gegenleistung, wenn wir loben, usw.).

Der technische Rahmen – eine gemeinsame Basis

Zunehmend sind sich Therapeuten über folgende technischen Kernpunkte der Psychotherapie schwerer Störungen einig:

- Starke Betonung der Stabilität des Behandlungsrahmens. Es braucht einen Rahmen. Auffallend sind die klaren Regeln des Settings in allen Ansätzen.
- Grundsätzliches Anerkennen und tolerierendes Aushalten auch »feindlicher« Aspekte des Patienten, die sich in der negativen Übertragung manifestieren und mit denen gearbeitet werden sollte.
- Besonders am Anfang der Therapie erfolgt eine stärkere Fokussierung auf Deutungen im Hier-und-Jetzt und weit weniger auf genetische (d.h. auf die Vergangenheit bezogene) Deutungen.
- Sorgfältiges Beobachten der Gegenübertragungsgefühle.
- Aufgabe der Technik ist es, das Eigentliche der therapeutischen Arbeit zu vermitteln. Sie darf aber nicht zu einer Art »Technologie« verkommen, bei der der Patient nur noch »gemanagt« wird.

Das zentrale Dilemma der schweren strukturellen Störungen

Mir scheint, dass gerade im Progressiven Therapeutischen Spiegelbild, das für Menschen mit Borderline-Organisationen und psychotische Patienten entwickelt wurde, wie auch etwa in der von Otto Kernberg entwickelten übertragungsfokussierten Psychotherapie (TFP) (Clarkin et al., 1999), mit einem zentralen Dilemma gearbeitet wird:

- Borderline-Patienten können nicht kontinuierlich ohne Beziehung sein, sie sind existentiell auf den Anderen (als Tröster etc.) angewiesen (Mangel an haltenden inneren Objekten; Wunsch nach ungetrennter Symbiose; man könnte dies als *Verlassenheitsangst* benennen; die Notwendigkeit einer stabilen, kontinuierlichen Beziehung wird daraus plausibel).
- Gleichzeitig können Borderline-Patienten aber auch nicht kontinuierlich in Beziehung sein (wegen der Angst, verlassen oder manipuliert zu werden, wegen der Nähe, die entsteht und die bedeutet, sich selbst zu verlieren etc.; *Ver-schmelzungsangst*).

Aufgabe des Therapeuten ist es nun, diese beiden Gefahren, *Skylla* und *Charibdis*, zu umschiffen. Benedetti spricht von einer »Dialektik zwischen Nähe und Distanz« (1991, S. 267). Folge dieser Problematik (nach Lohmer, 2002) sind abrupte Kehrtwendungen mit dem Versuch, Distanz herzustellen (Vorwürfe, plötzliche Kühle, Wutanfälle etc.). Oder aber Versuche, wieder Nähe herzustellen (Unterwerfungen, Verführungen, Manipulationen, Drohungen etc.). Das Gegenüber (der Partner, der Therapeut etc.) wird in diese Dynamik hineinge-

zogen und kann nicht anders, als jeweils polar dazu reagieren bzw. antworten (sich entziehend, verschlingend etc.). Das »agoraphob-klaustrophobe Dilemma« (Rey) von Eiswüste und Feuerhölle wird also zum Dilemma des Gegenübers. Dies erklärt die – insbesondere auch von Gaetano Benedetti in seinem Werk herausgearbeitete und mitfühlend mitempfundene – oft existentielle tiefe Verzweiflung dieser Patienten. »This mirroring system could underlie the development of empathic attunement (e.g., Benedetti's theory of the therapist's identification with the catastrophes occurring within the patient) and intersubjectivity« (Koehler, 2006).

Die häufig zu beobachtende Spaltung, als Abwehrmechanismus verstanden, schützt vor noch mehr Konfusion durch die Identitätsdiffusion, führt aber zu weiteren Problemen. Psychoanalytisch könnte mit Bion, Green oder Winnicott gesagt werden, dass es einen Abstand braucht, einen »Raum zwischen dem totalen Verlust des Objekts und der exzessiven Anwesenheit, damit eine Toleranz des Psychischen entstehen kann« (Mendes de Leon, 2007).

Metatheorie der Technik

Die neueren psychotherapeutischen Verfahren zur Behandlung der Borderline-Störung kreisen um die Integration abgespaltener Teile. Je nach Theorie werden sie als dissoziierte *Ego states*, inkompatible Schemata, oszillierende Teilobjektrepräsentanzen oder als Dialektik zwischen Validierungs- und Veränderungsstrategien bezeichnet.

In der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) kommt der Balance von Validierungsstrategien (»radikale Akzeptanz«: »ich kann Sie da wirklich verstehen«) und Veränderungsstrategien (»und dennoch, obwohl es so schwer ist, müssen Sie etwas daran ändern ...«) eine wesentliche Bedeutung zu. Indem der Therapeut selbst mit diesen Balancen arbeitet – diese selbst aushält und dem Patienten (kognitiv, deutend, modellhaft, affektiv spürbar) vermittelt –, findet integrierende Therapie erfolgreich statt.

