

In diesem Buch präsentieren die Ausbildungsinstitutionen, welche die Schweizer Charta für Psychotherapie unterzeichnet haben, ihre Psychotherapiemethoden. Die Charta ist eine Vereinbarung über die Ausbildung, die Wissenschaftlichkeit und die Ethik in der Psychotherapie.

Dieser Therapieführer unterscheidet sich von anderen, ähnlichen Publikationen dadurch, dass die einzelnen Verfahren nicht von aussen beschrieben werden (von AutorInnen, die sich einen Überblick verschafft haben), sondern von innen, von den Schulen selbst dargestellt werden. Sie halten sich dabei an ein Raster, das den LeserInnen einen direkten Quervergleich ermöglicht, so dass Gemeinsamkeiten und Unterschiede deutlich hervortreten.

Die Tatsache, dass die Schulen selbst ihre Psychotherapie-richtung vorstellen, macht zudem atmosphärische Unterschiede sichtbar, die sich auch geschichtlich erklären lassen. Da die Psychotherapie sich im 20. Jhdt. entwickelt hat, bilden sich dessen unterschiedliche Geistesströmungen und einschneidende Ereignisse in Form von Kriegen auch in der Entwicklung und den Verzweigungen der Psychotherapien ab.

Diese Schrift vertieft das Verständnis dafür, wie wichtig die Vielfalt unterschiedlicher Psychotherapiemethoden für die Patientinnen und Patienten ist und dass diese Vielfalt auch ein kostbares Kulturgut darstellt.

# PSYCHO THERAPIEN

Ein Führer  
der Schweizer Charta für Psychotherapie  
für die in ihr vertretenen tiefenpsychologischen,  
humanistischen und integrativen  
Psychotherapieverfahren

# PSYCHOTHERAPIEN

**Schriftenreihe der  
Schweizer Charta für Psychotherapie  
I**

Mario Schlegel, Isabelle Meier, Peter Schulthess (Hrsg.)

# PSYCHOTHERAPIEN

**Ein Führer der Schweizer Charta für Psychotherapie  
für die in ihr vertretenen tiefenpsychologischen,  
humanistischen und integrativen  
Psychotherapieverfahren**

Organisation:  
Wissenschaftskommission der  
Schweizer Charta für Psychotherapie



Schweizer Charta für Psychotherapie

## Über die Herausgeber:

**Mario Schlegel:** Dr. sc. nat., biologische Anthropologie und Verhaltenswissenschaft. Dozent am CG. Jung-Institut, dipl. Analytischer Psychologe in eigener Praxis in Zürich, Leiter der Wissenschaftskommission der Schweizer Charta für Psychotherapie, Redaktor des PsychotherapieForums, Springer, Wien. Arbeitsschwerpunkt: Dialog zwischen den Psychotherapieschulen.

**Isabelle Meier:** Dr. phil., Psychologin, dipl. Analytische Psychologin in eigener Praxis in Zürich, Katathym-imaginative Psychotherapeutin SAGKB. Sachbuchautorin. Dozentin am ISAP Zürich. Arbeitsschwerpunkt: Imaginationen, konkrete Fragen in der Psychotherapie.

**Peter Schulthess:** Lic. phil. I, Psychotherapeut ASPV, EAP. Eigene Praxis in Zürich seit 1976. Lehrt Gestalttherapie am Institut für Integrative Gestalttherapie Würzburg (IGW), sowie in verschiedenen europäischen und aussereuropäischen Ländern. Präsident der Schweizer Charta für Psychotherapie, des Vereins Psychotherapie Wissenschaft und der EAGT (European Association for Gestalttherapy). Mitglied der Wissenschaftskommission der Charta, Koordinator des Forschungsprojektes PAP-S (Praxisstudie ambulante Psychotherapie Schweiz). Besonderes Interesse: Vergleichende Psychotherapie.

Das Buch ist Open Access erhältlich auf: [www.psychotherapiecharta.ch](http://www.psychotherapiecharta.ch) und als Print on demand beim Sekretariat der Schweizer Charta für Psychotherapie: [sekretariat@psychotherapiecharta.ch](mailto:sekretariat@psychotherapiecharta.ch).

Umschlaggestaltung: Mario Schlegel

© Schweizer Charta für Psychotherapie 2011  
Schoffelgasse 7, 8001 Zürich  
Tel. +41 (0)81 250 35 73  
[www.psychotherapiecharta.ch](http://www.psychotherapiecharta.ch)  
e-mail: [sekretariat@psychotherapiecharta.ch](mailto:sekretariat@psychotherapiecharta.ch)

Alle Rechte vorbehalten

ISSN 1664-395X (Online)  
ISSN 1664-3941(Print)  
ISBN 978-3-9523782-0-5

## **INHALT**

|                         |          |
|-------------------------|----------|
| <b>Zum Geleit.....</b>  | <b>7</b> |
| <b>Einleitung .....</b> | <b>9</b> |

## **TIEFENPSYCHOLOGIE 13**

|                                                                         |           |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Psychoanalyse (PSZ) .....</b>                                        | <b>13</b> |
| <b>Psychoanalyse (IfP).....</b>                                         | <b>21</b> |
| <b>Individualpsychologie (SGIPA) .....</b>                              | <b>27</b> |
| <b>Analytische Psychologie (Jung-Institut Zürich, ISAP, SGAP) .....</b> | <b>35</b> |
| <b>Bioenergetische Analyse (SGBAT) .....</b>                            | <b>47</b> |
| <b>Schicksalsanalyse (Siftung Szondi Institut, SGST).....</b>           | <b>55</b> |
| <b>Daseinsanalyse (DaS) .....</b>                                       | <b>61</b> |
| <b>Prozessorientierte Psychotherapie (FGPOP).....</b>                   | <b>69</b> |
| <b>Psycho-Organische-Analyse (EFAPO) .....</b>                          | <b>77</b> |

## **HUMANISTISCHE PSYCHOTHERAPIE 85**

|                                                                           |            |
|---------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>Psychodrama (pdh, OdeF, Moreno Institut Schweiz)).....</b>             | <b>85</b>  |
| <b>Gestalttherapie (SVG, IGW) .....</b>                                   | <b>93</b>  |
| <b>Transaktionsanalyse (SGTA).....</b>                                    | <b>101</b> |
| <b>Logotherapie und Existenzanalyse (ILE).....</b>                        | <b>107</b> |
| <b>Existenzanalyse und Logotherapie (IGEAP-CH).....</b>                   | <b>115</b> |
| <b>Biosynthese (IIBS).....</b>                                            | <b>123</b> |
| <b>Körperzentrierte Psychotherapie (IKP).....</b>                         | <b>131</b> |
| <b>Integrative Körperpsychotherapie (IBP).....</b>                        | <b>139</b> |
| <b>Klinische Musiktherapie (bam).....</b>                                 | <b>147</b> |
| <b>Klientenzentrierte Gesprächs- und Körperpsychotherapie (GFK) .....</b> | <b>155</b> |

## **INTEGRATIVE PSYCHOTHERAPIE 163**

|                                                                   |            |
|-------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>Integrative Therapie (SEAG) .....</b>                          | <b>163</b> |
| <b>Kunst- und Ausdrucksorientierte Psychotherapie (ISIS).....</b> | <b>171</b> |
| <b>Poietische Psychotherapie (L'ATELIER) .....</b>                | <b>179</b> |

|                                                                                      |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>BERUFSVERBÄNDE</b>                                                                | <b>187</b> |
| <b>Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Verband (ASPV) .....</b>     | <b>187</b> |
| <b>Verband der Psychotherapeuten beider Basel (VPB) .....</b>                        | <b>189</b> |
| <b>ANHANG</b>                                                                        | <b>193</b> |
| <b>Wissenschaftsdeklaration .....</b>                                                | <b>193</b> |
| <b>Aktueller Stand der Institutionen welche die Charta unterzeichnet haben .....</b> | <b>200</b> |

## ZUM GELEIT

Mit dieser Informationsschrift stellen sich die Mitgliedorganisationen der Schweizer Charta für Psychotherapie einer breiten Öffentlichkeit vor. Die Schweizer Charta für Psychotherapie ist ein Dachverband psychotherapeutischer Ausbildungsinstitutionen, Fachverbände und Berufsorganisationen.

Gemeinsam haben die Mitgliedsorganisationen hohe verbindliche Standards für folgende Bereiche festgelegt: Ausbildung in Psychotherapie, die Wissenschaftlichkeit der Methoden und die Ethik in der Berufsausübung.

Die Schweizer Charta für Psychotherapie dient der Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der Psychotherapie und bürgt für seriöse Psychotherapiemethoden. Nur evaluierte Institutionen und Verfahren erhalten die Mitgliedschaft. Sie werden periodisch auf die Einhaltung der Chartanormen überprüft.

Psychotherapie hat sich aus der Behandlungspraxis seelischer Leidenszustände entwickelt. Sie schöpft aus dem Fundus der Medizin, Psychologie, Soziologie, Pädagogik, sowie Natur-, Kultur- und Geisteswissenschaften, deren Erkenntnisse sie in ihr eigenes Verständnis, ihre eigenen Konzepte und Theoriebildungen integriert. Klinisches Erfahrungswissen wird mit verschiedenen Methoden untersucht und überprüft und fließt wiederum in Theoriebildung und Praxis ein.

Die Psychotherapie als eigenständiges Wissensgebiet in ihrer Vielfalt und in ihrer Interdisziplinarität zu bewahren und weiterzuentwickeln, ist ein wesentliches Ziel der Schweizer Charta für Psychotherapie. Sie gibt sich damit einen gesundheits-, kultur-, wissenschafts- und bildungspolitischen Auftrag.

Die Vielfalt von Therapiemethoden wird als Qualitätsmerkmal der Gesundheitsversorgung verstanden. Der Pluralität der Gesellschaft und der Verschiedenheit der Menschen entspricht eine Auswahl an unterschiedlichen therapeutischen Ansätzen.

Die vorliegende Schrift will Einblick geben in die in der Charta vertretenen unterschiedlichen Therapieverfahren. Sie finden in Kurzform Auskünfte über den von einer Institution vertretenen Ansatz, seine Geschichte, sein Menschenbild, den Forschungsstand und nützliche Adressen.

Der Psychotherapieberuf wird nach einem abgeschlossenen Studium (in der Regel Psychologie oder Medizin) erlernt. Die Charta setzt sich aber dafür ein, dass die Ausbildung auch für Quereinsteigende aus allen akademischen Wissensge-



bieten grundsätzlich offen steht. Dazu wird ein ergänzendes Zweitstudium mit den psychotherapierelevanten Grundlagenfächern verlangt.

Ein Ziel der Charta ist es, ein eigenständiges Studium in Psychotherapiewissenschaft zu etablieren, welches die besten Voraussetzungen zur Weiterbildung in einer bestimmten Psychotherapiemethode bringt. Der breite interdisziplinäre Zugang zur Psychotherapieausbildung aus allen akademischen Bereichen erweist sich als ausgesprochen bereichernd, und zwar nicht nur für die Weiterentwicklung des Berufsfeldes, sondern insbesondere auch für die Patientinnen und Patienten.

Die eigentliche Berufsausbildung in Psychotherapie findet nach dem Grundstudium in einer mindestens vierjährigen Weiterbildung statt, z. B. in einer der hier vorgestellten Psychotherapieverfahren.

Die Mitglieder der Charta sind verpflichtet, zu forschen und sich an der Weiterentwicklung der Psychotherapie zu beteiligen. Die Charta initiiert gemeinsame Projekte mit Fachhochschulen und Universitäten, sie veröffentlicht Forschungsarbeiten und Tagungsberichte und ist Mitherausgeberin der internationalen, methodenübergreifenden wissenschaftlichen Zeitschrift "Psychotherapie Forum" im Springer Verlag.

Die regelmässige verbindliche Teilnahme der hier vorgestellten Methoden an fortlaufenden Kolloquien bildet die Basis der wissenschaftlichen Aktivitäten der Schweizer Charta für Psychotherapie. Jährliche Fachtagungen bieten Fortbildungen für praktizierende TherapeutInnen. Eine Kommission für Qualitätssicherung überprüft periodisch die Qualität der Ausbildungen.

Wir hoffen, dass diese Schrift das Verständnis dafür vertieft, wie wichtig die Vielfalt unterschiedlicher Therapiemethoden ist und dass diese Vielfalt ein kostbares Kulturgut darstellt.

*Peter Schulthess*

Präsident der Schweizer Charta für Psychotherapie

## **EINLEITUNG**

### **Der Austausch zwischen den Psychotherapieschulen**

1989 setzten sich VertreterInnen der verschiedensten tiefenpsychologisch und humanistisch orientierten Psychotherapierichtungen zusammen. Die früheren Grabenkämpfe sollten durch Kooperation und gegenseitige Unterstützung abgelöst werden. "Was sind die wertvollen Erkenntnisse der andern, wie beweisen wir gemeinsam, dass die Vielfalt der psychotherapeutischen Entwicklungen ein eigenständiger Wert in Gesellschaft und Gesundheitswesen darstellt?"

Über Erwarten rasch zündete die Idee und führte 1991 zu einem Basistext – der Charta für Psychotherapie – die sich auf gemeinsame Begriffsdefinitionen hinsichtlich der Begriffe "Psychotherapie" und "Wissenschaft" einigten. Zudem enthielt sie Standards für die Ausbildungselemente zum/zur PsychotherapeutIn und für den Aufbau der Ausbildungsinstitutionen, ihrer Infrastruktur und der Qualifikation der AusbilderInnen. Die Charta ist eine Vereinbarung zwischen den Ausbildungsinstitutionen und angeschlossenen Berufsverbänden, die damals und bis heute unterzeichnet wird, wenn sie Mitglied der Charta werden. Die Einhaltung wird durch einen Qualitätssicherungs-Kommission überwacht, die jedes Mitgliedsinstitution in Abständen von drei Jahren auf die Einhaltung der Normen überprüft.

Unbestritten war von Anfang an der Anspruch, nur wissenschaftlich begründete Psychotherapien zu vertreten, wobei es ursprünglich darum ging, sich von Heilslehren abzugrenzen, die sich nur auf Glaubenssysteme abstützen. Bald aber kam vor dem Hintergrund der beginnenden gesetzlichen Regulierung der Psychotherapie ein sehr gewichtiges Erfordernis dazu, nämlich die Definition, was unter Wissenschaftlichkeit zu verstehen sei. Diese Diskussion erforderte ein festes verbindliches Gefäß, es wurden die Wissenschaftskolloquien ins Leben gerufen.

### **Die Wissenschaftskolloquien**

In der Vorgeschichte wurde als erster Versuch eine Umfrage über die wissenschaftlichen Standpunkte durchgeführt. Die Idee war, die Situation aller Institutionen in einem Quervergleich darzustellen. Nachdem die 1995 erhobenen Daten vor allem die Heterogenität der Denktraditionen hinter den einzelnen psychotherapeutischen Ansätzen und Methoden kenntlich gemacht hatten, wurde deutlich,

dass die Diskussion tiefer ansetzen musste als beim Wissenschaftsbegriff der einzelnen Therapierichtungen. Denn je nach Menschenbild und Kulturtradition sind auch die Vorstellungen davon, was „Tatsachen“ sind und welche Verfahren und Methoden zu Erkenntnissen führen, sehr unterschiedlich. Einzelne Therapierichtungen haben den Paradigmawechsel der akademischen Psychologie von der geisteswissenschaftlichen zur naturwissenschaftlichen Abstützung der Aussagen mitgemacht. Dies bedeutet insbesondere auch die Forderung nach der Wiederholbarkeit und statistischen Abstützung der Resultate. Andere Richtungen vertreten resp. verteidigen den Erkenntnisansatz, wonach Psychotherapie viel mehr den historischen und philosophischen Wissenschaften zuzurechnen ist. Dass also Interpretation und Erforschung der Bedeutung den Kern der Erkenntnisgewinnung ausmacht.

In dieser Lage besannen wir uns auf unsere eigene Berufskompetenz, Konflikte aufzudecken und zu bearbeiten. Dazu wurden die Wissenschaftskolloquien konzipiert. Es bestand die Hoffnung, dass diese und die sich in ihnen vollziehenden Prozesse aus den Aporien herausführen könnten, die sich aus unterschiedlichen Wissenschaftsverständnissen ergeben, wenn über deren Gültigkeit und Reichweite entschieden werden soll. Aus dem sich selbst konstituierenden Prozess der Wissenschaftskolloquien ist ein Verfahren hervorgegangen, in welchem die Teilnehmenden sich über weite Strecken den Anregungen und der Diskussion stellten und sich gemeinsame Strukturen des Austausches schufen. Delegierte aller Institutionen und Verbände erstellten einen gemeinsamen Themenkatalog. Jedes Kolloquium widmete sich einem oder mehreren Themen. Jede Institution legte für jedes der acht ganztägigen Kolloquien die eigene Position dar. In der Darstellung waren die Verfasser frei. Bedingung war allein, dass alle für den jeweiligen Termin vorgegebenen Themen angesprochen wurden. Man konnte auch begründen, weshalb eine Institution zu einem bestimmten Thema nichts sagen will oder kann, bzw. dass sie das Thema nicht sinnvoll oder falsch formuliert findet.

## **Resultate der Wissenschaftskolloquien**

Im Sinne einer Selbstverpflichtung haben die Charta-Institute diese Kolloquien als ständige Einrichtung bis heute beibehalten, in der diese Wissenschaftskultur verbindlich gepflegt wird. So haben wir uns der Herausforderung gestellt, das Wirken des Charta-Prozesses und die Erkenntnisse aus den Wissenschaftskolloquien nachvollziehbar und transparent zu machen. Eher skeptisch beobachtenden Um-

feldern möchten wir unser Paradigma der Kooperation, der gegenseitigen Wertschätzung und Unterstützung auch kontroverser Forschungsansätze und Wissenschaftsverständnisse vermitteln. Da wir in unseren Reihen VertreterInnen der verschiedensten Menschen- und Weltbilder haben, einigten wir uns darauf, unsere wissenschaftliche Position analog der bereits existierenden Charta in einem Positionspapier festzulegen. Ziel war es, zu einer gemeinsamen Begrifflichkeit zu finden, ein Programm für wissenschaftliche Unternehmungen der Charta zu formulieren und Kriterien erwartbarer eigener wissenschaftlicher Anstrengung unter Einbezug von Forschungsergebnissen anderer Provenienz für Mitglieder festzuschreiben. Diese Position ist im Anhang als Wissenschaftsdeklaration aufgeführt.

Ein Resultat der Wissenschaftskolloquien halten Sie in Händen. Es war uns ein Anliegen, dass die Mitglieder der Charta sich nicht nur intern, sondern auch nach außen in der Landschaft der Psychotherapieschulen positionieren. Der Raster, der Ihnen die Quervergleiche ermöglicht, ist ein direktes Resultat der Kolloquien. Um Vergleichbarkeit der Ansätze herzustellen, beschränkten wir uns auf einzelne zentrale Themen, wie sie sich im Kolloquiumsprozess herausgeschält haben.

Von grundlegender Bedeutung erwies sich das Menschenbild. Von ihm leiten sich die meisten Aussagen über Therapie und Technik, aber auch Forschungsvorstellungen ab. Von hier aus wird auch das Gesundheits- und Krankheitsverständnis der Therapierichtungen vergleichbar und gemeinsame Wurzeln werden sichtbar.

Der von den Psychotherapierichtungen geführte kommunikative Prozess wäre aber falsch verstanden, wenn er als Integrationsversuch aufgefasst würde. Vielmehr geht es um die gegenseitige Anerkennung der Methoden. Gemeinsames wird erkannt, aber jede Methode behält ihre Identität, im Sinne des Grundsatzes, dass die Vielfalt ein Qualitätsmerkmal für die Psychotherapeutische Grundversorgung ist.

Aus dieser Haltung heraus haben sich weitere Projekte entwickelt. Das wohl wichtigste ist die „Praxisstudie Ambulante Psychotherapie Schweiz“ PAP-S, welche die wissenschaftlich korrekte Erfassung der Wirksamkeit verschiedener psychotherapeutischer Methoden, wie sie in der ambulanten Praxis tatsächlich stattfinden erfasst. Hier bietet sich die einmalige Chance, alle Therapieverfahren anhand derselben theorieübergreifenden Wirksamkeitskriterien zu evaluieren und die Wirksamkeit mit dem schulenspezifischen Vorgehen in Beziehung zu setzen.

Um das schulenspezifische Vorgehen zu erfassen, haben die beteiligten Schulen je eine Liste ihrer wichtigsten therapeutischen Interventionen abgegeben, die von den Forschern zu einem Ratingmanual zusammengestellt wurden.

Am besten zeigt sich das spezifische und das allgemeine Vorgehen der Therapiemethoden in der Praxis. Gegenwärtig stellen sich die Schulen in den Kolloquien gegenseitig Ausschnitte aus realen Therapien dar, was für die beteiligten TherapeutInnen immer einen gewinnbringenden Perspektivenwechsel ermöglichen. Dies zeigt auch wiederum, dass sich die Psychotherapiemethoden nicht grundlegend unterscheiden, sondern durch unterschiedliche Blickwinkel auf den Menschen unterschiedliche Zugangswege zum Leiden darstellen, welche auch über unterschiedliche Medien verlaufen können, wie sie in diesem Buch beschrieben werden. Für die PatientInnen ist dies von unschätzbarem Wert, denn jede und jeder kann die für sie oder ihn beste Therapieform finden.

Die Möglichkeit unterschiedlicher Zugänge ist auch in den einzelnen Praxen zu finden. Das erste gemeinsame Forschungsprojekt der Charta-Institutionen war eine empirische Untersuchung zur psychotherapeutischen Versorgung in der Schweiz. Dabei ist die grosse Verflechtung der verschiedenen Therapiemethoden aufgefallen, sowohl was die Ausbildung der TherapeutInnen anbelangt, als auch die Verwendung der Methoden im Therapieprozess. Eine überwiegende Mehrheit der TherapeutInnen verfügt über Weiter- oder Fortbildungen in mehreren Verfahren und kombiniert diese auch in ihrer therapeutischen Tätigkeit.

## **Vertiefende Literatur**

Text der Charta laufend aktualisiert auf: [www.psychotherapiecharta.ch](http://www.psychotherapiecharta.ch)

Buchmann R., Schlegel M. und Vetter J.: Die Eigenständigkeit der Psychotherapie in Wissenschaft und Praxis; Die Bedeutung der Schweizer Psychotherapie-Charta. In: Psychotherapie eine neue Wissenschaft vom Menschen. Hrsg. Alfred Pritz, Springer-Verlag, Wien 1996

Buchmann, R. Bericht aus der Schweizer Charta für Psychotherapie: Psychotherapie und Wissenschaft: Klärungsprozess in der Charta. Vol. 8 No. 1, 2000. Springer, Wien New York

Schweizer M. et al. Struktur und Leistung der Psychotherapieversorgung in der Schweiz. Erhebung der Schweizer Charta für Psychotherapie. In Schlegel, M. (Hrsg.) Psychotherapie Forum, Vol. 10 No. 3, 2002. Springer, Wien New York

Tschuschke V. et al. Psychotherapieforschung – Grundlegende Überlegungen und erste Ergebnisse der naturalistischen Psychotherapie-Studie ambulanter Behandlungen in der Schweiz (PAP-S) .In Schlegel, M. (Hrsg.) Psychotherapie Forum, Vol. 17 No. 4, 2009. Springer, Wien New York. Oder: [www.psychotherapieforschung.ch](http://www.psychotherapieforschung.ch)

## **PSYCHOANALYSE**

### **Psychoanalytisches Seminar Zürich (PSZ)**

#### **Historischer Überblick**

Das Psychoanalytische Seminar Zürich pflegt Theorie und Praxis der Freudschen Psychoanalyse und ihrer Weiterentwicklungen. Sigmund Freud gilt allgemein als der Gründer der modernen Psychotherapie. Sein Name ist weltweit ein Begriff, auch denen, die von der Psychoanalyse sonst nichts wissen. Deshalb soll er hier nicht ausführlich vorgestellt werden.

Die Psychoanalyse verfügt über ein stark ausdifferenziertes Theoriegebäude, das Aufbau und Funktionsweise der Psyche erklärt. Dazu gehört eine eigene psychoanalytische Entwicklungspsychologie, welche die seelische Entwicklung vom Säuglings- bis zum Erwachsenenalter verfolgt. Ebenso verfügt sie über eine ausgedehnte Kasuistik, zu der Generationen von Psychoanalytikern beigetragen haben. Sie umfasst alle bekannten psychischen Störungen. Die psychoanalytische Theorie ist ein „work in progress“, das heisst die Theoriebildung ist nicht abgeschlossen, sondern für neue Einsichten offen. Der Gefahr der dogmatischen Erstarrung wirkt eine starke innerpsychoanalytische Tendenz zur Selbstkritik entgegen.

Das PSZ konstituierte sich 1977 als eine freie, selbständige psychoanalytische Diskussions- und Ausbildungsstätte, nachdem die Schweizerische Gesellschaft für Psychoanalyse dem damaligen Zürcher Seminar aus politischen Gründen die Lehrbefugnis entzogen hatte. Der Konflikt entzündete sich damals an der Mitwirkung der Ausbildungskandidaten am Seminarbetrieb, die sich in „Analytiker in Ausbildung“ umtaufen und selber entscheiden wollten, wann sie sich hinreichend für die Berufsausübung gerüstet fühlten. Schon zuvor war das Zürcher Seminar von der damaligen Aufbruchstimmung (der 1968er Bewegung) gepackt worden und verstand sich als Teil einer breiten Emanzipationsbewegung, die inzwischen Geschichte ist. Zu den Gründerpersönlichkeiten zählen – unter anderen – die inzwischen verstorbenen Goldy und Paul Parin und Fritz Morgenthaler, die durch ihre ethnopsychoanalytischen Forschungen in Afrika und anderswo international bekannt wurden.

Gesellschaftskritik war damals ein fundamentaler Bestandteil, und ist es insofern geblieben, als der gesellschaftliche Anteil an der Bildung individueller psychischer Störungen nach wie vor Beachtung findet. Die Klienten sollen nicht einfach zur Anpassung an die jeweils bestehende soziale Realität angehalten, sondern zu einer kritischen Auseinandersetzung mit ihr befähigt werden.

Das PSZ ist als Verein basisdemokratisch organisiert: Jeder, der die Kurse und Veranstaltungen besucht, darf in der Mitgliederversammlung mitbestimmen. Die Überlegung ist schlicht die, dass man Autonomie – und ein Therapeut braucht davon eine besonders hohe Dosis – nicht in einem unautonomen Kontext lernen kann. Der selbstkritischen und selbstreflexiven Tendenz der Psychoanalyse fühlt sich das PSZ ganz besonders verpflichtet.

Ende der Siebziger– anfangs Achtzigerjahre begannen im PSZ einige Psychoanalytikerinnen, die mit Kindern arbeiteten, eine systematische Ausbildung für die psychoanalytische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aufzubauen. Erstmals in einem psychoanalytischen Institut in der Deutschschweiz wurden dafür über mehrere Jahre erfahrene Kinderanalytiker beigezogen, die in England ausgebildet worden waren oder lehrten, dort wo die traditionelle Arbeit von Anna Freud mit Kindern sich weiter entwickelt hatte. Die psychoanalytische Arbeit mit Kindern hatte nach dem Exodus einer Generation von Psychoanalytikern im zweiten Weltkrieg bis zu diesem Zeitpunkt kaum mehr im deutschsprachigen Raum Fuss gefasst. Seit jener Zeit finden am PSZ regelmässig Veranstaltungen und Kurse für die psychoanalytische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen statt.

Seit 2002 bietet das PSZ neben der Ausbildung in Psychoanalyse eine psychotherapeutische Weiterbildung in psychoanalytischer Psychotherapie für Erwachsene und für Kinder und Jugendliche an, welche die Charta-Anforderungen erfüllt. Es will damit den sich verändernden Bedürfnissen der Klienten und den veränderten Realitätsbedingungen der Berufsausübung (insbesondere der neuen gesetzlichen Regelungen) Rechnung tragen.

Die Psychoanalytische Psychotherapie teilt mit der klassischen Analyse das ganze Theoriegebäude. Ausnahmen finden sich im Bereich der Behandlungstechnik.

## Psychoanalyse und psychoanalytische Psychotherapie im Umfeld des Therapieangebotes

Sigmund Freud erkannte Ende des 19. und anfangs des 20. Jahrhunderts als wissenschaftlich interessierter Nervenarzt, dass Erkrankungen seiner Patienten erklärbar sind durch Konflikte und frühere Erlebnisse, die dem Patienten selber nicht bewusst („verdrängt“) sind. Er erarbeitete ein Modell des psychischen Geschehens (der „Psychische Apparat“), um diese Mechanismen erklärbar zu machen. So unterschied er einerseits zwischen den bewusst und den *unbewusst* ablaufenden Prozessen im Leben eines Menschen. Zudem unterschied er zwischen drei „Instanzen“, dem „Es“, „Ich“ und „Über-Ich“ und dem alles in Bewegung haltenden „Energiemodell“.

Schon zur Zeit Freuds trafen sich verschiedene an dieser neuen Erkenntnis Interessierte, die sich „Psychoanalytiker“ nannten und entwickelten diese Theorien teils in intensiven Diskussionen weiter. Dabei kam es auch zu einigen Zerwürfnissen, Spaltungen und der Bildung neuer Schulen, die sich von Freud absetzten (z.B. Jung'sche Analytiker, Daseinsanalytiker u.a.).

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts entstanden viele neue Therapieformen, die teils andere Zugänge zum Verständnis des psychischen Geschehens des Menschen suchten. Dabei bezogen sich aber die meisten auch auf die Begriffe und Konzepte der Psychoanalyse, auch wenn sie sich in vielen Punkten oder grundsätzlich von ihr absetzten.

Die Begriffe und das Verständnis von psychodynamischem Geschehen, welche in der Psychoanalyse entwickelt worden waren, fanden Eingang in die Psychiatrie, auch dort, wo sie sich von der Psychoanalyse distanziert. Sogar in behavioristischen Konzepten finden sich Begriffe und Denkansätze, die von der Psychoanalyse beeinflusst worden sind.

So gesehen kann die Psychoanalyse als Grundlage der meisten psychotherapeutischen Methoden verstanden werden.

## **Grundkonzepte der Psychoanalyse und der psychoanalytischen Psychotherapie**

Die Psychoanalyse ist eine Konfliktpsychologie. Sie sieht die menschliche Psyche als Ort einer permanenten innerseelischen Ausgleichsbewegung und zugleich eines Konflikts zwischen verschiedenen seelischen Instanzen, dem bewussten



Kern (das Ich), einer kontrollierenden Instanz (das Über-Ich, volkstümlich gesprochen: das Gewissen) und einem triebhaft-sexuellen Teil (das Es, auch die Libido). Aus dieser innerpsychischen Auseinandersetzung resultiert eine unbewusste und für jeden Einzelnen typische Konfliktneigung, die zu einer ständigen Wieder- oder Neuinszenierung längst vergangener kindlicher Beziehungskonstellationen und Konfliktmuster führt. Durch Bewusstmachen sollen sie in der Therapie durchbrochen werden.

Die Psychoanalyse geht davon aus, dass die Beeinträchtigung der seelischen Gesundheit eine Folge ungelöster neurotischer Konflikte ist, die – durch die Verdrängung ins Unbewusste gelangt – dort ihre pathologische Wirkung entfalten. An diesen inneren Konflikten sind die unterschiedlichen seelischen Instanzen beteiligt, welche das Seelenleben ausmachen. Neurotisch werden diese Konflikte, wenn die verschiedenen Entwicklungsschritte, welche die menschliche Seele auf dem Weg zum Erwachsenenalter durchlaufen muss, nicht adäquat bewältigt werden konnten.

Die Psychoanalyse weigert sich grundsätzlich, die Menschen in „Gesunde“ und „Kranke“ einzuteilen, sondern sieht bei beiden dieselben unbewussten Problembewältigungs- oder Abwehrmechanismen am Werk. Diese unterscheiden sich lediglich darin, dass sie im ersteren Fall ihren Zweck einigermaßen effizient erfüllen, während im letzteren der Preis für ihr Wirken zu hoch ist, weil die schädlichen Nebenwirkungen, individuell oder für die jeweiligen gesellschaftlichen Verhältnisse, überwiegen.

## **Methoden und Technik**

Die Psychoanalyse versucht systematisch den unbewussten neurotischen Konflikt in der Zweipersonensituation zwischen Analysand und Analytiker wiederzubeleben und neu zu inszenieren. Die bewusste Künstlichkeit des psychoanalytischen Settings ermöglicht eine Art von Laborsituation, in der die Übertragung des unbewussten Konflikts bewusst gefördert, so aus der Verdrängung hervorgeholt und der direkten Bearbeitung zugänglich gemacht werden kann.

Das Liegen auf der Couch erleichtert das Eintauchen in die eigene Phantasiewelt. Dadurch, dass kein direkter Sichtkontakt besteht, fällt es dem Analytiker leichter, als Projektionsfläche für die Übertragungen zu dienen. Der Analysand wird eingeladen, seine Gedanken, Einfälle und Träume möglichst unzensuriert mitzuteilen

(„Freie Assoziation“). Die therapeutische Methode besteht in der Interpretation oder Deutung des unbewussten Geschehens im psychoanalytischen Prozess, insbesondere der Übertragungen und der Widerstände, die sich der Bewusstmachung entgegenstellen. So gewinnt der Analysand Einblick in die Dynamik seiner Psyche, erkennt die Macht des Wiederholungszwanges und kann sinnvollere und weniger selbstschädigende Problemlösungen entwickeln.

Ziel der Analyse ist die Bewusstmachung unbewusster Konflikte und ihre Auflösung, oder genauer: die Verwandlung der neurotischen Konfliktlösung in eine weniger neurotische. Ferner die Stärkung der Autonomie (Freud: „Wo Es war, soll Ich werden“) und der Konfliktfähigkeit, was ein flexibles Eingehen auf die vorhandene, sich ständig verändernde Realität möglich macht. Die psychoanalytische Behandlung zielt nicht direkt auf die Symptome und ihre rasche Beseitigung, sondern auf die zugrunde liegenden Konflikte und deren unbewusste Lösung ab.

Im Unterschied zur klassischen Psychoanalyse sitzen in der *psychoanalytischen Psychotherapie* in der Regel die Patienten dem Analytiker gegenüber. Damit gestaltet sich die Beziehung zum Therapeuten in der Regel realitätsnäher als jene zum Analytiker. Zwar sind die Ziele der Behandlung dieselben, aber die Therapie konzentriert sich stärker auf die aktuellen Probleme und Konflikte des Patienten, und legt es weniger darauf an, die latenten Übertragungsneigungen bewusst zu machen. Entsprechend wird auf die unbewussten Hintergründe oft nur so weit eingegangen, dass die akuten Störungen reduziert oder beseitigt werden können. Der Anwendungsbereich der Psychoanalytischen Psychotherapie ist damit vielfältiger als jener der klassischen Psychoanalyse.

In der *psychoanalytischen Arbeit mit Kindern* ist eine andersartige Arbeitsweise notwendig, die sich je nach Alter des Kindes verschieden gestaltet, um zu denselben grundsätzlichen Zielen zu gelangen. Zwar ist das Behandlungsziel dasselbe. Da die Kinder aber in einer anderen Lebenssituation stehen, findet die Therapie im altersgemässen spielerischen Rahmen statt. Was in der Arbeit mit Erwachsenen die Assoziation und das Gespräch sind, ist in der Arbeit mit Kindern die Inszenierung im Spiel, um sich mit den Ängsten, Unsicherheiten und seelischen Störungen zu befassen. Dabei kommt auch dem Einbezug und der Mitarbeit der Eltern, allenfalls weiterer Bezugs- und Betreuungspersonen und je nach Alter und Situation der Schule wichtige Bedeutung zu. In der Arbeit mit Jugendlichen stehen sprachliche Äusserungen im Zentrum, wobei die realen Alltags- und Lebenssituationen meist ein zentrales Thema sind.

Wenn sich seelische Probleme bei Kindern und Jugendlichen zeigen, ist eine psychotherapeutische Therapie eine sinnvolle Arbeit weil sie, nicht nur körperlich sondern auch psychisch noch in voller Entwicklung stehen und daher Konflikte, die sich im Erwachsenenalter in komplizierterer und meist schwerer zu behandelnder Form bemerkbar machen können, oft schneller bearbeiten und lösen lassen.

Kinderanalytiker haben in der Regel dieselbe allgemeine psychoanalytische Grundausbildung wie Psychoanalytiker, die mit Erwachsenen arbeiten, sie ergänzen aber ihre Ausbildung mit speziellen Kursen für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen.

### **Fallbeispiel**

Aufgrund der Komplexität des psychoanalytischen Prozesses, und um nicht einer simplifizierenden Darstellung zu erliegen, verzichten wir auf ein Fallbeispiel

### **Für wen eignet sich die Therapie?**

Psychoanalyse und psychoanalytische Psychotherapie eignen sich als Behandlungsformen für nahezu alle Fälle von psychischen Störungen. Die neueren psychoanalytischen Objektbeziehungstheorien ermöglichen auch eine Therapie von Psychotikern, die sich Freud noch nicht zutraute. Beide Therapieformen versprechen keine isolierte Symptomlinderung und verlangen eine aktive Mitwirkung des Patienten.

Die psychoanalytische Psychotherapie eignet sich als Methode auch für Kurztherapien und Kriseninterventionen. Zudem wird sie als Gruppentherapie eingesetzt. In der klassischen Psychoanalyse spielt die Bereitschaft, sich den eigenen Phantasien und Träumen zu öffnen, eine bedeutende Rolle. (Zudem verlangt sie eine gewisse Frustrationstoleranz, weil der Effekt der Behandlung häufig etwas auf sich warten lässt.) Wer neugierig auf sich selbst und sein Innenleben ist, wer interessiert ist, sich selbst und die Hintergründe seines Lebens, Verhaltens und seiner Phantasiewelt kennenzulernen, ist mit der klassischen Psychoanalyse optimal bedient.

In der psychoanalytischen Arbeit mit Kindern ist die Zusammenarbeit mit den Eltern oder nahen Bezugspersonen erwünscht.

## **Dauer der Therapie**

Wenn die Therapie über eine kurze Krisenintervention hinausgeht und ein psychoanalytischer Prozess in Gang kommt, der eine tiefer gehende Veränderung mit sich bringen soll, ist die psychoanalytische Psychotherapie von längerer Dauer und rechnet sich in Monaten oder Jahren.

## **Wirksamkeitsstudien, Wissenschaftsnachweise**

Als erste und inzwischen weit über hundertjährige Therapieform ist die Psychoanalyse seit ihrer Begründung Gegenstand vieler wissenschaftstheoretischer Debatten gewesen. Die meisten Studien über die therapeutische Wirksamkeit von Therapieformen haben sich auch über das psychoanalytische Verfahren geäußert. Aus methodischen Gründen ist allerdings Vorsicht geboten bezüglich des Vergleichs der einzelnen Therapieverfahren, weil die Einschätzung des eigenen Therapieerfolgs immer subjektiv gefärbt bleibt und daher schwierig zu objektivieren ist.

Die Wirksamkeit der psychoanalytischen Behandlung ist in vielen wissenschaftlichen Untersuchungen weltweit gut dokumentiert und in neuster Zeit durch eine Nationalfondsstudie bestätigt worden.

## **Therapievermittlung**

Das PSZ verfügt sowohl über eine Analyse- und Therapieplatzvermittlungsstelle als auch über eine Abklärungsstelle.

## **Ombudsstelle**

Das PSZ hat verbindliche ethische Standesregeln, welche für alle Mitglieder gelten. Bei Konflikten ist die Ombudsstelle zuständig.

## **Institution und Weiterbildung**

Das PSZ gehört mit ca. 440 Mitgliedern zu den grössten Aus- und Weiterbildungsinstitutionen der Schweiz. Die Weiterbildung in psychoanalytischer Psychotherapie umfasst neben dem geforderten theoretischen Wissen eine – im Unterschied zu anderen therapeutischen Verfahren – intensive, langjährige eigene Psychoanalyse des psychoanalytischen Psychotherapeuten. Der Psychotherapeut soll sich damit seiner eigenen Konflikthaftigkeit und Konfliktneigung bewusst werden.

## **Kontaktadressen**

Psychoanalytisches Seminar Zürich (PSZ)

Quellenstrasse 25, 8005 Zürich

Telefon 044 271 73 97 Fax 044 271 73 71

[www.psychoanalysen.ch](http://www.psychoanalysen.ch), [www.psychoanalyse-zuerich.ch](http://www.psychoanalyse-zuerich.ch)

Autor: A. M. Fischer

## **Vertiefende Literatur:**

Eveline List, Psychoanalyse. Geschichte. Theorien. Anwendungen, Wien 2009

## PSYCHOANALYSE

### Institut für Psychoanalyse (IfP), Zürich und Kreuzlingen

#### Historischer Abriss

In den 1970er Jahren entstand aus einem Studien- und Arbeitskreis von Norman Elrod (1928 — 2002) ein psychoanalytisches Lehr- und Ausbildungsinstitut, das sich 1979 in Zürich unter dem Namen «Institut für analytische Psychotherapie» als Stiftung konstituierte. Das Ausbildungsregulativ wurde im Rahmen der Zusammenarbeit mit den zuständigen Fachverbänden festgelegt.

Die in den 1980er Jahren von Norman Elrod und seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eingebrachten Beiträge zur Psychoanalyse fanden auf regionaler, nationaler und internationaler Ebene wohlwollende Beachtung. In Übereinstimmung mit dieser Entwicklung wurde 1990 der Name des Instituts in «Institut für Psychoanalyse (IfP)» geändert.

Ab 1989 beteiligten sich Delegierte des IfP im Rahmen des Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Verbandes (SPV) an der Konferenz der Ausbildungsinstitutionen, die zur Verfassung der Schweizer Charta für Psychotherapie (CHARTA) führte, die das IfP am 10. März 1993 mit unterzeichnete.

Die Arbeit in Forschung, Therapie und Ausbildung, die am IfP geleistet wird, erhielt unter anderem im Mai 1998 mit der einstimmig erfolgten Aufnahme des IfP in die *International Federation of Psychoanalytic Societies (IFPS)* internationale Anerkennung.

Nach Norman Elrods Tod 2002 übernahmen Hedi Haffner-Marti und Klaus Hoffmann die Leitung des IfP.

#### Zur Gründerpersönlichkeit

Norman Elrod, 1928 in St. Louis, Missouri, USA geboren, studierte Psychologie und Philosophie in Kalifornien und an der Universität Zürich. Ab 1951 arbeitete er an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, wo er mit Unterstützung von Professor Manfred Bleuler die psychoanalytische Gruppentherapie mit schizophrenen Patienten einführte. Aus diesem Einsatz erwuchs seine viel beachtete Dissertati-

on, die 1957 unter dem Titel *Zur Phänomenologie der Besserung in der Psychotherapie* erschien. Danach folgte Elrod Professor Gaetano Benedetti als dessen wissenschaftlicher Mitarbeiter an die Universität Basel. Die Lehranalyse absolvierte Elrod am C. G. Jung-Institut Zürich. Von 1960 bis 1968 war er als Psychotherapeut und Kontrollanalytiker am Sanatorium Bellevue in Kreuzlingen tätig, wo er mit Ludwig Binswanger bis zu dessen Tod 1965 befreundet war. 1968 eröffnete Elrod in Kreuzlingen und Zürich eine Privatpraxis und wurde 1978 Schweizer Bürger. Seit 1987 erscheinen zahlreiche Veröffentlichungen von Norman Elrod und seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Althea Verlag Zürich.

### **Zuordnung zu einem Mainstream**

Das Institut für Psychoanalyse (IfP) steht in der Tradition der von Sigmund Freud begründeten Psychoanalyse, wobei die vier folgenden Thesen über das Wesen der Psychoanalyse die Richtung des Institutes bestimmen:

- Die Psychoanalyse fordert rückhaltloses Annehmen der psychischen Wirklichkeit des Analysanden.
- Die Psychoanalyse untersucht möglichst gründlich die kranken, aber auch die gesunden Funktions- und Wirkungsweisen der Persönlichkeit im Rahmen ihres historischen Entstehens. Sie setzt sich dafür ein, das psychische Leiden des Analysanden zu beheben bzw. zu lindern.
- Die Psychoanalyse gibt sich nicht mit einfachen Erklärungen des Psychischen zufrieden und lehnt Patentlösungen ab. Gleichzeitig ist sie sich der Grenzen der Therapie bewusst und gesteht Misserfolge ein.
- Die Psychoanalyse weiss, dass die psychoanalytische Therapie nicht allen Menschen helfen kann. Sie fasst aber, ausgehend von Freud (1895), ihre Arbeit am «hysterischen Elend» als Beitrag zur Aufhebung des «gemeinen Unglücks» auf. Sie versucht, die durch psychoanalytische Therapie und Forschung gewonnenen Einsichten anderen leidenden Menschen zugänglich und nützlich zu machen, indem sie z. B. für eine Verbesserung der Mensch-Mensch- und Mensch-Natur-Beziehungen im Sinne einer juristischen, politischen und ökonomischen Gleichheit der Menschen und eines verantwortungsbewussten Umgangs mit der Natur eintritt.

## **Grundkonzepte, Menschen- und Weltbild, Gesundheits- und Krankheitsverständnis**

Um den einzelnen Menschen in seiner konkreten Einmaligkeit erkennen und ihm helfen zu können, bedarf es heute eines umfassenden Verständnisses seiner individuellen als auch kollektiven und gesellschaftlichen Existenz. Eine Psychotherapie, die sich der Psychoanalyse verpflichtet fühlt, darf sich nicht losgelöst von der Menschheits- und Wissenschaftsgeschichte betrachten, sondern soll im Gegenteil ihren Standort innerhalb dieser Traditionen immer wieder neu bestimmen, um sich schöpferisch weiterentwickeln zu können.

Unsere Tätigkeit setzt eine Richtung der Psychoanalyse fort, die Gruppenmitglieder des um Sigmund Freud zu Beginn des letzten Jahrhunderts in Wien gebildeten psychoanalytischen Arbeitskreises prägten. Auch für uns gilt die Praxis dieser ersten Wiener Psychoanalytiker, wie sie von Herman Nunberg (1962) beschrieben wurde:

"Sie wussten, dass der Mensch ebenso ein soziales Wesen ist wie eine biologische Einheit. Sie erkannten, dass die Beziehungen des Menschen zu seiner Umwelt sich nicht nur in seinem Verhalten äussern, sondern auch in Kunstwerken, in Religion und gesellschaftlichen Institutionen. Infolgedessen erschien es ihnen unerlässlich, sich nicht nur mit kranken Menschen zu befassen, sondern auch mit Literatur, Religion, Philosophie, Anthropologie, Soziologie usw. Es gab also viele Debatten über das Zusammenwirken biologischer, sozialer und historischer Faktoren in der Entwicklung des einzelnen ebenso wie in der Entwicklung der Menschheit."

In diesem Sinne ist es nahe liegend, dass im Institut für Psychoanalyse (IfP) neben Fallseminaren und Seminaren zur Theorie und Technik der Psychoanalyse sowie der psychoanalytischen Psychotherapie auch Kurse z. B. in Geschichte der Philosophie, bildender Kunst, Filmkunst, Literatur und Musik angeboten werden, Seminare, die nicht nur Ausbildungskandidaten und diplomierten Kolleginnen und Kollegen, sondern z. B. auch interessierten Laien offen stehen.

## **Konkrete Methode und Technik**

In der Psychoanalyse bilden Theorie, Untersuchungsmethode und Therapie eine Einheit. Zur Therapie gehört eine Technik, die erlernt werden muss. Da die Persönlichkeit und die theoretischen Vorstellungen der Analytikerin und des Analyti-



kers sowie die Art der zu behandelnden Störung und das Setting (stationäre versus ambulante Behandlung, Einzel- versus Gruppentherapie) in der psychoanalytischen Therapie eine zentrale Rolle spielen, haben im Laufe der Zeit Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytiker verschiedene Akzente bei der Handhabung der Technik gesetzt, wobei sie ihre Arbeit immer wieder auf Themen und Auffassungen aufbauen, die Freud in seinen technischen Schriften niedergelegt hat. Diese Tatsache – die Gemeinsamkeit in der Vielheit – gerade im Technikbereich herauszustellen und zu vertiefen, ist ein grundsätzliches Anliegen unseres Instituts.

Dem Studium der theoretischen und technischen Schriften Sigmund Freuds wie auch anderer Autoren der ersten und zweiten Generation gilt unsere Aufmerksamkeit ebenso wie der Auseinandersetzung mit zeitgenössischen Fachkolleginnen und -kollegen. Dass die Objektbeziehungstheorie in der Formulierung von Hans Loewald und der weiter führenden Interpretation durch Stephen Mitchell und Norman Elrod einen besonderen Schwerpunkt bildet, hängt mit der Geschichte des Instituts für Psychoanalyse (IfP) zusammen. Hier fand bereits in den Anfängen die Behandlung psychisch schwer gestörter Menschen erhebliche Beachtung. Neben der Vermittlung der Selbstpsychologie und Säuglingspsychiatrie konzentriert sich das Interesse auch auf die Haltung der Analytikerin und des Analytikers als wesentliche Determinante der Behandlung. Darüber hinaus verfolgen die Institutsmitglieder aufmerksam die Bezüge zur aktuellen neurobiologischen wie sozialwissenschaftlichen Forschung.

### **Für wen eignet sich die Therapie?**

Bei klar definierten Problemen und akuten Belastungsreaktionen sind Kurzzeittherapien geeignet. Chronische, tief greifende Probleme und erhebliche Beziehungsschwierigkeiten, wie sie bei Persönlichkeitsstörungen und schweren Depressionen auftreten, erfordern eine länger dauernde Behandlung. In beiden Fällen kann sowohl Einzel- als auch Gruppentherapie hilfreich sein.

### **Dauer der Therapie**

Kurzzeittherapien dauern bis zu dreissig Sitzungen, Langzeittherapien bis zu vierhundert Sitzungen, in Einzelfällen auch länger.

## **Wirksamkeitsstudien und Wissenschaftsnachweis**

Die therapeutische Anwendung der Psychoanalyse ist von Anfang an von Forschungsbemühungen begleitet worden. 1930 legte Otto Fenichel den Ergebnisbericht des Berliner Psychoanalytischen Instituts vor. Es folgten zahlreiche methodisch fundierte Studien, insbesondere diejenige der Menninger-Foundation 2001. Auch die grossen europäischen Prozess-Wirksamkeits-Studien zeigten, dass 60 bis 90% der Patienten beträchtlich von Psychoanalysen profitierten. Mit längerer Therapiedauer kam es in den meisten Studien auch zu besseren Ergebnissen. Grundsätzliche Aussagen zur Methode finden sich in: Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (DPV) (2001) *Indikation und Wirksamkeit. Psychoanalyse und psychoanalytische Verfahren in der medizinischen Versorgung*.

## **Therapievermittlungsstelle**

Therapievermittlungsstelle ist die Institutsleitung. Die einzelnen Therapeutinnen und Therapeuten können auch direkt angesprochen werden.

## **Ombudsstelle und/oder Standeskommission**

Alle Mitglieder des Instituts für Psychoanalyse (IfP) unterstehen den Standeskommissionen ihrer jeweiligen Berufsverbände (z.B. SPV oder FSP).

## **Grösse der Ausbildungsinstitution**

Das Institut für Psychoanalyse (IfP) besteht aus einem Arbeitskreis von ca. fünfzig Personen, die unterschiedlich eng mit dem Institut und seinen Tätigkeiten verbunden sind. Den Ausbildungskandidaten stehen sechs Lehranalytiker und vierzehn Supervisoren zur Verfügung. An den Fortbildungen des IfP nehmen Diplomierte des IfP teil, weitere psychologische und psychiatrische Fachkräfte, aber auch interessierte Laien.

Autoren: H. Rostek, H. Hafner, B. Lehle

## **Vertiefende Literatur**

Elrod, N., Hrsg.: Psychotherapie der Schizophrenie. Rückblick auf eine 50-jährige Arbeit als Psychoanalytiker und Supervisor in psychiatrischen Institutionen. Althea Verlag, Zürich, 2. Auflage 2008

## **Adresse der Ausbildungsinstitution**

Institut für Psychoanalyse (IfP), Hardturmstrasse 344, CH-8005 Zürich  
oder: Finkernstrasse 19, Postfach 1333, CH-8280 Kreuzlingen

Für detaillierte Auskünfte wenden Sie sich bitte an die Institutsleitung:  
Dr. phil. Hedi Haffner-Marti, Nidelbadstrasse 12, CH-8803 Rüschlikon  
Tel. 0041 (044) 724 11 69, Fax 0041 (044) 724 01 58  
E-Mail [haffner-marti@gate49.com](mailto:haffner-marti@gate49.com)

Prof. Dr. med. Klaus Hoffmann  
Zentrum für Psychiatrie Reichenau  
Feursteinstrasse 55, D-78479 Reichenau  
Tel. 0049 (07531) 977 418, Fax 0049 (07531) 977 428  
E-Mail [K.Hoffmann@ZFP-Reichenau.de](mailto:K.Hoffmann@ZFP-Reichenau.de)

## **INDIVIDUALPSYCHOLOGIE**

**Alfred Adler Institut Zürich**

### **Kurzer historischer Überblick**

Adlers erste wissenschaftliche Veröffentlichung war die „Studie über Minderwertigkeit von Organen“ (Adler 1909). Er befasste sich darin mit der Fähigkeit des Organismus, Mangelerscheinungen zu kompensieren. Im Laufe der Zusammenarbeit mit Freud übertrug er dieses Konzept ins Psychologische; aus „Minderwertigkeit“ wurde das „Minderwertigkeitsgefühl“; aus der biologisch begründeten Lehre der Kompensation wurde die Theorie einer tiefenpsychologischen Selbstwert-Problematik. 1912 stellte er diese Lehre in seinem Hauptwerk „Über den nervösen Charakter“ dar: der Mensch ist eine zielgerichtete Ganzheit; er ist nur verstehbar im sozialen Zusammenhang; er strebt aus Minderwertigkeitsgefühlen heraus nach Sicherheit und Überlegenheit.

Nach dem Ersten Weltkrieg, in dem er als Militärarzt die Schrecken des Krieges intensiv erlebt hatte, bekam die soziale Seite seiner Lehre einen neuen Impuls: es ging ihm jetzt vor allem darum, dass der Mensch nur überleben kann, wenn das Streben nach Macht und Geltung durch die Entfaltung seiner naturgegebenen, sozialen Fähigkeiten überwunden wird. Immer schon hatte Adler neben dem Psychotherapeutischen das Pädagogische betont. Im „Roten Wien“ der zwanziger Jahre erhielt dieser Aspekt grossen Aufschwung; Adler konnte rund 30 Erziehungsberatungsstellen aufbauen. Später begründeten seine Mitarbeiter sogar eine nach wie vor gültige Modellschule, die auf den Grundsätzen von Gleichwertigkeit, Kooperation und Straffreiheit fusste. Die Individualpsychologie verbreitete sich rasch in Österreich und Deutschland. In den Zwanzigerjahren konnte Adler im „Roten Wien“ im pädagogischen Sektor viel Einfluss gewinnen. 1922 fand der erste internationale Kongress statt. Ab 1926 wurde in Wien, ab 1927 auch in Berlin eine individualpsychologische Ausbildung angeboten. Seit Adler in Amerika Vorträge gab, entstanden auch dort individualpsychologische Gruppierungen. 1933 waren weltweit 33 Ortsgruppen entstanden. In seinen letzten Jahren widmete Adler sein Leben vorwiegend der Verbreitung der Individualpsychologie, wobei die Forschung leider zu kurz kam. Er starb 1937 auf einer Vortragsreihe in Schottland.

Infolge des Nationalsozialismus entwickelte sich die Individualpsychologie vorerst vor allem in den USA weiter. Von dort gingen nach Kriegsende auch weitgehend die Impulse zum Wiederaufbau individualpsychologischer Vereinigungen aus. Die Individualpsychologie bis in die Sechzigerjahre war weitgehend von den Konzepten des späteren Adler geprägt. Seit drei Jahrzehnten ist eine Rückbesinnung auf die ursprünglichen Konzepte Adlers und, vor allem im deutschsprachigen Raum, eine Wiederannäherung an die Psychoanalyse im Gang, die in der Zwischenzeit vieles vom Gedankengut Adlers (Selbstwert, soziale Dimension, Finalität, Fiktionalismus), wenn auch nicht unter Berufung auf seinen Namen, aufgenommen hat. Während des Nationalsozialismus wanderten viele Individualpsycholog/innen aus; einige versuchten, die Individualpsychologie durch Kooperation mit der vom Nationalsozialismus auferlegten Einheitspsychologie zu retten (z.B. Künkel). Der Neubeginn nach dem Krieg wurde in den verschiedenen Ländern Europas stark von den USA her beeinflusst und trug die Prägung von Rudolf Dreikurs (Bruder-Bezzel 1998). Inzwischen gibt es weltweit 13 nationale Gesellschaften, die in der Internationalen Vereinigung für Individualpsychologie (IVIP) zusammengefasst sind. Hauptsächliche Verbreitung findet die Individualpsychologie in den USA und im deutschsprachigen Raum. Es gibt aber auch Gesellschaften in Frankreich, Griechenland, Grossbritannien, Holland, Israel, Italien, Japan, Kanada und Ungarn.

