



Inhaltsverzeichnis

I. Einleitung.....	2
II. Theoretische Überlegungen zum Einfluss einer Sehschädigung des Therapeuten auf den beteiligten Menschen einer therapeutischen Beziehung.....	3
1. Die therapeutische Beziehung.....	3
1.1. Die Ich-Du Beziehung.....	3
1.2 Kontaktunterbrechung und Widerstand.....	4
2. Betonung bestimmter Kontaktfunktionen.....	6
2.1 Vorinformation über meine Blindheit.....	6
2.2 Meinen Sehrest nutzen.....	7
2.3 Hören.....	9
2.3.1 Stimme und Geräusche.....	10
2.3.2 Vorgehen bei Sprachlosigkeit des Klienten.....	13
2.4 Tasten.....	13
2.5 Riechen.....	15
2.6 Die Wahrnehmung des Therapeuten als Antwort auf die spezielle atmosphärische Präsenz des Klienten.....	15
2.6.1 Wahrnehmung aufgrund von Spiegelneuronen.....	15
III. Mein Fazit zur Gestaltung der Interaktion in meiner Lage.....	18
als blinder Therapeut.....	18
IV. Dank.....	21
V. Literaturverzeichnis.....	22

I. Einleitung

Welche Möglichkeiten mir trotz meiner eigenen hochgradigen Sehbehinderung im Kontakt zum Klienten zur Verfügung stehen, will ich in diesem Aufsatz erörtern.

Kurz möchte ich an dieser Stelle die Art meiner Behinderung erläutern: Ich habe noch einen Sehrest von ca. 8-10 Prozent und kann Farben wahrnehmen. Mein Seheindruck ist von einem ständigen bunten Flimmern begleitet. Ich fixiere mit dem linken Auge, das rechte Auge hat eine Außenstellung.

Ich erkenne kontrastreiche Darstellungen, grobe Körperhaltungen und größere Gegenstände im Raum.

Verwehrt hingegen ist mir die visuelle Wahrnehmung der Mimik, die im therapeutischen Arbeiten Sehender eine bedeutende Rolle spielt. Ich kann nicht sehen, ob jemand Tränen in den Augen hat, die Stirn runzelt oder rot im Gesicht wird. In diesen Fällen bin ich auf andere Informationsquellen über den visuellen Sinn hinaus angewiesen, um wahrzunehmen, was gerade bei meinem Gegenüber los ist.

Im Laufe meiner psychotherapeutischen Praxis habe ich andere Möglichkeiten kennengelernt, die momentane Verfassung meines Gegenübers zu erfassen. Darüber soll es in dieser Arbeit gehen. Meine praktischen Erfahrungen, die speziell Einzelgespräche betreffen, stelle ich ein Kapitel voran, in dem es um theoretische Überlegungen zum Thema „Beziehung und Kontakt“ geht.

Zur leichteren Lesbarkeit bin ich oft bei der männlichen Form „Therapeut“ und „Klient“ geblieben.

II. Theoretische Überlegungen zum Einfluss einer Sehschädigung des Therapeuten auf den beteiligten Menschen einer therapeutischen Beziehung

1. Die therapeutische Beziehung

Der Kontakt des Klienten zu sich selbst, zu seiner Umwelt und zum Therapeuten hat in der psychotherapeutischen Arbeit einen zentralen Stellenwert. Daher ist es eine wichtige Aufgabe in der Zusammenarbeit, den Menschen entdecken, erspüren, erfühlen zu lassen, wie und wodurch der Kontakt zu sich, zu seiner Umwelt und zum Therapeuten verzerrt oder unterbrochen und auch wieder hergestellt wird. Gerade in der Gestalttherapie hat diese Sichtweise einen zentralen Stellenwert für die Sitzung.

Dabei ist die therapeutische Beziehung stets zu allererst und grundlegend eine Beziehung von Mensch zu Mensch, in der ein Interesse von mir als Heilpraktiker für Psychotherapie am Leben des Gegenübers da ist. Bedeutungsvoll sind damit auch die dem Klienten entgegengebrachte Wertschätzung und Akzeptanz durch den Therapeuten, die zum Wachstum bei der Klientin / beim Klienten führen.

Folgende Annahme wird vorausgesetzt: Der Mensch besitzt grundsätzlich die Fähigkeit, sein eigenes Verhalten im Rahmen einer Begegnung mit der Umwelt und mit anderen Menschen aus eigenen Kräften im Sinne einer Weiterentwicklung auszubauen und lebensförderliche Strategien zu entwickeln. Selbst in einem gestörten Umfeld kann der Organismus für diese Situation lebensförderliche Strategien entwickeln.

Kontaktfähig ist derjenige, der einen Kontakt herstellen kann und um seine Kontaktgrenze weiß.

1.1. Die Ich-Du Beziehung

Nach Hartmann-Kottek gibt es in der therapeutischen Beziehung verschiedene Ebenen, auf denen sich Therapeut und Klient begegnen können.

Für meine Ausführungen besonders bedeutsam ist die Ich-Du-Ebene. Denn hier gibt es eine Zielvorgabe für die therapeutische Grundhaltung, auf die der Philosoph Martin Buber aufmerksam macht und die von der gestalttherapeutischen Theorie aufgegriffen wurde.

Buber schreibt, dass in der Begegnung mit einem anderen Menschen es zur Begegnung des Wesenskerns der beiden Menschen kommt. Das Wesentliche, sind nicht die beiden Individuen, sondern das Phänomen des Dazwischen, das zwischen beiden fließt und beide vereint. So könnte man auch von einem Feld sprechen, das bei einer Begegnung aufgebaut wird. Es gehört zur Funktion des Therapeuten, sich für die Existenz dieses „Dazwischen“ verantwortlich zu fühlen und als kreativen Entfaltungsraum bereitzustellen. Dabei ist zum einen das Interesse für den anderen Menschen wichtig.

Aber auch die Fähigkeit, sich dabei in einem mittleren Modus zwischen Aktivität und Passivität für das, was im Zwischenraum geschehen möchte, offen und neutral zu verhalten. Der Therapeut bemüht sich dabei um eigene Präsenz. Präsenz bedeutet, wach und begegnungsfähig in der gegenwärtigen Situation zu sein und sich auch vom Gegenüber innerlich berühren zu lassen.¹

Dieses dialogische Prinzip kommt noch in einer weiteren Weise in der Begegnung zum Tragen: Das Ich wird erst in der Begegnung mit dem Du des Gegenübers ganz zum Ich. Gegenseitig verändert man sich in der Begegnung; unverändert aus einem Kontakt zu gehen, erscheint als sinnlos.² In diesem Sinne hält Martin Buber fest, dass alles wirkliche Leben aus der Begegnung kommt. Sogar das Gefühl für mein eigenes Selbst und meine Identität kommt aus dem Kontakt mit der Umwelt heraus. Daher vertritt die Gestalttherapie die Auffassung, dass das Selbst an der Kontakt-Grenze zwischen Organismus und Umwelt, also gerade zwischen dem Ich und dem Du entsteht. So formt sich mein Selbst in der Interaktion und es geschieht Veränderung. Diese Einwirkung erfährt sowohl der Therapeut als auch die Klientin / der Klient.

