

Empathisch zum Dialog

Wird er durch Erfahrungen von Entfremdung überwältigt, spürt der Mensch, dass er nicht mehr mit seinem Selbstbild übereinstimmt.

Bei den Verfahren der Humanistischen Psychotherapie wird er empathisch darin unterstützt, Kontakt zu seinen Gefühlen aufzunehmen, sie zu erkunden, zu akzeptieren und zu regulieren.

Im fortwährenden Dialog suchen Therapeut und Patient nach Möglichkeiten, neue Antworten auf existenzielle Fragen, auf Schmerz und Verlust zu finden



Einheit in der Vielfalt der Methoden

Das gemeinsame Welt- und Menschenbild verbindet die zahlreichen Ansätze der Humanistischen Psychotherapie. Ihre vernetzte Weiterentwicklung könnte ein Vorbild sein für die Psychotherapie insgesamt

Von *Norbert Bowe, Vorstandsreferent bvvp*

Zahlreiche Studien aus der Psychotherapieforschung weisen die Güte der Therapeut-Patient-Beziehung als wichtigsten Prädikator und Faktor für den Erfolg einer Psychotherapie aus. Letzterer setzt voraus, dass der Therapeut Methoden nicht nur als erlernte Techniken am Patienten vollzieht – wie beim Werkzeuggebrauch –, sondern als eigenen Zugang, als verinnerlichte Prinzipien und Systeme anwendet. Dass er sich mit ihnen identifizieren kann und sie nicht im Widerspruch zu seinem eigenen Denken und Fühlen stehen, sondern davon mitgetragen werden.

Grundlegender als in anderen medizinischen Fächern geht es um die innere Wahrhaftigkeit und Glaubwürdigkeit des Therapeuten, als Voraussetzung dafür, dass der Patient sich mit seinen Ängsten, Wünschen, Vorstellungen, Widersprüchen öffnen kann. Daher ist es so wichtig, dass ein angehender Therapeut sich mit einem Therapieverfahren auch eine therapeutische Sprache zu eigen machen kann, die sich in sein Welt- und Menschenbild integrieren lässt.

System/Verfahren und Therapeutenpersönlichkeit müssen somit eine enge Verwobenheit eingehen, um – in der Sprache der Gesprächspsychotherapie ausgedrückt – kongruent therapeutisch wirksam werden zu können. Umso bedeutsamer ist es, dass angehenden Psychotherapeuten eine Vielfalt an Verfahren zur Verfügung steht – damit diese Vielfalt sich danach auch im Versorgungsangebot widerspiegelt und für eine gute Passung zwischen Verfahren und Patientenpersönlichkeit sorgt.

Hier sind bei der – ansonsten vergleichsweise gut ausgebauten – psychotherapeu-

tischen Versorgung in Deutschland Mängel festzustellen: Mit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes wurden lediglich die psychodynamischen Verfahren und die Verhaltenstherapie als für die GKV-Patienten zugängliche Psychotherapieverfahren zugelassen, während eine unseres Erachtens inadäquate Bewertungspraxis bislang die Anwendung anderer bewährter Verfahren verhindert hat – wie im Artikel von Jürgen Kriz ausgeführt wird.

Damit verbundene Konflikte belasten die Psychotherapieszene seither, und es wäre ein großer Gewinn, wenn mit der Anerkennung der Systemischen Therapie und der Humanistischen Psychotherapie endlich eine friedliche Koexistenz und eine Phase gegenseitiger Befruchtung einsetzen könnte – zum Nutzen der Weiterentwicklung der Psychotherapie und der Patientenversorgung.

Diesem Ziel dient auch die Schwerpunktreihe dieser Zeitschrift zu den Psychotherapieverfahren, in der in der vorliegenden Ausgabe zum Abschluss die Humanistische Psychotherapie zur Darstellung kommt.

Der Zusammenschluss vieler Ansätze unter dem Dach der Humanistischen Psychotherapie entspricht, so Jürgen Kriz, den großen Gemeinsamkeiten in den zentralen Konzepten und Vorgehensweisen und verweist auf die gemeinsamen historischen Wurzeln. Für die Einheit in der Vielfalt der Methoden steht die Grundlage eines gemeinsamen humanistischen Welt- und Menschenbildes, die Werner Eberlein in seinem Artikel näher darlegt.

Auf dieser Basis haben sich viele Verzweigungen gebildet, die in sechs Artikeln

kurz zur Darstellung kommen: Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie, Transaktionsanalyse, Psychodrama, Körperspsychotherapie und Existenzanalyse/Logotherapie. Zum Teil zeigen sich dabei die Inhalte als Nuancen desselben Themas, zum Teil als methodenspezifische Ausdifferenzierungen, entwickelt aus dem gemeinsamen Boden und mit dem inhärenten Potenzial, sich gut zu ergänzen.

Zwar haben – wie Jürgen Kriz schreibt – die kritisierten „deutschen Verhältnisse“ es überhaupt erst notwendig gemacht, einen Antrag zur Humanistischen Psychotherapie beim Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie zu stellen. Aber dieser Zwang hat dazu beigetragen, die Kooperation der einzelnen Verbände zu intensivieren. Daraus könnte weiterhin Gutes und Wertvolles entstehen: eine gelingende integrative Bewegung, die die Ausdifferenzierungen der Humanistischen Psychotherapie noch intensiver inhaltlich und methodisch miteinander verknüpft und damit einen entscheidenden Schritt zur Vervollständigung des psychotherapeutischen Verfahrensspektrums macht.

Auf einer solchen Basis aufbauende, methodengemeinsame Ausbildungsstrukturen dürften der vernetzten Weiterentwicklung förderlich sein. Eine gelungene Integration kann dann auch Vorbildfunktion erlangen für eine bessere verfahrensübergreifende Verständigung – bei der es nicht um Nivellierung der Ansätze und um die Entwicklung einer Einheits-Kunstsprache gehen sollte, sondern um Kooperation, Integration und Differenzierung innerhalb der verfahrensspezifischen „Sprach“-Entwicklungen.

Was ist Humanistische Psychotherapie?

Im Ringen um konstruktive Antworten auf die Herausforderungen des Lebens entfaltet die Humanistische Psychotherapie ihr Potenzial. Dabei stehen das emotionale Erleben des Patienten und seine Beziehungsmuster im Mittelpunkt

Von Werner Eberwein

Die Humanistische Psychotherapie (HP) versteht sich als wissenschaftlich begründetes und evaluiertes Heilverfahren für psychische Störungen.

Psychotherapeutisch behandlungsbedürftige psychische Krankheit wird dabei verstanden als gravierende und sich über einen gewissen Zeitraum erstreckende Dysregulation der biopsychosozialen Interaktion, die mit einem subjektiven Empfinden von psychischem Leid und mit Erfahrungen multipler Entfremdung einhergeht, etwa einer Entfremdung vom Körper, von den eigenen Gefühlen, vom sozialen Miteinander, von den eigenen Fähigkeiten, Grenzen, Strukturen oder Bindungen.

Solches verfestigtes psychisches Leid entsteht biografisch durch *pathogene Beziehungsmuster*, insbesondere durch:

- Deprivation – wenn einem Menschen etwas fehlt, was er lebensnotwendig braucht,
- Invasion – ein gewaltsames Durchbrechen schützender Intimitätsgrenzen,
- Repression – die anhaltende Unterdrückung vitaler Lebensimpulse oder
- Konfusion – dauerhaft widersprüchliche und verwirrende Kommunikationsmuster.

Pathogene Beziehungserfahrungen, also einzelne traumatische Ereignisse oder dauerhafte Beziehungsverstrickungen, die emotional unerträglich sind, werden *abwehrt*, also *verdrängt* oder *gespalten*. Die Abwehr funktioniert jedoch oft nicht vollkommen oder nicht dauerhaft; dann wird das Leben und Erleben durch das Abwehrteffekt affiziert: Der Patient spürt etwas in sich, das mit dem Modell, das er von sich selbst hat, nicht übereinstimmt. Er trägt Anteile in sich, die nicht zu ertragen sind, die aber auch nicht auf Dauer vom Bewusstsein ferngehalten werden können; sie treten in verzerrter Form ins Erleben als das, was der Patient als *Symptome* schildert.

Learning from many masters

Historisch gesehen wurden in der Humanistischen Psychotherapie – wie in den drei anderen Grundorientierungen (psychedynamisch, verhaltenstherapeutisch und systemisch) – unterschiedliche Schwerpunkte ausdifferenziert und mit eigenen Bezeichnungen versehen, die nun in der Terminologie des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) Methoden der HP sind. Hierzu zählen:

- Personzentrierte Psychotherapie,

- Gestalttherapie,
- Psychodrama,
- Körperpsychotherapie,
- Existenzanalyse/Logotherapie und
- Transaktionsanalyse.

In jeder dieser Methoden wurde eine Vielzahl von Interventionsmöglichkeiten entwickelt, die in Passung zum Beschwerdebild, zur Situation und zu den verfügbaren Ressourcen entfaltet werden. In Ausbildung und Praxis wurden die Methoden der HP schon immer integriert vermittelt und angewandt im Sinne eines „Learning from many masters“ (David Orlinsky).

Das Menschenbild der Humanistischen Psychotherapie

Die HP betrachtet den Menschen

- in seinem *Erleben* und *Handeln* als *Subjekt* – also als mündigen Menschen – und fördert das unmittelbare Wahrnehmen seiner selbst und der Welt mit seinen Sinnen, den authentischen und respektvollen Ausdruck sowie die Fähigkeit, sich neu zu entscheiden;
- als *aktiv handelndes* Wesen, wobei der Begriff des Handelns über bloßes Verhalten hinausgeht: Handeln ist Aktivität aus Entscheidungsfreiheit im Gewahrsein emo-

tionaler Dynamiken, im Prozess der Bewusstwerdung unbewusster Anteile und im Bewusstsein für die sozialen und ökologischen Folgen der eigenen Handlungen; ■ als *Leibwesen*, wobei als „Leib“ der gespürte, erlebte Körper verstanden wird, der man „ist“, im Unterschied zum physikalischen Körper, den man „hat“. Wenn ich mir die Fingernägel schneide, dann behandle ich sie quasi wie Objekte, wenn ich mir dabei aber in den Finger schneide, dann spüre ich das als Leib;

■ *biografisch* in den Zusammenhängen seiner Lebensgeschichte, die nicht nur in die Vergangenheit weisen, sondern auch auf die Zukunft seines Lebens hin ausgerichtet sind: Menschen leben nicht nur *wegen* etwas, sondern auch *für* etwas, sie sind nicht nur aus ihrer Gewordenheit heraus, sondern auch im Hinblick auf ihre (bewussten oder unbewussten) Lebenspläne hin bestimmt;

■ als *soziales Wesen*: Wie ein Mensch ist, wie er fühlt, was er tut, worunter er leidet und wie er sich verändert, ist nicht nur aus seiner eigenen Psyche heraus zu verstehen, sondern auch aus seiner Eingebundenheit in biologische, ökologische, soziale, politische, ökonomische und historische Beziehungen.

Gefühle: subjektiv gespürte Bedeutungen

Die intersubjektive und kooperative therapeutische Beziehung in der Humanistischen Psychotherapie wird so gestaltet, dass das Bedürfnis des Patienten nach Selbstaktualisierung und kreativer Ressourcennutzung unterstützt und die Transformation von leidaufrechterhaltenden Mustern des Erlebens und Handelns gefördert wird.

Die HP ist ein *emotionszentriertes* Verfahren: Die Gefühle des Patienten stehen im Mittelpunkt. Sie werden körperlich wahrgenommen und sie beeinflussen unsere Körperprozesse, aber sie gehen über Körperprozesse hinaus. Sie werden durch Gedanken beeinflusst und beeinflussen die Gedanken, aber es sind keine Gedanken. Gefühle sind subjektiv gespürte Bedeutungen, die uns Orientierung geben, was uns guttut und was uns nicht guttut. Sie sind eingewoben in aktuelle und biografische Beziehungsnetze.