Nähe und Distanz

Die Therapie mit persönlichkeitsgestörten Patienten ist eine Gratwanderung zwischen der Beachtung realer Verlassenheitsängste einerseits und einer technisch neutralen, allerdings nicht zu abstinenter Haltung andererseits. Der Therapeut wird immer in der Versuchung sein, den Patienten entweder (real) zu nahe an sich herankommen zu lassen, was eine Verführung, ein Verführtwerden oder eine Infantilisierung bedeuten könnte, oder aber den Patienten (real), technisch mit der Neutralität begründet, zu sehr auf Distanz zu halten und dadurch

eben kein wirkliches Gegenüber zu sein. Der psychoanalytische Psychotherapeut wie der psychodynamisch orientierte Kunsttherapeut arbeiten auf subtile Art und Weise an der Balance von Abgrenzung und Hinwendung.

Stärker vielleicht als Übertragungen von Eltern-Imagines und anderen Übertragungsformen auf die Therapeutin oder den Therapeuten kommt es bei schwer kranken Patienten (wie es besonders die Psychosen-Psychoanalytiker Mentzos und Benedetti in ihren Arbeiten gezeigt haben) zunächst zu einer so genannten »Ich-Übertragung«, der Patient deponiert quasi sein von Schuldgefühlen, destruktiven Aspekten usw. geschwächtes Ich auf den Therapeuten. Diese echte »Identifikation« mit ihm trägt zur Integration bei. Aber die Psychotherapie der Schizophrenie wird von Benedetti (1991, S. 247) als »Grenzsituation menschlicher Begegnung« bezeichnet.

Der Therapeut stellt neben seinem Verständnis sein kohärentes Selbst zur Verfügung und dem fragmentierten Selbst des Patienten gegenüber. Entwicklungsgeschichtlich besteht hier eine Nähe zwischen der Positivierung im Progressiven Therapeutischen Spiegelbild und der mütterlichen Funktion (siehe den Beitrag von Bischof-Köhler in diesem Buch oder den Beitrag von Paulina Kernberg, 2008, zu Spiegelbildern in der Kindertherapie, auf den hier nicht näher eingegangen werden kann). Diese Prozesse der Umwandlung in etwas Positives können kaum »abgekürzt« werden. Dabei ist eine besondere Schwierigkeit, dass – was auch empirisch in der Mimikforschung gezeigt werden konnte (Steimer-Krause, 1996; Merten, 1996) – gesündere Interaktionspartner (also auch Therapeuten) sich gegenüber Schizophrenen, was die »Involvement-Regulation« betrifft, distanzierend verhalten.

Dafür ist es aber auch wichtig, dass die Therapeutin oder der Therapeut sich genügend mit den gestörten Anteilen des Patienten identifizieren kann bzw. genügend Zugang zu seiner eigenen gestörten Seite hat, was man früher als »psychotischen Kern« bezeichnet hat, ohne dass diese (an sich hilfreiche) Metapher wirklich ausreichend Evidenz dafür hätte, dass es tatsächlich so etwas wie einen psychotischen Kern gibt.

Die Behandlung weist somit immer auch wechselseitige Elemente auf: Der Therapeut untersucht den Patienten; aber der Patient untersucht auch den Therapeuten. Ja, man kann wohl noch weiter gehen: Therapeut und Patienten behandeln sich gegenseitig!

Die Psychotherapie etwa eines Borderline-Patienten ist immer auch zu einem Teil eine Borderline-Therapie von einem selbst. Gerade das Setting des Progressiven Therapeutischen Spiegelbilds, mit parallel durchgeführten Pauszeichnungen, macht aus Therapeut und Patient gleichrangige Akteure. Die psychoanalytische Erfahrung steht im Zentrum.

Das Verfahren des Progressiven Therapeutischen Spiegelbilds ist in gewisser Weise ein körperorientiertes Verfahren, da in der Gruppe »Rücken an Rücken« gezeichnet wird. Das Setting vermeidet – analog dem Couch-Setting – Formen

der Selbstzensur durch Analyse der Mimik des Gegenübers und es ermöglicht, je nach Situation oder Phase der Behandlung, mehr oder weniger Sprache einzusetzen.

Im Zusammenhang mit der Bedeutung des Spielens, der Kreativität wie der Psychoanalyse verwendet Winnicott die Begriffe »play area«, »third area«, »intermediate area« oder auch »Möglichkeitsraum« (»potential space«). Erst dieser intermediäre Raum macht es schwer kranken Patienten möglich (etwa in einem Kunstatelier), das Leben zu leben und es gestalten zu lernen. Winnicott spricht auch vom Übergang und vom Unterschied von Kontinuität zum Nebeneinander (»Where it can be said that continuity is giving place to contiguity«; Winnicott, 1971, S. 101).