### **Zuordnung zu einer Hauptrichtung**

Die Individualpsychologie ist zu den psychodynamischen Richtungen zu zählen. Adler war anfänglich ein enger Mitarbeiter Freuds. Er war eine Generation jünger als Freud, was sich auch in einem anderen Wissenschaftsverständnis niederschlug. Als er Freud kennen lernte, arbeitete er als praktizierender Arzt. Freud und Adler arbeiteten von 1902 bis 1911 in der Wiener „Mittwochgesellschaft“ rege zusammen, Adler war mehrere Jahre deren Obmann. Die Ursprünge und Grundinteressen der beiden Männer waren allerdings schon vor ihrem Zusammentreffen sehr verschieden. Adler entstammte der Mittelschicht und hatte auch seine Klientel eher aus unteren Schichten. Er war Sozialist und mit einer kommunistischen Aktivistin verheiratet. Was ihn nach langen Auseinandersetzungen von Freud trennte, waren dessen Sexualtheorien. Die Protokolle der Mittwochgesellschaft zeigen, wie Adler sich zunehmend davon entfernte. Nachdem die Differenzen lange heruntergespielt wurden, führten sie von 1908 an zu immer heftigeren Dis-

kussionen, bis schliesslich seine Lehre als mit der Psychoanalyse unvereinbar erklärt wurde. 1911 trat Adler mit mehreren andern aus und gründete seine eigene Schule, die er zuerst „Gesellschaft für freie Psychoanalyse“, bald darauf aber „Gesellschaft für vergleichende Individualpsychologie“ nannte, wobei er „Individualpsychologie“ im ethymologischen Sinn von „Individuum“ – ungeteilte Persönlichkeit – verstand, in Abgrenzung zu Freuds Instanzenlehre.

In der Diskussion zwischen Psychoanalyse und Individualpsychologie werden heute zahlreiche Gemeinsamkeiten in den theoretischen Konzepten und in der Behandlungstechnik sichtbar. Vor allem die Objektbeziehungstheoretiker und die Selbstpsychologen formulieren heute Theorien, die den Adlerschen Konzepten teilweise näher stehen als den ursprünglich Freudianischen. Eine Zusammenarbeit erscheint sinnvoll, und die Diskussion wird in Deutschland bereits rege gepflegt. Die Individualpsychologie wird von den Forschungen der neuen psychoanalytischen Strömungen viel profitieren können, hat aber auch ihrerseits wichtige Akzente beizutragen.

### **Grundkonzepte, Menschen- und Weltbild, Gesundheits- und Krankheitsverständnis**

Adler gebrauchte im Gegensatz zu Freud vorwiegend Alltagsbegriffe. Der Vorteil ist die gute Verständlichkeit. Der Nachteil ist, dass die Begriffe oft unscharf sind. Im Folgenden sind die ursprünglichen Adlerschen Begriffe kursiv gedruckt.

Während Freud von der Libido als einer ursprünglich sexuell vorgestellten Urkraft ausgeht, spricht Adler von der *schöpferischen Kraft* des Individuums. Er versteht darunter die biologisch fundierte und in der Evolution entwickelte Fähigkeit des Menschen, kreativ auf Situationen zu reagieren. Diese Vorstellungen scheinen beeinflusst zu sein von Bergsons „*élan vital*“ und andern lebensphilosophischen Konzepten, wie auch von den von Adler des öfteren erwähnten Evolutionstheorien von Darwin und Lamarck.

Diese *schöpferische Kraft* ist anfänglich beim Kind frei verfügbar. Das Kleinkind reagiert kreativ auf jedes einzelne Ereignis. Wenn sich gewisse Reaktionen als erfolgreich erweisen, wiederholt es sie. So entwickeln sich psychische Strukturen: Leitlinien, welche die schöpferische Kraft in bestimmte Formen kanalisieren und so das Erleben und Verhalten bestimmen. Adler spricht von der „*gebundenen schöpferischen Kraft*“. Die Leitlinien basieren auf einer subjektiven Einschätzung

der Situation. Das Kind reagiert auf Situationen so, wie es sie versteht. Diese subjektiven Einschätzungen verfestigen sich zu Schemata, nach denen es später sich selber und die Welt erlebt (*tendenziöse Apperzeption*). Diese Schemata passen oft nicht mehr in die Situationen des erwachsenen Menschen. Sie verfälschen die Interpretation der Realität im Sinne einer *Privatlogik* und führen zu Fehleinstellungen und Fehlreaktionen. Das Handeln geht von diesen subjektiven Einschätzungen der Situation aus. Die Handlungsmuster gruppieren sich um eine ganzheitliche, Vorstellung von Zielen. Diese sind ein Entwurf der *schöpferischen Kraft*; sie lehnt sich an die elterlichen Vorbilder an und führt aus dem *Gefühl von Minderwertigkeit* in eine sicherere Position. Die einheitlichen Ziele nennt Adler *Lebensstil* (in Anlehnung an den Stil eines Künstlers). Jede Lebensäußerung ist Ausdruck des *Lebensstils*.

In diesem Zusammenhang beschäftigt sich Adler stark mit der Geschlechterrolle. Infolge der ungünstigen Wertung der weiblichen Rolle in der Gesellschaft streben Mädchen oft nach männlichen Werten und Knaben kämpfen um ihre überlegene Rolle („*männlicher Protest*“). Dies ist eine weitere Quelle eines überwertigen *Strebens von unten nach oben*. Die Thematik vom „*männlichen Protest*“ ist ein Beispiel, das zeigt, wie Adler soziale und gesellschaftspolitische Bezüge in die therapeutische Arbeit einbezog. Die Leitlinien, die sich der Jugendliche im Lebensstil setzt, sind grundsätzlich, zumindest in der Zeit der Lebensstilbildung, hilfreich: sie vereinfachen das Weltbild, reduzieren die Reaktionsmöglichkeiten und tragen so zur Lebensbewältigung bei. Die mit der Notsituation verbundenen *Minderwertigkeitsgefühle* können *kompensiert* und sogar *überkompensiert* werden. Die gleichen Leitlinien schränken aber die Möglichkeiten des schöpferischen Menschen auch ein. Je härter die Mangelsituationen sind, denen das Kind und der Jugendliche ausgesetzt sind, umso stärker ist die Tendenz, sich starr an die Leitlinien zu klammern. Das legt den Grund zur neurotischen Entwicklung. In ausgeprägten Mangelsituationen besteht Gefahr, dass das Kind und der Jugendliche stark ichzentrierte, d.h. den Selbstwert der eigenen Person schützende Leitlinien entwickelt (*Sicherungstendenz*). Der Mensch ist aber auf soziale Bezogenheit ausgerichtet. Ichzentrierte Leitlinien stören die soziale Integration und sind so wiederum neurosebildend. Solange die Leitlinien als hilfreiche *Fiktion* gehandhabt werden, unterstützen sie die Entwicklung der Persönlichkeit; wenn ihr fiktiver Charakter vergessen wird und sie als „Wahrheiten“ gesehen werden, erstarren sie und machen krank.

Hier zeigt sich übrigens eine wichtige Abgrenzung zwischen Freud und Adler. Während für Freud die Sozialisation aus einer Anpassung der Libido unter dem Druck sozialer Imperative hervorgeht, ist Sozialisation bei Adler eine angeborene Anlage, die bewusst entwickelt werden muss. Der Begriff „Gemeinschaftsgefühl“ kehrt heute bei Autoren wie Spitz, Bowlby, Harlow und andern wieder im Begriff „Bindung“.

Die Frage nach psychischer Gesundheit und Krankheit aus individualpsychologischer Sicht führt (wiederum) zum Kern des Menschenverständnisses und der Therapie-Theorie von Adler und der Individualpsychologie. Adler sah von Anfang an neben der Therapie die Prävention als eine grundlegende Aufgabe der Individualpsychologie. Vor allem Adlers immer wiederkehrender Grundsatz, der Mensch könne nur als ganzheitliches Wesen verstanden werden, das auf ein Ziel hin in Bewegung ist, bildet auch den Ausgangspunkt für die Unterscheidung zwischen psychischer Gesundheit bzw. Normalität und psychischer Krankheit. Diese Aktivität, diese Bewegung steht für Adler im Dienste der Lösung der Lebensaufgaben, denen das Individuum gegenüber steht. Im Konzept Adlers und der Individualpsychologie lauten diese Lebensaufgaben:

- Gestaltung der sozialen Beziehungen und Kooperation mit andern Menschen,
- Gestaltung der beruflichen Aktivität,
- Gestaltung der Liebe, Erotik und Sexualität.

Adler spricht auch noch von einer vierten Aufgabe und meint die schöpferischen Gestaltungen bzw. das Verhältnis zur Kunst. Wichtig für den Gestaltungsprozess ist das „Gemeinschaftsgefühl“, etwa im Sinne, wie Antoch dieses zusammenfassend beschreibt als „eine prinzipielle Zugewandtheit, die als Kontakt, Nähe und Aufgeschlossenheit der Welt, dem Leben und den Menschen gegenüber zu begreifen ist“.

### **Konkrete Methode und Technik**

Das Ziel der therapeutischen Arbeit in der Individualpsychologie kann nicht gleichgesetzt werden mit der Aussage Freuds: „Wo Es ist, soll Ich werden“. Die Individualpsychologie setzt den Akzent nicht auf die innerpsychische Dynamik verschiedener psychischer Instanzen, sondern auf die soziale Interaktion des Individuums, das als eine Ganzheit in seinem sozialen Umfeld angesehen wird. Individualpsychologisch könnten wir die allgemeine Zielsetzung umschreiben als



„die Fähigkeit zur offenen Begegnung mit den Mitmenschen und mit sich selbst“ (Louis 1985). Konkret geht es Adler und der Individualpsychologie darum, den Menschen (wieder) zu befähigen, die Lebensaufgaben in einem konstruktiven Sinne gestalten zu können. Im psychotherapeutischen Prozess selber geht es darum, das Grundkonzept des Lebens, das sich das Kind in seiner Ursprungssituation gegeben hat, aufzudecken und auf seine Tauglichkeit zu überprüfen („*Lebensstil-Analyse*“).

Das beinhaltet vorerst, dass das, was Adler den *Lebensstil* nannte, bewusstgemacht, in Frage gestellt und korrigiert wird. Dazu gehört das Bewusstwerden der tendenziösen Schemata und der unbewussten Zielsetzungen. Entweder wird darauf hingearbeitet, dass die Lebensstil-Ziele konstruktiver, sozialverträglicher und flexibler, oder dass sie selber verändert werden. Ich-Sicherungen werden durch den Aufbau einer tragenden therapeutischen Beziehung gelockert, so dass diese Verhaltensmuster durch angepasstere ersetzt werden können.

Soziale Integration und konstruktives Mitwirken im persönlichen und gesellschaftlichen Umfeld sind nach individualpsychologischer Auffassung Voraussetzung persönlicher Entwicklung und psychischer Gesundheit. Ohne einer unkritischen Anpassung das Wort zu reden, wird in der Individualpsychologie auf diese Thematik viel Wert gelegt. Der Klient/die Klientin soll nach Lockerung der ich-sichernden Tendenzen fähig werden, die angeborenen sozialen Fähigkeiten zu entwickeln und in den Dienst des Ganzen zu stellen. Nach der Lebensstil-Analyse erfolgt ein verhaltensbezogener Teil; es muss zum Handeln und vor allem zum sozial integrierten Handeln ermutigt werden, damit das neu Erworbene sich gegen die alten Gewohnheiten durchsetzen kann. Um diese Ziele zu erreichen, setzen viele IndividualpsychologInnen auch verhaltensorientierte Verfahren ein.

Der Klient kommt in der Regel mit einem konkreten Leidensdruck in die Therapie. Er erwähnt Ängste, Versagen, psychosomatische Beschwerden usw. Seine Ziele sind, die Not baldmöglichst zu beheben. Die individualpsychologische Sicht sieht hinter dieser Not den ganzen Menschen, mit seiner Geschichte, mit seinem sozialen Umfeld, mit seinen bewussten und unbewussten Zielen. Das Symptom ist Ausdruck des „Lebensstils“. Ziel ist die Gesundung des ganzen Menschen das heisst grössere Bewusstheit zu schaffen, selbstverantwortete Entscheidungen zu ermöglichen, neues Verhalten einzuüben und so die Symptome ganzheitlich anzugehen.

## **Wichtige Wirkfaktoren betrachtet die Individualpsychologie**

1. den Aufbau einer partnerschaftlich-kooperativen Beziehung im Sinne eines ermutigenden Arbeitsbündnisses 2. die kognitive und emotionale Aufdeckung des „Lebensstils“ 3. das Auflösen der ich-sichernden Verhärtungen in Richtung einer besseren sozialen Zugehörigkeit und Kooperation, 4. das Training neuen Erlebens und Verhaltens.

Dem Aufbau einer tragenden Beziehung wird viel Wert beigemessen; dies ergibt sich aus dem sozial orientierten Ansatz. Die therapeutische Beziehung wird dabei nicht ausschliesslich von der Übertragung, sondern auch von einer realen mitmenschlichen Erfahrung her betrachtet. Die tragende, ermutigende und partnerschaftliche Beziehung ist es in erster Linie, die es dem Klienten/der Klientin ermöglicht, Ich-Sicherungen zu lockern und das eigene kreative Potential in den Heilungsprozess einfließen zu lassen. „Übertragung“ und „Widerstand“ sind auch in der Individualpsychologie wichtige, aber nicht zentrale Bestandteile des Arbeitskonzepts. Übertragung ist einer von vielen möglichen Zugängen zum unbewussten Lebenskonzept. Widerstand ist Ausdruck der Angst vor der Aufdeckung von Verletzungen und wird sowohl diagnostisch genutzt wie auch therapeutisch angegangen.

## **Konkretes Beispiel**

Beispiele und Fallvignetten finden sich in der „Zeitschrift für Individualpsychologie“ (Vandenhoeck-Ruprecht Verlag in Göttingen).

## **Dauer der Therapie**

Sie ist sehr individuell. Die Dauer hängt von verschiedenen Faktoren ab, zum Beispiel vom Schweregrad des Leidens, von der Zielsetzung, von der Motivation.

## **Wirksamkeitsstudien und Wissenschaftsnachweis**

Der Schwerpunkt der Publikationen im Bereich Psychotherapieforschung liegt in der Einzelfallstudie, was sich aus der erkenntnistheoretischen Grundposition der Tiefenhermeneutik und historisch aus dem Menschenbild einer „tausendfältigen Individualität“ ergibt. Quantitative empirische Untersuchungen gibt es seit den 70er Jahren v.a. in den USA in grösserem Umfang. Mehrere quantitative Studien zu *Prozess* und *Wirksamkeit* individualpsychologischer *Therapie* wurden seit den

90er Jahren v.a. in Deutschland durchgeführt. Die Individualpsychologie gehört danach zu den effektiveren Therapieverfahren, deren Erfolg den Vergleichsgruppen, die eine Verhaltenstherapie oder eine Gesprächspsychotherapie durchlaufen hatten, entsprach.

### **Therapievermittlungsstelle**

Vermittlungen sind durch das Alfred Adler Institut möglich.

### **Ombudsstelle/Standeskommission**

Im Rahmen der Schweizerischen Gesellschaft für Individualpsychologie existieren eine Ombudsstelle sowie eine Rekurskommission.

### **Ausbildung**

Die Ausbildung geschieht in verschiedenen Institutionen der Welt, die sich im allgemeinen „Alfred Adler Institut“ nennen. In der Schweiz besteht seit 1948 die „Schweizerische Gesellschaft für Individualpsychologie nach Alfred Adler“ (SGIPA) mit heute rund 300 Mitgliedern. Sie betreibt seit 1977 in Zürich das Alfred Adler-Institut.

### **Adresse von Weiterbildung und Fachverband**

Alfred Adler Institut & Schweiz. Gesellschaft für Individualpsychologie (SGIPA)  
Siewerdtstrasse 90 in 8050 Zürich. [www.alfredadler.ch](http://www.alfredadler.ch).

### **Vertiefende Literatur**

Kaiser, W., Lattmann, U.P. & Weber, G. (2002): La psychologie individuelle d'après Adler. In: Duruz, N. & Gennart, M. (Ed.), Traité de psychothérapie comparée (S. 67- 91). Genève/Paris: Médecine et Hygiène. Auch in deutscher Sprache erhältlich.

Auoren: Gisela Weber und Jürg Rüedi

## **ANALYTISCHE PSYCHOLOGIE**

**C.G. Jung- Institut, Zürich, Küsnacht**

**Internationales Seminar für Analytische Psychologie Zürich (ISAP)**

**Schweizerische Gesellschaft für Analytische Psychologie (SGAP)**

### **Historischer Überblick**

*Carl Gustav Jung* (1875 - 1961) wohnte und praktizierte in Küsnacht am Zürichsee. Von 1900 bis 1909 war er als Psychiater am "Burghölzli" in Zürich tätig und führte zusammen mit Eugen Bleuler die Psychoanalyse Freuds in die Psychiatrie ein. Von Freud, den Jung 1907 erstmals traf und mit dem ihn eine Freundschaft verband, trennte er sich Ende 1912 wegen theoretischer Differenzen insbesondere zu Konzept und Symbolik der Libido, die er als allgemeine seelische Energie verstand. In der Folge schuf er allmählich seine eigene Analytische Psychologie (AP). Im Jahr 1935 wurde er Professor an der ETH in Zürich und 1944 Ordinarius für medizinische Psychologie an der Universität Basel. Jung legte grossen Wert auf die Beiträge anderer Disziplinen als Psychologie und Medizin zur Seelenheilkunde. Ausdruck dafür ist sein umfangreicher Briefwechsel mit bekannten Vertretern etwa der Physik, der Biologie und der Theologie. Umgekehrt hat die AP Jungs einen grossen Einfluss auf die Geistesgeschichte des 20. Jahrhunderts gehabt.

### **Zuordnung zu einer therapeutischen Hauptrichtung**

Die Analytische Psychologie ist eine Form der *Tiefenpsychologie*, welche von C.G. Jung aus der Freudschen Psychoanalyse heraus entwickelt wurde. Zentraler Begriff ist hier das *Unbewusste*, welches unser *Bewusstsein* kompensieren und ergänzen kann. Das Zusammenspiel von und die lebendige Dynamik zwischen Bewusstsein und Unbewusstem erst ermöglichen gesundes Leben und Entwicklung. Viele der tiefenpsychologischen Konzepte der Psychoanalyse wurden von Jung weiterentwickelt und aufgrund seiner reichen eigenen Erfahrung modifiziert.

Die Psychologie C.G.Jung's unterscheidet sich von den andern tiefenpsychologischen Richtungen v. a. durch die Annahme eines kollektiven Unbewussten, das

als allgemein-menschliche Grundlage seelischen Erlebens und schöpferischen Gestaltens verstanden wird. Ebenso unterscheidet sie sich durch ein spezielles Symbolverständnis, durch eine prospektive Betrachtungsweise bei der Deutung unbewusster Inhalte sowie durch das Konzept eines Individuationsprozesses, der im Individuum die seelische Entwicklung vorantreibt.

### **Grundkonzepte, Menschen- und Weltbild, Gesundheits- und Krankheitsverständnis**

Jung nannte seine Form der Tiefenpsychologie zunächst *Komplexe Psychologie*, da ihn seine Erfahrung mit den Patienten zur Lehre der *gefühlsbetonten Komplexe* führte, die er als Bausteine bzw. Baustellen des psychischen Lebens, seiner Konflikte und Entwicklungstendenzen verstand. Im Unbewussten unterschied er eine *persönliche* Schicht, deren Strukturelemente eben die *Komplexe* sind, und eine tiefere Schicht, die er das *kollektive Unbewusste* nannte und deren Strukturelemente allgemeinmenschliche Grundmuster des Auffassens, Erlebens und Verhaltens sind. Jung nannte sie *Archetypen*.

Grundsätzlich ging Jung von der *Selbstregulation* der Psyche aus. Seelische Prozesse werden als gefühlsbetonte Dynamismen verstanden, die sich psychisch, physisch und sozial manifestieren können. In dieser auf einem *psychodynamischen Menschenbild* beruhenden Sicht von *Salutogenese* könnte man ein mehr oder weniger gelingendes Sein als psychisch „gesund“ bezeichnen.

Als *sich selbst regulierendes System* sucht die Psyche das *Gleichgewicht* zwischen den Gegensätzen. Schwankungen im Gleichgewicht gehören zum normalen Entwicklungsprozess. Einseitige Entwicklungen und Fixierungen können aber zu Störungen psychischer oder psychosomatischer Art führen, die oft auch die sozialen Beziehungen belasten. Ob es gelingt, ein ausgewogenes Verhältnis der *Anpassung* an die individuellen, persönlichen Seinsanforderungen einerseits und an die gemeinschaftlichen Normen andererseits zu bewerkstelligen, kann darüber bestimmen, wie gesund oder wie beeinträchtigt sich ein Mensch entwickelt. In der Kinderpsychotherapie soll zusätzlich die Funktion einer Störung innerhalb der Familie verstanden und das Unbewusste sowohl des Kindes wie anderer Familienmitglieder beachtet werden.

Psychische Krankheit erscheint so als Ausdruck eines festgefahrenen seelischen Ungleichgewichtszustandes im Individuum, in dem die Selbstregulation nicht mehr

spielt, weil Leben behindernde Einseitigkeiten nicht mehr *kompensiert* werden können. Der die innere Zerrissenheit heilende Ausgleich gelingt in der Regel über ein die Gegensätze vereinigendes Symbol (*transzendente Funktion*). Selbstverständlich gibt es auch Störungen, die ihre Wurzeln nicht in der Lebensführung haben. Sie sind eher als „Verhängnis“ denn als persönliches Misslingen zu sehen. Wie ein Mensch damit umgeht, ist aber oft entscheidend für den Einfluss, den die Störung auf sein Leben zu nehmen vermag. Manchmal ist es möglich, einen *Sinn* im Leiden zu erkennen, was die Einstellung zum Geschehen entscheidend verändern kann.

Die AP und Psychotherapie C.G. Jungs ist einerseits *Behandlungsmethode* für seelische Störungen sowie für psychische und psychosomatische Krankheiten bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, andererseits ein Weg zur Selbsterkenntnis und Entwicklung der Persönlichkeit, genannt *Individuationsprozess*. Dieser ist ein Differenzierungsprozess, in dem es darum geht, die eigene Individualität wahrzunehmen und eigene, zunächst meist unbewusste Potentiale auf ein optimales Sein hin zu realisieren. Es ist dies eine *Aufgabe*, die lebenslang zu leisten, als Ziel aber nie erreichbar ist.

### **Konkrete Methode und Technik**

Der Patient ist grundsätzlich nicht Objekt, sondern Subjekt der Therapie. Die therapeutische Beziehung bildet die tragende Basis für die Arbeit an den Schwierigkeiten und Störungen. Jung hat als erster den *gegenseitigen Einfluss* von Therapeut und Patient zur Kenntnis genommen und damit moderne Therapiemodelle von Übertragung/Gegenübertragung, von Intersubjektivität und eines „therapeutischen Feldes“ vorweggenommen. Er nannte sein Verfahren „dialektisch“ und erläuterte: „Der Therapeut ist nicht mehr das handelnde Subjekt, sondern ein Miterlebender eines individuellen Entwicklungsprozesses“ (GW 16, § 7). Beide Beteiligten sind gleichermassen involviert; der aktiven Mitarbeit der Patienten wird aber dennoch grosser Wert für die Wirksamkeit der Therapie beigemessen.

Zentraler Wirkfaktor jeder Psychotherapie sind damit die *therapeutische Beziehung und die Übertragung und Gegenübertragung*. Die Interventionen und Deutungen des Therapeuten im gemeinsamen Feld sollen einer Resonanz auf die bewussten und unbewussten Äusserungen des Patienten nahe kommen; dies schliesst sowohl Einfühlung wie Konfrontation durchaus ein. Wichtig ist jedoch auch, dass keine andauernde Abhängigkeit entsteht und dem *emanzipatorischen*

*Anliegen seriöser Psychotherapie* Rechnung getragen wird (Auflösung der Übertragung). Diesen Erkenntnissen tragen Setting, Technik und Methoden der AP Rechnung: In der AP sitzen sich Therapeutin und Patient in der Regel gegenüber.

Die AP beruht vor allem auf dem *psychotherapeutischen Gespräch*, ist also eine verbale Methode. Sie beachtet neben der Lebenswelt der Patienten bzw. Analysanden vielfältige Ausdrucksebenen, insbesondere Gestaltungen aus dem Unbewussten wie Träume, Fantasien sowie averbale Äusserungen wie etwa die Körpersprache oder bildnerisch-gestalterische Ausdrucksformen. Sie beschäftigt sich auch mit den archetypischen Grundlagen der Mythen und Märchen, ihren Motiven, Bildern und Symbolen. In der Kinderpsychotherapie manifestiert sich die psychodynamische Entwicklung im Auftauchen wichtiger Symbole während des Spielens.

Sie arbeitet also entsprechend den Bedürfnissen der Patienten bzw. Analysanden *auch mit non-verbalen Methoden*. Daher sind Kombinationen mit andern Verfahren gut möglich, bei denen sich Jungsche Psychotherapeuten eine Zusatzqualifikation erworben haben (Spieltherapie bei Kindern, Sandspiel, Psychodrama, Paar-, Gruppen- und Familientherapie u.a.m). Neben der Qualifikation des Therapeuten spielt für die Wahl der Methode die Individualität des Patienten bzw. Analysanden eine entscheidende Rolle.

Die AP fragt zwar wie andere Psychotherapiemethoden nach dem Woher einer Krankheit oder einer Störung (*kausale Orientierung*), aber auch nach dem Wozu (*finale Orientierung*); sie ist damit nach Möglichkeit *ressourcenorientiert*.

Vielen psychischen Erkrankungen liegt für Jung im Kern ein Mangel an „*religio*“ zugrunde. Damit ist nicht ein Glaubensbekenntnis gemeint, sondern ein *Bezogen-sein* zu einem höchsten oder stärksten Wert, wie er *psychisch* erfahren wird. Dieser überwältigende psychische Faktor wird üblicherweise „Gott“ genannt, psychologisch jedoch als *Gottesbild* bezeichnet. Jung nennt es *Selbst* und beschreibt damit eine integrierende und persönlichkeitszentrierende Funktion. Als psychische Grösse ist das Selbst nicht „jenseitig“ im theologischen Sinn, sondern bewusstseins-transzendent. Erlebt werden seine Manifestationen aber ähnlich wie „Gotteserfahrungen“ religiöser Art. Der Einbezug solcher psychischer Manifestationen, wie sie sich beispielsweise in Träumen zeigen, ist oft hilfreich für eine Neuorientierung in Richtung einer besser gelingenden Seinsgestaltung und damit einer Gesundheit.

## Konkretes Beispiel

Eine junge Studentin kam mit Depressionen, Selbstunsicherheit und Arbeitshemmungen zur Psychotherapie. Sie brachte folgenden *Traum* mit: Sie macht zusammen mit ihrer Familie einen Ausflug. Man kommt an einen See und will baden, merkt aber, dass der See vergiftet ist. Ihre Mutter geht als einzige dennoch ins Wasser und schwimmt vergnügt darin herum: Das Gift scheint ihr nichts anhaben zu können.

Der Traum zeigt die adoleszente Patientin noch ganz im psychischen Prozess der Familie enthalten. Das psychotherapeutische Gespräch ergab einen heftigen negativen *Affekt* – eine *Komplexreaktion* – gegenüber der Mutter: „Typisch – diese Hexe!“ Ihr weibliches Rollenbild war durch die negative Erfahrung mit der persönlichen Mutter beeinträchtigt, ebenso ihr Lebensgefühl: Ihr psychisches Element, der „See“, ist vergiftet, weiblich-mütterliches Potential wurde abgelehnt und sank damit ab ins *Unbewusst-Undifferenzierte*, in den *Schatten* – so eine mögliche, zunächst kausal in der persönlichen Lebensgeschichte gründende Deutung. Der Therapeut, ein Mann, leitete daraus eine stützende, eher mütterlich-therapeutische Haltung ab.

Er schöpfte aber aus dem Traum auch Vertrauen: Im Rahmen des *finalen und ressourcenorientierten Verständnisses*, das der AP eigen ist, kann angenommen werden, dass die „Mutter“ im Traum nicht nur eine Reminiszenz der konkreten, negativ erlebten Mutter ist (Deutung auf der *Objektstufe*, als konkrete Bezugsperson), sondern auch eine wider Erwarten vitale innere Figur der Träumerin selbst (Deutung auf der *Subjektstufe*); ebenso enthält sie wohl einen Aspekt der *kollektiven Mutter*, der Natur, die trotz der negativen persönlichen Erfahrung in der Patientin positiv wirksam ist und letztere zu *kompensieren* vermag. Dieser gab – zunächst für den Therapeuten – eine hoffnungsvolle *Prognose* und ermutigte ihn, der Patientin gelegentlich auch bewusstseinsfördernde Konfrontationen zuzumuten. Die heftigen emotionalen Reaktionen, die in der Therapie aufbrachen, konnten als Erleben vitaler eigener Möglichkeiten von der Patientin gesehen, reflektiert und mit der Zeit akzeptiert und integriert werden. Das Zusammenspiel zwischen den im Mutterkomplex enthaltenen Gegensätzen und dem Übertragungsgeschehen brachte die psychische Dynamik wieder in Fluss.



## **Für wen eignet sich die Therapie?**

Die AP ist grundsätzlich zur Behandlung aller psychischen Probleme geeignet, bei welcher analytisch orientierte, stützende oder aufdeckende Psychotherapie indiziert ist: *Arbeits- und Beziehungsprobleme, neurotische, Belastungs- und Anpassungsstörungen, Depressionen und Frühstörungen, psychosomatische und psychotische Störungen, Entwicklungs-, Laufbahn- und Lebenskrisen, psychische Auswirkungen körperlicher Krankheiten, Altersprobleme.*

Die Methode wird sowohl in der *ambulant*en Praxis als auch im *klinischen Kontext* angewendet. Sie wurde von C.G. Jung ursprünglich in seiner Arbeit an der psychiatrischen Klinik „Burghölzli“ in Zürich entwickelt und später u.a., gepaart mit moderner Psychiatrie, in der 1964 gegründeten Klinik am Zürichberg angewandt. Sie eignet sich aber auch gut für die selbständige psychotherapeutische Arbeit mit Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen.

Sie kann ausserdem den *theoretischen und methodischen Hintergrund* für *vielfältige beratende, seelsorgerische und supervisorische Tätigkeiten* bilden und sie hat sich mit andern psychotherapeutischen Methoden wie Maltherapie, Sandspiel, Psychodrama, Gestalttherapie u.a.m. fruchtbar verbunden.

Die AP ist einerseits *Behandlungsmethode für seelische Störungen sowie psychische und psychosomatische Krankheiten (also Heilbehandlung)*, andererseits ein *Weg zur Selbsterkenntnis und Entwicklung der individuellen Persönlichkeit in ihrer leibseelischen, mitmenschlichen und spirituellen Ganzheit (Individuation)*. Beide Therapieziele sind nicht streng voneinander zu trennen; die therapeutische Arbeit wird sich im individuellen Fall an den Bedürfnissen und Möglichkeiten des Einzelnen orientieren. Ob eine Verbesserung oder (bei schwerer Beeinträchtigung) bloss Erhaltung der aktuellen Lebensqualität angestrebt wird oder eine tief greifende Umorientierung und ressourcenorientierte Entfaltung der Persönlichkeit, einschliesslich der ihr eigenen Kreativität und Ausrichtung auf Transzendenz, richtet sich ganz nach den Bedürfnissen der Patienten bzw. Analysanden. Grundsätzliches Ziel ist es, dem Einzelnen zu grösserer Durchlässigkeit nach innen, gegenüber dem individuellen und kollektiven Unbewussten und andererseits zu mehr Offenheit, Beziehungs- und Ausdrucksfähigkeit in seinem Umfeld zu verhelfen. Aber auch wo wegen dauernder Beeinträchtigungen kontinuierliche Begleitung unumgänglich ist (etwa chronische psychische Krankheit oder Behinderung), kann Analytische Psychotherapie hilfreich sein.

## **Dauer der Therapie**

Die Bandbreite liegt am ehesten zwischen 40 und 200 Stunden, in der Regel eine bis zwei Sitzungen wöchentlich; Zeitspanne der Therapie und Stundendichte werden zwischen Therapeut und Patient individuell abgemacht. Kürzere Therapien sind möglich, etwa bei Kriseninterventionen, fokale aufdeckende Psychotherapie oder in der Kinder- und Jugendpsychotherapie (ca. 20 bis 60 Sitzungen); auch längere Psychotherapien oder Analysen sind je nach Notwendigkeit und Therapieziel möglich.

## **Wirksamkeitsstudien und Wissenschaftsnachweis**

Von Anfang an wurde im Rahmen der AP *Grundlagen-, Prozess- und Einzelfallforschung* betrieben. Diese Forschung hat zu zahllosen Publikationen Jungscher Psychotherapeuten geführt und fließt in deren Lehr- und Ausbildungstätigkeit ein. Um den im Rahmen der Qualitätssicherung nach KVG verlangten Nachweis der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit seiner Methode zu erbringen, beteiligte sich das C.G. Jung-Institut zusammen mit der Schweizerischen Gesellschaft für Analytische Psychologie SGAP an einer grossen internationalen Psychotherapieforschung mit Prof. Gerd Rudolf, die im Jahr 2006 abgeschlossen und publiziert wurde (G. Mattanza et al., *Seele und Forschung. Ein Brückenschlag in der Psychotherapie*, Karger Freiburg 2006). Ebenso beteiligt sich das Jung-Institut an der aktuell laufenden *PAP-S Forschungsstudie der Schweizer Charta für Psychotherapie*.

## **Die Ausbildungsinstitute für Analytische Psychologie**

### **C.G. Jung-Institut, Zürich, Küsnacht**

Am 24. April 1948 wurde das *C.G. Jung-Institut Zürich* als gemeinnützige Stiftung gegründet. An der Gemeindestrasse 27 in Zürich-Hottingen begann, unter Mitwirkung von C.G. Jung, der Aufbau einer Post-Graduate-Ausbildung für Psychotherapie. Seit 1979 befindet sich das Institut im „Seehof“ in Küsnacht, welcher der Gemeinde gehört. Inzwischen konnten über 1000 Diplome verliehen werden. Unter den Diplomierten waren immer auch Ärzte und Ärztinnen, viele davon mit psychiatrischer Fachausbildung. Ausdruck der interdisziplinären Orientierung der AP ist es jedoch, dass auch Spätberufene aus andern akademischen Berufen als

Quereinsteiger die solide psychotherapeutische Ausbildung am C.G. Jung-Institut Zürich, Küsnacht, absolviert haben; auch heute ist dies möglich über die ergänzende Absolvierung des Universitätslehrgangs „Psychotherapeutische Psychologie“, Master of Science, an der Donau-Universität Krems. Es wird sowohl eine Ausbildung für die psychotherapeutische Arbeit mit Erwachsenen wie auch (seit 1979) eine Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie angeboten; beide können auch in kombinierter Form absolviert werden. Ferner führt das Institut jährlich beginnende Kurse der dreijährigen Weiterbildung in Psychotherapie gemäss Normen der FMH für Ärztinnen und Ärzte durch. Fortbildungen für Personen aus dem sozialen und theologischen Arbeitsbereich sowie für interessierte Laien ergänzen das Angebot. In der Schweiz ist das C.G. Jung-Institut Zürich Gründungsmitglied der *Schweizer Charta für Psychotherapie*.

### **Grösse der Ausbildungsinstitution**

Das C.G. Jung-Institut Zürich, Küsnacht, zählt z.Z. 90 akkreditierte Analytische Psychologen bzw. Psychotherapeuten Jungscher Richtung, von denen die meisten in der Lehre und Ausbildung tätig sind, 50 als Ausbildner für Selbsterfahrung, 38 als Ausbildner für Supervision. Lehrbeauftragte und Gastdozenten, viele von ihnen an verschiedenen Hochschulen tätig, ergänzen die Gruppe der Ausbildner.

Es sind 82 Kandidaten für die Ausbildung in Analytischer Psychologie und Psychotherapie immatrikuliert, welche sowohl in englischer als auch in deutscher Sprache geführt wird. Ausserdem sind jeweils ca. 36 angehende Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie in den auf die entsprechende Weiterbildung der FMH zugeschnittenen dreijährigen Kurse eingeschrieben. Neben den psychotherapeutischen Ausbildungsprogrammen führt das Institut mehrere Fortbildungen für Personen durch, die in sozialen und Beratungsberufen tätig sind, sowie für interessierte Laien.

### **Therapievermittlungsstelle**

Beratungs- und Therapievermittlungsstelle für *Erwachsene, Jugendliche und Kinder*, für Kriseninterventionen, Kurz- oder Langzeittherapien, Selbsterfahrung, Analysen, vorwiegend in *Deutsch oder Englisch*, aber auch in vielen *andern Sprachen*.

### **Beratungsstelle für Erwachsene:**

Jean-Jacques Faber, lic. phil., Tel. +41 44 914 10 59

Beratungsstelle für Jugendliche/Kinder:

Franziska Stüssi-Schmid, dipl. analyt. Psych., Tel. +41 44 914 10 58

E-Mail [beratungsstelle@junginstitut.ch](mailto:beratungsstelle@junginstitut.ch), [counselling@junginstitut.ch](mailto:counselling@junginstitut.ch)

### **Ombudsstelle**

Das Institut hat *eigene Standesregeln*, die auf denjenigen der Schweizer Charta für Psychotherapie beruhen. Alle akkreditierten Analytiker und immatrikulierten Studierenden bestätigen unterschriftlich, dass sie deren Gültigkeit zur Kenntnis genommen haben.

Für Konflikte zwischen Ausbildnern, Therapeuten, Studierenden und Institutsgrerien hat das Institut eine *Ombudsstelle* eingerichtet (Kontakt auf Anfrage).

### **Adresse der Ausbildungsinstitution**

C.G. Jung-Institut Zürich, Hornweg 28, 8700 Küsnacht

Tel.: +41 44 914 10 40 Fax: +41 44 914 10 50

E-Mail: [cg@junginstitut.ch](mailto:cg@junginstitut.ch), Website: [www.junginstitut.ch](http://www.junginstitut.ch), [www.jung.edu](http://www.jung.edu)

### **Internationales Seminar für Analytische Psychologie Zürich ISAP ZÜRICH**

ISAP ZÜRICH ist im Jahr 2004 als psychotherapeutische Ausbildungsinstitution mit einer Organisationsform nach Schweizerischem Vereinsrecht von einer Zürcher Untergruppe der AGAP ins Leben gerufen worden. Der Verein AGAP ist eine seit 1954 bestehende internationale Berufsgesellschaft von diplomierten Jungschen TherapeutInnen, die in Zürich ausgebildet worden sind.

Entsprechend dem interdisziplinären Ansatz der AP können sich am ISAP nicht nur Personen zum Jungschen Psychotherapeuten ausbilden lassen, die über ein Grundstudium in Psychologie oder Medizin verfügen, sondern die einen anderen akademischen Abschluss gemacht haben und die zusätzlich den Universitätslehrgang „Psychotherapeutische Psychologie“ der Donau-Universität Krems absolvieren. Die psychotherapeutische Fachausbildung am ISAP besteht in einem 5 jährigen Ausbildungsprogramm mit einem Vollzeitangebot an Theorie, Selbsterfahrung

und supervidierter eigener Erfahrung mit Fällen, das beim Bestehen der entsprechenden Prüfungen zum Diplom in Analytischer Psychologie führt.

### **Grösse der Ausbildungsinstitution**

Das ISAP umfasst 96 diplomierte Psychotherapeuten, die als Graduierte Analytiker, Lehranalytiker, Supervisoren, sowie als Dozenten und Prüfer tätig sind. Gegenwärtig sind 85 Studierende in Ausbildung, die aus der Schweiz und 12 weiteren Ländern stammen, u.a. aus USA, Kanada, Japan, Russland, Südafrika, Taiwan, Deutschland, Dänemark, England, Frankreich, Italien. (Stand Frühling 2009).

### **Therapievermittlungsstelle**

Des Weiteren führt das ISAP einen speziellen Beratungsdienst, der Therapien und Analysen mit DiplomkandidatInnen zu günstigen Honoraren vermittelt. Alle DiplomkandidatInnen sind mittleren Alters und haben ein Hochschulstudium abgeschlossen. Sie sind in der letzten Phase ihrer Psychotherapieausbildung und werden darin von erfahrenen Supervisoren begleitet. Da sie aus verschiedenen Ländern stammen, verfügen sie über verschiedene kulturelle und berufliche Hintergründe und können Therapien in ihrer Muttersprache, d.h. deutsch, englisch, französisch, italienisch, spanisch, portugiesisch, russisch und japanisch durchführen.

Der Beratungsdienst bietet eine kostenlose Erstabklärung mit einer Beraterin am Telefon, per E-Mail, Webmail oder im persönlichen Gespräch an. Die Überweisungen an die geeignete Person erfolgen jeweils schnellstmöglich. In besonderen Fällen erfolgen die Überweisungen auch an fertig ausgebildete, diplomierte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

Der Beratungsdienst ist wie folgt erreichbar:

Verena Osterwalder-Bollag, lic. phil, Hegarstr. 9, 8032 Zürich, Tel.: 076 366 76 30

E-Mail: [beratungsdienst@isapzurich.com](mailto:beratungsdienst@isapzurich.com) , Webmail: [www.counselingisap.com](http://www.counselingisap.com)

Der Beratungsdienst von ISAP eignet sich besonders für Personen, die eine psychotherapeutische Behandlung oder Begleitung suchen, sich aber die für eine Analyse üblichen Honoraransätze nicht leisten können.

### **Ombudsstelle und/oder Standeskommission**

Zur Bereinigung von Konflikten zwischen Ausbildnern und Studierenden hat ISAP eine Ombudsstelle eingerichtet, die von 2 Personen, einer Frau und einem Mann, betreut wird.

Dr. phil. Maria Meyer-Grass, Guaweg 12, 7252 Klosters Dorf, Tel. 081 422 35 04

Dr. phil. Mario Jacoby, Witikonerstr. 80, 8032 Zürich, Tel: 044 - 391 49 38

Für den Fall ethischer Verstösse von AusbilderInnen oder TherapeutInnen, welche die Eröffnung eines Verfahrens bei einer Standeskommission erforderlich machen, ist die AGAP-Standeskommission zuständig (AGAP Association of Graduate Analytical Psychologists) bzw. die Standeskommission von FSP oder SPV.

### **Adresse der Ausbildungsinstitution**

ISAPZÜRICH, Hochstrasse 38, 8044 Zürich,

Tel: 043 344 00 66, Fax: 043 268 56 19

E-Mail: [office@isapzurich.com](mailto:office@isapzurich.com), Website: [www.isapzurich.com](http://www.isapzurich.com)

### **Gesellschaften für Analytische Psychologie**

Es gibt heute in allen fünf Erdteilen über 2300 Jungsche Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen als Mitglieder von 49 Landes- oder Regionalgesellschaften, welche in der *Internationalen Gesellschaft für Analytische Psychologie* IAAP: ([www.iaap.org](http://www.iaap.org)) zusammengefasst sind.

### **Berufsverband: Schweizerische Gesellschaft für Analytische Psychologie SGAP**

Die Schweizerische Gesellschaft für Analytische Psychologie, die ebenfalls Mitglied der Charta ist, umfasst rund 250 Personen, die alle eine Ausbildung in Analytischer Psychologie abgeschlossen haben.

Adresse der SGAP

Josef Marty, Seeburgstr. 49c, 6006 Luzern, Tel.: 041 371 12 05

Sekretariat: Laupenstr. 2, Postfach 8524, 3001 Bern,

Tel. 031 381 66 12, kontakt@sgap.ch, www.sgap.ch

**AGAP (Association of Graduate Analytical Psychologists)**

AGAP ist ein weiterer Berufsverband von Analytischen Psychologinnen und Psychologen. Die AGAP wurde im Jahr 1954 von Diplomierten des C.G. Jung-Instituts Zürich mit dem Ziel gegründet, die Entwicklung der Analytischen Psychologie und die Berufstätigkeit ihrer Mitglieder zu fördern. Gegenwärtig hat AGAP mehr als 600 Mitglieder aus 14 Ländern

Adresse der AGAP

Sekretariat: Helga Kopecky, Postfach, 8044 Zürich,

office@agap.info, www.agap.info

AutorInnen: I. Lüscher, E. Spengler, Text ISAP: I. Meier, P. Brutsche

**Literatur**

Jung CG.: Grundsätzliches zur praktischen Psychotherapie. In. Praxis der Psychotherapie 1935. Gesammelte Werke Bd. 16, Walter, Düsseldorf 1995

Mattanza G, Meier I, Schlegel M.: Seele und Forschung. Ein Brückenschlag in der Psychotherapie, Karger Freiburg 2006)

## **BIOENERGETISCHE ANALYSE**

### **Schweizerische Gesellschaft für Bioenergetische Analyse und Therapie**

#### **Kurzer historischer Überblick**

Man kann die Wurzeln der Bioenergetischen Analyse bis an die Anfänge der Psychoanalyse zurückverfolgen. Sigmund Freud und Josef Breuer hatten von 1892 an die Psychoanalyse anhand der Analyse der Hysterie, später der Angstneurosen, Phobien und Wahnvorstellungen entwickelt und alle diese Erkrankungen auf Störungen der Sexualität zurückgeführt. Freud postulierte eine hypothetische Energie des Sexualtriebs, die Libido.

Es gab allerdings für Freud viele ungelöste Probleme. So herrschte damals in der psychoanalytischen Szene Unklarheit darüber, was eine normale Sexualität eigentlich sei. Wilhelm Reich aus der zweiten Generation der Wiener Psychoanalytiker fand bei der genauen Untersuchung seiner PatientInnen, dass alle in der orgasmischen Befriedigungsfähigkeit gestört waren. Er führte den Begriff der orgasmischen Potenz ein. Er verstand darunter die Fähigkeit, sich den Strömen der biologischen Energie ohne Hemmungen hinzugeben, die Fähigkeit zur vollständigen Entladung aller aufgestauten Sexualerregung durch die unwillkürlichen und lustvollen Kontraktionen des Körpers. 1926 stellte er diese grundlegende psychosomatische Konzeption in seinem Buch «Die Funktion des Orgasmus» differenziert dar. Reich war der erste, der den Charakter systematisch erforschte und untersuchte, wie er in der Kindheit entstand, welche Funktion er erfüllte und inwieweit er therapeutisch veränderbar war.

Erst 1965 finden wir bei Alexander Lowen in seinem Buch «Liebe und Orgasmus» die Wiederaufnahme und Weiterführung des Reichschen Konzeptes der Sexualität und ihre Verbindung zur Persönlichkeitsentwicklung.

#### **Die Bioenergetische Analyse der ersten Generation**

Alexander Lowen und John Pierrakos waren zwei Analysanden und Schüler Reichs in den frühen 50er Jahren. Sie entwickelten zusammen den psychotherapeutischen Teil von Reichs Arbeit weiter. Sie legten ab 1954 die grundsätzliche psychosomatische Dynamik der fünf Hauptcharakterstrukturen dar,



klärten und vereinfachten die noch ziemlich verwirrenden Beschreibungen der Charakterstrukturen Reichs. Lowens Bücher «Körperausdruck und Persönlichkeit» (1958; 1981) und «Der Verrat am Körper» (1967; 1980) bildeten die Grundlage ihres Psychotherapiekonzeptes, das sie nun «Bioenergetische Analyse» nannten.

Die Charakterstrukturen Lowens orientieren sich zwar grundlegend noch an der Triebentwicklung Freuds, der ja die orale, anale und genitale Phase nach der Fixierung der Libido beschrieb, sind aber um wesentliche Ich-Bedürfnisse erweitert.

- So wird bei der Entstehung der schizoiden Charakterstruktur (pränatal bis erste Lebensmonate) das Grundbedürfnis des Menschen nach einem Recht auf Existenz, nach Willkommen- und Angenommensein auf dieser Welt in Frage gestellt.
- Bei der Entstehung der oralen Charakterzüge (erstes Lebensjahr) ist das Bedürfnis nach Halt, Unterstützung, liebevoller Versorgung und Ernährung frustriert worden.
- Beim psychopathischen Charakter (zweites Lebensjahr) werden die Bedürfnisse nach Anerkennung des Selbstwertes der authentischen und echten Persönlichkeit nicht erfüllt.
- Masochistische Charakterzüge (drittes Lebensjahr) entstehen, wenn die Bedürfnisse nach Freiheit, Autonomie und Selbstbehauptung unterdrückt werden.
- Bei der Entstehung der rigiden Charakterzüge schliesslich (nach dem dritten Lebensjahr) steht der mangelhafte Umgang mit den Triebbedürfnissen der kindlichen Sexualität und Liebe in der ödipalen Phase im Zentrum.

Psychisches und körperliches Leiden wurde vor allem als Resultat der charakterlichen Fixierungen, der eingeschränkten und blockierten Entwicklung der Persönlichkeit erklärt. Die Therapie bestand dann konsequenterweise darin, erstens den PatientInnen zu helfen, die charakterlichen Fixierungen auf körperlicher und psychischer Ebene wahrzunehmen, zweitens durch spezifische Übungen und mit Hilfe des Kontaktes zum Therapeuten / zur Therapeutin diese Fixierungen zu überwinden, den grundlegenden Konflikt, das Trauma der frustrierten Bedürfnisse aus der Kindheit in seiner ganzen emotionalen

Tragweite wieder zu erleben und eine neue, adäquatere Lösung für diesen Konflikt zu finden.

Die Körpertechniken der Bioenergetischen AnalytikerInnen der ersten Generation zielten einerseits auf erhöhte Selbstwahrnehmung hin, andererseits auf eine Lockerung und Lösung von muskulären Verspannungen sowie auf den Ausdruck von tiefen, schmerzhaften Emotionen mit dem Ziel einer psychophysischen Reorganisation.

### **Die Bioenergetische Analyse der zweiten Generation**

Wenn die Bioenergetische Analyse der ersten Generation half, die Spaltung zwischen Körper und Seele zu überwinden, den Menschen als psychosomatische Ganzheit zu verstehen, so war es die Aufgabe der Nachfolgeneration, den Paradigmenwechsel vom mechanistisch-kartesischen zum systemisch-ganzheitlichen Welt- und Menschenbild weiterzuverfolgen, indem sie die Interdependenz des Menschen, sein Vernetztsein in der Welt, sein Eingebettetsein in die Kraftfelder der Beziehungen versteht und in ihre Theorie und Praxis integriert. Die Theorien zur Entwicklung der Objektbeziehungen und des Selbst nach Kohut, Mahler und Kernberg und ihre aktuelle Revision durch Daniel Stern und andere galt es, in die Diagnostik und Behandlungstechnik der Bioenergetischen Analyse zu integrieren.

Wenn in der ersten Phase der Bioenergetischen Analyse Berührung und Körperinterventionen vor allem zum Auflösen der muskulären Abwehrstruktur, des Charakterpanzers, dienten, wurde jetzt der reiche Schatz der Körperinterventionen entdeckt, die ein reparatives Nacherleben der Primärbedürfnisse des Baby- und Kleinkindalters erlauben. Das sind einerseits die Bedürfnisse nach Angenommensein, Gehalten-, Getragen-, Unterstützt-, Geschütztwerden, nach der Art von liebevoller Berührung, welche die Entwicklung eines kohärenten Körper- und Selbstgefühls erst erlaubt, andererseits aber auch die Bedürfnisse nach Differenzierung, Trennung, nach limitierendem, Abgrenzung erlaubendem Kontakt. Die therapeutische Beziehung rückte ins Zentrum der therapeutischen Arbeit und wird nun konsequent als Arbeitsinstrument eingesetzt. Die Frage: "Was geschieht im Hier und Jetzt der Beziehung zwischen Klient und Therapeut, und wie können wir das verstehen?" begleitet nun den Therapieprozess ständig. Das ursprüngliche Therapieziel von Reich und Lowen, die Auflösung

der charakterneurotischen Beschränkungen und Fixierungen, wurde zwar nicht aufgegeben, aber doch modifiziert.

### **Konkrete Methode und Technik**

Das technische Repertoire der Bioenergetischen Analyse hat sich so seit den Anfängen wesentlich erweitert:

- Die Entwicklung und Anwendung der vielfältigen und differenzierten strukturierenden, haltenden, spiegelnden, abstimmenden Körperpsychotherapietechniken, welche den Aufbau eines kohärenten Selbsterlebens erst ermöglichen, gehören mit zu den wichtigsten Veränderungen der Bioenergetischen Analyse in den letzten Jahren.
- Die Erfahrung hinreichend guten Körperkontakts (sowohl qualitativ wie quantitativ) korreliert mit der Ausbildung eines positiven Selbstwertgefühls, mit der Tiefe der Kontaktfähigkeit mit anderen Menschen und mit der Differenzierung der Wahrnehmung der eigenen Gestalt und Körperform, mit dem Empfinden eigener Attraktivität und der Selbstannahme.
- Regressionstechniken zur Rückführung in verdrängte frühere traumatische Erlebnisse wurden entwickelt und verfeinert.
- Mit Widerstand wird heute grundsätzlich anders umgegangen, weniger konfrontativ, mehr verstehend. Blockaden werden eher „geschmolzen“ als „durchbrochen“. Die Widerstandsarbeit durch Deutung und Körperarbeit wurde wesentlich verfeinert, es werden heute viel differenziertere, sanftere Techniken eingesetzt, und die harten Interventionen der ersten Generation der Bioenergetischen AnalytikerInnen sind seltener geworden.
- Schock und Traumalösende Techniken haben einen wichtigen Platz in der Therapie eingenommen. Das Bewusstsein, dass beim früh und tief traumatisierten oder schockierten Patienten der Körper gar nicht bewohnt ist und deshalb stärkere Körperinterventionen nicht nutzbringend angewendet werden können und oft zu noch stärkeren Fragmentierungen oder zum Aufbau eines falschen Therapieselbst führen, hat zur Entwicklung differenzierter Schock- und Trauma-Techniken geführt, die sich wesentlich von der ursprünglichen kathartischen Traumatechnik unterscheiden. Auch hier sind es vor allem subtile und sanfte Körperpsychotherapietechniken, die ein Wiedererwachen und Bewohnen des verlassenen und anästhesierten Körpers ermöglichen.

- Instroke, die energetische Einwärtsbewegung, die es erlaubt, mit den eigenen tiefen Innenräumen in Kontakt zu kommen, ist ein wichtiges Konzept aus der neo-reichianischen Körperpsychotherapie, nachdem man früher vor allem den Outstroke, die Auswärtsbewegung der Energie, den Ausdruck förderte. Instroke-Techniken sind sanfte, sehr effektive Körpertechniken, die diese Bewegung nach innen ermöglichen.

Der Energiebegriff stammt ursprünglich von Freud. Er bezeichnet einerseits die Erregungsvorgänge und energetischen Umsetzungen alles Lebendigen, andererseits hat er auch eine metaphorische Bedeutung zur bildhaften Veranschaulichung. Mit dem Energiebegriff werden vermittelbare und überprüfbare Aussagen darüber möglich, wie jemand mit sich umgeht, von seinem Körper Gebrauch macht, was überbetont und was vermieden wird. Differenziertes Wahrnehmen von energetischen Aspekten ist ein diagnostisch-therapeutisches Werkzeug der Bioenergetischen Analyse und hat in der Ausbildung seinen festen Platz.

### **Zuordnung zu einer psychotherapeutischen Hauptrichtung**

Die Bioenergetische Analyse und Therapie versteht sich gemäß der oben beschriebenen Entwicklung als eine tiefenpsychologisch fundierte Körperpsychotherapie.

### **Menschen- und Weltbild, Gesundheits- und Krankheitsverständnis**

Das bioenergetische Menschenbild gründet einerseits in einer philosophischen Anthropologie und andererseits in einer naturwissenschaftlichen Sichtweise. Ihre Besonderheit, die sie mit anderen körperpsychotherapeutischen Richtungen teilt, ist das Bemühen, die Probleme einer dualistischen Medizin zu überwinden, d.h. somatische Symptome und Sensationen mit psychischem Erleben in Beziehung zu setzen. Lowen mass in seinem pragmatischen Ansatz seine Theorie über die energetische Dynamik des Zusammenspiels von Psyche und Soma immer wieder an der therapeutischen Praxis, d.h. an den sichtbaren körperlichen und berichteten psychischen Veränderungen. Der Körper des Menschen ist nach Lowen sowohl materialisierte Vergangenheit als auch lebendiges Potenzial. Ausgehend von dieser Auffassung erlangt er eine neue Möglichkeit der Deutung, wobei energetische Gesichtspunkte wie auch die nonverbale Kommunikation, auf der die frühkindliche Entwicklung basiert, besondere Beachtung finden.

Unter Gesundheit versteht die Bioenergetische Analyse subjektives Wohlbefinden, die Fähigkeit, im Einklang mit der Mitwelt zu leben, Arbeits-, Liebes- und Beziehungsfähigkeit sowie eine Fähigkeit zur Entfaltung des eigenen Potenzials.

Unter Krankheit versteht sie eine Einschränkung oder Verzerrung der Selbst- und Fremdwahrnehmung, des Denkens, Erlebens und Verhaltens. Eine spezifische Grundannahme lautet, dass jeder seelische Zustand mit einer bestimmten Konfiguration physiologischer Parameter korreliert. Dies gilt sowohl für krankhafte Zustände als auch für solche des Wohlbefindens. Verschiedene körperliche Struktur- und Ausdrucksmerkmale werden den bioenergetischen Charakterstrukturen zugeordnet, welche sich auf Störungen bei der Erfüllung von vitalen Grundbedürfnissen beziehen. Diese Grundbedürfnisse spielen beim therapeutischen Vorgehen eine wichtige Rolle.

