

Andrea Hammer

Innere Bilder und Affektabstimmung

Zusammenfassung: Klientinnen¹, die in früher Kindheit unzulängliche Erfahrungen beim Teilen von kognitiven und affektiven Zuständen mit anderen Menschen machen konnten, zeigen in der Therapie häufig Probleme, das Beziehungsangebot der Therapeutin wahrzunehmen. Da ihre Selbstkonfiguration präsymbolisch ist, reicht Sprache oft nicht aus, diese Klientinnen zu erreichen. Viele Erfahrungen sind in Bildern gespeichert. Gelingt es, diese hervorzuholen und mit Hilfe der Therapeutin mit alten Erfahrungen zu verknüpfen, kann bei diesen früh gestörten Klientinnen das Selbst gestärkt und die blockierte Aktualisierungstendenz wieder zum Fließen gebracht werden.

Schlüsselwörter: Kontaktfunktionen, Gary Prouty, Intersubjektivität, Bilderresonanz, Personenzentrierte Psychotherapie

Abstract: Internal images and affect adjustment. Clients, who had insufficient experiences with sharing cognitive and affective states with others, often show problems in therapy to realize that the therapist is offering contact. The verbal communication is not sufficient to reach them because their configurations of self are presymbolic. Many experiences are stored in images. If it is possible for the therapist to reactivate these stored images and connect them with earlier experiences, then the self configurations of clients with a fragile and dissociated personality will be supported. Thus the blocked actualizing tendency will be brought into a state of flux.

Keywords: Functions of contact, Gary Prouty, intersubjectivism, response of images, Person-centred Approach

Einleitung

Therapie besteht in der Begegnung zweier Individuen, die sich langsam aufeinander beziehen lernen müssen. Nur wenn es gelingt, einen gemeinsamen Beziehungsraum zu schaffen, ist es auch möglich, die Aktualisierungstendenz, die blockiert ist, wieder zum Fließen zu bringen und damit der Klientin neue Entwicklungsmöglichkeiten zu eröffnen.

In vorliegendem Artikel soll dargestellt werden, wie eine sichere, stützende und „nahnährnde“ Beziehung im Therapieprozess durch den Austausch innerer Bilder geschaffen und unterstützt werden kann.

Viele Interaktionsmuster werden im Laufe der Entwicklung präsymbolisch in Form innerer Bilder gespeichert, wobei diese Bilder aus verschiedenen Sinneseindrücken bestehen, die mit Emotionen verknüpft sind. Wie diese Bilder entstehen und wie wichtig die Affektabstimmung in der Entwicklung eines Kindes ist, soll nachfolgend durch entwicklungspsychologische Forschungsergebnisse vermittelt werden.

Werden diese frühen Bilder hervorgeholt und symbolisiert bzw. gelingt es im Therapieprozess, durch die Beziehung neue innere Bilder entstehen zu lassen, kann die Aktualisierungstendenz, die bei vielen Klientinnen im Wachstum behindert bzw. bei manchen gänzlich zum Stillstand gekommen ist, wieder in Gang gebracht werden.

Zur Entwicklung von Beziehung

Kontaktanbahnung setzt voraus, dass ich den anderen und sein Beziehungsangebot wahrnehme und über eine gemeinsame Sprache erreichbar bin. Dies ist für Personen mit Sinnesbeeinträchtigungen, mit mentalen Beeinträchtigungen und/oder psychotischen Störung sehr schwierig.

In zahlreichen Erfahrungen mit blinden Klientinnen, die ich als Beispiel für sinnesbeeinträchtigte Personen heranziehen möchte, zeigt sich, dass sie, obwohl sie im Alltag auf die Sprache besonders angewiesen sind, große Probleme haben, in Beziehung zu treten (Gruber & Hammer, 2002). Ein weiteres Phänomen ist, dass ein erhöhter Prozentsatz gegenüber der Normalbevölkerung psychotisch erkrankt bzw. zu Persönlichkeitsstörungen neigt. Warum dies so ist, kann entwicklungspsychologisch erklärt werden. Blindheit

¹ Ich habe mich als Frau und im Bewusstsein der Tatsache, dass die meisten Therapeuten und Klienten weiblich sind, für die Verwendung der weiblichen Form entschieden, möchte aber darauf hinweisen, dass Männer ebenso gemeint sind.

stellt für Kinder ein erhöhtes Risiko dar, keine oder ungenügende Erfahrungen im Herstellen-Können von Intersubjektivität zu ihren Bezugspersonen zu machen.

Dieselben Phänomene, die bei vielen blinden Klientinnen beobachtbar sind, sind auch bei sehenden psychotischen Klientinnen aufzufinden. Oft ist ihre Sprache zerhackt, es liegen Denkstörungen vor und es ist schwierig, mit ihnen in Kontakt zu kommen bzw. diesen zu halten. Entwicklungspsychologisch haben sie auf derselben Stufe Probleme wie blinde Menschen.

Rogers (1977b) formulierte, dass die erste Bedingung einer therapeutischen Beziehung das Herstellen von Kontakt ist, er hat dies aber nicht genauer definiert und auch nicht beschrieben, wie es möglich ist, diesen herzustellen.

Menschen, die psychotisch und/oder geistig behindert bzw. sinnesbeeinträchtigt sind, können sich nicht in üblicher Weise auf einen Kontakt einlassen. Um diesen herzustellen, bedarf es so genannter Kontaktreflexionen, wie sie Prouty (1998) beschrieben hat. Blinde Menschen können, da der Sehsinn fehlt, nicht wahrnehmen, ob die Therapeutin z. B. dieselbe Körperhaltung einzunehmen oder den Gesichtsausdruck widerzuspiegeln versucht. Im Sinn des besseren Sich-einfühlen-Könnens in die Welt der Klientin ist es für die Therapeutin trotzdem hilfreich, dies zu tun.

Psychotisch erkrankte Menschen haben, was oft in der Begegnung mit ihnen übersehen wird, ebenfalls Probleme im visuellen Bereich: Sie können keinen Blickkontakt aufnehmen und es ist eine Schwäche der Figur-Grund-Wahrnehmung vorhanden. Wahrnehmungsstörungen sind zu einem erheblichen Teil an der Entstehung einer Psychose beteiligt (Rossegger, 1981).