Die HP unterstützt den Patienten durch *empathisches* Verstehen dabei, Kontakt zu seinen Gefühlen aufzunehmen, sie differenzierter zu spüren, sie zu erkunden und zu verstehen, zu akzeptieren, zu regulieren, verbal und nonverbal angemessen auszudrücken, zu nutzen (zum Beispiel als Informations- oder Kraftquelle) und/oder neu zu interpretieren (zum Beispiel Angst als Kraft spendende Erregung).

Ein gemeinsames Ringen um Antworten

HP ist ein *dialogisches* Verfahren: Patient und Therapeut sind miteinander im Dialog, aber beide sind auch innerlich im Dialog mit sich selbst, insbesondere mit ihren emotionalen Reaktionen und kreativen Impulsen. Dabei fungiert der Therapeut unter anderem als *Moderator* der Dialoge des Patienten. Diese Kommunikation findet nicht nur *verbal* statt, sondern auch *nonverbal* auf der Ebene der Körpersprache und der Ausdrucksgesten.

Die Dialoge in der HP können die Gestalt von recht konfrontativen *Auseinandersetzungen* annehmen, die mit dem Ziel geführt werden, zu einer Transformation der Beziehungsmuster des Patienten beizutragen: hin zu selbst gewählten, wertorientierten Lebensplänen.

Die Humanistische Psychotherapie wird verstanden als ein gemeinsames Ringen um konstruktive Antworten auf die Herausforderungen, die das Leben an den Patienten gestellt hat und aktuell stellt. Der Patient wird gefördert und begleitet in seiner Auseinandersetzung mit existenziellen Fragen wie: „Wofür lebe ich eigentlich?“, „Wie gehe ich mit Erlebnissen von Gewalt, Verachtung, Schmerz oder Verlust um?“ – in dem Bewusstsein, dass die Haltung des Patienten zu solchen Fragen erhebliche Auswirkungen auf seine emotionale und psychosomatische Befindlichkeit hat.

Selbstempathie und Mitgefühl lernen

Die Humanistische Psychotherapie ist charakterisiert unter anderem durch eine fortgesetzte dialogische Erkundung und Transformation besonders der Beziehungs- und Einstellungsmuster des Patienten in Achtsamkeit für Prozesse an der Grenze des

Gewahrseins. Im Fokus steht das unmittelbare emotionale Erleben des Patienten, auf dem die Bewertung seiner Lebensrealität basiert und das als Grundlage von Entscheidungsprozessen dient. Der Patient wird ermutigt, seine zunächst noch unklaren oder unbewussten inneren Prozesse differenziert zu erleben und zu verarbeiten, der Symbolisierung und Verbegrifflichung zugänglich zu machen und sozial angemessen verbal und nonverbal zu kommunizieren.

Ein zentrales Ziel der HP ist es, die Fähigkeit zu Selbstempathie und Mitgefühl zu fördern. Dabei wird die Tendenz zur Aktualisierung alter Beziehungsmuster und Einstellungen in der Psychotherapeut-Patient-Beziehung als Möglichkeit gesehen und genutzt, um diese Muster dem Erleben und Verstehen im Rahmen der psychotherapeutischen Transformation zugänglich zu machen.

Derart stellt die Humanistische Psychotherapie die Förderung der psychischen Weiterentwicklung des Patienten in seinen sozialen Bezügen in den Mittelpunkt. Dies geschieht unter anderem durch Aktivierung und Entfaltung spezifisch menschlicher Potenziale (Ressourcen); das Ziel ist ein von persönlichem Sinn getragenes, selbstverwirklichendes, authentisches und sozial verantwortliches Leben.

Literatur kann beim Verfasser angefordert werden. E-Mail: kontakt@werner-eberwein.de



Werner Eberwein
arbeitet seit 1983
als Psycho-
logischer Psycho-
therapeut in
Berlin-Kreuzberg.

Der Diplom-Psychologe ist Gründungs- und Vorstandsmitglied der Arbeitsgemeinschaft Humanistische Psychotherapie (AGHPT) und Leiter des Instituts für Humanistische Psychotherapie Berlin (IHP) sowie des Fort- und Weiterbildungszentrums Berlin der Deutschen Gesellschaft für Hypnose und Hypnotherapie (DGH).

Deutsche Verhältnisse

Zu den Hintergründen und dem Kontext des Anerkennungsverfahrens Humanistische Psychotherapie

Von Jürgen Kriz

Im Oktober 2012 beantragte die Arbeitsgemeinschaft Humanistische Psychotherapie (AGHPT) beim Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP), die „Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung des Verfahrens Humanistische Psychotherapie“ vorzunehmen. Dem 165 Seiten starken Antragsdokument folgte im Januar 2013 eine CD, die eine viele tausend Seiten umfassende Dokumentation von 264 Wirkungsstudien zur Humanistischen Psychotherapie enthielt sowie einen Vorschlag für eine Suchstrategie, um weitere Studien in Datenbanken zu finden.

Dem Antrag ging ein mehr als zehnjähriges Bemühen voraus, die Humanistische Psychotherapie (HP) auch in Deutschland wieder offiziell den Patienten des GKV-Systems zugänglich zu machen und die Approbation in diesem Ansatz zu ermöglichen. „Wieder“? Bis 1999 – bis zum Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes – waren die Ansätze der HP wesentlicher Bestandteil der Psychotherapie gewesen, in der Versorgung, in der universitären und verbandsstrukturierten Lehre sowie in der wissenschaftlichen Forschung. Zehntausende von Patienten über das gesamte Störungsspektrum hinweg wurden mit ihren Ansätzen erfolgreich behandelt und konnten im Rahmen des sogenannten Erstattungsver-

fahrens umfangreich – und faktisch gleichwertig zu den Richtlinienverfahren – ambulant versorgt werden.

Das hat sich seit 1999 grundlegend geändert. In den beiden entscheidenden Gremien WBP und G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) bestimmten die Vertreter der Richtlinienverfahren die Kriterien, welche die anderen Ansätze für die (Wieder-)Zulassung zur ambulanten Versorgung erfüllen müssen. Oft wurde das mit einer Befugnis für Opel und VW verglichen, die Kriterien dafür entwickeln zu dürfen, welche Autos sonst noch als Pkws zugelassen werden. Das Ergebnis eines solchen Prozedere ist unschwer vorhersagbar. In der Tat wurde ein in der Welt wohl einmaliges Regelwerk installiert, das de facto die berufs- und sozialrechtliche (Wieder-)Zulassung aller mit den Richtlinienverfahren konkurrierenden Ansätze in Deutschland seit 15 Jahren verhindert hat.

Ein Eckstein dieses Regelwerks ist der Begriff des „Verfahrens“, der mit Konzepten wie „Schwellenkriterium“ oder „Verfahrensbreite“ immer umfassender gestaltet wurde – sodass inzwischen alles, was international als „Verfahren“ beziehungsweise „Approach“ bezeichnet wird, nicht die geringste Chance hätte, in Deutschland anerkannt zu werden. Das gilt nicht nur für

die vielen „Approaches“ und das breite Spektrum an Ansätzen, die hierzulande unter den drei Richtlinienverfahren subsumiert wurden – etwa Psychoanalyse (Freud), Individualpsychologie (Adler), Analytische Psychologie (Jung) oder, mit verhaltenstherapeutischem Ansatz, beispielsweise Schematherapie (Young), Rational-Emotive-Therapie (Ellis) und Akzeptanz- und Commitmenttherapie (Hayes) –, sondern auch für die Ansätze der Systemischen und der Humanistischen Psychotherapie. Nur *Gruppen* von Ansätzen – nun vom WBP und G-BA eben „Verfahren“ genannt – können die geforderte „Indikationsbreite“ mit einer Vielzahl von experimentellen Wirkstudien nachweisen.

Damit wurde eine ehemals sinnvolle, inzwischen aber zur internationalen Fortentwicklung der Psychotherapie querstehende Verfahrensstruktur betont statt reformiert. Denn international findet man eine sehr große Fülle recht spezifischer Ansätze, die zunehmend erfolgreiche Konzepte unterschiedlicher Herkunft integrieren und sich somit immer weniger genau einem einzigen „Verfahren“ zuordnen lassen. Und Therapeuten verwenden in der Regel etliche dieser Ansätze („Learning from many masters“): So zeigte eine Erhebung unter 2.200 US-Psychotherapeuten, dass sich

lediglich zwei Prozent einem einzigen Verfahren zuordnen. Die deutsche Zulassungslogik aber richtet sich nicht auf die Qualität von Therapeutenausbildungen mit gegebenenfalls integrativen umfassenden Kompetenzen, sondern es geht um die Wirksamkeit nach einem medizinisch-pharmazeutischen Modell von abstrakten, umfassenden und reinen, gegeneinander vermeintlich abgeschotteten „Verfahren“ mit jeweils klar zuzuordnenden „Methoden“.

Wie immer man dazu stehen mag: Dies sind nun einmal die Rahmenbedingungen, denen sich auch die Ansätze der HP anpassen mussten. Nicht nur die *Systemische Therapie* definierte sich für ihre Anerkennung durch den WBP 2008 als einheitliches Verfahren, sondern Ende 2009 wurden in Abstimmung mit den jeweiligen Verbänden dem G-BA umfangreiche Papiere vorgelegt, in denen *Verhaltenstherapie* (VT) beziehungsweise *Psychodynamische Psychotherapie* (PP) als jeweils *ein* Verfahren auftreten – mit der Konsequenz, dass sich dort die *Psychoanalyse* nur noch als eine von 21 „Methoden“ der PP definiert.

Um den „deutschen Verhältnissen“ gerecht zu werden, haben sich 2010 elf Fachgesellschaften in der AGHPT zusammengeschlossen, um gemeinsam dem Anliegen der Humanistischen Psychotherapie mehr Gewicht zu verleihen und dazu unter anderem den Weg des Anerkennungsprozedere zu beschreiten. Trotz der auch formalen Beweggründe für die Gründung der AGHPT sind mit dem Begriff „Humanistische Psychotherapie“ nun aber nicht einfach beliebig unterschiedliche Strömungen der HP unter einem gemeinsamen Dach versammelt. Vielmehr ist die Logik andersherum zu beschreiben: Die unterschiedlichen, konzeptionell ausdifferenzierten Ansätze der HP besinnen sich mit dem Bekenntnis zur AGHPT und zur HP explizit wieder auf ihre gemeinsamen Wurzeln. Trotz Würdigung der jeweils unterschiedlichen Schwerpunkte und Perspektiven geht es um die essenziellen Übereinstimmungen im Menschenbild und im Verständnis von leidvollen (pathischen) und therapeutischen Prozessen. Hilfreich sind hier die ohnedies vielfach verschränkten und methodenübergreifenden Vorgehensweisen der einzelnen Ansätze der HP.

Die HP ist daher gewiss nicht heterogener als das breite Spektrum an Ansätzen der

VT bzw. der PP. Und wie gerade eine umfassende Metaanalyse zur HP in der Bibel internationaler Psychotherapieforschung zeigte, in „Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change“, sind auch die Wirksamkeitsbelege zur HP sehr gut. Selbst dann, wenn man „Wirksamkeit“ auf „Evidenzbasierung“ (EbM) reduziert und diese dann noch – entgegen der ursprünglichen Intention von EbM – auf RCT-Studien beschränkt. Die Methodik

Anteil faktisch gleich null) sind integrierte akademische Programme mit hohem Anteil an humanistischen Konzepten und Vorgehensweisen an Fachhochschulen vertreten. Diese beinhalten formal zwar „Beratung“ oder „Rehabilitationspsychologie“, haben aber auch ICD-Störungen im Blick. Zusammen mit Kräften aus dem Ausland gibt es also auch in Deutschland Ausbildungsressourcen im Bereich der HP.

Die Arbeit am gemeinsamen Curriculum geschieht unabhängig vom Zulassungsprozedere, zumal unvorhersehbar ist, welche Gesetzeslage und Strukturen bestimmt sein werden, wenn die HP einmal offiziell Approbationsverfahren sein darf. Immerhin schleppt sich das Prozedere für die Systemische Therapie seit einem Jahrzehnt dahin. Dennoch ist es der AGHPT wichtig, auch in Deutschland für Ausbildungen, zumindest aber für qualifizierte Fort- und Weiterbildungen für Psychotherapeuten zur Verfügung zu stehen. Es zeigt die Fragwürdigkeit des deutschen Systems, dass derzeit Ausbildungen in Humanistischer Psychotherapie zwar von Heilpraktikerschulen angeboten werden dürfen, Approbationsausbildungen mit entsprechenden Qualitätsstandards in HP aber seit 15 Jahren verhindert werden. Diese Konsequenz ihrer Politik sollte in WBP und G-BA überdacht werden.