Und es gilt hier, besonders wach für Übertragungsphänomene zu sein.

1.2 Kontaktunterbrechung und Widerstand

Häufig tritt in der therapeutischen Arbeit das Phänomen auf, dass sich der Kontakt mit Teilen der eigenen Person und / oder der Umwelt sich nicht herstellen lässt.

Wenn also eine innere Kontaktaufnahme zu eigenen Bedürfnissen und Gefühlen nicht stattfinden, ist der Mensch wie blockiert.

Die gesunde Variante wäre, dass das Individuum den Kontakt aufnimmt.

Hat jedoch eine Person z. B. durch übernommene Introjekte gelernt, ihre für die

¹ Vgl. Hartmann-Kottek, Gestalttherapie, S. 278

² Vgl. Buber, Martin, Das Dialogische Prinzip, 1965, S. 13f.

Kontaktaufnahme wertvolle Aggression zu unterdrücken, wird der Kontakt vermieden.

In der Interaktion zwischen einem Therapeuten und dem Klienten kann es auch zu Kontaktunterbrechungen in Form von Widerständen kommen. Dies ist der Fall, wenn die Bemühungen der Klientin / des Klienten nicht das erreichen, was er will. Dann entstehen in ihm störende Gefühle, die er jedoch nicht anspricht und die sich auf das Miteinander der therapeutischen Beziehung auswirken.

So kommt es zur Einschränkung in der Wahrnehmung Gedanken, Emotionen und körperlichen Regungen.

Beim Widerstand seitens der Klientin / des Klienten wirkt auch das Kräftespiel bewusster und unbewusster Konflikt-Felder, das in der Gestalttherapie genutzt wird. Die Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen können bis zum Zentralkonflikt freigelegt und assoziativ ausgelotet werden.

In diesem Zusammenhang fällt mir die Sequenz einer therapeutischen Sitzung ein.

Ich sagte in der Therapeutenrolle zu Beginn eines Gespräches zum Klienten:

Ich werde öfter meine Augen während unserem Gespräch schließen und konzentriere mich dadurch verstärkt auf das, was zwischen uns gerade läuft. Wie ist das für Dich, dass ich sage, ich bin aufmerksam für Dich und habe gleichzeitig die Augen zu?

K: Na ja ich kann ja auch die Augen für mich schließen, weil ich sehe, dass Du sie geschlossen hast. Dadurch spüre ich mich auch wieder mehr. Da ist für mich der Aspekt einer Selbstbesinnung im Vordergrund. Ich mache jetzt mal auch meine Augen zu und merke, dass ich gleich in Entspannung komme. (Er gähnt dabei.)

T: Deshalb ist es mir wichtig, Dir zu sagen, ich habe zwar die Augen zu und werde gleichzeitig für dich aufmerksam sein.

K: Wobei ich das jetzt ungewöhnlich finde. Wenn Du die ganze Stunde die Augen zu hättest, dann werde ich bisschen irritiert. Aber kurz für ein paar Minuten finde ich es nachvollziehbar. Über einen längeren Zeitraum fehlt mir dann doch der Blickkontakt.

T: Was würde der Blickkontakt dir geben, den Du jetzt von mir nicht bekommst?

K: Spontan fällt mir ein: Orientierung.

T: (Stille - Ich habe die Augen weiterhin geschlossen.)

K: Also ich merke bei mir fängt etwas an zu laufen: Wenn ich konstant wahrnehme, dass du die Augen geschlossen hast, dann nehme ich Dir das mit dem Nicht-Sehen-Können nicht so richtig ab. Da wird etwas in mir aktiv, was sich fast aggressiv anfühlt. Da ist in mir auch so eine Stimme die sagt: Ich will gesehen werden. Ich werde nicht gesehen.

T: Bleib mal ruhig dabei: Der will mich nicht sehen. Was kommt da noch in Dir hoch?

Beim Klienten regte sich Widerstand aufgrund des ihm nicht ermöglichten Augenkontakts.

Er kam durch die für ihn empfundene Störung zur Frage, von wem er sich nicht gesehen fühlte und konnte daran biographisch weiterarbeiten.

Darüber hinaus bin ich davon überzeugt, dass meine Körperhaltung einem Gegenüber signalisieren kann, ob ich für ihn wach und aufmerksam da bin und dadurch ihm auch die gewünschte im obigen Beispiel erwähnte Orientierung geben kann.

2. Betonung bestimmter Kontaktfunktionen

In der Therapie geht es darum, die Wahrnehmungsfähigkeit der Klientin / des Klienten zu steigern oder gewisse verborgene Wahrnehmungsfähigkeiten neu zu entdecken, indem der Therapeut seine Wahrnehmung anbietet oder den Raum für Wahrnehmung eröffnet. Ich kann auch sagen, entdecke Deine blinden Flecken. Jedenfalls wird der Weg über die Festigung des Kontaktes sein.³

Die Körpersprache und die Mimik zeigen für sehende BegleiterInnen nonverbal und visuell wahrnehmbar vieles über die emotionale Verfassung der KlientInnen an. Widersprüchliches zwischen visuellem Eindruck der Therapeutin / des Therapeuten und ausgedrückter Selbstdarstellung des Gegenübers können vom sehenden Psychotherapeuten beobachtet und zu gegebener Zeit angesprochen werden. Doch da kein Therapeut alle Regungen mitbekommt, die eine Klientin / ein Klient in einem Augenblick gleichzeitig ausdrückt, wird er sich auf ein oder zwei Auffälligkeiten des Gegenübers beziehen und diese zur geeigneten Zeit ansprechen.

Für blinde und sehbehinderte TherapeutInnen bleiben genügend Ausdrucksfelder der Klienten zugänglich, die sich nicht auf den visuellen Bereich beschränken und somit für sie gut wahrnehmbar sind. Schließlich drückt der Mensch seine tatsächliche emotionale Verfassung auf allen Sinneskanälen aus.