Das Zeichnen selbst generiert weiter auch eine Erfahrung des »Fremdens« – eine erste Voraussetzung, um etwas zu denken, und es mag regressive Erinnerungen an die eigene Kindheit wachrufen. Doch neben der spielerischen Erfahrung in der Darstellung entsteht eine Mitteilung des Unbewussten. Winnicott schreibt, »that play is in fact neither a matter of inner psychic reality nor a matter of external reality« (1971, S. 101).

Bildwerke, Metaphern und Triangulierung

Der Technik des Therapeutischen Spiegelbilds kommt meines Erachtens aus einem besonderen Grund noch eine zusätzliche Bedeutung zu: Die Einführung des kreativen Werks, das zwischen Patient und Therapeut steht, schafft eine triangulierende Distanz und damit auch Sicherheit. Für Benedetti kommt allerdings dem Bild mehr als eine triangulierende Funktion zu: Es ersetzt teilweise die Interpretation durch seine Symbolik, die der Kranke in seinem Unbewussten zu lesen vermag (Benedetti, 1998, S. 201).

Dies korrespondiert auch sehr gut mit der Theorie von John Steiner (1998) (»Orte seelischen Rückzugs«): Es können von schwer gestörten Menschen weder die Schrecken der »depressiven Position« noch die der »schizoid-paranoiden Position« (in der Terminologie der kleinianischen Psychoanalyse) ausgehalten werden. Also auch hier die Unvereinbarkeit von Symbiose und Trennung. Geht es in der schizoid-paranoiden Position um Vernichtungsängste, sind die Ängste der depressiven Position, wo es um Verlust und Trauer geht, ebenso wenig auszuhalten. Die Borderline-Patienten – so die Theorie von Steiner – bleiben somit quasi in einer Art Zwischenposition, wie festgefroren, unbeweglich. Dies äußert sich dann teilweise auch in den Bildern und Phantasien von Burgen, Inseln, Türmen etc. (Im Beitrag von Spreti geht es geradezu prototypisch um ein Bild einer gepanzerten Festung, das gleichzeitig einer urzeitlichen Echse gleicht.) Mit und in diesen Bildern kann nun symbolisch gearbeitet werden. Sie sind Metaphern und neu geschaffene Realität zugleich. Bilder schaffen dabei einerseits

Distanz und erzeugen andererseits emotionale Nähe, wenn sie gemeinsam geschaffen werden (siehe dazu auch Brömmel und Dammann, 2004). Immer also geht es um den Aufbau einer aushaltbaren Zwischenwelt gemeinsam gestalteter Subjektivität. Nicht zu unterschätzen, gerade für schwer kranke Patienten, dass im kreativ-therapeutischen Prozess etwas geschaffen wird, was auch physisch Bestand hat.

Die Zeichnung, die beim Progressiven Therapeutischen Spiegelbild entsteht, hat (wie auch das gemeinsam gefundene passende Bild in der Therapie) eine triangulierende Funktion. Die Behutsamkeit der Technik (Pauspapier, Bleistift-Zeichnung statt Farbe) stellt dabei eine gelungene Adaptation an das zentrale Problem der Schizophrenie dar, nämlich den Selbstverlust durch zu viel Nähe, der aus den Ich-Störungen resultiert.

Die Technik führt auch zum Aufbau einer zeitlichen Struktur und das Zeichnen zwingt zu Konzentration und Präzision. Es ermöglicht jedoch auch, auf relevante »Fulgurationsmomente« zu warten (den so genannten »now moments«, von denen Daniel Stern spricht), wo sich etwas im Prozess verdichtet und fühl- und verstehbar werden kann. Kernberg spricht auch von »Spitzenaffekten«, die in der Therapie mobilisiert werden.

Die zeichnerische Reverie mobilisiert unbewusste Prozesse. Hier liegt eine Nähe zur Traumarbeit mit ihren Verdichtungen und Verschiebungen.

Mentalisierung

Entwicklungen der neueren psychodynamischen Psychotherapie schwerer Störungen vorwegnehmend hat die Methode des Progressiven Therapeutischen Spiegelbilds die Bedeutung von Mentalisierung, d. h. einführender »Fähigkeit, das eigene Verhalten oder das Verhalten anderer Menschen durch Zuschreibung mentaler Zustände zu interpretieren« (Bateman und Fonagy, 2008, S. 128), sowie die Bedeutung einer länger dauernden therapeutischen Beziehung und die Betonung von intermediären, triangulierenden Strukturen herausgearbeitet. Die Mentalisierungstheorie tritt heute häufig an die Stelle der zuvor vorhandenen Beschäftigung mit der Symbolisierung, die als Ich-Funktion von der Psychoanalyse schon früh konzeptualisiert wurde (Beres, 1970). Bei Benedetti heißt es: »So kann man sagen, dass das Progressive Therapeutische Spiegelbild das Symbol in die Welt des Patienten einführt« (1998, S. 221). Heute würde man wohl sagen, dass das Progressive Therapeutische Spiegelbild die Mentalisierungsfähigkeit stärkt.

