



# Entwurf einer topografischen Psychotherapie: Wo steht der Patient – und was braucht er jetzt?

Christian Mayer

**Zusammenfassung:** Es wird ein topografisches Lösungsmodell vorgestellt, das aus der Arbeit mit spontan gemalten Bildern im Rahmen von Therapieprozessen entwickelt wurde. Auf dem Hintergrund des Modells erscheinen die einzelnen Bilder als Durchgangsräume auf einem überindividuell gültigen Lösungsprozess, der in seiner Gesamtheit als Landkarte vorgestellt werden kann. Auf dieser topografischen Folie gewinnen Patienten einen Überblick, erkennen gemeinsam mit dem Therapeuten „wo“ sie gerade stehen und was sie an diesem Ort gerade brauchen. So gesehen handelt es sich nicht nur um ein Modell, sondern auch um eine Methode zur Orientierung mit entsprechenden therapeutischen Konsequenzen. Es legt spezifische Interventionen in jeweils bestimmten Phasen nahe, stellt also einen Kontrapunkt zur gerade modernen Mode der Manualisierung von Therapien in Abhängigkeit von Diagnosen dar.

**Schlüsselwörter:** Geschichten – Interventionen – Lösungen – Prozessmodell – Topografie

79

## Topographical Psychotherapy – A Proposal Where is the patient? What do they need?

Christian Mayer

**Summary:** The author draws on therapy processes working with spontaneously painted pictures to develop a topographical model for solving inner conflicts. This model allows us to see individual pictures as transformative thresholds in a general healing process. In its entire, this process can be envisioned as a map, which offers patients and therapists an overview of ‘where they are at’ in the healing process, and what they may need at each particular ‘location’. In this way, the model also offers a method of orientation – a compass with therapeutic consequences. It suggests specific interventions at specific points in the journey, thereby providing a welcome contrast to the current trend toward manualized therapy programs.

**Key words:** stories – interventions – solution-oriented approach – process model – topography

## Der Therapeut als Reiseführer durch innere Landschaften und ihre prototypischen Räume

Als Mediziner und Psychiater lernt man zunächst v.a. Eines, nämlich Diagnosen zu stellen. Diagnosen haben auf den ersten Blick auch etwas sehr Verführerisches, weil sie Komplexes – wie eine Vielzahl verschiedener einzelner Symptome – zu einer griffigen Formel zusammenfassen und somit ein scheinbares Wissen darüber implizieren, wer jemand ist und was dieser Mensch braucht. „Wer bin ich?“ und „Was brauche ich?“ sind zweifellos wichtige Fragen, die sich Menschen stellen, seit sie überhaupt zur Selbstreflexion fähig sind. Und gerade in den letzten Jahren ist in den kassenfinanzierten Psychotherapien ein Trend zur Manualisierung des Behandlungsverlaufs mit ganz konkreten Handlungsanweisungen für den Therapeuten bei jeweils bestimmten Störungsbildern (Diagnosen) erkennbar (Beutel et al., 2010). Die Crux dabei ist nur, dass Patienten nicht immer die gleichen sind, dass sie sich auch innerhalb einer Therapie ständig verändern und v.a., dass sie (auch bei der völlig gleichen Diagnose) zu unterschiedlichen Zeitpunkten jeweils ganz andere Bedürfnisse haben. Selbst ein Patient mit einer strukturellen Beeinträchtigung, wie etwa einer Borderline Störung, kann und sollte in einer Therapie nachreifen. Benötigte er anfangs noch Stabilisierung und sehnte sich nach der Erfüllung frühkindlich frustrierter Bedürfnisse durch ein mütterliches Gegenüber, so geht es später für ihn genau darum, nicht wieder in diese regressiven Verhaltensweisen zurückzufallen und sich stattdessen progressiv aufzumachen, sein Leben selbstbestimmt und mit einem Partner auf Augenhöhe zu leben. Weitere Stabilisierung fördert hier nur einen Rückfall in das frühere regressive und abhängige Verhalten. Es erscheint mir daher sinnvoll, sich als Therapeut nicht nur danach zu fragen „wer“ ein Patient ist, sondern „wo“ er sich gerade in einem Entwicklungszyklus befindet. Und genau an dieser Stelle kommt die Kunsttherapie ins Spiel, die mich (v.a. über den Einfluss von Gisela Schmeer) seit nun mehr als 25 Jahren begleitet. Die Frage nach dem „Wo“ impliziert eine räumliche Vorstellung von Problemen, Konflikten und Lösungen und diese Räume finden sich am deutlichsten in Bildern.