In diesem Zusammenhang gilt es zu bedenken, dass es unter anderem auch in der Theorie der Gestalttherapie das holographische Spiegelprinzip zwischen dem Ganzen und seiner Teile gibt. In jedem Detail ist die wesentliche Information des Gesamtsystems enthalten und abrufbar. Der Therapeut kann sich demzufolge am Gesamtsystem des Klienten orientieren. Auf mehreren Beziehungsebenen spiegelt sich die gleiche Konfliktgestalt in Variationen:

Gibt es z.B. eine Diskrepanz zwischen beobachtbarem Verhalten und dem zwischenmenschlichen Kontakt, so kommt es im Miteinander bezüglich der Atmosphäre und der Antriebslage zu Veränderungen, die über den visuellen Zugang hinaus vom

³ Vgl. Stevens, Die Kunst der Wahrnehmung, S.17

⁴ Hartmann-Kottek, S. 60

Begleiter wahrgenommen werden können.⁴

2.1 Vorinformation über meine Blindheit

Doch bevor ich auf meine Art mit einem hilfesuchenden Menschen zu arbeiten beginne, gebe ich ihm schon die Information meiner Blindheit im Vorfeld.

Denn bereits auf meiner Homepage ist festgehalten, dass ich eine hochgradige Sehbehinderung habe. Ich teile diesen Umstand möglichst bald mit, da dann Irritationen seitens der Klientin / des Klienten ausgeräumt werden können. Wenn ich während der Begegnung aus einer Situation heraus etwas visuell nicht so wahrnehmen kann, wie man es normalerweise tut, spreche ich die Beeinträchtigung an.

Auf meine Sehschädigung erlebte ich unterschiedliche Reaktionen:

Es kam zu Übertragungen der Klienten, die wie im folgenden Beispiel auch positiv sein konnten: So meinte eine Klientin in der ersten Stunde, als ich sie fragte, wie es ihr mit meiner Sehschädigung gehe, dass die Sehschädigung für sie grundsätzlich positiv besetzt sei, weil sie in ihrem Bekanntenkreis zwei blinde Menschen hätte, mit denen sie gut auskomme.

In der 14. Stunde frage ich die gleiche Klientin:

T: Ist es auch für Sie hilfreich, dass ich Schweres in meinem Leben kenne, wie ich zu Beginn unserer Arbeit erzählt habe?

K: Ja, das ist mir wichtig. So erlebe ich Sie mehr und kann offener sein und habe mehr Vertrauen zu Ihnen.

Wenn der Kontakt zwischen dem Klienten und mir gut ist, durfte ich feststellen, dass einige Klientinnen und Klienten verstärkt darum bemüht waren, mir ihr in einer Körperhaltung ausgedrücktes Gefühl und Befinden sehr deutlich zu zeigen.

Positive Vorurteile begegneten mir besonders darin, dass meine übrigen Sinne besser seien als bei den meisten anderen Menschen. Dabei kann es zur Bewunderung des Therapeuten kommen, die eine Begegnung auf gleicher Augenhöhe erschwert.

Negative Vorurteile erfuhr ich bei der Anmeldung zur Heilpraktiker-Prüfung für den eingeschränkten Bereich der Psychotherapie. Am Telefon bekam ich zunächst die Auskunft, dass ich zur Prüfung deshalb nicht zugelassen werden könnte, weil ich rote

Flecken im Gesicht der Klienten nicht wahrnehmen könnte und somit keine zutreffende Diagnose erstellen könne. Dass ich mögliche äußere Auffälligkeiten auch beim Klienten direkt abfragen könnte, erschien dabei nicht als Möglichkeit.

2.2 Meinen Sehrest nutzen

Generell ist das physikalische Sehen eine wichtige Sinnesmodalität für die Arbeit eines Therapeuten. Für sehende Klienten ist es auch ein vertrauter Weg der Kommunikation.

In seinem Buch „Gestalttherapie“ schlägt E. Polster folgende kleine Übung vor:

Der Betrachter soll die Zeilen eines Buches als horizontale Linien sehen und nicht als Aufreihung von Worten. So kommt es zur Verschiebung der Betrachtungsweise, durch die neuer Kontakt möglich ist. Somit kann ein Objekt in neuer Weise erfahren werden und eine Buchseite muss nicht allein als Informationsträger betrachtet werden.⁵

Bezüglich meines Sehens gibt es ebenfalls diese zwei Qualitäten im Kontakt. Da ist einerseits meine Sehkraft, die nur grob die Umrisse des Gegenübers wahrnimmt, andererseits kann ich das vorhandene Flimmern meines Seheindrucks auch als schwebende bunte Flocken zwischen mir und meinem Gegenüber in umdeutender Weise auffassen. Dann erlebe ich kein störendes Flimmern, sondern ein Kaleidoskop zwischen mir und der mir begegnenden Wirklichkeit. Mein Gegenüber kann ich auf diese Weise als bunte Farbenpracht betrachten. Interessant ist nun, dass bei anstrengenden Momenten in der Sitzung sich auch meine bunten Flimmerteilchen verändern.

Bei meiner speziellen Situation der hochgradigen Sehbehinderung kann ich optisch Dinge nur dann noch wahrnehmen, wenn sie sehr groß dargestellt sind bzw. wenn ich sehr nahe an eine zu beobachtende Sache herankommen kann. Sofern es bei mir zu keiner Überanstrengung der Augen kommt, ist mir auch diese Sinnesmodalität gelegentlich in der Therapie hilfreich.

Hierzu fällt mir folgendes Beispiel aus meiner Praxis ein:

Ein Klient mit Tetraspastik und einer leichten Intelligenzminderung arbeitete am Thema seiner Autonomie gegenüber seinen Eltern und meinte, er wolle sein eigener Herr sein.

K (Klient): „Und jetzt sage ich Dir noch etwas zu diesem Thema: Für mich ist es auch wichtig, dass ich aus mir herausgehe.“

T (Therapeut): „Erklärst Du mir das, wie Du das meinst; das interessiert mich.“

K: „Das ich meine Seele bisschen offener mache, nicht immer so zudrücke.“

T: „Wie machst Du Deine Seele auf?“

⁵ Vgl. Polster, E., Gestalttherapie, S. 133

K: „So, dass ich die Hände aufmache und ein bisschen hochhebe. - Mir geht es dabei gut.“ (Er macht eine Bewegung mit den Armen dazu.)