Basis der Mentalisierungstheorie ist dabei die den Primaten (und evt. auch anderen Tieren) eigene »Theory of Mind«, d. h. die Fähigkeit, sich in die Perspektive des Anderen hineinversetzen und seine Gedanken, Emotionen und Planungen ein Stück weit antizipieren zu können (zur Theory of Mind siehe Förstl, 2007).

Die Mentalisierungstheorie erscheint dabei als ein einleuchtendes entwicklungspsychologisches Modell, das insbesondere auch die so genannte Transmission psychischer Störungen zu erklären versucht. Sind die primären frühen Bezugspersonen nicht einfühlsam, so wird auch das Kind in dieser Hinsicht Defizite entwickeln. Anders als die Theory-of-Mind-Theoretiker argumentieren die Vertreter der »Simulationstheorie« (Goldman, 2006; Iacoboni, 2008), dass es sich weniger um ein mentales »Hineindenken« (im Sinne eines denkerischen Konzepts des Anderen) handelt als um eine Form der unbewussten Simulation: »The mirror neuron system seems to project internally (psychoanalysts would say »introject«) those other people into our own brains« (Iacoboni, 2008, S. 260).

Auch bei der psychodynamischen Behandlung von Delinquenten wurde im Zusammenhang mit besonders pathologischen Mustern (Lügen, »doppelte Buchführung«) auf das Konzept der Mentalisierung zurückgegriffen. Dabei sind jedoch einige Aspekte heute unklar. Die »doppelte Buchführung« (hier nicht im Sinne der Schizophrenie gemeint, sondern als das Vorspielen einer ganz anderen Seite von antisozialen Persönlichkeiten) spricht doch gerade nicht für ein Mentalisierungsdefizit, sondern erfordert hohes reflexives Funktionieren (»Was will der Andere von mir hören, dass es ihn so stimmt, dass es mir nützt?«). Wie erklärt die Mentalisierungstheorie, dass jemand ein einfühlsamer und sensibler Lehrer sein kann und gleichzeitig Kinder aufs Grausamste missbrauchen kann? Fonagy spricht in diesem Zusammenhang von »Pseudohypermentalisierung«. (Nur, wer oder was in der psychischen Struktur kann »hypermentalisieren«, wenn das »Selbst« gleichzeitig »hypomentalisiert« ist? – zur Kritik der Mentalisierungstheorie siehe Dammann, 2003).

Symmetrie

In Benedettis und Peciccias Therapieform des Progressiven Therapeutischen Spiegelbilds kommt der Symmetrisierung eine zentrale Bedeutung zu – theoretisch: »Die Psychotherapie ist also im Wesentlichen eine Positivierung des psychotischen Erlebens durch dessen Dualisierung« (Benedetti, 1998, S. 219), aber auch technisch: »Der Therapeut antwortete auf Pauspapier mit einer symmetrischen Zeichnung, in der er die Verbindung von Erde und Mond verstärkte. Man beachte hier ein weiteres Prinzip dieser Therapie: ein »legitimer«, das heißt psychologisch sinnvoller Ausdruck des Wahns, wie in diesem Fall die intrapsychische Integration der männlichen und weiblichen Seite im Selbst, wird durch ein symmetrisches Bild gefördert, das dem Patienten die Bereitschaft des Therapeuten mitteilt, symmetrisch zu seinem Erleben zu stehen« (Benedetti, 1998, S. 201).

Ausgehend von dem Befund, dass man bei Schizophrenen sowohl das Phänomen der autistischen Getrenntheit wie auch einer übermäßigen symbiotischen

Identifizierung findet (Peciccia und Benedetti, 1998), entwickelten Benedetti und Peciccia (Peciccia, 2000, S. 62 f.) die Hypothese vom Bruch der Komplementarität (einen Begriff des Physikers Niels Bohr aufgreifend): »Unsere Hypothese besagt, daß es in der Schizophrenie zu einem Bruch kommt in der Integration zwischen der symbiotischen Entwicklungslinie des Selbst und der Entwicklungslinie, die auf der Trennung Selbst–Nichtselbst gründet. Aufgrund dieser verfehlten Integration entstehen zwei nicht vereinbare Kerne des Selbst, die sich gegenseitig als »Nicht-Selbst« begegnen; der eine wird durch ein übermächtiges Bedürfnis nach Symbiose, der andere durch ein ebenso übersteigertes Bedürfnis nach autistisch geprägter Trennung charakterisiert« (S. 63 f.).