Wie kann es nun mit diesen Klientengruppen trotz Wahrnehmungsdefizite und fehlender Intersubjektivitätserfahrungen gelingen, Kontakt herzustellen?

Die Kontaktabahnung über Bilder

Eine Beziehung zu blinden, mental beeinträchtigten und/oder psychotischen Klientinnen herzustellen ist sehr gut über Bilder möglich. Diese Bilder sind Abbilder sozialer Interaktionserfahrungen. Im Therapieprozess wird versucht, darüber zu kommunizieren und so eine gegenseitige Resonanz herzustellen, die Klemm (2003) als Bilderresonanz bezeichnet.

Durch positive Interaktionserfahrungen innerhalb der Therapie können dann neue Bilder entstehen, die sich mit den alten verknüpfen, eine Verbindung von Innen und Außen, zwischen Vorher und Nachher herstellen und eigentlich affektiv besetzte Selbst- und Weltbilder sind.

Um die theoretischen Überlegungen anschaulicher zu machen, versuche ich sie begleitend an einer Fallgeschichte zu demonstrieren. Um die Anonymität der Klientin zu gewährleisten, wurden einige Daten verändert.

Frau R., eine 30-jährige Akademikerin, die in einem Bibliotheksarchiv arbeitet, wird mir von einer Augenärztin zugewiesen. Sie leidet an quälenden Doppelbildern, d. h. es gelingt ihr nicht, Nähe und Distanz bei dem, was sie sieht, einzustellen. Medizinisch ist dieses Phänomen nur zum Teil erklärbar. Die Augenärztin teilt auch mit, dass es ihr bei der Untersuchung nicht gelungen ist, mit Frau R. in Dialog zu treten, sie sei merkwürdig unerreichbar.

Frau R. wirkt beim Erstgespräch verkrampft, angespannt und schneidet Grimassen. Es gelingt nicht, Augenkontakt herzustellen. Sie sitzt auf der äußersten Kante des Stuhls, als ob sie weglaufen möchte. Ihre Sprache ist bizarr, Gedanken reißen ab, es wirkt alles unzusammenhängend. Ich fühle mich als Therapeutin verwirrt und spüre Leere. Sie reagiert auf keines meiner Beziehungsangebote, ich versuche im Sinne von Prouty (1998) dieselbe Körperhaltung einzunehmen, ihre Sprachfetzen zu wiederholen usw. Sie scheint nichts davon wahrzunehmen, ihre Angst steigert sich immer mehr. In einem späteren Stadium der Therapie erzählt sie, dass sie aufgrund meines Vorgehens das Gefühl bekam, ich dringe in sie ein und sie löse sich dabei auf. Sie habe auch nur Teile vom dem, was ich sagte, verstanden, weil sie sich massiv bedroht gefühlt habe und alle ihre Kraft gebraucht habe, mein Eindringen abzuwehren.

Während dieser ersten Stunde taucht in mir das Bild von einer abgeschlossenen Eishöhle auf, in der die Klientin sitzt. Ich versuche von außen gegen die Wände zu klopfen, um möglicherweise einen versteckten Zugang zu finden, was mir nicht gelingt. Ich berichte ihr von meinem Bild, weiß aber nicht, ob sie es wahrgenommen hat. Als ihr im Verlauf der Therapie eine differenzierte Beschreibung und Wahrnehmung ihrer Gefühle möglich ist, steigt sie auf dieses Bild ein, meint, sie habe es sehr wohl gehört, sich auch verstanden gefühlt, aber mein Versuch, einen Zugang zu finden, sei zu viel gewesen. Das Klopfen sei andererseits aber auch beruhigend gewesen, weil es ihr das Gefühl gegeben hätte, es existiere noch jemand außer ihr, und habe ihr Mut gemacht wiederzukommen.

Bevor ich auf die Biografie von Frau R. und den weiteren Therapieverlauf eingehe, möchte ich zu entwicklungspsychologischen Überlegungen überleiten.

Der Begriff der Intersubjektivität

Aus Kenntnis der Forschungen von Stern (1992, 1998) kam ich zur Überzeugung, dass Frau R. als Kind auf der Stufe der primären und sekundären Intersubjektivität sehr ungünstige Bedingungen vorfand, deshalb keine stabilen Kontaktfunktionen entwickeln und mich in meinem Beziehungsangebot nicht wahrnehmen konnte.

Was macht es so schwierig, den Anderen in seinem Beziehungsangebot wahrzunehmen?

Was heißt Intersubjektivität und wie kann sie sich entwickeln?

Nach Dornes (1993) versteht man unter Intersubjektivität, dass man kognitive und affektive Zustände mit anderen teilt, gemeinsam hat.

Dornes (1999) hebt zwei Entwicklungsschritte als besonders bedeutsam für die kognitive und emotionale Entwicklung des Menschen hervor, beide erscheinen wichtig für die Entwicklung der Kontaktfunktionen.

1. Die Stufe der primären Intersubjektivität: Es geht dem Menschen nicht nur um eine Befriedigung seiner Bedürfnisse, sondern das Baby will ab dem zweiten Monat, dass diese auch anerkannt werden. Diese Suche nach Anerkennung findet in der Interaktion statt. Durch Lächeln, Mit- oder Nacheinander-Vokalisieren etc. findet ein kommunikativer Austausch zwischen Mutter und Kind statt. Eigentlich ist es ein Spiel, es geht aber nicht nur um interessante Reizereignisse, sondern die Mutter soll sehen, dass das Kind Spaß hat, und seinen Affekt erkennen und anerkennen.

Es handelt sich dabei um eine einfache, aber wichtige Form des Sympathieaustausches zwischen Mutter und Kind, wobei man diese Interaktionsform auch zwischen Erwachsenen findet.

Bis vor kurzem gab es Meinungsunterschiede zwischen den Forschern, ob ein Säugling ein kompetenter Interaktionspartner sei, vielfach bestand die Meinung, die Mutter passe sich in ihren Bewegungen, ihren Blicken und ihrer Mimik dem Säugling an. Trevarthen (1979, in Dornes, 1999) hat dies widerlegt: Bereits ab dem zweiten oder dritten Monat erfolgt die Interaktion reziprok, d. h. der Säugling passt sich auch an die Angebote seiner Mutter an. Dies stellt die Grundlage der kindlichen Kompetenz dar: Das Baby kann mehr oder weniger wirkungsvoll auf die Bindungspersonen einwirken. Kompetent sein heißt, Kontrolle zu haben, wann und wie gefüttert wird, wann Nähe zu Bezugspersonen möglich ist etc.. Das Gefühl, Kontrolle zu haben, ist sehr wichtig für die Entwicklung des Selbst. Kann es sich nur unzulänglich entwickeln, entsteht das Gefühl, von außen gesteuert zu werden, was oft ein Symptom von psychotisch erkrankten Menschen ist.