T: „Darf ich mir das nochmals aus der Nähe anschauen, damit ich Deine Bewegung sehe?“

K: „Ja.“

T: (komme auf etwa 50 Zentimeter an seinen Körper heran und schaue mit meinem Sehrest seiner Bewegung mit den Armen zu.) „Du machst die Hände auf und hebst die Arme. Also das schaut richtig schön aus. Wie soll ich sagen, das hat etwas Feierliches.“

K: (Senkt die Arme wieder.) „Genau.“

Ich blieb bei seinem Erleben und teilte ihm mit, dass mich seine gefundene Haltung beeindruckte. Zuvor habe ich ihn noch nie mit so deutlichen Armbewegungen gesehen und als ich mich zu Beginn der Gespräche nach dem Bewegungsspielraum seiner Arme erkundigte, zeigte er eine viel kleinere Bewegung.

Der gleiche Klient erzählt mir, dass er ab und zu gerne eine Zigarette rauche. Da ich mir dies aufgrund der motorischen Einschränkung seiner Arme und Hände nicht vorstellen konnte, bat ich ihn, mir seine Handbewegung dazu zu zeigen:

T: Jetzt interessiert es mich ganz konkret, kannst Du denn Deine Hand mit einer Zigarette bis zum Mund führen?

K: Ja.

T: Darf ich mal ganz nah zu Dir kommen, um mir anzuschauen, wie Du Deine Hand bis zum Mund führst?

K: Ja.

T: Also ich komme mal näher zu Dir. (Beuge meinen Oberkörper nach vorne und komme mit meinen Augen seinem Kopf etwa 40 Zentimeter nah.)

(K macht die Handbewegung hält seine Finger nahe vor den Mund.)

T: Ah ja, so machst Du das dann.

K: Ja, ich habe da eine Verlängerung, so einen Schlauch und da ist die Zigarette darin.

T: Jetzt verstehe ich das.

Auf diese Weise konnte er mir seine verbleibende Beweglichkeit für einen ganz bestimmten Zweck vorführen. Und er wirkte dabei auch etwas stolz auf sich. Jedenfalls wurde der Kontakt durch meine Überprüfung mittels des Sehens vertieft.

Ich bin mir dessen bewusst, dass das unkonventionelle Näher-Kommen erst dann möglich sein kann, wenn die Beziehung zwischen Klient und Therapeut gut gewachsen ist.

2.3 Hören

Das Zuhören ist allgemein hin als große Tugend anerkannt. Dadurch bekommt das Gegenüber die notwendige Aufmerksamkeit. Aber auch ein genaues Hinhören ermöglicht ein gezieltes nachfragen, so dass sich der Hilfesuchende genauer ausdrücken kann und damit seine Lage genauer sortieren kann.

Im Folgenden werden verschiedene Aspekte des Hinhörens näher beleuchtet.

2.3.1 Stimme und Geräusche

Durch die Funktionen unserer Sinne wird der Kontakt hergestellt. Für mich galt und gilt es neue Möglichkeiten des Kontaktes in der therapeutischen Beziehung zu entwickeln.

Zu allererst könnte es einleuchtend erscheinen, dass Kontakt hauptsächlich durch das Berühren und Berührt-Werden am intensivsten ist. Doch wir Menschen können auch Kontakt durch den Raum hindurch mittels Sprache und Stimmung schließen. Polster schreibt dazu: „Damit der nicht berührende Kontakt die gleiche Unmittelbarkeit wie die Berührung besitzt, muss man für Resonanz sorgen.“⁶

Meiner Ansicht nach sind wir in der Therapeutenrolle dahingehend gefordert, dass der Ausdruck des Klienten einen guten Klangkörper im Miteinander bekommt. Das kann konkret heißen, ich biete ihm an, sich noch einmal für seine Aussage, für seine Stimmung, für seine körperliche Haltung Zeit zu nehmen oder ich selbst halte durch meine Ergriffenheit seine Mitteilung fest.

Beispiel:

Eine Klientin spricht in der 13. Stunde von ihrem Äußeren, nachdem ich sie darum bat, mir das Aussehen ihres Gesichtes zu beschreiben. Sie schaue sich nicht gerne im Spiegel an und sie gefalle sich nicht und könne Komplimente von anderen kaum annehmen, weil sie in der Kindheit stets Negatives über sich gehört habe.

T: Da ich ihnen bzgl. ihres äußeren Aussehens keine Rückmeldung geben kann, möchte

⁶ Polster, S.131.

ich Ihnen sagen, wie ich Ihre Stimme erlebe.

K: Ja, aber bitte ehrlich sein.

T: Ihre Stimme klingt wie die Stimme einer älteren Frau und manchmal klingt sie auch etwas spitzbübisch. Manchmal ist sie dann auch wieder sehr traurig, schwach und betrübt. Doch dieses Spektrum beeindruckt mich und ich interessiere mich für diese Person mit dieser besonderen Stimme.

K erzählt weiter, dass sie mit einer Frau therapeutische Gespräche am Telefon führe. Diese melde ihr oft zurück, dass sie eine schöne Stimme habe, doch das könne sie kaum glauben. Schließlich habe sie als Kind des Öfteren von ihrer Tante gehört, dass sie hässlich sei.

Sie arbeitete im weiteren Verlauf der Stunde an der Polarität Alter Introjekte aus ihrer Kindheit und aktuelle Rückmeldungen aus der jüngsten Vergangenheit und Gegenwart.

Im Rahmen der vierjährigen Gestalttherapieausbildung brachten wir in die dreitägigen Supervisionen einen Ausschnitt aus einer Therapiestunde auf einem Tonträger mit. Alle hörten sich diese Sequenz an und anschließend wurde das Vorgehen der Therapeuten besprochen. Unser Trainer stellte uns oft die Frage, wie sich die Stimme der Klientin oder des Klienten für uns anhört und ob wir etwas über die Gefühlslage des Klienten vermuteten.

Wie spricht der Klient? Welchen Tonfall beinhaltet seine Stimme? Wie ist die Sprechgeschwindigkeit? Wie ist der Redefluss des Klienten?

In diesem Zusammenhang sind die Informationen des Neuro-Forschers Spitzer interessant. Er beschreibt auf einer CD genau den Aufbau des Hörvorgangs. Die Schwingungen in der Luft übertragen sich auf das Trommelfell, von dort werden die Schwingungen an die Gehörnerven weitergeleitet und erreichen als Impulse durch mehrere Verschaltungen das Gehirn. Im Hör-Kortex (Abschnitt der Gehirnrinde für das Hören) befinden sich 100 Millionen Zellen, die sich mit Akustik beschäftigen. Die Kontaktstellen zwischen den Nervenzellen sind aktiv. Die jeweiligen Hörzentren um die Hörrinde herum verarbeiten die bedeutungsmäßigen, klangmäßigen, rhythmischen und melodiösen Strukturen des akustischen Materials.