Immer mehr Ansätze integrieren erfolgreich Konzepte unterschiedlicher Herkunft. In Deutschland aber wurde eine ehemals sinnvolle, inzwischen aber veraltete Verfahrensstruktur betoniert statt reformiert

randomisierter kontrollierter Studien ist zwar für Teile der VT sowie für die Grundlagenforschung gut geeignet. Sie passt aber forschungslogisch nicht zur HP, weil es hier nicht um die *Anwendung von Programmen* geht, sondern um die passungsgerechte *Entfaltung von Prinzipien*. Ähnlich inadäquat ist die RCT-Methodik eigentlich auch für die PP und die neueren Ansätze der VT – gleichwohl wurde sie in Kooperation von WBP und G-BA als Goldstandard festgeschrieben.

Im Zuge der Etablierung der HP unter dem Dach der AGHPT arbeitet diese nun auch an einer gemeinsamen Ausbildungsstruktur. Die recht hochwertigen Ausbildungen der einzelnen Verbände der HP, die trotz der faktischen Blockade seit 1999 noch ihre Existenz behaupten konnten, bilden hierbei eine solide Basis. Und trotz der erfolgreichen Verdrängung der HP aus den Universitäten (beispielsweise gab es 1995 an drei Vierteln der Psychologischen Institute Lehr- und Ausbildungsprogramme für Gesprächspsychotherapie und an zwei Dritteln Forschungsprogramme – 2014 ist der

Literatur kann beim Verfasser angefordert werden. E-Mail: juergen.kriz@uni-osnabrueck.de

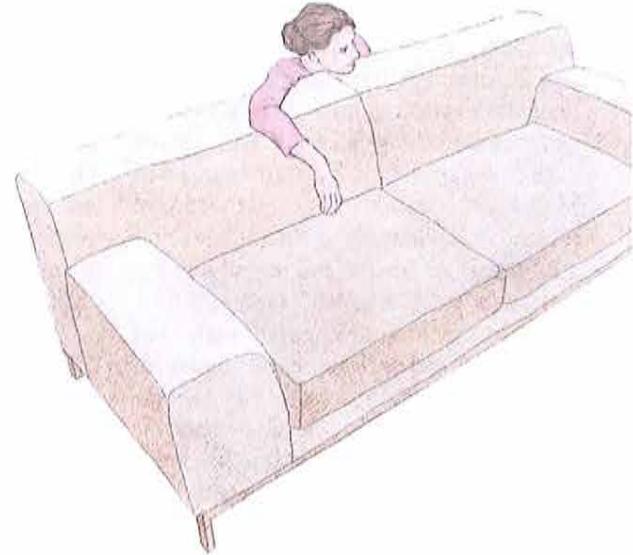


Prof. Dr. Jürgen Kriz
ist emeritierter Professor für Psychotherapie und Klinische Psychologie an der

Universität Osnabrück. Er hatte 25 Jahre lang auch Professuren in Statistik, Forschungsmethodik und Wissenschaftstheorie inne. 2005 erhielt er den Viktor-Frankl-Preis der Stadt Wien für sein Lebenswerk in Humanistischer Psychotherapie.

Veränderung durch Beziehung: Die Gesprächspsychotherapie

Von Doris Müller



Die dritte Kraft

Bereits 1942 skizzierte Carl R. Rogers (1902–1987) in seinem Buch „Die nicht-direktive Beratung: Counseling and Psychotherapy“ die wesentlichen Prinzipien der Gesprächspsychotherapie (GPT). Er zählte in den 1940er-Jahren zu einem Kreis von Psychologen, die sich als „dritte Kraft“ neben den Vertretern der behavioristischen und psychoanalytischen Ansätze sahen und sich einem humanistischen Menschenbild verpflichtet fühlten. Dieses Menschenbild verbindet bis heute alle humanistisch-psychotherapeutischen Ansätze.

Reinhard Tausch führte 1968 Rogers Konzept unter dem Namen „Gesprächspsychotherapie“ in Westdeutschland ein. In Ostdeutschland sorgte Johannes Helm für die Verbreitung des Ansatzes. Carl Rogers fühlte sich der empirisch-psychologischen Forschung verpflichtet und leistete dort Pionierarbeit. Auf der Basis von Tondokumentationen psychotherapeutischer Behandlungen erforschten er und sein Team Psychotherapieprozesse und Behandlungseffekte. In den folgenden Jahrzehnten wurde die Wirksamkeit der GPT durch zahlreiche Studien international nachgewiesen.

Die Bedingungen der Beziehungstherapie

Die klassische GPT ist im Konzert der humanistischen Methoden diejenige, die die Therapeut-Patient-Beziehung als *das*

therapeutische Wirkprinzip ansieht. „In der Gesprächspsychotherapie (...) dient die therapeutische Beziehung nicht der *Vorbereitung* auf eine Psychotherapie oder der *Unterstützung* der Therapie, sie *ist* die Psychotherapie. Anders ausgedrückt: Die klientenzentrierte Psychotherapie versteht sich als Beziehungstherapie, sie setzt allein auf die therapeutische Beziehung, auf Veränderung durch Beziehung“, schreibt Anna Auckenthaler.

Diese Beziehung, die zu konstruktiven psychotherapeutischen Veränderungen der Persönlichkeit führt, muss nach Rogers folgende Bedingungen erfüllen:

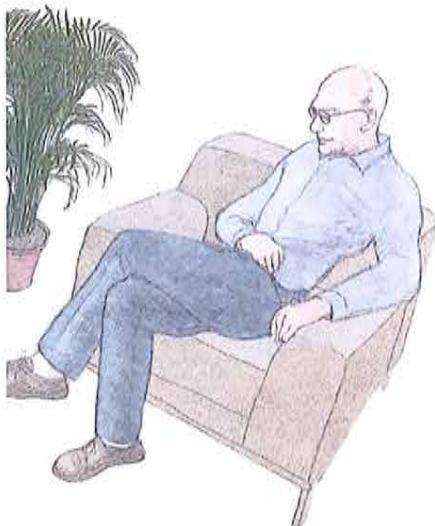
1. Zwei Personen befinden sich in Kontakt.
2. Die erste Person, die wir Patient nennen, befindet sich in einem Zustand der Inkongruenz; sie ist verletzlich oder voller Angst.
3. Die zweite Person, die wir den Therapeuten nennen, ist kongruent in der Beziehung.
4. Der Therapeut empfindet bedingungsfreie positive Beachtung gegenüber dem Patienten.
5. Der Therapeut erfährt empathisch den inneren Bezugsrahmen des Patienten und bemüht sich, diese Erfahrung dem Patienten mitzuteilen.
6. Der Patient nimmt zumindest in geringem Ausmaße die Bedingungen 4 und 5 wahr, nämlich die bedingungslose positive Beachtung des Therapeuten ihm gegen-

über und das empathische Verstehen des Therapeuten. (Übersetzt nach Rogers)

Von diesen sechs Bedingungen sind drei, nämlich die 3., 4. und 5., sehr bekannt und werden auch therapieschulenübergreifend als wesentlich anerkannt. Allerdings werden diese Bedingungen häufig als Verhaltensanweisungen missverstanden, die man gegebenenfalls im Sinne von Techniken anwenden kann. Rogers beschrieb diese Bedingungen aber nicht auf der Handlungsebene, sondern auf einem hohen Abstraktionsniveau; das heißt, er gab weder Regeln noch spezifische Interventionen zum Aufbau einer solchen „hilfreichen Beziehung“ vor.

Individualisiertes Verstehen

Ihre Wirksamkeit entfaltet das Beziehungsangebot der GPT jedoch nur dann, wenn es vom Patienten als hilfreich und förderlich wahrgenommen wird. Das bedeutet für das (effektive) Arbeiten einer GPT-Therapeutin, dass sie im Zustand der Kongruenz sein sollte, bedingungsfreie positive Beachtung insbesondere dem Erleben des Patienten gegenüber fühlen kann (was etwas anderes ist, als „verständnisvoll“ zu sein – und schon gar nicht bedeutet, Verhalten zu billigen). Es bedeutet, den inneren Bezugsrahmen des Patienten kognitiv und emotional zu erfahren, um dann das, was sie verstanden hat, dem Patienten so mitzuteilen, dass er dieses Beziehungsangebot zumindest ansatzweise annehmen kann.



Die Gesprächspsychotherapie nutzt die Selbstheilungskräfte des Menschen und stellt dem Patienten die Bedingungen zur Verfügung, um den für ihn richtigen Weg zu finden.

Konkret kann dies bedeuten, dass ich die Gefühle des Patienten verbalisiere und auch die Gefühle, die er zu den Gefühlen hat (beispielsweise dass er sich seiner Angst schämt); das kann aber auch bedeuten, dass ich genau das nicht tue, weil ich empathisch erfahre, dass er das als „zu nahe getreten“ empfinden würde und sein „Sich-sicher-Fühlen“ in der Therapeut-Patient-Beziehung erschüttert werden könnte. Mein „Verstehen“ muss also immer „individualisiert und situations-, problem-, interaktions- und prozessspezifisch“ (Anna Auckenthaler) sein. In der GPT bin ich außerdem für den Patienten als Mensch erfahrbar und hinterfragbar.

Selbstheilungskräfte nutzen

Therapeutische Voraussetzung für dieses Beziehungsangebot der GPT ist – nach Rogers – die Annahme einer bei jedem Menschen von Geburt an wirksamen Aktualisierungstendenz. Diese beschreibt er als eine „dem Organismus eigene Tendenz, all seine Kapazitäten so zu entwickeln, dass sie dazu dienen, den Organismus zu erhalten oder zu erweitern“.

Rogers hat den Begriff aus der Gestaltpsychologie übernommen, zu deren zentralen Themen das Prinzip der Selbstorganisation gehört. Selbstorganisation besagt unter anderem, dass Organismen die Fähigkeit zur Selbstheilung besitzen. Mit anderen Worten: Sie sind in der Lage, sich bei

Störungen selbst zu reorganisieren, sofern sie in *ihrer Umwelt die dafür erforderlichen Bedingungen vorfinden* (nach Diether Höger). Die GPT nutzt diese Selbstheilungskräfte und stellt mit ihrem Beziehungsangebot die Bedingungen zur Verfügung, die es dem Patienten ermöglichen, den für ihn richtigen Weg zu finden.

In diesem Sinne ist auch die zur GPT gehörende Nichtdirektivität zu verstehen. Psychotherapiepatienten befinden sich gewöhnlich im Zustand der Inkongruenz: Sie sind mit sich uneins, verstehen und akzeptieren sich nicht in ihrem Erleben. Wenn die Inkongruenz nicht bewusst ist, sind sie verletzlich, ängstlich und/oder fühlen sich bedroht. Rogers sah Inkongruenz – also die Nichtübereinstimmung der im Bewusstsein repräsentierten Erfahrung mit der Gesamtheit der Erfahrung – als grundlegend für alle psychischen Störungen an.

Die gesprächspsychotherapeutische Beziehung ermöglicht es dem Patienten, sich angstfreier selbst zu explorieren und sich bisher abgewehrten Selbsterfahrungen und den damit verbundenen Gefühlen und Bewertungen zu stellen. Das führt dazu, dass der Patient sich im Laufe des Therapieprozesses besser versteht und akzeptiert und Lösungen für seine Probleme findet, die zu ihm passen.