Beim Einstimmen aufeinander gibt es sowohl bei der Mutter als auch beim Kind Begabungsunterschiede. Manche Mütter können uneindeutig bzw. stark zeitverzögert reagieren und Kinder können aufgrund einer Behinderung und/oder einer Wahrnehmungsstörung anders reagieren, als es die Mutter erwartet. Blinde Kinder z. B. reagieren nicht auf Augenkontakt, sie nehmen keine Gesten wahr, sie wenden den Kopf ab und drehen der Mutter das Ohr zu, weil das Richtungshören nicht funktioniert (Gruber und Hammer, 2002). Nach Bell und Ainsworth (1972) geht es vor allem um ein promptes Reagieren der Bezugsperson auf ein Signal des Kindes. Dies ist wichtiger als die Art der Reaktion.

Funktioniert dieses Einstimmen aufeinander nicht oder nur unzulänglich, führt dies später zu massiven Interaktionsstörungen, was in inneren Bildern abgespeichert wird.

Das Wechselspiel zwischen Eltern und Kind geschieht in der ersten Zeit wesentlich über den Austausch von Affekten, die das Kind

in angeborener Weise imitieren und beantworten kann (Dornes, 2000). Die gegenseitige Affekt Abstimmung dient unter anderem der Bildung von Identität: „Ich bin, was ich fühle“ (Erikson, 1957).

Neben den primären Emotionen wie Freude, Furcht, Ärger, Kummer, Ekel und Überraschung existieren nach Stern (1992) auch die so genannten Vitalitätsaffekte, die die affektive, gefühlvolle Art und Weise, in welcher der Säugling die Welt um sich herum erlebt, widerspiegeln. Sie beziehen sich auf die Form der Erfahrung und sie entstehen unmittelbar aus Begegnungen mit anderen Menschen. Er meint, dass sie sich durch dynamische, kinetische Ausdrücke wie z. B. aufwallend, verblassend, flüchtig, explosionsartig, anschwelkend, abklingend, berstend, sich hinziehend usw. charakterisieren lassen.

Kinder können sehr früh Gefühle erkennen und spiegeln, allerdings nur diese primären Gefühle, nicht kompliziertere wie Scham oder Verachtung. Um die eigene Gefühlswelt auszubilden, müssen Säuglinge Einfühlung erfahren und sich mit ihren Gefühlen im Spiegel ihrer Eltern wiedererkennen. Wenn wir weinen und niemand tröstet uns, werden unsere Gefühle nicht bestätigt. Allmählich entsteht ein verzerrtes Bild von unserem Innenleben, von unserem Selbst. Reagieren die Eltern und andere Menschen jedoch empathisch, werden unsere Emotionen bestätigt und damit legitimiert. Es kommt zu einer Verinnerlichung der empathischen Zuwendung, das Kind wird unabhängig vom Spiegeln und lernt sich selbst trösten, loben oder aufmuntern. Affekt abgestimmtes Verhalten ist ein korrespondierendes Verhalten, das die Gefühlsqualität eines gemeinsam empfundenen Gefühls ausdrückt, die Gemeinsamkeit eines inneren Erlebens kommt darin zum Ausdruck.

Blinde Säuglinge können Affekte nicht von den Gesichtern des Gegenübers ablesen, sie sind auf andere Sinneskanäle angewiesen, um diese wahrzunehmen. Vieles passiert aber nonverbal, eine Möglichkeit wäre daher, dies über Körperkontakt zu erspüren. Aus zahlreichen Untersuchungen (Warren, 1977, 1994) ist aber belegt, dass gerade blinde Babys weniger gehalten und getragen werden. Sie sind eher ruhig und pflegeleicht und fordern den Kontakt nicht ein, was bedeutet, dass auch die Spürinformation bezüglich der Affekte des Gegenübers fehlt. Es wird mit ihnen auch weniger gesprochen als mit sehenden Kindern, d. h. auch aus dem Tonfall können die Affekte der Bezugspersonen nicht erahnt werden (Kekelis & Andersen, 1984).

Affekte sind angeboren, um aber zu einer differenzierteren Mimik zu kommen, bedarf es des Spiegeln eines Affekts durch die Bezugspersonen. Dies fällt jedoch ebenfalls bei blinden Kindern weg, d. h. ihre Mimik ist starr, Eltern kennen sich bezüglich ihrer Gefühlswelt nicht aus und können die Gefühle daher nicht entsprechend erkennen und beantworten (Gruber & Hammer, 2002). Gefühle, die nicht bestätigt werden, sind nach Stern (1992) auch später für das Kind nicht zugänglich.

Damit wird klar, warum gerade Kinder, die in dieser Zeit der Entwicklung des Kern-Selbst (Stern, 1992) keine adäquate Affekt Abstimmung vorfinden, keine sichere Identität entwickeln können und

daher später immer wieder zu einer Brüchigkeit ihres Selbst und zur Gefahr des Ausbruchs einer Psychose neigen (Fröhlich-Gildhoff & Hufnagel, 1991). Die inneren Bilder, die von den frühen Intersubjektivitätserfahrungen bzw. der Affektabstimmung mit den wichtigen Bezugspersonen gespeichert sind, spiegeln diese Brüchigkeit wider.

Kinder, die rundherum versorgt werden, die angesprochen und angeschaut werden, nehmen nicht nur die Welt außerhalb von sich wahr, sondern erleben auch bewusst, dass sie selbst existieren. Ein Gefühl für Außen und Innen entsteht (Alvarez, 2001). Es bildet sich ein erstes stabiles Selbstbild und mit ihm ein erstes Selbstwert-erleben.

2. Eine weitere wichtige Stufe bei der Entwicklung von Intersubjektivität ist die Stufe der sekundären Intersubjektivität:

Es geht hier um Interaktion und Verständigung, um ein „sharing of mental states“, um ein „Teilen von Welt“ (Dornes, 2000).