Daher kann festgehalten werden, dass Personen, die im Bereich des Hörens eine hohe Aktivität und Aufmerksamkeit haben, dadurch ein differenzierteres Hören trainieren.⁷

So kann ich Veränderungen an der emotionalen Verfassung meines Gegenübers anhand dessen Sprechweise oft wahrnehmen und gezielt den Grund der Veränderung nachfragen.

⁷ Vgl. Spitzer, Mozarts Geistesblitze, CD

Jeder Mensch verursacht auch Geräusche im Raum. Zumal wenn man nur zu zweit im Zimmer ist. So ist auch akustisch beobachtbar, wie lange es dauert, bis der Klient seinen Platz einnimmt oder während des Gespräches Geräusche durch unbewusste Bewegungen an seinem Platz macht. Bei diesen Geräuschen ziehe ich meine Rückschlüsse und Vermutungen wie z. B. Unruhe oder im Gegenteil eine Antriebslosigkeit, denen ich durch Nachfragen nachgehe.

Ebenso war es oftmals für den Prozess des Klienten lohnend, seine hörbar auffallende motorische Aktivität/ Passivität anzusprechen und ihn zu fragen, was gerade in ihm los sei.

Ähnlich können auftretende Atmungsintensität oder ein Schluckreflex des Gegenübers auf eine besondere emotionale Verfassung hinweisen, so dass mein Nachfragen mir aber auch vor allem ihm Klärung bringt.

Beispiel: Eine Klientin erzählt im Gespräch, dass sie von ihrem Gesicht träumte und dieses zweigeteilt war. Die rechte Seite ist abstoßend und haarig, die linke Seite glatt und nicht markant.

K: Diese rechte Gesichtshälfte hat im Traum etwas ganz Ekliges. Klingt zwar etwas seltsam; im Grunde war es wie borstige Schamhaare im Gesicht.

T: Da kommt das Thema „Sexualität“ für Sie herein. Und wie ist für Sie diese Entdeckung? Was löst diese Verbindung in Ihnen aus?

K: (lange Pause) Ich kann es nicht sagen. Ich merke, dass ich eine körperliche Reaktion habe. Es spannt sich bei mir die gesamte rechte Körperhälfte bis in den Lendenbereich an.

T: Ihre rechte Hälfte, die im Traum behaart ist.

K: (längere Stille)

T: Ich möchte nicht, dass Sie sich selber überfordern. Können Sie dieser Hälfte, die sich jetzt bei Ihnen anspannt etwas Zuneigung geben und in eine Entspannung hineinführen?

K (Es raschelt und K verändert ihre Körperhaltung)

T: Ah, es hat etwas geraschelt. Was war das? Können Sie mir Ihre vorgenommene Veränderung beschreiben?

K: Ich habe meine Beine angezogen und meine Füße aufgestellt und ich habe mich mehr aufgerichtet.

T: Was macht die Verspannung?

K: Es ist ein bisschen besser, aber sie ist noch nicht weg.

T: Nehmen Sie sich weiter Zeit, ob Sie etwas nachbessern können zu einer wirklichen Entspannung. Überlegen Sie welche Körperbewegung Ihnen jetzt gut tut und folgen Sie dem Impuls.

K (Es knistert)

T: Jetzt habe ich wieder etwas rascheln hören. Mögen Sie sagen, was war.

K: Ich versuche die Beine mehr zu bewegen.

T: Probieren Sie mal, sich hinzustellen und die Beine zu bewegen.

(K steht auf und bewegt ihre Beine.)

T: Wie fühlt es sich jetzt an?

K: Gut.

T: Gibt es noch eine neue Bewegung die sich daraus für Sie ergibt?

K (Pause) Mich nach unten hängen lassen, das ist gut.

T: Dann nehmen Sie sich Zeit, dass Sie sich jetzt hängen lassen können.

K: Ich drehe mich jetzt in der Hüfte.

T: Heißt das, Ihnen tut diese Drehung jetzt gut?

K: Ja

T: Dann bleiben Sie dabei und experimentieren Sie weiter. Schauen Sie was jetzt dran ist.

K: Jetzt möchte ich mich wieder aufrichten.

Die Frau beschrieb mir ihre körperlichen Änderungen. Dabei war es wertvoll für sie in eine Verlangsamung ihres Prozesses zu kommen, indem Sie mir ihre Bewegungen beschrieb.

2.3.2 Vorgehen bei Sprachlosigkeit des Klienten

Nun ist es öfters so, dass Klienten bei eigener Betroffenheit verstummen und gar keine Worte mehr für ihre momentane Empfindungen zu Verfügung haben. Sehende KollegInnen könnten an der Stelle die optischen Eindrücke des Gesichtsausdrucks in beschreibender Form in die Interaktion einbringen. Z. B. Ich sehe, dass Sie die Augen zusammenkneifen. Ist es gerade anstrengend für Sie, über dieses Thema zu sprechen? Der Klient wird dann diesen Aspekt aufgreifen, bestätigen oder verneinen.

Ich habe im Laufe meiner Erfahrung beim Verstummen meines Gegenübers folgenden Weg gefunden: Ich frage, ob die Klientin mir jetzt beschreiben kann, wie ihr Gesichtsausdruck ist. Ich erinnere mich an eine Frau, die in der Sitzung dissoziierte und durch diese Frage irritiert war und meinte: Ich weiß nicht, wie mein Gesichtsausdruck gerade ist. Es ist eine Leere in mir da. Durch diese Aussage war sie mit mir wieder im

Kontakt und ich hielt in neuer Weise diese Leere mit ihr aus. Und nach einiger Zeit forderte ich sie auf, dass sie mit ihren Fingern der rechten Hand kleine Bewegungen durchführen möge, die immer größer werden können. Darauf ließ sie sich ein und kam wieder in den Kontakt zu sich und zu mir.

So habe ich entdecken dürfen, dass mein vieles Nachfragen, was andere optisch wahrnehmen, auch zur Interaktion hilfreich ist.

2.4 Tasten

„Die offensichtlichste Möglichkeit, Kontakt zu schließen, ist die Berührung.“⁸

Üblicherweise kommt der Tastsinn im Rahmen der Therapie vor allem beim Händedruck des Begrüßens und Verabschiedens des Klienten vor.

Ich dabei achte darauf, mit wie viel Kraft mir die Hand gedrückt wird. Einige Personen drücken die Hand so schwach, dass ich es als kraftlos empfinde. Andere schütteln sehr intensiv den Arm, was auch zum Gesamtbild der vorhandenen Energie passen könnte. Manche ziehen beim Händedruck meine Hand zu sich und andere schieben meine Hand zu mir zurück. Ich nehme es wahr und lasse es in meinen Gesamteindruck zur Person des Klienten einfließen.