Hohe Anforderungen an die Therapeuten

Die Anforderungen an Gesprächspsychotherapeuten sind hoch, da sie angehalten sind, sich andauernd um Kongruenz, unbedingte positive Beachtung und Empathie zu bemühen – und es vor allem schnell zu spüren, wenn sie den Zustand der bedingungsfreien positiven Beachtung verlassen. Denn dann sind sie auch nicht mehr kongruent und empathisch. Die Ausbildung in GPT legt deshalb besonderen Wert auf die Entwicklung der Therapeutenpersönlichkeit in Bezug auf Kongruenz, Selbstakzeptanz und Selbstempathie. Gesprächspsychotherapeuten verpflichten sich traditionell zu lebenslanger Supervision, um sich kontinuierlich zu reflektieren.

GPT ist ein person- und kein symptomzentriertes Verfahren; das heißt, das Ver-

schwinden von Symptomen beziehungsweise ihr Abklingen ist nicht das primäre Ziel, sondern das Ergebnis der veränderten Beziehung des Patienten zu sich selbst. Eine GPT ist dann erfolgreich beendet, wenn der Patient zu sich selbst die Art von Beziehung aufnehmen kann, die der Therapeut ihm angeboten hat.

Da die Annahme des GPT-Beziehungsangebots durch den Patienten die Hauptvoraussetzung für die Durchführung dieser Therapieform ist – und nicht die Art der Störung –, ist die GPT grundsätzlich für die Behandlung aller bekannten psychischen Erkrankungen geeignet; nachgewiesenermaßen auch für schwere psychische Störungen wie Borderline-Persönlichkeitsstörungen oder psychotische Erkrankungen.

Für viele Patienten ist eine GPT das optimale psychotherapeutische Verfahren (gemäß differenzieller Therapieindikation). Eine wesentlicher Faktor dabei ist, dass das Verfahren niederschwelliger ist als andere Verfahren: Unter anderem müssen die Patienten weder unter einem (unbewussten) Konflikt leiden noch Ziele haben noch freiwillig zur Psychotherapie kommen. Die GPT leistet damit einen wichtigen Beitrag für die Versorgung, da sie auch Patienten erreicht, die nicht von allen Verfahren und Methoden erreicht werden.

Literatur kann bei der Verfasserin angefordert werden. E-Mail:
mueller.d.a@t-online.de

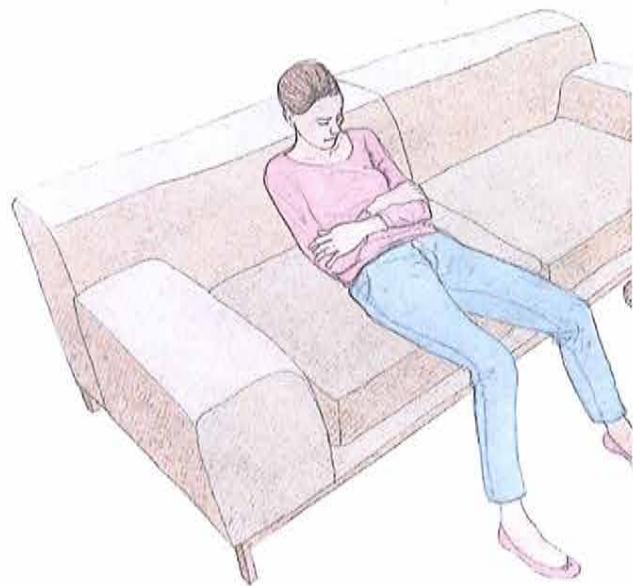


Doris Müller
ist Diplom-Psychologin und
Psychologische
Psychotherapeu-

tin, Supervisorin und Lehrtherapeu-
tin. Sie ist Vorsitzende der Deutschen
Psychologischen Gesellschaft für Ge-
sprächspsychotherapie (DPGG).

„Ich und du im Hier und Jetzt“: Die Gestalttherapie

Von Lotte Hartmann-Kottek



Fritz Perls prägnanteste Kurzdefinition der Gestalttherapie, mit der er seine Vorgehensweise auf den Punkt brachte, lautet: „*I and Thou – Here and Now.*“

Abstrakter formuliert: „*Beziehung und Bewusstheit*“.

Die Metapher „I and Thou“ von Martin Buber

Sie steht hier Pate für *Beziehung, Begegnung und Kontakt* – sowie für die sehr spezielle *therapeutische Beziehung* der Gestalttherapie: Der Gestalttherapeut stellt zunächst sicher, dass er erstens eine Basisakzeptanz zur Existenz beziehungsweise zum Wesenskern des Gegenübers spürt. Er ist zweitens bereit, dessen Potenziale und dessen bisherige Lebensleistung anzuerkennen (und sie im Verhältnis zu den gegebenen Möglichkeiten zu sehen). Obwohl der Therapeut drittens die Abwehr des Patienten wahrnimmt, die ihn auch trifft und benannt werden kann, interessiert er sich viertens verstärkt für den in Not geratenen, fixierten Persönlichkeitsanteil (zumeist ein Kinder-Ich-Aspekt), sucht empathisch Kontakt zu diesem Anteil, stellt sich dem Patienten innerlich im Schulterschluss ermutigend an die Seite, lässt ihn die ehemals unüberwindliche Situation imaginieren und hilft ihm fünftens (meist mit dialogischen Rollenspielen) dazu, im therapeutischen

Schutzraum authentischere Lösungen herauszufinden. Er hilft ihm dazu, sich zu trauen, sich wahrhaftiger zu zeigen – und dabei zu erleben, verstanden und angenommen zu sein.

Im Rollentausch werden ganzheitliche Einfühlung und Identifikation erprobt. Das ist mehr als Mentalisierung. Die *Identifikation* fördert das Unterscheidungsvermögen zwischen Passendem gegenüber Nichtpassendem. Sie führt zu Klarheit, innerem Wachstum, Bezugssystemerweiterung, achtsamer Kontextbewusstheit und Reifung. Auch das weniger Attraktive soll dabei einen Ort in der Gesamtgestalt finden dürfen.

Der Perspektivwechsel stößt den Abgleich bisheriger Überzeugungen an. Passen sie alle noch? Den ergänzenden Gegenpol zur Identifikation bildet die Kunst des *Loslassens*, der *De-Identifikation* mit den nicht (mehr) stimmigen Teilespekten.

Bei strukturschwachen Patienten wird die Persönlichkeitsstruktur über die aktuelle Potenzialentfaltung aufgebaut und über konstruktive Neuerfahrung gefestigt. Diese Patienten werden nicht zu ihren emotionalen Polen eingeladen, sondern auf ihre Mitte hin zentriert.

Zu Bubers Beziehungsentwurf: Das Zusammenspiel von der distanzierend-beobachtenden „*Ich-Es*“-Form (die Kritik er-

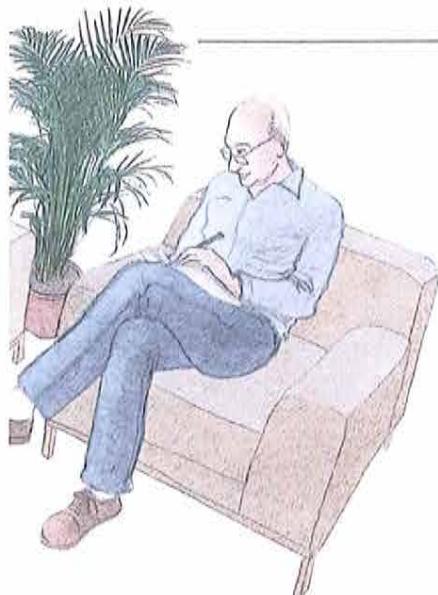
möglich) und dem liebevoll-empathisch sich einschwingenden „*Ich-Du*“-Modus ist absolut notwendig. Nur im Miteinander können die notwendigen Feinabstufungen entstehen.

Der *Kontaktzyklus* beschreibt die energetische Kontaktaufnahme (nach innen zu den selbstorganisatorischen Motivationshierarchien wie nach außen) durch Fokussieren von Aufmerksamkeitsenergie und Bedeutungszuweisung in speziellen Schritten; dabei wird aufgrund der hervorgehobenen Vordergrundfiguren die subjektive Welt der betreffenden Person entwickelt.

Bei den typischen Kontaktstufen lassen sich oft aktuelle wie chronifizierte Muster von Vermeidungsverhalten beobachten, die krankheitswertige Formen annehmen können – ein Beitrag zur Krankheitslehre.

Der gestalttherapeutische Begriff von *Gesundheit und Krankheit* liegt auf der Dimension von *Integration* versus (unfreiwilliger) *Desintegration*. Die bewusste Distanzierungstechnik dient gegen Reizüberflutung der Krisenbewältigung; diese Vorgehensweise hat die Traumatherapie übernommen.

Übliche Schrittfolgen im Krisen-/Wandlungsmodell einer Psychotherapie sind: 1. achtsame Wahrnehmung des Entfremdeten,



Im therapeutischen Schutzraum kann der Patient sich trauen, sich wahrhaftiger zu zeigen – und erlebt dabei, von seinem Gegenüber verstanden und angenommen zu sein.

2. auslotende Identifizierung,
3. Kontaktaufnahme mit dem konflikthaft ausgrenzenden Aspekt,
4. dialogische Auseinandersetzung mit Rollenwechsel,
5. gegebenenfalls Entdämonisierung des Verzerrten, Sinnsuche im Entfremdeten,
6. bewusste Reintegration der Kernsubstanz,
7. Erprobung der neuen Identität, Nachbewertung,
8. Ruhephase (Dank).

Das „Here and Now“ als Tor zur Bewusstheit

Das „Here and Now“-Prinzip ermöglicht einen existenziell-phänomenologischen Zugang (samt der körpersprachlichen Selbst- und Fremdwahrnehmung) mit der „*experiential confrontation*“, der Konfrontation mit der aktuellen Erfahrung der eigenen Reaktionen, die überwiegend aus dem Unbewussten mitgestaltet werden.

Die durchgehende *Achtsamkeitshaltung*, die sie der Zen-Kultur verdankt, hat die Gestalttherapie geprägt – samt ihrem Paradoxon: „Sehen, was ist, verändert.“ Dabei werden unter anderem gezielt *Bewusstheitsmodulationen* eingesetzt: Hoch konzentrierte Aufmerksamkeit lässt Bewusstseinsinhalte Gestalt gewinnen und sie subjektiv in den Vordergrund treten (ex-sistere, hervortreten), Bewusstseinsweitsstellung hingegen

lässt sie in den Hintergrund zurück sinken. Im sogenannten mittleren Modus werden beide Dynamiken schwebend umfasst (Friedlaenders Indifferenzebene).

Das „*Here and Now*“-Prinzip vergegenwärtigt alles Vergangene und Zukünftige, sofern es durch *Resonanz* aktualisiert worden ist. Vergangenheit und Zukunft werden im Jetzt stets neu vernetzt und dabei neu erlebt, erfahren und bewertet. Dies ist eine wunderbare Chance für die Psychotherapie, sofern wir sie heilsam zu nutzen verstehen.

Wegweiser zu *aktualisierten Konfliktfeldern*: Unsere Gefühlswelt trägt *polare* Züge. Zwiespältiges wird meist nur an einem Erlebnispol in das Bewusstsein gelassen, Auffallendes verweist meist auf seinen Gegenpol. Das gilt analog auch bei emotional blockierten Entwürfen („unfinished business“). Besonders fündig wird man bei *dissonanten, spannungsreichen Mustern*. Sie spiegeln aktuelle Konfliktfelder (auf einer physiologischen, intrapsychischen oder zwischenmenschlichen Ebene) wider. Wenn sie wiederbelebt und verarbeitet werden, wird das neurophysiologische Substrat aktiviert und in entwicklungsförderlicher Weise neu vernetzt. Therapie fördert ganzheitliches Sein.

Wirkstudiennachweise, Metaanalysen, Evidenzbasierung

Auf die auffallend hohen Signifikanzen von Gestaltstudien hatte schon Klaus Grawe hingewiesen, der die Wirkstudien der 50 Jahre von 1934 bis 1984 erstmals metaanalytisch zu erfassen versuchte. Aktuell wird in einer Metaanalyse in „Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change“ von 2013 für die Verfahren der Gestalttherapie und der ihr nahe verwandten Emotion Focused Therapy (EFT) eine Effektstärke angegeben, die im Vergleich noch um 0.53 ES über der Cognitive Behavior Therapy (CBT) mit ihrer bereits sehr guten Effektstärke von 0.93 liegt.