Erwachsene kommunizieren nicht nur miteinander, sondern auch miteinander über Dritte. Zum Beispiel blickt jemand zum Himmel, sagt: „Wie schön“, schaut zum Partner, ob dieser auch den Himmel anschaut, und fordert ihn nötigenfalls dazu auf. Beide teilen die Betrachtung des Himmels und die Freude daran.

Beim Säugling entwickelt sich ab neun Monaten das Bedürfnis nach Anerkennung von Bedürfnissen weiter zu einem Bedürfnis nach Teilung von emotionalen und kognitiven Zuständen in Bezug auf die Welt.

Das Kind zeigt nicht nur auf einen Gegenstand, damit die Mutter ihn bringt, sondern es will die Aufmerksamkeit der Mutter auf den Gegenstand lenken, sie soll ihn nicht bringen, sondern ebenfalls ansehen. Das Kind überprüft dies, indem es zwischen Gegenstand und Mutter hin- und herblickt, und eventuell fordert es die Mutter noch durch Laute auf, hinzusehen. Es freut sich, wenn es bemerkt, dass die Mutter ebenfalls auf den Gegenstand blickt.

Es geht also nicht mehr nur wie bei der primären Intersubjektivität um den reziproken Austausch nonverbaler Verhaltensweisen und Affekte im Spiel und deren Anerkennung, sondern darüber hinaus um Wahrnehmung, Validierung und Gemeinsam-haben-Wollen von menschlichen und emotionalen Zuständen als Ziel der Interaktion. Es ist das Bedürfnis nach kommunikativer Verständigung über die Welt (in nonverbaler Form). Wenn dies verweigert wird, hat das gravierende Auswirkungen auf die weitere psychische Entwicklung, da sie Vorbedingung für die weitere kognitive Entwicklung und Symbolisierung ist. Wiederholbarkeit und Vorhersagbarkeit sind wichtig im gemeinsamen Austausch, denn sonst gewinnt das Kind das Gefühl, von außen gesteuert zu werden und nichts selbst bestimmen zu können.

Wie weit ein Kind ein stabiles Selbst entwickeln kann, hängt wesentlich von der Empathiefähigkeit der Bezugsperson ab. Es gibt natürlich auch hier ungünstige Bedingungen: Blinde Kinder haben z. B. auf dieser Stufe große Schwierigkeiten, mit anderen Personen emotionale und kognitive Zustände zu teilen, da die Verständigung

darüber, was wir teilen wollen, sehr über den Sehsinn geht und es kaum gelingt, einen gemeinsamen Aufmerksamkeitsfokus herzustellen. Wenn es den Eltern gelingt, eine andere Art von Sprache mit dem Kind zu entwickeln, die nicht über den visuellen Kanal geht, finden sie Eingang in das Gefühlsleben des Kindes und es ist für das Kind möglich, Intersubjektivität kennen zu lernen (Preisler, 1991).

Bei Kindern, die später psychotisch erkranken, ist zu vermuten, dass Wiederholbarkeit und Vorhersagbarkeit von Situationen und Erfahrungen mit den Bezugspersonen nicht gegeben sind. Es gelingt ihnen nur unzulänglich, generalisierte Interaktionsrepräsentanzen (RIGS = representations of interactions that have been generalized) im Sinne von Stern (1992) zu bilden. Unter RIGS versteht Stern, dass Säuglinge reale Interaktionserfahrungen abstrahieren, einen durchschnittlichen Prototyp daraus ermitteln und sie präverbale abspeichern.

Wenn nun Situationen zu chaotisch sind oder das Kind von seiner Ausstattung her Gemeinsamkeiten einer Interaktion nur unzureichend wahrnehmen kann, steigt die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer späteren psychotischen Erkrankung. Bei Psychotikern liegen oft, wie bereits erwähnt, Wahrnehmungsstörungen, vor allem eine optische Figur-Grund-Differenzierungsschwäche, vor (Rossegger, 1981). Dies könnte erklären, warum Kinder, die später psychotisch erkranken, in dieser Zeit der frühen Intersubjektivität immer wiederkehrende Episoden nicht als übereinstimmend wahrnehmen und so wenige Inseln von Konsistenz in ihrem Selbst entstehen können.

Nun zurück zur Fallgeschichte: Wie bereits erwähnt wurde, zeigt Frau R. im Erstkontakt zahlreiche Symptome, die es schwierig machen, mit ihr in Kontakt zu treten. Neben ihrer bizarren Sprache, ihren Denkstörungen und ihren massiven körperlich wahrnehmbaren Spannungen berichtet sie von immer wiederkehrenden Visionen, wie das Eindringen von Gegenständen in sie, was sie mit Todesangst erfülle. Sie setzt auch selbstschädigende Handlungen, indem sie sich schneidet, um damit innere Spannungen zu mindern. Weiters meint sie, von außen gesteuert zu werden und flüchtet sich in die dissoziative Vorstellung, aus zwei Teilen „Ich“ und „Rho“ zu bestehen. Rho passe sich der Umwelt an, während „Ich“ wild, ungebärdig, aber zerbrechlich und insofern bedroht sei.

Zu ihrer Biografie: Die Mutter von Frau R. ist Künstlerin, sie wird von ihr als sehr emotional beschrieben, meint ein Monopol für Gefühle zu haben, sie weiß stets, was andere fühlen bzw. deutet Gefühle, die ihr nicht passen, um. Frau R. erkennt im fortgeschrittenen Verlauf der Therapie, dass ihr Trauer und Wut nie erlaubt waren. Wenn sie diese spürte, reagierte die Mutter mit gegensätzlichen Gefühlen. Als sie vier Jahre war, adoptierten ihre Eltern ein Mädchen, damit sie eine Schwester habe. Sie war wütend und eifersüchtig, ihre Mutter erklärte ihr aber, sie strahle immer nur, wenn sie die Schwester ansehe, weil sie sich so freue. Immer wieder kamen

Doppelbotschaften, in denen die analogen und digitalen Ebenen nicht übereinstimmen. Frau R. fühlte etwas anderes, als ihr gesagt wurde. Es gelang wahrscheinlich selten, einen gemeinsamen Aufmerksamkeitsfokus auf ein Gefühl herzustellen.

Diese Doppelbotschaften lösten bei Frau R. zunächst Verwirrung und später akute psychotische Zustände aus.