### **Konkretes Beispiel**

Eine beruflich erfolgreiche und in einer Partnerschaft aufgehobene 50-jährige Patientin suchte eine bioenergetische Therapie auf, weil sie in einem Selbsterfahrungsworkshop darauf gestossen war, dass ihr Körper zwar gut ‚funktionierte‘, sie jedoch kaum tiefere Gefühle ausser Wut wahrnehmen konnte. Sie wünschte sich, einen Zugang zu den übrigen Teilen ihres Gefühlslebens zu finden. Weiter litt sie darunter, dass ihre erwachsene Tochter eine Depression entwickelt hatte. Die Patientin konnte es nicht nachvollziehen, wie man so antriebslos sein konnte. In einer bioenergetischen Kurztherapie etablierte sich rasch eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung, wobei die Patientin zunächst versuchte, durch ‚gutes Mitmachen‘, also Ausführen von bioenergetischen Übungen einen verbesserten Zugang zu den verschütteten Gefühlen zu erhalten. Hierdurch erreichte sie eine Vitalisierung und verbesserte Körperwahrnehmung, jedoch keinen tieferen emotionalen Zugang zu sich. Erst die Analyse des Übertragungsmusters auf die Therapeutin half weiter. In der Beziehung zur Therapeutin vernachlässigte sie ihre eigenen Versorgungs- und Abgrenzungswünsche, was sie in der Kindheit hatte lernen müssen. Das Erkennen dieses Musters ermöglichte die körperliche und emotionale Wahrnehmung von oralem Mangel sowie das Betrauern des Unerfüllten. Das Körpererleben vertiefte sich und verband sich mit Mitgefühl für sich und Einfühlung in die Gefühlslage ihrer Tochter.

## **Für wen eignet sich die Therapie?**

Die Methode wird im Einzel- und Paarsetting wie auch in Gruppen angewandt. Gegenüber traditioneller Psychotherapie auf Gesprächsbasis ist das Setting wesentlich offener und flexibler. Bioenergetisch-analytische Behandlungen eignen sich für alle Störungen. Darüber hinaus ist die Methode besonders für Entwicklungsstörungen aus dem präverbalen Bereich indiziert, aber auch für das Gebiet der psychosomatischen Erkrankungen, deren erfolgreiche Behandlung mit traditioneller Psychotherapie oft an Grenzen stösst. Ebenso hilfreich hat sich die Bioenergetische Analyse bei der Therapie schwerer narzisstischer Persönlichkeiten erwiesen..

## **Dauer der Therapie**

Die Bioenergetische Analyse und Therapie wird sowohl für Kurztherapien (10-40 Sitzungen) wie auch für Langzeittherapien (über 2 Jahre) verwendet.

## **Wirksamkeitsnachweis**

Die Bioenergetische Analyse als tiefenpsychologisch fundierte Körperpsychotherapie ist wissenschaftlich gut auf ihre Wirksamkeit überprüft. Es existiert eine Vielzahl von Wirksamkeitsnachweisen in Form von empirischen Gruppen- oder Einzelfalluntersuchungen in diversen Anwendungsbereichen. Vertiefte Informationen: [www.sgbat.ch](http://www.sgbat.ch) unter /Literatur /Wirksamkeitsstudien.

## **Therapievermittlungsstelle**

Die SGBAT (Schweizerische Gesellschaft für Bioenergetische Analyse und Therapie) führt eine Adressliste mit TherapeutInnen, LehrtherapeutInnen und SupervisorInnen in Bioenergetischer Analyse ([www.sgbat.ch](http://www.sgbat.ch)). Zusätzlich organisiert die Gesellschaft laufend offene Kursangebote zum Kennenlernen der Methode und zur Fortbildung für therapeutisch Arbeitende.

## **Ombudsstelle/Standeskommission**

Die SGBAT hat in ihrer Berufsordnung berufsethische Richtlinien erarbeitet, welche für alle Mitglieder in ihren Funktionen als TherapeutInnen, AusbilderInnen oder SupervisorInnen bindend sind.

## **Grösse der Ausbildungsinstitution**

Die SGBAT besteht seit 1981 und ist Gründungsmitglied der Schweizerischen Charta für Psychotherapie. Sie zählt zur Zeit 65 Mitglieder; 25 sind LehrtherapeutInnen, davon 19 auch SupervisorInnen. Die SGBT gehört zum International Institute for Bioenergetic Analysis IIBA, zur European Federation for Bioenergetic Analysis EFBAP und zur European Association for Body Psychotherapy EABP. Die Ausbildung ist neben der Charta und ASPV auch von der FSP anerkannt.

## **Adresse der Ausbildungsinstitution**

Schweizerische Gesellschaft für Bioenergetische Analyse und Therapie SGBAT  
Dorfstr. 12, 8902 Urdorf, Tel.: 043 455 91 53, Fax. 043 455 91 54  
sekretariat@sgbat.ch, [www.sgbat.ch](http://www.sgbat.ch)

## **Vertiefende Literatur**

Lowen, A: Der Verrat am Körper. Bern und München 1980 (engl. Orig. 1967).  
Lowen, A.: Körperausdruck und Persönlichkeit. München 1981 (engl. Orig. 1958).  
Heinrich-Clauer, V. (Hg.): Handbuch Bioenergetische Analyse. Gießen 2008.  
Reihe „Körper & Seele“. Bd. 1 - 7 und Sonderband. Basel 1996 bis 2010.

Autorinnen und Autoren:

Lucas Carle, Margit Koemeda-Lutz, Hugo Steinmann, Christa Ventling, Verena Maggioni-Müller

## **SCHICKSALSANALYSE**

### **Szondi Institut Zürich**

#### **Historischer Abriss**

Durch die Veröffentlichung des Textes „Analysis of Marriages – An attempt at a theory of choice in love“ führte Leopold Szondi 1937 eine neue Theorie der menschlichen Wahlhandlungen in die Psychologie ein. Diese liess die schicksalsprägenden Handlungen des Menschen, wie die Wahl von Partner, Freunden, des Berufes, der Krankheit und selbst der Todesart in einem völlig neuen Licht erscheinen.

Leopold Szondi wurde 1893 in der ehemals ungarischen – heute slowakischen Stadt – Nitra geboren. 1898 zog die Familie nach Budapest, wo Szondi 1911 die Matura machte. Nach dem Abschluss des Medizinstudiums wurde er wissenschaftlicher Mitarbeiter von Professor Pal Ranschberg. 1927 bis 1941 wirkte Szondi als Professor und Leiter des für ihn geschaffenen Königlich-Ungarischen Staatlichen Heilpädagogischen Laboratoriums für Psychopathologie und Psychotherapie. Mit Hilfe ausgedehnter Familienforschungen und erbstatistischer Untersuchungen erarbeitete er eine eigene Triebpsychologie. 1926 erfolgte die Heirat mit Lili (Ilona) Radvanyi. 1928 wurde die Tochter Vera, 1929 der Sohn Peter geboren.

1941 verlor Szondi aufgrund antijüdischer Berufsverbote seine staatlichen Stellen und alle Titel in Lehre und Forschung. 1944 wurde er und seine Familie ins Konzentrationslager Bergen-Belsen verschleppt und Ende des gleichen Jahres in einem Austauschverfahren in die Schweiz verbracht. Ab 1946 bis 1984 war die Stadt Zürich Wohnsitz der Familie Szondi. 1959 erhielt Szondi das Schweizer Bürgerrecht. Dank eines grosszügigen Legats konnte 1970 an der Krähbühlstrasse 30 ein Lehr- und Forschungsinstitut für Allgemeine Tiefenpsychologie und speziell für Schicksalsanalyse eröffnet werden. Leopold Szondi arbeitete an seinem Institut von 1971 bis 1983. Am 24. Januar 1986 verschied er in seinem 93. Lebensjahr. Kurz danach starb am 18. August des gleichen Jahres seine Gattin, vierundachtzigjährig.



## **Zuordnung zur Tiefenpsychologie**

Szondi ergänzte mit seiner Schicksalsanalyse die anderen bereits etablierten tiefenpsychologischen Schulen von Sigmund Freud und von C.G. Jung durch eine psychobiologische Dimension. Damit versuchte er innerhalb der Tiefenpsychologie eine Brücke zwischen Geistes- und Naturwissenschaften zu schlagen. Die ideengeschichtliche Bedeutung Szondis liegt darin, dass seine Schicksalsanalyse innovative Beiträge zu verschiedenen Wissenschaftsgebieten leistete, namentlich zur Genetik, Psychiatrie, Tiefenpsychologie, Psychotherapie, Pädagogik, Heilpädagogik und Religionspsychologie. Szondis wichtigster Beitrag war der Unterschied zwischen dem Zwangs- und dem Freiheitsschicksal. Zum Zwangsschicksal führt blindes Ausagieren von erbgelenkten Trieb- und Affektschicksalen, von verinnerlichten, erstarrten sozialen Normen und Überzeugungen.

## **Grundkonzepte, Menschen- und Weltbild, Gesundheits- und Krankheitsverständnis**

*Das Trieb- und Bedürfnissystem:* Der Trieb wird als ein biophysisches Phänomen verstanden, der auf menschliches Dasein bedingende und erhaltende Wurzeln zurückgeht. Diese Wurzeln sind unhistorisch, in allem Erleben und Verhalten gegenwärtig und funktional spezifisch, aber inhaltlich unspezifisch, d.h. in ihren Erscheinungen.

*Die Ich-Lehre:* Die Schicksalspsychologie unterscheidet zwischen dem Trieb- und dem Pontifex-Ich. Das Trieb-Ich mit seinen vier Funktionen Projektion, Inflation, Introjektion und Negation ist kollektiv vorhanden, aber erblich-familiär modifiziert und auch individuell durch die Interaktion mit der Umwelt bestimmt. Es repräsentiert den unbewussten, emotional-dynamischen Teil des Ichs. Das Pontifex-Ich ist durch drei weitere Funktionen definiert, nämlich Transzendieren, Integrieren und Partizipieren und steht für den eher kognitiven Teil des Ichs. Diese drei Pontifex-Ich-Funktionen umschreiben die wesentlichen Schritte eines therapeutischen Prozesses und damit auch dessen Wirkfaktoren. Das therapeutische Durcharbeiten ist angewandte Ich-Psychologie.

*Das familiär Unbewusste:* Die Schicksalsanalyse ergänzte die Entdeckung des persönlichen Unbewussten der Psychoanalyse mit dem familiären Unbewussten. Die Inhalte dieses familiären Unbewussten nannte Szondi zunächst Ahnen, die als „Muster und Figur“ im Leben eines Nachkommen wieder Gestalt annehmen

möchten. Die Ahnen sind also gleichbedeutend mit den Existenzmöglichkeiten eines Menschen. Bei der Bearbeitung des familiären Unbewussten spielt die Figur des „Kain“ eine ähnlich bedeutsame Rolle wie die des „Ödipus“ bei der Bearbeitung des persönlichen Unbewussten.

Die dialektische Struktur der Psyche bzw. die Triebgegensätze erfordern eine integrative Lösung. Das Gelingen oder Misslingen der Lösung der Triebgegensätzlichkeiten hat einen Einfluss auf das seelische Gleichgewicht oder dessen Störungen. Auch wenn gewisse Neigungen familiär gegeben sind, sind sie trotzdem durch bewusste Stellungnahme veränderbar, also: ein Schicksal kann in der Schicksalsanalyse gewendet werden.

### **Konkrete Methode und Technik**

Die folgende Aufzählung bezieht sich auf die Schicksalsanalyse im engeren Sinn, nämlich auf das Heilverfahren:

*Voruntersuchung:* Sie dient der Diagnose- und Indikationsstellung und umfasst in der Regel das Interview, einen Lebenslauf, Angaben zum Stammbaum und den Szondi-Test.

*Psychoanalytische Phase:* In ihr wird das persönliche Unbewusste auf der Basis der Psychoanalyse bearbeitet unter Einbezug von Übertragung und Gegenübertragung, Widerstand, Deutung, Durcharbeiten und Wahrung der Abstinenz.

*Schicksalsanalytische Phase:* Im Anschluss an die psychoanalytische Phase erfolgt je nach Erfordernis die Bearbeitung des familiären Unbewussten durch passive Assoziationsmethoden und Traumarbeit unter Benutzung der oben genannten psychoanalytischen Technik.

Wenn die Inhalte des familiären Unbewussten nicht oder wenig in der Beziehung zu einem Du (Übertragung) erlebbar werden, aber aufgrund der Symptome relevant sind, provoziert die Therapie dieses Erleben der familiären Triebgegensätzlichkeiten oder der Ahnenansprüche durch aktive Methoden wie den Szondi-Test oder die Konfrontation mit dem Stammbaum.

## Konkretes Beispiel

*Ausschnitt aus einer Therapiedarstellung von Leopold Szondi: Das Erlebenlassen der kranken Ahnen und die Konfrontation mit ihnen*

Beim Patienten dieser Falldarstellung haben sich zwei kranke Ahnenfiguren angekündigt. Ein Ahne ist Träger von epileptiformen und paranoiden schizophrenen Anlagen. Er erscheint in einem Traum beispielsweise als Stotterer. Im Zusammenhang mit Einfällen zu einem tödlichen Unfall gerät der Patient auf der Couch plötzlich in einen Zustand der Verwirrung. In anderen Träumen erleiden Personen verschiedene Anfälle. Als dann auch Mörder und Totschläger im Traum auftauchen, hält Szondi den Punkt für gekommen, ihn mit den beiden Kain- und Abel-Schicksalsmöglichkeiten zu konfrontieren.

Aber auch andere schizoforme Ahnenfiguren zeigen sich in Träumen. So äussert die Mutter des Patienten im Traum, er sei durch die Empfängnis des Heiligen Geistes zur Welt gekommen. Diese Mutter steht in Wirklichkeit am Rande des Religionswahns. Ihr Bruder wurde als religionswahnsinnig betrachtet, weil er in Ekstasen mit religiösem Inhalt verfiel. Der Patient erlebte seine latente Schizophrenie auch in Form von Neologismen, die er auf der Couch produzierte. Zu dem aus seinem Traum stammenden, wiederholt exponierten Reizwort „komisch“ assoziierte er beispielsweise: Komisch...Komet...Tibet...Turibund, Lüstükü, Tausendsassa, Azimut, Weltlaus....“. Szondi erwähnte, dass er sich dazu nicht geäussert und vielmehr auf neue Neologismen gewartet habe, die dann auch – episodisch – kamen. Dabei förderte er diesen Prozess immer wieder durch Reizwörter, wie „Erstickung“ oder „toter Mann“, die u.a. auch wirklich zu weiteren Neologismen führten. Der Patient soll dadurch seinen psychotischen Zustand schrittweise wach erleben und sich seiner langsam bewusst werden.

Nachdem dies oft und genug und affektiv stark geschehen war, ging Szondi den Bedeutungen der einzelnen Neologismen nach, indem er bestimmte davon gegenüber dem Patienten erwähnte und ihn aufforderte, seine Einfälle dazu zu bringen. So führte das „Buruburuburu“ zu folgender Assoziationskette: „Urin, Urwald, peng, zichst, wühlen im Urwald, Schamhaare...Inzest“. Erst als Szondi die latente Schizophrenie-Anlage für ausreichend erlebt erachtet hatte, entschloss er sich, den Patienten damit auch zu konfrontieren.

Der bisherige Heilungsprozess bestand also aus drei Schritten:

- Die latenten schizophrenen Ahnen wurden deutlich erlebt.

- Es wurde geklärt, dass in diesem Fall die Neologismen Abwehrformen gegen verpönte Triebansprüche (Inzest, Analsadismus, Lustmord) waren.

- Der Patient konnte jetzt bewusst Stellung nehmen gegen die bewusst gewordenen Triebansprüche und den Verzicht als Abwehr einsetzen.

In der Folge verschwanden nicht nur die Neologismen in den Assoziationen, sondern auch die Angst, wie Vater und Onkel schizophren zu werden.

### **Für wen eignet sich die Schicksalsanalyse?**

Die Schicksalsanalyse kann dem Menschen in seinen Nöten wie beispielsweise Einsamkeit, Existenzangst, Fragen oder Probleme rund um die eigene Identität, Verhaltensstörungen und Süchtigkeit wertvolle Hilfe leisten. Die Schicksalsanalyse eignet sich für Menschen, die sich ihres Zwangsschicksals bewusst werden und das entsprechende Störungspotential eliminieren sowie ein Wahlschicksal aufbauen wollen.

### **Dauer der Therapie**

Die Dauer der Therapie ist sehr unterschiedlich und hängt stark von den Zielen des Patienten ab. Kurzzeittherapien dauern in der Regel mindestens 10 Stunden, überschreiten aber selten 25 bis 30 Stunden. Langzeittherapien nehmen sicher drei bis fünf Jahre in Anspruch.

### **Therapievermittlungsstelle**

Die Therapievermittlung geschieht über Anmeldung am Szondi-Institut und bei einem Erstgespräch mit der Beauftragten für Therapievermittlung.

### **Ausbildungsinstitution**

Das Szondi-Institut wurde 1970 gegründet und bildet seit diesem Zeitpunkt Therapeutinnen und Therapeuten aus, die in der «Schweizerischen Gesellschaft für Schicksalsanalytische Therapie (SGST)» organisiert sind. Weltweit sind die SchicksalsanalytikerInnen in der «Internationalen Szondi-Gesellschaft (ISG)» organisiert. Es gibt neben Zürich Schwerpunkte in Brasilien, Mexiko, Spanien, Portugal, Frankreich, Belgien und Japan.

**Autorengruppe:** Alois Altenweger, Dr. Karl Bürgi-Meyer, Dr. Friedjung Jüttner

**Kontakt:** a.altenweger@zapp.ch

**Vertiefende Literatur:**

**Szondi, L.**, (Schwabe, 1965, 3.Auflage), *Schicksalsanalyse. Wahl in Liebe, Freundschaft, Beruf, Krankheit und Tod.*

**Seidel, Ph., Jüttner, Fr., Borner, M.** (Szondi-Verlag, 2002), *Manual der schicksalsanalytischen Therapie.*

**Bürgi-Meyer, K.**, (Szondi-Verlag, 2000), *Leopold Szondi – Eine biographische Skizze.*

**Altenweger, A., Berner-Hürbin, A., Bürgi-Meyer, K., Jüttner, F., Kramer, M.**, (Szondi-Verlag, 2008, 5. Auflage), *Leopold Szondi – Schicksalsanalyse.*

**Adresse des Ausbildungsinstitutes**

Sekretariat des Szondi-Instituts. Krähbühlstrasse 30

8044 Zürich

Tel.: 044 252 46 55, E-mail: [info@szondi.ch](mailto:info@szondi.ch), [www.szondi.ch](http://www.szondi.ch)

## DASEINSANALYSE

### Daseinsanalytisches Seminar

#### Kurzer historischer Überblick

Die Daseinsanalyse ist in den 1940-er Jahren aus der Psychoanalyse entstanden. Sie wurde von *Ludwig Binswanger* (1881 – 1966) und *Medard Boss* (1903 – 1990) begründet, die beide als Psychiater ausgebildet waren und zunächst die Psychoanalyse vertraten. Anders als beispielsweise C.G. Jung oder Alfred Adler kritisierten Binswanger und Boss nicht bestimmte Inhalte der psychoanalytischen Theorie, sondern ihre philosophische Grundlage. *Philosophische Überlegungen* zur Natur des Menschen haben bis heute in der Daseinsanalyse eine grosse Bedeutung. Binswanger und Boss haben in kurzem zeitlichem Abstand voneinander unter dem Namen „Daseinsanalyse“ zwei verschiedene Theorien entwickelt. Beide haben sich dabei auf den Philosophen Martin Heidegger bezogen, der den Menschen als „Dasein“ charakterisiert hat. Daher der Name „Daseinsanalyse“. Er besagt also, dass sich sowohl Binswanger wie Boss für ihr philosophisches Menschenverständnis auf Äusserungen Heideggers bezogen haben.

*Ludwig Binswangers Daseinsanalyse* ist eine *Methode zur Erforschung von Geisteskrankheiten*. Ihre Besonderheit liegt darin, dass sie nicht wie üblich fragt, was dem Kranken im Vergleich zum Gesunden fehlt, sondern in welcher besonderen „Welt“ er lebt. Diese Untersuchungsmethode ist ebenso fruchtbar wie anspruchsvoll. Die Daseinsanalyse Binswangers bildet bis heute eine wichtige Denkrichtung innerhalb der Psychiatrie und seine Schizophrenie-Studien gehören zu den klassischen psychiatrischen Schriften.

Erst mit *Medard Boss* wurde die *Daseinsanalyse* zu einer *psychotherapeutischen Richtung*. Zusammen mit seinem engsten Schüler *Gion Condrau* gründete Boss 1971 in Zürich ein Ausbildungsinstitut, das „Daseinsanalytische Institut für Psychotherapie und Psychosomatik“. Für Boss' Denken ist die persönliche Freundschaft und enge Zusammenarbeit mit Martin Heidegger entscheidend. Während eines vollen Jahrzehnts (1959 - 1969) führten Boss und Heidegger gemeinsam die *Zollikoner-Seminare* durch, die der Weiterbildung psychiatrischer Assistenzärzte und –ärztinnen dienten. Aus den vielen Publikationen von Boss sind vor

allem die beiden Bücher zur daseinsanalytischen *Traumauslegung* hervorzuheben, weil sie bis heute eine wichtige phänomenologische Alternative zu den Traumdeutungen von Sigmund Freud und von C.G. Jung darstellen. Boss gehörte zudem mit seinem Buch „Einführung in die psychosomatische Medizin“ von 1953 zu den Pionieren der Psychosomatik.

In den vergangenen zwanzig Jahren hat die Daseinsanalyse eine wichtige Weiterentwicklung durch *Alice Holzhey-Kunz* erfahren. Statt wie Boss mit der Psychoanalyse über deren philosophische Mängel zu streiten, nimmt sie die grundlegenden Entdeckungen Freuds auf und interpretiert sie auf dem Hintergrund der existenziellen Grundsituation des Menschen. Und statt sich wie Boss auf die *phänomenologische Beschreibung* seelischer Phänomene zu beschränken, führt sie die *hermeneutische Methode des Verstehens* ein und entwickelt eine neue daseinsanalytisch-hermeneutische Theorie seelischen Leidens, die im Folgenden vorgestellt wird.

### **Zuordnung zu einer psychotherapeutischen Hauptrichtung**

Die Daseinsanalyse ordnet sich der von Sigmund Freud begründeten *Psychoanalyse* zu und ist durch ihre Mitgliedschaft in der „International Federation of Psychoanalysis“ auch als solche anerkannt. Die Zugehörigkeit der Daseinsanalyse zur psychoanalytischen Bewegung basiert nicht nur auf der übereinstimmenden psychotherapeutischen Praxis, sondern auch auf der grossen Nähe von psychoanalytischem und existenzphilosophischem Menschenverständnis. Beide distanzieren sich nämlich von der gängigen Idealisierung des Menschen, wie sie in Formeln von der wesensmässigen Ganzheit des Menschen oder einem dem Menschen angeblich innewohnenden Streben nach Selbstrealisierung oder nach Authentizität zum Ausdruck kommt. Beide heben stattdessen die *Endlichkeit* des menschlichen Existierens hervor und beide gehen davon aus, dass es zur menschlichen Grundsituation gehört, dass jeder einzelne Mensch sein eigenes Leben angesichts fundamentaler Unsicherheiten und unauflösbarer Paradoxien zu leben hat.

## Menschenbild und Auffassung seelischen Leidens

*Das Menschenbild der Daseinsanalyse* basiert auf der *Existenzphilosophie*, die im 19. Jahrhundert von Sören Kierkegaard begründet und im 20. Jahrhundert von Martin Heidegger und von Jean-Paul Sartre weiterentwickelt wurde. Um das Besondere des Menschen zu fassen, werden unübliche Begriffe wie „*Existenz*“, „*In-der-Welt-sein*“ und „*Dasein*“ verwendet. Das Neue daran ist, dass mit diesen Begriffen nicht Eigenschaften bezeichnet werden, die der Mensch „hat“, sondern die Art, wie er sein Leben „vollzieht“. Es zeichnet nach existenzphilosophischer Auffassung den Menschen aus, dass er, anders als das Tier, das Leben als sein eigenes zu übernehmen und selber zu führen hat. Jeder Mensch ist darum ein „Selbst“, unabhängig davon, ob er sein Leben eigenständig führt oder in grösster Abhängigkeit von anderen lebt.

*Der Mensch als Selbstverhältnis.* Der existenzphilosophische Selbstbegriff widerspricht der üblichen Vorstellung vom Selbst als einem innersten Kern des Menschen. Das „Selbst“ ist vielmehr ein Verhältnis, nämlich das Verhältnis des einzelnen Menschen zu sich selber. Dieses Selbstverhältnis ist so fundamental, dass es vom Existieren nicht zu trennen ist. Es beginnt nicht erst damit, dass der Mensch über sich nachdenkt, sondern vollzieht sich auch emotional, weil bereits die Emotionen (insbesondere die Stimmungen) den Charakter von Selbsterfahrungen haben. Das emotionale Selbstverhältnis durchwirkt das menschliche Erleben von Anfang an und es prägt schon die elementarsten biologischen Bedürfnisse. Es führt dazu, dass dem Menschen nichts geschieht, ohne dass er nicht irgendwie dazu Stellung nimmt. Diese bejahende oder aber verneinende *Stellungnahme* ist selten ein bewusster und noch seltener ein ausdrücklich reflektierter Akt. Dennoch ist die individuelle Eigenart eines Menschen wesentlich durch diese Stellungnahme zu sich selber und zur eigenen Geschichte geprägt.

*Das Doppeldeutige des menschlichen Selbstverhältnisses.* Wozu verhält man sich eigentlich, wenn man sich zu sich selber verhält? Diese Frage wird selten gestellt, sie ist aber für das daseinsanalytische Menschenverständnis von grösster Bedeutung. Dies deshalb, weil das menschliche Selbstverhältnis *doppeldeutig* ist. Ich verhalte mich nicht nur zu mir selber als dieser Person X, sondern verhalte ich mich immer auch zu mir selber als Menschen, der wie alle anderen Menschen den Grundbedingungen des Menschseins unterworfen ist. Dazu gehört die Sterblichkeit, die prinzipielle Ungewissheit der eigenen Zukunft, die Abhängigkeit sowohl vom eigenen Körper wie von anderen Menschen, und vieles mehr. Dieses



Verhältnis zu mir selbst als endlichem Menschen ist ein *philosophisches* Verhältnis, das nicht nur Angst macht, sondern Angst *ist*. Dieses besondere Angstverständnis geht auf *Sören Kierkegaard* zurück, der 1842 erstmals zwischen Furcht und Angst unterschieden hat. Während sich die „Furcht“ immer auf (reale oder auch nur eingebildete) Gefahren bezieht, die mein konkretes Leben bedrohen, bezieht sich die „Angst“ auf das eigene Menschsein in seiner grundsätzlichen Gefährdung. Die Angst ist deshalb niemals nur eingebildet, sondern sie konfrontiert den Menschen mit seiner Grundsituation. Obwohl die Angst im Unterschied zur Furcht selten unmittelbar erlebt wird, ist sie eine Grundstimmung, die in jedem Menschen bereitliegt.

*Die daseinsanalytische Auffassung seelischen Leidens* steht auf zwei Pfeilern. Der erste Pfeiler ist *Sigmund Freuds revolutionäre Entdeckung*, dass man seelisches Leiden niemals versteht, wenn man es nach dem Vorbild der Körpermedizin als eine „Krankheit“ definiert. Krankheiten sind definitionsgemäss defizitäre Beeinträchtigungen der Gesundheit und nichts anderes. Das bleibt auch so, wenn man heute in der Psychiatrie statt von psychischen Krankheiten etwas vorsichtiger von psychischen Störungen spricht. Freud hat dagegen erkannt, dass seelische Leidenssymptome ihrem manifesten Störungscharakter zum Trotz einen verborgenen *Sinn* haben. Deshalb ist die Psychoanalyse – anders als die medizinische Psychiatrie und die meisten darauf basierenden psychotherapeutischen Richtungen – eine *verstehende* (hermeneutische) Theorie und Praxis. Es gehört zu den wichtigsten Neuerungen der von Alice Holzhey-Kunz entwickelten Daseinsanalyse, dass sie ebenfalls eine hermeneutische Methode zur Verfügung stellt, um Leidenssymptome zu verstehen statt nur zu beschreiben.

*Seelisches Leiden als Leiden am eigenen Sein.* Der zweite Pfeiler der daseinsanalytischen Auffassung seelischen Leidens ist die existenzphilosophische Entdeckung, dass das individuelle Selbstverhältnis doppeldeutig ist. Das gibt die Möglichkeit, seelisches Leiden nicht nur mit unverarbeiteten individuellen Kindheitserfahrungen in Verbindung zu bringen, sondern auch mit der traumatischen Erfahrung der existenziellen Grundsituation. Die hermeneutische Daseinsanalyse geht davon aus, dass das seelische Leiden eines Menschen auf seiner besonderen *Hellhörigkeit* für die Grundbedingungen menschlicher Existenz beruht. Seelisch Leidende sind aufgrund ihrer besonderen Hellhörigkeit mit beängstigenden Wahrheiten konfrontiert, die von den meisten, zumindest im Alltag, ausgeblendet werden können. Diese zu seelischem Leiden disponierende Hellhörigkeit ist ent-

weder angeboren oder wird durch überfordernde Kindheitserfahrungen geweckt. Wie lässt sich nun die *Vielfalt der Formen seelischen Leidens* daseinsanalytisch begründen? Erstens sind seelisch leidende Patienten für ganz unterschiedliche Aspekte des Menschseins hellhörig. Wer beispielsweise besonders hellhörig ist für die Verletzbarkeit und Krankheitsanfälligkeit des eigenen Körpers, wird eine andere Form seelischen Leidens entwickeln als jemand, der besonders hellhörig ist für die mögliche Schuld, die in jedem eigenen Entscheid und jeder eigenen Handlung liegt. Zweitens gibt es viele Möglichkeiten der (*weitgehend unbewussten*) Auseinandersetzung mit den als zu schwer bzw. als zu beängstigend erfahrenen Grundbedingungen des Menschseins. Die verschiedenen Formen seelischen Leidens repräsentieren deshalb *typische Muster* dieser Auseinandersetzung. Gemeinsam ist allen diesen Mustern, dass sie den Charakter der *Abwehr* haben. Als „Abwehr“ bezeichnet die Psychoanalyse jegliches Erleben und Verhalten, das von einem illusionären Wunsch bestimmt ist. Wer seelisch leidet, ist also nach daseinsanalytischer Auffassung nicht nur besonders hellhörig für spezifische Seinsbedingungen und damit besonders offen für Angst, sondern er hadert auch mit diesen Seinsbedingungen und sucht vergeblich nach Mitteln und Wegen, um sich von der Angst zu erlösen. Beispiele für illusionäre existenzielle Wünsche sind: der Wunsch, sein Leben frei von allen Einschränkungen leben zu können; der Wunsch, vom Gesetz der Zeit befreit zu sein und darum ewig jung zu bleiben; der Wunsch, die Verantwortung für das eigene Leben anderen Menschen aufbürden zu können; der Wunsch, das eigene Leben in völliger Sicherheit leben zu können; der Wunsch, die eigene Geschichte rückgängig machen zu können; der Wunsch, die Gedanken und Absichten anderer Menschen durchschauen und kontrollieren zu können – und so weiter und so fort.

Der daseinsanalytisch-hermeneutische Zugang zum seelischen Leiden eines Patienten ist also von zwei Fragen geleitet: 1. Wofür, für welche Wahrheit menschlichen Existierens, ist er/sie besonders hellhörig? 2. Von welchem illusionären Wunsch ist die Auseinandersetzung mit der ihm/ihr unerträglich scheinenden Wahrheit geleitet?

### **Daseinsanalytisch-therapeutische Praxis**

Weil für die Daseinsanalyse seelisches Leiden einen verborgenen Sinn hat, kann die Therapie nur darin bestehen, einen *Verstehensprozess zu ermöglichen*, der diesen verborgenen Sinn aufzudecken erlaubt. Wichtigstes Medium dieses Ver-

stehensprozesses ist das *analytische Gespräch*. Schon Sigmund Freud hat für dieses Gespräch *drei Grundregeln* aufgestellt, die auch in einer daseinsanalytischen Psychotherapie gelten: für den Therapeuten, die Regel der *Abstinenz* und die Regel des Zuhörens in *gleichschwebender Aufmerksamkeit*; für den Patienten die Regel des *freien Einfalls*, möglichst unzensuriert alles auszusprechen, was ihm in den Sinn kommt. Aufgrund dieser Regeln, die keine technisch anwendbaren Regeln im üblichen Sinne sind, unterscheidet sich das analytische Gespräch grundlegend von jedem ärztlichen oder auch seelsorgerischen Informations- und Beratungsgespräch.

*Das analytische Gespräch ist aufdeckend.* In ihm kommt zur Sprache, woran der Patient leidet, das heisst: wofür er besonders hellhörig ist und wie er dagegen ankämpft. Damit wird eine bewusstere Auseinandersetzung mit den bedrohlichen und kränkenden Aspekten des eigenen Seins möglich. Die Daseinsanalyse teilt die psychoanalytische Überzeugung, dass die Fähigkeit und Bereitschaft, sich mit sich selbst zu konfrontieren und sich auf neue Weise mit sich selber auseinanderzusetzen, *heilende Wirkung* hat. Dies deshalb, weil dadurch der Weg frei wird für die Übernahme bisher blockierter oder ängstlich gemiedener Lebensmöglichkeiten. Die daseinsanalytische Psychotherapie ist darum in ihrem Kern keine technische Heilbehandlung, sondern eine „Erziehung zur Wahrheit gegen sich selbst“ (Freud).

*Inhalt des analytischen Gesprächs* ist alles, was den Patienten emotional umtreibt, seien dies aktuelle Probleme, Kindheitserfahrungen sowie die eigenen Träume. *Die Struktur des analytischen Gesprächs* ist, wie schon Freud gezeigt hat, wesentlich durch „Widerstand“ und „Übertragung“ bestimmt. Auch in daseinsanalytischer Sicht ist der Widerstand des Patienten gegen die Fortführung des analytischen Gesprächs ein wesentlicher Bestandteil der Therapie selber. Das Auftauchen von Widerstand wird deshalb weder zu vermeiden gesucht noch gar unterdrückt, sondern zum Thema gemacht. Dadurch wird die Widerstandsanalyse zu einem Vehikel vertiefter Auseinandersetzung mit sich selber. Dasselbe gilt für die von Freud entdeckte „Übertragung“. Die so genannte „Übertragung“ ist ein wichtiges Moment in jeder Beziehung des Patienten zum Therapeuten und umfasst alle geheimen Ängste sowie (illusionären) Wünsche, die der Patient auf den Therapeuten richtet. Während also die Übertragung zu jeder therapeutischen Beziehung gehört, macht es die besondere Qualität des analytischen Gesprächs aus, dass sie die Übertragungsanteile der Beziehung zum Therapeuten bewusst

macht. Der analytische Verstehensprozess ist darum immer zugleich auch ein *Interaktionsprozess zwischen Therapeut und Patient*. Es lohnt sich, hier nochmals Freud zu zitieren: „Und endlich ist nicht zu vergessen, dass die analytische Beziehung auf Wahrheitsliebe, d.h. auf die Anerkennung der Realität gegründet ist und jeden Schein und Trug ausschliesst.“

### **Konkretes Beispiel**

Auf die Wiedergabe eines Beispiels wird hier verzichtet. Wie der Daseinsanalytiker wann interveniert, hängt von der Persönlichkeit des Patienten, seiner spezifischen psychischen Problematik und nicht zuletzt auch von der Art der Beziehung ab, die sich zwischen diesem individuellen Therapeuten und diesem individuellen Patienten herausbildet.

### **Für wen eignet sich die Daseinsanalyse und wie lange dauert sie?**

Nach daseinsanalytischer Überzeugung eignet sich die von ihr angewandte Therapieform nicht nur für bestimmte Störungsbilder, sondern bewährt sich prinzipiell bei allen Formen seelischen Leidens unter der Voraussetzung, dass die Patientin/der Patient bereit ist, sich auf einen analytischen Verstehensprozess einzulassen. Sowohl *Dauer* wie *Intensität* (Häufigkeit der Sitzungen) einer daseinsanalytischen Psychotherapie sind variabel und richten sich nach den realen Möglichkeiten des Patienten sowie nach Art und Grad seines seelischen Leidens. Beides wird von Patient und Therapeut gemeinsam vereinbart. Im Prinzip bleibt der methodische (hermeneutisch-analytische) Ansatz derselbe, ob es sich um eine kurze Krisenintervention, um eine 1mal wöchentlich stattfindende Psychotherapie im Sitzen oder um eine Analyse mit zwei bis drei Sitzungen pro Woche auf der Couch handelt.

### **Wirksamkeitsstudien und Wissenschaftsnachweis**

Die Daseinsanalyse kann als eine spezielle Richtung der Psychoanalyse auf die breite internationale psychoanalytische Forschung verweisen, durch welche die Wissenschaftlichkeit und die Wirksamkeit psychoanalytischer Behandlung hinreichend belegt wird. Sie hat selber an einer psychoanalytischen Wirksamkeitsstudie teilgenommen.

## **Grösse der Ausbildungsinstitution**

Das DaS bietet seit 1983 eine Aus- und Weiterbildung an. Die Teilnehmerzahl von ca. 20 Ausbildungskandidaten ist seit Beginn ziemlich konstant, zurzeit aber rückläufig. Das DaS ist ein eigener Verein, der von den diplomierten Daseinsanalytikern getragen wird. Das DaS ist zugleich ein Organ der Gesellschaft für hermeneutische Anthropologie und Daseinsanalyse GAD, dem auch interessierte Laien und Vertreter anderer psychotherapeutischer Richtungen zugehören. Das DaS ist Mitglied der International Federation of Psychoanalysis IFPS sowie der International Federation of Daseinsanalysis IFDA.

## **Ombudsstelle und Standeskommission**

Im Falle von Regelverstössen durch daseinsanalytische Psychotherapeuten bietet das Daseinsanalytische Seminar DaS eine Ombudsstelle an.

## **Adresse**

Daseinsanalytisches Seminar DaS, Sonneggstrasse 82, 8006 Zürich

Seminarleitung: Dr. med. Uta Jaenicke und Dr. phil. Alice Holzhey-Kunz

Tel.: 044 361 77 31 / 044 361 32 32, [www.daseinsanalyse.ch](http://www.daseinsanalyse.ch)

## **Vertiefende Literatur**

eine Übersicht über weiterführende Literatur zur Daseinsanalyse gibt unsere homepage **[www.gad-das.ch](http://www.gad-das.ch)**

Autorin: Dr. phil. Alice Holzhey-Kunz

## **PROZESSORIENTIERTE PSYCHOTHERAPIE**

**Forschungsgesellschaft für Prozessorientierte Psychologie (FGPOP)  
Institut für Prozessarbeit (IPA)**

### **Kurzer historischer Überblick**

Nach seinem Abschluss in Physik am Massachusetts Institute of Technology in den USA kam Arnold Mindell in die Schweiz, um hier sein Physikstudium an der ETH in Zürich fortzusetzen. In Zürich lernte er die Jungsche Tiefenpsychologie kennen und verlagerte den Schwerpunkt seiner Studien auf die Analytische Psychologie von Carl Gustav Jung. Als Lehranalytiker am Jung-Institut in Küsnacht begann Arnold Mindell in den 1970-er Jahren Krankheit als sinnvollen Ausdruck des Unbewussten zu erforschen. Die Entdeckung, dass Körpersymptome und Träume dieselbe Botschaft widerspiegeln, führte Mindell zum „Traumkörperkonzept“, dem Grundstein der Prozessorientierten Psychologie. Diese geht in Erweiterung der klassischen Jungschen Arbeitsweise davon aus, dass nicht nur Nachtträume einen Königsweg zum Unbewussten darstellen, sondern auch Körper- und Beziehungserfahrungen, Interaktionen in Gruppen und Organisationen sowie Synchronizitäten. Die Gesamtheit der verbalen und nichtverbalen Signale bilden einen vielschichtigen Zugang zum Unbewussten.

1982 gründete Mindell zusammen mit KollegInnen in Zürich die Forschungsgesellschaft für Prozessorientierte Psychologie (FG POP). Seither hat sich die Prozessorientierte Psychologie (POP oder auch „Prozessarbeit“ genannt) zu einer umfassenden therapeutischen Lehre entwickelt, die sich mit einem weiten Spektrum menschlicher Erfahrungen beschäftigt. Neben Therapie und Beratung von Einzelpersonen, Beziehungen und Familien bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen findet sie Anwendung in der Arbeit mit künstlerischen Prozessen, im Coaching, in der Kultur- und Teamentwicklung von sozialen Systemen, in Gruppenkonflikten sowie in interkulturellen Konflikten.

Die „Tochter der Jungschen Psychologie“ ist heute erwachsen. Sie steht auf eigenen Beinen und ist international vertreten mit Ausbildungszentren in den USA, England, Irland, Polen, Slowakei, Australien, Neuseeland und Japan, sowie mit Ausbildungs- und Trainingsgelegenheiten u.a. in Dänemark, Deutschland, Est-

land, Russland, Ukraine, Griechenland, Israel und Indien. 2007 wurde mit der Gründung der International Association of Process Oriented Psychology ([www.iapop.com](http://www.iapop.com)) in London ein neues Kapitel der weltweiten Zusammenarbeit eröffnet. Über 100 diplomierte ProzessarbeiterInnen bilden derzeit die internationale Fakultät und arbeiten an der Entwicklung von gemeinsamen Standards für Aus- und Weiterbildungen in Prozessorientierter Psychologie.

### **Zuordnung zur einer psychotherapeutischen Hauptrichtung**

Die Jungsche Psychologie ist die wichtigste Quelle der Prozessorientierten Psychologie und bestimmt auch heute deren grundlegende therapeutische Ausrichtung. Jungs Verständnis der Therapie als eines Individuationsprozesses, bei dem nach und nach immer tieferes, unbewusstes Material in die KlientInnenpersönlichkeit integriert wird, liegt auch der Theorie des Therapieprozesses in der Prozessorientierten Psychologie zugrunde. Therapie wird als ein fließender Veränderungsvorgang verstanden, der durch das Aufgreifen und Bearbeiten von Träumen, Körpererfahrungen, Beziehungs- und Gruppenprozessen unterstützt und entfaltet werden kann. Mit der Analytischen Psychologie teilt Prozessarbeit die Idee der Zweckgerichtetheit von Prozessen (Finalität) sowie das Interesse an den Beziehungen zwischen individuellen und kollektiven Prozessen. Aus dieser Perspektive ist die POP der Tiefenpsychologie zuzuordnen. Die POP ist aber auch der humanistischen Psychologie nahe, da sie möglichst im Hier und Jetzt von TherapeutIn/FacilitatorIn und KlientIn/Gruppe bleiben will und intendierte und nicht intendierte Kommunikationssignale berücksichtigt. Durch das Aufgreifen von Körpersignalen, Symptomen und psychosomatischen Prozessen besteht eine Anlehnung an die Körperorientierte Psychotherapie. Und nicht zuletzt ergibt sich durch das prozessorientierte Verständnis von systemischen Interaktionen zwischen Individuum, Beziehung und sozialer Einheit, Familie und Gruppe eine Verwandtschaft der POP zur Systemtherapie.

### **Grundkonzepte, Menschen- und Weltbild, Gesundheits- und Krankheitsverständnis**

Dem Konzept des „Traumkörpers“ liegt die Idee einer „Prozesslogik“ zugrunde, die besagt, dass Körpersymptome, Nachträume, Beziehungsinteraktionen und Synchronizitäten das gleiche Muster oder die gleiche Bedeutung ausdrücken. Damit ergeben sich Möglichkeiten, bisher nicht wahrgenommene Teile des jewei-

ligen Prozesses aufzugreifen. Dieses Konzept legte den Grundstein zur Entwicklung eines differenzierten dreiteiligen Modells der Erfahrungsebenen der Wirklichkeit in den 1990-er Jahren. Die zentrale Annahme dieses Modells gründet darauf, dass Wahrnehmen und Bewusstwerden ein mehrschichtiger Erfahrungsprozess ist.

Auf der Erfahrungsebene der „Konsensus-Realität“ lassen sich Signale als dauerhafte, objektiv messbare Informationen wahrnehmen und festhalten. Diese Ebene der Wirklichkeit entspricht den Raum- und Zeitbegriffen der Newtonschen Physik und wird als die uns geläufige abendländische Alltagsrealität wahrgenommen. Sie ist geprägt vom Dualismus zwischen Subjekt und Objekt. Ganz praktisch werden auf dieser Ebene viele Probleme, mit denen unsere KlientInnen in die Beratung kommen, aufgegriffen und bearbeitet. Auf dieser Ebene betont die POP speziell die Psychologie der Teile, ihre Diversität sowie die Interaktionen der Teile als innerpsychologisches Phänomen wie auch als soziale Wirklichkeit der KlientInnen. Themen wie Rang, Status, Privilegien und Macht werden erforscht und in lokale und globale Zusammenhänge gestellt. Die kulturell bedingte Beschreibung der Alltagswelt als Konsens-Realität legt fest, was „normal“ ist und wie wir uns z.B. als Frau und Mann hinsichtlich unserer ethnischen Zugehörigkeit, unserer sexuellen Orientierung, unserem Alter usw. verhalten sollen. Viele Menschen kommen in die Psychotherapie, weil sie sich in diesen kulturell definierten Normen nicht mehr wohl fühlen und einen eigenen Weg für ein erfülltes Leben suchen.

Auf der Erfahrungsebene der „Traum-Wirklichkeit“ werden Signale und Informationen in Form von subjektiven Erfahrungen der Wahrnehmung zugänglich. In der Traum-Wirklichkeit begegnen sich unsere Alltagsidentität und die aus dem unbewussten Hintergrundprozess heraus sich manifestierenden Prozesse in komplementärer Weise. An dieser Schnittstelle arbeitet die Prozessorientierte Psychotherapie daran, das reichhaltige psychische und somatische Erleben aufzugreifen, um dem Bewusstsein zugänglich zu machen und mit der Alltagswirklichkeit in Bezug zu bringen.

Die Erfahrungsebene der "Essenz" ist weniger direkt zugänglich. Es geht darum, mit kaum fassbaren, präverbalen Wahrnehmungen und Tendenzen (Stimmungen, Intuitionen, irrationalen Wahrnehmungsphänomenen) besser in Kontakt zu treten. Innovative Amplifikationsmethoden („Feinspürwahrnehmung“) unterstützen die Entfaltung dieser subtilen Tendenzen, um jenseits der Dualität und Diversität der



Konsensus-Realität mittels „Feinspürbewusstsein“ („sentient awareness“) eine dem Leben zugrunde liegende Essenz zu erfahren.

Aus dem bisher Dargelegten lässt sich folgendes Menschenbild ableiten: Der Mensch ist ein bio-psycho-soziales, einzigartiges Wesen, das einen Lebensprozess durchläuft, der durch homöostatische und selbst erneuernde Prozesse gekennzeichnet ist. Das Individuum wird als ein Leben lang lern-, veränderungs- und entwicklungsfähig erachtet. Zu den zentralen Anliegen der Prozessorientierten Psychologie gehört es, Wahrnehmung und Bewusstheit für diese selbstorganisierenden Entfaltungsprozesse zu schulen und zu vertiefen und damit den Menschen zu mehr Wahlmöglichkeiten und Lebensqualität zu verhelfen.

Das Verständnis von Gesundheit und Krankheit sind zumindest umgangssprachlich immer auch mit dem subjektiven Erleben verknüpft. Die letzte Instanz für das Gefühl, gesund oder krank zu sein, ist das erlebende Individuum. Trotzdem muss versucht werden, Gesundheit resp. Krankheit so weit wie möglich auch intersubjektiv festzulegen. Dies vor allem, wenn gesundheitspolitische, rechtliche und finanzielle Aspekte eine Rolle spielen, wie dies in der Psychotherapie der Fall ist. Somit sind hinsichtlich des Verständnisses von Gesundheit resp. Krankheit aus der Sicht der POP sowohl der salutogenetische, an Gesundheitsressourcen interessierte Ansatz, als auch der pathogenetische Ansatz von Bedeutung. Die Prozessorientierte Psychotherapie gebraucht schulenspezifisch einen phänomenologischen Zugang bei der Diagnose und Beschreibung von Symptomen und Störungen. Innerhalb dieses Ansatzes werden Störungen nicht hinsichtlich ihrer Pathologie betrachtet, sondern es wird die sich aus dem Menschenbild ergebende Grundannahme angewendet, dass Symptome oder Störungen das Potenzial zur Lösung oder Heilung keimhaft enthalten. Heilung ist dabei im Sinne einer Ganzwerdung und einer Identitätserweiterung zu verstehen.

### **Konkrete Methode und Technik**

Einen Prozess zu erkennen und zu entfalten ist der Schwerpunkt der prozessorientierten Arbeitsweise. Entsprechend ihrer phänomenologischen Grundhaltung setzt die Prozessarbeit dort an, wo der einzelne Mensch oder eine Menschengruppe sich und ihre Probleme subjektiv erfahren und beschreiben. Durch diese Beschreibung teilt sich der Lebensprozess in bewusstseinsnähere („primäre“) und bewusstseinsferne („sekundäre“) Aspekte. Während sich ein Einzelner oder eine Gruppe mit den bewusstseinsnäheren Teilen ihrer Lebensbeschreibung identifi-

ziert, kommen ihnen die bewusstseinsferneren Teile meist fremd und/oder störend vor. Diese begegnen dem Ich als Nachträume oder Phantasien, als Stimmungen, Zwänge, irritierende Blockaden, als Körpersymptome, als innere oder äußere Konflikte. Die prozessorientierte Arbeitsweise stellt einen Zugang zu den bewusstseinsferneren Erfahrungen her und macht diese erlebbar. Durch das achtsame und nicht wertende Entfalten kann sich der Sinn hinter den sekundären Prozessen enthüllen, und so ergeben sich Hinweise auf die vorhandenen Entwicklungs- und Heilungsmöglichkeiten.

Um mit möglichst vielen Erfahrungsmodalitäten arbeiten zu können (Hören, Sehen, Spüren, Bewegen, Beziehungen, Gruppenerleben, Spiritualität) hat die Prozessorientierte Psychologie in der praktischen Arbeit Elemente unterschiedlicher therapeutischer Schulen (z.B. Gestalttherapie, Körper- und Bewegungstherapien, Kreativitätstherapien, Psychodrama und andere) integriert, sofern diese Methoden den aktuellen KlientInnenprozess sinnvoll unterstützen und zur Entfaltung bringen. Auf der Ebene der konkreten Interventionstechniken in der therapeutischen Praxis versteht sich die Prozessarbeit entsprechend als integrativ.

### **Konkretes Beispiel**

Arnold Mindell beschreibt die Arbeit mit einer Klientin mit einem psychosomatischen Symptom: „Eine Frau träumte, sie habe ein Magengeschwür. Statt am Traum zu arbeiten fragte ich sie erst nach ihren Magenproblemen. Sie antwortete, sie habe die Diagnose eines Ulkus. Auf die Frage, wie sie das Geschwür wahrnehme, sagte sie, es fühle sich an, als ob sie einen Nagel in ihrem Bauch habe, der ein Loch hineinbohre. Ich bat sie, sich auf das Loch zu konzentrieren. Sie meinte, das Loch im Bauch würde so gross, dass sie ihren Bauch öffnen, ja alles in sich öffnen müsste, um Luft, um den Geist hereinzulassen. Anschließend erzählte sie von dem Traum, in dem ein Arzt ein Messer aus ihrem Bauch zog. Der Arzt im Traum meinte, dieses Messer sei ein spirituelles Geschenk. „Ich verstehe diesen Traum selbst, er muss mit meiner Körpererfahrung verbunden sein, mit dem Nagel.“ Es ging offenbar um eine Art Schärfe in ihr und um eine Möglichkeit, sich zu verändern, sich für neue und unerwartete Ereignisse zu öffnen.

Als es allmählich Zeit wurde, die Stunde zu beenden, fiel mir auf, wie sie mich intensiv anstarrte, während sie sagte: „Ich habe gerade stechende Kopfschmerzen bekommen.“ Ich wunderte mich über diesen intensiven Blick und fragte sie, ob sie einverstanden sei, eine Weile auf diesen Blick zu achten. Sie sagte, ihr

Blick sei ein „Schandblick“, der anzeige, dass sie mich ausschimpfen wolle! „Wenn ich scharf mit Ihnen sein könnte, würde ich sagen, Sie haben mich nicht aufgefordert, die Stunde zu bezahlen. Sie warten darauf, dass der andere solche Dinge anspricht. Denken Sie mehr an sich!“ Dieser Kommentar erinnerte mich an meine eigenen Probleme. Ich war berührt, sie fühlte sich auch berührt und sagte, mit der Erfahrung des „sich Öffnens“ wolle sie jetzt mehr „in andere hineingehen“ und diese auch öffnen! Der Punkt ist, dass das Motiv des stechenden Gegenstandes im Traum auftauchte, aber auch in der Körpererfahrung des Ulkus, im stechenden Kopfschmerz und in der Weise, wie sie mich unabsichtlich scharf anblickte. Dieses Beispiel zeigt, wie sich der Traumkörper als stechende, öffnende Erfahrung manifestiert und in Träumen, Körpersymptomen und Beziehungssignalen gefunden werden kann. (...).

Die Klientin kam für eine zweite Sitzung, in der ich sie bat, für ein paar Minuten im Raum herumzugehen und mir zu sagen, was ihr dabei auffalle. Nach ein paar Schritten bemerkte sie, wie laut sie ihre Füße auf den Boden aufsetze. Auf meine Frage, wie diese lauten Schritte in ihren Ohren klängen, antwortete sie „Wie scharfe Schläge einer Peitsche!“ In anderen Worten: das Messer, die spirituelle Erfahrung und der scharfe Blick, den sie auf mich gerichtet hatte, manifestierten sich auch in den spontanen Bewegungen! Das ist der Traumkörper in Bewegung. (...)

Die Klientin arbeitete an Wochenenden für ihre Kirchengemeinde. Zwar half sie der Gemeinde sehr gerne, aber selbst nachdem sich ihr Magengeschwür gebessert hatte, spürte sie weiter Kopfschmerzen an den Wochenenden. Sie hatte nicht den Mut, ihre eigenen Vorschläge scharf und bestimmt in die Gruppe der GemeindemitarbeiterInnen einzubringen. Schliesslich schlug ich ihr vor, an ihren Kopfschmerzen öffentlich zu arbeiten. Mit einiger Ermutigung ging sie zurück in ihre Gruppe und erwähnte dort, zunächst recht zögernd, dass ihre Kopfschmerzen eine Botschaft für die umgebende Welt sein könnten. Sie sass ruhig da und spürte den Schmerzen nach. Dann sah sie ein inneres Bild zu den Schmerzen: Eine Axt wollte ihren Kopf in zwei Hälften spalten und die Köpfe aller anderen auch! Sie teilte diese Fantasie der Gruppe mit. Einige Mitglieder der Gruppe erschrakten. Sie erklärte der Gruppe, die Axt wolle die Mitglieder der Gruppe darauf aufmerksam machen, dass sie sich nicht genug umeinander kümmerten und zu sehr mit den gruppeninternen Konflikten beschäftigt seien. Damit habe ihre innere Arbeit geendet, und sie habe sich danach besser gefühlt. Noch besser war der Effekt auf die

Gruppe: Die Mitglieder erkannten sich darin, und beschlossen, statt einander gegenseitig zu bekämpfen, etwas für ihre Gemeinschaft zu tun!

(Aus: Arnold Mindell, The Dreambody, 1998; Übersetzung R. Heidelberg)

### **Für wen eignet sich die Therapie?**

Im Laufe der Jahre hat sich die Arbeitsweise der POP in verschiedene Richtungen entwickelt, so dass die psychotherapeutischen Anwendungen im Einzel-, Paar- wie auch im Gruppensetting gängig sind.

### **Dauer der Therapie**

Das zeitliche Setting einer prozessorientierten therapeutischen Arbeit variiert ausgehend von den Bedürfnissen, Erwartungen und Möglichkeiten der jeweiligen KlientIn – möglich sind kurzzeitige Interventionen z.B. in Krisen, wie auch längere Therapieverläufe mit unterschiedlich häufigen Sitzungsfrequenzen.

### **Wirksamkeitsstudien und Wissenschaftsnachweis**

Die Prozessorientierte Psychologie folgt bei Studium und Erforschung von menschlicher Erfahrung einem phänomenologischen und heuristischen Zugang. Qualitative und auch quantitative Erforschung der Wirksamkeit der prozessorientierten Methode ist ein wichtiges Anliegen. Einzelfallanalysen (Diplomarbeiten), publizierte Dissertationen und Forschungsartikel belegen die Forschungstätigkeit innerhalb der POP. Es ist festzuhalten, dass die FG POP/IPA als relativ kleine Forschungsrichtung derzeit noch nicht über eine umfassende quantitative Studie zur Wirksamkeit der Methode oder schulspezifischer Techniken verfügt. Zu erwähnen ist die aktive Teilnahme der FG POP/IPA an der breit angelegten, aktuell laufenden Praxisstudie Ambulante Psychotherapie Schweiz (PAP-S) der Charta.