Die außerordentliche Effektstärke von 1.12–1.42 bestätigt auch Phil Brownell in seinem Beitrag für die angesehene „Encyclopedia of Clinical Psychology“ von 2014, in die die Gestalttherapie ausdrücklich als *evidenzbasiertes Psychotherapieverfahren* aufgenommen worden ist.

Standort und Vernetzung

Als gemeinsame Schnittmenge mit der Verhaltenstherapie lässt sich die gegenwartsbezogene Erfahrungsorientierung sehen; bei den psychodynamischen Psychotherapien ist es die unbewusste Konfliktodynamik und bei der Systemischen Therapie der Bezug zur Gestalt-psychologie, speziell deren Verständnis vom Bezugssystem und der Teil-Ganzes-Relation.

Die Einbettung der Gestalttherapie in die *Humanistische Verfahrensgruppe* ergibt sich aus den gemeinsamen Grundlagen eines Welt- und Menschenbildes, das die Einmaligkeit des Individuums und seiner Welt gelten lässt, das seinem Potenzial, seinen Ressourcen, seiner Selbstdefinition, Authentizität, Selbstverwirklichung, Kreativität, Würde und seinem Wertverständnis positiv gegenübersteht und seine Achtsamkeit, Bindungs- und Liebesfähigkeit, Kontextbezogenheit, Verantwortung und sinnorientierte Entscheidungsfreiheit fördert.

Die Gestalttherapie versteht sich von Anfang an als eine Vorgehensweise, charakterisiert durch die Begriffe „existential, experiential and experimental“ – Qualitäten, die zum gemeinsamen Nenner der Humanistischen Gruppe geworden sind. In der Gestalttherapie finden sich alle Zielvorstellungen wieder, wie sie 1962 von den Initiatoren der „Human Potential Movement“-Gruppe niedergelegt worden sind. —

Literatur kann bei der Verfasserin angefordert werden. E-Mail: lotte.hartmann-kottek@t-online.de

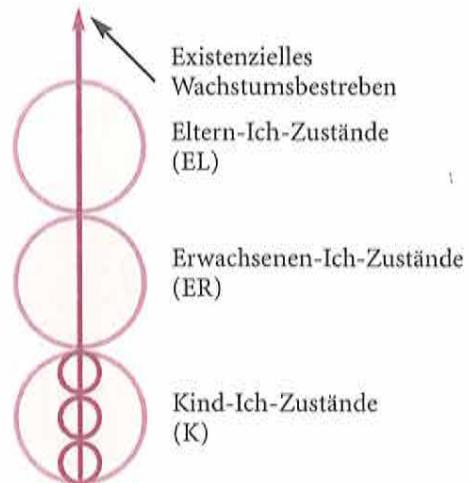


Dr. med. Lotte Hartmann-Kottek
ist Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin (TP), Fachärztin für Psychosomatische Medizin, Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie sowie für Innere Medizin. Sie ist unter anderem Lehrtherapeutin für Gestalttherapie und Vorsitzende des Deutschen Dachverbandes Gestalttherapie für approbierte Psychotherapeuten (DDGAP).

Kind-Ich, Eltern-Ich und Erwachsenen-Ich: Die Transaktionsanalyse

Von Karl-Heinz Schuld

Abbildung 1



Die Transaktionsanalyse (TA) wurde von Eric Berne (1910–1970) entwickelt und erlangte seit 1960 in Europa und Deutschland Bekanntheit als ein verständliches und auch Patienten didaktisch vermittelbares Konzept über das Gewordensein des Menschen und seine Beziehungsgestaltungsformen.

Berne, Arzt und Psychiater, entwickelte seinen Ansatz zunächst innerhalb der Psychoanalyse (Paul Federn, New York, und Erik Erikson, San Francisco), wurde unter anderem aber auch von der Gestalttherapie, der Gesprächspsychotherapie und vom Psychodrama inspiriert. In Europa war das Gedankengut der Transaktionsanalyse in eine Aufbruchsstimmung der „Antipsychiatrie“/Sozialpsychiatrie eingebettet.

Von Geburt an ein soziales Wesen

Gemeinsam mit anderen (Fanita English, Claude Steiner, Bob und Mary Goulding und weitere) entwickelte Berne die Grundlagen einer emanzipatorischen Psychotherapie weiter. Auch wenn die tiefenpsychologischen Wurzeln deutlich sind, so werden grundlegende Aspekte der Humanistischen Psychologie postuliert und in den Konzepten verankert. Diese zeigen sich in den menschlichen Grundbedürfnissen nach Anerkennung/Beachtung (*stroke*), dem Bedürfnis nach sinnlichen Reizen (*stimulus*) und dem innenwohnenden Bedürfnis nach einer Sicherheit gebenden inneren und äußeren

Ordnung (*structure*) hin zu einem selbstständigen und auf andere Menschen bezogenen, sinnstiftenden Leben.

Die Transaktionsanalyse betont, dass der Mensch von Geburt an ein soziales Wesen ist mit Bestrebungen zum Wachsen und zur Autonomie (Spontanität, Kreativität, Bezogenheit auf andere, Bewusstheit) unter Einbeziehung der existenziellen Bezogenheit auf andere Menschen (Martin Buber/Søren Kierkegaard).

Das Transaktionsanalytische Strukturmodell

Wegweisend war Bernes Konzipierung des Ich-Zustandsmodells (Strukturmodell). Wenn wir heute beispielsweise von einem „inneren Kind“ sprechen, dann meint dies einen Teil der Persönlichkeit, welcher als Kind entschieden hat, zwischen Wachstumsbedürfnissen und notwendigen Anpassungen eigene kreative Lösungen (Überlebensentscheidungen/Skriptentscheidungen) zu finden, die das Leben mit entsprechenden Symptombildungen (siehe ICD) heute bestimmen.

Eric Berne hat die Selbstaktualisierungsbestrebung und das dem Menschen innenwohnende Wachstumsbedürfnis als „*Physis*“ (siehe Pfeil in Abbildung 1) im Transaktionsanalytischen Strukturmodell dargestellt.

Der untere Kreis symbolisiert die Kategorie des inneren Kindes, das frühe – häufig

unbewusste – Entscheidungen getroffen hat, die sich im Fühlen (inklusive körperlicher Ausdrucksformen), kindlichen Denken und im Verhalten zeigen. In einer zwanghaften Symptomatik beispielsweise steht das Bestreben nach Sicherheit/Kontrolle energetisch im Vordergrund, bestimmt das Verhalten und reguliert die Beziehungsgestaltung. Ein Zugang zu anderen Persönlichkeitsseiten des inneren Kindes – etwa dem Bedürfnis nach Unbefangenheit – wird aus Angst vor Chaos und Bestrafung ausgeblendet.

Innerpsychisch, also als Konflikt innerhalb der Ich-Zustände, ist diese Energieverschiebung eine Reaktion auf Persönlichkeitsteile vom Eltern-Ich, welches definiert wird als in der Kindheit übernommenes Modell, das sich innerpsychisch abbildet und in diesem Beispiel die Wachstumskräfte einschränkt. Auch die Eltern-Ich-Zustände zeigen sich im Verhalten, Fühlen und Denken und sind übernommene Abbilder wichtiger Bezugspersonen.

Der mittlere Kreis symbolisiert die Kategorie der Erwachsenen-Ich-Zustände, definiert als selbst entwickelte und selbst entschiedene Persönlichkeitsseite, die sich im Denken, Verhalten und Fühlen auf die Realität im Hier und Jetzt bezieht.

Mit dem Strukturmodell lassen sich so innere Konflikte abbilden, die sich entweder innerhalb einer Ich-Zustandskategorie oder zwischen den drei Kategorien darstellen lassen.

Abbildung 2



Die Kommunikationsmuster zwischen Personen und Gruppen stehen in unmittelbarem Zusammenhang (gegenseitige Einflussnahme) mit den inneren Strukturdynamiken und werden durch das Modell der Transaktionen zwischen Personen abgebildet oder prozesshaft mit dem Modell der Spiel- und Racketanalyse (sich wiederholende Muster von Beziehungsabläufen mit nicht authentischen Gefühlen = Ersetzgefühle).

In der psychotherapeutischen Beziehung taucht beispielsweise bei einer zwanghaften Symptomatik das innere Kind auf, welches seine Ängste durch Sicherheits- und Ordnungsaspekte durch den Therapeuten zu regulieren wünscht. Gleichzeitig wird aber die Lebendigkeit (Spontanität) aus Angst vor (Beziehungs-)Verlust ausgeblendet, weil bestimmte innere Eltern-Ich-Anteile bedrohlich wirksam sind. Hier gilt es, die in der therapeutischen Beziehung aktualisierte Ganzheit der Person mit ihren inneren Konflikten und ihren Beziehungsgestaltungsformen anzunehmen und im Hier und Jetzt sowohl das Gewordensein als auch die verdeckten oder unterdrückten existenziellen Anliegen nach „Lebendigkeit“ aufzugreifen.

In einem weiteren Schritt oder parallel wird auf das Eltern-Ich-System fokussiert, um Aspekte der Selbstfürsorge herauszuarbeiten. Dabei ist der Therapeut durch seine aktive Präsenz phasenweise ein Modell für heilende Aspekte und konfrontiert wert-

schätzend mögliche Selbstabwertungen, bis der Patient eigene Stabilität durch die Integration abgespaltener Anteile entwickelt hat (integriertes Erwachsenen-Ich).

Vertrag mit dem Patienten

In Abbildung 2 bildet das „Dach“ eine Vertragsorientierung, die sich an internationalem Standards in Ausbildung, Supervision und therapeutischer Beziehungsgestaltung sowie einem verbindlichen Ethikkodex orientiert. Die Vertragsorientierung ist Ausdruck davon, dass jeder Mensch (unter Einbeziehung von Krankheitssymptomen) als eigenständige und selbst entscheidende Persönlichkeit gilt und die Ziele und Methoden der Therapie mitbestimmt. Die Vertragsfindung selbst ist bereits Ausdruck der humanistischen Grundlagen und Grundhaltungen und beeinflusst die Heilung hin zu wachsender Autonomie.

Die vier Säulen (1. Stock): Die *Ich-Zustandsanalyse* zeigt innere Dynamiken (siehe oben) oder bildet typische Verhaltensformen ab. Die *Transaktionsanalyse* (im engeren Sinne) gibt wichtige Hinweise, wie Beziehungen gestaltet oder erlebt werden, und ermöglicht es dem Patienten, über Erfahrung und Einsicht Veränderungen einzuleiten.

Die *Skriptanalyse* fokussiert auf das Gewordensein und die damit verbundenen frühen Überlebensschlussfolgerungen/Skriptentscheidungen (beispielsweise im Konflikt zwischen Bindungsbedürfnis und Autonomie: „Lieber ziehe ich mich zurück und erstarre, um so einen scheinbar sicheren Platz zu behalten“), die sich als Symptome in allen Krankheitsbildern darstellen lassen. Der Patient erfährt in der therapeutischen Beziehung neue Haltungen, die seinen bisherigen Bezugsrahmen so verändern, dass die Symptome nicht nur kognitiv verstehbar, sondern auch emotional (für „das innere Kind“) spürbar und durch die Annahme auflösbar werden.

Die *Spiel- und Racketanalyse* verdeutlicht typische dysfunktionale Muster von Beziehungsgestaltungen, Denkmustern und Gefühls- und Körpermustern, die die bisherigen Symptome aufrechterhalten oder verstärken. Die Konfrontation dieser Muster durch verstehendes Aufdecken und das Er-

spüren und Erleben in der als gleichwertig erlebten therapeutischen Beziehung ist für den Patienten die wichtigste Grundlage von Veränderung. Das Fundament (ganz unten) bilden die in der Abbildung formulierten wesentlichen Wirkfaktoren humanistischer Psychotherapie.

Diese werden mit den Methoden der unterschiedlichen Richtungen der Humanistischen Psychotherapie verbunden. Ein Transaktionsanalytiker arbeitet gegenüber seinen Patienten transparent und stimuliert auch durch das Zur-Verfügung-Stellen der Theoriekonzepte die Autonomieentwicklung der Patienten. Der Fokus der Behandlung richtet sich nach den Anliegen beziehungsweise dem Vertrag und der Symptomatik des Patienten.