80

Wäre es nicht schön, wenn wir als Therapeuten eine Landkarte vor uns hätten, ein Bild von der inneren Landschaft des Patienten? Und wenn wir auf dieser Karte sehen könnten, wo er sich gerade befindet, wo er herkommt und was der nächste Schritt für ihn sein könnte? Und wäre es nicht noch schöner, wenn diese Landkarte nicht nur für den Einzelnen gelten würde sondern für alle Patienten, wenn sich darin also prototypische Räume finden würden, die normalerweise nacheinander durchschritten werden, wenn eine Krise oder ein Trauma den Menschen aus seinem früheren Wohlfühlzustand vertreibt? Wenn wir so eine Karte hätten, dann erschiene uns der aktuelle Zustand des Patienten nicht mehr als statische Diagnose sondern als vorübergehender Aufenthaltsort in einem Krankheits- oder bes-

ser: in einem Gesundungsprozess, der gewohnheitsmäßig durchlaufen wird. Und das hätte weitreichende Folgen. Zum Einen für den Patienten selbst: Dieser würde sich nicht mehr einfach nur als krank und daher mit einer bestimmten Diagnose belegt, wahrnehmen – sondern als festgefahren an einem bestimmten Ort auf einer ganz natürlichen Reise, die noch weitere Orte für ihn bereithält. Und diese weiteren Orte könnte er bereits auf der „Karte“ im buchstäblichen Sinne „sehen“ und sich entsprechend darauf vorbereiten. Zum anderen hätte diese Art der Visualisierung einer prototypischen Veränderungsgeschichte auch für den Therapeuten einen entscheidenden Vorteil: Dieser könnte nämlich aus dem gegenwärtigen Aufenthaltsort des Patienten schließen, was dieser jetzt gerade braucht und damit aus seinem „Köcher“ von Instrumenten bzw. Interventionen diejenigen auswählen, die dem Patienten gerade in seiner aktuellen Position am meisten helfen und ihn so auf seiner Reise zur Lösung aus seiner gegenwärtigen Blockade herausführen oder zumindest als Reiseführer begleiten.

Um den gegenwärtigen Raum eines Patienten zu bestimmen, habe ich es mir angewöhnt, ihn in bestimmten Abständen im Laufe einer Therapie ein Bild malen zu lassen, jeweils mit der Vorgabe: „Versuchen Sie doch einmal Ihren aktuellen Zustand, ihre aktuelle Situation in einem Bild darzustellen“. Der Begriff „Zustand“ verweist dabei eher auf das Innen, während der Begriff „Situation“ eher das Außen beleuchtet, wobei das doppelte Malangebot es dem Patienten offen lässt, welche der beiden Aspekte er bei seiner Gestaltung in den Vordergrund stellt. Jedes einzelne Bild ließe sich jetzt mit kunsttherapeutischen Techniken weiter beleuchten, etwa mit einer Erweiterung des Problemfokus oder einer Klärung der beteiligten dynamischen Kräfte (Mayer, 2008 und 2010). Mir geht es hier aber um etwas Anderes, nämlich darum, die Gesamtheit der im Verlaufe einer Therapie entstandenen Patientenbilder als Lösungsgeschichte zu lesen, wobei jedes einzelne Bild einen typischen Raum auf der oben beschriebenen Landkarte markiert (Mayer, 2016).

81

Wir dürfen uns diese einzelnen Räume nicht unbedingt im wörtlichen Sinne als Raum vorstellen. Wenn wir die verschiedenen Räume in Bildern betrachten, dann korrespondieren diese nicht immer mit konkreten, geografischen Räumen sondern mit Bedeutungsräumen, also Räumen im übertragenen, metaphorischen Sinn. Ein bestimmter Raum im Bild steht beispielsweise für das Leben, ein anderer für den Tod. Oder es findet sich eine Opposition von Jugend und Alter, zwischen Familie und Arbeit, zwischen Bedrohungs- und Schutzräumen etc. Dieses Konzept der metaphorischen Räume stammt ursprünglich von Juri Lotman, einem Semiotiker aus dem letzten Jahrhundert. Lotman war auf der Suche nach allgemeinen Gesetzmäßigkeiten in literarischen Geschichten und fand als kleinste strukturelle Einheit, das was er ein „Ereignis“ nennt. Er verstand darunter die Überschreitung einer Grenze zwischen zwei Räumen, die mit unterschiedlichen Bedeutungen „aufgela-

den“ bzw., in seiner Sprache: die unterschiedlich semantisiert sind. Dabei kann es sich durchaus auch um unterschiedliche geografische Räume handeln, etwa dem vorderen und hinteren Teil einer Wohnung, die jeweils einen Dr. Jekyll und einen Mister Hyde beherbergen. Oder einen nördlichen und einen südlichen Raum, den Thomas Mann in vielen seiner Geschichten aufspannt. Entscheidend ist aber nicht die Geografie der Räume sondern dass sie unterschiedlich semantisiert sind, wie etwa Thomas Anz darlegt: „Thomas Mann korreliert im ‚Tod in Venedig‘ wie im ‚Zauberberg‘ für sein Werk konstitutive semantische Oppositionen wie die von Vernunft und Sinnlichkeit, Gesundheit und Krankheit, Zivilisation und Wildnis mit Entgegensetzungen von Norden und Süden, Westen und Osten und der Verortung von Schauplätzen und Figuren nach diesen Himmelsrichtungen. Das Davoser Bergland und das deutsche Flachland, München, Venedig, Indien [...] das alles ist in ein geografisches und zugleich semantisches Koordinatensystem eingepasst, in dem südöstlich anarchische Sinnlichkeit und nordwestlich die disziplinierte Vernunft verortet sind“ (Anz, 2008).