Es wurde von ihr verlangt, sozial, lieb und nett zu sein, aber nicht aufgrund der Verhaltensvorschriften der Eltern, sondern spontan aus eigener Motivation. Ihre Bedürfnisse und die ihrer Eltern waren und sind somit nicht mehr unterscheidbar, was dazu führt, dass sie sich nur als Ich spürt, wenn sie den spontanen Bedürfnissen entgegenhandelt. Die logische Konsequenz stellt die Flucht in die Dissoziation dar.

Der Vater spielt in ihren Erinnerungen kaum eine Rolle, er wird als wenig empathisch und sehr starr beschrieben.

Sie kann sich bis zum Alter von 12 Jahren kaum an Kindheitserlebnisse erinnern, sie meint, sehr angepasst gewesen zu sein. Mit 12 Jahren treten die ersten selbstschädigenden Verhaltensweisen auf: Sie stürzt sich von Treppen und freut sich über die entstandenen Schmerzen und die bestürzten Reaktionen der Umwelt. Mit 17 Jahren geht sie eine Liebesbeziehung zu einem ihrer Lehrer ein. Um seine berufliche Identität nicht zu gefährden, bricht sie sämtliche Kontakte zu Freunden ab. Sie lebt nur für diese Beziehung, die von zahlreichen Auseinandersetzungen und Alkoholexzessen geprägt ist. Es treten nunmehr die ersten Halluzinationen auf, sie hat das Gefühl, sich nicht mehr gegen die Umwelt abgrenzen und nicht mehr klar denken zu können. Auslöser dafür dürften wiederum zahlreiche Double-Bind-Botschaften ihres Beziehungspartners sein, der ihr vermittelt, er liebe sie nicht und sie dürfe ihn nicht lieben, aber sie müsse ausschließlich für ihn da sein.

Sie beginnt zu studieren, wobei sie aber keinerlei Kontakte zu Studienkolleginnen aufbaut, sie lebt in ihrer eigenen Welt. Der Kontakt zur Außenwelt wird nach Beendigung des Studiums noch mehr verdünnt, sie fürchtet sich vor den Menschen und flüchtet deshalb auch von mehreren Arbeitsstellen. Ihre zunehmenden Augenprobleme führen sie schließlich zu einer Augenärztin und in der Folge zu mir.

Bevor ich den Therapieverlauf schildere, möchte ich Hypothesen über die frühkindlichen Interaktionserfahrungen von Frau R. aufstellen: Frau R. konnte keine sichere Identität entwickeln, weil sich ihre Bezugspersonen nicht empathisch auf sie eingestimmt haben und auch keine adäquate Spiegelung ihrer Gefühle stattfand bzw. die Gefühle verbogen wurden. Es fanden sich zwei Aspekte pathologischer Affektspiegelung: Ein Mangel an Markierung, d. h. ein Mangel an spielerischem Umgang mit Affekten, sowie Inkongruenz beim Spiegeln. Der vom Kind gezeigte Affekt wurde nicht als ein „Als ob-Affekt“ behandelt, und dadurch kam es nicht zur Ausbildung von Repräsentationen der eigenen Affekte. Es gab inkonsistente Reaktionen auf die Bedürfnisse des Kindes, vor allem übertrieben

starke Reaktionen auf negative Affekte. Daneben bestand ein Mangel an Kongruenz (Gergely & Watson, 1996): Der von der Mutter gezeigte Affektausdruck war oft nicht kongruent mit dem des Kindes.

Zu diesen frühkindlichen Mangelenerlebnissen, die dazu führten, dass Frau R. kein konsistentes und kohärentes Selbst aufbauen konnte, kamen spätere traumatisierende Ereignisse, die sie nicht adäquat bewältigen konnte. Die Möglichkeit, Traumata zu verarbeiten, hängt nach Gahleitner (2005) von einer sicheren Bindungsbasis und von positiv verlaufenden Begegnungen im späteren Leben ab, was bei Frau R. nicht gegeben war.

Primäre und sekundäre Intersubjektivität sind wesentlich, um Kontaktfunktionen stabil zu entwickeln. Sind in diesem frühen Alter ungünstige Bedingungen vorhanden, entwickeln sie sich, wie beschrieben und in der Fallgeschichte deutlich erkennbar, nicht oder nur unzulänglich.

Das Erleben von Intersubjektivität in der Therapie durch Bilder

Wie kann es nun gelingen bei Menschen wie Frau R., die in ihrer frühesten Kindheit keinen sicheren Beziehungsraum kennen gelernt und nicht die Erfahrung gemacht haben, dass sich jemand auf ihre Gefühle einstimmt, Intersubjektivität herzustellen? Sprache kann zu ihr kaum eine Brücke schlagen. Wenn die Selbstkonfiguration präsymbolisch ist, ist es nach Mearns (Mearns et al., 2000) nicht möglich darüber zu sprechen, man kann als Therapeutin nur bei der Klientin und ihren Ausdrucksmöglichkeiten sein, ohne oft zu wissen, worum es inhaltlich geht. Bedeutsam ist in erster Linie das Teilen von Gefühlen, nicht das Verstehen von Inhalten.

Der Therapeut oder die Therapeutin muss sich in die „phänomenologisch gelebte Welt des Klienten hineinbegeben und ein feines Gespür entwickeln für seine Struktur des Erlebens und seine Art in der Welt zu sein“ (Prouty et al., 1998, S. 56).

Eine gute Möglichkeit, mit Klienten oder Klientinnen, deren Selbst sehr brüchig ist, zu arbeiten, stellen innere Bilder dar, die nach allen bisherigen Erkenntnissen vor der Fähigkeit, sich in sprachlicher Form auszudrücken, vorhanden sind. Auch bei voll entwickelter Sprachfunktion eines Erwachsenen drücken sich Erkenntnisse, die nur vorbewusst vorhanden sind, noch nicht in Worte fassbar sind, in Bildern aus.

Bilder sind basale Ausdrucksformen des Empfindens. Am Beginn des Lebens stehen bereits Bilder: Das Neugeborene schaut auf das Gesicht der Mutter, lauscht ihrer Stimme und fühlt ihre Hantierungen, Tröstungen und Spannungen, so entwickelt sich ein erstes Bild der Mutter.