Erlebensorientierte Rollenspiele oder Inszenierungen alter Skriptmuster (zum Beispiel in der Arbeit mit Kindern) und die Konfrontation dysfunktionaler Muster durch Metaphern oder auch das Aufdecken von die Symptome aufrechterhaltenden Beziehungsgestaltungen (etwa in der Arbeit mit Erwachsenen) sind nur wenige Beispiele für das methodische Vorgehen.

Die international aufgestellte Transaktionsanalyse mit einheitlichen Standards ist in vielen Ländern als Therapieverfahren mit entsprechenden Forschungsgrundlagen anerkannt.

*Literatur kann beim Verfasser angefordert werden.
E-Mail: schuldt.praxis@t-online.de*



Karl-Heinz Schuldt
ist Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Diplom-Sozialpädagoge und ausgebildeter Transaktionsanalytiker

mit eigenem Ausbildungsinstitut in Tübingen. Er ist Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Humanistische Psychotherapie (AGHPT).

Einladung zur Begegnung: Das Psychodrama

Von Ulrike Fangau



Begründet wurde das Psychodrama durch Jakob Levy Moreno (1889–1974). Neben seinem Medizinstudium in Wien und seiner Tätigkeit als Arzt beschäftigte er sich intensiv mit gesellschaftlichen, philosophischen und religiösen Fragestellungen. Wie andere Pazifisten und Expressionisten seiner Zeit – etwa Martin Buber, Max Brod oder Franz Werfel – wollte Moreno die Welt verändern. Er gründete ein Stegreiftheater, gab Zeitschriften heraus („Daimon“, „Die Gefährten“, „Group Psychotherapy“ und weitere), rief eine Selbsthilfegruppe für Prostituierte ins Leben und stellte soziometrische Untersuchungen zur Verbesserung der sozialen Lage von Flüchtlingen an.

In New York, wohin er 1925 auswanderte, hatte Moreno die Möglichkeit zu empirischen, soziometrischen und auch transkulturellen Forschungen in Gefängnissen, Schulen und Erziehungsanstalten. Er gründete ein psychiatrisch-psychotherapeutisches Sanatorium, baute darin eine Dreistufenbühne und entwickelte dort das Psychodrama und die Soziometrie weiter. Moreno gilt als Vater der Gruppenpsychotherapie und veröffentlichte 1931 mit „Application of Group Method to Classification“ auch das erste Buch über Gruppenpsychotherapie.

„Handeln ist heilender als Reden“ lautet eines seiner bekanntesten Zitate, und danach lebte er auch selbst. Immer war Moreno an Begegnung interessiert, an

Kreativität und Spontanität. Das Psychodrama hat sich über seine Schüler weiterentwickelt und ausdifferenziert.

Kernkonzepte des Psychodramas

Szenisches Verstehen

Im Psychodrama erleben wir eine Szene *mit allen Sinnen*, ganzheitlich, leibseelisch. Der Therapeut begleitet die subjektive Wirklichkeit des Patienten einfühlsam und drängt ihm nicht seine eigenen Ideen auf. Das raumzeitliche Nachvollziehen mit allen Sinnen auf der Psychodrama-Bühne erleichtert das Auftauchen von Erinnerungen und mit ihnen zusammenhängenden, weiter zurückliegenden Ereignissen. In jeder Szene stecken komplexe Informationen über somatische, psychische, interindividuelle, gesellschaftliche und kulturelle Prozesse – all diese Kontexte sind explorierbar und bearbeitbar. Der Patient erlebt die lebensgeschichtlichen Zusammenhänge aus verschiedenen Perspektiven.

Begegnung und Empathie

Psychodrama ist eine „Einladung zu einer Begegnung“: Moreno meinte Begegnung als tiefes Interesse am anderen, als Gegenpol zur Egozentrik. Der Mensch wird als Mit-Verantwortlicher in seinen Beziehungen und innerhalb der menschlichen Gemeinschaft gesehen, als Mit-Schöpfer des Kosmos. „Der wahre Arzt heilt nicht durch Mittel, sondern durch Begegnung“: Als Psychodrama-Therapeuten wollen wir den

Patienten umfassend verstehen, dabei halten wir professionellen Abstand, aber keine strikte Abstinenz – wir geben auch persönliche Informationen.

Rollenwechsel, Doppeln, Sharing und Rollenfeedback zählen zu den Empathie fördernden Techniken. Das Psychodrama besitzt damit vielleicht die am differenziertesten ausgebauten Methodik zur Förderung von Empathie, die es überhaupt gibt. Die Patienten – und auch die Mitspieler – aktivieren und verfeinern ihr eigenes Potenzial an Einfühlungsvermögen in sich und andere und schaffen sich damit eine Basis für neue Kommunikations- und Interaktionsformen.

Gruppe und Soziometrie

Die kleinste soziale Einheit ist nicht ein Mensch, sondern ein *Mensch mit seinem sozialen Umfeld*. Ein Mensch für sich kann sich nicht entwickeln. Moreno konzipierte das Psychodrama als Verfahren der Gruppenpsychotherapie, erforschte die Beziehungsstrukturen und beschrieb, wie Anziehung, Abstoßung, Wahl, Interaktion, Kohäsion und Dynamik in einer Gruppe zu bedeutsamen und wirksamen Faktoren für Veränderung werden. In der *Einzeltherapie* übernimmt der Therapeut Teilfunktionen der Gruppe. In der Psychodrama-Therapie für Kinder und Jugendliche wurden für verschiedene Altersgruppen spezielle, altersbezogene Settings entwickelt.



Rollenwechsel, Doppeln, Sharing, Rollenfeedback, Gruppenpsychotherapie: Das Psychodrama besitzt vielleicht die differenzierteste Methodik zur Förderung von Empathie überhaupt.

Spontanität und Kreativität

Moreno war überzeugt davon, dass der Mensch von Anfang an ein kreatives und soziales Wesen ist, das aktiv sein will und sich lebenslang verändern kann. Der Mensch befindet sich in einem ständigen schöpferischen Entwicklungsprozess, jeder Tag ist in diesem Sinne ein Schöpfungstag.

Das entscheidende Phänomen für jede menschliche Entwicklung sind Spontanität und Kreativität. Moreno definiert Spontanität als adäquate Reaktion auf neue Bedingungen oder eine neue adäquate Reaktion auf alte Bedingungen und Kreativität als die formende Kraft im Entwicklungsprozess. Durch Erwärmung für ein Thema entsteht eine Spontanitätslage. Diese bewirkt eine Aktion, die sich bezogen auf Sinn- und Seinszusammenhänge formt und ein neues Ergebnis hervorbringt. Ein Patient muss nicht in der depressiven Rolle bleiben, sondern darf (zum Beispiel mithilfe der Psychodrama-Techniken) erkennen, sich wandeln, Fehler machen, wieder ausprobieren ... Auch Laufen lernt man schließlich „von Fall zu Fall“, so der Neurowissenschaftler Manfred Spitzer.

Die neurobiologische Forschung bestätigt Morenos Theorie des „seelischen Lernvorgangs“ unter anderem durch den Nachweis der Neuroplastizität des Gehirns, also der Tatsache, dass Handlungen und Erfahrungen das Gehirn morphologisch verändern und lebenslanges Lernen sinnvoll ist.

Handeln in Rollen

Rolle ist hier definiert als eine individuell gestaltete Verhaltenseinheit mit kollektiver Komponente. Ihre Bedeutung kann nur in der Interaktion verstanden werden: So bedarf etwa die Rolle des Vaters eines Kindes oder die des Therapeuten eines Patienten. Auf diese Art und Weise entsteht ein Spannungsfeld aus Rollenerwartung und persönlicher Rollengestaltung. Menschen entwickeln sich über komplexe zusammenhängende Vorgänge am besten. Welche Rollen ich wie und mit welchem Erfolg entfalten kann, das wirkt auf mein Selbst. *Das Selbst entwickelt sich aus den Rollen, nicht umgekehrt* (Moreno).

Die Rolle des Schulkindes oder der Bergsteigerin kann nicht vorab gelernt werden, es ist nötig, die Rolle handelnd einzunehmen und zu gestalten. Wir entwickeln im Laufe des Lebens ein persönliches Rollenrepertoire, lassen einige Rollen wieder brachliegen – etwa durch einen Berufswechsel –, erhalten aber andere hinzu – beispielsweise die Vaterrolle. Manche Rollen können auch miteinander in Konflikt stehen (die Rolle der Berufstätigen und der Mutter in einer Person) oder untergehen (die Rolle der Grundschülerin), und manche Rollen entwickeln wir erst spät.

Im Psychodrama können die Teilnehmer spielerisch eine andere Rolle annehmen und aus dieser heraus neues Handeln erproben. Schon dadurch gerät die neurotische Wiederholung ins Wanken.

Verknüpfungen zu anderen Verfahren der Humanistischen Psychotherapie

Morenos psychodramatische Praxis, sein zutiefst optimistisches Menschenbild, seine „Einladung zur Begegnung“, seine Rollen- und Kreativitätstheorie sind im Kreis der anderen humanistischen Verfahren gut aufgehoben. So unterschiedlich manchmal die Methoden wirken – die humanistischen Grundlagen haben sie alle gemeinsam.

In der axiologischen Dimension fühlen wir uns Irvin Yalom und seiner Existentiellen Psychotherapie sehr nahe und damit auch Viktor Frankls Logotherapie. Fragen wie die nach Endlichkeit und Unendlichkeit, nach existenzieller Freiheit oder nach dem Sinn sind auch in der Psychodrama-Therapie von besonderer Relevanz.

Jakob Levy Moreno und Friedrich Salomon Perls – einer der Begründer der Gestalttherapie – begegneten sich zwischen 1947 und 1949 in New York. Perls lernte das Psychodrama kennen und wandelte es für sich ab, sein Schwerpunkt wurde die intrapsychische Inszenierung mit Einzelnen (siehe dazu den Beitrag von Lotte Hartmann-Kottek auf Seite 22). Auch die „Arbeit mit dem leeren Stuhl“ hat die Gestalttherapie aus dem Psychodrama übernommen.

Verknüpfende Anwendungen verschiedener humanistischer Verfahren sind bereits jetzt weit verbreitet. Ein Therapeut kann ohne weiteres mit Gesprächspsychotherapie beginnen und an einem bestimmten Punkt zur psychodramatischen Darstellung übergehen; in eine psychodramatische Szene kann auch leicht eine körpertherapeutische Vertiefung eingefügt werden, vorausgesetzt, dies ist indiziert und der Therapeut beherrscht alle verwendeten Methoden. Daher grenzen Psychodramatiker sich von dirigistischen Angeboten wie beispielsweise „Aufstellungen nach Hellinger“ ab. Als problematisch wird dabei angesehen, dass dort die szenische Arbeit mit Rollen oft leiterzentriert, manipulativ und in den Techniken nicht korrekt angewendet wird.

Literatur kann bei der Verfasserin angefordert werden. E-Mail: info@psychodrama-deutschland.de

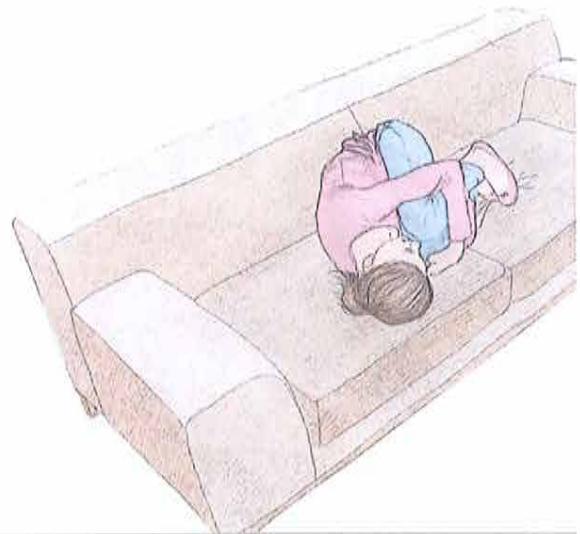


Dr. med. Ulrike Fangauf
ist Fachärztin für psychosomatische Medizin und Psychotherapie.