82

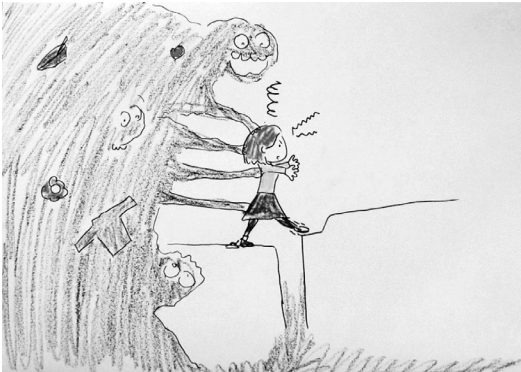


Abb.1

Auf ganz ähnliche Weise können wir als Therapeuten nun Patientenbilder danach befragen, welche „semantischen Oppositionen“ und „räumliche Entgegensetzungen“ sie aufweisen bzw. welche unterschiedlich semantisierten Räume sie enthalten – und welche „Ereignisse“ (nach dem Lotman’schen Ereignisbegriff), also welche Grenzüberschreitungen darauf dargestellt sind oder als möglich

erachtet werden. Ein Bild einer Patientin veranschaulicht exemplarisch eine solche Grenzüberschreitung zwischen zwei gegensätzlich semantisierten, metaphorischen Räumen (Abb.1): „Die Malerin überschreitet eine Grenze von der Kindheit ins Erwachsenenalter. In Wirklichkeit ist das ein zeitliches Ereignis, das im Bild allerdings in Räume übersetzt wird. Was sie hinter sich lässt, sieht auf den ersten Blick vielleicht bedrohlich aus, ist es aber für die Patientin keineswegs: Es sind keine Monster, die wir da sehen, sondern vertraute Begleiter aus Märchen und Fantasiegeschichten, die sie widerwillig zurücklassen muss. Der Raum, den sie tastend bereits mit einem Fuß betritt, ist noch leer, noch nicht mit konkreten Bedeutungen aufgeladen. Sie weiß noch gar nicht, was sie erwartet und ist deshalb zusätzlich ängstlich und traurig über den Verlust des früheren paradiesischen Zustandes“ (Mayer, 2016: 13).

Noch deutlicher als beim Einzelbild werden Räume in Bildsequenzen durchschritten, wenn man sie hintereinander betrachtet oder sogar explizit mit einer Spielfigur durchschreitet. Wir betrachten jetzt also nicht mehr die einzelnen Teilräume in einem Bild sondern jedes Bild als Ganzes als eigenen semantischen Raum, mit ganz bestimmten Eigenschaften, die wir im Dialog mit dem Patienten zu bestimmen suchen. Die Resonanzbildmethode, das symmetrische oder asymmetrische Spiegelbild, der Konfliktlösungscomic und ähnliche Verfahren liefern sequentiell, hintereinander angeordnete Räume, die nacheinander mit der Aufmerksamkeit durchschritten werden, wobei jeder Schritt von einem Bild zum nächsten als Grenzüberschreitung und damit nach Lotman als Ereignis in einer Lösungsgeschichte gesehen werden kann. Letztlich liefert diese Art der sequentiellen Bilder aber nur Hypothesen, wie ein Patient aus seiner aktuellen Krise herausgeführt werden könnte. Es sind Pläne, Zukunftsvisionen, die ihm neue, für ihn überraschende Wege aufzeigen können, die es aber noch im „wirklichen Leben“ umzusetzen gilt. Wenn man aber zu verschiedenen Zeitpunkten der Therapie ein Bild malen lässt und diese Bilder dann in ihrer Gesamtheit als Geschichte liest, dann hat diese Betrachtungsweise etwas Dokumentarisches an sich: Sie dokumentiert tatsächlich durchwanderte Räume und macht damit genau jene allgemeine Landkarte mit ihren typischen Stationen sichtbar, von der ich oben gesprochen habe.