Aus diesem Modell resultieren die technischen Überlegungen. »[...] *das Progressive Therapeutische Spiegelbild*«, so Benedetti, »entsteht in der Spannung zwischen Symmetrie und Asymmetrie von Patient und Therapeut. [...] Symmetrie und Asymmetrie gehen aber auch vom Patienten aus. Im Versuch, sich seinem Therapeuten anzupassen, zeichnet er oft symmetrisch zu ihm; im Widerstand gegen ihn zeichnet er asymmetrisch« (1998, S. 221).

Der in Deutschland kaum bekannte chilenische Psychoanalytiker Ignacio Matte-Blanco hat eine Theorie (»Bi-Logic«) der Symmetrisierung des unbewussten Prozesses vorgelegt (Matte-Blanco, 1975; 1988). Nach Matte-Blanco, der sich dabei auch auf die mathematische Reihentheorie beruft, funktioniert das Unbewusste durch die Bildung von symmetrischen Reihen. Aufgabe der Psychoanalyse ist es, diese Symmetrie durch die Einführung nichtsymmetrischer Zusammenhänge aufzubrechen (siehe auch Rayner und Wooster, 1997). Nach Matte-Blanco ist die mentale Welt des Menschen geprägt von dem Spannungsverhältnis zwischen Symmetrie und Asymmetrie. Margret Mahlers Symbiose-Konzept betont entwicklungsgeschichtlich das Prinzip der Symmetrie; Daniel Stern betont die früh vorhandene Struktur von Selbst und Anderem, also die Asymmetrie. Für Matte-Blanco sind die asymmetrischen Aspekte in der mentalen Struktur verantwortlich für Grenzen, Sekundärprozess, Symbolbildung und abstraktes Denken, während die symmetrischen Aspekte für Unbewusstes, Primärprozess und symbolische Äquivalenz stehen.

Ohne Matte-Blanco wohl näher zu kennen, hat auch der Saarbrücker Psychoanalytiker Rainer Krause in seinen Untersuchungen zu mimischen Austauschprozessen beschrieben, dass es offensichtlich so ist, dass, je schwerer krank ein Patient ist, umso stärker zwingt er das Gegenüber in seinen affektiven-mental Zustand, synchronisiert dieses Gegenüber also mit seiner eigenen mentalen Welt. Der Psychoanalytiker Herbert Rosenfeld machte dafür den Identitätsverlust verantwortlich, der dazu führt, dass der psychotische Mensch eine abnorme, exzessive, projektive Identifikation entwickelt und zahlreiche eigene Teile in das andere Objekt verlegt. Dies kann empirisch durch das konkordante Auftreten von Gefühlsvalenzen im affektiv mimischen Ausdruck gemessen werden. Erfolgreiche Therapeuten, so die Theorie von Krause, die aber nicht definitiv

empirisch belegt ist, zeichneten sich dadurch aus, dass sie diesem Synchronisierungsdruck (einer Art von »Ansteckung«, die es wohl nicht nur beim Gähnen gibt) des Patienten entgehen könnten. Zeige der Patient also nur Affekte von Ekel und Wut und gelinge es dem Therapeuten z. B., in Kontakt zu kommen, entgegengesetzte Gefühle bei sich zu mobilisieren (Freude, Trauer) und komplementär affektiv zu zeigen und damit zu arbeiten, dann sei dies prognostisch gut.

Aufgabe des Therapeuten sei es, sich in die Welt des Patienten einzufühlen, sogar eine Identifizierung mit dem Anderen (»Spiegel-Funktion«) zu erreichen, sich aber dennoch einer zu großen Synchronisierung (Krause) im Sinne einer konkordanten Gegenübertragung zu entziehen. (Siehe auch den Beitrag von Benecke in diesem Buch.)

Natürlich beeinflusst nicht nur der Patient den Therapeuten, sondern auch der Therapeut kann durch Körperausdruck, Mimik, Verhalten und Sprache die innere Repräsentantenwelt des Patienten, die teilweise durch Spiegelneuronen vermittelt wird, aktivieren. Decety hat in seinen Arbeiten zur Bildgebung von Schmerzwahrnehmung ebenfalls die Bedeutung von sozial vermittelter Empathie und Spiegelbildlichkeit (»mirrored emotion«) empirisch nachweisen können (z. B. Akitsuki und Decety, 2009).

Vielleicht markiert dies auch das Problem des Unterschieds zwischen empathischen (und Parenting-Prozessen) auf der einen (siehe Rizzolatti und Sinigaglia, 2008) und projektiv-identifikatorischen Prozessen des Unbewussten auf der anderen Seite, die ja beide eine interaktionelle Valenz haben. Ineinandergreifen von Körper (Neuronen) und seelischem Geschehen in der Therapie ermöglicht so im Sinne einer »embodied simulation« (Gallese, 2005) eine diskret vollzogene, aber veränderbare szenische und affektive Wiederaufführung des Vergangenen. Erfahrene Beziehung verändert somit immer auch die eigene Identität.