Sie ist Vorsitzende des Deutschen Fachverbandes für Psychodrama (DFP), Lehrbeauftragte und Supervisorin der Moreno-Institute Stuttgart und Überlingen sowie langjährige Redakteurin und Herausgeberin der Fachzeitschrift „Psychodrama und Soziometrie“.

Über den Körper die Seele berühren: Die Körperpsychotherapie

Von Manfred Thielicen



Die Körperpsychotherapie (KPT) gründet auf den Arbeiten von Wilhelm Reich (1897–1957), der in den 1920er-Jahren im engen Umkreis von Sigmund Freud verkehrte und von 1924 bis 1930 Leiter des Technischen Seminars der Psychoanalyse in Wien war. In den 1930er-Jahren entwickelte Reich die Vegetotherapie, die die Grundlagen der KPT legte.

Nur mit Worten nicht zu erreichen

Reich setzte sich intensiv mit der Psychoanalyse auseinander, vor allem dem Widerstand und der negativen Übertragung sowie mit ihren Interventionstechniken. 1934 kam er in seiner „Charakteranalyse“ zu dem Ergebnis, dass viele Patienten nur mit Wörtern emotional nicht beziehungsweise kaum erreichbar waren. Im engeren Sinne waren sie für die Psychoanalyse nicht geeignet, weil ihr Widerstand, ihre Abwehr zu groß waren. Aus heutiger Sicht könnte man sagen, dass er vor allem die sogenannten Frühstörungen meinte.

Reich ging davon aus, dass sich unterdrückte beziehungsweise verdrängte Gefühle auch in der Körperhaltung und in der muskulären und vegetativen Spannung niederschlagen, im sogenannten Muskelpanzer. Die Charakterabwehr zeigte sich für Reich nicht nur psychisch, sondern auch körperlich in deren Art und Festigkeit. Er betonte, dass die Patienten auch körperliche Berührung benötigten, um körperliche Verspannungen und psychische Blockaden lösen zu können. So rich-

tete er seine Aufmerksamkeit auf die Atmung, auf den Muskeltonus, auf die Körperhaltung, auf die segmentären Panzerungen im Körper, und er entwickelte Techniken, um diese Verspannungen und Blockaden zu lösen.

Reich antizipierte bereits wichtige Aspekte der Humanistischen Psychotherapie (HP). Schon 1927 sprach er von „Selbststeuerung“ als Vorläufer von „Selbstregulation“. „Selbststeuerung“ bedeutete für ihn freier Fluss der Energie, speziell der sexuellen, im Individuum und interaktiver Fluss, der sich in der gemeinsamen Sexualität ausdrückt. Reichs Menschenbild in seinen Spätsschriften ging ebenfalls in eine humanistische Richtung. Im „Christusmord“ von 1951 beschrieb er die Primärpersönlichkeit, die „gute Natur“ des Menschen, als Fähigkeit zur „hingebungsvollen Liebe“.

Eine weitere wichtige Quelle der KPT stellte die Körperarbeit von Elsa Gindler (1885–1961) dar. Sie vertrat einen leibpädagogischen Ansatz, bei dem durch das Erfahren des eigenen Körpers diejenigen Bewegungsabläufe gefunden werden sollten, die Veränderungen von innen heraus ermöglichen. Auf die Tradition von Gindler bezieht sich die Konzentратive Bewegungstherapie. Bei der Gindler-Schülerin Charlotte Selver (1901–2003), der Begründerin des Sensory Awareness, lernten Erich Fromm und auch Fritz Perls. So entstand bereits früh eine Verbindung zwischen der Gindler-Tradition und der Humanistischen Psychotherapie. Die Funktionelle Ent-

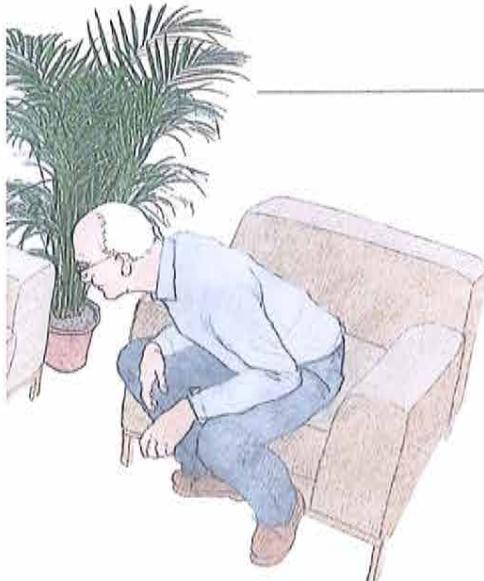
spannung, eine weitere Richtung der KPT, wurde von Marianne Fuchs (1908–2010) begründet. Beide Richtungen sind in der deutschen stationären Psychotherapie relativ breit vertreten.

Arbeit mit dem Körper

Seit Reichs Vegetotherapie sind fast 80 Jahre vergangen, und die moderne KPT hat Erkenntnisse der Humanistischen Psychologie, der Säuglingsforschung und der Gehirn- und Emotionsforschung integriert. Die KPT beinhaltet psychotherapeutische Arbeit sowohl mittels verbaler als auch non-verbaler, körperlicher Interventionen.

Das körperliche Erleben wird als Grundlage der subjektiven Erfahrung angesehen. Das Selbst ist zunächst ein Körper-Selbst, das sich bereits beim Säugling entwickelt. Individuelle Lebenserfahrungen – auch prä-, peri- und postnataler Art – werden sowohl in der psychischen als auch in der körperlichen Struktur abgebildet. Frühkindliche Interaktions- und Bindungsmuster spiegeln sich nicht nur in entsprechenden psychischen Repräsentanzen, sondern auch in affektmotorischen Schemata, Mikropraktiken und somatopsychischen Charakterstrukturen wider. Die Affektregulation erfolgt nicht nur emotional und kognitiv, sondern auch sensomotorisch und vegetativ, deshalb drücken sich auch Störungen dieser Regulation in allen drei Bereichen aus.

In ihrer Behandlungspraxis konzentriert sich die KPT neben der verbalen, biogra-



Als Grundlage der subjektiven Erfahrung gilt das körperliche Erleben: Das Selbst ist zuallererst ein Körper-Selbst, das sich bereits beim Säugling entwickelt.

fischen Aufarbeitung auf die direkte und indirekte Arbeit mit dem Körper. Diese Körperarbeit umfasst die Achtsamkeit und Wahrnehmung von Körperempfindungen und -prozessen, die Körperhaltung, den Körperausdruck, die Körperkommunikation und in besonderer Weise den Atem. Diese Fokussierung auf den Körper kommt auch in einer ganzheitlichen Diagnostik zur Anwendung, die besondere Aufmerksamkeit auf das Körperlesen legt.

Die KPT verfügt über Methoden und Techniken

- zur Aktivierung und Stimulierung des emotionalen Erlebens, das für die Veränderung neurotischer Erlebens- und Verhaltensmuster nach neurowissenschaftlichen Erkenntnissen von zentraler Bedeutung ist,
- zur Herunterregulierung von überhöhter Affektivität oder Affektdurchbrüchen sowie
- zur strukturierenden und Halt gebenden Körperarbeit bei Dissoziationen infolge von Traumatisierungen.

Es gibt fünf Gruppen, in die die verschiedenen Interventionen der Körperpsychotherapie unterteilt werden können:

a) Körperübungen ohne Berührung

Funktion: zur Wahrnehmung der Körpersignale, des Körperempfindens, der Körpergrenzen, Affekte und Gefühle

Interventionen: Achtsamkeits-, Erdungs-(Grounding), Zentrierungs-, Atemübungen, Übungen zur Körperselbstwahrnehmung u. a.

b) Entspannungstechniken, Tiefen- beziehungsweise dynamische Entspannung

Funktion: Tiefenentspannung, Aktivierung des Körpergedächtnisses und von Erinnerungen aus früher Kindheit

Interventionen: biodynamische Massagen, Fantasiereisen, Imaginationen, Atemtechniken u. a.

c) Entladungstechniken

Funktion: körperlichen, affektiven und emotionalen Ausdruck fördern, Katharsis

Interventionen: vegetotherapeutische, bioenergetische, biodynamische u. a. Übungen und Techniken

d) Halt gebende Interventionen

Funktion: zur Herunterregulierung zu starker Affekte und Gefühle, zum Aufbau und zur Festigung von „Containment“

Interventionen: direkte Berührung, zum Beispiel Hand des Therapeuten auf dem Rücken oder Bauch des Patienten, Kopthalten, biodynamische Massagen u. a.

e) Körperorientierte Rollenspiele (Biodrama)

Funktion: in Kontakt mit unausgedrückten früheren Affekten und Gefühlen kommen, Systemisches verstehen

Interventionen: Reinszenierung von Schlüsselszenen aus der Biografie mit besonderer Fokussierung auf die Körperprozesse

Beziehungsebenen in der Körperpsychotherapie

Der humanistische Charakter der KPT zeigt sich insbesondere in ihrem Menschenbild, in ihrer Beziehungsarbeit, ihrer Erlebniszentrierung und ihrer Fokussierung auf die emotionale Selbstregulation. Die Verbindung der KPT mit der Humanistischen Psychotherapie entwickelte sich Mitte der 1960er-Jahre in der Human-Growth-Bewegung und später in der Studentenbewegung.

Auf der Ebene der therapeutischen Beziehung entwickelte sich die KPT zunehmend zu einer Zwei-Personen-Psychologie. Sie wurde stark von der Ich-Du-Beziehung in der Humanistischen Psychotherapie beeinflusst und gab zunehmend die Haltung des Therapeuten als abstinenter Experten auf. Die Gestalttherapie steht durch ihre Betonung des Hier und Jetzt und ihres Körperbezugs, der in ihren verschiedenen Richtungen unterschiedlich stark ausgeprägt ist, der KPT am nächsten. Doch auch psycho-

dramatische Elemente werden bei der Reinszenierung biografischer Schlüsselszenen in Form des körperbezogenen „biodramatischen“ Rollenspiels einbezogen.

Auf die Beziehungsarbeit wird entsprechend der Psychotherapieforschung eine besondere Aufmerksamkeit gerichtet. Die KPT unterscheidet drei Ebenen der Beziehung:

- die Ebene der somatisch-vegetativen Resonanz,
- die Ich-Du-Ebene,
- die Ebene von Übertragung und Gegenübertragung.

Alle drei Ebenen werden angemessen berücksichtigt, je nach Prozess und aktueller Befindlichkeit des Patienten kann eine Ebene temporär im Vordergrund stehen. Zwischen verbalen und körperorientierten Interventionen wird je nach Prozess flexibel gewechselt.

Die Körperpsychotherapie wird sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich praktiziert. In einer Reihe von Kliniken ist sie Teil des Behandlungskonzepts (etwa in Bad Heiligenfeld). Sie wird in den klassischen psychotherapeutischen Indikationsbereichen angewendet, insbesondere, aber nicht nur bei Depressionen, Ängsten, psychosomatischen Problemen und Persönlichkeitsstörungen. Für diese Störungsbereiche gibt es insgesamt 13 RCT-Studien, die auch empirisch die Wirksamkeit der KPT belegen.

Literatur kann beim Verfasser angefordert werden.