83

## **Das topografische Modell: Eine Landkarte der typischen Situationen im psychotherapeutischen Prozess**

Die Analyse von typischen Stationen von Protagonisten in Film und Literatur sowie die systematische Betrachtung von Patientenbildern und den dort sichtbar werdenden inneren Räumen im Laufe einer Therapie hat mich zum schematischen Modell der Landkarte geführt (Abb. 2) Die einzelnen Stationen (semantisierte Räume) haben einen je eigenen Therapie-Fokus und lassen sich wie folgt charakterisieren:

### **Das Paradies**

Den ersten metaphorischen Raum habe ich „Paradies“ genannt, um damit einen Zustand zu charakterisieren, in dem die Grundbedürfnisse einer Person befriedigt sind. Er kann weit zurückliegen (vielleicht sogar in vorgeburtlicher Zeit) oder aber erst wenige Monate alt sein. Meiner Erfahrung nach gibt es im Leben eines jeden Patienten einen Zustand, an dem noch „alles in Ordnung“ war. Entweder wird er ihn freiwillig verlassen, etwa aus Neugierde oder Abenteuerlust – oder eben gezwungenermaßen, aus Notwendigkeit, im Fall einer Krise (1). Mit den Worten

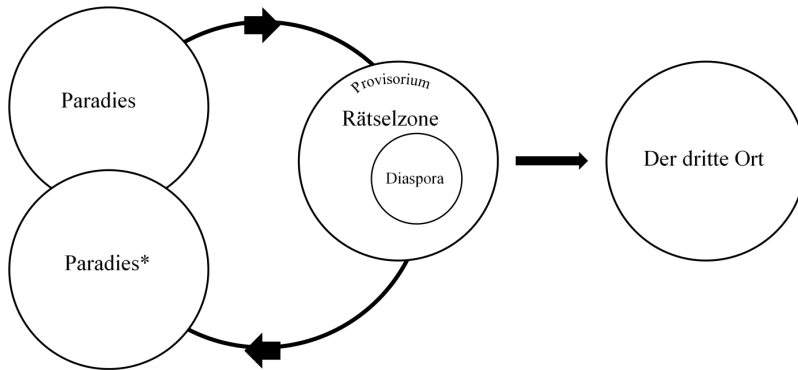


Abb.2

„Versuchen Sie doch einmal ein Bild zu malen, als alles noch gut war“ fordere ich hier den Patienten zur Darstellung dieses Zustandes auf.

84 **Psychologische Charakterisierung:** Das Paradies ist ein Zustand, in dem die Grundbedürfnisse einer Person befriedigt werden. Je nach dem erfüllten Grundbedürfnis wird dieser Zustand mit unterschiedlichen Attributen belegt: Ruhe, Geborgenheit, Liebe, Sicherheit, physische Lustbefriedigung, Bestätigung, Kontrolle. Es handelt sich um einen Gleichgewichtszustand, der gelegentlich auch negativ charakterisiert wird, etwa als die Abwesenheit von Schmerz, Angst, Depression etc.

**Bildhafte Charakterisierung:** Sehr häufig wird das Glück durch eine Sonne oder helle Bereiche im Bild symbolisiert. Wichtige Bezugspersonen tauchen als Hilfsobjekte auf – oder es ist gerade eine Rückzugsmöglichkeit, die Ruhe verspricht. Kraft- und Natursymbole werden dargestellt, wie etwa Strahlen, Bäume, Blumen oder ein See. Bedrohungen sind nicht sichtbar, auch nicht hinter einer Absperrung (siehe Diaspora).

**Therapeutischer Fokus:** Therapeutisch geht es um eine Würdigung des aktuellen Glücks, eventuell auch um eine Arbeit an der „Angst vor dem Paradies“ (Gilbert et al., 2012). Wenn sich das Paradies als nachhaltig erweist, sollte die Therapie beendet werden und ggf. bei einer erneuten Vertreibung wieder aufgenommen werden. In Krisensituationen entstehen derartige Bilder oft nach der Malaufforderung: „Versuchen Sie doch einmal einen Zustand zu malen, an dem alles noch in Ordnung war“ oder „Eine glückliche Erinnerung an die Kindheit“. In diesem Fall werden diese

„Paradies-Bilder“ als Halt gebend und Ressourcen aktivierend erlebt. Andererseits versuchen Patienten diesen Zustand gerade unmittelbar nach der Vertreibung aus dem Paradies wieder anzusteuern, ein Streben, das sich als sinnlos und therapeutisch kontraproduktiv erweist, weil dieser Zustand für immer untergegangen ist. In diesem Fall sollte Raum für Trauer gegeben werden.

## Die Rätselzone

Nach meinem Modell wird die Rätselzone zweimal betreten, einmal unmittelbar nach der Vertreibung (oder dem freiwilligen Aufbruch) aus dem Paradies und ein andermal nach der Befreiung aus dem vorübergehenden Schutzraum der Diaspora. Interessanterweise ergibt sich diese Erkenntnis unmittelbar aus der topografischen Darstellungsweise: Wenn ich einen Raum betreten habe, muss ich ihn auch wieder verlassen, wenn ich die Reise fortsetzen will. Nachdem die Rätselzone den Raum der Diaspora (die ich weiter unten als vorübergehenden Schutzraum beschreibe) umschließt, führt der weitere Weg zwangsläufig wieder durch sie hindurch.