Hier spielt auch das »mimetische Begehren« hinein, das der Kulturanthropologe René Girard beschrieben hat. Girard hat das Begehren im Allgemeinen als »wesenhaft mimetisch« definiert: Es richtet sich nach einem Modellwunsch, es erwählt das gleiche Objekt wie dieses Modell. (Zur Verbindung von Neurobiologie und Mimesis-Theorie siehe Gallese, 2009.) Vor Girard ist von sozialwissenschaftlicher Seite die zentrale anthropologische Bedeutung von Nachahmung und Begehren von dem französischen Soziologen Gabriel Tarde beleuchtet worden (dazu Borch und Stäheli, 2009).

Dennoch erscheint eine Verbindung zwischen Neurobiologie und Psychotherapie zum gegenwärtigen Zeitpunkt oft sehr spekulativ. Viele Fragen sind im Zusammenhang mit der Simulationstheorie offen: »Wenn Spiegel-Areale beim Schauen von Gewaltfilmen aufflackern, zeugt dies nach Iacoboni von motorischer Gewaltbereitschaft, die nur durch so genannte Super-Spiegelneuronen gehemmt werde. Diese Auslegung führt allerdings in einen infiniten Regress. Wann und wieso verhindern Super-Spiegelneuronen bei manchen Menschen gewalttätige Übergriffe und bei anderen nicht?« (Wübben, 2009). (Zur neuro-

biologischen Kritik an der Spiegelneuronentheorie siehe z. B. Dinstein, 2008.) Auch sind die Areale, wo sich die Spiegelneuronen befinden, relativ groß (beim Menschen vor allem in der Broca-Sprachregion und der prämotorischen BA44-Region. Diese Regionen sind zudem nicht identisch mit dem anterioren insulären Kortex, wo sich die (nur beim Menschen in größerer Zahl vorhandenen) von-Economo-Neuronen befinden, die in jüngster Zeit für die Mentalisierungsfähigkeit zunehmend verantwortlich gemacht werden (Craig, 2009).

Zusammenfassung und Ausblick

Ich denke, dass wir uns – ideengeschichtlich – gerade in einer sehr interessanten Phase der Beschäftigung mit Psychotherapie befinden, wo Schulenkämpfe etwas in den Hintergrund getreten sind und über übergeordnete Wirkprinzipien und Prozessebenen nachgedacht werden kann und die Vernetzung von psychodynamischen und neurobiologischen Befunden beim Verständnis von Interaktionsprozessen (hier auch Abgrenzung und Differenzierung von Selbst und Anderen) neue Einsichten verspricht (siehe dazu auch Frith und Wolpert, 2003).

Die Entdeckung der Spiegelneuronen durch Gallese und Rizzolatti (siehe die Beiträge von Bauer und Amitai sowie von Porschke in diesem Buch) hat auch zur Entdeckung sozialgeteilter Bedeutungsräume (»shared intersubjective space«, Gallese, 2003, S. 177) geführt, die durch die Spiegelneuronen vermittelt werden. Dabei sind die Spiegelneuronen nicht einfach da, sondern sie müssen, ob schon angelegt, gebildet werden: »There is also evidence that the human mirror neuron system is shaped by experience« (Iacoboni, 2008, S. 216). Es ist aufgrund dieser Vernetzung von Neurobiologie, Psychologie und Soziologie naheliegend, dass Iacoboni (2008, S. 266) deshalb diese Art der Forschung »existential neuroscience« nennt.

Man kann wohl sagen, dass das von Gaetano Benedetti geschaffene und gemeinsam mit Maurizio Peciccia weiterentwickelte Modell des Progressiven Therapeutischen Spiegelbilds zahlreiche der heute bestimmenden Ansätze, Theorie Diskussionen und Kontroversen vorweggenommen hat.

Für mich wird eine der zentralen Fragen in diesem Zusammenhang sein, wie wir in Zukunft einerseits das Ineinandergreifen von – vielleicht durch Spiegelneuronen vermittelte – mentalisierender Empathie und der Positivierung oder der symmetrischen Spiegelbildarbeit besser verstehen und erreichen können und wie wir andererseits die sich der Synchronisierung entziehende, konfrontativere oder asymmetrische Vorgehensweise besser begreifen und erreichen können und wir mit dieser Dialektik therapeutisch arbeiten können. Diese fundamentale Antinomie des Mentalen nennt Matte-Blanco »Bi-Logic«. Ganz verkürzt ausgedrückt vielleicht so: Wie gelingt Mentalisierung ohne Symmetrisierung?