Doch auch die Temperatur und Feuchtigkeit einer gereichten Hand erzählen mir etwas vom momentanen Zustand meines Gegenübers. Es trägt zunächst zu meinem Gesamteindruck über diese Person bei.

Auffällig kann auch sein, wie lange ein Gegenüber seine Hand in meiner hält und wann er den Händedruck wieder lösen will.

Das sind alles Beobachtungen, die ich gegebenenfalls bei häufigerem Auftreten ansprechen kann.

Doch auch mitgebrachte Gegenstände der KlientInnen können von mir ertastet werden.

Im Rahmen eines Kompakttrainings nahm ich an einem Kurs teil, der über das kreative Arbeiten mit Modelliermasse einen Selbsterfahrungsprozess in Gang brachte.

Nachdem ich einen Boxhandschuh formte, weil wegen einer früheren Arbeitslosigkeit noch Wut in mir war, zeigte ich das Ergebnis meinem Kollegen. Dieser meinte, es sieht auch aus wie ein Vulkankrater und drehte die Öffnung des Handschuhs nach oben. Und ich dachte bei mir: Ja, mein Vulkan ist gerade leer und das Feuer ist aus. Dieses Thema meines inneren Ausgebrannt-seins brachte ich dann in die Einzelarbeit mit meiner Therapeutin ein.

⁸ Polster, S. 143

Nach dem Prozess des Modellierens zeigte mir eine Teilnehmerin ihr Werkstück. Ich nahm es in die Hand und fühlte die glatten Rundungen ab.

K: Ich weiß selbst gar nicht, was ich hier gemacht habe.

Ich: Die Rundung erinnert mich an ein Ohr.

K: Stimmt, so kann man es auch sehen. Ich bin ohnehin ein Mensch, der anderen gut zuhören will.

Meine Assoziation brachte eine weitere Anregung für ihren eigenen inneren Prozess.

Im Plenum wurde dann jedes einzelne geformte Stück nochmals besprochen, dabei ging ich zu dem jeweiligen Kunstwerk und berührte es vorsichtig mit meinen Händen. Mir viel auf, wie genau ich durch meine Berührungen das jeweilige Werk wahrnehmen konnte. Auffallend war auch, wie wenig Anstrengung es mich kostete, die ca. 15 verschiedenen Formen zu begreifen. Ich konnte dabei mit meiner Aufmerksamkeit gleichzeitig bei mir und bei dem Geformten sein.

Seit diesem Seminar weiß ich, dass die Methode des Modellierens für mich geeignet ist, um mit einem Klienten über sein modelliertes Produkt zu sprechen. Freilich ist dabei noch zu berücksichtigen, ob das Arbeiten mit Knetmasse auch für den Klienten eine Methode ist, mit der er sich wohl fühlt.

2.5 Riechen

Der Körpergeruch eines Klienten ist für Therapeuten im üblichen Maße wahrnehmbar, so wie im Alltag die verschiedenen Gerüche von Menschen auffallen. Auch bei diesem Sinn gilt: Der sehgeschädigte Therapeut riecht nicht besser, sondern sein Geruchssinn ist im Achten auf diesen Sinn häufig verstärkt geübt.

Ich nehme den Geruch eines Klienten schnell wahr. Bemerke ich fehlende Frische (ein mögliches Unterkriterium z. B. für Depression).

Beispiel: Im Rahmen meiner psychosozialen Begleitung von arbeitslosen Menschen bemerkte ich bei einem alkoholkranken Klienten im Gespräch sehr schnell, dass er erst vor wenigen Stunden Alkohol getrunken haben musste. Ich berichtete dem Klienten von meiner Vermutung und er bestätigte meinen Eindruck. Dadurch konnten wir ab dieser Stunde an seinem Alkoholproblem weiterarbeiten.

Insgesamt können all diese Signale zu einem Gesamtbild beitragen und gegebenenfalls durch behutsames Ansprechen zu wichtigen Informationen für den Klienten werden.

2.6 Die Wahrnehmung des Therapeuten als Antwort auf die spezielle atmosphärische Präsenz des Klienten

Der Therapeut ist dazu aufgerufen, das atmosphärische in der Begegnung wahrzunehmen, und wenn es sinnvoll ist, dann auch anzusprechen. Daher will ich jetzt genauer beschreiben, was mit dem Atmosphärischen gemeint ist.

2.6.1 Wahrnehmung aufgrund von Spiegelneuronen

Wenn ich meine Achtsamkeit auf mich und mein Gegenüber richte und dabei versuche, meinem Gegenüber empathisch zu sein, dann kann ich manchmal an mir beobachten, was insgesamt atmosphärisch im Gespräch passiert. Was der Klient ausdrückt, ist im Raum und prägt die Atmosphäre. Was der Klient nicht ausdrückt aber dennoch anwesend ist, wirkt sich ebenfalls aus. Diese Wirklichkeit kann sowohl emotional als auch körperlich beim Therapeuten spürbar und fühlbar werden.

Joachim Bauer bringt dazu folgendes leicht verständliches Beispiel: Ein visuell wahrnehmbares Anlächeln führt dazu, dass sich der angelächelte Mensch dazu hingezogen fühlt, spontan zurück zu lächeln. Davon leitet Bauer ab, dass die Spiegelneuronen Stimmungen oder Verhaltensweisen anderer Menschen in unser Inneres transportieren.

Die Neurobiologie von intuitivem Verstehen und Empathie entdeckte die Spiegelneuronen. Diese Spiegelneuronen wurden mittlerweile in allen Zentren des Gehirns gefunden, in denen Erleben und Verhalten gesteuert wird.

Bauer führt weiter dazu aus, dass das System der Spiegelneuronen als ein neurobiologisches Korrelat für ein intuitives Verstehen im Menschen vorhanden ist. Es ist also möglich, dass das, was ein anderer Mensch fühlt, schnell und spontan von seinem Gegenüber erfasst werden kann.