**Psychologische Charakterisierung:** Wenn die Rätselzone zum ersten Mal betreten wird, ist als Leitaffekt Angst oder ein Gefühl der Bedrohung vorherrschend. Die Bedrohungen werden von ihrem Wesen her nicht verstanden. Daher fühlt sich der Protagonist hier auch häufig ratlos, durcheinander, verwirrt, gelegentlich auch „wie im Traum“. Ein fließender Übergang in die Psychose ist möglich. Es besteht ein hohes physiologisches Aktivierungsniveau. Fragen tauchen auf: „Wer bin ich?“ – „Wer sind die Anderen?“ – „Was ist zu tun?“ Beim zweiten Betreten der Rätselzone aus der Diaspora heraus kommen positive Affekte hinzu: Entschlossenheit (das Rätsel jetzt lösen zu können), Wehrhaftigkeit, ein Gefühl der kreativen Potenz, Neugier. Obwohl jetzt eine Ahnung davon besteht, „auf dem richtigen Weg“ zu sein, geht dieser Schritt aus der Diaspora heraus gelegentlich immer noch mit einer hohen Anspannung und vielleicht auch einer Angst vor dem Scheitern einher.

85

**Bildhafte Charakterisierung:** Häufige Bildelemente sind Fragezeichen, chaotische Strukturen, Durcheinander der Linienführung, verschmelzende Farben, Dschungelmotive, leere bzw. „nicht semantisierte Räume“, Wegkreuzungen („Wohin soll ich gehen?“), Versinken in einem Meer oder einem See, Darstellung eines Fallens. Bedrohungen wirken ungefiltert auf den Protagonisten ein, es fehlen Abgrenzungen oder Schutzräume. Gegenwehr erscheint unmöglich.

**Therapeutischer Fokus:** Handelt es sich um die erste oder die zweite Begegnung mit der Rätselzone? Diese Frage lässt sich am besten klären, wenn man berücksichtigt, woher der Patient kommt: Aus dem Paradies (1. Begegnung) oder aus der Diaspora



(2. Begegnung). Bei der ersten Begegnung mit der Rätselzone ist Stabilisierung durch den Therapeuten gefragt – und zwar ausschließlich. Eine Aufforderung zum Handeln und das Schmieden von Zukunftsplänen erweist sich dagegen als wenig hilfreich, weil die Situation noch gar nicht verstanden ist. Aus dem gleichen Grund ist der meist völlig verunsicherte Patient in dieser Phase noch in seiner lösungsorientierten Vorstellungskraft blockiert und kann sich deshalb malerisch oder imaginativ noch keine neuen Frei- oder Spielräume schaffen. Es geht vielmehr um Schutzräume anstelle von Spielräumen. Im konkreten Sinne kann es sich dabei um eine Klinik handeln oder einfach um eine Reizabschottung in der therapeutischen Situation, wie sie die time-out Technik in der Verhaltenstherapie bei Jugendlichen bereitstellt. Im übertragenen Sinne kann sich der Patient auch imaginativ an einen „sicheren Ort“ zurückziehen (Reddemann & Sachse, 1996) und/oder diesen auch malerisch gestalten. Nachdem er sich in seinem Schutzraum stabilisiert hat, erweisen sich beim zweiten Aufbruch in die Rätselzone dagegen folgende therapeutische Grundhaltungen als hilfreich: Ermutigung zum zukunftsgerichteten Handeln, Stimulation von Selbstwirksamkeit, Herstellen einer Aufbruchsstimmung, Herauslocken aus dem status quo und Visualisieren (imaginativ und malerisch) von Zielvorstellungen. Jetzt ist der Patient nämlich durch den Aufenthalt in der Diaspora gestärkt und kennt den weiteren Weg – auch wenn er beim zweiten Durchwandern der Rätselzone erneut auf Hindernisse und Antagonisten treffen wird und seine Geschichte immer noch eine unerwartete Wendung nehmen kann. Stabilisierung wäre in diesem Stadium dagegen extrem kontraproduktiv, weil sie den Patienten in seiner Aufbruchsstimmung lähmen und seine Beharrungstendenzen in der Diaspora fördern würde.

### Das Provisorium in der Rätselzone

**Psychologische Charakterisierung:** Der Patient befindet sich immer noch in der Rätselzone, steht aber nicht mehr unter Schock, ist nicht mehr gelähmt, sondern versucht sich bereits gegen die aufgetauchte Bedrohung zu wehren. Weil er keinen Plan hat, handelt er hektisch nach Versuch und Irrtum – ein Kräfte raubendes Unterfangen. Er ist maximal unter Spannung und läuft daher Gefahr, als Folge von Stresssymptomen, körperlich zu erkranken. Wie bei der ersten Begegnung mit der Rätselzone ist hier der Leitaffekt die Angst, gelegentlich auch Aggressivität, weil die Lösungsversuche einfach nicht gelingen mögen.