Dichter erfassen ja häufig – unbewusst – ein Problem. Von der ängstigen Macht der Symmetrie und der Notwendigkeit des Rahmens spricht William Blake in seinem berühmten Gedicht:

*Tyger Tyger, burning bright,
In the forests of the night;
What immortal hand or eye,
Could frame thy fearful symmetry?*

Literatur

- Akitsuki, Y.; Decety, J. (2009). Social context and perceived agency affects empathy for pain: an event-related fMRI investigation, *Neuroimage*, 47, 722–734.
- Benecke, C.; Dammann, G. (2003). Unbewusste Emotionen. In A. Stephan, H. Walter (Hrsg.), *Natur und Theorie der Emotion* (S. 139–163). Paderborn: mentis.
- Benedetti, G. (1991). *Todeslandschaften der Seele. Psychopathologie, Psychodynamik und Psychotherapie der Schizophrenie* (3. Auflage). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Benedetti, G. (1998). *Psychotherapie als existentielle Herausforderung* (2. Auflage). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Beres, D. (1970). Symbol und Objekt, *Psyche – Z. Psychoanal.*, 24, 921–941.
- Bion, W.R. (1959). Attacks on linking. *International Journal of Psychoanalysis*, 40, 308–815.
- Borch, C.; Stäheli, U. (Hrsg.) (2009). *Soziologie der Nachahmung und des Begehrens. Materialien zu Gabriel Tarde*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Brömmel, B.; Dammann, G. (2004). Katathym-Imaginative Psychotherapie (KIP) und Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP) in der Behandlung von Borderline-Störungen, *Persönlichkeitsstörungen*, 8, 161–174.
- Clarkin, J.F.; Yeomans, F.E.; Kernberg, O.F. (1999). *Psychodynamische Therapie der Borderline-Persönlichkeit. Manual zur Transference Focused Psychotherapy (TFP)*. Stuttgart: Schattauer.
- Craig, A.D. (2009). How do you feel – now? The anterior insula and human awareness. *Nature Reviews Neuroscience*, 10, 59–70.
- Dammann, G. (2003). Borderline personality disorder and theory of mind: An evolutionary perspective. In M. Brüne, H. Ribbert, W. Schiefenhövel (Eds.), *The social brain: Evolution and pathology* (pp. 373–417). Chichester: John Wiley & Sons.
- Dammann, G. (2007). Bausteine einer allgemeinen Psychotherapie der Borderline-Störung. In G. Dammann, P.L. Janssen (Hrsg.), *Psychotherapie der Borderline-Störungen* (2. Auflage) (S. 238–258). Stuttgart/New York: Thieme.
- Dammann, G. (2010). Psychotherapeutische Behandlung von Persönlichkeitsstörungen. In V. Arolt, A. Kersting (Hrsg.), *Psychotherapie in der Psychiatrie. Welche Störungen behandelt man wie?* (S. 177–213). Berlin: Springer.
- Dinstein, I. (2008). Human cortex: Reflections of mirror neurons. *Current Biology*, 18(20), R956–R959.

- Bateman, A. W.; Fonagy, P. (2008). *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Ein mentalisierungsgestütztes Behandlungskonzept*. Gießen: Psychosozial.
- Förstl, H. (Hrsg.) (2007). *Theory of Mind. Neurobiologie und Psychologie sozialen Verhaltens*. Heidelberg: Springer.
- Frith, C.; Wolpert, D. (Eds.) (2003). *The neuroscience of social interaction: Decoding, imitating, and influencing the actions of others*. Oxford: Oxford University Press.
- Gallese, V. (2003). The roots of empathy: The shared Manifold hypothesis and the neural basis of intersubjectivity. *Psychopathology*, 36, 4, 171–180.
- Gallese, V. (2005). Embodied simulation: From neurons to phenomenological experience. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 4, 23–48.
- Gallese, V. (2009). The two sides of mimesis: Girard's mimetic theory, embodied simulation and social identification. *Journal of Consciousness Studies*, 16, 21–44.
- Goldman, A. (2006). *Simulating minds. The philosophy, psychology, and neuroscience of mindreading*. New York: Oxford University Press.
- Iacoboni, M. (2008). *Mirroring people – The new science of how we connect with others*. New York: Farrar, Straus & Giroux.
- Kernberg, P. F. (2008). *Spiegelbilder. Der Einsatz des Spiegels in der klinischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Koehler, B. (2006). Mirror neurons and psychosis. The International Society for the Psychological Treatments Of the Schizophrenias and Other Psychoses, http://www.isps-us.org/koehler/mirror_neurons.htm
- Lohmer, M. (2002). *Borderline-Therapie. Psychodynamik, Behandlungstechnik und therapeutische Settings*. Stuttgart: Schattauer.
- Matte-Blanco, I. (1975). *The unconscious as infinite sets*. London: Duckworth.
- Matte-Blanco, I. (1988). *Thinking, feeling, and being*. London: Routledge.
- Mendes de Leon, J. (2007). http://www.fvabz.ch/doks/vortragsskript_mg_10_5_07.doc
- Merten, J. (1996). Regulation von Nähe und Distanz in dyadischen Interaktionen mit schizophrenen Patienten. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 3, 256–273.
- Mirami, R. (1582). *Compendiosa introductione alla prima parte della specularia*. Ferrara: Rossi e Tortorino.
- Peciccia, M. (2000). Die Entwicklung meines Denkens im Gespräch mit Gaetano Benedetti. In B. Rachel (Hrsg.), *Die Kunst des Hoffens. Begegnung mit Gaetano Benedetti* (S. 47–86). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Peciccia, M.; Benedetti, G. (1996). The splitting between separate and symbiotic states of the self in the psychodynamic of schizophrenia. *Int. Forum Psychoanal.*, 5: 23–38.
- Peciccia, M.; Benedetti, G. (1998). The integration of sensorial channels through progressive mirror drawing in the psychotherapy of schizophrenic patients with disturbances in verbal language. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 26, 109–122.
- Rayner, E.; Wooster, G. (1997). An introduction to Bi-Logic. *Journal of Melanie Klein and Object Relations*, 15, 553–561.
- Rizzolatti, G.; Sinigaglia, C. (2008). *Empathie und Spiegelneurone. Die biologische Basis des Mitgefühls*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Rudolf, G. (2004). *Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Steimer-Krause, E. (1996). *Übertragung, Affekt und Beziehung. Theorie und Analyse nonverbaler Interaktionen schizophrener Patienten*. Bern: Lang.