### **Grösse der Ausbildungsinstitution**

Das Institut für Prozessarbeit IPA wurde 2005 unter dem Dach der FG POP gegründet. Zuvor hat die 1982 gegründete FG POP stets auch Prozessorientierte PsychotherapeutInnen ausgebildet, von denen gegenwärtig rund 25 in der Schweiz und viele weitere in anderen Ländern tätig sind. Über die schweizerischen und europäischen Fachverbände (EAP, IFP) sowie durch die Einbindung in

die International Association of Process Oriented Psychology ([www.iapop.com](http://www.iapop.com)) ist eine breite internationale Vernetzung des IPA gegeben.

### **Therapievermittlungsstelle**

Das Institut für Prozessarbeit führt auf seiner Homepage eine Adressliste der diplomierten Prozessorientierten PsychotherapeutInnen und BeraterInnen für die Schweiz, Deutschland und Österreich ([www.prozessarbeit.ch](http://www.prozessarbeit.ch)).

### **Ombudsstelle und/oder Standeskommission**

Die Ethikkommission ist ein Organ des Vereins FG POP. Sie kann von betroffenen KlientInnen und Studierenden sowie von Dritten, die von direkt Betroffenen beauftragt sind, bei Verstößen gegen die ethischen Regeln angerufen werden.

### **Adresse der Ausbildungsinstitution**

Forschungsgesellschaft für Prozessorientierte Psychologie (FG POP) / Institut für Prozessarbeit IPA

Binzstrasse 9, CH-8045 Zürich, Tel. : 044 451 20 70, Fax: 044 450 13 60

[fg-pop@gmx.ch](mailto:fg-pop@gmx.ch), [www.prozessarbeit.ch](http://www.prozessarbeit.ch)

Autoren: PhD Reinhard Hauser; Dr. Josef Helbling; lic. phil. I Thierry Weidmann

### **Literatur**

Arnold Mindell, The Dreambody, Lao Tse Press, Portland, 1998

## PSYCHO-ORGANISCHE-ANALYSE

### Ecole Française d'Analyse Psycho-Organique EFAPO

#### Historischer Überblick und Beschreibung

*„Psycho-Organische Analyse: eine neue psychotherapeutische Richtung, welche Elemente der Freudschen und Jungschen Psychoanalyse aufnimmt sowie körperbezogene Elemente aus den Theorien von Wilhelm. Reich. Paul C. Boyesen hat diese Elemente seit 1970 in eine kohärente Theorie integriert, welche zu einem konkreten therapeutischen Vorgehen geführt hat“*

Der Ausdruck APO kommt aus dem Englischen, *Psycho-Organic Analysis* und leitet sich einerseits von *Psychoanalyse* ab, aber integriert auch den *organischen* Aspekt. Psycho-Organisch meint die Verbindung zwischen Psyche und der gesamten organischen Organisation einer Person, d.h. die Gesamtheit ihrer Inhalte und Strukturen. Die APO verbindet analytische Arbeit mit dem körperlichen und emotionalen Ausdruck auf engste. Die Psychotherapie gemäss APO schlägt eine Arbeit vor, die sich so eng wie möglich an den Empfindungen orientiert und als machtvollen Hebel der Wandlung Bilder verwendet. Sie gibt der freien Assoziation ebenso Raum wie der Verinnerlichung und dem Ausdruck von Gefühlen sowie der Analyse von körperlichen, symbolischen und sprachlichen Phänomenen, welche sich im Laufe des Prozesses manifestieren.

Paul Boyesen hat seit 1975 phänomenologische Modelle erarbeitet wie etwa den *psycho-organischen Zirkel* oder die Arbeit am *Primärimpuls* (Primary Impulse Training), was nicht nur hilfreich ist für das Verständnis innerpsychischer Abläufe, sondern es auch ermöglicht, das Beziehungsgeschehen im therapeutischen Prozess sowie Übertragung und Gegenübertragung wahrzunehmen. Damit hat er nicht so sehr psychoanalytische Konzepte an die Arbeit mit dem Körper angepasst, sondern Verbindungen gesucht zwischen Verbalisierung, Bildproduktion und energetischen Bewegungen im Körper. Ausserdem hat er dem Beziehungsaspekt in der therapeutischen Kur starke Beachtung geschenkt und die Freudsche Wahrnehmung von Übertragung und Gegenübertragung in seine Arbeit eingeführt.

Der *psycho-organische Zirkel* (*Le Cercle Psycho-Organique*) und das *Primärimpulstraining* (*Primary Impulse Training*) bieten ein diagnostisches Raster, mit Hilfe dessen wir verstehen können, wie die *Primärenergie* (*l'énergie primaire*) – die zunächst unspezifisch ist – in Gestalt von Handlungen oder Ausdrucksweisen in spezifische Formen inkarniert wird. Andererseits zeigt das *Primärimpulstraining* auch die Wirkkraft von Bildern auf, die dem therapeutischen Wandlungsprozess gleichsam als Hebel dienen. Eine Serie von Wachträumen etwa generiert bestimmte archetypische Bilder und vermag damit die aus dem Unbewussten aufsteigenden Inhalte symbolisch zu fassen und die Individuation der Persönlichkeit zu unterstützen.

### **Zuordnung zu einer psychotherapeutischen Hauptrichtung**

Die Methode versteht sich gleichzeitig als analytisch und körperpsychotherapeutisch. Sie ist eine Verbindung von psychoanalytischen und körperpsychotherapeutischen Ansätzen, oder gar eine Weiterführung der Psychoanalyse in dem Sinne, dass die APO mit Widerstand und Übertragung arbeitet und gleichzeitig den „verbalen“ psychoanalytischen wie den „körperbezogenen“ Ausdruck fördert, und zwar im Rahmen einer „Interventionsethik des freien Assoziierens“. In diesem Sinne muss die APO als eine psycho-physisch orientierte Form der Psychoanalyse verstanden werden.

### **Menschen- und Weltbild, Gesundheits- und Krankheitsverständnis**

*Menschenbild:* Die Existenz des Menschen vollzieht sich zwischen dem „Angeborenen“ und dem „Erworbenen“, und in diesem Sinne ist sie in ständiger Entwicklung begriffen. Die Idee der jeweiligen Existenz ist nicht bekannt, aber alle Glaubenssysteme rechtfertigen die Existenz auf ihre Weise.

Diese Glaubenssysteme sind von einer Person zur andern sehr unterschiedlich, aber sie sind auch geprägt von der Lebenserfahrung des Menschen, also von den Ereignissen im Laufe seines Lebens. „Nicht sich selber sein“ bedeutet, nicht das sein können, als das man im Tiefsten gemeint ist, das heisst, zu weit von der Idee seiner Existenz entfernt zu sein. Nehmen wir einen Baum als Metapher: Es ist, als wäre der Baum zu stark gebogen, beschnitten, habe vielleicht zu wenig Sonnenlicht, zu wenig gute Erde, werde überwuchert oder von Parasiten befallen etc.

Treiben wir das Bild des Baumes noch weiter: Aus dem Samen einer Tanne wird eine Tanne. Er wird nicht zu einem „Hasen“. Er wäre sehr „enttäuscht“, wenn er ein „Hase“ würde. Das Angeborene enthält das Bild dessen, was er werden soll, und das Erworbene wird dazu beitragen, im Rahmen der Beziehung zum Andern; es besteht die Hoffnung, dass seine Umwelt ihn gut nährt, aber die Umwelt wird nicht immer zu seinem Vorteil auf ihn einwirken. Er wird nie mit dem angeborenen Bild identisch werden, welches dennoch der Motor seiner Entwicklung ist. Er wird sich ein wenig anders entwickeln, je nachdem, was ihm in seinem Leben zustossen wird, und wird sich ein Stück weit anpassen. So kann man den Menschen sehen wie einen Baum, der sich unter andern Bäumen und andern Pflanzen entwickelt, und wo sich immer wieder die Frage stellt: Hat er genug Platz? Genug oder zu viel Sonne, Regen oder nährnde Erde? So können die Lebensprozesse dem angeborenen Bild nie ganz gerecht werden.

*Gesundheitsverständnis:* Gesundheit, in diesem Zusammenhang geistige Gesundheit, basiert auf der Fähigkeit, ein Bewusstsein davon zu entwickeln, dass ich ich selber bin, gemeinsam mit dem Andern, in einer Umgebung, die sich mir gegenüber nicht immer nur positiv verhält. Das verlangt eine ständige Regulierung der Werte des Zusammenlebens, von Aktion und Reaktion im Miteinander (Makroregulation) sowie organischer und psychischer Aktivitäten in der Persönlichkeit (Mikroregulation).

*Krankheitsverständnis:* Zeichen einer Krankheit können wie eine Sprache erscheinen, die mitteilt, dass etwas nicht geht, dass etwas schlecht gesagt oder ausgedrückt werden kann. Damit ist aber nicht unbedingt ein verbaler Ausdruck gemeint, im Gegenteil geht es oft, ja sogar meistens gerade nicht um verbalen Ausdruck. Es ist der gesamte Organismus, der nicht mehr natürlich funktioniert, er kann sich nicht mehr in der ihm gegebenen Sprache ausdrücken, und er funktioniert auf intrapsychischem Niveau über Unterdrückung und Verdrängung. Die Folge davon ist, dass der Organismus seinen Schwung zurückhält, also unter Druck gerät – wie uns etwa der Ausdruck „Depression“ verrät, mit dem wir ausdrücken, dass „Druck“ zurückgehalten wird. Um diese komplexen Zusammenhänge zusammenzufassen, könnten wir sagen, dass es grundsätzlich drei Strukturierungsniveaus im Gebiet der „Neurosen“ gibt:

- Die Reaktions-„Neurosen“: Ein Vater bedroht und schlägt seinen Sohn. Dieser schwört sich, nie zu werden wie sein Vater. Nachdem er 30 Jahre lang sein Möglichstes getan hat, um sich entsprechend zurückzuhalten und immer freundlich zu



sein, explodiert plötzlich die angestaute Wut, was natürlich unerwartet ist und für andere schockierend („Er, der immer so freundlich war!“).

- Die Identifikations-„Neurosen“: Eine Tochter, die sich aus einer symbiotischen Beziehung zu den Eltern lösen wollte, indem sie versucht, ganz anders zu sein als diese, stellt 10 oder 30 Jahre zu ihrer eigenen Überraschung fest, dass sie in ihrem Leben genau das gemacht hat, was sie nicht wollte und was sie an ihren Eltern gar nicht schätzte. In einem solchen Fall können wir von einem Introjekt sprechen, von einer „unbewussten Identifikation“ mit den Eltern. Ein Stück weit ist das normal, denn die Eltern sind ja die ersten Strukturierungsmodelle für die sich entwickelnde Persönlichkeit. Aber eine solche Identifikation kann sich sehr lange halten, und sie kann tief unbewusst sein.

- „Neurosen“, die mit physiologischen oder genetischen Funktionsmöglichkeiten zu tun haben: Mit „Neurosen“, welche mit einer physiologischen oder genetischen Problematik zusammenhängen, meinen wir in der APO solche, die aus dem Gebrauch bzw. Nicht-Gebrauch ererbter Fähigkeiten zusammenhängen. Wenn etwa ein Kind durch familiäre Vererbung spezielle (musikalische, künstlerische, wissenschaftliche etc.) Fähigkeiten besitzt und sie – aus was für Gründen immer – nicht anwendet, kann daraus eine „Neurose“ entstehen, weil es von seiner Begabung nicht profitiert, sondern seine Energie darauf verwendet, sie nach Möglichkeit zu verdrängen oder zu vermeiden.

In der APO befassen wir uns vor allem mit den beiden ersten „Neurosen“-Formen. Genetische und physiologische Fragen gehören eher zur Psychiatrie und zur Medizin und sind weniger Gegenstand der APO.

## **Konkrete Methoden und Techniken**

Ähnlich wie in der Psychoanalyse ist die Technik vor allem die freie Assoziation und das Auftauchen des bisher nicht Ausgedrückten. Wir richten unser Augenmerk nicht nur auf das Verdrängte (und Zurückgehaltene), sondern auch und vor allem auf das nicht Realisierte. Im nicht Realisierten liegt der Lebensschwung der Entwicklung und der Entfaltung der Persönlichkeit. Der verbale und körperliche Ausdruck wird nach Möglichkeit ermutigt. Die Arbeit mit Sinn und Sinnen ist fundamental; dabei erschliesst sich der Sinn im Verbalisieren und Konzeptualisieren, die Sinnesempfindung, indem man sich der organischen Seite unserer Erfahrungen über Empfindungen bzw. Gefühle bewusst wird, die manchmal äusserst subtil

sind. Hierbei handelt es sich um die konkrete Umsetzung eines Theorems der APO, welches wir mit dem Ausdruck „Der Körper der Worte“ umschreiben: „Das ‚Wort‘ wirkt im Körper“. Wenn ein Gedanke verhindert wird, hinterlässt er sowohl im Körper wie in der Psyche eine Art Abdruck; genauso ist es auch umgekehrt, wenn der Körper berührt wird und dabei Sinnesempfindungen, Gefühle, Bilder oder Sprache ausgelöst werden.

Die APO untersucht, wie ein Wort, das über ein Bild und ein diesem zugrundeliegendes präimaginales Muster hindurch geführt wird, den Körper berührt. Sie analysiert die Phänomene aber auch in umgekehrter Richtung: wie aus den tiefen des biologischen Unbewussten sich ein Bild formen und später ein Wort entstehen und ausgesprochen werden kann. Sie erlaubt es, über einen feinen und genauen Zugang zum Unbewussten, zu erkennen, wie im Laufe dieser Übergänge Blockaden oder neurotische Verzerrungen entstehen und wie man – ob nun der Zugang über den Körper, über Bilder oder über das Wort gesucht wird – eine Energie freisetzen kann, welche wieder eine gute Zirkulation zwischen den verschiedenen Ebenen sowie zwischen dem Bewusstsein und dem Unbewussten ermöglicht. Die Arbeit mit dem Primärimpuls, die Determiniertheit der Situationen, welche das Unbewusste strukturieren.

### **Konkretes Beispiel**

Sigmund Freud hat uns gelehrt, dass die Traumdeutung der Königsweg zur Erkenntnis des unbewussten Lebens der Psyche ist. Deshalb möchte ich den Traum eines früheren Patienten vorstellen. Er war ein ca 40-jähriger Mann und war wegen Abhängigkeitsproblemen in seinen Beziehungen zu Frauen in Behandlung gekommen; ausserdem litt er unter seiner Passivität, einer Neigung zu symbiotischen Beziehungen und sexuellen Schwierigkeiten sowie zu abrupten Beziehungsabbrüchen, und er hatte Angst vor betont männlichen Männern. In einer Sitzung beschrieb er mir den Traum, den er einige Nächte zuvor geträumt hatte.

„Ich befand mich in einer Gefängniszelle. Es war ein Keller mit Steinboden. Ich konnte durch die Gitterstäbe der geschlossenen Tür den Wächter sehen. Es gab da einen grossen Raum, in dem der Wächter herumspazierte oder sich nieder setzte. Es gab auch eine Treppe, welche gegen eine Lichtquelle hinauf führte – es war anzunehmen, es sei das Tageslicht. Ich wusste nicht, was ich denn angestellt haben sollte, aber ich sass da schon seit langer Zeit. Ich bat den Wächter darum,

dem Richter vorgeführt zu werden, aber er antwortete, das sei bereits geschehen und er könne da nichts machen. Dann erwachte ich.“

Der Traum beunruhigte meinen Klienten sehr; er rief in ihm sehr bekannte Gefühle wach, Gefühle, mit denen er fast immer gelebt hatte und die er auch jetzt noch empfand. Aber vor allem fragte er sich, was er denn angestellt haben könnte. In der folgenden Sitzung sagte er mir, sein Traum sei wieder gekommen, und er sei nun in der Zelle herumgelaufen, habe sich niedergesetzt, sei wieder aufgestanden und herumgelaufen. An dieser Stelle sei er halb aufgewacht und habe wirklich gespürt, wie er eingeschlossen sei und sich gefragt habe, warum er denn in dieser Gefängniszelle sitzen müsse. Was hatte er denn getan? Er fühlte, wie sein ganzes Leben eingesperrt war und dass er da nicht heraus konnte. Aus seiner Zelle heraus betrachtete er wieder und wieder den Gang und die Treppe, die zum Licht hinauf führte. Der Wächter war immer noch da, und er fragte ihn: *„Wie lange muss ich da drin sein?“* Und der Wächter antwortete: *„Normalerweise sehr lange.“*

Ich forderte meinen Klienten auf, sich den Traum wieder zu vergegenwärtigen und seine verschiedenen Phasen zu untersuchen. Er war dabei frei, alle aufsteigenden Assoziationen beizubringen und alle Gefühle oder Körperreaktionen, die sich einstellten, auszudrücken. Was er spürte, war die ganze Lebensenergie, die er zurückhielt, und die starke Anziehung, die das Licht auf ihn ausübte; für ihn bedeutete es die Möglichkeit, in die Welt einzutreten. Er fühlte auch, welches Ausmass an Leiden mit seiner Isolierung in diesen Steinmauern zusammenhing, und er empfand Reue über das, was er gemacht haben könnte, obwohl er immer noch nicht wusste, was es denn sein könnte. Am Ende der Sitzung war er äusserst verwirrt von dem brennenden Gefühl lebendiger Kraft, das er in seinem Gefängnis zurückhielt, und er wusste nicht, ob er resignieren oder kämpfen sollte.

Zur folgenden Sitzung kam mein Klient mit einem entspannten Lächeln auf den Lippen und meldete, der Traum habe ihn nicht in Ruhe gelassen, sondern sei wieder gekommen, und es sei etwas sehr Wichtiges passiert:

*„Ich sass auf der Bank in meiner Zelle und blickte durch die Gitterstäbe. Ich konnte auf der andern Seite den Wächter sitzen sehen. Ich konnte auch das Licht sehen und das untere Ende der Treppe. Merkwürdigerweise sass der Wächter genau in der gleichen Position wie ich. Ich schaute mir die Tür an und stellte zu meiner grossen Überraschung fest, dass sie offen war. Tatsächlich, diese Tür, die immer geschlossen gewesen war, stand einen Spalt breit offen. Ich stand auf und ging auf sie zu. Ich hatte Angst, sie würde sich wieder schliessen, aber das ge-*

*schah nicht. Ich trat über die Schwelle, indem ich die Tür ein bisschen weiter aufstiess. Der Wächter stand auf, ich ging auf ihn zu und sagte: ‚Ich bin frei!‘ ‚Aber sie können nicht weg,‘ antwortete er mir äusserst nervös. ‚Aber sie können nicht weg,‘ wiederholte er. ‚Wenn Sie hier weggehen, was mache dann ich?‘ ‚Das weiss ich auch nicht, aber ich gehe,‘ sagte ich zu ihm. Ich schaute den Wächter an, der mich, völlig aus der Fassung gebracht, anstarrte. Er erklärte mir, er sei Wächter, und in dieser Funktion müsse er hier bleiben, und wenn ich nun wegginge... Wie konnte man denn ohne Gefangenen Wächter sein? In diesem Moment verstand ich, dass ich der Wächter war, und dass das nun schon seit vielen Jahren so lief, dass ich mich fixierte oder am selben Ort trat, während ich eine Seite von mir beaufsichtigte, die im Gefängnis sass. Hochaufgerichtet ging ich an dem Wächter vorbei auf das Licht zu, während seine Stimme hinter mir wiederholte: ‚Aber was wird jetzt aus mir?‘*

Ich konnte zuschauen, wie das Gesicht meines Klienten mehr und mehr aufleuchtete, als er mir sagte: *„Die Stimme des Wächters wurde schwächer, und ich stieg die Treppe hinauf, ohne mich umzudrehen.“*

Diese „Entdeckung“ hatte Konsequenzen in seinem Alltagsleben. Zunächst aber stand da noch die grosse Frage: Was hatte er denn getan? Nichts! Das war das Überraschende: Er hatte nichts getan. Er hatte gar nichts tun können. Er kannte zwar seine Lebensgeschichte; aber erst nach diesem Traum „sah“ er, wo er „all die Jahre“ geblieben war. Als Knabe hatte er sich dem Missbrauch seiner Mutter und Schwester durch den Stiefvater nicht entgegenstellen können. Er lag Stunden und ganze Nächte lang im Zimmer nebenan und hörte die Schreie und war Zeuge des sexuellen Missbrauchs. Er war dabei passiv, ja „feminin“ geworden. Das wurde natürlich jetzt zum Thema der therapeutischen Arbeit: Seine Selbstbehauptung und seine Identität als Mann.

### **Für wen eignet sich die Therapie ?**

Die APO wird in der Arbeit mit Einzelpersonen, Paaren und Gruppen angewendet. Die meisten Anfragen stehen im Zusammenhang mit Depressionen, mit einem Fehlen von Gefühlen, Sucht, Beziehungsabbrüchen, existentiellen Krisen, aber manchmal auch einfach mit dem Wunsch, sich selber besser kennen zu lernen.

## **Dauer der Therapie**

Die Dauer der Therapie kann, entsprechend der jeweiligen Problematik, variieren von einigen Sitzungen bis zu langen, zeitlich nicht von vornherein definierbaren Prozessverläufen.

## **Wirksamkeitsstudien, Wissenschaftsnachweise**

Im „Manual“ der EFAPO werden klinische Fallstudien und wissenschaftliche Untersuchungen präsentiert. Kolloquien sowie Tagungen mit klinisch-wissenschaftlichen Themen, und nicht zuletzt die Zufriedenheit der Klienten zeigen die Wirksamkeit der Methode. EFAPO arbeitet zur Zeit an einem Studienprojekt zu solchen Fragen.

## **Ethik und Standesregeln**

Die Standesethik der EFAPO stimmt mit derjenigen der EAP (European Association for Psychotherapy) überein.

## **Das Ausbildungsinstitut**

Die Psychotherapieausbildung der EFAPO ist in Frankreich vom Syndicat National des Praticiens en Psychothérapie EAP als europäisches Institut für die Ausbildung in Psychotherapie zugelassen worden.

## **Adresse der Ausbildungsinstitution**

EFAPO, 80, rue de Vaugirard, 75006 Paris, France. Tel: 0033 (1) 43 25 69 35  
Fax: 0033 (1) 43 25 69 24. E-mai: efapo@efapo.fr, Webseite: www.efapo.fr

Autor: P. Boyesen

## **Lieratur**

(Uwe Henrik Peters; Dictionnaire de Psychiatrie, Psychothérapie et Psychologie Médicale; Urban und Schwarzenberg; München, Wien; 1999, 1974).

## **PSYCHODRAMA**

### **Psychodrama Helvetia**

#### **Historischer Überblick**

Das Psychodrama ist eines der ältesten Psychotherapieverfahren und Ursprung aller szenisch-handlungsorientierten Arbeitsweisen. Sein Grundprinzip ist es, innere Vorstellungen, Erwartungen, Denkmuster, Gefühle und Verhaltensweisen in Szenen und Bildern umzusetzen, sie damit äußerlich sichtbar und veränderbar zu machen. Die Erkenntnis, dass handlungs- und erlebnisorientiertes therapeutisches Arbeiten zu nachhaltigeren Ergebnissen führt als nur reden, ist mittlerweile auch neurobiologisch nachgewiesen. Aufgrund dieser Wirksamkeit ist es heute weit verbreitet, Rollenspiele in der Arbeit mit Einzelnen und Gruppen einzusetzen. Im Psychodrama sind diese als Teil eines Systems von aufeinander aufbauenden Techniken eingebettet in ein theoretisches Modell und ein diagnostisches Instrumentarium zur Erklärung menschlichen Erlebens, Denkens und Handelns. Diese können eingesetzt werden, um Beziehungskonstellationen in und zwischen Gruppen und Personen zu untersuchen und zu verändern (Soziometrie und Soziodrama), um konstruktive Interaktionsformen zu entwickeln (Zukunftsprojektionen und –szenarien) und kreative Fähigkeiten zu erweitern (Stegreif, Sur-Plus-Realität). Psychodrama wird in der Arbeit mit Einzelnen und mit Gruppen angewendet.

Begründet wurde das Psychodrama als Teil des so genannten Triadischen Systems (Psychodrama, Soziometrie und Gruppentherapie) vom Psychiater, Soziologen und Philosophen Jakob Levy Moreno (1889 – 1974). Beeinflusst vom existenzialistischen Zeitgeist der 20-er Jahre in Wien konzipierte er, noch vor dem Philosophen Martin Buber, mit dem er Kontakt hatte, sein Konzept der Begegnung. Sozialrevolutionäre Ziele verfolgte er, indem er in Wien mit Flüchtlingen und Prostituierten Gruppen aufbaute, die man als eine der ersten Selbsthilfegruppen der Geschichte bezeichnen kann. Fasziniert von der Spontaneität und Spielfreude der Kinder, die er bei seinen Spaziergängen in den Wiener Parks beobachtete, entwickelte Moreno das Stegreifspiel und das Konzept des Lernens durch Handeln. Die Grundlagen der Soziometrie, die er noch in seiner Wiener Zeit bei seiner Arbeit als Amtsarzt im Flüchtlingslager legte, entwickelte er nach seiner Emigration in den USA zu einer komplexen Theorie weiter. (Mit der Soziometrie lassen sich die

Beziehungen der Mitglieder einer Gruppe visuell erfassen). Dort führte er durch seine Veröffentlichungen auch erstmals die Begriffe Gruppentherapie und Gruppenpsychotherapie in die Fachwelt ein und gilt darum als Begründer der Gruppenpsychotherapie. In den folgenden Jahren entwickelte er die Techniken des Psychodramas zu einer Methode der Psychotherapie weiter, deren Anwendung ihm mit ihrem heiteren, ausgesprochen humorvollen Umgang den Verdienst einbrachte, „das Lachen in die Psychiatrie gebracht zu haben“. War das Psychodrama ursprünglich als Gruppenverfahren konzipiert, so entwickelte es sich immer mehr zu einer Methode, die gleichermassen auch im Einzelsetting angewendet werden kann. Ab den 50-er Jahren wurde das Psychodrama auch in Europa bekannt. Grete Leutz trug durch die Übersetzung von Morenos Hauptwerk ins Deutsche und durch ihr Buch „Psychodrama“ maßgeblich dazu bei. Inzwischen existieren in fast allen europäischen Ländern Psychodrama-Institute, die in der Federation of European Psychodrama Training Organisations (FEPTO) zusammengeschlossen sind.

### **Zuordnung zu einer psychotherapeutischen Hauptrichtung**

Das Psychodrama gehört von seiner ganzheitlichen Grundausrichtung und seinem Menschenbild her zu den humanistischen Therapieverfahren, gleichzeitig ist es eine höchst integrative Methode: Pädagogische, systemische, sozial-, lern- und tiefenpsychologische Elemente sind in ihr vereint und vereinbar. Es ist insofern ein tiefenpsychologisches Verfahren, als es unbewusste Prozesse aufdeckend und zeitlich begrenzt mit kontrollierter Regression arbeitet. Es ist eine systemische Methode insofern, als es die konkrete Lebenswirklichkeit und das psychosoziale Netzwerk des Einzelnen in die Diagnostik und Behandlung mit einbezieht. Es ist eine verhaltensmodifizierende Methode, die von einem grundlegend aktionsorientierten Ansatz ausgeht, und gleichzeitig ist es eine Psychotherapieform, in der das Körpererleben und die Arbeit mit dem Körper und all seinen Sinnen eine zentrale Rolle spielt.

Dass sich die Wirksamkeit des Psychodramas, die sich in verändertem Verhalten, Denken und Fühlen äussert, auch auf der (hirn-)organischen Ebene niederschlägt und dort nachweisbar ist, wird durch die Ergebnisse der neueren neurobiologischen Forschung bestätigt: Die Szenen, die durch psychodramatische Aufstellungen und Rollenspiele hergestellt werden, aktivieren die Nervenzellennetzwerke, in denen frühere Szenen abgespeichert sind. Die Wiederherstellung der Szenen

aktiviert nicht nur die Erinnerung an eine äussere Situation, so wie sie damals war – sie hat vor allem auch eine intensive Wirkung auf die Reaktivierung von Gefühlen. „Wenn Klienten eine szenische Neuordnung herstellen und eine neue szenische Möglichkeit intuitiv als überzeugend erkennen, dann ist der Punkt erreicht, an dem ein starker Veränderungs-Effekt auch für den Alltag zu erwarten ist.

### **Menschen- und Weltbild, Gesundheits- und Krankheitsverständnis**

Die von Moreno begründete Rollentheorie und die von neueren Autoren weiterentwickelte Psychodramatheorie geht von einer interpersonalen, systemischen Grundorientierung aus. Diese stellt, zusammen mit dem Konzept des kreativen Menschen die Grundlage des Menschenbildes im Psychodrama dar. Kreativität, Spontaneität und Einfühlungsvermögen sind notwendig, um konstruktiv Probleme zu lösen. Diese Fähigkeiten können, ebenso wie die Fähigkeit zum „Tele“ - gegenseitige Einfühlung - entwickelt werden und ermöglichen, dass Begegnung stattfindet. Begegnung ist das tragende existentielle Prinzip des Psychodramas. Ziele der psychodramatischen Arbeit sind es, Spontaneität und Kreativität freizusetzen und Begegnung zu ermöglichen.

Ausgehend vom Menschenbild des kreativen Menschen, postuliert Krüger (2002), dass der Mensch das Kreativ-Sein subjektiv in Form von vier verschiedenen Grundbedürfnissen erlebt:

1. Das Bedürfnis, selbst in der Welt existent zu sein, sich zugehörig zu fühlen und für sich einen angemessenen *Raum und Rahmen* zu schaffen oder zu finden.
2. Das Bedürfnis, aktiv zu handeln und dabei einen *Weg* zu finden oder einen gangbaren Weg zu schaffen.
3. Das Bedürfnis, eine angemessene *Wirkung* beim anderen zu erzielen, in einem Wirkungszusammenhang zu stehen und gebraucht zu werden.
4. Das Bedürfnis, eine angemessene *Lösung* zu entwickeln oder zu finden und Schöpfer zu sein.

Um sich gesund entwickeln und ihre Gesundheit erhalten zu können, müssen die Menschen diese aufeinander aufbauenden Grundbedürfnisse erfahren und befriedigen können. Dafür ist es wichtig, dass sie ihre Kreativität zur Verfügung haben, dass diese nicht beeinträchtigt oder blockiert ist. Gleichzeitig hängt Gesundheit in der psychodramatischen Perspektive von den Grundlagen und der sozialen Eingebundenheit der menschlichen Existenz ab: Je nach Quantität von Bezie-



lungsmöglichkeiten sowie Qualität und Potenzial für gelingende Beziehungen und Begegnungen variiert auch das Ausmaß an Gesundheit. Umgekehrt werden Störungen und subjektives Leid dadurch sichtbar, dass die genannten Aspekte nicht mehr ausreichend zur Verfügung stehen

### **Konkrete Methoden und Techniken**

Die Zahl der psychodramatischen Methoden und Techniken, sowie ihre Einsatzmöglichkeiten sind sehr vielfältig. Nach Krüger (2006) gibt es *acht zentrale Psychodramatechniken*. Diese bauen, entsprechend der vier menschlichen Grundbedürfnisse, systematisch aufeinander auf. Sie können gezielt an den, auf unterschiedlichen Ebenen der Grundbedürfnis-Befriedigung angesiedelten, Kreativitätsblockaden ansetzen, diese auflösen und damit auf die verschiedenen Störungen spezifisch heilsam wirken.

*Szenenaufbau*: Diese Technik steht immer am Anfang aller psychodramatischen Arbeit. Der Bühnenraum mit seiner „als-ob-Realität“ wird hergestellt, indem die ProtagonistIn die Szene mit Hilfe von Symbolen (Intermediärobjekten) einrichtet und die für ihr Thema zentralen Rollen mit MitspielerInnen (im Einzelsetting mit Puppen oder anderen Objekten) besetzt. Beim *Doppeln*, das den Szenenaufbau um sprachliches Handeln ergänzt, verbalisiert die Therapeutin (oder auch ein Gruppenmitglied) – schräg hinter der ProtagonistIn stehend - Gefühle und Impulse, die dieser im Moment nicht wahrnehmen kann.

Mit der Technik des *szenischen Handelns* spielt die Protagonistin die von ihr erinnerten Szenen auf der Bühne nach. Dadurch wird die zeitliche Abfolge der einzelnen Ereignisse und deren Logik wieder hergestellt und „vergessene“ Handlungs- und Interaktionssequenzen kommen in das Bewusstsein der Protagonistin zurück. Denselben Effekt hat das *Spiegeln* das sehr konfrontierend sein kann. Es ermöglicht der ProtagonistIn, sich selbst von aussen zu betrachten, ihr eigenes Verhalten zu beobachten, zu hinterfragen und Veränderungsimpulse wahrzunehmen.

Der *Rollentausch* ist eine sehr komplexe Technik, die auf allen bisher genannten Techniken aufbaut und deren Wirkung mit beinhaltet. Hier geht es darum, dass sich die ProtagonistIn in die Rolle ihrer zentralen Interaktionspartner (in der Spielszene sind das die AntagonistInnen) hineinversetzt und sich in deren, aber auch in der eigenen Rolle ihnen gegenüber erlebt. Verstärkt wird dieser Effekt durch die Technik des *Rollenfeedbacks*: Indem die Protagonistin, selbst in der Rolle der

Antagonistin, von der Therapeutin interviewt wird, und im Anschluss an das Spiel von allen MitspielerInnen Feedback aus ihren Rollen erhält, kann sie Ursache und Wirkung im dargestellten Beziehungsgeschehen besser verstehen.

Ein *Szenenwechsel* kann als Technik dann eingesetzt werden, wenn die PatientIn im Verlauf der psychodramatischen Spielhandlung an eine andere Erfahrung aus ihrem Leben erinnert wird.

Das *Sharing* ist eine Form der emotionalen „Be-Teiligung“: Die ProtagonistIn erhält von den anderen Teilnehmenden Rückmeldungen zu den Fragen: „Was hat mich berührt?“ und „Welche Erinnerungen hat das Spiel bei mir wachgerufen?“

An zweiter Stelle sind die *prozessbezogenen Psychodramamethoden* zu nennen. Bezogen auf eine Therapiesitzung lässt sich der Prozess der psychodramatischen Arbeit in drei Phasen unterteilen: die Phase der Erwärmung, die Spiel- oder Aktionsphase und die Integrationsphase. Für jede dieser Phasen gibt es Techniken, die spezifisch auf die Funktion der jeweiligen Phase abgestimmt sind:

*Erwärmungstechniken* die hauptsächlich in der Gruppe - entsprechend der jeweiligen Bedürfnislage - zum Einsatz kommen, aber auch in der Arbeit mit Paaren und Einzelnen hilfreich sind, aktivieren die Kreativität, schaffen eine offene, vertrauensvolle Atmosphäre und bringen das Thema der weiteren psychodramatischen Arbeit hervor.

Die Aktionstechniken in der Spielphase z. B. das *Gruppenspiel*, eine *Gruppen-skulptur*, ein *Märchen- oder Mythenspiel* oder eine *Gruppensoziometrie*. Je nach Indikation und Fragestellung ist auch eine *Familienskulptur* oder ein *Protagonistenspiels* die Methode der Wahl. Entscheidend dabei ist, dass neue Einsichten und Einordnungen entstehen können und mit Hilfe von Wunscherfüllungsszenen und dem spielerischen Ausprobieren von Handlungsalternativen (Probearbeiten) in der „als-ob-Realität“ der Bühne neue Entwicklungsräume eröffnet werden.

Die *Auswertungstechniken*, die in der Integrationsphase zur Anwendung kommen - *Sharing*, *Rollenfeedback*, *Amplifikation* - dienen dazu, die neu gewonnenen Einsichten und Erfahrungen zu verarbeiten und zu integrieren.

An dritter Stelle gibt es ferner die *soziometrischen Techniken*, die besonders hilfreich sind, um Gruppenprozesse zu verstehen und mit Gruppen zu arbeiten. Mit *Aktionssoziometrie* ist es z. B. möglich, in kurzer Zeit eine hohe Gruppenkohäsion herzustellen und transparente und demokratische Gruppenentscheidungen zu fällen. *Soziometrische Testverfahren* sind Instrumente, mit denen die emotionale

Tiefenstruktur von Gruppen offen gelegt werden kann, die das Netzwerk der Verbindungen zwischen den Gruppenteilnehmerinnen und die Position jedes einzelnen sichtbar machen. Im Einzelsetting bietet die Soziometrie mit dem *sozialen Atom* und dem *kulturellen Atom* wichtige diagnostische Techniken, die die KlientIn in ihren sozialen Bezügen erfassen und die auch zur Therapieplanung eingesetzt werden können. Eine Bestandsaufnahme ihrer Probleme, Themen und Ressourcen kann mit Hilfe eines *Problem- und Ressourcenatoms* vorgenommen werden; *soziometrische Skalierungen* sind wertvolle Techniken, um Befindlichkeiten und Entwicklungen auf einer sprachlichen Ebene zu erfassen und erlebbar zu machen.

### Konkretes Beispiel

Ein Klient litt daran, dass er in bestimmten Situationen mit Angstattacken und Herzrasen reagierte. In einem Protagonistenspiel wurde eine Szene, in der diese Symptome auftraten von ihm (als Protagonisten) und den Gruppenmitgliedern, die er dafür auswählte, nachgespielt. Seine körperlichen Symptome wurden wiederum von anderen Gruppenmitgliedern dargestellt. Durch das Spiel wurde ihm bewusst, dass er seine Symptomatik aus einer anderen Situation kannte, die wir anschliessend mit der Technik des *Playback* nachspielten. Er erzählte die ihm eingefallene Szene, wählte Gruppenmitglieder für die entsprechende Rollen aus und gab diesen Anweisungen, was sie spielen sollten. In diesem Fall zeigte die Spielszene, wie er als Jugendlicher aus nichtigem Anlass von seinem alkoholkranken Vater mit einer Waffe bedroht wurde. Im Unterschied zur damaligen biographischen Situation konnte er sich die bedrohliche Szene jetzt aus sicherem Abstand in Begleitung der Therapeutin und eines hilfreichen Doppelgängers anschauen und eine Lösung finden: Er sah, dass er einen (idealen) Großvater gebraucht hätte und eine (ebenfalls ideale) Mutter. Diese hätten einschreiten müssen, um ihn als Jugendlichen vor dem gefährlichen Vater zu schützen und diesen zur Rechenschaft zu ziehen. In einer „*Wunscherfüllungsszene*“ konnte der Protagonist diese ideale Szene, in der Rolle als Jugendlicher, spielen und dabei – zurückversetzt in seine Biographie - im „als-ob-Spiel“ auf der Psychodramabühne körperlich und psychisch eine neue Erfahrung machen. Dass er in der traumatisierenden Situation in seiner Not erkannt wurde und Hilfe bekam, kann heilsam wirken; gleichzeitig wurde es ihm möglich, einen psychogenetischen Zusammenhang zwischen seinen Symptomen und seiner Lebensgeschichte herzustellen.

Mit den Techniken des Psychodramas wird ein Übungs- und „Möglichkeitsraum“ geschaffen, in dem der Klient das Problem erfassen und verschiedene Lösungen ausprobieren kann, ohne „Angst vor der Angst“. Er wird dadurch handlungsfähig und macht bezüglich seiner Angst eine Erfahrung der Selbstwirksamkeit.

### **Für wen eignet sich Psychodrama-Therapie ?**

Wie aus dem Dargestellten deutlich wurde, ist Psychodrama ein vielfältiges Verfahren. Es kann im Einzel- oder Gruppensetting angewendet werden und bietet mit der Soziometrie und dem Soziodrama diagnostische und therapeutische Methoden, die auch für die Arbeit mit Großgruppen (z. B. in Kliniken) sehr wirkungsvoll sind. Psychodrama-Therapie gibt es für alle Altersgruppen, und spezifisch auch als Kinderpsychodrama. Durch seine systemische Orientierung ist es für die Arbeit mit Paaren und mit Familien besonders geeignet. Indem es neben der verbalen Sprache, mit dem Aufbauen und Spielen von Situationen und Szenen gleichsam eine zweite Sprache hat, eignet es sich auch für Menschen, die in ihrem verbalen Ausdrucksvermögen eingeschränkt sind bzw. für Menschen, die ihre Gefühle hinter der Sprache verstecken.

### **Dauer der Therapie**

Die Dauer der Therapie richtet sich flexibel nach den individuellen Erfordernissen. Psychodrama eignet sich sowohl zur Krisenintervention (1-5 Sitzungen), als auch für Kurzzeittherapien (bis 30 Sitzungen) und für Langzeittherapien (zwei bis vier Jahre).

### **Wirksamkeitsstudien, Wissenschaftsnachweise**

Es gibt für die Psychodrama-Therapie gute Wirksamkeitsbelege für zahlreiche Störungen. Das ist das Ergebnis einer Metaanalyse von Wieser (2002), in der die Wirksamkeit von Psychodrama-Therapie untersucht wurde. Weitere Informationen sind bei M. Wieser, Klinische Psychologie an der Universität Klagenfurt, einsehbar unter [www.uni-klu.ac.at / michael wieser](http://www.uni-klu.ac.at/michael.wieser)

### **Therapievermittlungsstelle**

Der Schweizerische Psychodramaverband Psychodrama Helvetia (PDH) führt eine Adressliste mit PsychodramatherapeutInnen ([www.pdh.ch](http://www.pdh.ch)).

## **Ombudsstelle und/oder Standeskommission**

Die ethischen Richtlinien der Charta sind integraler Bestandteil der PDH-eigenen ethischen.

## **Grösse der Ausbildungsinstitution**

Da das Psychodrama erst 2007 als integrale Methode anerkannt und in die Charta aufgenommen wurde, befindet sich die Psychodrama-Ausbildung, die im Auftrag des PDH vom schweizerischen Institut für Psychodrama, Soziometrie und Rollenspiel (IPSR) in der deutschsprachigen Schweiz übernommen wurde, zurzeit noch im Aufbau. Der Beginn des ersten Ausbildungsgangs ist für Frühjahr 2010 geplant. In der französischsprachigen Schweiz werden die Ausbildungsgänge, die das Institut ODeF dort seit seiner Gründung 1994 durchführt, inzwischen auf Charta-Niveau angeboten.

## **Adressen der Ausbildungsinstitution**

IPSR.ch, Institut für Psychodrama, Soziometrie u. Rollenspiel Susanne Kunz-Mehlstaub, Glockengasse 4, CH – 9000 St. Gallen

ODeF, Ouvertures, Developpement, Formation, 65, rue de Lausanne, CH – 1202 Geneve

E-mail: [info@ipsr.ch](mailto:info@ipsr.ch), Tel./ Fax: +41 (0) 22 741 1600, [www.ipsr.ch](http://www.ipsr.ch)

Autorin: Ingrid Sturm

## **Vertiefende Literatur**

Ameln, F. von, Gerstmann, R., Kramer, J. (2004): Psychodrama. Berlin.

Fürst, J., Ottomeyer, K., Pruckner, H. (Hrsg.), (2004): Psychodrama-Therapie. Ein Handbuch. Wien.

Krüger, R.T. (1997): Kreative Interaktion – tiefenpsychologische Theorie und Methoden des klassischen Psychodramas. Göttingen.

## **GESTALT THERAPIE**

**Schweizer Verein für Gestalttherapie und Integrative Therapie SVG**

**Institut für integrative Gestalttherapie Würzburg IGW**

### **Historischer Überblick**

Die Gestalttherapie ist vom Arzt und Psychoanalytiker *Fritz Perls* und seiner Frau, der Psychologin *Lore Perls-Posner*, sowie von *Paul Goodman* zu Beginn der vierziger Jahre entwickelt worden. Das Ehepaar Perls hatte in Deutschland in den zwanziger Jahren studiert und wurde in dieser Zeit fachlich, geistes- und zeitgeschichtlich geprägt. Sie erwarben sich vertiefte Kenntnisse in Psychoanalyse, Gestaltpsychologie, Phänomenologie, Neurologie, Feldtheorie und Körperarbeit. Die politischen Veränderungen in Deutschland führten damals auch bei den Perls zu einem veränderten politischen Bewusstsein. Wegen ihrer Aktivitäten in der antifaschistischen Liga mussten sie als deutsche Juden das Land zu Beginn der dreissiger Jahre verlassen. In Südafrika wirkten sie als Psychoanalytiker, entfernten sich aber in den vierziger Jahren langsam von der psychoanalytischen Behandlungsart und veränderten diese sukzessive in Richtung des später unter dem Namen Gestalttherapie bekannt gewordenen Verfahrens. 1946 emigrierten sie nach New York und trafen dort auf den avantgardistischen Schriftsteller Paul Goodman. Mit ihm zusammen fassten sie die Gestalttherapie erstmals in ein theoretisches Gebäude. Das Jahr 1951 kann mit der Publikation des Buches "Gestalttherapie" von Perls, Hefferline und Goodman als Geburtsjahr der Gestalttherapie gelten. Seither hat sich die Gestalttherapie weltweit verbreitet und weiterentwickelt. Hauptsächlich in Nordamerika und Europa, mittlerweile aber auch in allen 6 Kontinenten wird Gestalttherapie gelehrt und praktiziert. In der Schweiz fasste die Gestalttherapie in den siebziger Jahren Fuss.

### **Zuordnung zu einer der fünf psychotherapeutischen Hauptrichtungen**

Der *Existenzialismus* (Buber, Bergson, Heidegger) und die *Phänomenologie* (Husserl) hatten einen starken Einfluß auf die Entwicklung der *Humanistischen Psychotherapien* - zu der man heute die Gestalttherapie zählt. Diese beiden philosophischen Richtungen betrachten den Menschen unter einem ganzheitlichen

Blickwinkel und beziehen sein soziales und ökologisches Umfeld wie auch seine Gegenwartsbezogenheit mit ein.

Eine weitere Wurzel der Gestalttherapie ist die *Psychoanalyse*, mit deren Modellen sich Perls kritisch auseinander setzte und bestehende Konzepte in einigen Bereichen modifizierte oder weiterentwickelte. So erlebte er das klassisch psychoanalytische Behandlungssetting von Couch und unsichtbarem Therapeuten als Situation, in der ein direkter Kontakt zwischen Therapeut und Patient vermieden und damit neurotisches Beziehungsverhalten geradezu gefördert wurde. Dem gegenüber betrachtete Perls eine echte *Begegnung* zwischen Klient und Therapeut im Buberschen Sinne *als heilendes Moment* in der Psychotherapie.

Einen anderen Stellenwert als in der Psychoanalyse haben in der Gestalttherapie auch die Kindheitserfahrungen. Der lebensgeschichtliche Hintergrund ist nur insofern von Bedeutung als er als unerledigtes Geschäft in das Hier und Jetzt hineinreicht und sich im gegenwärtigen Fühlen, Denken und Handeln aktualisiert. Die Gestalttherapie arbeitet gegenwartsbezogen.

Eine weitere Unterscheidung in den beiden psychotherapeutischen Methoden lässt sich anhand des Konstruktes des Unbewussten aufzeigen. Anstelle einer Aufteilung der menschlichen Psyche in einen bewussten und einen unbewussten Bereich, wie in der Psychoanalyse, postuliert die Gestalttherapie das Konzept des *Figur-Grund-Prozesses* als Dynamik des Bewusstseins. Das bedeutet, dass nur das jeweils Wichtige ins Zentrum der Aufmerksamkeit gerät und alles andere als Hintergrund wahrgenommen wird. Dieses Geschehen ist im Idealfall dynamisch und flexibel und darauf ausgerichtet, die individuellen Bedürfnisse befriedigend zu erfüllen.

Einfluss auf die Gestalttherapie hatte im Weiteren Fritz Perls frühes Interesse für die Theaterarbeit. Am expressionistischen Theater bei Max Reinhardt übernahm er kleinere Rollen, was ihn auch für den nonverbalen Ausdruck in Tonfall, Mimik, Gestik und Körperhaltung sensibilisierte. Lore Perls hatte Zugang zu verschiedenen Formen der Tanz- und Bewegungsarbeit (siehe Charlotte Selver).

## **Menschen- und Weltbild, Gesundheits- und Krankheitsverständnis**

Das Menschenbild der Gestalttherapie ist humanistisch und geht von einem ganzheitlichen Verständnis der Person aus. In phänomenologischer Vorgehensweise wird der Mensch als "so gewordener" in seiner Einmaligkeit gesehen und

sein Verhalten im Zusammenhang mit seiner sozialen und ökologischen Umgebung zu verstehen versucht. Schwerpunkt der Gestalttherapie liegt in der Gegenwart, das bedeutet wahrgenommen und erlebt wird immer im *Hier-und-Jetzt*. Sowohl das Erinnern an die Vergangenheit als auch das Planen für die Zukunft geschieht in der Gegenwart.

Eine zentrale Rolle nimmt die Beziehung zwischen Therapeut und Klient ein, welche als ausschlaggebend angesehen wird für das Gelingen der therapeutischen Arbeit. Richtungsweisend ist hier das dialogische Prinzip von Martin Buber. Gemäss Buber ist eine echte ICH-DU-Beziehung dann gegeben, wenn zwei Menschen sich in einer nicht beurteilenden Haltung, in gegenseitiger Achtung aufeinander einlassen. Es gehört deshalb zu den impliziten Therapiezielen der Gestalttherapie, Momente zu ermöglichen, in denen sich eine wirkliche Begegnung zwischen Patient und Therapeut, zwischen einem Ich und einem Du, ereignen kann.

Die Gestalttherapie geht davon aus, dass ein gesunder Mensch zur *Selbstregulation* fähig ist, dass er fähig ist, seine Bedürfnisse zu erkennen, zu artikulieren und dafür zu sorgen, dass sie in Berücksichtigung der Möglichkeiten in seiner Umwelt befriedigt werden (Prozess der kreativen Anpassung).

*Krankheiten* werden als Folge von *Störungen dieser Selbstregulationsprozesse* verstanden. Sie treten auf, wenn aufgrund von inneren oder äusseren Konflikten der Organismus nicht mehr in wechselseitigem Austausch mit seiner Umwelt steht, wenn der Kontakt sozusagen unterbrochen wird. Ein Mensch ist dann seiner natürlichen Fähigkeit beraubt, für sein Wohl und sein Gleichgewicht zu sorgen, er reagiert nicht mehr frei aus der gegenwärtigen Situation heraus, sondern antwortet mechanisch nach vorgefassten Konzepten oder Ideen. Gefühle und Bedürfnisse werden daran gehindert in ihrer Ganzheit aufzuscheinen, sodass lediglich eine teilweise oder gar keine Lösung einer Situation möglich wird. Es entstehen sogenannte unerledigte Geschäfte bzw. *offene Gestalten*. Bei einer „offenen Gestalt“ sind die Gefühle, Gedanken und Erinnerungen blockiert, frühere Beziehungserfahrungen und -wünsche sind abgespalten oder unausgedrückt. Diese unabgeschlossenen Gestalten schränken die Wahrnehmung eines Menschen ein und binden seine Energie.

Aus gestalttherapeutischer Sicht erfolgt die menschliche Wahrnehmung über das Erfassen von Gestalten: Das bedeutet, dass in einer jeweiligen Situation das hervortritt bzw. Figur wird, was die Aufmerksamkeit auf sich zieht, wohingegen das in den Hintergrund zurücksinkt, was im Moment nicht von Wichtigkeit ist. Das, was



als Figur prägnant wird, hängt einerseits vom Wahrgenommenen selbst ab, andererseits aber von unseren gegenwärtigen Bedürfnissen und vom Gesamt unserer bisherigen lebensgeschichtlichen Erfahrungen. Dieser Vorgang wird als *Gestaltbildungsprozess* bezeichnet und veranschaulicht, wie wir unsere Wirklichkeit in individueller Art und Weise konstruieren und entsprechend handeln. In der Regel lassen sich bestimmte Muster in der Gestaltbildung erkennen, das heisst, Menschen reagieren charakteristisch auf ihre Umwelt im Sinne von typischen Gedanken, Gefühlen, Bedürfnissen und Verhaltensweisen. Sind diese Muster in der Figur/Grund-Differenzierung dysfunktional, beeinträchtigen sie den Selbstregulationsprozess und führen zu den oben beschriebenen offenen Gestalten. Sie entstehen also dann, wenn das, was sich gestalten oder in den Vordergrund treten will, unterbrochen oder verhindert wird.

Primäres gestalttherapeutisches Ziel ist es aber nicht, die Selbstbehinderungen aufzulösen oder zu verändern, sondern diese zunächst erfahrbar zu machen und bewusst zu erkennen. Wo Bewusstheit ist, kann Erstarres wieder in Bewegung kommen. Das bedeutet, dass man auf Unangenehmes stossen kann, aber auch auf intensivere, angenehmere Gefühle: So kann man seiner Wut, seinem Schmerz, seiner Trauer, aber auch seiner Freude begegnen, allgemein Gefühlen, die nie zum Ausdruck gebracht wurden und die man seit Jahren mit sich herum-schleppt. So können offene Gestalten abgeschlossen und Ressourcen wiederentdeckt werden, die es braucht auf dem Weg zu mehr Lebendigkeit und inneren Wachstum hin. Wichtig ist dabei das von Lore Perls entwickelte Konzept des „self-support“, als wesentliche Ressourcenarbeit.

Der Gestaltbegriff wird auch auf das Individuum im Zusammenhang mit seiner sozialen Umgebung angewendet. Sowohl Individuen, als auch Paare, Familien und Gruppen oder Organisationen und Gesellschaften können als Gestalten betrachtet werden, mit ihren jeweiligen Wahrnehmungs-, Kontakt-, Anpassungs- und Austauschprozessen (systemische Aspekte in der Gestalttherapie).

### **Konkrete Methode und Technik**

*Der Mensch* wird in der Gestalttherapie *als kreatives Wesen verstanden*, mit der Fähigkeit, sich schöpferisch in die Welt einzubringen und zugleich kreativ verändernd auf sie einzuwirken. In der gestalttherapeutischen Praxis wird deshalb der nonverbale Ausdruck, die Mimik, Gestik, Körperhaltung, Atmung und die Stimme

neben den verbalen Inhalten des Menschen stark beachtet. Nicht das Warum ist zentral, sondern das Wie eines Geschehens, einer Erzählung etc.

Damit der Patient es schließlich wagen kann, sich auf einen authentischen Kontakt einzulassen, muß sich auch der Therapeut als Person zur Verfügung stellen. Die therapeutische Beziehung wird somit zu einem Modell einer möglichen neuen Beziehungserfahrung, sie wird zu einem Ort, der es dem Menschen ermöglicht in der geschützten Situation ein sicheres „Risiko“ einzugehen, mit neuem Verhalten zu experimentieren und die eigenen Ausdrucksmöglichkeiten zu erweitern (gestalttherapeutische Technik des „Experiments“).

Der Therapeut achtet dabei auf Störungen des Gestaltbildungsprozesses; diese zeigen sich als Unterbrechungen, Vermeidungen, manipulativem Verhalten, Inkongruenzen zwischen verbalem und nonverbalem Ausdruck sowie an vielfältigen nonverbalen körperlichen Indikatoren.

Gestalttherapeutische Techniken bieten sich für ein weites Spektrum an. Der unmittelbaren Erfahrung wird dabei Vorrang gegenüber dem "Reden über" eingeräumt; die *direkte Aktion*, die *unmittelbare Erfahrung*, wird betont. Aus dem Kontext der Situation kann der Therapeut verschiedenste Experimente anbieten. So können erinnerte oder vorgestellte Situationen *szenisch dargestellt* werden oder in der Arbeit mit dem "*Leeren Stuhl*" der Patient aufgefordert werden, mit entfremdeten Aspekten der Persönlichkeit oder mit wichtigen Bezugspersonen in Dialog zu treten. Der Einsatz kreativer Medien wie z.B. *Malen*, *Tonarbeit*, *Musikinstrumente* wird genutzt, um die kreativen Potentiale des Patienten zu nutzen oder vage wahrgenommene Impulse, Gefühle und Haltungen zu spüren, aber auch um ungelebte oder unterdrückte Gefühle erlebbar zu machen.

### **Konkretes Beispiel**

Eine 31-jährige Frau kam in die Gestalttherapie, weil sie unter Ängsten, Unsicherheiten und Minderwertigkeitsgefühlen litt. Beruflich war sie ehrgeizig und hatte sich in eine gute Position hinaufgearbeitet. Doch nun wurde sie mit Situationen konfrontiert, in denen sie ihr Durchsetzungsvermögen beweisen sollte, was ihr schwer fiel. In der Therapie konnte die Klientin erkennen, wie sich hier ein lebensgeschichtlicher Autoritätskonflikt erneut aktualisierte. Sie hatte gelernt, Erwartungen zu erfüllen, um sich so Liebe und Anerkennung zu sichern. Sie fürchtete diese auf's Spiel zu setzen, wenn sie sich mit ihren eigenen Erwartungen und Anfor-

derungen an andere durchsetzen sollte. Genau dies wurde in ihrer heutigen beruflichen Situation aber verlangt und stürzte sie in ein Dilemma. Sie explorierte diesen biografischen Zusammenhang und inszenierte in einem Rollenspiel die alte Konfliktsituation mit ihrem Vater. Es gelang der Klientin diese unerledigte biografische Situation, nämlich eigene Erwartungen und Wünsche in der Familie durchzusetzen, mit viel emotionaler Beteiligung zu bearbeiten (die offene Gestalt zu schliessen). Um einen Transfer zu ihrer heutigen beruflichen Situation zu erleichtern, bot ihr die Therapeutin im Verlaufe der weiteren Therapie die Möglichkeit an, eine schwierige Situation am Arbeitsplatz im Therapieraum zu stellen, sich mit verschiedenen Rollen zu identifizieren, bis sie eine Lösung fand, die sie im beruflichen Alltag umsetzen konnte. Durch diese Aufarbeitung wurde die junge Frau zunehmend selbstsicher, verstand es auch in der Therapie, sich klarer mit ihren Erwartungen zu äussern, berichtete über Fortschritte, sich in ihrer Partnerschaft mit ihren Bedürfnissen und Erwartungen einzubringen und verlor die Symptome, die sie ursprünglich in die Therapie geführt hatten.