**Bildhafte Charakterisierung:** Darstellung von Instabilität. Fehlen von festen Verankerungsstrukturen, wie etwa einem tragfähigen Boden. Schutzlinien sind vorhanden aber noch durchlässig. Sie scheinen der Bedrohung nicht standzuhalten. Der Protagonist ist in Bewegung, muss permanent etwas tun, um sich zu schützen. Es werden Lösungen mit begrenzter Haltbarkeit vorgestellt, z. B. der Kampf mit

einem übermächtigen Gegner, eine Last, die auf Dauer nicht tragbar ist, und etwa ein Boot zum Sinken bringen wird, eine bröckelnde Schutzmauer etc.

**Therapeutischer Fokus:** Die Stabilisierungs-Arbeit sollte fortgesetzt und die provisorischen Lösungsversuche des Patienten wertgeschätzt werden. Nicht selten empfiehlt sich eine körperliche Diagnostik und Therapie bei entsprechenden somatischen Risikofaktoren wie Herz-Kreislauf-erkrankungen, die in diesem Stadium zu einer Gefährdung führen können. Ein Rückzug aus dem unmittelbaren Geschehen ist anzustreben. Weil viele Patienten in diesem Stadium erfolglos daran arbeiten ins ursprüngliche Paradies (das es nicht mehr gibt) zurückzukehren, ist es oftmals in dieser Phase notwendig, das „Loslassen“ von Zielvorstellungen zu üben, etwa mit Achtsamkeits- und Meditationsübungen.

### Die Diaspora in der Rätselzone

**Psychologische Charakterisierung:** Nach der ängstlichen Verunsicherung in der Rätselzone und dem Kampf mit übermächtigen Antagonisten bzw. einem hektischen Herumprobieren im Provisorium gelingt es dem Patienten jetzt einen stabilen Schutzraum um sich herum zu schaffen. Ich bezeichne diesen Raum als Diaspora, weil er dem Lebensraum ähnelt, den sich Migranten in einem fremden Land (hier: der Rätselzone) schaffen, um in einem nach außen abgeschlossenen Bereich einen Teil ihrer ursprünglichen Kultur, ihres ursprünglichen Paradieses zu retten. Ohne einen Kontakt nach außen wird dieser Raum aber auf Dauer zu einem Gefängnis (einem „goldenen Käfig“), weil er die Handlungsmöglichkeiten und Freiheitsgrade beschränkt. Oft wird versucht die Freiheit und ein Gefühl von der Fülle des Lebens zumindest illusionär aufrechtzuerhalten, etwa durch Reisen in innere Räume (z.B. mit Hilfe von Drogen) oder exzessivem Medienkonsum. Unter einer lösungsorientierten Perspektive kann die Diaspora aber auch als Reflektionsraum, als Mentalisierungs- (Fonagy et al., 2008) oder als erweiterter psychischer Binnenraum (Rudolf et al., 2008) genutzt werden: In der Sicherheit der Abschottung ist es möglich sich selbst zu erkunden, seine Vergangenheit nach gewachsenen, mehr oder wenig nützlichen Mustern zu durchforsten und ein Ziel entsprechend den wahren Bedürfnissen zu formulieren.

Die Diaspora ist somit auch der Therapieraum, sogar im wörtlichen Sinne, stellt doch die psychotherapeutische Praxis genau jenen sicheren Raum dar, indem unbeeinflusst von äußeren Akteuren, spielerisch Lösungswege erkundet und erprobt werden können.

**Bildhafte Charakterisierung:** Bedrohungen werden abgeblockt, es erscheinen stabile Schutzräume, Häuser oder Inseln. Innerhalb der Räume herrscht Enge, aber

der Protagonist kann gewohnten Tätigkeiten nachgehen. Gelegentlich werden Ersatzhandlungen wie Drogen- oder Medienkonsum dargestellt. Manchmal wird die Diaspora ähnlich wie das Paradies dargestellt, aber dieses ist hier umgrenzt von starken Schutzmauern, außerhalb derer Bedrohungs Pfeile oder chaotische Strukturen andrängen. Sind die Mauern sehr massiv dargestellt, erwecken sie die Assoziation eines Gefängnisses. Es gibt wenige Freiheitsgrade.

**Therapeutischer Fokus:** Es ist genau zu unterscheiden, ob der Patient gerade erst in die Diaspora eingetreten ist oder ob er sich schon länger darin befindet:

- Der Patient hat sich gerade erst in die Diaspora gerettet und empfindet sie daher als Schutzraum. In diesem Fall helfe ich ihm über entsprechende Stabilisierungsarbeit, die Mauern zu verstärken und sich in der Diaspora wohnlich einzurichten. Vorschneile und schwer rückgängig zu machende „Lösungen“ wie Heirat, Hauskauf, endgültige Trennung oder Kündigung sollten vermieden werden.
- Wenn sich der Patient bereits seit Längerem in der Diaspora befindet und diese zunehmend als Gefängnis wahrnimmt, fördert der Therapeut die latenten Veränderungswünsche und konzentriert sich auf die Sehnsüchte des Patienten. Die Spannung wird erhöht. Der Fokus liegt auf der Ergründung der eigentlichen Bedürfnisse und den Ressourcen, die nötig sind, um sich auf den Weg zu machen. Er wird ermutigt zum zweiten Aufbruch in die Rätselzone und ergründet diese malarisch, imaginativ oder durch Hypothesen, was ihn wohl „da draußen“ erwarten könnte. Auf der Bildebene kann der Außenraum der Diaspora modellhaft untersucht und damit semantisiert werden, etwa indem ein Dialog zwischen einem Bildelement innen und einem außerhalb der Schutzmauern initiiert wird. Hilfreich kann es auch sein, den Patienten dazu anzuregen, sich mit der Schutzmauer selbst zu unterhalten um deren Natur besser zu verstehen und um zu erkennen, dass sie jetzt vielleicht gar nicht mehr nötig ist („Woher kommst du?“ – „Wann bist du entstanden?“ – „Erzähl mal, was damals genau geschah?“) An dieser Stelle des therapeutischen Prozesses wäre ausschließliche Stabilisierung kontraproduktiv, weil sie ein Verharren in der Schutzblase fördert. Im Dienste einer kritischen Selbsterkundung ist hier die Konfrontation mit verdrängten Selbst-Anteilen, dem „Schatten“ (Jung) ergiebiger. Nicht selten steht die Rätselzone in dieser Phase nämlich gerade für jene Anteile von mir, die ich nicht sehen will, vor denen ich mich fürchte. Auf diese Weise werden bisher verleugnete Selbstanteile in ein umfassenderes Bild des Selbst integriert.

## Die vorläufigen Endpunkte der Reise: Das „modifizierte Paradies“ oder der „dritte Ort“

Gelingt es im Verlaufe des skizzierten Lösungsmodells die jeweiligen Blockaden an den Übergängen der einzelnen Räume auszuräumen und den Patienten wieder in Fluss zu bringen, so endet die Reise entweder im „modifizierten Paradies“ (Paradies\*) oder am „dritten Ort“. Natürlich handelt es sich dabei nur um einen vorübergehenden Stopp – bis er durch eine innere Entwicklung oder eine erneute Krisensituation wieder daraus vertrieben wird und eine neue Reise beginnt. Das modifizierte Paradies kann durchaus mit dem ursprünglichen Paradies identisch sein, wenn man sich an den äußeren Begebenheiten wie Wohnort oder Beziehungsstatus orientiert. Gleichwohl wird es oft anders gesehen, es hat – nicht zuletzt durch die therapeutische Arbeit – ein Perspektivenwechsel stattgefunden. Der Patient hat sich nämlich im Laufe der Reise transformiert, hat neue Erkenntnisse gewonnen, kehrt also mit einer „Beute“ zurück (Lotman 1993, S. 339). Gerade durch die Verwirrung, die sich beim ersten Betreten der Rätselzone einstellt, wird der Protagonist gezwungen, seine früheren Denk- und Lösungsgewohnheiten aufzugeben und wird dadurch offen für neue Betrachtungsweisen. Die Beute wird also sehr oft gerade in der Rätselzone gewonnen, die damit etwas von ihrer negativen Konnotation verliert – allerdings meist erst in der nachträglichen Analyse. Sie ist die eigentliche Quelle von Kreativität und ist deshalb gerade für Künstler interessant – trotz oder gerade wegen ihrer zunächst beängstigenden Strukturlosigkeit. So ist es nicht verwunderlich, dass gerade die Künstler unter meinen Patienten in ihren Bildsequenzen häufig die Diaspora auf ihrem Lösungsweg (und in ihren Bildgestaltungen) überspringen und sich so gegen die Einschränkung der Perspektive in einem Schutzraum wehren.

89

Wie die (Bild-)Verläufe aus meiner Praxis zeigen, kommt es allerdings nicht immer zu einer Transformation im Laufe der Lösungsgeschichte. Sehr häufig begegne ich etwa Patienten, die von ihrem Partner verlassen werden, um sich dann in der Rätselzone therapeutische Hilfe zu suchen. Meist stehen sie vor der Frage, was zur Trennung geführt hat, was sie falsch gemacht haben und sind von schweren Selbstvorwürfen geplagt. Eine lange Therapie scheint unumgänglich. Es ist jetzt aber gar nicht so selten, dass sie dann unmittelbar einen neuen Partner finden, der wesentlich besser mit ihren eigenen Bedürfnissen kompatibel ist als der ursprüngliche. Eine Transformation und tiefe Selbsterforschung des Patienten war nicht erforderlich, weil sie einen Ort gefunden haben, der konsistent mit ihren eigentlichen Bedürfnissen und Eigenschaften ist. Sie ähneln somit dem „häßlichen Entlein“ im Märchen von Christian Andersen. Als Schwan unter Enten geboren glauben sie lange daran, sie selbst seien Schuld an ihrem Elend, bis sie sich nach einer Reise durch die Rätselzone (im Märchen: das Moor), einem vorübergehenden Aufenthalt in der Diaspora (im Märchen als Schutzhütte beschrieben) am Ende unter ihresgleichen, etwa mit einem neuen Partner oder einem passenderen Job, wiederfinden.