- Steiner, J. (1994). Patient-centered and analyst-centered interpretations: Some implications of containment and countertransference. *Psychoanalytic Inquiry*, 14, 406–422.
- Steiner, J. (1998). Orte des seelischen Rückzugs: Pathologische Organisationen bei psychotischen, neurotischen und Borderline-Patienten. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. London: Tavistock.
- Wübben, Y. (2009). Jeder weiß, was Sie denken. Dieser Hirnforscher hat einen Traum: Marco Iacoboni erklärt mit dem Konzept der Spiegelneurone die Welt. *FAZ*, 21.10.2009, S. 30.

Inhalt

Geleitwort von Gaetano Benedetti	7
--	---

Gerhard Dammann und Thomas Meng

Einleitung	9
----------------------	---

I. Einführung in die Methode

Thomas Meng

Zeichnerischer Vorgang beim Progressiven Therapeutischen Spiegelbild	17
--	----

Maurizio Peciccia

Der Traum und das Progressive Therapeutische Spiegelbild	29
--	----

Gerhard Dammann

Wirkfaktoren des Progressiven Therapeutischen Spiegelbilds im Lichte neuer psychodynamischer Prozesstheorien	69
---	----

II. Psychodynamische Zugänge

Michael Günter

Das Squiggle-Spiel in der therapeutischen Arbeit – Dialog und problemlösendes Denken	89
---	----

Christian Kläui

Spiegelstadium und Intersubjektivität Zu Jacques Lacans Theorie des Spiegelstadiums	102
--	-----

Bernhard Grimmer

Der störende Patient Irritation, Affektinduktion und Spiegelungseffekte im psychoanalytischen Erstgespräch	115
--	-----

Brian Koehler

Interview mit Gaetano Benedetti und Maurizio Peciccia	129
---	-----

III. Grundlagenorientierte Zugänge

Doris Bischof-Köhler

Zusammenhang von Empathie und Selbsterkennen bei Kleinkindern . . . 143

Joachim Bauer und Menachem Amitai

Spiegelneuronen – neurobiologische Basis therapeutischen Verstehens
Ein Brückenschlag von der modernen Neurobiologie zu Sigmund Freud 152

Hilburg Porschke

Ein Spiel mit Empathie und Abgrenzung 168

Cord Benecke

Affektive Synchronisationsprozesse 184

IV. Kunsttherapeutische Zugänge

Flora von Spreti

Die Kunst, mit der Kunst die Spaltung zu überbrücken
Kunsttherapie bei Borderline-Störungen –
ein integratives psychotherapeutisches Behandlungsangebot
im psychiatrisch-klinischen Setting 217

Silvio Lütcher

Überlegungen zum Setting bei der Arbeit
mit dem Progressiven Therapeutischen Spiegelbild
in der Rehabilitation von schizophrenen Psychosen 243

Gisela Schmeer

Resonanz und Verfremdung
Unbewusstes und Absichtliches Ausscheren aus der Spiegelresonanz . . . 256

Gertraud Schottenloher

Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile
Creative Collaboration in Kunst und Therapie,
am Beispiel des Progressiven Therapeutischen Spiegelbildes,
durchgeführt von Künstler-Therapeuten 276

Die Autorinnen und Autoren 290

Bildnachweis 292