### **Für wen eignet sich die Gestalttherapie?**

Gestalttherapie wird sowohl in Einzel- wie auch Gruppenarbeit eingesetzt. Sie kann bei zahlreichen Störungsbildern angewandt werden, wobei die therapeutische Vorgehensweise und Behandlungsschwerpunkte dem Entwicklungsstand, der Belastbarkeit sowie dem Grad der Beeinträchtigung des Klienten angepasst werden.

Die TherapeutInnen arbeiten nie schematisch manualisiert, sondern gehen bei verschiedenen Störungsbildern und Menschen unterschiedlich vor, suchen die angemessene Arbeitsform, die für diesen einen Menschen die richtige ist (stützend versus konfrontierend, direkt versus indirekt, verbal versus nonverbal). Sie orientieren sich dabei an diagnostischen Leitlinien. Gestalttherapie eignet sich auch gut für Personen, die sich persönlich weiterentwickeln wollen, experimentieren und die neben dem Gespräch auch konkrete Umsetzungen zum Beispiel in Form von Rollenspielen, Ton- und Malarbeiten usw. suchen. In der Gruppe bietet die Anwesenheit weiterer Gruppenmitglieder zahlreiche Möglichkeiten der Kontakt- und Beziehungserfahrung. Die derzeitige Gruppenpraxis bezieht Rollenspiel, Elemente des Psychodramas, Arbeit mit kreativen Medien, gelenkte Imagination und gegebenenfalls Elemente aus der systemischen Therapie (Familienaufstellungen) mit ein. Gestalttherapeutische Sitzungen mit Einzelpersonen in der Grup-

pe wechseln sich ab mit Arbeitsformen, welche die Gruppe als Ganzes mit ihrer Dynamik und Verhaltenskultur ansprechen. Feedbacks und sharings der Gruppenteilnehmer ergänzen diese Prozesse und können bei den übrigen Gruppenteilnehmern wiederum wertvolle Prozesse auslösen.

### **Dauer der Therapie**

Gestalttherapie wird sowohl für Krisenintervention (einige Stunden), für Kurztherapien (10- 30 Stunden) wie auch für Langzeittherapien verwendet (meist zwei bis drei Jahre).

### **Wirksamkeitsstudien und Wissenschaftsnachweis**

Die Gestalttherapie ist ein wissenschaftlich gut erforschtes Psychotherapieverfahren mit einer Fülle an empirischen Befunden, Einzelfalldarstellungen und Wirksamkeitsbelegen. Vertiefte Informationen (siehe Literatur).

### **Therapievermittlungsstelle**

Der Verein für Gestalttherapie führt eine Adressliste mit GestalttherapeutInnen in der Schweiz ([www.gestalttherapie.ch](http://www.gestalttherapie.ch)).

### **Ombudsstelle und Standeskommission**

Der SVG hat ethische Verhaltensregeln erarbeitet, welche für alle Mitglieder gelten. Das Ausbildungsinstitut hat diese Regeln ebenfalls für alle Ausbilder und Studierenden, sobald sie in die Praxisphase kommen, für verbindlich erklärt.

Zur Bereinigung von Konflikten zwischen Ausbildnern und Studierenden hat das Institut eine Ombudsstelle eingerichtet. Studierende werden jährlich darüber orientiert. Auskünfte erteilt das Sekretariat in Würzburg. ([info@igw-gestalttherapie.de](mailto:info@igw-gestalttherapie.de))

Für den Fall ethischer Verstöße von Ausbilderinnen oder Therapeutinnen, welche die Eröffnung eines Verfahrens bei einer Standeskommission verlangt, führt der SVG eine Standeskommission. Die Anlaufadresse ist auf der Homepage ersichtlich. Grundsätzlich haben aber Patientinnen, Klientinnen und Studierende auch die Möglichkeit, in Erfahrung zu bringen, in welchen Berufsverbänden (z.B. SPV, FSP, FMH, SBAP) die betreffende Gestalttherapeutin sonst noch Mitglied ist

und an diejenige Standeskommission zu gelangen, von der sie sich am ehesten eine unabhängige Beurteilung versprechen.

### **Grösse der Ausbildungsinstitution**

Das Institut für Integrative Gestalttherapie Würzburg IGW wurde 1976 gegründet und bildet neben Deutschland, Österreich und Kroatien seit 1990 auch in der Schweiz PsychotherapeutInnen aus. Mittlerweile sind an diesem Institut rund 60 Schweizer PsychotherapeutInnen in Gestalttherapie ausgebildet worden, weitere 20 befinden sich in Ausbildung. Über die nationalen und europäischen Fachverbände und durch den Einbezug amerikanischer TrainerInnen ist das IGW international vernetzt ([www.igw-gestalttherapie.de](http://www.igw-gestalttherapie.de)).

### **Verband der GestalttherapeutInnen**

Schweizer Verein für Gestalttherapie und Integrative Therapie SVG

Postfach 3308, 8021 Zürich Tel. 044 341 09 08,  
[info@gestalttherapie.ch](mailto:info@gestalttherapie.ch), [www.gestalttherapie.ch](http://www.gestalttherapie.ch)

Autor: P. Schulthess

### **Vertiefende Literatur**

Dieter Bongers, Peter Schulthess, Uwe Strümpfel, Andreas Leuenberger (2005): Gestalttherapie & Integrative Therapie. Eine Einführung in Therapiekonzepte, Anwendung und Forschungsstand, EHP, Bergisch Gladbach

Lotte Hartmann-Kottek (2008): Gestalttherapie, Springer, Wien

Uwe Strümpfel: Therapie der Gefühle (2006): Forschungsbefunde zur Gestalttherapie, EHP, Bergisch Gladbach

## **TRANSAKTIONSANALYSE**

**Schweizerische Gesellschaft für Transaktionsanalyse (Zürich)**

**Association Suisse d'Analyse Transactionelle (Genève)**

### **Institution**

Die Schweizerische Gesellschaft für Transaktionsanalyse (SGTA), gegründet 1980, umfasst vier Fachgruppen, die für vier unterschiedliche Anwendungsfelder der Transaktionsanalyse stehen: Psychotherapie, Beratung, Pädagogik und Organisation. Die SGTA ihrerseits ist eingebettet in die European Association for Transactional Analysis (EATA). Für die Schweiz ist es der Europäische Verband, der die Prüfungen ausrichtet und die wesentlichen Richtlinien für die Ausbildung und Ausübung in der Transaktionsanalyse erlässt. Zurzeit umfasst der Verband über 70 PsychotherapeutInnen in der Schweiz und ca. 1000 in Europa.

### **Gründerpersönlichkeit**

Die Gründerpersönlichkeit der Transaktionsanalyse war Eric Berne, ein Arzt und Psychiater. Er wurde 1910 in Montreal, Kanada geboren und starb 1970 in San Francisco. Berne studierte Medizin in Kanada und bildete sich dann zum Psychiater aus. Er wurde Bürger der Vereinigten Staaten und war während des Krieges Psychiater in der Armee. 1941 begann er eine Lehranalyse bei Paul Federn in New York, nach dem Krieg setzte er seine psychoanalytische Ausbildung in San Francisco und bei Erik Erikson fort. Beide Lehranalytiker haben sein Denken wesentlich geprägt. Als Arzt und Therapeut war er jedoch unzufrieden mit der Effizienz und der Dauer der klassischen Psychoanalyse und der zu seiner Zeit üblichen grundsätzlichen Zurückhaltung des Analytikers auch in der Gruppentherapie. 1958 gründete er die „Sozialpsychiatrischen Seminare“ in San Francisco (ab 1964 „Transaktionsanalytische Seminare“), in denen die neue Schule in der Auseinandersetzung mit vielen erfahrenen Psychotherapeutinnen und –therapeuten entstand.

## Hintergrund der Methode

Hintergrund der Methode sind die drei Strömungen der therapeutischen Psychologie der Zeitepoche, die die Transaktionsanalyse ausdrücklich zusammenführen will:

Die *Psychoanalyse*, wobei neben der klassischen Psychoanalyse nach Sigmund Freud, die Individualpsychologie nach Alfred Adler besondere Aufmerksamkeit findet. Analog zu Adler ist Berne der Ansicht, dass die Frage nach der eigenen Bedeutung (Wert, Position, Macht) ebenso wichtig ist, wie die Frage nach der Sexualität. Er übernimmt auch die Idee eines Lebensplanes, den er Skript nennt.

*Verhaltenstherapie* als kognitive Verhaltenstherapie. Das heisst, Denken, Fühlen, Wissen, Erinnern usw. werden als (inneres) Verhalten aufgefasst, mit dem man ähnlich wie mit manifestem (äusseren) Verhalten auch, direkt und therapeutisch umgehen kann. Eric Berne hat ähnlich wie seine Kollegen Beck und Ellis damit eine neue Form der Psychotherapie entwickelt.

Die Transaktionsanalyse übernimmt im Wesentlichen das Menschenbild der *Humanistischen Psychologie*. Die Humanistische Psychologie ist ja weniger eine Schule der Psychologie, als ein philosophischer, erkenntnistheoretischer und ethischer Stellsungsbezug gegen eine einseitig naturwissenschaftliche und reduktionistische Haltung in der Psychologie.

## Menschenbild

- *Alle Menschen sind ok*, das bedeutet, jeder Mensch hat ein Recht zu leben, jeder Mensch hat ein Recht auf Entfaltung seines Potentials, jeder Mensch ist einmalig und hat einen grundlegenden Kern, der liebenswert und wichtig ist unabhängig seines Verhaltens. *Jeder Mensch ist eine Ganzheit* im Blick auf seine Person und Gesamtsituation. Die Transaktionsanalyse sieht den Menschen als eine Einheit von Denken, Fühlen und Verhalten.
- Der Mensch ist auf Unterstützung von aussen angewiesen, *der Mensch hat Bedürfnisse*. Die Transaktionsanalyse betont die Bedürfnisse nach Zuwendung und Beachtung, nach Position, nach Strukturen (z.B. Zeitstrukturierung) und das Bedürfnis „Sinn zu machen“ (Lebensskript).
- Der Mensch *ist eingebunden in die implizite Ordnung seiner Ursprungsfamilie*. Die systemische Transaktionsanalyse geht davon aus, dass den Menschen

neben den individuellen Bedürfnissen auch ein Bedürfnis nach Ordnung und Ausgleich im Familiensystem innewohnt.

- *Der Mensch ist, besonders in seinen Kind-Anteilen, ein verletzliches Wesen.*
- Nach transaktionsanalytischer Auffassung besitzt jeder Mensch eine *Freiheit der Entscheidung und Verantwortung für sein Leben*. Er ist nicht bloss Opfer seiner Situation und passiver Empfänger von äusseren Einflüssen. Der Mensch ist aktiver Gestalter seines Lebens.
- *Der Mensch hat die Möglichkeit, sich selbst zu verändern.* Er hat die Möglichkeit, sein Verhalten, sein Denken und selbst sein Fühlen zu beeinflussen. Er kann, was er früher einmal in einer Situation der Abhängigkeit oder Gefährdung und mit den begrenzten Mitteln des Kindes entschieden hat, als erwachsener Mensch revidieren und korrigieren.

### **Gesundheitsverständnis**

- Der seelisch gesunde Mensch befindet sich in einem Zustand des *OK-Seins*, d.h. er verfügt über das Gefühl der Daseinsberechtigung und des Wert-Seins;
- Seelische Gesundheit bedingt und ermöglicht die Fähigkeit zu bewusstem Leben und Erleben (von Freudigem und von Schmerzlichem), die Fähigkeit zu Wachstum und Entfaltung von eigenen Möglichkeiten;
- Der seelisch gesunde Mensch ist in der Lage, sich auf seine (namentlich menschliche) Umwelt einzulassen und autonom und vorurteilsfrei auf sie zu reagieren;
- Seelische Gesundheit geht einher mit der Fähigkeit, Realitäten anzunehmen, Probleme als solche zu erkennen und selbständig Lösungen anzustreben;
- Der seelisch Gesunde ist beziehungs- und liebesfähig; er hat und erkennt die Möglichkeit zur Selbstveränderung, er lebt in Selbstverantwortung und nimmt soziale Verantwortung wahr.

### **Krankheitsverständnis**

Wir sehen psychisches Kranksein als Einschränkung der Möglichkeiten zum psychischen Gesundsein. Für die psychotherapeutische Arbeit ist die transaktionsanalytische Diagnose massgebend. Sie widerspiegelt das spezifische



Krankheitsverständnis der Transaktionsanalyse, auf das logischerweise die Therapie und die Interventionen aufbauen:

- *Persönlichkeitsanalyse*: Diagnose von *Ich-Zuständen* (Erwachsenen-, Kind-, Eltern-, Ich-Zustände).
- *Erlebens- und Verhaltensanalyse*: Diagnose von dysfunktionalen Erlebens-, Denk- und Verhaltensmustern, z.B. *Rackets* (*Ersatz- oder Maschengefühle*), innere *Antreiber*, *Discounting* (Verleugnen), *Passivität* und *Grandiosität*.
- *Beziehungsanalyse*: Diagnose von dysfunktionalen Interaktionsmustern und Beziehungsgewohnheiten, namentlich unstimmmige *Transaktionen*, sog. *psychologische Spiele* und *symbiotische* Beziehungsmuster.
- *Skriptanalyse*: Die komplexe Lebensskript-Diagnostik – welche an sich bereits therapeutische Arbeit ist – befasst sich u.a. mit der Erforschung von destruktiven *Eltern-Botschaften*, daraus abgeleiteten autonomiebeschränkenden *Grundannahmen* und *Skriptüberzeugungen*, von geheimen Lebenszielen und *Skriptillusionen*.

## Therapieverständnis

Das Ziel der Psychotherapie ist Heilung. Der Begriff der Heilung kann zweierlei bedeuten: *Heilung von* z.B. Konflikten, Symptomen, Not und *Heilung zu* z.B. Selbstverantwortung, Sinnfindung, Liebesfähigkeit.

Auf der operationalen Ebene betrachtet, ist das Ziel der Psychotherapie die Erfüllung des Behandlungsvertrags. TransaktionsanalytikerInnen arbeiten grundsätzlich mit einem sogenannten Vertrag. Dieser spricht nicht nur die Bedingungen der Behandlung an, sondern auch die Ziele und Wege der Therapie. Die partnerschaftliche Vereinbarung über die zu erreichenden Behandlungsziele entspringt dem Menschenbild der Transaktionsanalyse. Daneben kennt die Transaktionsanalyse *übergeordnete Leitziele*. Dies sind:

- Autonomie im Sinne der *Skriptfreiheit* ;
- Adäquate Spontaneität die auf das Hier-und-Jetzt bezogen und frei von Fixierungen ist, sodass freie Erlebens-, Ausdrucks- und Verhaltensweisen entstehen können; Beziehungsfähigkeit im Sinne der *Spielfreiheit* und der Fähigkeit zur gelebten *Intimität Nähe*);
- Übernahme von Eigen- und sozialer Verantwortung.

Im Rahmen einer Psychotherapie wird implizit auf diese Leitziele hingearbeitet. Ein Patient wird als geheilt betrachtet, wenn er dem Behandlungsvertrag entsprechend von einer spezifischen Störung befreit ist; dies jedoch nur, wenn die Symptom- oder Störungsbefreiung *nicht* auf Kosten eines der Leitziele erfolgte. (Dies wäre beispielsweise der Fall, wenn die Behandlung Symptomfreiheit, gleichzeitig aber Verminderung statt Stärkung der Eigenverantwortung bewirkte).

Die Transaktionsanalyse stellt zwar eine umfassende und zusammenhängende Lehre dar, *sie legt den Therapeuten jedoch nicht auf eine bestimmte therapeutische Handlungsweise fest*. Transaktionsanalytisches Denken lässt *aufdeckende, emotional-erlebnisbezogene, verhaltensmodifizierende und andere Vorgehensweisen zu*.

Die Transaktionsanalyse ist inständigem Austausch mit anderen Denkweisen und Schulen. Seit jeher werden in der transaktionsanalytischen Psychotherapie Techniken und Methoden anderer Schulen verwendet, *sofern sie mit den eigenen Grundannahmen und -theorien kompatibel sind*.

## **Zusammenfassung**

Die Transaktionsanalyse als psychologische Lehre verbindet intrapsychische und interpersonale (interaktionale) Betrachtungsweisen. Sie schenkt dem seelischen Austauschgeschehen zwischen Menschen die gleiche hohe Beachtung wie der innerseelischen Struktur und Dynamik des Individuums. In diesem Sinne ist die Transaktionsanalyse ihrem Wesen nach ein systemischer Ansatz, der Tiefenpsychologie und Sozialpsychologie integriert. Sie sieht den Menschen als lebendiges, sich selber organisierendes (seelisches) System mit seinen Subsystemen (*Ich-Zuständen*). Zwischenmenschliche Beziehungen werden ebenfalls als lebendige, selbstregulierende Systeme mit ihren Sub- und übergeordneten Systemen betrachtet (Paar, Eltern-Kind-System, Familie, Gesellschaft, usw.).

## **Ombudsstelle und/oder Standeskommission:**

Jaques Prahin, Chemin de Bochat 38, 1094 Paudex, Tel 021 792 19 07 Fax 021 792 19 77, e-mail: [simopra@bluewin.ch](mailto:simopra@bluewin.ch)

## Adressen

Ausbildungsinstitut in der Deutschschweiz:

ITAP Zürich, Haldenstrasse 144, 8055 Zürich, Tel 044 463 25 25, website:  
[www.transaktionsanalyse.ch](http://www.transaktionsanalyse.ch), [info@transaktionsanalyse.ch](mailto:info@transaktionsanalyse.ch)

Ausbildungsinstitute in der Französischen Schweiz:

**Centre AT-Genève**, Chemin du Pont-de-Ville, 11 - 1224 Chêne-Bougeries (GE),

Téléphone : +41 79 822 80 32,

[cat\\_ge\\_infos@bluewin.ch](mailto:cat_ge_infos@bluewin.ch), [www.centreatgeneve.com](http://www.centreatgeneve.com)

**Ecole de psychothérapie en A.T. Lausanne**, Rue St.Pierre 1 - 1003 Lausanne

Téléphone : +41 21 311 11 67, E-mail : [paola.nadas@ieee.org](mailto:paola.nadas@ieee.org)

Verbände:

Deutschschweizer Gesellschaft für Transaktionsanalyse DSGTA: [www.dsgta.ch](http://www.dsgta.ch)

Association Suisse de l'Analyse Transactionelle de la Suisse Romande ASAT-SR  
[www.asat-sr.ch](http://www.asat-sr.ch), <http://www.asat-sr.ch/>

## Vertiefende Literatur:

Berne, E. (2000). Die Transaktionsanalyse in der Psychotherapie

Hennig, G. und Pelz, G. (1997), Transaktionsanalyse, Lehrbuch für Therapie und Beratung

Transactional Analysis Journal (TAJ), [www.itaa-net.org/](http://www.itaa-net.org/)

Zeitschrift für Transaktionsanalyse, Junfermann Verlag, [www.junfermann.de](http://www.junfermann.de)

Autoren:

Dr. med. Kaspar Wolfensberger und Hansruedi Hunter, lic.phil. Psychologe, lehrende Transaktionsanalytiker

## **LOGOTHERAPIE UND EXISTENZANALYSE**

**Institut für Logotherapie und Existenzanalyse, Chur (ILE)**

### **Kurzer historischer Abriss mit Beschreibung der Gründerpersönlichkeit**

„Logotherapie“ ist eine sinnzentrierte Psychotherapie. Sie wurde vom Wiener Psychiater und Neurologen Viktor E. Frankl (1905 – 1997) gegründet.

„Die Bedeutung des griechischen ‚logos‘ ist vielschichtig – Frankl übersetzt es im Kontext seines Ansatzes mit ‚Sinn‘. Schon 1926 verwendete er den Begriff ‚Logotherapie‘ in öffentlichen Vorträgen – den Begriff ‚Existenzanalyse‘, für Frankl eine alternative Bezeichnung und gleichzeitig anthropologische Basis für die Logotherapie, gebrauchte er ab 1933“ (Kriz, 2001, S. 201). In der Auseinandersetzung mit Sigmund Freud, Alfred Adler u. a. kam Frankl u. a. zur Erkenntnis, dass sich der Mensch zwar auch lust- bzw. machtorientiert verhält, dass er seinem Wesen nach aber sinn- und wertorientiert ist. Unabhängig von Alter, Geschlecht, Intelligenz, Rasse, Zeit und Religion strebt der Mensch zutiefst danach, sein Leben in einem Sinnzusammenhang zu verstehen.

In ihren wesentlichen Grundzügen hat Frankl die Logotherapie bereits in der Zeit vor dem Zweiten Weltkrieg entwickelt. „Nach dem Medizinstudium und der Promotion arbeitete Frankl zunächst an der psychiatrischen Universitätsklinik, dann 4 Jahre am Psychiatrischen Krankenhaus Wien ‚Steinhof‘. (...) Nach der Eingliederung Österreichs ins ‚Dritte Reich‘ war er als Jude der Verfolgung durch die Nationalsozialisten ausgesetzt. (...) Drei Jahre verbrachte er in mehreren Konzentrationslagern, kehrte aber 1945 nach Wien zurück. (...) Nach dem 2. Weltkrieg wirkte Frankl nicht nur als Professor für Neurologie und Psychiatrie in Wien, wo er auch nach seiner Pensionierung bis kurz vor seinem Tode lehrte, sondern er hatte zugleich eine Professur für Logotherapie an der Universität San Diego (Kalifornien) und war zeitweise Professor in Harvard, in Stanford und an den Universitäten von Dallas und Pittsburgh“ (Kriz, J.; S. 202).

## **Zuordnung zu einer psychotherapeutischen Hauptrichtung**

Die Logotherapie und Existenzanalyse zählt heute zu den ‚humanistischen Ansätzen‘. Eine eindeutige Zuordnung zu einer der fünf psychotherapeutischen Hauptrichtungen ist allerdings schwierig. Während logotherapeutischen Interventionsformen wie der ‚paradoxen Intention‘ und der ‚Dereflektion‘ eher verhaltenstherapeutische und systemische Konzepte zu Grunde liegen, enthält das ganzheitliche, an persönlicher Freiheit, Verantwortung und Sinnverwirklichung orientierte Menschenbild vor allem humanistische Elemente. „Durch ihr bereits in den dreissiger Jahren vorgetragenes Anliegen einer Rehumanisierung der Psychotherapie sowie durch ihre philosophisch-anthropologische und phänomenologisch-existenzialistische Basis steht sie den humanistischen Ansätzen sehr nahe“ (Kriz, J.; 2001, S. 201).

## **Menschenbild, Weltbild, Gesundheits- und Krankheitsverständnis**

### *Menschenbild*

Das Menschenbild, welches der Logotherapie und Existenzanalyse zugrunde liegt, setzt die Freiheit des Willens voraus. Der Mensch ist mindestens potentiell willensfrei. Seine Willensfreiheit kann durch Krankheit, Unreife, Senilität eingeschränkt oder gar aufgehoben sein. Dies ändert aber nichts an ihrem grundsätzlichen Vorhandensein. Nach Auffassung der Logotherapie ist der Mensch nicht determiniert. Mit der grundsätzlichen Freiheit des Menschen ist auch seine Verantwortlichkeit gegeben.

Die Logotherapie und Existenzanalyse sieht im Menschen ein dreidimensionales Wesen. Dabei geht es um die körperliche (physische), die seelische (psychische) und die geistige (noëtische) Dimension. Während die physische Dimension alle leiblichen Phänomene beinhaltet, geht es bei der psychischen Dimension u. a. um Befindlichkeiten, Begierden, Prägungen, Verhaltensmuster, Hoffnungen und Begabungen des Menschen. Die dritte (geistige bzw. noëtische) Dimension enthält alles spezifisch Menschliche. Im Zentrum stehen das Gewissen des Menschen und seine Fähigkeit, zu seinem Psychophysikum und zu seiner Umwelt Stellung zu beziehen. „Ich muss mir von mir und den andern nicht alles gefallen lassen“ (Frankl).

## *Weltbild*

Das Weltbild der Logotherapie und Existenzanalyse basiert auf dem Postulat von der ‚Sinnhaftigkeit des Lebens‘. Darin kommt die logotherapeutische Überzeugung zum Ausdruck, dass das Leben einen bedingungslosen Sinn hat, den es unter keinen Umständen verliert. Allerdings kann sich dieser Sinn menschlichem Begreifen entziehen. Insofern ist er eine den Menschen übergreifende Grösse, die jeweils aufs Neue erspürt und erahnt werden muss.

Das Leben konfrontiert den einzelnen Menschen in jeweils ganz konkreten Situationen mit Sinnmöglichkeiten. Jeder dieser ‚Sinnanrufe‘ ist einzigartig (bezüglich Person) und einmalig (bezüglich Situation). Elisabeth Lukas veranschaulicht den Sinnanruf des Lebens an den einzelnen Menschen am Beispiel eines Postförderbandes, auf dem viele Briefe am Menschen vorbeilaufen. „Manche der Briefe, sprich Informationen, sind an uns persönlich adressiert, andere nicht. Diejenigen, die an uns persönlich adressiert sind, rufen uns zu etwas auf, sprechen uns auf uns selbst und unser Handeln an. Diese Briefe sollen von uns geöffnet, ihre Botschaft soll überdacht und bestmöglichst beantwortet werden.“ (Lukas, E.; Geist und Sinn, 1990, S. 17f.). Die logotherapeutische Sicht der Welt setzt beim Menschen eine bestimmte Haltung, eine ‚kopernikanische Wende‘ (Frankl) voraus: Nicht der Mensch befragt das Leben, sondern das Leben stellt die Fragen. Der Mensch ist der Befragte, und er hat zu antworten.

## *Gesundheits- und Krankheitsverständnis*

Das Verständnis von Gesundheit und Krankheit sowie die Ziele der logotherapeutischen Psychotherapie sind im logotherapeutischen Welt- und Menschenbild begründet.

Die Therapie ist nicht nur psychodynamisch, sondern vor allem auch noodynamisch orientiert. Der Patient wird nicht allein in seinen aufgedeckten Determinierungen, sondern in und mit seinen noch trotz allem gebliebenen und zu entdeckenden Ressourcen und Möglichkeiten gesehen. Frankl nannte diesen Glauben sein ‚psychotherapeutisches Credo‘ und sah darin die Fähigkeit des Geistes im Menschen, unter allen Bedingungen und Umständen irgendwie abzurücken vom Psychophysikum und sich zu diesem in eine fruchtbare Distanz zu stellen.

Die Logotherapie und Existenzanalyse sieht den Menschen als das Wesen, das prinzipiell Stellung nehmen kann zu sich selbst und zu seiner Welt. Allerdings

muss der Mensch dies nicht tun; und gelegentlich kann er es auch nicht. Da ist es Aufgabe der Logotherapie, ihn von krankmachenden Blockaden zu lösen und Hilfe zu leisten bei der Reaktivierung seiner Ressourcen. Blockaden sind Grenzerfahrungen, die in der Krankheit und/oder in einer Lebenskrise gemacht werden. In der Selbstdistanz entdeckt der Patient seine je eigenen Möglichkeiten und wächst über sich hinaus. In seiner Stellungnahme zu sich und der Welt entdeckt er die Fragen des Lebens, die an ihn gestellt sind.

## Methoden und Technik

Die Logotherapie verwirklicht ein multidimensionales Konzept, indem sie an den Menschen aus drei verschiedenen Blickwinkeln herangeht. Dabei waren die Anthropologie und die Philosophie stets die stärker ausgeprägten Perspektiven. Der anthropologisch-philosophische Gehalt der Logotherapie kann als richtungweisende Leitlinie verstanden werden, an welcher sich der Therapeut orientieren kann, auch wenn nicht in jedem Einzelfall konkrete Handlungsanweisungen resultieren. Die technische Seite der Logotherapie hat nie die zentrale Rolle gespielt. Aber dennoch sind vor logotherapeutischem Hintergrund einige Techniken entwickelt worden (C. Riedel, R. Deckart, A. Noyon. S. 151).

Die *paradoxe Intention* ist eine kognitive Therapietechnik, bei welcher versucht wird, die Entstehung eines Symptomteufelskreises, z.B. bei Angst- und Zwangserkrankungen, zu unterbinden. Der therapeutische Ansatzpunkt ist die Selbstdistanzierungsfähigkeit des Patienten, die aus logotherapeutischer Sicht angenommen werden kann. Der Patient wird angewiesen, sich „genau das, wovor er sich immer so sehr gefürchtet hatte, zu wünschen (Angstneurose) bzw. sich vorzunehmen (Zwangsneurose)“ (C. Riedel, R. Deckart, A. Noyon. S. 155).

Die *Dereflexion* ist keine Technik, sondern eine therapeutische Strategie mit dem Ziel, pathogene Hyperreflexionen abzubauen und die Aufmerksamkeit des Patienten auf die in der jeweiligen Situation enthaltenen Werte und Sinnverwirklichungsmöglichkeiten zu lenken (C. Riedel, R. Deckart, A. Noyon. S. 166).

Auch die *Einstellungsmodulation* ist ein strategisches Therapeutikum. Sie zielt darauf ab, pathogene Einstellungen zu modifizieren. Das ist insbesondere dann erforderlich, wenn problematische Tatsachen, auf welche die Einstellungen zielen, nicht veränderbar sind (C. Riedel, R. Deckart, A. Noyon. S. 172).

Die *Wertimagination* nach U. Böschmeyer ermöglicht den Zugang zum seelisch Unbewussten, von dem Sinnfindungsbarrieren häufig ausgehen. Die inneren Bilder, denen wir in der Wertimagination begegnen, stellen eine Brücke zwischen Unbewusstem und Bewusstsein her, so dass Auseinandersetzung und Stellungnahme der geistigen Person möglich wird. Diese symbolhaften Bilder steigen im Menschen auf, wenn er ihnen in Entspannung und Stille zielgerichtet entgegen wandert. In dieser ‚inneren Welt‘ werden sowohl die Werte, die der Mensch leben will, als auch die inneren Widerhaken, die ihn hindern, dieses zu tun, farbig, plastisch, gefühlvoll und erlebnisnäher. Während der Imagination bleibt der Therapeut in der Zwiesprache mit dem Imaginierenden (C. Riedel, R. Deckart, A. Noyon. S.380).

### **Fallbeispiel**

Eine 38jährige Frau litt unter gedrückter Stimmung, Antriebsmangel, Schlafstörungen, Freudlosigkeit, vermindertem Selbstwertgefühl, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust und Angstgefühlen und begann deshalb die Therapie. Kurz vor Therapiebeginn wurde sie nach 25 Jahren Ehe geschieden. Sie hat zwei erwachsene Kinder, die noch bei ihr leben. Ihr Vater litt an einer schweren, chronischen Krankheit. Um das Schicksal gut zu stimmen und den Vater am Leben zu erhalten, wurde sie, quasi als Opfer, als sechstes Kind gezeugt und geboren. Die Geburt war kompliziert, und wenige Jahre nach ihrer Geburt starb der Vater. Die Mutter hatte einen neuen Freund, der Alkoholiker war und die Kinder geschlagen hat, wobei die Mutter tatenlos zugesehen hat. Die Frau fühlte sich schuldig, dass sie „den Vater nicht am Leben hat erhalten können“. Sie hat es auch als „gerechte“ Strafe dafür angesehen, dass sie vom Freund der Mutter geschlagen wurde. Stets war sie auf der Suche nach der verlorenen Vaterliebe. Sie wusste zwar um die Liebe ihrer Kinder und auch ihrer Freunde, die sie ob ihrer Warmherzigkeit und Hilfsbereitschaft schätzen, konnte aber die Liebe dieser Menschen nicht spüren. Im Therapiegespräch wurde ihr verdeutlicht, dass sie sich weiter nach dem Meer von Liebe sehnen kann und dabei das Vorhandene unbeachtet lassen kann, sie sich aber auch dafür entscheiden kann, das Vorhandene genau zu betrachten. Der Hinweis auf die Freiheit der Entscheidung half ihr, sich für letzteres zu entscheiden. Staunend stellte fest, dass sie viel hat und kostbar ist, weil sie geliebt ist. In späteren Sitzungen fiel es ihr auf, wenn sie um sich zu kreisen begann. Sie erkannte durch den therapeutischen sokratischen Dialog, dass sie eine pyramida-



le Wertordnung lebt, wenn sie sich nur nach der verlorenen Vaterliebe sehnt. Durch die Arbeit mit Wertimagination konnte sie ihr verletztes inneres Kind wahrnehmen, aber auch die unverletzten Anteile. Sie konnte spüren, dass sie viel Starkes in sich trägt und auch Urvertrauen. Die Bilder aus ihrem Inneren gaben ihr Kraft und neuen Mut. Ein entscheidender Punkt in der Therapie war, als sie erkannte, dass sie kein hilfloses Kind mehr ist, dass sie sich Liebe nicht erkaufen muss, sondern sie wahrnehmen und annehmen muss. Sie erkannte auch, dass die Liebe des früh verstorbenen Vaters nicht mit seinem Tod ausgelöscht war, sondern sie durchs Leben getragen hat. Von da an konnte sie einen Bogen schlagen zur Liebe ihrer Kinder und ihrer Freunde. Sie unterschied dann zwischen Schicksal und Freiheit. Sie erkannte zunehmend, dass sie an ihrer schwierigen Kindheit keine Schuld trägt und schon gar nicht am Tod des geliebten Vaters, aber daran, wenn sie das jetzige Leben ungelebt vorbeigehen lässt. Von ihren Symptomen nach und nach befreit, begann sie Werte zu verwirklichen, indem sie in einem Asylantenheim Besuche zu machen begann und ihr Interesse an fremden Kulturen und Menschen so einsetzen konnte.

### **Für wen eignet sich die Therapie?**

Es gibt kaum eine körperliche oder seelische Krankheit, die nicht gelindert werden kann, wenn sie in eine sinnerfüllte Existenz eingebettet ist. Vor diesem Hintergrund kann die Logotherapie bei allen Störungsbildern angewandt werden. Die Logotherapie ist methodenoffen und betrachtet den Menschen ganzheitlich in seiner körperlichen, seelischen und geistigen Dimension. Sie sieht vor allem das Heile und Intakte eines Menschen und betrachtet ihn nicht als blossen Symptomträger. Da jeder Mensch einzigartig ist, gehen die Therapeuten auch bei der Behandlung der verschiedenen Menschen unterschiedlich vor. Auf die therapeutische Beziehung, der das Menschenbild der Logotherapie zugrunde liegt, wird grösster Wert gelegt. Sehr spezifisch kann die Logotherapie dort eingesetzt werden, wo eine Sinnleere, eine existenzielle Frustration oder eine noogene Neurose vorliegt, also ein „Leiden am sinnlosen Leben“.

Neben der Einzeltherapie wird auch im Gruppensetting gearbeitet. Gruppentherapien schliessen sich an eine erfolgte Behandlung im Einzelsetting an. Dereflexionsgruppen sollen ungesunde Hyperreflexionsneigungen eliminieren. Die Teilnahme an einer logotherapeutischen Gruppe dient auch der Verankerung positiver Lebensphilosophie.

## **Wirksamkeitsstudien, Wissenschaftsnachweise**

Das Schweizer Institut für Logotherapie und Existenzanalyse ist eine relativ junge und kleine Institution. Eigene Wirksamkeitsstudien und Wissenschaftsnachweise stehen in den Anfängen. Hingegen kann sich die Ausbildungsstätte in der Schweiz auf eine reiche Forschungstätigkeit der weltweit verbreiteten Logotherapie und Existenzanalyse abstützen. Diese lässt sich in drei Perioden unterteilen.

In einer ersten Forschungsperiode (1955 - 1968/69), wurden besonders Arbeiten zur paradoxen Intention publiziert. die zweite (1968/69 - 1985) zeichnet sich aus durch die Herausgabe verschiedener Tests. Während der dritten Forschungsperiode wurden und werden die Tests weiter entwickelt und verfeinert. Daneben stehen Einzelfallstudien sowie die Erforschung spezifischer Aspekte (Umgang mit Suchtkrankheiten, Umgang mit Altersgebrechen, Familientherapie etc.) im Mittelpunkt. Alexander Batthyany und David Guttmann haben in ihrem Buch *Empirical Research In Logotherapy and Meaning-Oriented Psychotherapy* 600 Studien aufgelistet, welche die Wirksamkeit der Logotherapie aufzeigen. Verschiedene Dozentinnen und Dozenten des Schweizer Instituts für Logotherapie und Existenzanalyse sind an solchen Forschungsprojekten beteiligt. Ausserdem gehört das Schweizer Institut zu den Mitbegründern des Instituts für Ausbildung und Forschung an der Universität Giessen, das in besonderer Weise der Institutionalisierung der Vermittlung von Forschung dienen soll.

Das Schweizer Institut für Logotherapie und Existenzanalyse beteiligt sich an der von der Schweizer Charta für Psychotherapie in Auftrag gegebenen „Praxisstudie ambulante Psychotherapie Schweiz (PAP-S)“, mit welcher in den Jahren 2006 – 2013 die Wirksamkeit der verschiedenen Therapierichtungen untersucht wird.

## **Zur Ausbildungsinstitution**

Am Institut werden insgesamt rund 60 Studentinnen und Studenten von rund 20 Dozierenden unterrichtet. Die Angebote des Instituts sind u. a.: Integrale Fachausbildung in Psychotherapie auf logotherapeutisch-existenzanalytischer Grundlage, Ausbildung in logotherapeutischer Beratung (eidg. Nachdiplomstudium NDS HF, Wertorientierte Gerontologie, Wertorientierte Mediation) Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse für Interessierte, Weiterbildung zu verschiedenen Themen, Vermittlung von Therapien und Beratungen

Weitere Informationen sind erhältlich bei:

Institut für Logotherapie und Existenzanalyse, Freifeldstrasse 27, 7000 Chur,  
Tel. 081 / 250 50 83 oder unter [www.logotherapie.ch](http://www.logotherapie.ch).

## **Ombudsstelle und Standeskommission**

Das Schweizer Institut für Logotherapie und Existenzanalyse verfügt über eine Schulkommission und eine unabhängige Rekurskommission. Als Mitglied der Schweizer Charta für Psychotherapie ist das Institut auch deren Standesregeln verpflichtet.

Autor: Dr. phil. Giosch Albrecht

## **Literatur**

Kriz, J.; Grundkonzepte der Psychotherapie. Weinheim 2001, 5. Aufl.

Lukas, El: Geist und Sinn: Logotherapie - die dritte Wiener Schule der Psychotherapie. Psychologie Verlags Union, München 1990.

Riedel, C; Deckart, R; Noyon, A: Existenzanalyse und Logotherapie. Ein Handbuch für Studium und Praxis. Primus Verlag, Darmstadt 2002

## **EXISTENZANALYSE UND LOGOTHERAPIE**

### **Internationale Gesellschaft für Existenzanalytische Psychotherapie Schweiz (IGEAP-CH)**

#### **Historischer Kontext**

Der Wiener Psychiater und Neurologe Viktor E. Frankl (1905-1997) ist der Begründer der Existenzanalyse und Logotherapie. Schon als Kind wurde Frankl von Sinnfragen zutiefst bewegt; als Gymnasiast korrespondierte er bereits mit S. Freud, der einen psychoanalytischen Aufsatz des Teenagers in einer psychologischen Fachzeitschrift veröffentlichte. Nach der Maturität löste sich der Medizinstudent Frankl von der Psychoanalyse und wandte sich der Individualpsychologie Adlers zu. Auch hier kam es für Frankl zu Ungereimtheiten, er folgte seiner eigenen Spur und entwickelte als Abgrenzung und Ergänzung zu den vorgenannten zwei Wiener Schulen zwischen 1926 und 1933 die Grundlagen für die "Dritte Wiener Schule der Psychotherapie"; die Existenzanalyse und Logotherapie. Er setzte damit der Psychoanalyse ("Wille zur Lust") und der Individualpsychologie Adlers ("Wille zur Macht") mit der Existenzanalyse einen dritten Zugang entgegen ("Wille zum Sinn") und brachte damit die *geistige, human-personale Dimension* als primäre umfassende Motivationskraft in sein Menschenbild hinein.

Während des Zweiten Weltkrieges war Frankl in verschiedenen Konzentrationslagern inhaftiert. Diese (Selbst-) Erfahrungen hatten einen erheblichen Einfluss auf seine Lehre. Nach seiner Befreiung veröffentlichte er eine grosse Zahl von Büchern und Artikeln, dazu kam eine rege Vortragstätigkeit weltweit an über 200 Universitäten; sein Werk wurde mit 28 Ehrendoktoraten ausgezeichnet. Seine 31 Bücher sind in 24 Sprachen erschienen - einschliesslich Japanisch, Chinesisch und Russisch. Sein Werk und seine Kontakte mit praktisch allen führenden Psychotherapeuten seiner Zeit weisen Frankl als bedeutende Persönlichkeit in der Psychotherapie aus. 1983 wurde in Wien ein Logotherapieinstitut und eine Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse (GLE) gegründet.

A.Längle (1951) erweiterte den klassischen Ansatz von Frankl und entwickelte neue Therapiemethoden dazu. Ebenso kümmerte er sich um Fragen der Ausbildung. Als Folge dieser Erweiterung entwickelte sich eine GLE-International als

weltweite Dachorganisation mit Landesgesellschaften (nebst der schon bestehenden in Oesterreich) in der Schweiz, Rumänien, Deutschland, Tschechien, Russland, Mexico, Argentinien und Chile, die alle auch Ausbildungslehrgänge anbieten. Die GLE ist auch in internationalen Gremien vertreten, u.a. in der „Internationalen Zeitschrift für Existentielle Psychologie und Psychotherapie“, und in der „International Federation of Psychotherapy“. Die Mitgliederzahl wächst kontinuierlich. Die IGEAP (Internationale Gesellschaft für existenzanalytische Psychotherapie-Schweiz) wurde 1997 gegründet, sie vertritt als Landesverband der GLE-International die gleichen Interessen und Ziele wie diese, bildet nach deren Curriculum aus und kümmert sich in der Schweiz um landesspezifische Fragen und Auflagen.

### **Zuordnung zu einer psychotherapeutischen Hauptrichtung**

Die Existenzanalyse gehört philosophisch zu den existentiell orientierten Ansätzen. Unter dieses Paradigma fallen all jene Verfahren, die sich in erster Linie existentiellen Fragen zuwenden und psychische Probleme unter diesem Gesichtspunkt beleuchten. Unter existentiellen Themen sind universelle Grundkonflikte, Lebenseinstellungen, "letzte" Fragen wie Endlichkeit und Vergänglichkeit, Sinnhaftigkeit, "erste" Fragen wie Freiheit, Entscheidungsmöglichkeit, Angst, Verantwortung und Schuld, Authentizität, Einsamkeit und Streben nach interpersonalem Kontakt zu verstehen. Im Zentrum steht der Begriff der "Existenz", die Frage nach einem erfüllten, in Besitz genommenen und sinnvollen Daseins, welches sich sogar noch in menschlichem Dilemma und Leid erschliesst und damit dieses transzendiert. Diese existentielle Orientierung ist zutiefst geprägt vom Geist der *Existenzphilosophie* bzw. deren wichtigsten Vertreter wie Kierkegaard, Heidegger, und Jaspers. In ihrer praktischen Vorgangsweise orientiert sich die Existenzanalyse an der *Phänomenologie*, die philosophisch bei Husserl, seinen Schülern M. Scheler und M. Heidegger eingebettet ist. Obwohl diese existentialphilosophische Tradition auch die humanistischen Psychologierichtungen (u.a. F. Perls, C. Rogers) mitgeprägt hat, lässt sich die Existenzanalyse und Logotherapie strenggenommen trotz der Nähe zur humanistischen Psychologie nicht bei dieser Strömung einordnen, da diese einem Hauptanliegen der existentiellen Grundgedanken nicht entspricht, nämlich dem Fokussieren auf die Verantwortung des Menschen für seine je eigene Existenz.

## **Menschen- und Weltbild, Gesundheits- und Krankheits-verständnis**

Im Mittelpunkt der Existenzanalyse (EA) steht der Begriff der "*Existenz*". Darunter wird ein *sinnvolles, in Freiheit und Verantwortung* gestaltetes Leben in der Welt verstanden, mit der die Person in unablässiger Wechselwirkung und Auseinandersetzung steht. Die EA befasst sich demnach mit dem spezifisch "Menschlichen im Menschen", mit dem, was Menschsein im Wesen ausmacht. Erst in zweiter Linie geht es in der EA um spezielle Aspekte der Lebensbewältigung (wie Lernen, Biographie, Bewusstmachung, Kommunikation usw.), und zwar in dem Masse, wie sie für ein erfüllendes (d. h. "existenziell geführtes") Leben notwendig sind.

In der EA steht der praktische Zugang zur Existenz im Vordergrund. Aufbauend auf Frankls Existenzverständnis, das sich konstituiert aus der Freiheit und Verantwortlichkeit des Menschen sowie aus seinem Streben nach einem sinnvollen Leben, kann Existenz schlicht als "*Leben mit innerer Zustimmung*" umrissen werden. Damit kann die EA definiert werden als eine *phänomenologische*, an der Person ansetzende Psychotherapie mit dem Ziel, der Person zu einem (geistig und emotional) freien Erleben und zu authentischen Stellungnahmen zu verhelfen, und dadurch den Menschen zu befähigen, mit innerer Zustimmung zum eigenen Handeln und Dasein zu leben. Die praktische Umsetzung dieses Menschenbildes in Beratung und Psychotherapie nannte Frankl *Logotherapie*. Diese konzentriert sich im wesentlichen auf die geistigen Aspekte des Menschseins (Sinn, Verantwortlichkeit, Freiheit, Gewissen usw.), die beim therapeutischen Sinnfindungsprozess zum Tragen kommen. Grundlegend für die existentielle Sinnfindung ist der Logotherapie zufolge die Hingabe des Menschen an eine Sache, Aufgabe oder einen anderen Menschen, ein Ausgerichtetsein auf etwas, das nicht wieder er selbst ist (von Frankl als *Selbsttranszendenz* bezeichnet).

Diese Werte werden unterschieden in drei Wertkategorien, die Frankl die "*drei Hauptstrassen*" zum Sinn nannte. Es geht dabei um die Verwirklichung von erstens "*schöpferischen Werten*" (durch ein Tun) und zweitens von "*Erlebniswerten*" (durch Erleben der Welt in Natur, Kunst und Beziehungen). Wenn aber der Zugang zu diesen zwei Wertekategorien in einer unabänderlichen Situation von Leid verschlossen ist, bleibt dem Leidenden noch die Besinnung auf eine dritte Wertekategorie, nämlich auf die "*Einstellungswerte*", verwirklicht in einer Haltung, mit der dem ausweglosen Schicksal begegnet werden kann.

Frankls zentrale logotherapeutische Botschaft ist die "*existenzielle Wende*", von ihm auch die "*kopernikanische Wende*" genannt: "*Das Leben selbst ist es, das*

dem Menschen die Fragen stellt. Er hat nicht zu fragen, er ist vielmehr der vom Leben her Befragte, der dem Leben zu antworten - das Leben zu verantworten hat." Diese Abwendung, von der Erwartungshaltung an das Leben hin zur Orientierung auf eine Offenheit gegenüber den Anforderungen seiner jeweiligen Lebenssituation eröffnet dem Menschen neue Perspektiven der Welt -, Sinn- und Wertewahrnehmung sowie des Eingebundenwerdens in die Verantwortung für das eigene Leben.

Die Erfahrung hat gezeigt, dass eine wesentliche Dimension menschlichen Seins, das individuelle Erleben, die Emotionalität in Frankls Weltbild zu kurz kam und damit wichtige therapeutische Zugänge zur Realisierung eines Lebens mit innerer Zustimmung verschlossen blieben. Es ist das Verdienst von A. Längle, einerseits durch die *"personale Wende"*, d.h. durch die Entwicklung der *Personalen Existenzanalyse*, subjektives Erleben, Erfahrungen und Gefühle als zentrales Element in den psychotherapeutischen Prozess einzubeziehen, und andererseits durch die Formulierung von drei *personal-existentiellen Grundmotivationen* die existenzielle Basis für die Sinnfindung geschaffen zu haben. Ganz kurz gefasst geht es in der ersten Grundmotivation dem Menschen zuerst darum "Dasein zu können", Halt, Schutz und Raum in der Welt zu finden, die die Grundlage sind um die Frage beantworten zu können: "Kann ich (so) leben, kann ich sein?" In der zweiten Grundmotivation geht es um das Streben, Suchen und Fühlen von Werten und Wertvollem, was das eigene Wertsein erlebbar macht und zum Aufbau und zur Stärkung des "Grundwerterlebens" führt. Das schafft die erlebten Antworten auf die Frage: "Mag ich (so) leben?" Die dritte Grundmotivation beinhaltet die Themen des Sosein-/Selbstsein-Dürfens der Person, worin sich ihre Einzigartigkeit, Würde und Rechtfertigung vor sich selbst und der Öffentlichkeit manifestiert und woraus ihr Achtung und Respekt entgegenkommt. Die Frage: "Darf ich (so) sein?" steht für diese Thematik. Frankls Dimension der Sinnstrebigkeit und Sinnfindung wird als vierte Grundmotivation definiert, sie benötigt als tragenden Grund die Realisierung des "Dasein-Könnens", des "Leben-Mögens" und des "Sosein-Dürfens".

*Gesundheitsverständnis:* Gesundheit heisst, in Resonanz mit Werten leben zu können und die Kraft zu spüren in innerer Stimmigkeit mit den realen Situationen zurecht zu kommen. Dies bedeutet auseinandersetzung- und dialogfähig zu sein. Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit von Störungen und mehr als die Kraft, mit Störungen leben zu können. Es bedeutet vielmehr, sich - trotz Leid, Verlusten u.ä. - auf sich und die Welt einlassen zu können. Seelische Gesundheit bedingt

somit, dass ich leben kann unter oder trotz den Bedingungen meiner realen Situation; dass ich einen Grund fühle, der mir Anlass zum Leben-Mögen gibt; dass ich das Recht auf mein eigenes So-Sein und Entscheiden spüren und realisieren kann. Dies führt zum persönlichen Lebensvollzug.

*Krankheitsverständnis:* Eine psychische Krankheit oder Störung liegt dann vor, wenn man wiederholt behindert ist, das zu erkennen, zu erleben oder zu tun, was man selbst in der konkreten Situation als gut und richtig empfindet. Krankheit bedeutet also, wenn man wiederholt oder gar regelmässig etwas tut oder lässt, was man im Grunde nicht will: regelmässiges Verhalten ohne Freiheit, das sich gegen die eigene Person richtet oder ohne ihre innere Beteiligung durchgeführt wird. Das heisst eine psychische Krankheit führt zu einem Verhalten, das der Situation nicht angepasst ist, eine Eigendynamik hat, subjektiv meistens als Lähmung oder Behinderung (Unfreiheit) erlebt wird und sich auf sich selbst oder andere schädlich auswirkt.

## **Methoden und Technik**

Das Vorgehen der EA ist phänomenologisch (d.h. von der Aussage des Patienten geleitet, nicht deutend, sondern verstehend) und dialogisch (den Patienten in Austausch mit der Welt bringend). Neben der EA als psychotherapeutische Anwendung kommt Logotherapie hauptsächlich in der Beratung und Prophylaxe zum Tragen. Beide Formen werden in Einzelgesprächen in sitzender Weise oder (seltener) in Gruppen angewendet. Der Therapeut ist Dialogpartner, der auch seine Wahrnehmungen, Gefühle und Ideen (auf der Basis des existenzanalytischen Vorwissens) und seine Eindrücke mitteilt. Es stehen rund ein Dutzend spezifische Techniken und Methoden zur Verfügung, auf die in diesem Kontext nicht im einzelnen eingegangen werden kann, es seien jedoch die "Klassiker" von Frankl erwähnt, vorab die Paradoxe Intention, ein wertvolles Mittel bei Angst- und Zwangsstörungen (zur Anwendung kommt der Humor als humanes Spezifikum), dann die Dereflexion, die Einstellungsänderung und die existentielle Wende. Die Weiterführungen und Innovationen von A. Längle sind die Personale Existenzanalyse, die Personale Positionsfindung, die phänomenologische Dialogübung ("Sesselmethode"), die Sinnerfassungsmethode, die Biographische Methode, der Umgang mit Aggression und die Willensstärkungsmethode. Das Perspektiven-Shifting wurde in einer mündlich tradierten Version von Frankl und in einer Weiterentwicklung von Christoph Kolbe beschrieben.



## Fallbeispiel

Eine 40-jährige, alleinstehende Frau leidet seit Jahren an Depressionen: "Eines Tages werde ich mich umbringen, es nützt alles nichts". Das ´es nützt nichts` fällt auf. Sie glaubt, dass nur Sinn hat, was nützlich ist. Für wen? Nützlich ist für sie, was ihren eigenen Vorstellungen entspricht. Leben ist also Dienstleistung und eine Versorgungseinrichtung? Die Therapie fördert ihre ´vorexistentielle` Lebenshaltung zutage: "Das Leben muss gefälligst so sein, wie ich es will: Sonst mache ich nicht mit." In ihrem Ärger und Trotz kommt sie auf Selbstmordgedanken. Zeigt diese Haltung nicht eine depressive ´Vergewaltigung des Lebens` auf, die Unmöglichkeit zum Leben zu kommen? Denn wer liebt schon, was er vergewaltigt? Es wird darüber gesprochen, dass sich das Leben unseren Bedingungen nicht beugt. Es steht nicht zu unseren Diensten; denn eigentlich bin ich für das Leben da - bin ich da, um mein Leben anzugehen, statt auf es zu warten (´existentielle Wende`). "Es ist fürchterlicher Ärger in mir, dass das Leben so ist. Denn ich habe mich ja nicht selbst in die Welt gebracht. Das ist unerhört: Jetzt bin ich da, ungefragt, und kann nicht einmal etwas erwarten." Es wird um eine neue Lebenseinstellung gerungen. Seit 20 Jahren kennt sie die Bedingungen um das Leben annehmen zu können: ein Partner und Kinder. Sie wartet noch immer. Inzwischen ist sie in ihrem Ärger erstarrt, sucht Ruhe in Alkohol und Tranquilizern, und da selbst diese die Ruhe nicht geben, sehnt sie sich nach dem Tod.

Die existenzanalytische Arbeit bemüht sich in Fällen solcher massiver Verfestigung zunächst um das Verstehen der Lebensgeschichte und der Erfahrungen, die zu dieser Lebenshaltung geführt haben. Es ist heilsam, wenn die Frau selbst verstehen kann, warum sie so geworden ist. Wie sollte sie sonst diese Haltung aufgeben können, mit der der Grossteil ihres Lebens und Scheiterns aufs engste verbunden ist? Wesentlich bei dieser existenzanalytischen biographischen Arbeit ist das Herausschälen ihres echten Ringens um sinnvolles Leben. Dass es ihr nicht wirklich gelang, ist nun kein einseitiges ´Versagen` von ihr, sondern wird verstehbar ob vieler Schläge und Schicksalsschläge. Erstmals wird auch einsichtig, wie ihr Leben gelingen kann. Um die lebensnotwendige Distanz zu den eigenen Forderungen zu bekommen, wird auch paradox gearbeitet: "Was würden Sie tun, wenn Sie von dieser Stunde an wüssten, dass Ihre Forderung nie in Erfüllung gehen wird?" -"Ich habe eigenartigerweise öfters den Gedanken: Wenn ich wüsste, ich müsste mein Leben lang alleine sein, dann könnte ich besser leben.

Manchmal ärgere ich mich darüber, dass der Wunsch so stark in mir ist." Zögernd und tastend lässt sich die Patientin an die neue Einstellung heranzuführen, dieses Leben erst einmal zu nehmen, wie es ist (erste Grundmotivation). Erst dann kann mit ihm sinnvoll umgegangen werden. Den existentiellen Sinn des Lebens zu fassen heisst: Aus dem Gegebenen das Beste zu machen. "Möchten Sie heute einmal versuchen, zu diesem Leben ´Ja` zu sagen - dieses Ihr Leben, wie es gerade ist, mit Ihrem ´Ja` gleichsam zu Ihrem lang ersehnten Partner zu machen?" Der zunächst zögerliche Entschluss, nur für einen Tag auf jeglichen Mann zu verzichten und bewusst für sich allein zu leben, schaffte ihr Luft. Aus einem Tag wurden bald mehrere Tage. Sie begann jene Ruhe zu spüren, nach der sie sich gesehnt hatte. Es war nicht die Ruhe in der Auslöschung, sondern eine Ruhe im Schutz vor der Bedrängnis ihrer bedingungslosen Wünsche. Durch diese Haltung hatte sie Leben verdrängt. Die nun neu erlangte innere Gelassenheit liess endlich Leben zu. Ein solcher Prozess kann Monate dauern, manchmal - bei besonders verfestigten Haltungen - auch Jahre.