Bilder entstehen nicht nur aus visuellen Eindrücken, sondern alles, was wir hören, fühlen etc., findet in Bildern seinen Niederschlag. Sie dienen auch der Verarbeitung des Erlebten und dem

Aufbau neuer Strukturen. In Therapien können sie Träger der Verständigung und des Entwicklungsprozesses sein. Sie sind eine Ressource im Menschen, in ihnen sind Selbstheilungskräfte vorhanden und sie sind auch ohne spezifische Methodik (anders wie bei der Katathym-Imaginativen Psychotherapie) innerhalb der therapeutischen Beziehung da und können genützt werden. Alles Erleben, ob das Hören eines Musikstückes, das Betrachten eines Spielzeuges, kann Imaginäres aktivieren und zum Ausgangspunkt einer Reise in die Innenwelt werden.

Bilder sind also nicht nur abbildungstreue Wiedergaben von Interaktionserfahrungen, sie sind verknüpft mit Affekten. Entwicklungspsychologische Kenntnisse belegen, wie sie entstehen.

Die Entstehung innerer Bilder

Nach Stern (1992) entwickelt sich beim Baby zwischen dem dritten und neunten Monat das Kernselbst, indem immer wiederkehrende Erfahrungen im Episodengedächtnis gespeichert, übereinander kopiert und der Prototyp einer Episode ermittelt wird. So bilden sich Inseln der Konsistenz, die allmählich zusammenwachsen und den Grundstock bilden, wie ein Baby sich und die Welt erlebt.

In frühester Kindheit sind die Affekte das primäre Medium, sie sind auch das primäre Medium für die wiederkehrenden Episoden, es wird nämlich nicht ein Abbild der realen Situation gespeichert, sondern diese Episoden (RIGS) sind mit affektiven Empfindungen verknüpft. Die inneren Bilder tragen die ursprünglichen Gefühle in sich, sie sind an die Bilder gekoppelt, und im Wechselspiel von Bild und Gefühl können Gefühle die entsprechend besetzten Bilder wachrufen und umgekehrt. Diese inneren Bilder sind mit der inneren Kraft besetzt, die sie bei ihrer ursprünglichen Entstehung bzw. ihrem Auftauchen hatten. Beleg dafür sind traumatische Bilder: Wenn ein aktuelles Ereignis die Person in die Nähe des traumatischen Erlebnisses oder der damit verbundenen Attribute bringt, tauchen Bilder als innere Repräsentationen des vergangenen traumatischen Geschehens auf (Fischer & Riedesser, 2003).

Das Kind ruft ständig RIGS ab und vergleicht sie mit gespeicherten RIGS: Stern (1992) spricht von einem evozierten Gefährten: Es ist dies eine aktive Erinnerung an das Muster des Zusammenseins mit einer Beziehungsperson und das Wie des Zusammenseins. Dies ist für die Erfahrung von Kontinuität sehr wichtig.

Nach den ersten Lebensjahren ist der Entstehungsprozess von inneren Repräsentationen nicht nur an zwischenmenschliche Interaktionen gebunden (vorgelesene Geschichten, Fernsehen...).

Das, was wir innerlich aus frühester Zeit gespeichert haben, sind realitätsnahe Bilder, die die realen Erfahrungen mit den Interaktionspartnern widerspiegeln. Sie sind aber subjektiv gefärbt.

Bilderresonanz im Therapieprozess

Nach Klemm (2003) ist es möglich, ein gemeinsames inneres Erleben in der Therapie durch diese Bilder herzustellen, was nichts anderes bedeutet als emotionale Resonanz zu geben und damit zu einer Affektabstimmung und einer Teilung von „mental states“ zu kommen. Ich nehme durch das Bild der Klientin ein Gefühl wahr und stimme mich als Therapeutin darauf ein und spiegele es sowohl nonverbal als auch verbal zurück. Die Person erfährt so eine Bestätigung ihres Gefühls und erfährt so oft zum ersten Mal das Erleben von Intersubjektivität. Wichtig ist es für die Therapeutin, möglichst viele der angesprochenen Gefühle in sich zu finden und zu benennen, ohne sich selbst von den Gefühlen vereinnahmen zu lassen. Bestimmte Gefühle werden so gemeinsam erlebt. Es entstehen neue Intersubjektivität, ein neuer gemeinsamer Boden und das Gefühl, verstanden zu werden. Affektabstimmung als emotionale Resonanz auf einen gemeinsamen gefühlsmäßigen Zustand schafft nach Klemm (2003) gemeinsames Erleben und eine gemeinsame Sprache. Dies könnte erklären, warum Denkstörungen bei schwer gestörten Klientinnen geringer werden und die Möglichkeit einer zunehmenden sprachlichen Verständigung entsteht. Reale Erfahrungen mit ihren Repräsentationen (= Bildern) sind Grundlage der Kontinuität, Sicherheit und Identität im Erleben. In diesen Bildern ist das gespeichert, was gefühlsmäßig in Interaktionen erlebt wurde und wird. Gelingt es in einer guten therapeutischen Beziehung, möglichst viele positiv verlaufende Intersubjektivitätserfahrungen zu machen, kann es gelingen, das Selbst durch die Entstehung neuer innerer Bilder, die mit den alten verknüpft werden bzw. diese ersetzen, zu reorganisieren. Es geht also darum, Affekte zu teilen und über Drittes zu kommunizieren, damit die Klientin wieder Zugang zur Realität findet, sich verstanden und wertgeschätzt fühlt.

Der Einsatz von Bildern in einer Personzentrierten Therapie hat den Vorteil, dass die Klientin sich frühere Erlebnisse und auch das Heute aus einer anderen Distanz anschauen kann. Gleichzeitig wird eine Brücke zwischen verschiedenen Bewusstseinssebenen geschlagen. Die Therapeutin schaut sich das Bild gemeinsam mit der Klientin an, wodurch für die Klientin das Bemühen der Therapeutin, sich in ihre Welt einzuspüren und affektiv mitzuschwingen, besonders spürbar wird. Es geht jedoch nicht nur um Bilder zu früheren Interaktionserfahrungen, oft wird durch ein Bild auch das momentane Empfinden in der Therapie auf den Punkt gebracht. Ein Bild ist die Umsetzung der kognitiven und emotionalen Wahrnehmung eines Problems, es komprimiert Interaktionserfahrungen und zeigt auch mögliche künftige Handlungsschritte auf.