E-Mail: ma.thielen@gmx.de

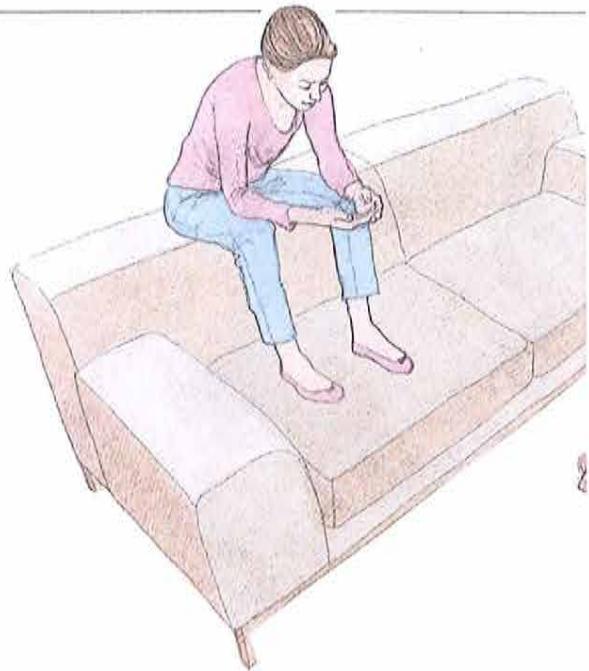


Dr. phil.
Manfred Thielen
ist Diplom-
Psychologe,
Psychologischer
und Körper-
psychotherapeut.

Er leitet das Institut für Körperpsychotherapie Berlin und ist Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Körperpsychotherapie (DGK) sowie stellvertretender Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Humanistische Psychotherapie (AGHPT).

Mit Zustimmung leben: Existenzanalyse und Logotherapie

Von Christoph Kolbe



Grundgedanke

Die Existenzanalyse (EA) ist – wie die Logotherapie (LT) – eine phänomenologisch-personale Psychotherapiemethode, deren Ziel darin besteht, der Person angesichts krankheitswertiger Störungen „zu einem (geistig und emotional) freien Erleben, zu authentischen Stellungnahmen und zu eigenverantwortlichem Umgang mit ihrem Leben und mit ihrer Welt zu verhelfen“ (Alfried Längle).

Aus Sicht der EA geht es dem Menschen darum, ein sinnvolles, in Freiheit und Verantwortung gestaltetes Leben zu führen – ein zentraler Aspekt auch für die Behandlung von ICD-Störungen. Dieser Existenzvollzug gelingt dann, wenn der Mensch Werte verwirklicht, die er persönlich als bedeutsam empfindet. Auf diesem Weg gelangt er zur Erfahrung der Lebenserfüllung und Ganzheit: „Ganz ist der Mensch eigentlich nur dort, wo er ganz aufgeht in einer Sache, ganz hingegeben ist an eine andere Person“, heißt es bei Viktor E. Frankl. Somit erhellt die EA Lebensumstände auf lebenswerte Möglichkeiten hin und hilft, dass der Mensch mit innerer Zustimmung zum eigenen Handeln leben kann.

Geschichte und Menschenbild

Begründer der EA und LT ist der Wiener Psychiater Viktor E. Frankl, der diesen Ansatz in den 1920er- und 1930er-Jahren entwickelte, der später – im Anschluss an Freud

und Adler – als „dritte Wiener Schule“ bezeichnet wurde. Frankl sah seine psychotherapeutische Anthropologie, die er in der EA beschrieb, als Ergänzung zur herkömmlichen Psychotherapie; deren Psychologismus sollte sie korrigieren.

Nicht nur physische und psychische Motive (also Grundbedürfnisse und Wohlbefinden sowie Spannungsfreiheit) leiten den Menschen in seinem Erleben und Handeln, sondern maßgeblich auch geistige Motive, die als existenzielles Streben nach Sinn, Werten, Glaube, Liebe, Freiheit, Verantwortung etc. ihren Ausdruck finden: Wozu lebe ich? Will ich dafür gelebt haben? Mit welcher Perspektive kann ich angesichts schicksalhaft unabänderlicher Bedingungen mein Leben leben? Was ist richtig zu tun?

Diese geistige Dimension des Menschen bezeichnete Frankl als die spezifisch humane Dimension. So befasste er sich vorwiegend mit dem Leiden am Sinnverlust. Besonderes Augenmerk legte Frankl auf den Umstand, dass geistige Motive nicht zwangsläufig aus psychischen Motiven abzuleiten sind. Liebe ist beispielsweise mehr als die Beruhigung einer ängstlichen Stimmung oder die Befriedigung triebhafter Grundbedürfnisse. Die methodische Anwendung dieser anthropologischen Kerngedanken beschrieb Frankl in der LT, die die therapeutische Begleitung und Hilfestellung im Prozess der Sinnfindung systematisiert. Sinn wird vom Menschen erlebt

und gefunden über die Verwirklichung personaler Werte. Diese lassen sich kategorisieren als schöpferische Werte, Erlebniswerte und Einstellungswerte.

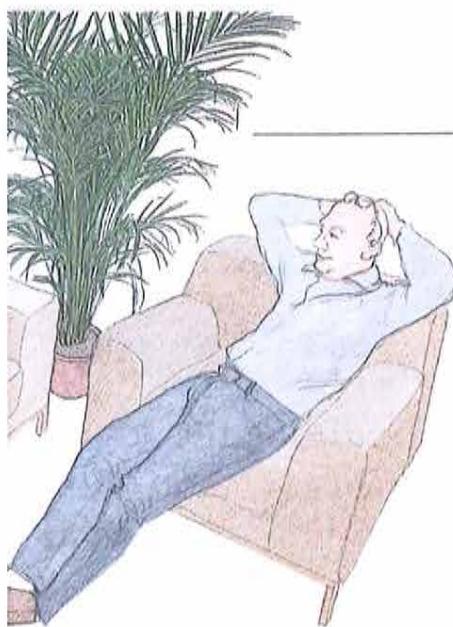
Weiterentwicklung

Die Weiterentwicklung dieses Ansatzes in theoretischer, methodischer und klinisch-störungsspezifischer Hinsicht durch die Internationale Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse (GLE), maßgeblich durch Alfried Längle, führte dazu, dass die EA heute international als eigenständiges Verfahren in der Psychotherapie gilt – beziehungsweise in Deutschland, gemäß der Terminologie des WBP, als „Methode“ der Humanistischen Psychotherapie. Ihre Vorgehensweise ist phänomenologisch, sie arbeitet prozessorientiert mit Fokus auf der Emotionalität und einem erlebnisbezogenen Vorgehen.

Die Weiterentwicklung führte zu einem Strukturmodell und einem Prozessmodell der neueren EA. Diese zwei Modelle bilden die Grundlage der heutigen psychotherapeutischen Arbeit der EA im Verständnis der GLE. Auf ihr fußen diverse spezifische Methoden.

Die existenzielle Motivationslehre: das Strukturmodell der EA

Während Frankl die Anwendung der Sinnthematik in der LT beschrieb, wurden diese Gedanken zu einer umfassenderen, exis-



Die therapeutische Arbeit zielt darauf, Ressourcen zu mobilisieren, sodass der Patient in der Lage ist, ein Grundvertrauen aufzubauen und einen authentischen Umgang mit der eigenen Lebenssituation zu finden.

tenziellen Motivationslehre weiterentwickelt; diese geht von vier Grunddimensionen der Existenz aus, die sich motivational in jedem Menschen spiegeln und deshalb in der EA als Grundmotivationen bezeichnet werden:

1. Der Mensch ist darauf ausgerichtet, in der Welt sein und überleben zu können. Hierbei ist er auf Schutz, Raum und Halt angewiesen, sodass sich Können, Vertrauen und Grundvertrauen entwickeln können. So lernt er, das, was ist, anzunehmen und/oder aushalten zu können. Andernfalls sind Ängste die Folge.

2. Der Mensch ist auf Verbundenheit ausgerichtet. Hierzu benötigt er Beziehung, Zeit und Nähe, um sich Wertvollem zuwenden zu können und Zugang zum Grundwert des Lebens zu haben. Dies spiegelt sich in dem Gefühl, dass es gut ist, da zu sein. Andernfalls sind depressive Verstimmungen und Störungen die Folge.

3. Der Mensch ist auf Entfaltung seines Selbst-Seins ausgerichtet. Beachtung, Gerechtigkeit und Wertschätzung helfen ihm, sein Ich und seinen Selbstwert auszubilden, sodass es ihm möglich wird, authentisch zu leben, eine Identität zu entwickeln und ein Gespür für das ethisch Richtige zu finden. Defizite führen zum histrionischen Symptomkomplex.

4. Der Mensch ist auf einen Kontext ausgerichtet. Als wertvoll empfundene Tätigkeiten, Möglichkeiten und Zusammen-

hänge lassen ihn erfahren, dass er mit seinem Dasein für etwas gut ist. Hier helfen ontologisches und/oder existenzielles Sinn erleben. Suizidalität verweist auf entsprechende Defizite.

Diese Grunddimensionen verorten die EA eindeutig als Ansatz der Humanistischen Psychotherapie.

Psychopathogenese

Die Auseinandersetzung des Menschen mit den beschriebenen existenziellen Gegebenheiten geschieht dialogisch – sowohl zwischen dem Innen und dem Außen als auch zwischen der eigenen Person und anderen. Ist diese Fähigkeit zum Dialog gestört, ist auch das personale Vollziehen von Freiheit, Sinn und Authentizität beeinträchtigt.

Psychodynamische Reaktionen und Schutzmechanismen sind in der Regel die Folge, beispielsweise das Ausweichen vor einer als bedrohlich erlebten Situation. In der therapeutischen Arbeit wird es dann darum gehen, personale Ressourcen zu mobilisieren, um dem Menschen einen authentischen Umgang mit seiner Lebenssituation zu ermöglichen – zum Beispiel einen unabänderlichen Schicksalsschlag anzunehmen. Oder es wird an einer Restrukturierung der existenziellen Dimension zu arbeiten sein, etwa an der Fähigkeit, dem Gehaltensein in der Welt zu vertrauen, auch wenn zukünftige Ereignisse nicht vorhersehbar sind.

Eine Störung der existenziellen Dimensionen des Menschen wird in der EA als Ursache der Psychopathologie verstanden. Die EA arbeitet somit an den personalen Voraussetzungen für eine sinnvolle Existenz, wenn diese durch psychische Störungen blockiert sind.

Die Personale Existenzanalyse: das Prozessmodell der EA

Die Personale Existenzanalyse (PEA) ist eine phänomenologische Methode, die das Personsein des Menschen für die Psychotherapie operationalisiert, mit dem Ziel der Restrukturierung. Personale Energie kann angesichts von Mangelzuständen, Konflikten, Leid oder Problemen verloren gehen. In der Regel führt dies dazu, dass der Mensch in ein psychodynamisches Schutzverhalten ausweicht. In der Folge geht es

um die Frage, wie der Mensch zu einem entschiedenen, verantwortlichen und an den existenziellen Beweggründen ansetzenden Handeln gelangen kann.

Die spezifischen Kräfte der Person, die mit diesem Ansatz der Humanistischen Psychotherapie ressourcenorientiert ins Zentrum der Arbeit gestellt werden, sind mit einem Dreischritt zu beschreiben:

1. Eindruck: Nach einer Phase der Deskription, in der der Sachverhalt erhoben wird, geht es zunächst darum, den eigentlichen phänomenalen Gehalt einer Situation zu bergen, der oftmals hinter unmittelbaren Gefühlen und spontanen Impulsen verborgen liegt: Worum geht es mir eigentlich? Was macht mich betroffen?

2. Stellungnahme: In einem weiteren Schritt geht es um die persönliche Positionierung angesichts der vielfältigen Gesichtspunkte, die es vor sich selbst und vor anderen abzuwagen und zu integrieren gilt: Das ist mir angesichts aller Aspekte wichtig. Dafür entscheide ich mich.

3. Ausdruck: Im dritten Schritt geht es um das verantwortete Handeln, das die Situation im Blick hat und die Konsequenzen trägt: Dafür trete ich ein. Ich bin bereit, die Folgen zu tragen.

Für die Arbeit mit der Personalen Existenzanalyse steht ein spezifisches Sortiment an Fragen zur Verfügung.

Literatur kann beim Verfasser angefordert werden. E-Mail: christoph.kolbe@existenzanalyse.org



**Dr. paed.
Christoph Kolbe**
ist Psychologischer
Psychotherapeut
(TP, EA), Leiter
des Norddeut-
schen Instituts der
Akademie für

*Existenzanalyse und Logotherapie, Vor-
sitzender der Gesellschaft für Logotherapie
und Existenzanalyse in Deutschland e.V.
(GLE-D) und stellvertretender Präsident
und Ausbildungsleiter der GLE-Interna-
tional.*