## Das topografische Modell als methodenübergreifender Bezugspunkt

Als Therapeuten leben wir in einer spannenden Zeit. Noch nie gab es so viele Methoden und Tools, mit denen wir unsere tägliche therapeutische Praxis bereichern können, und jährlich kommen neue dazu. Gleichzeitig wächst allerdings die Verwirrung angesichts der zahlreichen Veröffentlichungen und dem immer vielfältigeren Weiterbildungsmarkt. Das vorgestellte topografische Modell will einen Beitrag zur Vereinfachung leisten, indem es eine visuelle Landkarte als Bezugspunkt für die verschiedenen Methoden beinhaltet, an der sich Therapeuten unterschiedlichster Fachrichtungen orientieren können und somit ihr „Arsenal“ an erlernten Methoden zielgerichteter einsetzen können. Als Psychiater und tiefenpsychologisch arbeitender Therapeut bin ich auf dem Gebiet der Kunsttherapie kein Experte sondern nur ein Grenzgänger. Gleichwohl kann ich mir gut vorstellen, dass das vorgelegte Modell auch einen Beitrag dazu leisten könnte, spezifische kunsttherapeutische Methoden nach ihrer Eignung in bestimmten Phasen zu hinterfragen und zu evaluieren: Welche Interventionen eignen sich beispielweise für die Stabilisierungsarbeit in der Rätselfeldzone und im Provisorium? Welchen Beitrag kann eine Gestaltung bei der Selbsterforschung im geschützten Raum der Diaspora leisten? Wie könnte es schließlich kunsttherapeutisch gelingen, den Rückzug und die Erstarrung in der Diaspora zugunsten eines dynamischen Fortschreitens in neue (Bilder-)Welten zu überwinden und dabei das alte Schema, die Problem-Perspektive hinter sich zu lassen?

90

### Anmerkungen

(1) Der Literaturwissenschaftler Ronald Tobias schreibt von zwei Möglichkeiten, wie Geschichten beginnen können (Tobias 1993: 74): „In Act One (setup), the hero is at the point of origination, usually home. A force moves him to act, either out of necessity or by desire.“

(2) Neben den psychodynamischen und kunsttherapeutischen Verfahren scheint das Modell insbesondere auch für das Coaching interessant zu sein und dort auf Resonanz zu stossen (von Schumann & Harss, 2017)

### Literatur

Anz, Thomas (2008). Raum als Metapher. Anmerkungen zum „topographical turn“ in den Kulturwissenschaften. [http://www.literaturkritik.de/public/rezension.php?rez\\_id=11620](http://www.literaturkritik.de/public/rezension.php?rez_id=11620) (Zugegriffen: 06. Febr. 2008).

Beutel, Manfred E.; Doering, Stephan; Leichsenring, Falk; Reich, Günther (2010). Psychodynamische Psychotherapie: Störungsorientierung und Manualisierung in der therapeutischen Praxis. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Fonagy, Peter; Gergely, György; Jurist, Elliot L.; Target, Mary (2008). Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst (3. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.

Gilbert, Paul; McEwan, Kirsten; Gibbons, Judith L.; Chotai, Shivani; Duarte, José; Matos, Marcela (2012). Fears of compassion and happiness in relation to alexithymia, mindfulness, and self-criticism. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 85 (4), 374–390.

Von Schumann, Karin & Harss, Claudia (2017). Einführung in das topografische Coaching – Lösungen mit dem Raummodell. Berlin, Heidelberg: Springer.

Lotman, Juri M. (1993). Die Struktur literarischer Texte (6. Aufl.). Paderborn: Wilhelm Fink.

Mayer, Christian (2008). Hieroglyphen der Psyche. Mit Patientenskizzen zum Kern der Psychodynamik. Stuttgart: Schattauer.

Mayer, Christian (2010). Mit Fokus-Karten zum Ziel. Ein Navigationssystem für Psychotherapeuten und Coaches. Paderborn: Junfermann.

Mayer, Christian (2017). Wie in der Psychotherapie Lösungen entstehen. Berlin, Heidelberg: Springer.

Reddemann, Luise & Sachse, Ulrich (1996). Imaginative Psychotherapieverfahren zur Behandlung in der Kindheit traumatisierter Patientinnen und Patienten. *Psychotherapeut*, 41, 169-147.

Rudolf, Gerd; Grande, Tilman; Henningsen, Peter (2008). Die Struktur der Persönlichkeit. Theoretische Grundlagen zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen. Stuttgart: Schattauer.

**Kontakt:** Dr. med. Christian Mayer  
drchristianmayer@online.de