Anders als in der Katathym-Imaginativen Psychotherapie werden keine gezielten und von der Therapeutin geführten Imaginationen angeregt, sondern die Therapeutin ebnet den Weg für Bilder, indem sie eine Atmosphäre schafft, in der neues Intersubjektivitätserleben möglich wird. Man lässt sich gemeinsam auf die Bildersprache ein, dadurch kann die Klientin jeweils ihr Bild finden. Jedes

Bild lässt eigene Kontinuität und Kohärenz erfahren und die Klientin wird sich der eigenen Kreativität und Geschichtlichkeit bewusst. Bilder können symbolisiert und Geschehenes kognitiv strukturiert und eingeordnet werden, womit es verarbeitbar gemacht wird. Es kann durch die Bilder eine Gegenwelt zu vielen traumatischen Erlebnissen geschaffen werden, das Selbst kann reorganisiert und der Zerfall aufgehalten werden. Die Bilder dienen zum besseren Selbstverständnis und unterstützen das Gefühl der Selbststeuerung.

Bilderresonanz am Beispiel der Fallgeschichte

Mittels äußerer Bilder gelingt es zunächst, einen Kontakt zu Frau R. herzustellen und ihren Realitätsbezug zu verbessern. Frau R. fotografiert gern in Schwarz-Weiß. Diese Bilder bringt sie ab der dritten Stunde mit. Es sind Dinge, die sie faszinieren, nie Personen, zunächst leblose Objekte aus der Umwelt. Zunehmend tauchen Vögel in den Bildern auf, die für sie eine besondere Bedeutung haben. Es gelingt über diese Bilder zu kommunizieren, zunächst in konkreten Beschreibungen, wodurch eine gemeinsame Realität hergestellt wird (Stärkung der sekundären Intersubjektivität). Später teile ich als Therapeutin ihr meine Gefühle, die durch die Bilder wachgerufen werden, mit. Frau R. feilt an diesen Gefühlen und wir versuchen gemeinsam zu einem differenzierten, sprachlichen Ausdruck der ausgelösten Gefühle, die wir miteinander teilen können, zu kommen. Es wird möglichst nichts interpretiert oder Verbindungen zur Geschichte von Frau R. hergestellt. Es geht um ein gemeinsames Teilen von Gefühlen. Zunehmend spricht Frau R. verständlicher, sie versucht auch zunehmend Dinge aus ihrem Erleben zu beschreiben: Zum Beispiel stürzen sie die Vögel in eine Ambivalenz, „sie müssen fliegen, um einen Überblick zu bekommen, aber dann verlieren sie den Boden und sind ein Spielball des Windes“.

Durch dieses gemeinsame Betrachten ihrer fotografierten Bilder kommt es zu einem affekt abgestimmten Verhalten, zu einem Erleben von Empathie. Die Bilder gemeinsam zu erforschen heißt auch, einander zu sehen und anzuerkennen. Dies vermittelt ein Gefühl von Realität, was für Frau R. besonders bedeutsam ist.

Diese Art der Affekt abstimmung lässt neue generalisierte Interaktionsrepräsentanzen (RIGS) entstehen und damit entwickelt sich ein Gefühl von Selbst. Mittels Sprache allein kann dies niemals gelingen, sondern notwendig ist ein authentisches und aktives Reagieren der Therapeutin auf Bildebene. Es ist hier sicher eine Ähnlichkeit mit Behrs Begriff der Interaktionsresonanz (Behr, 1996) in Therapien mit Kindern gegeben. Man muss als Therapeutin in der jeweiligen Sprache und Symbolik der Klientin kommunizieren.

Frau R. geht schließlich von den Bildern zu Zeichnungen über, die sie in die Therapiestunden mitbringt. Die ersten Bilder malt sie mit ihrem Blut. Sie schneidet sich immer wieder in die Unterarme, um ein Gefühl für Innen und Außen zu entwickeln. Um dies zu verstehen und nicht mit Angst oder Ablehnung zu reagieren, bedarf es

eines fundierten störungsspezifischen Wissens, wie es Binder und Binder (1994) mir vermittelt haben.

Schließlich verfasst Frau R. Texte, die in einer kunstvollen Sprache geschrieben sind, die wir gemeinsam zu entschlüsseln versuchen, indem wir uns wieder auf die dadurch ausgelösten Gefühle beziehen. Sie entwickelt immer mehr Freude an ihrer eigenen Kreativität, hat das Gefühl, neue Ressourcen zu entdecken. Die Texte spiegeln innere Bilder wider, ihre Kraft liegt in ihrer Affektivität.

Als Beispiel eines solchen inneren Bildes möchte ich das Marionettenbild schildern, das sie im Anschluss an einen von ihr geschriebenen Text spontan erzählt: Sie hatte in ihrer Kindheit sehr oft das Bild, eine Prinzessin zu sein. Beim gemeinsamen Betrachten des Bildes zeigt sich, dass diese Prinzessin auf einem „schmierigen“ Balkon steht und um Hilfe schreit. Bewegungen kann sie nur mit Hilfe fremder Hände vollführen, sie kann nur schreien, sonst ist sie leblos wie eine Marionette.

Dieses Bild löst bei der Klientin zahlreiche Gefühle aus, sie kann die Verzweiflung der Prinzessin wahrnehmen und sie kann Verbindungen herstellen zu der Atmosphäre ihrer Kindheit. Auch wenn es oft schmerzlich ist, hat sie Freude daran, Gefühle wahrzunehmen, sie zu sortieren und zu verstehen.

Durch die Bilder, die im Verlauf der Therapie auftauchen, erfährt sie eigene Geschichtlichkeit, Kontinuität und Kohärenz. „Rho“ und „Ich“ nähern sich immer mehr an. Ich gebe ihr als Therapeutin Resonanz, wodurch sie Innen und Außen immer mehr trennen bzw. auseinander halten kann. Sie kann sich immer mehr dem eigenen Innenraum zuwenden und gleichsam verschollene Bilder wiederfinden, die auch traumatische Erlebnisse beinhalten.