Die Fähigkeit, die Empfindungen, die Motive und die Absicht anderer Menschen intuitiv verstehen zu können, sind emotionale Resonanzvorgänge. Diese können von Therapeutenseite als Arbeitsmethode in die Therapiesitzung einbezogen werden. So ist das bei Problemen mit Gefühlen. Der Therapeut braucht eine gute balancierte Resonanzfähigkeit. Sie ist besonders dann hilfreich, wenn er über eine intuitive Wahrnehmung verfügt. Die vom Patienten ausgelöste innere Resonanz im Therapeuten

ist eine Gegenübertragung. Diese lässt den Therapeuten spüren, was den Klienten bewegt. Die im Therapeuten ausgelöste Spiegelung geht über diese konkordante Gegenübertragung noch hinaus. Der Therapeut spürt auch das, was der Klient manchmal noch nicht selbst spürt und fühlt. Dies bezeichnet Bauer als ergänzende Gegenübertragung. Es ist ein ergänzendes Einfühlungsvermögen, das zur Voraussetzung hat, dass Therapeuten während ihrer Ausbildung im Rahmen einer Selbsterfahrungstherapie ihre eigenen Gefühle in Ordnung gebracht haben.

Die durch den Therapeuten unwillkürlich ausgelösten Resonanzen haben einen hohen Informationswert und sind eine entscheidende Hilfe, um die Richtung der Therapie zu steuern.

Klienten können das, was sie belastet, oft nur mühsam in Worte fassen. Was jedoch der Therapeut am Klienten wahrnimmt, kann im Therapeuten eine Resonanz erzeugen. Diese Wahrnehmungsebene geht über eine normale verstehende Anteilnahme hinaus. Bestimmte Gedanken und Gefühle können im Therapeuten hervorgerufen werden, die gewissermaßen die Gedanken des Klienten fortspinnen oder ergänzen, besonders dort, wo der Klient eine Lücke in seiner Wahrnehmung / Auffassung hat.⁹

Bauer fasst das Phänomen wie folgt zusammen: „Damit erkennen wir zwei wichtige Elemente der psychotherapeutischen Arbeitsmethode, deren neurobiologische Basis durch die Spiegelneurone gebildet wird.

1. Intuitives Verstehen der Stimmungen und Gedanken, über die der Patient selbst Bescheid weiß und über die er berichten kann.
2. Ergänzendes Verstehen derjenigen Sequenzen des Handelns und Empfindens, die der Klient meist aufgrund tiefsitzender Angst – nicht fühlen, nicht denken und nicht aussprechen kann.¹⁰

Um diesen Wahrnehmungskanal nützen zu können, benötige ich Sicherheit im Gespräch, speziell im Erstkontakt. Je länger ich jemanden begleite, desto mehr wächst die Sicherheit in mir und umso mehr kann ich den Klienten präsent und empathisch begleiten.

Am Beispiel folgender Gesprächssituation, die sich mit einer Klientin in der 15. Stunde ergab, erkennt man ansatzweise diese Richtung: Ich hörte die Klientin Schweres ausdrücken: Sie schilderte mir, wie sie als bettlägerige kranke Frau von ihrer eigenen

⁹ Vgl. Bauer, Joachim, Warum ich fühle, was Du fühlst, S. 136f

¹⁰ Vgl. Bauer Joachim, Warum ich fühle, was Du fühlst, S. 137

Schwester in ihrem ohnmächtigen Zustand geschlagen wurde. Ich war betroffen von ihrer Schilderung und Verzweiflung, und die Klientin war sich gewiss, dass sie bei mir Gehör findet. Es war ein empathisches Zuhören meinerseits und ein Halten können dessen, was mir in diesem Moment anvertraut wurde. In einer resümierenden Stunde über den bisherigen Verlauf der Therapie meinte diese Klientin, sie fühle sich von mir gesehen.

Insgesamt stehen für den sehgeschädigten Therapeuten genügend alternative Kontaktfunktionen, Sinnesmodalitäten und Zugänge zur Wirklichkeit zur Verfügung, so dass ein Klient von ihm meiner Auffassung nach effektiv begleitet werden kann.

2.6.2 Wahrnehmung aufgrund der guten Sorge für sich als Therapeut

In einer Supervisionssitzung, in der ich die Arbeit mit einer ebenfalls blinden Patientin schilderte, fragte mich mein Supervisor, Willi Butollo, wie ich die Interaktion zwischen dieser Patientin und mir erlebe. Mir fiel auf, dass ich nicht sage, wann mir etwas zu viel ist oder ich selber angestrengt bin.

Tatsächlich ist es eine zentrale Phase in dieser Zusammenarbeit gewesen, dass sie mich als Gegenüber mit eigenen Bedürfnissen wahrnehmen begann. So konnte sie die pauschale Angst, dass jedes Gegenüber eine Bedrohung sei, schrittweise verändern.

Daneben, dass ich sie in die Wahrnehmung ihrer eigenen Emotionen förderte, forderte ich auch ihre Wahrnehmung von mir als Gegenüber.

Dazu begann ich sperrig zu sein und eine Konfluenz aufzukündigen. Dadurch nahm sie mich wahr, wie ich bin.

So ist meine aktivere und klarere Reaktion auf mein Gegenüber auch hilfreich für größere Klarheit beim Klienten.

III. Mein Fazit zur Gestaltung der Interaktion in meiner Lage als blinder Therapeut

Folgende Chancen und Hürden sehe ich für mich als sehgeschädigten Therapeuten:

Ich musste selbst durch einen langjährigen Entwicklungsprozess gehen, um zu lernen, zu meinen eigenen Grenzen zu stehen.

Mein Handeln aus diesem Bewusstsein kann für einen Klienten hilfreich sein, zumal wenn

dieser selbst das Thema der Akzeptanz seiner Grenzen zu bearbeiten hat.

Es entsteht ferner gelegentlich eine Situation, in der ich auf die Unterstützung der Klientin / des Klienten angewiesen bin. So schrieb eine Klientin gerne Gedichte und wollte, dass ich eines von ihr las. Da ich das Gedicht nicht lesen konnte, las sie es mir vor. Nun war sie die Vortragende und das Einnehmen dieser Rolle tat ihr gut. Dadurch kam es zu einem intensiveren Beteiligt-Sein der Klientin.

So wurde auch mir seitens der Klienten öfters mitgeteilt, dass die bereits angesprochene höhere Aktivität des Klienten eine größere Wachheit für das Hier und Jetzt während der Sitzung erzeugte.

Für manche Klienten mag es die eigene Offenheit zu sich selbst erleichtern, wenn ich als Therapeut offen bin und ebenfalls als nicht perfekt in Erscheinung trete. Das kann gerade für Klienten hilfreich sein, die mittels perfektionistischer Kompensation ihren Selbstwert stabilisieren.

Wenn ich meine Sehschädigung ansprach, entstand häufig ein vertraulicherer Rahmen für das Gespräch mit dem Klienten. Viele wagen es dadurch, schneller über eigenen Problemen ihres Lebens Auskünfte zu geben.