### **Für wen eignet sich die Therapie?**

Unter der Voraussetzung der Dialogfähigkeit zeigt sich folgender Anwendungsbe- reich: Angst-und Zwangserkrankungen, Gefühle der Lebenshemmung, Insuffi- zienz- und Unsicherheitsgefühle, Begleitung von Psychosen, psychosomatische Störungen, Sexualstörungen, Sucht, Persönlichkeitsentfaltung, Persönlichkeitsstö- rungen, Sinnlosigkeitsgefühle, Lebenskrisen.

### **Dauer der Therapie**

Kurzzeittherapien dauern 5 - 10 Sitzungen; die meisten Therapien finden statt mit etwa 25 Stunden über ein Jahr verteilt. Bei schweren Störungen kann die Thera- pie auch über Jahre gehen bis hin zu Langzeittherapien oder Langzeitbegleitun- gen je nach Problemstellung oder Absprache mit dem Patienten.

### **Wirksamkeitsstudien, Wissenschaftsnachweise**

Es gibt zahlreiche Forschungsarbeiten. Insbesondere zur Wirksamkeit der Metho- de der Paradoxen Intention liegt eine aussergewöhnlich umfangreiche Literatur vor. Es gibt eine Vergleichsstudie mit anderen Psychotherapieverfahren bei

Suchtproblematiken, die zeigt, dass die EA im Vergleich mit den anderen Verfahren ebenbürtig ist.

### **Zur Ausbildungsinstitution**

Ausbildungsinstitution ist die GLE-International; alle 2 Jahre wird in der Schweiz eine Ausbildung für Psychotherapeuten und Berater angeboten, erstere verfügen über einen entsprechenden akademischen Abschluss. Die IGEAP-CH vereinigt ca. 70 Mitglieder.

### **Therapievermittlungsstelle**

Internationale Gesellschaft für Existenzanalytische Psychotherapie-Schweiz (IGEAP-CH), CH-3013 Bern, Mezenerweg 12, p. A. lic. phil. Brigitte Heitger  
[www.existenzanalyse.ch](http://www.existenzanalyse.ch)

### **Ombudsstelle und Standeskommission**

Die Beschwerdestelle mit Beschwerderechten und die Schlichtungsstelle sind statuarisch geregelt. Es gelten die Ethikregeln, an die sich die GLE-International hält, die auf dem österreichischen Recht basieren.

Autor: Dr. med. Rodolphe Leuenberger

### **Vertiefende Literatur**

V. Frankl: „trotzdem Ja zum Leben sagen“ dtv

A. Längle: „Sinnvoll leben“, NP Buchverlag und

A. Längle: „Entscheidung zum Sein“ Viktor E. Frankls Logotherapie in der Praxis, Serie Piper

## **BIOSYNTHESE®**

### **Internationales Institut für Biosynthese (IIBS)**

#### **Historischer Hintergrund, Gründung der Biosynthese**

Schon Freud glaubte, die Psychoanalyse werde eines Tages ihre organischen Wirkungsweisen entdecken. 1971 stellte David Boadella in seinem Buch *Wilhelm Reich, Leben und Werk* (Neuaufgabe Schirner-Verlag, 2008) dar, wie Reich genau diese organischen Grundlagen erarbeitet hatte. Der Arzt und Psychiater Wilhelm Reich zeigte sie auf in einer konsequenten Entwicklung von der Charakteranalyse zur von ihm so genannten »Vegetotherapie«, einer Therapie, die sich mit den physiologischen Wurzeln der Neurose im Körper beschäftigt. Reich legte somit den Grundstein für eine somatisch fundierte Psychotherapie. Er hat den Weg für alle gegenwärtigen Therapien bereitet, die Psyche und Körper verbinden.

Vor 50 Jahren begründete David Boadella die Biosynthese. Ihre frühen Wurzeln hat sie in der Charakteranalyse und Vegetotherapie von Wilhelm Reich, der psychophysiologischen Synthese von Pierre Janet, der britischen Objekt-Beziehungsschule von John Bowlby und Ian Suttie und im psychodynamischen, prä- und perinatalen Ansatz von Otto Rank, Francis Mott und Frank Lake.

Seit 1985 wird die Biosynthese von Silvia Specht Boadella mitentwickelt, vor allem auch in ihren philosophischen und existentiellen Aspekten. Hier bezieht sie sich u.a. auf die Einsichten von Spinoza und Kant, sowie auf die Phänomenologie Husserls, die Hermeneutik Gadammers und den dialogischen Existentialismus Martin Bubers.

In ihrem naturwissenschaftlichen Konzept bezieht sich die Biosynthese u.a. auf die Erkenntnisse des Quantenphysikers David Bohm zur Soma-Signifikanz und des Biologen Rupert Sheldrake zu den morphogenetischen Feldern, auf die Neuropsychologie von Antonio Damasio und auf die Biophotonen-Forschung von Fritz A. Popp.

Aus all diesen Themenbereichen wurde in der Biosynthese eine Brücke zwischen geisteswissenschaftlichen und naturwissenschaftlichen Grundkonzepten geschaffen.

Die Biosynthese wird heute fortlaufend von führenden Mitgliedern der *International Biosynthesis Training Faculty* in Theorie und Praxis weiterentwickelt. Sie wird in über zwanzig Ländern der Welt unterrichtet und praktiziert.

### **Zuordnung zur einer psychotherapeutischen Hauptrichtung**

Die Biosynthese ist eine ganzheitliche Psychotherapie-Methode. Sie arbeitet klientenzentriert und prozessorientiert und ist der humanistischen Psychotherapie-richtung verpflichtet. Sie ist ressourcenorientiert und integriert Erkenntnisse der prä- und perinatalen Psychologie sowie der transpersonalen Psychologie. Sie arbeitet integrativ, ist somatisch und tiefenpsychologisch fundiert und kann somit auch dem integrativen, dem psychodynamisch-tiefenpsychologischen und dem körperpsychotherapeutischen Mainstream zugeordnet werden.

### **Das Therapie-Verständnis der Biosynthese: Grundkonzepte und Methode**

Im Mittelpunkt der Biosynthese stehen immer die Bedürfnisse der KlientInnen: nicht der Klient hat sich den Methoden einer bestimmten Therapie anzupassen, sondern der Therapeut muss die für den jeweiligen Patienten und die jeweilige Situation beste Arbeitsmethode anwenden können.

Das Wort »Biosynthese« bedeutet »Integration des Lebens«. Die Biosynthese verbindet die drei wesentlichen Bereiche des Menschseins: die körperliche Existenz, die psychische Erfahrung und die essentiellen Ressourcen.

Sie hat ein bewährtes Spektrum von Arbeitsmethoden entwickelt, mit denen Körper, Seele und Geist integriert werden können und blockierte Lebensenergie in all diesen Bereichen wieder befreit werden kann. In seinem Buch *Befreite Lebensenergie* (Neuaufgabe Schirner-Verlag März, 2009) hat David Boadella dies anhand zahlreicher Fallstudien beschrieben.

Die Biosynthese geht von drei fundamentalen Energie- oder Lebensströmen im Körper aus. Diese Lebensströme äußern sich als Bewegungsfluss durch die Muskeln, als Fluss von Wahrnehmungen, Gedanken und Bildern durch das Nerven- und Sinnessystem und als Fluss emotionalen Lebens durch die inneren Organe des Körpers. Stress vor und während der Geburt, in Kindheit und Jugend, aber auch im Erwachsenenleben, kann die Integration dieser drei Lebensströme behindern oder unterbrechen.

Die therapeutische Re-Integration in der Biosynthese arbeitet mit der Neuformung des Muskeltonus und dem Erden (*grounding*), dem Anschauen und der Neugestaltung von Erfahrung (*facing*), sowie mit der Befreiung des Atems und dem emotionalen Zentrieren (*centering*).

Die Grundlage der Biosynthese betont den zentralen Aspekt der Empathie – für sich selbst wie für den anderen. Sie basiert auf der Einsicht, dass die Qualitäten unserer Essenz in der Realität des Alltags geerdet werden müssen. Die Biosynthese ist ein prozessorientierter Entwicklungsweg. Sie anerkennt das Individuum als einzigartig und multidimensional und fördert sein breites Spektrum von Wachstumsmöglichkeiten. Wir versuchen in der Biosynthese auf den Menschen einzugehen, ohne normativ oder interpretierend zu werden, was und wie ein Mensch sein sollte.

### **Menschenbild, Gesundheits- und Krankheitsverständnis**

In der Biosynthese beschreiben wir die menschliche Natur als drei Bereiche, die nicht aufeinander reduzierbar sind:

- *Die biologische Natur des Menschen:* Die holistische Biologie hat uns zu verstehen gegeben, dass der Organismus nicht nur eine Ansammlung von Teilen ist, sondern sich aus der Kommunikation und Koordination zahlloser Atome und Moleküle zu Organellen, Zellen und Organsystemen bildet.
- *Die psychosoziale Natur des Menschen:* Der formative Prozess des Menschen, der Prozess, in welchem der Mensch geprägt und geformt wird, entwickelt sich im Kontext des organisierenden Feldes seiner Beziehungen mit nahestehenden Familienmitgliedern, mit anderen Personen aus seiner Gemeinschaft und seines Umfeldes. Dieses Feld der intersubjektiven Beziehungen macht sichtbar, wie Menschen denken, fühlen und handeln.
- *Die transpersonale Natur des Menschen:* Jenseits der biologischen und psychosozialen Komponenten, die das Menschsein ausmachen, anerkennt die Biosynthese transpersonale Bezüge, welche die biologischen und sozialen Aspekte einer Person transzendieren und sich nicht auf diese reduzieren lassen.

Zu seiner Entwicklung braucht ein Mensch in jeder Lebensphase kontaktvolle Bezugspersonen. Die wichtigste Grundlage in der Biosynthese-Therapie ist die empathische, lebendige und antwortende Gegenwart eines anderen Menschen: die therapeutische Präsenz. Sie ist das organisierende Feld, in dem der formbil-

dende Prozess einer heilsamen Kraft entstehen kann: Darin geschieht die Integration von Körper, Seele und Geist.

*Gesundheit:* Da der Mensch in seinen Erfahrungen und in seinem Ausdruck auf vielfältige Weise beschreibbar ist, können Gesundheit und Wohlbefinden ebenso multidimensional betrachtet werden. Die Biosynthese unterscheidet daher die folgenden fünf miteinander verbundenen Aspekte von Gesundheit:

- Gesundheit im *körperlich-energetischen* Bereich: Hier geht es um das Pulsieren in den Zellen, Geweben, Organen und Organsystemen des Körpers. Gesundheit wird als etwas gesehen, das sich aus dem Zusammenspiel der verschiedenen Pulsationen und Rhythmen des Körpers ergibt und seine Vitalität unterstützt.
- Gesundheit im *emotionalen* Bereich: Emotionen haben regulative Funktionen und sind abhängig von der Balance zwischen parasympathetischer und sympathetischer Aktivität innerhalb des autonomen Nervensystems sowie von einem gut funktionierenden Zusammenspiel zwischen vegetativen, motorischen und kognitiven Zuständen.
- Gesundheit im Bereich *sozialer* Beziehungen: Der Mensch ist ein Wesen, das in wechselseitiger Abhängigkeit von anderen lebt, in einem Rhythmus von Kontakt hin zu anderen und Rückzug von anderen. Er gedeiht in einem Beziehungsfeld, welches auf seine Bedürfnisse gut genug abgestimmt ist und in welchem er reife Muster der Bindung und des zwischenmenschlichen Kontaktes entwickeln kann.
- Gesundheit im *mentalen* Bereich: Hier zielt die Biosynthese darauf ab, Ausdruck und Eindruck zu synthetisieren und Rationalität und Imagination zu koordinieren.
- Gesundheit im *existentiellen* Bereich: Sie ist eng verbunden mit dem Bewusstsein und der Förderung von grundlegenden Werten.

*Krankheit:* Die Biosynthese unterscheidet daher die folgenden fünf aufeinander bezogenen Aspekte von Krankheit:

- Krankheit im *körperlich-energetischen* Bereich: Sie spiegelt den Zusammenbruch des Pulsierens von Zellen, Geweben, Organen oder Organsystemen wider. Das kann ausgelöst werden durch eine Verletzung oder sich auf der Basis von genetischen Faktoren entwickeln. Sie kann aber auch durch inadäquate

Reaktionen (Fehlanpassungen) auf stressreiche Situationen oder schwere Belastungen entstehen und psychosomatische Erkrankungen auslösen.

- Krankheit im *emotionalen Bereich*: Sie bewegt sich zwischen den Extremen von emotionaler Starre (Affektblockade) und emotionaler Überflutung (Hyperemotionalität).
- Krankheit in *sozialen Beziehungen*: Sie ist ein Zusammenbruch, der zurückzuführen ist auf chronische Fehlabbildungen. Diese zeigen sich in Formen extremer Über-Bindung (pathologische Symbiose) oder extremer Unter-Bindung (autistischer Rückzug).
- Krankheit im *mental*en Bereich: Sie spiegelt ein Defizit in der Ich-Stärke eines Individuums wieder. Sie kann verschiedene Grade annehmen von Störungen der integrativen Fähigkeiten: von neurotischen über Borderline- bis hin zu psychotischen Zuständen.
- *existentielle Krisen* und *spirituelle* Notfälle: Sie ereignen sich, wenn Werte und Bedeutungssysteme eines Individuums zu schnellen Übergängen unterliegen oder zusammen brechen. Viele Suizidversuche spiegeln Zustände existentieller Verzweiflung wider. Krankheiten im Endstadium können ebenfalls spirituelle Notfälle darstellen, bei denen ein Rückblick auf die Lebenswerte von Bedeutung sein kann.

### **Eignung der Biosynthese und Dauer der Therapie**

Im Therapieverständnis der Biosynthese geht es um eine Integration aller oben beschriebenen Erfahrungen: der körperlich-energetischen, der emotionalen, der sozialen, der mentalen und der existentiellen. Den KlientInnen wird geholfen, all jene Erfahrungsaspekte, die aufgrund von traumatischen Ereignissen oder konfliktorientierten Prozessen abgespalten wurden (Dis-assoziations), wieder zu verbinden (Re-assoziations). Das Therapieziel führt von der Ich-Schwäche zur Ich-Stärke: der therapeutische Weg von den Problemen zu den Ressourcen. Je nach Schweregrad der Abspaltung dauert die Therapie unterschiedlich lang. Die Biosynthese kann bei sämtlichen Störungen angewandt werden. Da die Biosynthese-Therapie ressourcenorientiert arbeitet und die selbstheilenden Kräfte in einem Menschen aktiviert, kann oft schon in einer Kurzzeittherapie (10-25 Stunden) eine körperliche, psychische und geistige Reintegration entstehen und Gesundheit



eintreten. Sie eignet sich aber auch für Kriseninterventionen (wenige Stunden) oder für Langzeittherapien (ein bis drei Jahre).

### **Konkretes Beispiel**

Das folgende Beispiel stammt aus David Boadellas Buch *Befreite Lebensenergie* (Neuaufgabe Schirner-Verlag, März 2009) worin sich zahlreiche weitere Fallstudien befinden. Es beschreibt seine Arbeit mit dem 35-jährigen Malcom in einer Biosynthese-Gruppe. Malcom litt unter grossen Ängsten und befand sich zu diesem Zeitpunkt in einem prä-psychotischen Zustand:

*Er schilderte die Sackgasse, in der er sich befand: Er war gefangen zwischen dem Gefühl, innerlich bis zur vollständigen Vernichtung zu implodieren, im Innern in Stücke gerissen zu werden, und dem Gefühl, nach außen in destruktiven Ausbrüchen zu explodieren. Zweimal war seinem Kontrollverlust eine mehrwöchige Einweisung in die Klinik gefolgt. Er stellte mich also vor die Aufgabe, wie es möglich war, einen Raum zwischen Implosion und Explosion zu schaffen, in welchem er seine Wut konzentrieren und lenken konnte.*

*Bei der Arbeit mit Malcolm entschied ich mich dafür, mit dem Prinzip des freien Entschlusses zu arbeiten, d. h. gleich zu Anfang einen Vertrag mit ihm zu schließen, um den allmählichen Aufbau seiner Ich-Kontrolle über die Freisetzung seiner Wut zu fördern. Schritt für Schritt führte ich ihn zu kontrollierten Ausdrucksformen starken Ärgers. Statt sich aufzuspalten zwischen dem Versuch, seine Aggressionen zurückzuhalten und seine Wut nicht zeigen zu können (Implosion), beziehungsweise einem Zornesausbruch und der Unmöglichkeit, seine Destruktivität zu kontrollieren (Explosion), begann er seine Fähigkeit, Ärger zu spüren, mit der Fähigkeit zu verbinden, selber zu entscheiden, wie viel er davon angemessen ausdrücken konnte. So lernte er im Laufe einiger therapeutischer Erfahrungen in der Gruppe, seine eigene Kraft anzuerkennen, sie sich nutzbar zu machen und sie zu kanalisieren, anstatt sie zu verleugnen oder sich von ihr sprengen zu lassen.*

In den darauf folgenden Therapiesitzungen wurden seine Angst und Wut, insbesondere auch seine Angst vor der Wut in seiner Lebensgeschichte aufgearbeitet, sowie seine aktuelle Verankerung im persönlichen und professionellen Leben stabilisiert. Malcom lernte mehr und mehr, mit seiner Angst und Wut umzugehen,

sodass sich beide in der Folge sehr verminderten und er nicht mehr psychisch labil war.

### **Forschung und Wirksamkeit**

Die internationale Forschungsarbeit an allen Instituten wird durch die IFB koordiniert. Die Veröffentlichung geschieht in *Energie & Charakter – Zeitschrift für Biosynthese*. Sie widmet sich der Theorie und Praxis der prä- und perinatalen Psychologie, der somatisch und tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und der transpersonalen Psychologie. Die Zeitschrift erscheint in ihrer englischen Ausgabe „Energy & Character“ seit 1970 mit bisher über 1000 Artikeln in englischer und deutscher Sprache. In deutscher Sprache ist sie seit 1990 erhältlich. Zahlreiche Fallstudien sind darin veröffentlicht worden. Die Zeitschrift wurde immer auch als interdisziplinäres wissenschaftliches Diskussionsforum offen gehalten; viele namhafte PsychotherapeutInnen haben darin publiziert (umfangreichere Literatur kann beim Institut angefordert werden). Allen Biosynthese-Instituten ist auch eine umfangreiche Bibliothek von Fallstudien mit einer Fülle von empirischen Befunden und Wirksamkeitsbelegen angegliedert. Das IIBS und die IFB wirken in verschiedenen internationalen Verbänden federführend mit, so u. a. im Vorstand der wissenschaftlichen Anerkennungskommission des Europäischen Verbandes für Psychotherapie EAP, in der Arbeitsgruppe Psychotherapie und Spiritualität des World Council for Psychotherapy WCP und in vielen anderen. Sie sind an mehreren wissenschaftlichen Forschungsprojekten und Wirksamkeitsstudien beteiligt: u.a. an der Studie Evaluation der Wirksamkeit von ambulanten Körperpsychotherapien EWAK und an qualitativen Forschungsstudien von Video-Metaanalysen zusammen mit der Universität Marburg und der University of Lisbon.

### **Vernetzung und Grösse der Ausbildungsinstitution**

Das Internationale Institut für Biosynthese IIBS ist ein internationales Forschungs- und Ausbildungszentrum für Biosynthese. Es wurde 1969 in England gegründet und hat seit 1985 seinen Hauptsitz in der Schweiz.

Die Biosynthese wird in über 20 Ländern unterrichtet und praktiziert, u.a. auch an verschiedenen Universitäten. Sie ist in all diesen Ländern als eingetragenes Markenzeichen registriert. 2001 wurde die Internationale Stiftung für Biosynthese IFB errichtet, um das Qualitätsmanagement der *Biosynthese* zu verwalten und weltweit für die Koordination kongruenter Ausbildungsstandards zu sorgen. Dadurch

ist ein Titelschutz für alle Biosynthese-TherapeutInnen gewährleistet. Die IFB besteht aus einem Stiftungsrat und verschiedenen Fachräten, wie u.a. Wissenschaft, Forschung und Ethik. Der Stiftungsrat, die Fachräte, die International Biosynthesis Training Faculty und die Vertreter der Biosynthese-Verbände treffen sich jährlich zu Fortbildungen und Meetings, auch um gemeinsame Projekte zu realisieren, wie Forschungsprojekte und Kongresse.

Die IFB ist vernetzt mit dem International Institute for Biosynthesis IIBS, der European Association for Biosynthesis EABS, der Overseas Association for Biosynthesis OABS, und den National Professional Associations for Biosynthesis.

### **Therapievermittlungsstelle**

Beim Sekretariat des IIBS können die Adresslisten der diplomierten Biosynthese-TherapeutInnen im deutschsprachigen Raum angefordert werden. Auf der Website finden Sie die Adressen anderer Institute. Das durch die Internationale Stiftung für Biosynthese IFB vorgenommene Qualitätsmanagement gewährleisten international auch einen Qualitätsschutz für Klientinnen und Klienten.

### **Ethikkommission**

Die IFB führt eine Ethikkommission. Sie hat Ethikrichtlinien erarbeitet, welche für alle Mitglieder gelten und mit dem Eintritt in eine Biosynthese-Ausbildung unterzeichnet werden. Die Ethikkommission fungiert auch als Schlichtungsstelle.

### **Informationen**

Internationales Institut für Biosynthese IIBS, Forschung Ausbildung Fortbildung, Benzenrütli 6, CH-9410 Heiden. Tel.: 071 891 68 55,

Fax 071 891 58 55, E-Mail: [info@biosynthesis.org](mailto:info@biosynthesis.org), [www.biosynthesis.org](http://www.biosynthesis.org)

Autoren: D. Boadelle, S. Specht Boadella

### **Literatur**

Boadella D.: Lebensenergie (Neuaufgabe Schirner-Verlag März, 2009)

## **KÖRPERZENTRIERTE PSYCHOTHERAPIE IKP**

### **Institut für Körperzentrierte Psychotherapie IKP**

#### **Kurzer historischer Überblick**

Die Körperzentrierte Psychotherapie IKP wurde zu Beginn der 70-er Jahre von Yvonne Maurer-Groeli entwickelt. Die Psychiaterin und Psychotherapeutin entwickelte den IKP-Ansatz aufgrund erfolgreicher klinischer Erfahrungen bei Anwendung von Körperinterventionen (Y. Maurer, 2006) stetig weiter. Als Spezialärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie war sie langjährige Oberärztin und Chefarztstellvertreterin einer psychiatrischen Klinik. Als ehemalige Turn- und Sportlehrerin wusste sie aus eigener Erfahrung um den Nutzen von körperlichen Interventionen. Im Ausland begegnete sie K. Graf Dürckheim, ferner arbeitete sie in New York mit einem Schüler von A. Lowen zusammen. Später kam sie in Kontakt mit der Gestalttherapie im FPI in Deutschland und am Esalen-Institut in Kalifornien. Aus der Gestalttherapie (F. Perls, L. Perls-Posner, P. Goodman) entwickelte sie die Körperzentrierte Psychotherapie IKP zu einem ganzheitlich-orientierten, alle wesentlichen Lebensbereiche des Menschen einbeziehenden Psychotherapieansatz. Darin vereint sind Kenntnisse der Tiefenpsychologie (wie Übertragung/Gegenübertragung), Phänomenologie, Gestalttherapie, Körperpsychotherapie (A. Lowen, W. Reich) und des systemischen Gedankengutes (systemisch-ganzheitliches statt linear-kausales Denken, Diagnostizieren, Therapieren). Neuere Erkenntnisse aus Neurowissenschaften, Medizin und Philosophie finden laufend Eingang in die Weiterentwicklung der Psychotherapie IKP.

#### **Zuordnung zur einer psychotherapeutischen Hauptrichtung**

Der ganzheitlich ausgerichtete Psychotherapieansatz IKP ist *existenzialistisch* (Buber, Merleau-Ponty, Marcel, Heidegger) und *phänomenologisch* (Husserl) fundiert und wird den Verfahren der Humanistischen Psychotherapien zugeordnet. Auf dieser philosophischen Basis wird der Mensch in seiner Eigenverantwortung, seiner persönlichen Sinn- und Werterfülltheit und phänomenologischen Wahrnehmung der Umwelt gewürdigt und gefördert. Die therapeutische Beziehung wird

zu einer Begegnung auf gleicher Ebene, in der der Therapeut im Austausch aufmerksam, emotional mitbeteiligt ist.

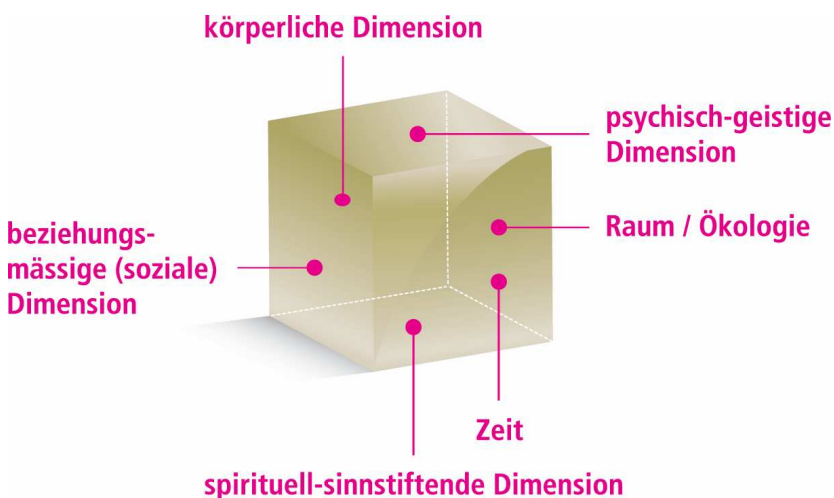
Die Gestalttherapie lieferte grundlegende Einflüsse für die Körperzentrierte Psychotherapie IKP: Selbstregulation des Organismus (vorwiegend körperliche Dimension), das phänomenologische Gestaltwahrnehmen mit allen nach aussen und innen gerichteten Sinnesorganen (awareness-continuum), Figur-Grund-Konzept, Wahl- und Entscheidungsfreiheit, „In-der-Welt-Sein“ (Merleau-Ponty, Heidegger). Das Therapieverständnis beruht auf einem systemisch verstandenen „Mehr-Ebenen-Konzept“ bzw. ein „somato-psycho-sozial-sinnstiftend-spirituelles, Raum und Zeit berücksichtigendes“ Behandlungskonzept. Insofern ist das Attribut „körperzentriert“ für die heutige im Verlauf von drei Jahrzehnten weiterentwickelte Therapieform eine unvollständige Beschreibung. Eine *charakterisierende Bezeichnung* wäre „*multidimensionale*“ oder „*Ganzheits-Psychotherapie IKP*“.

## Grundkonzepte, Menschen- und Weltbild, Gesundheits- und Krankheitsverständnis

### *Grundkonzepte und Menschen-/Weltbild*

Das Anthropologische Würfelmodell IKP ist ein ganzheitliches Menschenmodell, das u.a. zur Diagnose und Therapieplanung eingesetzt wird. Es entspricht einer ganzheitlichen, d.h. multidimensionalen und interrelationalen bzw. einer systemischen Denkweise.

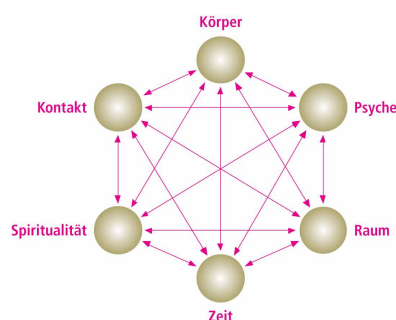
Es bildet sechs Dimensionen menschlichen Seins ab und versucht multiperspektivisch der Einheit und Vielfalt des Menschen nahe zu kommen.



Anthropologisches Würfelmodell IKP (Maurer Y., Version von 1999, Erstpublikation 1987)

Es gehört zur menschlichen Existenz, sich über das Sein und das Sein der Welt Fragen zu stellen. Damit kann sich der Mensch zur Möglichkeit seines eigenen Seins oder Nichtseins verhalten. Er hat die Möglichkeit zur Wahl, zur freien Entscheidung. (Diese Fähigkeiten gelten als Teil der *psychisch-geistigen Dimension*.) Zu unserem Sein gehört aber nicht nur die Wirklichkeit des gegenwärtigen Augenblicks, sondern wir kommen gleichsam ständig aus der Zukunft auf uns zu; unser Sein steht uns bevor, es ist zukünftig - und wir finden uns immer schon in einer Welt vor, in der wir schon da waren (Teil der *Zeit-Dimension*). Die Sicherheit zeitlichen Begrenztseins des Menschen (Tod) und seines Leidens wirft Fragen auf, die nach sinnstiftenden Antworten und Lebenskonzepten verlangen (Teil der *sinnstiftend-spirituellen Dimension*). Ebenso grundlegend für die eigene Existenz ist die *körperliche Dimension*. Zu unserem Dasein gehört aber auch, dass immer schon eine Welt (*räumliche Dimension*) uns umgibt, sich uns zeigt. Philosophisch betrachtet ist uns mit unserer Existenz ein Horizont gegeben, der immer schon weiter und größer als alles Einzelne ist, welches uns darin begegnet. Zur räumlichen Dimension gehört auch der Raum, den unser Körper umschließt und den wir als Körper-Innenraum erleben.

Wir sind ferner nicht allein auf der Welt, sondern unser Dasein ist von Anfang an ein Miteinandersein. Wir teilen diese Welt mit anderen Menschen (Teil der *sozial-beziehungsmäßigen Dimension*). Die sozial-beziehungsmäßige Dimension umfasst u. a. das Konzept der Kontaktprozesse der Gestalttherapie (Vorkontakte, Kontakt nehmen, Kontaktvollzug und Nachkontakt; siehe Perls, Hefnerline, Goodman).



Alle **sechs Lebensdimensionen** des Menschen durchdringen einander gegenseitig im Sinne multidimensionaler Feedbacksysteme, bilden gemeinsam eine Einheit des Seins und sind gleich bedeutsam.

## Gesundheits- und Krankheitsverständnis

Psychische Gesundheit entsteht dann, wenn möglichst viele Lebensbereiche voll gelebt und als Ressourcen genutzt werden. In der Therapie nach dem IKP-Ansatz geht es darum, alle Lebensdimensionen des Anthropologischen Würfelmodells IKP mit dem Patienten zu bearbeiten; d.h. zu prüfen, wie Beschwerden und Kon-

flikte, unabgeschlossene Situationen sowie aufgestaute Gefühle, ungestillte Sehnsüchte und Bedürfnisse die Lebensdimensionen belasten und reduzieren. Zuwenig gelebte Lebensbereiche sollen aktiviert werden. Ziel ist eine Balance innerhalb und zwischen allen Lebensdimensionen zu finden. Damit wird ganzheitlicheres Leben mit zunehmendem Wachstum, Differenzierung und Entfaltung ermöglicht.

Da alle Lebensdimensionen miteinander in einer Einheit vernetzt sind, gibt es auch nur vernetzte Symptomatiken. Gemäss der Krankheitstheorie der Körperzentrierten Psychotherapie IKP ist die Entstehung psychischer Störungen nicht monokausal oder eindimensional, sondern multifaktoriell und sehr häufig multidimensional.

Krankheit entsteht, wenn ein Mensch zu einer oder mehreren Lebensdimensionen zu wenig Kontakt aufnehmen kann bzw. die sechs Lebensdimensionen mittel- bis längerfristig unausgeglichen sind und deshalb ein starkes Ungleichgewicht entsteht. Dies kann durch äussere soziale, psychische und körperliche Einflüsse geschehen, aber auch dann, wenn der Mensch selbst nicht fähig oder gewillt ist, anstehende Wachstums- und Veränderungsprozesse in einer oder mehreren Lebensdimensionen zu erkennen und damit gestaltend umzugehen. Folge sind psychische und psychosomatische Erkrankungen.

Störungen ziehen in der Regel derart viel Aufmerksamkeit auf sich, dass andere Lebensbereiche vernachlässigt werden und in der Folge deren Ressourcen verkümmern. Allgemein lässt sich sagen, dass eine einseitige Lebensweise mit Betonung bestimmter Dimensionen auf die Dauer zu einem Ressourcenverlust in den anderen Bereichen führt. Eine Folge davon ist die Risikozunahme für die Entwicklung psychischer und psychosomatischer, aber auch beziehungs-mässiger Störungen.

### **Therapieverständnis, konkrete Methode und Technik**

Den Hilfesuchenden werden bei der Körperzentrierten Psychotherapie IKP verschiedene Wege angeboten: über das Gespräch (akustischer und optischer Sinneskanal), aber auch über Körperausdruck, Bewegung, Rollendialog, Perspektivenwechsel, gelenkte Imaginationen, zeichnerische Darstellungen und andere kreative Ausdrucksmöglichkeiten ist der Zugang möglich. IKP-spezifische Techniken (z.B. Intrakorporeller Dialog) werden gezielt und situativ eingesetzt, wenn die

im Hier und Jetzt sich manifestierende Problematik des Klienten mit emotionalen Problemen zu tun haben.

Aufmerksamkeitsfokussierte Methoden wie Elemente des autogenen Trainings, der progressiven Muskelentspannung (z.B. Body Scan) und der Meditation geben dem Klienten ein besseres Bewusstsein über sein Körpergeschehen und machen ihn auf körperliche Blockaden, Widerstände, Abwehrmechanismen aufmerksam.

Die Körperzentrierte Psychotherapie IKP verfügt zudem über eine Menge verschiedenster körperbezogener Erfahrungsübungen. Sie reichen von der Anleitung zu aufmerksamem Spüren (Sensory Awareness) bis hin zu Atemübungen, handelndem Experimentieren oder Bewegung und sind themenzentriert zugeordnet (z.B. Erfahrungsübungen zur Förderung der Durchsetzung, Abgrenzungs- oder Vertrauensübungen).

Die genannten Erfahrungsübungen fördern nicht nur das Körperbewusstsein; sie ermöglichen dem Klienten, näher und rascher mit seinen tieferen Gefühlen in Kontakt zu kommen und seine krankheitsbeeinflussenden Einstellungen und Verhaltensweisen zu erkennen und zu ändern. Ressourcen für den weiteren therapeutischen Prozesse können re-/aktiviert werden, indem das Bewusstsein auf die Lebensdimensionen gerichtet wird, in denen sich die Störung kund tut. Daraus lassen sich individuelle Lösungen erarbeiten, wie ein Ungleichgewicht in den Lebensdimensionen ausgeglichen werden kann.

Die zu Behandelnden werden auf dem Boden der Beziehung, die auch Übertragung und Gegenübertragung berücksichtigt, im Sinne der Selbstverantwortung gefordert. Je gesünder sie sind, umso mehr können sie selber am therapeutischen Prozess teilnehmen und vor allem am Neuorientierungsprozess mittels Einüben bestimmter Aufgaben wie Wahrnehmungsübungen, Experimente im Beziehungsbereich, Körperübungen etc. innerhalb und außerhalb der Therapiestunden aktiv mitwirken.

### **Konkretes Beispiel**

Eine 36-jährige Klientin schilderte in der Therapie, sie falle seit 2 Jahren in unregelmässigen Abständen in depressive „Löcher“. Seit 3 Wochen leide sie wieder akut an Antriebs- und Lustlosigkeit, negativem Gedankenkreisen, Morgentiefs, vermindertem Appetit, Hoffnungslosigkeit und Zukunftsängsten. Seit einem Jahr sei sie Bezügerin von Arbeitslosengeld. Nach der Kündigung des Arbeitgebers vor



einem Jahr habe sie sich in die eigene Wohnung zurückgezogen, habe praktisch keinen Kontakt zu Menschen mehr, keine Freunde, kein Hobby mehr. Die Hausarbeit bleibe v.a. in den letzten Wochen liegen. Ihr Partner, anfangs noch liebevoll und unterstützend, ziehe sich zunehmend emotional zurück. Häufig gehe er ohne sie aus, komme alkoholisiert nach Hause und mache dann seinem Unmut über ihr Aussehen und ihre „Faulheit“ Luft, was die Patientin jeweils wortlos entgegennehme. Die Patientin war anfangs der Therapie sehr hilflos und traurig. Ihr Leben erschien ihr sinnlos und ihre Situation nicht veränderbar.

In der Therapie konnte die Klientin anfangs über die Lebenspanoramaarbeit erkennen, dass es durchaus lebensbejahende und erfüllende Momente in ihrem Leben gegeben hatte. Die in der Therapie durchgeführten körperlichen Leichtigkeitsübungen erfüllten die Klientin mit Sehnsucht nach mehr Hoffnung, Schwung und Bewegung in ihrem Leben, aber auch mit Trauer über verloren gegangene Ressourcen der Vergangenheit. Dies führte zu einem gemeinsam erarbeiteten Aktivitätenplan mit dem Ziel, frühere Hobbies und soziale Kontakte zu Freunden stufengerecht wieder zu reaktivieren. Der sich verschärfende Beziehungskonflikt mit dem Partner machte den früheren Konflikt mit ihren Eltern deutlich. Die Familie erlebte in der Vergangenheit starke Belastungen (häufige Wohnungswechsel, Arbeitslosigkeit des Vaters). Fortwährende Streitigkeiten zwischen dem alkohol süchtigen Vater und der hilflosen Mutter bewirkten eine tiefgreifende Verunsicherung der Klientin in ihrem Selbsterleben – Rücknahme ihrer Bedürfnisse nach Liebe und Geborgenheit, Selbstentwertung, emotionaler Rückzug und Duldsamkeit. Über Biografiearbeit d.h. über die Reinszenierung von belastenden Erinnerungen in der Familiensituation gelang es der Klientin, ihre verdeckten aggressiven Gefühle dem Vater gegenüber in körperlichen Durchsetzungsübungen zu spüren und so zu erkennen. In der weiteren therapeutischen Arbeit gelang es der Klientin, die in der Aggression bisher festgehaltene Lebenskraft für ihre Selbstbehauptung zu nutzen. Über Rollenspiele lernte sie, ihre Bedürfnisse und Gefühle zunehmend zu äussern, was sie in ihrer Autonomie und Selbstsicherheit stärkte. Die bis dahin anhaltenden Einschlafstörungen konnte die Klientin mit Hilfe von Mentalübungen (Gedankenstopp) sowie mit einer in der Therapie erfahrenen Körperbewusstheit (Sensory Awareness) und der Anwendung von Übungen der Progressiven Muskelentspannung weitgehendst selbst beheben.

### **Für wen eignet sich die Therapie?**

Die Körperzentrierte Psychotherapie IKP wird sowohl in Einzel-, Paar- oder Familiensettings eingesetzt. Sie findet bei allen Störungsbildern Anwendung. So eignet sie sich für somatoforme, neurotische und psychotische Störungen und für Beziehungsproblematiken. Die Körperzentrierte Psychotherapie IKP eignet sich auch für Personen, die sich in der Ganzheit von Körper-Seele-Geist (neu) erfassen lernen wollen und die nebst Gesprächen auch für erfahrungsorientierte Prozesse offen sind.

### **Dauer der Therapie**

Die Körperzentrierte Psychotherapie IKP ist sowohl für eine Krisenintervention (wenige Stunden), für Kurztherapie (10-30 Stunden) im Einzel-, Paar- und Familiensetting wie auch für Langzeittherapien (1-2 Jahre) geeignet.

### **Wirksamkeitsstudien und Wissenschaftsnachweis**

Die Körperzentrierte Psychotherapie IKP (auch Ganzheits-Psychotherapie IKP genannt) beruht auf vielen wissenschaftlichen Studien und Wirksamkeitsnachweisen. Näheres dazu und weiterführende Literatur bei Maurer, Y., Hausmann, D., von Massenbach, K., 2005. (Literatur kann beim IKP angefordert werden)

### **Grösse der Ausbildungsinstitution**

Das Institut für Körperzentrierte Psychotherapie (IKP) in Zürich und Bern bietet seit rund 20 Jahren mehrere parallel laufende Aus- bzw. Weiterbildungsgänge an und wird getragen von über 60 Ausbilderinnen und Ausbildern. Ferner kooperiert es mit diversen anderen Instituten. Das IKP ist kooperierendes Mitglied der European Association for Gestalt Therapy (EAGT) und anerkannt von der European Association for Bodypsychotherapy (EABP). Neben Aus- und Weiterbildungen in Psychologischer Beratung / Psychotherapie, in Atemtherapie, in Ernährungsberatung sowie in Familienberatung bietet das IKP auch zahlreiche Seminare zur Persönlichkeitsentwicklung an.

## **Therapievermittlungsstelle**

Im psychotherapeutischen Praxiszentrum (IKP-Ambulatorium unter ärztlicher Leitung) werden verschiedene therapeutische Behandlungsmöglichkeiten angeboten. Praxis-Sekretariat Tel. 044 242 29 29; [www.ikp-therapien.com/therapien](http://www.ikp-therapien.com/therapien)

## **Ombudsstelle und/oder Standeskommission**

Die IFB führt in ihrer operativen Leitung eine Ethikkommission. Sie hat Ethikrichtlinien erarbeitet, welche für alle Mitglieder gelten und mit dem Eintritt in eine Biosynthese-Ausbildung unterzeichnet werden. Die Ethikkommission fungiert auch als Schlichtungsstelle.

## **Adresse der Ausbildungsinstitution**

Institut für Körperzentrierte Psychotherapie IKP

Leitung: Dr. med. Yvonne Maurer, FMH Psychiatrie und Psychotherapie

Kanzleistrasse 17, 8004 Zürich, Stadbachstrasse 42a, 3012 Bern

Telefon 044 242 29 30 Fax 044 242 72 52,

[info@ikp-therapien.com](mailto:info@ikp-therapien.com), [www.ikp-therapien.com](http://www.ikp-therapien.com)

## **Literatur**

Maurer Y.. *Der ganzheitliche Ansatz in der Psychotherapie*. 2. überarbeitete Auflage (2006) Wien, Springer Verlag.

Maurer Y. (Hrsg.). *Körperzentrierte Psychotherapie IKP. Grundlagen und neurowissenschaftliche Aspekte*. Mit Beiträgen von Prof. M.-C. Hepp und Prof. M. Koukkou. 2. überarbeitete Auflage, (2009) Zürich, IKP-Verlag.

Künzler A., Böttcher C., Hartmann R., Nussbaum M.-H. (Hrsg.). *Körper-zentrierte Psychotherapie im Dialog*. (2010) Heidelberg, Springer Verlag.

AutorInnen: Y. Maurer, A. Künzler, D. Maag, D. Grubenmann, MH. Nussbaum, R. Hartmann

## INTEGRATIVE KÖRPERPSYCHOTHERAPIE

### IBP - Institut Winterthur

#### Kurzer historischer Überblick

Jack Lee Rosenberg begründete Ende der sechziger Jahre in Kalifornien die Integrative Body Psychotherapy, kurz IBP. Mit seinen Mitarbeiterinnen präsentierte er den IBP-Ansatz 1984 im Buch *Körper, Selbst und Seele – Ein Weg zur Integration* erstmals in schriftlicher Form: «Eine aufregende neue Therapie, die menschliches Wachstum unterstützt. Eine Methode, die sich mit dem ganzen Menschen befasst, die Körper, Verstand, Gefühle und Geist integriert. Eine Methode, die tiefe und dauerhafte Veränderungen bewirkt.»

Die einzelnen Elemente der Methode waren nicht neu. Sie stammen aus Psychoanalyse, Objektbeziehungstheorie, Selbst- und Entwicklungspsychologie, Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie, Körper- und Bewegungstherapie, Meditation. Rosenbergs Verdienst war es, all diese Elemente zusammenzuführen zu einem zusammenhängenden Persönlichkeits- und Therapiemodell auf der Basis des humanistischen Menschenbildes.

Das IBP-Institut in Los Angeles besteht seit 1978. Von dort verbreitete sich die Methode mit der Gründung weiterer 13 Institute in Nordamerika und Europa, seit 1990 auch in der Schweiz. In den frühen achtziger Jahren haben Marjorie L. Rand und Beverly Kitaen Morse IBP in den USA mitgestaltet. Ab den neunziger Jahren steuern Andrea Juhan in den USA sowie Markus Fischer in der Schweiz wichtige Elemente bei. Über die internationale IBP-Vereinigung bleibt die Kohärenz der Methode gewährleistet.

#### Zuordnung zur psychotherapeutischen Hauptrichtung

IBP zählt sich zur humanistischen Richtung. Das Therapiesystem baut auf dem Menschenbild der Humanistischen Psychologie auf, das im nächsten Abschnitt beschrieben wird. Folglich wurden alle in der IBP enthaltenen Elemente, auch solche aus anderen Hauptrichtungen, im Geiste der Humanistischen Psychologie integriert. IBP kann auch anderen Richtungen zugerechnet werden, etwa den

körperpsychotherapeutischen, der psychodynamisch-tiefenpsychologischen oder der in letzter Zeit neu formulierten integrativen Richtung.

### **Grundkonzepte, Menschen- und Weltbild, Gesundheits- und Krankheitsverständnis**

Das humanistische Menschenbild wird durch die folgenden Prinzipien charakterisiert:

*Der Mensch in seiner Eigenschaft als menschliches Wesen ist mehr als die Summe seiner Bestandteile (J .F .T. Bugental, 1962 ).* Dieser Satz spricht den Aspekt der Einheit von Körper, Seele und Geist an. Er richtet sich an der Ganzheit des Menschen aus, schliesst das Wissen um die einzelnen Organisationsebenen des Menschen indessen nicht aus: körperliche, emotionale, kognitive, spirituelle, Verhaltens- und soziale Ebene des Menschen gilt es ebenso im Einzelnen zu verstehen wie zu integrieren. IBP setzt diese Integration konsequent in die therapeutische Praxis um.

*Das menschliche Existieren vollzieht sich in menschlichen Zusammenhängen.* Mit diesem Postulat ist der Mensch als Beziehungswesen angesprochen. IBP arbeitet in der Essenz mit einem Beziehungsmodell: Der Mensch steht in Beziehung zum „Selbst“, „zu anderen“ und „zum Anderen“. Mit dem „Selbst“ ist insbesondere die körperliche Dimension gemeint „Unter „den anderen“ ist der soziale Aspekt zu verstehen, mit „dem Anderen“ die Umwelt, die Natur, das Universum. Menschliches Sein ist wesentlich durch diese Spannung zwischen Beziehung zu sich selbst (Autonomie) und gleichzeitiger Abhängigkeit von anderen Menschen und der Umwelt gekennzeichnet (Heteronomie). Damit ist auch der systemische Aspekt des Menschseins angesprochen: Der Mensch ist für seine gesunde Entwicklung auf Beziehungen zu anderen angewiesen.

*Der Mensch lebt bewusst. Der Mensch ist in der Lage, zu wählen und zu entscheiden.* Die menschliche Fähigkeit zu Bewusstsein und Bewusstheit macht zu einem grossen Teil die Einzigartigkeit des Menschen aus. Aus dieser Fähigkeit leiten sich weitere, sehr psychotherapierrelevante Aspekte des Menschseins ab: Reflexions- und Introspektionsfähigkeit, Wahl- und Entscheidungsfähigkeit, Verantwortungsfähigkeit, Lernfähigkeit.

*Der Mensch hat Bedürfnisse und einen Drang zu ihrer Befriedigung in sich und lebt damit zielgerichtet (A. Maslow).* Der Mensch hat, wenn er in seiner Entwick-

lung nicht wesentlich gestört wird, ein Bedürfnis nach ganzheitlichem Wachstum und trägt die Fähigkeit zur Selbstorganisation in sich. Der Wachstumsimpuls veranlasst den Menschen, sich lebenslang zu entwickeln, hin zu mehr körperlicher, emotionaler, kognitiver, spiritueller und sozialer Intelligenz. Der Selbst(re)organisationsimpuls erlaubt eine ausserordentliche Fähigkeit, erlittene Verletzungen zu verarbeiten, wenn möglich auszuheilen und daran als Persönlichkeit zu wachsen und stärker zu werden (Resilienz).

IBP betrachtet die Phänomene Gesundheit und Krankheit mit unterschiedlichen, sich ergänzenden Modellen, ausgehend vom humanistischen Menschenbild. Gemeinsam ist ihnen der integrative ganzheitliche Ansatz.

*Das Beziehungsmodell.* Beziehung ist der Schlüsselbegriff in der Theorie und Praxis von IBP. Menschen sind lebende Systeme. Sie zeichnen sich dadurch aus, dass sie aus unzähligen Subsystemen aufgebaut sind. Diese müssen miteinander kommunizieren, also in Beziehung stehen, damit der Organismus als Ganzes lebensfähig ist und bleibt. Zudem steht der einzelne Mensch mit unzähligen übergeordneten Systemen biologischer und sozialer Art in Verbindung, die für sein gesundes Funktionieren nötig sind. Gesundheit und Krankheit lassen sich damit als Ausdruck von «In-Beziehung-Stehen», von Verbundenheit verstehen: Gesundheit als intaktes Beziehungsgefüge, Störung/Krankheit als gestörtes Beziehungsgefüge.

*Integration als grundlegendes Konzept.* Das Wort Integration kommt vom Lateinischen «integer» und bedeutet «unverletzt» oder «heil», womit es einen für die Heilkunst zentralen Aspekt beschreibt. Integration ist ein Begriff, der sich wie ein roter Faden durch den gesamten Ansatz von IBP zieht. IBP versteht Therapie als Prozess zur Integration der körperlichen, emotionalen, kognitiven, sozialen und spirituellen Erfahrungsebenen des Menschen. Je nach angesprochener Ebene meint Integration: Lösung von Blockaden, Entspannung, in Fluss bringen, Herstellen von Verbindung, Beziehung, Vernetzung, Annäherung an Ganzheit, Bewusstwerdung, Wiederaneignung, Komplettierung, Steigerung von Kongruenz und Kohärenz, Reorganisation.

*Gesundheit und Krankheit betreffen immer die Körper-Geist-Einheit insgesamt, und das in ständiger Wechselwirkung mit dem sozialen und kulturellen Umfeld.* Das bedeutet, dass IBP Gesundheit und Krankheit aus einer bio-psycho-sozialen Mehrebenenperspektive betrachtet. IBP fragt «Was löst Krankheit aus (Ätiologie) und wie entwickelt sie sich (Pathogenese)?» wie auch «Was bewirkt Gesundung

und erhält Gesundheit (Salutogenese)?» Dabei werden Krankheit und Gesundheit als zwei Pole auf einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum verstanden (Antonovsky, 1987/97). Anhaltspunkte für *Krankheit* sieht IBP im Bestehen von Symptomen, Leiden, Selbst- oder Fremdschädigung, Einschränkung der zwischenmenschlichen Beziehungsfähigkeit oder der Lebensgestaltung. *Gesundheit* im Sinne der IBP bedeutet in einem Grundgefühl von Wohlbefinden, Lebendigkeit und Sinnhaftigkeit zu leben, über intakte Beziehungen zum Selbst, zu anderen und zur Umwelt zu verfügen und Qualitäten zu besitzen wie Autonomie, Authentizität, Stressbewältigungskapazität, Frustrationstoleranz, Anpassungsfähigkeit, Wahrnehmungs- und Ausdrucksfähigkeit, Fähigkeit zu Liebe und Sexualität, Übernahme von Verantwortung, Hilfsbereitschaft ohne Selbstaufgabe, Leistungsfähigkeit und Kreativität.

*Zu den für die Gesundheitsförderung wichtigen Faktoren gehören die Ressourcen eines Patienten.* Diese sind in IBP entscheidend für den Therapieprozess. Die Ressourcen eines Patienten werden systematisch erfasst und gezielt für die Therapie genutzt. Bei weitgehendem Fehlen von Ressourcen, zum Beispiel bei Persönlichkeitsstörungen, müssen neue aufgebaut werden.

### **Konkrete Methode und Technik**

*Kernselbstempfinden.* Im Zentrum des Therapieverständnisses steht der Aufbau und die Stärkung eines im Körperempfinden verankerten Selbstempfindens. Dieses erlaubt Erdung, Zentrierung, Kontakt und Ausdruck von eigenen Bedürfnissen, Empfindungen, Gefühlen – die Pfeiler, auf denen Beziehungsfähigkeit zu sich und zu anderen aufbaut. Je nach Schweregrad einer Störung geht es dabei darum, den temporär verlorenen Selbstkontakt (Fragmentierung) wieder herzustellen oder einen grundsätzlich mangelhaften Selbstkontakt neu aufzubauen.

*Konsequenter Einbezug der Körperebene.* IBP arbeitet darauf hin, die Selbstheilungskräfte im Patienten zu mobilisieren. Im Vertrauen auf den Impuls zur Selbst(re)organisation vernetzt IBP die körperliche, emotionale, kognitive, spirituelle und soziale Ebene permanent. Dabei wird die konsequente Rückverbindung von Emotionen und Kognitionen auf die Ebene der Körperempfindungen als das entscheidende Moment angesehen, um nachhaltige Veränderungen, idealerweise Heilung, zu erreichen. Patienten erleben an diesem Punkt ein tiefes Begreifen (kaum zufällig ein körperbezogenes Wort) von Zusammenhängen, das weit über das kognitive Verstehen hinausreicht. Diese Rückverbindung wird unterstützt

durch Wahrnehmungsübungen, Körper- und Atemarbeit, Rollenspiele, Imagination, Nachnähren früher Defiziterfahrungen. Damit verfügt IBP über Mittel, um relativ leicht in grossen seelischen Tiefen und an lebensgeschichtlich sehr frühen Prägungen zu arbeiten.

*Eine tragfähige, Sicherheit vermittelnde therapeutische Beziehung* ist die unverzichtbare Grundlage für die erfolgreiche Psychotherapie. Deshalb ist die Beachtung und Bearbeitung von Übertragung und Gegenübertragung sehr wichtig. Unbearbeitet könnten sie den beschriebenen subtilen Therapieprozess behindern bis verunmöglichen.

*Prozessorientierung.* Für dieses therapeutische Vorgehen ist es günstig, weitgehend prozessorientiert zu arbeiten. Der Arbeitsstil kann dabei stark variieren, von wenig strukturiertem, nicht direktivem, bis zu klar strukturiertem, direktivem Vorgehen. So muss beispielsweise bei der Aufarbeitung von Trauma das Ausmass der Traumareaktivierung klar und direktiv gesteuert werden, um die Bewältigungsmöglichkeiten des Patienten nicht zu überfordern.

*Die spirituelle Ebene.* Erfahrungen von Unveränderbarkeit von Leiden, von lebensbedrohlicher Erkrankung, von Tod und Verlust nahestehender Menschen, von Traumatisierung, aber auch Erfahrungen von Aufgehobensein in einem grösseren Ganzen können Menschen mit ihrer geistig-spirituellen Dimension in Kontakt bringen, mit Sinn- und religiösen Fragen, wodurch oft ein tief greifender Wandel persönlicher Werte und Lebensziele eingeleitet wird. Dann begegnen Menschen sich und dem Leben anders, mit mehr Tiefe, mehr im Hier und Jetzt. Sie fühlen sich lebendiger und erfüllter.

### **Konkretes Beispiel**

Ein etwa 60-jähriger Mann aus einem sozialen Beruf suchte Hilfe bei einem IBP-Therapeuten. Ausgelöst durch Restrukturierungen an der von ihm über Jahre erfolgreich aufgebauten Institution, litt er zunehmend unter stark gedrückter Stimmung, Schlaflosigkeit, Gedächtnislücken, Müdigkeit, rascher Erschöpfung, Ratlosigkeit und Suizidgedanken. In der Therapie lernte der Mann zunächst, sich über Körperwahrnehmungs- und Entspannungsübungen gezielt zu entspannen sowie seine Empfindungen, Gefühle und Bedürfnisse wahrzunehmen.

Dabei erlebte er nachhaltig, wie in der gegenwärtigen Situation frühe Defiziterfahrungen und mit ihnen kindliche Ohnmachtsgefühle aktualisiert wurden, die ihn den



Kontakt zu seinem inneren Kern hatten verlieren lassen (Fragmentierung). Wie damals als Junge, der für Mutter und Geschwister da sein musste, fühlte er sich auch als Stellenleiter für Klienten und Angestellte übermässig verantwortlich und erschöpfte sich in seinen gut gemeinten, aber chancenlosen Rettungsversuchen (Agency-Verhalten).

In der Therapie konnten vorhandene, aber unzugängliche Ressourcen wieder kontaktiert, neue aufgebaut, die fehlende emotionale Unterstützung nachgenährt und die Übertragung bearbeitet werden. In erfahrungsorientierten Übungen lernte der Mann, seinen Eigenraum wahrzunehmen, seiner Wahrnehmung zu trauen, sich abzugrenzen und seine Bedürfnisse besser durchzusetzen. Als wesentlicher Durchbruch stellte sich dabei ein kontinuierliches Identitätsgefühl («Ich-bin-Gefühl») ein, worauf auch die Symptome verschwanden.