Als Therapeutin ist es wichtig, in das Bild der Klientin einzutauchen, sich darin zu bewegen und zu versuchen, diese Welt der Klientin erlebnismäßig verfügbar zu machen. Konkret bedeutet das, gemeinsam mit der Klientin das Bild zu betrachten, genau nachzufragen, was für sie am Bild wichtig ist, sich Einzelheiten genauer anzusehen und damit verknüpfte Gefühle zu aktivieren bzw. das Bild in seiner Bedeutung zum Jetzt zu verstehen. Dadurch wird das Kern-Selbstempfinden gestärkt, alte gespeicherte Erfahrungen werden mit neuen verknüpft, das Bild in Sprache übersetzt (symbolisiert) und damit kann das Erlebte eingeordnet und verarbeitet werden. Die fehlenden oder mangelhaften Intersubjektivitätserfahrungen werden quasi in der therapeutischen Beziehung nachgeholt, jemand ist vorhanden, der den Affekten der Klientin Resonanz gibt und praktisch mit ihr über Drittes, in diesem Fall Bilder, kommuniziert.

Frau R. gewinnt zunehmend das Gefühl, sich selbst steuern zu können. Ihre Doppelbilder werden seltener, sie hat das Gefühl Nähe und Distanz auch beim Sehen steuern zu können.

Sie kann sich auch auf eine Beziehung zu einem Mann einlassen, und die Angst vor Menschen wird geringer. Die Therapie von Frau R. läuft noch weiter, es gibt noch vieles zu ordnen und zu symbolisieren. Der Prozess ist auch von zahlreichen Rückschlägen geprägt, so treten manchmal halluzinatorische Erscheinungen auf, die mittels

Zwängen abgewehrt werden. Dies geschieht sehr oft im Anschluss an reale Begegnungen mit ihren Eltern. Das Selbst wird dann brüchig, jedoch geschieht dies immer seltener. Frau R. hat zunehmend das Gefühl, sich selbst steuern zu können, sie fühlt sich nicht mehr von außen überschwemmt.

Für mich als Therapeutin stellt diese Therapie eine große Herausforderung dar. Es gilt mit oft unverständlichen Inhalten umzugehen, sie gemeinsam mit der Klientin zu entschlüsseln und in Sprache zu übersetzen. Dabei muss man in die oft bizarre Gedankenwelt der Klientin einsteigen. Auch wenn man manches nicht versteht, ist das Bemühen darum für die Klientin spürbar und hilfreich. Sie fühlt sich in der Therapie sicher, was es ihr ermöglicht, ihre Ängste abzubauen, sich in die Beziehung einzulassen und ihr kreatives Potential zu entdecken.

Schlusswort

Bilder können nach Klemm (2003) als kreatives Werkzeug der Seele angesehen werden. Bilderresonanz in der Therapie ermöglicht, mit Klientinnen in Kontakt zu kommen und ihr Selbst zu reorganisieren. Gerade in der Arbeit mit schwer gestörten oder beeinträchtigten Menschen heißt es, möglichst kreativ zu sein und zu experimentieren im Vertrauen darauf, dass mit dem Beziehungsangebot im Sinne von Carl Rogers Bedingungen geschaffen werden, in denen die Klientinnen bedeutsame Entwicklungsschritte machen können.

Literatur

- Alvarez, A. (2001). *Zum Leben wiederfinden*. Psychoanalytische Psychotherapie mit autistischen, Borderline-, vernachlässigten und missbrauchten Kindern. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.
- Behr, M. (1996). Therapie als Erleben der Beziehung. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Moden-Engelhardt (Hrsg.). *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Bd. 1: Grundlagen und Konzepte (S. 41–69), Göttingen: Hogrefe.
- Bell, S. & Ainsworth, M. (1972). Infant crying and maternal responsiveness. *Child Development*, 43, 1171–1190.
- Binder, U. & Binder, J. (1994). *Studien zu einer störungsspezifischen klientenzentrierten Psychotherapie*. Eschborn: Klotz.
- Dornes, M. (1993). *Der kompetente Säugling*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Dornes, M. (1999). *Die frühe Kindheit*. Frankfurt am Main: Fischer.

- Dornes, M. (2000). *Die emotionale Welt des Kindes*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Erikson, E. H. (1957). *Kindheit und Gesellschaft*. Bern: Huber.
- Fischer, G., & Riedesser, P. (2003). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: Reinhardt.
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Hufnagel, G. (1991). *Personenzentrierte Störungslehre unter besonderer Berücksichtigung moderner entwicklungspsychologischer Erkenntnisse*. Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung, 1, 37–49.
- Gahleitner, S. (2005). *Neue Bindungen wagen. Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung*. München: Reinhardt.
- Gergely, G. & Watson, J. (1996). The social biofeedback theory of parental affect-mirroring: The development of emotional self-awareness and self-control in infancy. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 77, 1181–1212.
- Gruber, H., & Hammer, A. (2002). *Ich sehe anders*. Würzburg: edition bentheim.
- Kekelis, L., & Andersen, E. S. (1984). Family communication styles and language development. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 78, 54–65.
- Klemm, R. E. (2003). *Die Kraft der inneren Bilder*. Basel: Schwabe.
- Mearns, D. & Thorne, B. (2000). *Person-centred Therapy today*. *New Frontiers in Theory and Practice*. London: Sage Publications Ltd.
- Preisler, G. (1991). Early patterns of interaction between blind infants and their sighted mothers. *Child: Health, Care and Development*, 17, 65–90.
- Prouty, G., Pörtner, M., & Van Werde, D. (1998). *Prätherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rogers, C. R. (1977b). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. München: Kindler.
- Rossegger, A. (1981). *Optische Figur-Hintergrunddifferenzierung bei psychotischen Jugendlichen*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Wien.
- Stern, D. (1992). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stern, D. (1998). *Die Mutterschaftskonstellation*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Warren, D. (1977). *Blindness and early childhood development*. New York: American Foundation for the blind.
- Warren, D. (1994). *Blindness and children*. New York: Cambridge University Press.

Autorin

Andrea Hammer, 1956, Dr., Klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin, Ausbilderin für Personenzentrierte Psychotherapie in der VRP, Therapeutin für Katathym-Imaginative Psychotherapie, Lektorin am Institut für Bildungswissenschaften der Universität Wien, Psychotherapeutische Arbeit am Bundes-Blindeninstitut in Wien sowie in freier Praxis mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen.

Korrespondenzadresse

Dr. Andrea Hammer
Darwingasse 33/6
1020 Wien
E-Mail: andrea.hammer1@chello.at