Bei einer häufigen Situation in der Sitzung wie z. B. das optische Wahrnehmen von Tränen in den Augen meines Gegenübers habe ich alternative Wahrnehmungsmöglichkeiten:

Ich kann das vermehrte Schniefen und den Griff zum Taschentuch hören. Dazu kommt meistens vor dem Fließen der Tränen schon eine Veränderung in der Stimme, diese ist dann etwas belegter oder stockend. So dass ich dann auf diesen Umschwung der Stimmung eingehen kann.

Eine bettlägerige Klientin, die ich Zuhause aufsuchte, beschrieb, dass sie es im Rückblick als Entlastung erlebte, dass ich sie nicht sehen konnte.

So kündigte ich ihr in der zweiten Stunde an, dass ich jetzt für einige Zeit meine Augen schließen werde, um ihr konzentrierter zuhören zu können. Daraufhin meinte sie: „Dies ist mir sehr angenehm, denn dann kann ich selbst die Augen schließen und mich besser konzentrieren.“ Sobald ich also anfang, gut für mich zu sorgen und dazu ein angestregtes Schauen beendete, hatte das auch eine positive Auswirkung auf mein Gegenüber.

Ich sehe diese Arbeit als Skizze, die folgende hilfreiche Hinweise gibt:

- Der sehgeschädigte Therapeut kann einen guten Kontakt zum Klienten über seine ihm zur Verfügung stehenden Sinneskanäle aufbauen. Wenn er seinen besonderen Bedingungen Raum und Zeit im Miteinander zwischen Klient und Therapeut gibt, wie ich es im Theorieteil der Ich–Du–Beziehungsebene beschrieben habe.

- Der sehgeschädigte Therapeut wird mit den positiven und den negativen Übertragungen der Klienten konfrontiert. Hier muss er / sie dieselbe Aufmerksamkeit und Reflektiertheit einbringen, wie sie von sehenden Psychotherapeuten eingesetzt wird, denn auch diese erleben Übertragungsreaktionen, die zum alltäglichen Geschäft in der therapeutischen Arbeit gehören.

Dabei ist die in der therapeutischen Beziehung entstandene Irritation in der Sitzung oder im Rahmen einer Supervision aufzugreifen und nach der Relevanz für das innere Erleben der Klientin / des Klienten abzufragen. Da dies ohnehin innerpsychische Vorgänge sind, kann auch ein sehgeschädigter Therapeut die Arbeit an den Übertragungen gut aufgreifen.

- Der Klient hat eine hohe Aktivität in der Arbeit mit einem sehgeschädigten Therapeuten, denn er wird verstärkt dazu aufgefordert, seine Körperhaltung, seine Mimik, seine Bewegungen und Wahrnehmung dem Therapeuten zu beschreiben. Dies ist allgemein hin eine bewährte Methode in der Therapie, doch der blinde Therapeut veranlasst sein Gegenüber dazu, noch deutlicher seine Beschreibungen zu vollziehen.

- Ferner ist die andere Art der Wahrnehmung, und die andere Art des in den Kontaktkommens eine Chance für den therapeutischen Prozess der Klienten. Es werden andere Sinnesmodalitäten beim Klienten angesprochen, die ihm einen neuen Zugang zu seinen Themen ermöglichen können.

- Der blinden TherapeutIn ist eine differenzierte therapeutische Arbeit möglich, wenn sie / er um seine Grenzen weiß und diese kommuniziert. Durch viel Reflexion und viele Feedbacks in Ausbildungsgruppen und Supervisionen ist die Auswirkung einer Sehschädigung der Therapeutin / des Therapeuten gewinnbringend thematisierbar. Und auch bei diesem Punkt sind sie im selben Boot mit ihren sehenden Kollegen, die auch ihrerseits „blinde Flecken“ in ihrer therapeutischen Arbeit durch Feedbacks aufgezeigt bekommen.

- Nonverbal macht ein blinder Therapeut deutlich, dass trotz Hürden im Leben, abgelesen am Vorbild der Therapeutin / des Therapeuten, ein Leben mit Qualität geführt werden kann.

Für einen Klienten beispielsweise, der die Begrenztheit seiner gesundheitlichen Situation in einer bestimmten Phase nicht akzeptieren kann, kann ein von einer Behinderung betroffener Therapeut ein Modell für die Bewältigung von Schwerem darstellen.

Mir ist abschließend wichtig, dass das Angebot zur anderen Art der Interaktion durch die Blindheit des Therapeuten als eine Anregung zum Forschen an den Grenzen im eigenen Leben aufgefasst wird.

Solche Experimentierfreude wirkt ansteckend und regt zum Experimentieren mit eigenen Grenzen an.

IV. Dank

Ich danke meinem Supervisor, Willi Butollo, der meine andere Art der Herangehensweise in einer Sitzung stets als Chance auffasste.

Und ich danke den vielen Klientinnen und Klienten, die ich begleiten durfte und mir viel durch ihre Rückmeldungen beibrachten.

Meinem Arbeitsplatzassistenten, Josef Grdjan danke ich für die vielfältige Formatierungsarbeit. Ich bekam durch ihn auch die erforderlichen Rückmeldungen, wenn etwas von mir nicht verständlich niedergeschrieben war.

V. Literaturverzeichnis

Bauer, Joachim: Warum ich fühle, was Du fühlst. – Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone, Hoffmann und Campe Verlag 2005

Buber, Martin: Das Dialogische Prinzip, Verlag Lambert Schneider Heidelberg, 1965

Chu, Victor: Gestalt-Therapie, Heidelberg, (Erscheinungsjahr nicht angegeben).

Doubrawa, Erhard, Blankertz, Stefan: Einladung zur Gestalttherapie, Eine Einführung mit Beispielen, Peter Hammer Verlag Wuppertal, 2010

Fuhr, R. et al: Handbuch der Gestalttherapie. Göttingen 1999

Glofke-Schulz, Eva-Maria: Löwin im Dschungel, Blinde und sehbehinderte Menschen zwischen Stigma und Selbstwerdung, Psychosozial-Verlag, Gießen, 2007

Hartmann-Kottek, Lotte: Gestalttherapie, Springer Medizin Verlag Heidelberg, 2. Auflage, 2008

Perls, Frederick: Das Ich, der Hunger und die Aggression, Die Anfänge der Gestalttherapie, Cotta-Verlag, Stuttgart, 1978

Polster, E. und M.: Gestalttherapie. München, 1975

Spitzer, Manfred: Mozarts Geistesblitze, Galila-Hörbuchverlag, 2009

Stevens, John O.: Die Kunst der Wahrnehmung, Gütersloher Verlagshaus, 17. Auflage, 2006