Zur Unterstützung der Durchsetzungsfähigkeit war es zudem wichtig, durch eine nachnährende, korrigierende Erfahrung und mit den aufgebauten Ressourcen eine als lebensbedrohlich erlebte, traumatisch (un)verarbeitete Situation zu einem versöhnlichen Abschluss zu bringen. Dies ermöglichte dem Patienten zunächst, die Veränderungen am Arbeitsplatz gelassener anzugehen, den Wert seines Lebenswerkes neu zu erkennen, um schliesslich zu einem geeigneten Zeitpunkt die Stelle geordnet zu verlassen und die ursprünglichen Existenzängste zu relativieren.

Danach konnte er sich einer selbstständigen Tätigkeit zuwenden sowie seine Freizeit und seine Beziehungen zu Ehefrau und Freunden erfüllender gestalten. Wie der Mann zum Abschluss der Therapie selbst ausdrückte, waren die verlässliche, akzeptierende Begleitung durch den Therapeuten und die Verankerung seines Selbstempfindens im Körperempfinden wesentliche Voraussetzungen für diesen erfolgreichen Prozess.

### **Für wen eignet sich die Therapie?**

Eine Integrative Körperpsychotherapie eignet sich sowohl für Einzel- und Paartherapie, als auch für Familien- oder Gruppentherapie. Da das Vorgehen primär persönlichkeitsorientiert und nur sekundär störungsspezifisch ist, eignet sich IBP zur Behandlung des ganzen Spektrums von psychischen Störungen. Die Therapie wird individualisiert, also auf den einzelnen Patienten und seine/ihre spezifischen Bedürfnisse zugeschnitten. Eigentliche Kontraindikationen für das Verfahren IBP

gibt es nicht, wohl aber Kontraindikationen für bestimmte, aktivierende Techniken von IBP bei schwereren Störungen oder in gewissen Therapiephasen.

### **Dauer der Therapie**

IBP wird zur Krisenintervention (wenige Sitzungen), als stark strukturierte, problem- und lösungsorientierte Kurzzeittherapie (über 10 bis 20 Sitzungen) oder als umfassendere, aufdeckend-psychodynamisch orientierte Therapie im Sinne von Persönlichkeitsentwicklung und Nachreifung (über ein bis mehrere Jahre) eingesetzt. Daneben wird auch die begleitend-stützend orientierte langfristige Psychotherapie angewandt, bei der oft sozio-psychotherapeutisches Vorgehen im Vordergrund steht.

### **Wirksamkeitsstudien und Wissenschaftsnachweis**

IBP war unter den Begründern in erster Linie pragmatischer Natur. Sie war darauf ausgerichtet, wirksame Elemente aus bestehenden Therapieformen zu integrieren. Erst mit der Zeit kamen IBP-spezifische Elemente dazu. Auf europäischer Ebene wurde die Körperpsychotherapie 1999 von der European Association of Psychotherapy (EAP) als wissenschaftlich valide anerkannt.

Die Wirksamkeit ambulanter IBP-Therapien konnte in einer Multizenterstudie wissenschaftlich nachgewiesen werden. Bei Angst, Depression, anderen psychopathologischen Symptomen, interpersonellen Problemen und körperlichen Beschwerden zeigten sich bereits nach sechs Monaten Behandlung signifikante Verbesserungen. Eine weitere deutliche Verbesserung war nach zwei Jahren nachweisbar, mit Stabilität der Symptomreduktion ein Jahr nach Therapieende (Koemeda-Lutz, M., Kasche, M. et al. 2006)

### **Grösse der Ausbildungsinstitution**

Das IBP-Institut in der Schweiz ist 1990 zur Ausbildung von PsychotherapeutInnen gegründet worden. Seither startet es alle zwei Jahre eine vierjährige Weiterbildung in Psychotherapie und eine dreijährige Psychotherapie-Fortbildung. Bis Ende 2009 haben am IBP-Institut rund 90 Integrative IBP-PsychotherapeutInnen die fünfjährige Weiterbildung durchlaufen. Weitere 40 befinden sich in den aktuell laufenden Weiterbildungen. Zudem haben ca. 70 PsychotherapeutInnen mit vor-

bestehender psychotherapeutischer Grundausbildung die dreijährige Fortbildung am IBP-Institut absolviert.

### **Therapievermittlungsstelle**

Der Schweizer Verein für Integrative Körperpsychotherapie IBP führt auf seiner Website eine Adressliste mit IBP-Therapeutinnen und IBP-Therapeuten. Seit Januar 2006 führt das IBP-Institut ein psychotherapeutisches Ambulatorium, welches Behandlungen für Einzelne, Paare und Familien anbietet.

### **Standeskommission**

Das IBP-Institut verpflichtet die PsychotherapeutInnen und Lehrbeauftragten zur Mitgliedschaft im IBP-Fachverband und in einem schweizerischen psychotherapeutischen Fach- oder Berufsverband mit eigener Standeskommission. Klagen gegen PsychotherapeutInnen oder Lehrbeauftragte des IBP-Instituts können bei der Ombudsstelle des IBP-Institutes oder bei der für das angeschuldigte Mitglied zuständigen Standeskommission seines Fach- oder Berufsverbandes eingereicht werden. Der IBP-Verein hat eine Ethikkommission, welche die permanente Auseinandersetzung mit ethischen Fragen am IBP-Institut und im Verfahren der Integrativen Körperpsychotherapie IBP sicherstellt. Die Ethikkommission führt bei Klagen keine eigenen Verfahren durch.

### **Adresse der Ausbildungsinstitution**

IBP-Institut, Wartstrasse 3, CH-8400 Winterthur. Tel.: 052 212 34 30

Fax: 052 212 34 33, [info@ibp-institut.ch](mailto:info@ibp-institut.ch), [www.ibp-institut.ch](http://www.ibp-institut.ch)

### **Literatur**

Koemeda-Lutz, M., Kasche, M. et al. 2006 Wirksamkeit von ambulanten Körperpsychotherapien. Psychotherapie, Psychosomatik, Med. Psychologie 56, 462-479.

Autoren: M. Fischer, M. Froesch-Baumann

## **KLINISCHE MUSIKTHERAPIE**

### **Zürcher Hochschule der Künste**

#### **Kurzer historischer Überblick**

Der Einsatz von Musik zu heilenden Zwecken wird kulturübergreifend in allen Zeitepochen beschrieben: vom biblischen Beispiel des depressiven Saul, der von David's Harfenklängen geheilt wurde über schamanistische Praktiken in ihrer Verbindung von Musik, Medizin und Religion bis hin zur Formenvielfalt moderner Musiktherapie (im Folgenden mit MT abgekürzt). Die Entwicklung zur modernen Musiktherapie als eigenständiges psychotherapeutisches Verfahren begann vor dem Hintergrund verschiedener Reformbewegungen um die Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert, als neue musikästhetische und musikpädagogische Ansätze mit medizinischen und psychologischen Paradigmen verbunden wurden. Dieser Prozess verdichtete sich mit dem Aufbruch der 60-er Jahre: Einerseits schufen die Pioniere der humanistischen Psychologie die Grundlage für eine nicht-(nur)-sprachliche und kreativ-therapeutische Praxis (Reich, Lowen, Moreno, Perls). Andererseits eröffneten die revolutionären musikalischen Entwicklungen mit neuen Stilrichtungen wie Jazz, Rock'n Roll, klassischer Avant-Garde sowie vor allem mit der Improvisation vielfältige, therapeutisch wertvolle Möglichkeiten im Erleben, im Ausdruck, in der Selbsterfahrung und in der Beziehungsgestaltung über das Medium Musik. Im Gegensatz zu anderen Psychotherapierichtungen, die sich direkt oder indirekt auf eine Gründerpersönlichkeit beziehen, gibt es in der Musiktherapie nicht nur eine prägende Figur, sondern mehrere Pionierinnen und Pioniere aus verschiedenen europäischen und amerikanischen Ländern, welche die Musiktherapie unabhängig voneinander in ihrer heutigen Form geprägt haben.

#### **Zuordnung zur einer psychotherapeutischen Hauptrichtung**

Die Musiktherapie definiert sich als kreatives, emotionales und sozial-kommunikatives Übungs- und Erlebnisfeld, in dessen Zentrum die Musik - insbesondere die Improvisation - als Spielraum für neue Beziehungs-erfahrungen und Probehandeln steht. Die Qualitäten des Mediums Musik ermöglichen vielfältige,

sinnvolle Verbindungen mit den verschiedenen psychotherapeutischen Grundorientierungen:

*Tiefenpsychologisch orientierte Ansätze:* Musik wirkt in die Tiefe der Psyche. Sie kann unbewusste, verdrängte Inhalte einer Bearbeitung zugänglich machen sowie an vergangene, auch vorsprachliche Atmosphären anknüpfen sowie Nachreifung und Nachsozialisation ermöglichen.

*Humanistisch orientierte Ansätze:* Das Erleben von Musik und der direkte wechselseitige Dialog im musikalischen Spiel (zwischen Therapeutin und Patientin sowie in der Gruppe zwischen den Patienten) legen Ressourcen frei. Das kommunikative und kreative musikalische Tun ermöglicht die Entdeckung der eigenen Sinnhaftigkeit und fördert die Verantwortlichkeit gegenüber sich selber und der Mitwelt.

*Lerntheoretisch orientierte Ansätze:* Musik ist unmittelbar wirkender Stimulus, kann als lustbetonter Verstärker eingesetzt werden und bietet im gemeinsamen Spiel vielfältige Erfahrungen für Probehandeln und Verhaltensänderungen.

*Systemisch orientierte Ansätze:* Musik eröffnet vielfältige Kommunikationsmöglichkeiten und lässt in spielerischen Interaktionen verschiedene Rollen, Verhaltensweisen und Widerstände direkt fühl- und veränderbar werden.

*Entwicklungspsychologisch orientierte Ansätze:* Musik ermöglicht Erfahrungen, welche basale, für die Bearbeitung seelischer Konflikte notwendige Dialogfähigkeiten (wieder) herstellen kann.

MT ist dadurch methodenintegrativ. Sie verfolgt die Vereinigung der oben genannten Ansätze, um mit dem Medium Musik den Patienten unmittelbar anzusprechen und seine Befindlichkeit verbessern zu können. Im Sinn eines eklektischen Pragmatismus werden sowohl musiktherapie-spezifische als auch sonstige bewährte psychotherapeutische Bausteine sinnvoll integriert.

Die MT müsste wegen der zentralen therapeutischen Bedeutung des Mediums Musik folgerichtig einer neu zu schaffenden psychotherapeutischen Grundorientierung zugeordnet werden: den Psychotherapien mit künstlerischen Medien.

## **Grundkonzepte, Menschen- und Weltbild, Gesundheits- und Krankheitsverständnis**

Die MT orientiert sich an einem humanistisch geprägten Menschenbild, in welchem die Einzigartigkeit, Würde und Freiheit des einzelnen Menschen sowie sein Bezug zum Gegenüber, zur Gemeinschaft und zur Umwelt zentrale Werte darstellen. Sie berücksichtigt im therapeutischen Vorgehen das lebendige Wechselspiel leiblicher, seelischer, geistiger, sozialer und spiritueller Dimensionen, die im Menschen zum Tragen kommen. Sie geht davon aus, dass diese durch die therapeutischen Funktionen und Wirkungskomponenten der Musik angesprochen werden kann. Alle Musikrichtungen oder Ausübungsformen werden urteils- und wertfrei als Verbindung zum Sinn des Lebens betrachtet.

Gesundheit wird nicht als Abwesenheit von Krankheit definiert, sondern als fortwährender Balanceakt dazwischen. Der Mensch soll sich mit seiner relativen Gesundheit und Krankheit prozesshaft auseinandersetzen und seinen Zustand zuerst annehmen, sich freuen oder ihn korrigieren. In diesem Sinn ist Gesundheit ein flexibler Zustand, der immer wieder neu gesucht werden muss. Die spezifischen Möglichkeiten der therapeutischen Anwendung von Musik sind für Diagnose und Behandlung zentral. Sie erschliessen ein Schwingungsfeld, worin Krankheiten, Störungen oder Behinderungen hörbar und behandelbar werden. Der Einsatz von Musik im therapeutischen Prozess kann

- den Ausgleich, die Balance und Synchronisation in Beziehungen und mit der Natur beeinflussen (Lebens-Rhythmus)
- die emotionale Erlebnisfähigkeit stärken sowie die Sensibilität von Resonanz, Atmosphären und Schwingungsprozessen bewusst machen (Klang-Gefühl)
- die Wahrnehmung von hilfreichen Gestalten, von verbesserter Dialog- und Kommunikationsfähigkeit, die neuronale Flexibilität und das
- Ausdrucksspektrum erweitern und stärken (Ausdrucks-Melodie)
- Willenskräfte mobilisieren, um mit Bedürfnisbefriedigung, Konflikten sowie Widersprüchen und Spannungen besser umzugehen (Beziehungs-Dynamik)
- die eigene, kreative Anpassung und Verwandlungsfähigkeit mit den sozialen Gegebenheiten und mit der Umwelt fördern (Form-Wandel).
- Das Gesundheitsverständnis der MT erscheint so als Komposition der Person mit ihren individuellen Stärken, Ressourcen bzw. Einschränkungen, Störungen

und Behinderungen. Musik als Psychohygiene gehört ausserdem zu einer der wirksamsten und am weitesten verbreiteten alltäglichen Prävention von Sinnverlust und Balance-Störungen.

### **Konkrete Methode und Technik**

Wie in allen Psychotherapieverfahren gilt die Qualität der therapeutischen Beziehung auch in der Musiktherapie als bedeutsamster Wirkfaktor. Musiktherapeutische Methoden und Interventionstechniken können ihre Wirksamkeit nur auf der Basis einer hinreichend tragfähigen Beziehung zwischen Therapeut und Patient entfalten.

Methodisch kommen drei gleichwertige Ebenen zu tragen: Musik, Sprache und Körper in ihren je nach Therapieprozess verschiedenen Anteilen. Die Musik ist dabei Ausgangs- und Orientierungsfeld. Sie hat unterschiedliche Funktionen und Wirkungs-Qualitäten:

- als Medium für individuellen schöpferischen Ausdruck und Sinnfindung
- als Medium für Kommunikation und Beziehungsgestaltung
- als physiologischer, psychologischer, kognitiver, sozialer und spiritueller Stimulus
- als präsentatives Symbol zum Ausdruck unaussprechbarer Mitteilungen, Botschaften aus dem Unbewussten, traumatischen Anteilen und luziden Träumen
- als thematischer, intuitiver und narrativer Bedeutungsträger
- als Auslöser innerer und äusserer Bewegung
- als Ausdruck persönlicher Ziele und Wünsche
- als Verbindung von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft im Erleben und Gestalten des Hier und Jetzt

In Bezug auf die musiktherapeutische Methodologie wird indikationsspezifisch aktiv (Patientin wird musikalisch selbst tätig) oder rezeptiv (Therapeutin spielt für die Patientin) gearbeitet. Es werden folgende Methoden eingesetzt: Improvisation, Lied, komponierte Musik, Körperwahrnehmung und Bewegung, Sprachspiele und Poesie, Gespräch, Rollenspiele, imaginatives Musikerleben, Hantieren mit Instrumenten. Ein bedeutendes musiktherapeutisches Agens ist auch die Stille als Innehalten, Besinnung, Erholung durch Pausen oder bewusstes Schweigen.

## **Konkretes Beispiel**

Ein 42-jähriger Mann kommt in die MT, weil er darunter leidet, wegen Dominanz- und Machtansprüchen immer wieder in Isolation zu geraten. Seine anfänglich überflutende Redseligkeit wird durch verschiedene musikalische Experimente (beispielsweise das zu spielen, was er zu sagen habe), in eine neue Balance gebracht. Zunächst versucht er auch im Spiel zu beweisen, dass er unangreifbar ist. Er spielt überflutend, kann nicht auf das Spiel des Gegenübers hören und vermeidet dadurch jeglichen Kontakt. Der Therapeut regt ihn an, bewusst Pausen in sein Spiel einzubauen. Dies fällt ihm zuerst schwer, sein Widerstand lässt kaum Stille zu. Wiederholung und Übung mit ähnlichen Experimenten bringen ihn in Kontakt mit seiner inneren und äusseren Rastlosigkeit und lassen ihn spüren und erkennen, wo ihre Wurzeln liegen. Im Verlauf dieses Prozesses versteht er den Sinn des Innehaltens immer mehr und sein Musik-Spiel wandelt sich in ein wechselseitiges Geben und Nehmen. Dadurch werden zunehmend berührende Erfahrungen von Begegnung und Gemeinsamkeit möglich. Durch den verbal erarbeiteten Transfer, in seinem Alltag bewusst Pausen zu setzen, rhythmische Unterbrechungen in seinen Tätigkeiten und Abläufen einzusetzen, findet er zu neuer Ausgeglichenheit und sozialer Vitalität, die sein Beziehungsleben entscheidend verbessern.

## **Für wen eignet sich die Therapie?**

MT wird in Einzel-, Gruppen- und Paararbeit bei Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen und alten Menschen quer durch alle Störungsbilder in den verschiedensten klinischen Praxisfeldern der Psychiatrie, Medizin, Heilpädagogik und Rehabilitation angewendet. Zunehmend kommt sie auch in der primären Prävention und Psychohygiene sowie in Randgebieten der Musikpädagogik und der Musikanimation vor. Entscheidend für ihre Wirksamkeit ist die Bereitschaft des Patienten, Musik in ihren therapeutischen Spielformen anzunehmen. Speziell indiziert ist die MT bei psychisch und/oder physisch bedingter Sprachlosigkeit sowie bei allen Störungen, deren Entstehung in vorsprachlicher Zeit liegt. Nur beschränkt angezeigt ist MT in folgenden Situationen: generelle Abwehr von Musik als Schutz vor emotionaler Überflutung; Kontaktabwehr, Widerstandspflege, Oberflächlichkeit durch Über-Spielen und/oder Ausagieren in der Musik; Unruhe als Folge von musikalischer Reizüberflutung; Verunsicherung; maligne Regressionen in Verbindung mit Tiefenentspannung bei Patienten, die schwer ich-strukturell gestört sind



oder sich in einer akuten Krise befinden; hirntraumatisierte Menschen mit Amusie; spezielle Formen der Epilepsie bei, denen durch Musik Anfälle ausgelöst werden.

### **Dauer der Therapie**

MT dauert je nach Krankheitsbild, Institution und Dringlichkeit verschieden lang:

- fokussierte Kurztherapie bei akuter Krisenintervention
- Dauer des Aufenthaltes in einer Institution
- bei einer mittelschweren Thematik durchschnittlich ein Jahr
- bei einer tieferen oder umfassenderen Thematik mehrere Jahre

### **Wirksamkeitsstudien und Wissenschaftsnachweis**

Die MT hat in den letzten 50 Jahren eine beachtliche Entwicklung erfahren. Sie verwandelte sich von einem eher intuitiven, interpretativ-phänomenologisch begründeten Berufsfeld zu einem durch qualitative und quantitative Studien abgestützten Behandlungsverfahren.

Der Erkenntniszweck lässt sich in drei Forschungs-Fragestellungen einteilen:

- *Grundlagenforschung*: Bedeutung der Musik bei psychischen und sozialen Prozessen sowie ihre Wirkung auf Gesundheit und Handlungsfähigkeit.
- *Prozessforschung*: Erforschung der wesentlichen Bedingungen für einen günstigen Therapieverlauf wie z.B. die spezifische Interaktion Mensch – Musik im Therapieprozess oder die Wirkungskomponenten und die Funktionsweise der Musik.
- *Ergebnisforschung*: Erheben klinischer und/oder wissenschaftlicher Nachweise, dass Musiktherapie Befindlichkeit und Problematik des Patienten positiv beeinflusst.

Als Master of Advanced Studies (MAS) an einer Fachhochschule hat MT explizit einen Forschungsauftrag. Dessen Besonderheit ist die Abgrenzung zu den sprachbasierten Wissenschaften und der theoriegeleitete spezifische Vergleich der Anwendung von Musik in den verschiedenen Methoden.

Die MT-Forschung beinhaltet bezüglich ihrer Untersuchungsmethoden komplexe Herausforderungen, da mit der präsentativen Musik andere Beziehungsebenen und neuronale Verarbeitungen ins Spiel kommen als bei der diskursiven Sprache.

Die hohe Anzahl von Variablen in der Komplexität musikalischer Wirkungen kann nur beschränkt mit quantitativen Forschungsmethoden erfasst werden. Die Forderungen der klassischen Naturwissenschaften nach Reproduzierbarkeit, Objektivität, Empirie und eigener Gegenstandsbildung müssen dementsprechend modifiziert werden. An ihre Stelle tritt die Forderung nach einer Nachvollziehbarkeit, nach kontrollierter Subjektivität und Intersubjektivität, nach einem Empiriebegriff, der das Zusammenwirken von Erfahrung und Theoriebildung umfasst sowie nach einer Gegenstandsbildung, welche die intra- und intersubjektiven Aspekte von Musik, Körperausdruck und Sprache ins Zentrum stellt.

Diesen Prämissen folgend wird die überholte Trennung in quantitative und qualitative Forschungsmethoden durch neue integrative Forschungsdesigns, welche der Musiktherapie angepasst sind, mehr und mehr abgelöst. Beide Methoden werden als gleichwertig, sich ergänzend und stützend eingestuft. Oft werden sie auch kombiniert angewendet. (Siehe dazu das Forschungsportal der MT: [www.musictherapyworld.de](http://www.musictherapyworld.de) )

### **Zur Ausbildungsinstitution**

Die Ausbildung in Musik-Psychotherapie ist eine Erweiterung des Masters of Advanced Studies MAS ZFH Klinische Musiktherapie, der sich aus der vormals privatrechtlich organisierten Berufsbegleitenden Ausbildung Musiktherapie (bam) entwickelt hat. Sie wird an der Zürcher Hochschule der Künste (ZHdK) angeboten und arbeitet eng mit dem Zürcher Institut Musiktherapie (zim) zusammen, welches Weiterbildung in Form von Kursen, Vorträgen, Konzerten und Symposien organisiert. Ausbildungsinhalte und -struktur sind einzusehen unter <http://wb-musiktherapie.zhdk.ch> Informationen zum zim unter [www.musiktherapie-schweiz.ch](http://www.musiktherapie-schweiz.ch).

### **Therapievermittlungsstelle**

Da der grösste Teil musiktherapeutischer Praxis in Institutionen abläuft, sind Vermittlungsstellen nicht relevant. Überweisende Instanzen sind Kliniken, IV-Stellen, schulpsychologische Dienste oder vereinzelt Ärzte und Psychiater. Der Schweizerische Fachverband für Musiktherapie SFMT vermittelt auf Anfrage Adressen von ordentlichen Mitgliedern. ([www.musictherapy.ch](http://www.musictherapy.ch))

## **Standeskommission**

Der Schweizerische Fachverband für Musiktherapie SFMT führt eine eigene Ethikkommission und hat methodenspezifische Ethikregeln zur Behandlung von Konflikten und Verstößen ausgearbeitet. Sie sind über das Internet einzusehen: [www.musictherapy.ch](http://www.musictherapy.ch)

## **Adresse von Ausbildung und Fachverband**

Zürcher Hochschule der Künste, Departement Musik, Weiterbildung, MAS Klinische Musiktherapie. Sekretariat Frau Irene Hauser, Hirschengraben 20, 8001 Zürich. Tel. 043 446 51 86 (78), [irene.hauser@zhdk.ch](mailto:irene.hauser@zhdk.ch)

Schweizerischer Fachverband für Musiktherapie SFMT, Sekretariat Herr Dominik Traub, Sternengasse 1, 4125 Riehen, Tel.: 061 641 79 70, [sfmt@bluewin.ch](mailto:sfmt@bluewin.ch)

## **Weitere Informationen**

Sämtliche in dieser Kurz-Darstellung der MT zusammengefassten Angaben sind ausführlicher im kürzlich erschienenen Band nachzulesen:

Hegi F., Lutz S. & Rüdisüli M. (2006). Musiktherapie als Wissenschaft. Grundlagen, Praxis, Forschung und Ausbildung. Eigenverlag, Zürich.

ISBN 978-3-033-01158-8 zu beziehen bei [bam@musiktherapie-schweiz.ch](mailto:bam@musiktherapie-schweiz.ch) oder [irene.hauser@zhdk.ch](mailto:irene.hauser@zhdk.ch)

Autoren: F. Hegi, S. Lutz

## **Vertiefende Literatur**

Hegi-Portmann, F., Lutz Hochreutener, S. & Rüdisüli-Voerkel, M. (2006). Musiktherapie als Wissenschaft. Zürich: Eigenverlag.

Hegi, F. & Rüdisüli, M. (2011). Der Wirkung von Musik auf der Spur. Theorie und Erforschung der Komponenten. Wiesbaden: Reichert.

Lutz Hochreutener, S. (2009). Spiel □ Musik □ Therapie. Methoden der Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen. Göttingen: Hogrefe.

## **KLIENTENZENTRIERTE GESPRÄCHS- UND KÖRPERPSYCHOTHERAPIE**

### **Ausbildungsinstitut für Klientenzentrierte Gesprächs- und Körperpsychotherapie GFK**

#### **Kurzer historischer Überblick**

Das Ausbildungsinstitut GFK wurde 1989 von Ernst Juchli und Christiane Geiser als Nachfolgeorganisation der APP (Arbeitsgemeinschaft personzentrierte Psychotherapie) gegründet. Seither werden regelmässig Ausbildungsgänge für Teilnehmende aus der Schweiz, Österreich, Deutschland und dem Südtirol angeboten. Den GründerInnen war es ein grosses Anliegen, den Körper explizit wahrzunehmen und in das damalige Konzept der Gesprächspsychotherapie nach Carl Rogers zu integrieren. Die Entwicklung der Methode sowie die Auseinandersetzung mit aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen fand weitgehend in Gruppen von bis zu 20 AusbilderInnen statt. Daraus entwickelte sich eine einmalige Verbindung aus Gespräch, Focusing und dialogischer Körperarbeit, *die klientenzentrierte Gesprächs- und Körperpsychotherapie GFK*. In den Ausbildungsgruppen und der Praxis wurde und wird die Methode GFK laufend auf ihre Wirksamkeit überprüft und neuen Erkenntnissen entsprechend angepasst.

Das Institut war 1993 eines der Gründungsmitglieder der Schweizer Charta für Psychotherapie. 2006 wurde der Verein „Ausbildungsinstitut GFK“ gegründet, der neu Träger des Institutes ist. Das Ausbildungsinstitut bietet auch Fort- und Weiterbildungen für psychosoziale Berufsgruppen an und arbeitet eng mit dem „Verein Focusing Netzwerk“ zusammen.

#### **Zuordnung zur einer psychotherapeutischen Hauptrichtung**

GFK stehen für die Anfangsbuchstaben folgender Therapierichtungen:

- Gesprächspsychotherapie (Carl R. Rogers)
- Focusing (Eugene Gendlin)
- Körperpsychotherapie (Wilhelm Reich und andere körperorientierte Verfahren).

Die klientenzentrierte Gesprächs- und Körperpsychotherapie GFK ist dem humanistischen Mainstream zuzuordnen.

### **Grundkonzepte, Menschen- und Weltbild, Gesundheits- und Krankheitsverständnis**

Die anthropologischen Grundannahmen darüber, wie die Natur des Menschen beschaffen ist und die Welt, in der er sich bewegt, sind untrennbar verknüpft mit erkenntnistheoretischen Überlegungen. Das Ausbildungsinstitut GFK, das sich von seiner Tradition her dem humanistischen Mainstream zuordnet, hat während seiner Entwicklung einen systemischen und konstruktivistischen Blickwinkel eingenommen sowie einige Korrekturen und Präzisierungen an den vorgefundenen Konzepten vorgenommen.

Die Verwendung des Begriffs "System" führt über die Grenzen einer individuum-zentrierten Denkweise und eines „Ein-Personen-Paradigmas“ hinaus. Unter dem Blickwinkel der Systemtheorie erscheint jedes lebendige System als Ganzheit, die einerseits aus Subsystemen „besteht“ (das heisst, sich mit ihnen in ständiger aktiver gegenseitiger Interaktion und Beeinflussung befindet) und andererseits selber Teil komplexerer Systeme ist, mit denen dieser Interaktionsprozess ebenfalls stattfindet. Dabei bilden Menschen Muster und Gewohnheiten aus, die in ihren Lebenswelten für bestimmte Aspekte ihres Daseins und Überlebens notwendig sind, für andere hingegen einschränkend oder sogar lebensfeindlich werden können.

Diese in unseren Körpern, unserem Geist und unserer Psyche vorhandenen Erfahrungswerte, wie die Welt auf uns eingewirkt hat und wir auf sie, werden in der Therapie neu geordnet. Ebenso werden sie in einen bedeutungsvollen Zusammenhang gestellt und auf ihre "Zukunftstauglichkeit" geprüft. Dabei geht es nicht nur um die individuelle Erfahrung. Resonanzfeld ist immer die Beziehung: zu einer anderen Person, zu ganzen Gruppen und grösseren Gebilden, zur nicht-menschlichen Welt. Daher ist Therapie immer auch ein politischer und ökologischer Akt.

Im klientenzentrierten Ansatz wird darauf verzichtet, für bestimmte Personengruppen, Problembereiche oder Krankheitsbilder differenziertes Wissen zu gewinnen, um daraus Behandlungstechniken ableiten zu können. Womit auch immer der Klient erscheint, immer geht es zuerst um den Klienten selber, um seine

Wahrnehmung, sein Erleben und seine Bedeutungsgebung (auch die von Krankheit und Gesundheit!).

Differenziertes Wissen über im GFK gepflegte Modellbildungen wie Charakterstrukturen und Bindungsarten entsteht mit der Zeit. Dies geschieht einerseits während der Therapie, gemeinsam erstellt von Therapeutin und Klientin, und andererseits gemeinsam erforscht im KollegInnenkreis. Dieses Wissen ist immer provisorisch und ausdrücklich den klientenzentrierten Grundhaltungen untergeordnet. Auch bei offensichtlich "krank" oder "schwer gestört" erscheinendem Verhalten, gilt die Frage, wann ein Phänomen den "Normalbereich" verlässt und „pathologisch“ wird. Dies ist eine Frage des Schweregrades und zu verstehen mit den Fragen: gemessen woran, im Vergleich wozu und in Bezug worauf ist ein Verhalten einengend, auffällig, gestört, krank?

Störungen und Symptome sind keine fixen Grössen und nicht als solche benennbar, sie sind immer Beziehungs- resp. Prozessbeschreibungen und nur im Kontext zu verstehen.

### **Konkrete Methode und Technik**

Im klientenzentrierten Umfeld unüblich, aber in der Gesprächs- und Körperpsychotherapie GFK eine Selbstverständlichkeit ist die Arbeit mit dem Körper. So ist es nicht vorstellbar, irgendeinen Aspekt aus der Persönlichkeit und seiner Beziehungsgestaltung von vornherein auszulassen.

Häufig banalisiert, aber im Grunde radikal sind die klientenzentrierten Grundannahmen über die Wirkungsweise einer therapeutischen Beziehung: Die Therapeutin "konfiguriert sich" (gemeint ist damit das körperliche, geistige, seelische Sich-Ausrichten) so, dass sie grösstmögliches Interesse aufbringen kann für die Person des Klienten. Sie hört zu, schaut hin, spürt hin, atmet mit. Sie versucht, diese ihr fremde Welt und die Art und Weise, wie Erlebtes darin Bedeutung erlangt, so umfassend wie möglich zu verstehen und sich darin einzufühlen. Dazu braucht es Neugier, Wissenwollen, Geduld und Respekt. Ihr ganzes Bemühen richtet sich immer wieder darauf, die subjektive individuelle Wirklichkeitskonstruktion dieses einen Menschen in allen seinen Bezügen kennen zu lernen und ihr Verständnis auf eine adäquate Art und Weise zu kommunizieren. Das ist mit Empathie gemeint, nicht mehr und nicht weniger. In der traditionellen Gesprächspsychotherapie war dieses Verstehen-Wollen vor allem auf die emotionale Verfassung und

deren Bedeutung für den Klienten gerichtet. Im GFK meinen wir auch Denkstrukturen, Handlungs- und Verhaltenseigenheiten, körperliche Empfindungen und Gewohnheiten. Empathie, "Transport" ist durch Sprache, Mimik, Körperausdruck und Berührung möglich.

Zyklisch verbunden mit dieser Haltung ist eine zweite: das Bemühen darum, bedingungslos und ohne innere Bewertungen erst einmal das anzunehmen, was der Klient von sich zeigt. Das ist Akzeptanz. Akzeptanz ist nicht zu verwechseln mit Einverständnis, aber es heißt, „immer zuerst“ (Rogers) wertschätzend und vorurteilsfrei anzuerkennen, wie jemand lebt und in Beziehung tritt, ohne dieses Erleben sofort zu interpretieren oder bereits Änderungsschritte einleiten zu wollen.

Während des ganzen therapeutischen Prozesses ringt die Therapeutin darum, aufrichtig mit sich selbst und ihrem inneren Erleben in Kontakt zu sein, und zwar so präzise, dass sie es wahrnehmen und gegebenenfalls authentisch kommunizieren und damit der Beziehung zur Verfügung stellen kann. Diese Haltung nennt Rogers Kongruenz.

Emphatisch sein, akzeptieren, kongruent sein, präsent sein: das sind Alltagswörter und Fachbegriffe zugleich. Wenn ein klientenzentrierter Therapeut diese Wörter braucht, sind sie immer fachsprachlich gemeint und beschreiben eine professionelle Kompetenz. In diesem Sinn ist der „Wirkfaktor Beziehung“ in unserem Ansatz eine spezifische Variable, keine unspezifische.

Diese Grundhaltungen sind eine Herausforderung, sie verlangen Disziplin, Verzichtleistung, Entschiedenheit und eine radikale Form des Gegenwärtig-Seins. Alle anderen Ebenen (Erfahrungswissen, spezifische Interventionen und Behandlungstechniken) sind diesen grundsätzlichen Haltungen untergeordnet. Die Therapeutin soll in der Begegnung so präsent sein, dass der Klient auf verschiedene Arten, in verschiedenen Konstellationen, in verschiedenen Altern und Rollen mit ihr in Beziehung treten und so einen Entwicklungsanreiz erfahren kann. Er kann in dieser Beziehung alte Muster überprüfen, seine Wahrnehmung und Aufmerksamkeit schulen, innerhalb eines begrenzten, aber vorhandenen Freiheitsspielraums Wahlmöglichkeiten erproben. Er kann lernen, welche inneren und äusseren Bedingungen er selber schaffen kann, um Veränderungsprozesse anzuregen oder überhaupt erst zu ermöglichen. Interventionen müssen immer daraufhin geprüft werden, ob sie zum Stand der Beziehung passen. Mit Sicherheit ist aber nie vorhersagbar, ob und wie eine Intervention für eine bestimmte Klientin resp. ein bestimmtes Klientel „wirkt“. Systemtheoretisch gesehen sind Interventionen lediglich

ein Anstossen des Klienten. Was in seiner Welt damit passiert und in die Beziehung zurückwirkt, ist nicht planbar. Damit wird aber nicht beliebig, was die Therapeutin tut. Sie wird immer wieder neu Hypothesen aufstellen, ihre Erfahrungen ordnen und ihr Wissen und ihre Beziehungsresonanzen dem Klienten als Angebot zur Verfügung stellen. So können beide zusammen Bedingungen schaffen für einen Prozess, in dem sich Veränderung ereignen kann. Da die Therapeutin Teil des Prozesses und der darin stattfindenden Wechselwirkung ist, wird sie mit bewegt, mit angestossen, mit verändert. Das muss sie aushalten können und als Teil ihrer Professionalität auch so wollen. Rogers spricht davon, dass die erste Bedingung zum Zuhören Mut ist, denn die Zuhörenden werden nicht unverändert bleiben.

### **Konkretes Beispiel**

Frau P. ist 40jährig, allein erziehende Mutter. Sie arbeitet als Sachbearbeiterin bei einer Versicherung. Nach mehrfachen medizinischen, medikamentösen Therapien und notfallmässigen Hospitalisationen will sie eine Psychotherapie beginnen.

Frau P. leidet seit der Geburt ihres Sohnes an Angstattacken. Das Milieu ihrer Herkunftsfamilie ist geprägt durch unangemessene Ängste und Sorgen. Es bestand wenig Kommunikation, keine Schulung im Ausdrücken von Gefühlen, bis sich aufgestaute Wut in Beziehungsabbrüchen und tagelangem Schweigen entlud. Diese Kommunikationsmuster finden sich auch in den Beziehungen der Klientin und auch an ihren Arbeitsstellen. So wechselte sie deswegen oft die Stelle. Sie ist aber chronisch unzufrieden und hat Angst, dass ihr Leben so nicht weitergehen kann. Zur Verhinderung des Angstgefühls hat sie periodische Fressanfälle und Alkoholmissbrauch mit steigender Tendenz. Diagnose: Angstneurose, Borderline-Tendenzen, Suchtanfälligkeit.

Vorgehen: Ein erster Eingang bietet die kognitive Bearbeitung des Symptoms zur Beruhigung der Angstzustände. Die Therapeutin vermittelt die Idee, dass die Klientin den Ängsten nicht ausgeliefert ist, sondern sie auch selber handhaben kann. Die Schulung der eigenen Wahrnehmung sowie das Führen eines Angst-Tagebuches stehen im Vordergrund. Die Klientin soll Fragen wie, wann tritt die Angst auf, wie, wie lange, sind sonst noch Gefühle da, was kann sie als erstes tun? etc. beantworten. Die Therapie soll ihr Gelegenheit bieten, ihre eigene innere Welt auszudrücken, Vertrauen aufzubauen und dann Alternativen zu suchen. Im Verlauf wird ihr deutlich, dass sie eigentlich durchs Leben läuft, ohne sich ausser



in heftigen Gefühlen wie Angst und Wut resp. in Ess- und Alkoholexzessen zu spüren. Mehr und mehr kann die Klientin mittels Focusing in kleinen Schritten ihre eigenen Bedeutungsbildungen herausfinden. Das stärkt ihr Gefühl, aus sich heraus zu handeln und nicht nur auf andere zu reagieren. Weiter werden ihr Umgang mit Gefühlen und Beziehungen in der Herkunftsfamilie und in ihren momentanen Beziehungen angesprochen. Sie sieht ihre Tendenz, Dinge nicht wahrzunehmen, respektive nicht zu äussern und dann übergangslos mit Beziehungsabbruch zu drohen. In der Beziehung zur Therapeutin geht es darum, neue Arten von Konfliktlösungen ausprobieren. Zum Beispiel dranbleiben, wenn es schwierig wird. miteinander über solche Themen reden lernen. Weiter wird die Klientin mit ihrem Suchtanteil konfrontiert, sie soll Nutzen und Schaden abwägen sowie alternative Handlungsmöglichkeiten kennen lernen.

In der Körperarbeit lernt die Klientin ihre Atemmuster wahrzunehmen. Sie übt Alternativen ein: wie kann sie erkennen, wann sie in die „Angstatmung“ hinein kommt, wie kann sie aussteigen, wie kann sie sich vor Hyperventilation schützen und andere Atemmuster einüben. Die andere Art zu atmen erfordert auch eine neue Haltung: Körperarbeit mit Rückgrat, mit sich aufrichten, mit den Schultern und dem Brustkorb. Die Klientin lernt, mit höheren Energie-Ladungen umzugehen. Bald sind Integrationsschritte nötig. Die neuen Arten zu denken und zu atmen haben Folgen in ihrem Leben: dies ist zu besprechen und zu integrieren. Die akute Symptomatik bessert sich bald. Aber jeder Schritt muss körperlich integriert werden, sonst bleibt eine hohe Rückfallgefährdung. Gesamtdauer der Therapie 50 Stunden.

### **Für wen eignet sich die Therapie?**

Die klientenzentrierte Gesprächs- und Körperpsychotherapie eignet sich grundsätzlich für alle Arten seelischen Leidens, also grundsätzlich für alle diagnostischen Kategorien. Insbesondere eignet sich die Methode bei medizinisch unklarer körperlicher Symptomatik als zusätzliche Begleitung zur somatischen Behandlung. Das Ausschlusskriterium zeigt sich nicht in der Diagnose, sondern in einer allenfalls misslingenden Beziehungsaufnahme. Der klientenzentrierte Ansatz erachtet implizit den Klienten als Hauptexperten seiner selbst, d.h. es ist selbstverständlich, dass die Interventionen und die Interventionsart auf den Klienten abgestimmt und im Feedback und im Dialog überprüft werden. Jede klientenzentrierte Therapie entwickelt ihre ureigene Mischung an verbalen und körperorientierten

Anteilen, dies je nach Erkrankung, nach den Bedürfnissen der Klientin und den therapeutischen Notwendigkeiten. Es müssen auch nicht zwingend alle drei Elemente in einer Therapie vorkommen. Allem gemeinsam ist die klientenzentrierte Grundhaltung und die dialogische Form.

### **Dauer der Therapie**

Die klientenzentrierte Gesprächs- und Körperpsychotherapie eignet sich für alle Arten von Settings, also sowohl für Kriseninterventionen, Kurzzeittherapie und längere Psychotherapien. Die Therapiedauer wird letztlich von der Klientin im Dialog mit der Therapeutin bestimmt. In Stunden ausgedrückt dauert eine Therapie zwischen 3 und 120 Stunden mit einer Häufung in der Mitte dieser Zahlen.

### **Wirksamkeitsstudien und Wissenschaftsnachweis**

Die Wirksamkeit der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie ist seit Jahrzehnten umfangreich wissenschaftlich belegt und beschrieben. Dasselbe gilt für die Körperpsychotherapie mit ihren vielfältigen Methoden. Der Einbezug des Körpers in der Therapie hat sich für einen dauerhaften Therapieerfolg als äusserst hilfreich nachgewiesen. Die spezifische Wirksamkeit der klientenzentrierten Gesprächs- und Körperpsychotherapie wurde in einer Praxisevaluationsstudie 2003 mit klarer Signifikanz nachgewiesen und veröffentlicht. (Psychotherapie Forum 2003, (11), 80-91).

Einzelne Mitarbeiterinnen des GfK referieren seit Jahren an den internationalen Kongressen für Gesprächspsychotherapie, für experientielle Therapie und für Körperpsychotherapie und stellen ihre Arbeitsweise zur Diskussion. Weiter besteht eine Literaturliste (siehe Homepage des Institutes).

### **Therapievermittlungsstelle**

Der Berufsverband SGfK führt eine aktuelle Liste der therapeutisch tätigen Mitglieder. Diese unterliegen einer Fortbildungsverpflichtung. Informationen gibt es im Internet <http://www.gfk-institut.ch/Verband/index.html> und bei der Geschäftsstelle des Ausbildungsinstitutes GfK [info@gfk-institut.ch](mailto:info@gfk-institut.ch).

## **Berufsverband und Ethikkommission**

Die Ethik-Kommission des SGfK ist zuständig für alle berufsethischen Fragen im Tätigkeitsbereich des Ausbildungsinstitutes GfK und der beruflichen Tätigkeit der Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Grundlage der Arbeit der Ethik-Kommission bilden die Standesregeln der Charta für Psychotherapie Schweiz, die Ethikrichtlinien der European Association of Body Psychotherapists CH-EABP und die ethischen Richtlinien des Europäischen Verbandes für Psychotherapie EAP. Die Ethik-Kommission arbeitet mit diesen Organisationen zusammen.

## **Grösse der Ausbildungsinstitution**

Zur Zeit (Sommer 2008) gehören 20 Personen mehrerer Länder zum Gremium der AusbilderInnen. Etwa 60 Personen sind in der Schweiz psychotherapeutisch tätig, ebenso viele in den anderen deutschsprachigen Ländern. 20 Personen sind in psychotherapeutischer Ausbildung.

## **Kontaktadressen**

Ausbildungsinstitut GfK, Heinz Meier, Hagenbuchrain 13, 8047 Zürich  
0041 (0)43 817 41 24    mail@gfk-institut.ch, www.gfk-institut.ch

Autoren: C. Geiser, H. Kutt, H. Meier

## **Vertiefende Literatur:**

Entwicklung der Persönlichkeit, C.R. Rogers, Klett-Cotta

Focusing-orientierte Psychotherapie, E. T. Gendlin, Pfeiffer

Beiträge zur klientenzentrierten Körperpsychotherapie unter [www.gfk-institut.ch](http://www.gfk-institut.ch)  
und zum Focusing unter [www.focusing-netzwerk.ch](http://www.focusing-netzwerk.ch).

## **INTEGRATIVE THERAPIE**

**Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit SEAG**

### **Historischer Überblick**

Die Integrative Therapie (IT) hat ihre Wurzeln in den höchst fruchtbaren kulturellen Aufbruchsbewegungen der sechziger Jahre (1963 Elysée-Vertrag, 68-er-Bewegung). Sie wurde von Hilarion G. Petzold unter Mitarbeit von Johanna Sieper in Paris begründet und wurde seitdem in Zusammenarbeit mit vielen anderen (seit 1974 von Hildegund Heintz [† 2005] und Ilse Orth) über die vergangenen 40 Jahre entwickelt aus der Erkenntnis und Überzeugung, dass heute ein modernes Verfahren der Psychotherapie nicht mehr nur von einem „Gründervater“ entwickelt werden kann. Das zeigten die Wissensinnovationen in den sechziger Jahren, mit denen die Gründergeneration der IT in ihren Studien der Psychologie, Physiologie und Philosophie in Kontakt kamen: die empirische „klinische Entwicklungspsychologie“ in der Tradition von Pierre Janet, Henry Wallon u.a. und die Psychophysiologie/Neuropsychologie von A. R. Lurija und N. Bernštejn. Auf dieser Basis entwickelte Petzold damals eine Betrachtung der gesamten Lebensspanne als ein kreatives, biopsychosoziales Entwicklungsgeschehen und die Integrative Therapie als eine körperliche, seelische und soziale Phänomene berücksichtigende, *leiborientierte* „life span developmental therapy“. Die Ärztin Hildegund Heintz als Pionierin moderner, „leiborientierter Psychosomatik“ brachte ihr spezielles Wissen in die IT ein, die Psychotherapeutinnen Johanna Sieper und Ilse Orth brachten den kreativtherapeutischen Blickwinkel hinein. Hinzu kam die Aus- und Weiterbildung der Gründergeneration in vielen Therapierichtungen. In der schulen- und methodenübergreifenden Arbeit (Petzold 2003) und in der Verbindung von neurowissenschaftlichen, entwicklungs- und kreativitätspsychologischen Perspektiven liegt die Besonderheit der IT, die Begriff und Praxis der Arbeit mit „kreativen Medien“ entwickelte und in Leib- und Bewegungstherapie, Suchttherapie, Psycho- und Neuromotorik Pionierarbeit leistete (Petzold, Sieper 2008). Einflussreich für die IT waren auch die „klinischen“ Philosophen der Antike (Sokrates, Seneca, Epiktet) und die, von denen Petzold u. Sieper direkt lernten: von Michel Foucault, Gabriel Marcel, Paul Ricœur, Emanuel Levinas, die die Praxis und das Menschenbild der IT prägten mit Wertetheorie, Ethik und der Arbeit mit „starken und sanften Gefüh-

len“ mit Sinnfragen, ästhetischen Erfahrungen und Naturerleben. Die IT engagierte sich seit ihren Anfängen aktiv für PatientInnenrechte. Petzold/Sieper gründeten 1972 das „Fritz Perls Institut Integrative Therapie, für Gestalttherapie und Kreativitätsförderung“, 1982 die „Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit“ (staatlich anerkannte Bildungseinrichtung) am Beversee.

Petzold habilitierte 1971 in Psychologie, spezialisierte sich in „klinischer Entwicklungspsychologie in der Lebensspanne“, „Neuromotorik“ (Leib- u. Bewegungstherapie), „Psychotraumatologie“ und „klinischer Supervision“. Er lehrte und lehrt diese Fächer als Professor an der Freien Universität Amsterdam und als Gastprofessor an zahlreichen Universitäten und erprobte sie als Therapeut in Klinik und Praxis.

### **Zuordnung zur einer psychotherapeutischen Hauptrichtung**

Die Gründerpersönlichkeiten durchliefen Psychoanalysen, Aus- und Weiterbildungen in Psychodrama (Petzold noch bei Moreno), Gestalttherapie (bei Perls, Price, Brinley), Körpertherapie (Ehrenfried, Råknes, Lowen), in Verhaltenstherapie, in Atemtherapie und Meditation (Orth u. a. als Schülerin von Graf Dürckheim). Petzold praktizierte von Kind auf Kampfkunst. Das führte Petzold und seine KollegInnen zur Überzeugung: die Richtung/Schulen könnten, ja müssten einander ergänzen, wenn man eine ganzheitliche und differentielle Therapie anstrebt und diese Überzeugung motivierte ihn zur Entwicklung der „Integrativen Therapie“. In seiner vergleichenden Psychotherapieforschung sah er: es gibt viele gemeinsame (convergente) aber auch unterschiedliche (divergente) Konzepte und Wirkfaktoren. Petzold begründete ein neues, methodenübergreifendes Denken: das „neue Integrationsparadigma“ (andere Vertreter dieses Mainstreams sind u.a. Goldfried, Norcross, Orlinsky. Auch, Grawe gehört dazu. Bei ihm arbeitete Petzold viele Jahre als Gastprofessor). Die IT ist strikt an der wissenschaftlichen Psychologie, der Neurobiologie, der empirischen Psychotherapieforschung, an den klinischen Sozialwissenschaften ausgerichtet. Ihre Devise ist: „Learning from many masters“ (Orlinsky). Das bedeutet keineswegs eine eklektische Mischung, sondern erfordert komplexe Theoriemodelle, übergreifende Methodenentwicklung und Forschung.

## Grundkonzepte, Menschen- und Weltbild

Die Integrative Therapie verbindet naturwissenschaftliche Ansätze mit sozial- und kulturwissenschaftlichen sowie mit künstlerischen Konzepten zu Behandlungsstrategien der Psycho-, Körper-, Sozio- und Kreativitätstherapie. Sie ist damit eines der ersten Therapieverfahren, das konsequent ein biopsychosoziales Modell vertreten hat, das auf den ganzen Menschen ausgerichtet ist und sich als eine Humantherapie versteht. Das Integrative Menschenbild wurde – geschlechtsspezifische Perspektiven berücksichtigend – genderbewusst wie folgt formuliert:

*„Der Mensch als Frau oder Mann ist ein Körper-Seele-Geist-Wesen in einem sozialen Kontext und ökologischen Umfeld. Er steht im Zeitkontinuum lebenslanger Entwicklung und nimmt Informationen aus dieser Lebenswelt – gute wie schlechte – mit allen Sinnen (multisensorisch) leiblich konkret wahr, reagiert auf sie mit allen Ausdrucksmöglichkeiten (multiexpressiv) und speichert beides: Eindruck und Ausdruck. Der so 'informierte Leib' hat die Chance, mit genügend positiven Umfeldinformationen, eine souveräne und schöpferische Persönlichkeit von hoher Problemlösungskompetenz auszubilden, eine Lebenskunst für ein gelingendes Leben“. (H.G. Petzold)*

Das erfordert die Verbindung von Körper-, Psycho-, Soziotherapie und meditativer Praxis.

Menschen gingen – evolutionsbiologisch betrachtet – aus Gruppen (Polyaden) hervor, Sprache entwickelte sich in Polylogen und Dialogen, Subjektivität aus Intersubjektivität. Das Zwischenmenschliche ist zentral. Das Weltbild der IT ist auf die Förderung guter Zwischenmenschlichkeit gerichtet, denn das beseitigt Pathologie. Sie betont deshalb:

*„Du, Ich, Wir – Wir, Du, Ich im Lebenszusammenhang und Lebenskontinuum von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft begründet konstruktive Lebensgestaltung in ressourcenreichen, sozialen Netzwerken, die einen sicheren Weggeleit, einen Konvoi bilden, in dem Solidarität und Kokreativität erlebbar werden“.*

Die IT sieht den Einzelnen immer in seinem Netzwerk und praktiziert Netzwerktherapie. Forschung zeigt: Kranke Netzwerke machen Menschen krank, gesunde tragen zur ihrer Gesundheit bei. In Familien- und Freundschaftsnetzwerken bildet sich unsere Persönlichkeit aus, die das „Leib-Selbst“ als Basis hat, das ein „Ich“ hervorbringt, welches in Interaktion mit dem Konvoi, dem „Netzwerk in der Zeit“, eine kohärente Identität aufbaut.

## **Gesundheits- und Krankheitsverständnis der Integrativen Therapie**

Gesundheits- und Krankheitslehre sind a) anthropologisch bestimmt von der Idee der „Zugehörigkeit“ (salutogen) und der „Entfremdung“ (pathogen) und sind b) klinisch ausgerichtet an dem Modell „positiver Stimulierung/Information“ und „negativer Stimulierung/Information“. Beides muss jeweils zusammen betrachtet werden:

- als die Gesamtheit der negativen Erlebnisse (traumatische, störende, konflikthafte Stimulierung/Information durch kritische/belastende Lebensereignisse, die die Regulationsfähigkeit des Menschen beeinträchtigen),
- plus der Gesamtheit der positiven Erlebnisse (fördernde Stimulierung, Ressourcen, die Wachstum oder Resilienz ermöglichen) und
- der Gesamtheit von Defiziterfahrungen (Mangel an Information und Ressourcen wie Zuwendung, Anregungen, Vorbildern etc.).

Das alles sind Informationen aus dem sozioökologischen Umfeld in unseren Lebens- und Entwicklungsprozessen, die die Gedächtnisspeicher des Organismus (Gehirn, Nerven-, Immunsystem) „informieren“, und in dem so „informierten Leib“ Spuren hinterlassen. Sie regen „Mentalisierungsprozesse“ (Vygotskij, Moscovici) an, konstruktive oder auch solche, die unsere Physiologie, unser Fühlen, Denken, Wollen, Handeln und Kommunizieren in Unordnung bringen, dysregulieren und in Krankheit führen können. Neben Baby- und Kleinkindforschung wird in der IT auch die Psychologie und Neurobiologie des Jugendalters, Erwachsenenalters und des Seniums berücksichtigt – zu allen Alterstufen hat die IT wissenschaftliche und therapiemethodische Beiträge geleistet. Belastungen und Ressourcen der Vergangenheit und Gegenwart werden genutzt, um aktive Gegenwarts- und Zukunftsgestaltung zu betreiben und die „Neuroplastizität“ des Gehirns zu nutzen: durch neue Wege der Mentalisierung, durch mentales Training und Körpermethoden, durch welche Emotionen, Kognitionen und – eine Besonderheit der IT – die Willensfähigkeiten von Menschen gebraucht und gestärkt werden. Für die klinische Umsetzung wurden die „Vier Wege der Heilung und Förderung“ erarbeitet und forschungsgestützt die „14 Heil- und Entwicklungsfaktoren“ sowie Modelle der integrativen Gesundheitsberatung entwickelt. Die wertschätzende, therapeutische Beziehung „auf Augenhöhe“ ist ihr Kernelement.

## **Konkrete Methode und Techniken**

Die IT ist bekannt wegen des reichen Repertoires der von ihr entwickelten Methoden, Techniken, Medien für die prozessorientierte Problembearbeitung und Förderung von Entwicklungsaufgaben: Biographiearbeit mit „reparentings“, Zukunftsprojektionen durch integrative Imaginationsmethoden, Rollenspiel, nonverbale und kreativtherapeutische Techniken, „emotionale Differenzierungsarbeit“ durch „Tiefungsprozesse“, Willenstraining, Sinnfindungsprozesse durch mentale Übungen. Es wurden störungsspezifische Behandlungsformen z. B. für Depressionen, Traumabelastungen, Suchterkrankungen etc. entwickelt. In der IT wurden wirkungsvolle Methoden wie das „Lebenspanorama“, die „Identitätssäulen“, die „Ich-funktionsdiagramme“, Selbstbilder, Körperbilder, Ressourcen- und Konfliktfelder, Netzwerkkarten, die Schutzfaktoren- und Willensinterviews etc. zum indikationsspezifischen Einsatz erarbeitet, weiterhin das Konzept der „kreativen Medien“ und „intermedialer Therapie“ (mit Ton, Farben, Poesie, Bewegung, Drama, die Integrative Leib- und Bewegungstherapie, die klinische Lauftherapie, die integrative Netzwerk-, Sucht- und Soziotherapie, die psychophysiologische „Trostarbeit“ und vieles andere mehr. Diese Innovationen basieren auf Grundlagenforschung und wurden wissenschaftlich evaluiert.

## **Konkretes Behandlungsbeispiel**

Eine langjährig depressive Patientin (51 Jahre, verheiratet, kinderlos) wurde von ihrem Hausarzt mit der Diagnose „mittelgradige depressive Episode“ (F32.1) in die IT überwiesen. Sie war zuvor schon mit verschiedenen therapeutischen Ansätzen behandelt worden. Eine antidepressive Medikation war wegen starken Nebenwirkungen abgebrochen worden. Ihre Bürohalbtagsstelle und ihren kleinen Haushalt kann sie kaum noch meistern. Früher sportlich, geht sie ohne ihren beruflich sehr geforderten, eher emotionsarmen Mann kaum aus dem Haus, respektive nur mit großen Spaziergängen am Wochenende. Sie fühlt sich matt, voller Unruhe, alles erscheint sinnlos, ein „depressiv-ängstlicher Lebensstil“ hat sich etabliert. Es wird von der Therapeutin eine große Ängstlichkeit und Unsicherheit festgestellt, so dass sie diagnostisch eher zu „Angst und depressive Störung, gemischt“ (F41.2) tendiert. Bei den „fünf Identitätssäulen“ werden „Leiblichkeit“ schwach und „soziales Netzwerk“ (Freundinnen, Kolleginnen) noch gut benotet, bedroht ist, „Arbeit/Leistung/Freizeit“. Die „materielle Sicherheit“, ist sehr gut, da der Partner in hoher Position arbeitet. Die Säule der „Werte“ ist stark durch religi-



öse Überzeugungen ausgeprägt, aber auch schuldbelastet. Das Willensinterview zeigt ein einstmals hohes, aber jetzt geschwächtes Willenspotential. Das „biographische Lebenspanorama“ lässt ein gutes, aber moralisch recht strenges Elternhaus, viele Verluste als „kritische Lebensereignisse“, insbesondere eine Fehlgeburt (mit folgender Kinderlosigkeit als „Lebenswunde“) erkennen. Die Therapie zentriert auf biographischer Bearbeitung der Verluste, die, weil sie zuvor schon oft betrauert wurden, jetzt mit integrativer „Trostarbeit“ behandelt werden, die durch philosophische Therapeutik, kreativtherapeutische Methoden und Neuroimagination fundiert ist. Ein gezieltes „Willenstraining“ durch ein sporttherapeutisches, antidepressives Walking-Programm mit Selbstsicherheitsübungen, in das der Partner und eine Freundin einbezogen werden können, sowie eine durch die Therapie begleitete Antidepressiva-Medikation bringt eine nachhaltige Mobilisierung und Depressionsreduktion. Arbeit am Thema „Lebenssinn“ führt die Patientin zur Mitarbeit in einer Tierschutzinitiative, die ihr Sinnhaftigkeit vermittelt und in der sie sich sozial vernetzen kann. Mit der Entscheidung, sich „selbst zum Projekt zu machen“, gelingt ihr zunehmend die Überwindung des „depressiven und ängstlichen Lebensstils“ und so kann die Medikation nach sieben Monaten abgesetzt werden. Drei mal Walking die Woche bleibt als Teil des neuen „lebensbejahenden und bewegungsaktiven“ Lebensstils.

### **Dauer und Eignung des Integrativen Therapieverfahrens**

Die IT eignet sich in allen Bereichen, bei denen Psychotherapie indiziert ist. Sie wird je nach Altersgruppe (Kinder, Jugendliche, Erwachsene, alte Menschen) und je nach Störungsbild/Erkrankung spezifisch modifiziert. Genderaspekte werden berücksichtigt. Kombinationsbehandlungen z. B. Psychotherapie/Sporttherapie, Paar-, Familientherapie werden, wo sinnvoll, im Behandlungsprogramm eingesetzt. Angeboten werden Kurzzeit- und mittelfristige Therapien (10 – 50 Std., 3 – 12 Monate), bei schweren Störungen auch mehrjährige Langzeitbehandlungen. Die IT hat seit 40 Jahren bedeutende Beiträge zur Suchttherapie geleistet.

### **Wirksamkeitsstudien und Wissenschaftsnachweis**

Die IT wird an verschiedenen europäischen Universitäten gelehrt und auf Wirksamkeit untersucht. Am „Department für psychosoziale Gesundheit und Psychotherapie“ der Donau-Universität Krems, Au, kann ein Master of Science in Integrativer Therapie erworben werden. Sie bezieht sich konsequent auf die Neurobiolo-

gie, allgemeine und klinische Psychologie und Evolutionspsychologie. Eine reiche theoretische Literatur zeigt die vielen Innovationen, die von ihr ausgegangen sind. Die Wirkung Integrativer Therapieansätze ist gut belegt, Studien haben besondere Wirkung bei Persönlichkeitsstörungen, Traumanachwirkungen (PTBS), Depressionen, Suchterkrankungen u. a. ergeben. Besondere Aufmerksamkeit wurde in der IT der Ausbildungsforschung und den Therapierisiken gewidmet. Es wurden bei der IT keine negativen Nebenwirkungen gefunden.

### **Therapievermittlungsstelle und Verbände**

Listen von Integrativen TherapeutInnen gibt es bei folgenden Einrichtungen und Verbänden:

SEAG, Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit und Integrative Therapie, Franklinstr. 31 A, 9400 Rorschach

071 244 25 58, [Lomueseag@bluewin.ch](mailto:Lomueseag@bluewin.ch)

SGIT: Schweizerische Gesellschaft für Integrative Therapie

Kapfsteig 21, 8032 Zürich, [www.integrativetherapie-schweiz.ch](http://www.integrativetherapie-schweiz.ch).

SVG: Schweizer Verein für Gestalttherapie und Integrative Therapie

Postfach 3308, 8021 Zürich [info@gestalttherapie.ch](mailto:info@gestalttherapie.ch) / [www.gestalttherapie.ch](http://www.gestalttherapie.ch)

### **Ombudsstelle und Standeskommission**

Sie kann über SEAG u. SGIT kontaktiert werden. Eine zentrale Standeskommission und ein Ethikausschuss im Sinne der Charta-Normen findet sich bei der EAG.

### **Grösse der Ausbildungsinstitution**

Die EAG / FPI führt seit 1972 in verschiedenen Ländern Europas Aus- und Weiterbildungen in Integrativer Therapie, Supervision, Körpertherapie, Kreativer Therapie, Soziotherapie, Suchttherapie durch und ist eine der grössten Ausbildungseinrichtungen für Psychotherapie und psychosoziale und künstlerische Therapieformen. In der Schweiz haben seither ca. 800 Personen eine Aus- oder Weiterbildung in einer Methode der Integrativen Therapie absolviert. In mehreren andern Ländern Europas sind ebenfalls Institute für die IT entstanden. Der Sitz der „Europäischen Akademie“ ist in Deutschland am Beversee. Die Ausbildung wird konti-

nuierlich wissenschaftlich evaluiert und wurde in mehr als 12 000 Evaluationsbögen (1995 – 2005) mit sehr gut und gut bewertet.

### **Kontaktadressen**

EAG/FPI: Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung – Fritz Perls Institut

Wefelsen 5; D 42499 Hückeswagen, Beversee, Tel: 0049 2192-858-416

EAG-FPI@t-online.de, [www.eag-fpi.com](http://www.eag-fpi.com)

### **Vertretung in der Schweiz: Stiftung Europäische Akademie SEAG,**

siehe Adresse unter Therapievermittlungsstelle und Verbände

### **Vertiefende Literatur**

Leitner, A. (2010): Handbuch der Integrativen Therapie. Wien: Springer.

Petzold, H.G. (2003): Integrative Therapie. 3 Bde. Paderborn: Junfermann, überarb. und ergänzte Neuauflage von 1991/1992/1993.

Petzold, H. G., Horn, E., Müller, L. (2010): Hochaltrigkeit – Herausforderung für persönliche Lebensführung und biopsychosoziale Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag.

Petzold, H.G., Sieper, J. (2008): Der Wille, die Neurowissenschaften und die Psychotherapie. 2 Bde. Bielefeld: Sirius.

Petzold, H. G., Orth, I. Sieper, J. (2010): Gewissensarbeit, Weisheitstherapie, Geistiges Leben als Themen moderner Psychotherapie. Wien: Krammer.

Sieper, J., Orth, I., Schuch, H.W. (2007) (Hrsg.): Neue Wege Integrativer Therapie. Klinische Wissenschaft, Humantherapie, Kulturarbeit Bielefeld: Ed. Sirius.

Ausführliche Literaturliste siehe: [www.fpi-publikation.de](http://www.fpi-publikation.de), in Polyloge 1/2009, 14/2010, und Textarchiv 2007h.

Zeitschrift: Integrative Therapie. Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration, Krammer Verlag, Kaiserstr. 13 A- 1970 Wien.

Autoren: Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper

## **KUNST- UND AUSDRUCKSORIENTIERTE PSYCHOTHERAPIE**

### **Institut ISIS / Stiftung EGIS**

Die Kunst- und ausdrucksorientierte Psychotherapie hat sich aus der „Expressive Arts Therapy“ weiterentwickelt. Theorie und Praxis sind interdisziplinär aufgebaut und basieren auf Forschungsergebnissen, die seit 1974 an der amerikanischen Universität Lesley College Graduate School in Cambridge und in Europa vor allem an der universitären European Graduate School EGS, Leuk (Wallis) und an der Hochschule für Musik und Theater, Hamburg erarbeitet wurden. Bereits die drei Begründer des ersten Studiengangs am Lesley College brachten neben ihren psychologischen und pädagogischen Hintergründen künstlerische Vielfalt in die therapeutische Methodenentwicklung ein: Norma Canner kam vom Tanz, Shaun McNiff von der Bildenden Kunst und Paolo J. Knill von der Musik. Shaun McNiff wechselte nach einer ersten Zeit am Lesley College als Rektor ans Endicott College und kehrte später wieder als Rektor zum Lesley College zurück. Er war und ist vor allem auch forschend und publizierend tätig. Norma Canner war Professorin des Lesley College, entwickelte staatliche Gesundheitsprogramme in Kansas und Massachusetts massgeblich mit und ist noch heute als Psychotherapeutin aktiv. Ende der 70-er Jahre wurde die kunst- und ausdrucksorientierte Psychotherapie durch Paolo J. Knill, Dipl. Ing. ETH in die Schweiz gebracht, und 1984 das Institut ISIS, International School for Interdisciplinary Studies (Zürich) durch ihn etabliert. Seither wird in der Schweiz eine Ausbildung in kunst- und ausdrucksorientierter Psychotherapie angeboten.

1994 gründete Paolo J. Knill die vom Kanton Wallis akkreditierte Universität European Graduate School, deren Rektor er noch heute ist. Das „International Network of Expressive Arts Therapy Training Centers“, ein Netzwerk von kunst- und ausdrucks-therapeutischen Ausbildungsinstitutionen in freier Trägerschaft oder in Universitäten, umfasst über 20 Mitglieder in Nord- und Südamerika, Europa sowie Israel. Das Institut ISIS ist Gründungsmitglied der Schweizer Charta für Psychotherapie.

## **Zuordnung zu einer Psychotherapeutischen Hauptrichtung**

Die kunst- und ausdrucksorientierte Psychotherapie ordnet sich heute dem innerhalb der Charta neu gebildeten Mainstream „Integrative Psychotherapie“ ein. Als „Integrative Psychotherapie“ verstehen sich psychotherapeutische Methoden, die bei der eigenen Theoriebildung spezifische schulenübergreifende Konzeptionen integrieren. Dahinter steht die Überzeugung und Praxiserfahrung, dass nach 100 Jahren Psychotherapie aus einer gegenseitigen Befruchtung unterschiedlicher therapeutischer Konzepte, neue wirkkräftige, mehrperspektivische und in sich theoretisch eigenständige Methoden entstehen können.

Die transdisziplinären Zugänge der kunst- und ausdrucksorientierten Psychotherapie charakterisieren sich kurz wie folgt: In Bezug auf die psychische Dynamik des therapeutischen Prozesses und bei der Interpretation eines künstlerischen Werks kann auf den phänomenologischen Hintergrund der Daseinsanalyse zurückgegriffen werden. Bei der Rolle der Imagination sind die Theorien ähnlich wie jene des frühen C. G. Jung. Bei der therapeutischen Praxis und bei der Anamnese wird den systemischen Sichtweisen und Erkenntnissen der Salutogenese Raum gegeben. Begegnungsaspekte ähneln den Modellen der humanistischen Personenzentrierung. Die künstlerische Betätigung ist lösungs- und ressourcenorientiert und das Kunstverständnis vor allem anthropologisch geprägt.

## **Grundlagen, Gesundheits- und Krankheitsverständnis**

Die kunst- und ausdrucksorientierte Psychotherapie ist eine Therapieform, welche neben verbalen Methoden alle künstlerischen Medien wie Musik, Tanz, Malen und dreidimensionales Gestalten, Video, Theater und Poesie in ihr therapeutisches Konzept mit einbezieht. Die Stärke dieser Methode liegt in ihrer Intermodalität (=künstlerische Integrativität). Sie akkumuliert nicht verschiedene künstlerische Disziplinen, sondern sieht ihren Schwerpunkt in der künstlerischen Tradition, welche alle Künste verbindet. Forschungen in den Bereichen der Musikerziehung, der Anthropologie, der Kunstgeschichte und der Ästhetik bestätigen ihre intermodale Fundierung. Die künstlerische Tradition wurzelt in der menschlichen Imagination. Wir sind es gewohnt, Imagination eher auf visuelle Bilder zu reduzieren und vernachlässigen dabei oft andere sinnenhafte Aspekte. Menschen imaginieren nicht nur in Bildern, sondern auch in Klängen, Rhythmen, Bewegungen, Handlungsabläufen, Dialogen und bewegten Bildern. Die Imagination ist deshalb immer inter-

modal. Die Kunst ist dabei das Medium, in dem Imagination und Materie sich zu einem Werk verbinden.

Imagination und künstlerischer Ausdruck gehört zum Menschsein. Seit Beginn der Menschheitsgeschichte zeugen unzählige Beispiele davon, wie der Mensch sich selber und seine unmittelbare Umgebung abgebildet hat. In allen Kulturen und Religionen können wir beobachten, wie die verschiedenen Kunstdisziplinen und die Imagination in Zeremonien und in Ritualen - auch zur Heilung - eingesetzt werden. Die Künste spielen dabei eine tragende Rolle und fließen mit Absicht ineinander mit einem tiefen Sinn für eine sinnliche, ästhetische Einheit.

Zum Menschen gehört es, dass er sich Vorstellungen (Wirklichkeitskonstruktionen) von sich und seinem Dasein macht. Dabei sind diese Vorstellungen zwangsläufig immer bereits beschränkt. Das Menschenbild, welchem die kunst- und ausdrucksorientierte Psychotherapie verpflichtet ist, kann in einer Reduktion auf das Wesentliche folgendermassen zusammengefasst werden:

- Der Mensch ist ein sprachliches Wesen oder hat ein sprachliches Sein.
- Der Mensch kann nicht ohne Welt gedacht werden; man kann ihn nicht loslösen aus der Welt.
- Jeder Mensch hat in seinem Sein seine eigene Art. Des Menschen Wirklichkeit umfasst verschiedene Erlebnis- und Handlungsweisen, und diese sind nicht reduzierbar.
- Der Mensch ist durch seine spezifischen Fähigkeiten und Existenziale zur Verantwortung aufgerufen.
- Ein konstruktiver Umgang mit Störungen und Konflikte gehört zu den Verantwortlichkeiten des Menschen dazu.
- Angestrebt wird eine menschliche Existenz, die offen ist für eine Vielfalt von Wirklichkeiten und für verschiedene Ebenen des Bewusstseins.
- Der Zugang zu Wirklichkeiten und Bewusstseinssebenen wird durch die Künste erleichtert, da das Spiel und das künstlerische Tun zu den Existenzialen gehören.

Seelische und leibliche Störungen gehören im Verständnis der kunst- und ausdrucksorientierten Psychotherapie zum menschlichen Dasein. Gesundheit wird dabei gesehen als ein dynamischer Zustand, in dem ein Leben in Wohlbefinden

möglich ist, auch in Anwesenheit von Störungen. Ein Ansatz, welcher Gesundheit dynamisch versteht, sucht Störungen in ihrem Wesen, ihrer Entwicklung und im Zusammenhang zu verstehen. Heilungsvorstellungen auf dieser Grundlage umfassen auch das Unbestimmte, die Offenbarung des Dunkeln und Ungewissen. Eine therapeutische Haltung, welche seelische und leibliche Störungen als ein herausforderndes Existential akzeptiert und die in der kunst- und ausdrucksorientierten Psychotherapie als kunstanaloge Haltung bezeichnet wird, hat Ähnlichkeit mit der Haltung des Künstlers bei der Ausübung seines Handwerks in Bezug auf künstlerische Widerstände. Eine weitere Analogie zwischen den beiden Haltungen besteht im ‚Offensein‘ gegenüber dem ‚Ankommenden‘. Die Künstlerin kennt diese Offenheit in der unbedingten Hingabe an das ankommende Bild, gegenüber der sich meldenden Melodie, dem eintretenden Rhythmus oder Klang, der erscheinenden Szene oder dem eintreffenden Wort. Diese Bereitschaft für die Überraschung bedingt die Disziplin der Hingabe an den Prozess und die Verfügbarkeit von ‚Technè‘ als Mittel und nicht als Zweck. In der kunst- und ausdrucksorientierten Psychotherapie sind Virtuosität, Handwerk oder Stil nicht Ziel, sondern dienen dazu, der Aussage Wirkung oder Deutlichkeit zu verleihen.

## **Methoden und Technik**

Im Zentrum der kunst- und ausdrucksorientierten Psychotherapie steht die Begegnung und Beziehung als ein nie vollständig kontrollierbares Geschehen. Der Hilfe suchende Mensch mit seinen Möglichkeiten und Begrenzungen, seinen Neigungen und Fähigkeiten erhält durch den Einbezug der verschiedenen Kunstdisziplinen einen vielseitigen Handlungs- und Gestaltungsraum. Die therapeutische Begegnung ist ohne die in Beziehung tretenden Menschen undenkbar. Es entstehen dabei Übertragungsphänomene, es zeigen sich Verstrickungen, Vertrauen wird angebahnt und entzogen. Einiges davon ist voraussehbar, anderes analysierbar, anderes aber auch überraschend. Begegnung heisst somit auch, die Situation für das Unvorhersehbare, Unvermittelbare, Überraschende und Schöpferische offen zu halten. Dank ihrer Intermodalität in der Kunstorientierung bietet die Methode ein breites Spektrum an Möglichkeiten, um Äusserungen von ureigenen Gefühlen, Körperreaktionen und Gedanken zu ermöglichen. Somit werden unmittelbare Zugänge zu ungekannten menschlichen Tiefenschichten geschaffen.

Spezifische Interventionstechniken sind zahlreich, die kunst- und ausdrucksorientierte Psychotherapie unterscheidet einerseits Interventionen zum künstlerischen

Werkeinstieg, andererseits Interventionen bei einer Werkbegleitung sowie drittens Interventionen hinsichtlich der Werkintegration. Ein Bild kann ein Gedicht ‚hervorrufen‘, eine musikalische Erfahrung kann skizziert werden. Das ‚Intermodale Dezentrieren‘® ist als Methode in den letzten Jahren herausgebildet worden. Das künstlerische Tun innerhalb eines klar strukturierten, vorgegebenen Ablaufs hat dabei primär nicht direkt mit dem Anliegen des Klienten zu tun. Nach dem ‚Verweilen‘ im künstlerischen Tun ist beim Zurückkommen zum Ausgangsproblem eine neue Sicht auf die Dinge oder sich selbst als Person feststellbar – und das allein deshalb, weil ureigene Ressourcen spürbar werden konnten.

## **Beispiel**

Eine knapp 50-jährige Frau wird in der Einzeltherapie vom Therapeuten gefragt: „Welches Bild hat etwas mit Ihrer aktuellen Situation zu tun?“ Sie leidet an psychosomatischen Schmerzen und wurde von einem Internisten zugewiesen. Die Frage des Therapeuten wird begleitet mit einer kleinen Diashow mit Bildern von zeitgenössischen Künstlerinnen und Künstlern. Das Bildmaterial umfasst sowohl eher lieblich anmutende Bilder als auch vermeintlich abschreckend harte. Die Patientin hat einen Migrationshintergrund, spricht und versteht nur mittelmäßig Deutsch und ist seit drei Stunden in der Psychotherapie. Auf dem von der Patientin nach kontinuierlicher Reduktion ausgewählten Dia ist ein brauner, älterer Holzboden mit Fischgrätmuster zu sehen. Ein Holzstück ist herausgenommen und liegt neben dem entstandenen Loch. In dieser rechteckigen Form befindet sich eine Vogelfeder von sattem Rot, welche den Raum mit ein wenig Seitenabstand ausfüllt. Das besagte Dia (Lothar Baumgarten, Kultur-Natur, 1971) hat bei der Patientin den Eindruck eines Grabes hervorgerufen („ich bin wie im Grab.“). Sie beschreibt das Rot als positiv, kraftvoll besetzte Farbe, das für sie sowohl Ohnmacht wie auch eine latent vorhandene Hoffnung bedeute. In der nächsten Stunde wird die Thematik immer mehr ausgeweitet zu Fantasien über nahe stehende Personen, die das Bild betrachten würden. So entstehen differenzierte Selbst- und Fremdbilder über ein konkretes Bild wie auch über die persönliche Situation der Patientin. Diese Selbst- und Fremdbilder unterstützen die Differenzierungsfähigkeit der Patientin gerade auch bezüglich der Gewichtungen des Schmerzes (statt immer nur DER Schmerz zu sein).

Besonders die zehnte Sitzung, in der die Frau ein Lied aus ihrer Heimat singt (Intermodales Dezentrieren), zeigt eine zerbrechliche und gleichzeitig zähe Frau,



die ihre Ressourcen durchaus noch anzapfen kann. In der Abschlusssitzung nach dreizehn Stunden – die Patientin zieht nach Deutschland zur Familie ihres Bruders um – wählt die Patientin ohne Aufforderung („Ich will das Bild mit dem Pferd jetzt.“) ein während der früheren Diashow präsentiertes Dia, welches damals nicht in die enge Wahl kam. Das Bild zeigt ein verstümmeltes Pferd (Berlinde de Bruyckeres, *Speechless Grey Horse*, 2004), welches auf dem Parkett liegt. Dieses Bild setzt die Patientin – nach Betrachtung ihrer in aktiver Therapie gemalten Bilder – auch in Bezug zur Feder in der ersten Sitzung. Dort sei etwas im Grab gewesen, im aufgebrochenen Parkett, jetzt sei es oberhalb des Parketts. Ja, das sei ein schmerzhaftes Bild, aber ihre Realität. Sie kann jetzt mit dem gewählten Bild ihre Situation viel besser beschreiben: „Ich find, das gut. Pferd ruhig, ich heut auch“. Die beschriebene Ruhe korrespondiert mit der Einschätzung des Therapeuten, dass die Patientin in der Therapie ruhiger werden konnte, ohne die Situation zu beschönigen. Das heisst, dass der psychotherapeutische Boden gelegt ist für eine mögliche Besserung der Symptome nach weiterer Therapie.

### **Eignung und Dauer**

Die kunst- und ausdrucksorientierte Psychotherapie wird bei allen Störungsbildern angewandt. Gemäss Menschenbild ist jeder Mensch ureigen, deshalb werden individuelle Herangehensweisen an den Klienten unter Berücksichtigung neuer Forschungsergebnisse gewählt. Die Methode wird in Einzel- und Gruppentherapie angewendet, wie auch für Kriseninterventionen, für Kurztherapien und für Langzeittherapien.

Durch die Möglichkeit, mit nonverbalen Mitteln in Kommunikation zu treten, findet die Methode zum einen besonderen Anklang bei Menschen, die an massiven, auch störungsbedingten Kommunikationsschwierigkeiten leiden. Zum anderen können gerade auch Menschen mit eher ‚kopfgesteuertem‘, intellektuellem und redegewandten Auftreten von der kunst- und ausdrucksorientierten Methode profitieren, weil andere Dimensionen des Handelns eröffnet werden.

Die kunst- und ausdrucksorientierte Psychotherapiemethode wird in der Schweiz vorwiegend von selbstständig oder in Delegation eines Facharztes arbeitenden Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen angewendet. Daneben wird die Methode in psychiatrischen und in somatischen Kliniken genutzt, hervorzuheben ist dabei das Bezirksspital Affoltern am Albis, in welchem die kunst- und aus-

druckorientierte Psychotherapie ein Standbein der dort entwickelten ‚Menschenmedizin‘ ist.

### **Wirksamkeitsstudien, Wissenschaftsnachweise**

Durch die Anbindung an die verschiedenen Hochschulen dienen regelmässig Masterthesen sowie Dissertationen der wissenschaftlichen Fundierung der kunst- und ausdrucksorientierten Methode. Dabei ist beispielsweise eine Dissertation jüngerer Datums von besonderem Interesse: Madlen Fähndrich Campiche „Veränderungen beim Patienten im Zusammenhang mit Interventionen der Psychotherapeutin im kunst- und ausdrucksorientierten Psychotherapiesetting“ an der EGS (bei Paolo J. Knill, EGS und Jürgen Kriz, Universität Osnabrück). Im Rahmen aktueller Forschungsprojekte beteiligt sich seit März 2007 das Institut ISIS an der nationalen Praxisstudie Ambulante Psychotherapie Schweiz (PAP-S).

### **Institution und Adresse**

Das Institut ISIS verfügt seit der Gründung 1984 über eine eigene Geschäftsstelle in Zürich, die Ausbildung wird dezentral in verschiedenen Kurshäusern der Schweiz durchgeführt. Organisatorisch ist das Institut ISIS Teil der Stiftung EGIS. Die Stiftung konzentriert sich auf interdisziplinäre Ausbildungsgänge, in denen der Einbezug von künstlerischen Disziplinen und der Philosophie des künstlerischen Arbeitens eine zentrale Rolle spielen. Neben der therapeutischen Ausbildung werden Qualifizierungen im Bereich Bildung sowie in Supervision und Coaching angeboten (BSO anerkannt).

Als kleines Institut verweist das Institut ISIS bezüglich Ombusstelle und Standeskommission auf die entsprechenden Stellen der Berufsverbände. Fragen beruflicher Ethik wird besondere Bedeutung beigemessen – gerade auch hinsichtlich juristischer Aspekten der Schutzwürdigkeit von in der Therapie entstandenen Kunstwerken.

International sind etwa 500 Personen psychotherapeutisch in der Methode tätig, in der Schweiz sind es ungefähr 40 Personen mit entsprechenden kantonalen Bewilligungen. Daneben arbeiten in der Schweiz ca. 250 Personen als kunst- und AusdruckstherapeutInnen ohne psychotherapeutische Qualifizierung, international sind es einige tausend. Aktuell sind sechs Studierende für die psychotherapeuti-

sche Spezialausbildung eingeschrieben. Eine Literaturliste ist über die Geschäftsstelle erhältlich.

### **Hauptwerke:**

Herbert Eberhart (Hg.): Kunst wirkt, Zürich 2007.

Paolo J. Knill, Helen Nienhaus Barba, Margo Fuchs: Minstrels of Soul: Intermodal Expressive Therapy, Toronto 1995.

Herbert Eberhart, Paolo J. Knill: Lösungskunst. Lehrbuch der kunst- und ressourcenorientierten Arbeit, Göttingen 2009

Institut ISIS/Stiftung EGIS, Ottikerstrasse 2, CH-8006 Zürich

0041 44 382 33 09, [anfrage@egis-isis.ch](mailto:anfrage@egis-isis.ch), [www.egis-isis.ch](http://www.egis-isis.ch)

Autor: Thomas Lempert, lic. theol., MAS

## **POIETISCHE PSYCHOTHERAPIE**

### **L'Atelier – Institut für Poietische Psychotherapie (Psychothérapie Poiétique)**

#### **Das Spezifische der Poietischen Psychotherapie**

Die Poietische Psychotherapie wird in andern Kulturen auch *Kunst- und Ausdrucksorientierte Psychotherapie* oder *Expressive Art Psychotherapy* genannt. Die Poietische Psychotherapie stützt sich auf kreative Prozesse wie Musik, Tanz, Malerei, Skulptur, Theater oder Dichtung. Es geht uns hier allerdings nur um die Lebendigkeit des Ausdrucks, das Kreieren von Gegenständen und um sinnstiftende Erlebnisse, nicht aber um kommerzielle und öffentlichkeitsorientierte Aspekte. Die Interventionen und Reflexionen des Kunsttherapeuten wurzeln ebenso im rationalen und wissenschaftlichen Denken wie in einem sensiblen künstlerischen Nachspüren.

Patient und Therapeut entwickeln dabei ihre therapeutische Beziehung in der Art, wie man eine musikalische Partitur komponiert, indem man verschiedene Instrumente einsetzt. So laufen, parallel oder alternierend, verschiedene Ebenen miteinander ab; zum einen die traditionelle Ebene der Sprache, dann die künstlerische Ebene, und dann die Ebene der inneren Welt beider Teilnehmer mit ihren Potentialen, Grenzen, ihren Erfahrungen und ihrem kulturellen und sozialen Hintergrund. Währenddem eine sinnlich-künstlerische Form in der Therapie entsteht, formt sich gleichzeitig auch eine Beziehungsgestalt, und der Patient wandelt sich im Rahmen der Übertragung, des Ausdrucks und der Reflexion.

#### **Kurzer historischer Abriss**

Die Poietische Psychotherapie (*Psychothérapie poiétique*) hat sich aus der europäischen und amerikanischen *Art Therapy* heraus entwickelt. Historisch und theoretisch wurzelt sie in drei Hauptströmungen.

- In der postmodernen *psychodynamischen, besonders existentiellen psychoanalytischen Strömung*. Sie nimmt Entwicklungen aus der Schule der Objektbeziehungstheorie von D.W. Winnicott und M. Klein auf, sowie der Post-Kleinianer bis hin zur neuesten Literatur in der Nachfolge von Wilfried Bion, Donald Meltzer, Didier Anzieu, Antonino Ferro etc.

- In der existentiellen und phänomenologischen Strömung, entsprechend den unterschiedlichen Strömungen der *Daseinsanalyse* in der Schweiz und in Deutschland, der *Phänomenologie* und der *strukturellen Phänomenologie* in Frankreich sowie der *Phänomenologie* und der *Gestalttherapie* an der amerikanischen Ostküste.
- In der zeitgenössischen Kunst, welche im Laufe des ganzen 20. Jahrhunderts die Entwicklung des Menschen und seiner psychischen und sozialen Existenz kreativ beforscht hat.

Wir legen auch grossen Wert auf die Integration interdisziplinärer Kenntnisse aus den wichtigsten Humanwissenschaften wie Anthropologie, Philosophie, Psychologie, Soziologie und Ethnologie. Unser kunsttherapeutisches Modell ist in den Werken folgender international anerkannter Autoren vorzufinden: in Frankreich bei Jean Broustra, Jean-Pierre Klein; in der Schweiz, Deutschland und den USA bei Paolo Knill; in der Romandie bei Jacques Stitelmann; in den USA und in Kanada bei Shaun McNiff, Steve Levine und Ellen Levine.

### **Zuordnung zu einer psychotherapeutischen Hauptrichtung**

Unsere Psychotherapiemethode ist integrativ. Aufgrund ihrer historischen Wurzeln sowie ihrer Vorstellung vom kreativen Prozess steht sie in enger Beziehung zur Phänomenologie und zur zeitgenössischen Psychoanalyse. Dennoch handelt es sich hier um eine neue, in sich kohärente Therapiemethode, welche die unterschiedlichen Theorien und Methoden integriert. Um eine blosse Patchwork-Technik zu vermeiden, wird intensiv an einer verbindenden Theorie gearbeitet.

### **Grundkonzepte, Menschen- und Weltbild, Gesundheits- und Krankheitsverständnis**

#### *Menschenbild*

- Der Mensch ist ein essentiell unvollendetes Wesen, hineingesetzt in die Kultur, in der er lebt, in eine spezifische Epoche und in eine Sprache, welche alle Potentiale und Grenzen mit sich bringen.
- In seiner kontinuierlichen Vervollständigung oder Entwicklung erlebt der Mensch Zeiten der Stagnation und Zeiten von mehr oder weniger rascher Veränderung und Wandlung. Existentielle psychische und physische Störungen

erscheinen uns als normale Erscheinungen des menschlichen Lebens, sie ergeben sich aus den Klippen, an denen wir uns entwickeln und wachsen.

- Der Mensch ist ein sprachliches Wesen. Die Sprache ist aus Zeichen und Symbolen aufgebaut, sie gibt der Existenz Sinn und erlaubt uns zu denken und zu kommunizieren. Umgekehrt verwandelt auch unsere Existenz die Sprache. Partner müssen in einem Prozess zu einer gemeinsamen Sprache finden, auch in einer Therapie.
- Die künstlerische Sprache bringt uns in Kontakt mit der Welt, schafft und transformiert unseren Bezug zu ihr und bietet uns komplexe Bilder dafür an; sie bindet uns in alle Dimensionen unseres Bezugs zur Welt ein.
- Der Mensch lebt in einer Welt und ist von ihr untrennbar. Er ist ein Teil von ihr. Man kann den Menschen nicht ohne die Welt betrachten; so schliesst eine solche Betrachtung immer auch ökologische, soziokulturelle und individuelle Sorge und Verantwortung mit ein.
- Jeder Mensch ist verantwortlich für das Leben, das er führt. Er trägt Verantwortung dafür, kreativ und ethisch auf die Risiken und Klippen der Existenz zu antworten.

Kunst und Spiel sind dem Menschen wesenhaft. Der Mensch ist ein schöpferisches Wesen, das seine Welt verwandelt und von ihr gewandelt wird.

### *Gesundheits- und Krankheitsverständnis*

Unser Gesundheitsverständnis stützt sich insbesondere auf die Charta von Ottawa und auf die Dokumente, die aus dieser Gründungscharta hervorgegangen sind. In unserer existentiellen Sicht des Menschen entspricht Krankheit einer bestimmten Art von Selbstwahrnehmung: Entfaltung und Gedeihen des Lebens werden als gestört erlebt, ebenso unser Existenzgefühl und das Selbstverständnis, uns zu entwickeln. Krankheit beginnt mit einem Gefühl von Schmerz oder Leiden, welches danach ruft, entfernt oder transformiert zu werden. Es wird subjektiv als ein Mangel an Lebendigkeit wahrgenommen. Aus dieser Sicht interessiert sich die Psychotherapie für Wahrnehmung, Beschreibung, Verständnis und Behandlung der Mangelzustände des Lebens. Dazu gehören, und das ist uns wichtig, auch Prävention und Gesundheitsförderung.

Demgegenüber wird Gesundheit wahrgenommen als ein Gefühl für das Fließen des Lebens, das uns durchströmt und mit der Welt verbindet. Sie ist mehrdimensional, sie schliesst nicht nur die körperliche Ebene mit ein, sondern auch die Bereiche des Emotionalen, Kognitiven, der Beziehungen und des Sozialen.

## Methoden und Technik

Die kunsttherapeutische Methode kennt eine spezifische Vorgehensweise: Das spielerisch erlebte Arbeiten in der Sitzung belebt kreative Prozesse, welche der Patient dann in seinen Lebensalltag und in seine Entwicklung übertragen kann. Dazu kommen einige spezifische Theorien bzw. Techniken wie etwa: Die gegenseitige Überschneidung/Durchdringung verschiedener Ausdrucksmöglichkeiten (*intermodalité expressive*), die Dezentrierung (*décentrement*), die Strategie des Umwegs (*stratégie du détour*), die miteinander verbundenen Prozesse von Kristallisation und Kompostierung (*cristallisation – compostage*), der Wechsel vom verbalen zum künstlerischen Ausdruck und umgekehrt und die Symbolisierung.

Die *gegenseitige Überschneidung von Ausdrucksmöglichkeiten (intermodalité expressive, also zum Beispiel von Musik zum Tanz oder zur Sprache zu wechseln)* besteht darin, dass die präsentierten Probleme des Patienten mittels unterschiedlicher Ausdrucksmöglichkeiten exploriert werden, wobei er vom Übergang aus einer Modalität in die andere profitiert, mehr als er es tun würde in klassischen verbalen Psychotherapiemethoden.

Die *Dezentrierung (décentrement)* ist ein spezifischer Aspekt der künstlerischen Tätigkeit, welcher in die Psychotherapie integriert wird. Der Patient, der in einer bestimmten existentiellen Problematik feststeht, erarbeitet wahrnehmbare Formen, und dabei kann er sich von sich selber und seinen Störungen dezentrieren und sich auf das Material, den spielerischen Ausdruck und die Eigenheiten der kreativen Erfahrung hin orientieren. Die Thematik erscheint zwar in den so geschaffenen Werken wieder, insbesondere in ihren unbewussten Aspekten und in ihrem Wandlungspotential, aber gerade dies vermag den Patienten über den existentiellen Zustand hinauszuführen, in dem er zu Anfang der Sitzung feststeckte.

Die *Strategie des Umwegs (stratégie du détour)* besteht darin, dass die schmerzhafteste Problematik, welche der schöpferischen Aktion oft Widerstand entgegensetzt, umkreist wird, so dass sie auf einer symbolischen Ebene im Werk bearbeitet werden kann, manchmal ohne dass das Bewusstsein des Patienten es merkt.

Die *Kristallisation und Kompostierung* (*cristallisation – compostage*) zeigt sich in der Konstruktion und Dekonstruktion der existentiellen Zustände des Patienten und seiner Theorien über sich selbst im Laufe der kreativen Tätigkeit.

Die Möglichkeit des *Wechsels* zwischen dem verbalen und dem schöpferischen Ausdruck (*L'alternance expression verbale – expression créatrice*) ermöglicht dem Psychotherapeuten, seinem Patienten klar unterscheidbare Zeitspannen im Rahmen der Sitzungen anzubieten. Normalerweise wird in einem ersten Zeitabschnitt gesprochen, was dem Patienten ermöglicht, anzukommen und die aktuelle Tagesproblematik einzubringen; ein zweiter, Abschnitt erlaubt die Erforschung und Entfaltung der Problematik auf künstlerische Art und Weise; und eine dritte Zeitspanne ist wieder dem verbalen Austausch gewidmet und erlaubt die Reflexion über das geschaffene Material.

Mit *Symbolisierung* wollen wir ausdrücken, dass es uns nicht darum geht, bereits vorgefundene Symbole zu benützen, sondern neue Symbole von uns unbewussten Vorgängen in uns zu finden.

## Beispiel

Frau X. kam seit einigen Monaten zur Einzeltherapie wegen eines Leidenszustands, der eng mit ihrer bevorstehenden Pensionierung zusammenhing. Sie erlebte einen tief depressiven Zustand, welcher sie daran hinderte zu arbeiten und ihr Berufsleben zu Ende zu führen. Während sie zunächst nicht verstand, was sie umtrieb, schaffte sie im Laufe mehrerer Sitzungen in Klebetechnik die dreidimensionale Skulptur eines Wolfes, welcher das kleine Rotkäppchen und die Grossmutter gefressen hatte: Die Skulptur hatte einen ungeheuren Rachen, Zähne aus einem Sägeblatt, einen Bauch, aufgespannt durch eine Eisenarmierung, die sie auf einem Waldspaziergang fand und war mit schweren Steinen beladen, die sie in den Bauch hineingelegt und anschliessend wieder zugenäht hatte.

Bei der Betrachtung dieser Skulptur wurde ihr bewusst, dass dieses Werk recht genau die Schwere alles dessen ausdrückte, was sie beim Rückzug aus ihrer beruflichen Situation schlucken musste, nachdem sie darin völlig aufgegangen war. Dieser Abschied in die Pensionierung war für sie psychisch unverdaulich. Der Wolf wirkte traurig, wie sie selber. Sie entdeckte dann auch, dass man auch früher von ihr verlangt hatte, eine ganze Reihe grosser Steine zu schlucken. Diese Steine hatte sie sozusagen roh verschlungen, und sie spürte, dass sie seit längerem



schwer auf ihr psychisches Gleichgewicht drückten. Sie hatte eine Karriere verfolgt, die von leistungsorientierter Hingabe und der Übernahme von Verantwortung für die Probleme anderer geprägt war. Ihr depressiver Zustand stand offensichtlich im Zusammenhang mit einer viel zu grossen Anstrengung, sich anzupassen. Im weiteren Verlauf entdeckte sie auch, dass sie sich deswegen nie mit belebenden Aktivitäten nähren konnte, ähnlich wie sich der Wolf weder von der Lebendigkeit des Rotkäppchens noch von der Weisheit und Freundlichkeit der Grossmutter oder von der Liebe zwischen beiden nähren können. Sie fragte sich dann, ob sie ihr Leben nun nicht gerade dank der Pensionierung würde ändern könnte. In der Folge schnitt sie dann den Bauch des Wolfes auf und holte die schweren Steine heraus: So schuf sie eine Höhle, einen Leerraum, um mögliches Potential und mögliche Nahrung aufzunehmen. Damit fand sie nicht nur eine Erklärung für ihre Depression und ihr Gefühl des Eingeschlossenseins im Beruflichen, sondern einen Sinn für ihr Leben und eine Richtung auf zukünftige, nährenden Aktivitäten hin.

### **Für wen eignet sich die Therapie?**

Diese Therapieform eignet sich für alle Arten von Persönlichkeiten, Störungen oder Diagnosen. Sie kann insbesondere dann vorgeschlagen werden, wenn die sprachlich-verbale Möglichkeiten und die damit verbundenen Denkprozesse eingeschränkt oder behindert sind oder wenig zu Veränderungen beitragen können. Störungen in der Entwicklung der Symbolisierungsfähigkeit profitieren besonders von dieser Methode. Sie kann für Personen mit ausgeprägter ästhetischer Empfindsamkeit von Vorteil sein. Die Poietische Psychotherapie kann in Gruppen oder individuell, sowohl in Institutionen wie in der ambulanten Praxis angewendet werden.

### **Dauer der Therapie**

Es sind Kurztherapien von 10 bis 20 Sitzungen möglich, die auf eine spezifische Störung fokussieren oder aber längere Verläufe, welche sich mit grundlegenden Fragen der Identitätsbildung, existentiellen oder chronischen Problemen befassen.

## **Wirksamkeitsstudien, Wissenschaftsnachweise**

Die Poietische Psychotherapie weist eine wissenschaftliche Tradition auf, welche sowohl ergebnis- wie prozessorientiert forscht. Es existieren zahlreiche Publikationen in Englisch, Deutsch und Französisch. Praktiker und Forscher von Rang nehmen an den Ausbildungsprogrammen von *L'Atelier* teil. Jedes Jahr erscheinen zahlreiche Publikationen in Form von Büchern und professionell spezialisierten Zeitschriften auch auf Internet. Da die Methode neu ist, hat sie ihren Forschungsschwerpunkt bisher auf prozessorientierte Untersuchungen gelegt, um ihre Eigenheiten herauszuarbeiten. Die weiter oben angeführten spezifischen Konzepte sind aus dieser Art der Forschung hervorgegangen.

## **Ethik und Standesregeln**

Unsere Berufsethik stützt sich auf die Ethikregeln unserer Berufsgesellschaft. Unsere Standesregeln sind im von der Schweizer Charta vorgegebenen Rahmen verankert. Eine Rekurskommission kann nach Bedarf eingesetzt werden, wenn Konflikte zwischen Studierenden, Lehrenden und der Ausbildungsinstitution es nötig machen. *L'Atelier* führt eine kontinuierliche Qualitätsevaluation durch. Ergänzungen und Verbesserungen werden regelmässig allen Beteiligten zur Kenntnis gebracht.

## **L'Atelier, Ausbildungsinstitut für Poietische Psychotherapie**

*L'Atelier* ist 1992 von Jacques Stitelmann gegründet worden. Seit 1995 bietet *L'Atelier* Diplomkurse für Kunsttherapeuten an, welche seit 1999 in ein universitäres Netzwerk eingebunden sind. Die eigentliche Ausbildung in Poietische Psychotherapie existiert seit 2003 und ist seit 2005 von der Schweizer Charta für Psychotherapie anerkannt; im selben Jahr ist *L'Atelier* als ausserordentliches Mitglied aufgenommen worden. Unsere Arbeit steht dem Denken und dem Ausbildungsprogramm der *Kunst- und Ausdrucksorientierten Psychotherapie*, wie es das Institut ISIS in Zürich praktiziert, sehr nahe.

*L'Atelier* ist ein unabhängiges Ausbildungsinstitut für Erwachsene. Es ist EduQua-zertifiziert seit 2002.

## **Vertiefende Literatur**

- Broustra J. (1996) - L'expression, psychothérapie et création - Paris, ESF  
Broustra J. (2000) - Abécédaire de l'expression, Paris, Eres
- Chouvier B. et al. (2002) - Les processus psychiques de la médiation, Paris, Dunod
- Klein J.-P. ((1997) - L'art-thérapie, Paris, PUF
- Knill P. et al. (2005) - Principles and Practice of Expressive Arts Therapy, London, Jessica Kingsley
- Levine S. et al. (1999) - Foundations of Expressive Arts Therapy, London, Jessica Kingsley
- Levine S. (1992) - Poiesis - London, Jessica Kingsley
- Levine S. et al. (2002) - Crossing boundaries - Toronto, EGS Press
- Levine S. et al. 2005) - Principles and Practice of Expressive Arts Therapies - London, JKP
- Stitelmann J. (1999) La mort de la baleine, image de terminaison d'une psychothérapie analytique de groupe - Revue Psychothérapies, No 19, pp. 119 - 130. Genève
- Stitelmann J. et al. (2002) - Au-delà de l'image, Genève, Deux-Continents
- Stitelmann J. - Order to deconstruct in In Praise of Poiesis - Toronto, EGS Press. (2008)
- Stitelmann J. (2009) - Le phénomène Poïétique, revue Art et Thérapie No 102-103, Paris
- Stitelmann J. (2010) - Développement du jeu du squiggle, revue Poiesis, No 12, Toronto
- Stitelmann J. [www.poietique.ch](http://www.poietique.ch) . (2007)

## **Kontakt**

24, avenue du Mail – 1205 Genève, Direktion: Jacques Stitelmann PhD.  
Psychologe FSP, Psychotherapeut SPV/ASP, Bildender Künstler SSBA.  
[www.l-atelier.ch](http://www.l-atelier.ch), [info@l-atelier.ch](mailto:info@l-atelier.ch)

Autor: Auteur : Jacques Stitelmann Ph.D.

## **ASPV**

### **Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Verband**

#### **Kurzporträt des Verbandes**

Der SPV ist ein massgeblicher grosser Berufsverband der Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Er vereint 1000 zertifizierte Einzelmitglieder und steht im Austausch mit 22 psychotherapeutischen Ausbildungsinstitutionen sowie Fach- und Regionalverbänden. Er ist Mitglied bei der Schweizer Charta für Psychotherapie. Die Psychotherapeutin ist aufgrund ihrer Weiterbildung befugt, seelische und seelisch bedingte Krankheiten und Störungen in selbständiger Berufsausübung zu diagnostizieren und zu behandeln. In den meisten Kantonen sind die Psychotherapeuten auch von Gesetzes wegen dazu ermächtigt.

Eine einheitliche Schweizer Psychotherapeuten-Regelung ist unter Mitarbeit des SPV in Vorbereitung. Der SPV setzt sich für die Psychotherapie als Wissenschaft und wissenschaftliche Praxis ein. Er geht davon aus, dass der Beruf des Psychotherapeuten ein freier wissenschaftlicher Beruf wie Arzt, Apotheker oder Anwalt ist. Er fördert die Anerkennung dieses Berufes in Gesundheitswesen und in der Öffentlichkeit und engagiert sich für qualifizierte psychotherapeutische Leistungen als Grundbestandteil des Gesundheitswesens.

SPV-PsychotherapeutInnen behandeln Kinder, Jugendliche und Erwachsene, Paare, Familien oder Gruppen mit seelischen Leiden in eigenen Praxen, ambulanten Diensten, öffentlichen und privaten Kliniken als selbständige oder delegiert arbeitende Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Dabei beachten sie die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit, Nachhaltigkeit und Ethik.

Der SPV respektiert die Vielfalt psychotherapeutischer Methoden und arbeitet bei seinen Projekten interdisziplinär mit den andern zusammen.

Der SPV bietet seinen Mitgliedern ein Forum für den Erfahrungsaustausch und erleichtert ihren Praxisalltag durch regelmässige Information zu aktuellen Fragen durch eine verbandsinterne Zeitschrift, eine internationale Fachzeitschrift, Fort- und Weiterbildungskursen und Merkblättern zu Steuerfragen, Leistungen und Tarifen, sowie zu Versicherungsangeboten und Merkblättern für Patientinnen.

**Therapievermittlungsstelle:**

Der SPV bietet für PatientInnen eine kostenlose Therapievermittlungsstelle

Tel. 043 268 93 75

**Ombudsperson/Standeskommission:**

Bei Fragen oder Klagen bezüglich einer Therapie stehen eine unabhängige, kostenlose Ombudsstelle und eine Standeskommission zur Verfügung.

**Adresse des Verbandes:**

Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Verband SPV

Riedtlistr. 8, 8006 Zürich, Tel. 043 268 93 00

spv@psychotherapie.ch, [www.psychotherapie.ch](http://www.psychotherapie.ch)

## **VPB**

### **Verband der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten beider Basel**

#### **Historischer Abriss mit Beschreibung der Gründung**

Der VPB, Verband der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten beider Basel, wurde 1971 unter dem Namen „VPP, Verband der praktisch tätigen Psychologen“ gegründet; er ist der älteste PsychotherapeutInnen-Verband der Schweiz. Gründungszweck und wichtigste Aufgabe der ersten Zeit war die Regelung der sogenannten nicht-ärztlichen Psychotherapie: 1977 trat die Regierungsratsverordnung betreffend die selbständige Berufsausübung der Psychotherapeuten in Basel-Stadt und Baselland in Kraft und wurde zur Grundlage der Regelungen in allen anderen Kantonen. Der Verband selber stellte aber höhere Anforderungen für die Aufnahme von ordentlichen Mitgliedern als die kantonale Kommission für die Praxisbewilligung, was ihm das Etikett eintrug, elitär zu sein, und immer wieder zu harten Diskussionen und auch Austritten führte.

Ein weiterer Arbeitsschwerpunkt der Pionierjahre war das Ringen um die Anerkennung und Bezahlung gut ausgebildeter PsychotherapeutInnen durch die Krankenkassen (nach heutiger Regelung: Zusatzversicherungen). Regional wurde ein Abkommen mit der Krankenkasse OeKK erreicht, das richtungweisend für andere Kassen wurde. Darüber hinaus war aber ein Weg über das Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, d.h. über die eidgenössische Politik, nötig, und so fand 1980 in Basel unter aktiver Mithilfe vieler VPP-Mitglieder die Gründung des SPV, des Schweizer Psychotherapeutenverbandes, statt.

Des Weiteren arbeitete der Verband an einem Heft, in dem die verschiedenen therapeutischen Richtungen dargestellt und verglichen werden sollten, und engagierte sich (seit 1986 unter dem Namen VPB) stark bei der Erarbeitung des Psychiatriekonzeptes Basel-Stadt, das 1990 in Kraft trat und der ambulanten Versorgung einen grossen Stellenwert gab.

In den letzten Jahren stand einerseits der schulenübergreifende Austausch zwischen den Mitgliedern, andererseits die Zusammenarbeit mit anderen Verbänden im Vordergrund: Zusammen mit den Fachgruppen der PsychiaterInnen BS und BL und dem PPB, Verband der PsychologInnen beider Basel, lancierten wir ein ge-

meinsames Psychotherapieverzeichnis und engagieren uns im Kampf gegen sexuelle Übergriffe in Psychotherapien; wir betreiben gemeinsam mit dem PPB eine telefonische und Internet-Therapieplatzvermittlung, und wir reden bei kantonalen Planungsvorhaben mit. Der VPB zählt rund 80 Mitglieder.

## **Verbandszweck**

(Artikel 2 der Statuten)

Der VPB will die PsychotherapeutInnen der Kantone Basel-Stadt und Baselland zusammenschliessen und die fachlichen, ethischen und wirtschaftlichen Interessen ihres Berufsstandes fördern. Dies geschieht durch:

1. die Ausarbeitung von Anforderungen für die Ausbildung und die Berufsausübung sowie deren Überwachung;
2. die Wahrung der Berufs- und Standesinteressen, z.B. Titelschutz, Anerkennung und Schutz des Berufsgeheimnisses, aber auch Bekanntmachen des Propriums der Psychotherapie;
3. die Förderung und Pflege des wissenschaftlichen und kollegialen Kontakts;
4. die Verpflichtung auf die für alle Mitglieder verbindliche Standesordnung, welche übereinstimmt mit den Standesregeln der Schweizer Charta für Psychotherapie, und die Ausarbeitung eines entsprechenden Verfahrens;
5. die Zusammenarbeit mit Organisationen, die sich mit Psychotherapie und verwandten Gebieten befassen;
6. die Zusammenarbeit mit und die Interessenvertretung gegenüber öffentlichen und politischen Instanzen in Belangen der Psychotherapie, z.B. Krankenkassen, ÄrztInnen, psychiatrischen Stellen, Behörden, etc.;
7. die Mitgliedschaft in der Schweizer Charta für Psychotherapie;
8. Öffentlichkeitsarbeit

## **Angebote, Fortbildung**

Neben der jährlichen Generalversammlung laden wir unsere Mitglieder zu Fortbildungen (z.B. über managed care oder über Psychotherapie im Alter), Werkstattgesprächen und informellen Treffen ein und informieren sie mit regelmässigen Mitgliederbriefen über Veranstaltungen und Berufspolitisches. An die Öffentlich-

keit treten wir mit der Verbandswebsite [www.psychotherapie-bsbl.ch](http://www.psychotherapie-bsbl.ch) (mit Informationen über die psychotherapeutischen Methoden), Leserbriefen und dem Café Psy.

**Therapievermittlungsstelle**

Telephonische Vermittlung 4x wöchentlich unter 061 303 12 12, Suchmaschine unter [www.psychotherapeuten-bsbl.ch](http://www.psychotherapeuten-bsbl.ch)

**Ombudsstelle und/oder Standeskommission:**

Erreichbar über [mail@psychotherapie-bsbl.ch](mailto:mail@psychotherapie-bsbl.ch) oder 061 401 08 20 oder VPB, Postfach, 4002 Basel

**Adresse des Verbandes:**

Verband der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten beider Basel  
Postfach, 4002 Basel

[www.psychotherapie-bsbl.ch](http://www.psychotherapie-bsbl.ch), [mail@psychotherapie-bsbl.ch](mailto:mail@psychotherapie-bsbl.ch)



---

## **WISSENSCHAFTSDEKLARATION**

### **Deklaration der Schweizer Charta für Psychotherapie zu Begriff und Anforderungen an die Wissenschaftlichkeit der Psychotherapieverfahren.**

#### **Präambel**

Die vorliegende Deklaration ist ein Resultat eines mehrjährigen Prozesses der systematischen Auseinandersetzung der Charta-Institutionen mit der Frage der Wissenschaftlichkeit von Psychotherapie. Das Verständnis von Wissenschaft unterliegt fortwährendem historischen Wandel und ist abhängig von den jeweiligen gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Diskursen.

Die Charta vertritt eine Pluralität von Psychotherapieverfahren. In pluralistischen, multikulturellen und demokratischen Gesellschaften, die einer Vielzahl von Menschenbildern und Werten verpflichtet sind, muss auch der Zugang zu einer Vielfalt von Psychotherapieverfahren gewährleistet sein. Dahinter steht die Erkenntnis, dass es nicht nur ein einziges Welt- und Menschenbild gibt, aus dem heraus versucht wird, Wesen, Eigenheiten und Verhalten von Menschen zu verstehen und zu erklären. Aus diesen unterschiedlichen Menschenbildern, Weltbildern und kulturellen Traditionen leiten sich nicht nur die Verschiedenheiten psychotherapeutischer Verfahren her, sondern auch die damit verbundenen unterschiedlichen Auffassungen von Wissenschaft. Die Position der Charta zur Wissenschaftlichkeit muss dieser Erkenntnis Rechnung tragen.

Die „Deklaration zur Wissenschaftlichkeit“ umfasst die folgenden drei Aspekte:

- das Selbstverständnis der Charta- Institutionen zur Wissenschaftlichkeit in Theorienbildung, klinischer Praxis und Ausbildung;
- die Anforderungen, die die Charta an ihre Mitgliedsinstitutionen hinsichtlich Wissenschaftlichkeit, Forschungsstandards, Ethik in Wissenschaft und Forschung, sowie klinischer Methodik stellt;
- die Organisation des Wissenschaftsbetriebs innerhalb der Charta und ihren Bezug zum internationalen Feld psychotherapierelevanter Wissenschaften.

Die Deklaration dient folgenden Zielen:

- der Klärung der Positionen der einzelnen Therapierichtungen in der Charta;

- 
- der Erarbeitung gemeinsamer Positionen;
  - der Sicherung und Weiterentwicklung von wissenschaftlichen Standards innerhalb der Charta;
  - dem Austausch und der Vertretung dieser Positionen in der wissenschaftlichen und klinischen Fachwelt und in der Gesellschaft.

### **Wissenschaftstheoretische und erkenntnistheoretische Rahmenbedingungen**

Eine Wissenschaft „Psychotherapie“ bewegt sich zwischen der Notwendigkeit, verallgemeinerbare Aussagen machen zu müssen und dem Faktum der Einmaligkeit des jeweiligen Patienten, Therapeuten und der gegebenen therapeutischen Situation. Die je spezifische Situation von PatientIn und TherapeutIn und deren je subjektiven Annahmen, Erkenntnisakte und Hypothesenbildungen stehen in Wechselwirkung. Diese dialogische Auseinandersetzung in der therapeutischen Begegnung ist ein Motor kreativer Entwicklungen im Therapiegeschehen, welches in individuelle, persönlich-biographische und übergeordnete geschichtliche und gesellschaftliche Prozesse eingebunden ist.

Daraus folgt für die Forschung und Theoriebildung:

- Die Kriterien der Objektivität und Wiederholbarkeit sind nur begrenzt angemessen, was methodisch berücksichtigt werden muss und besondere Anstrengungen zur Entwicklung adäquater Forschungsmethoden erfordert.
- Die hohe Komplexität des Menschen und seiner Bezüge erfordern eine Formulierung der jeweiligen Vorannahmen in Theoriebildung und Forschung, da diese immer auch den untersuchten Prozess beeinflussen. Erst durch diese Offenlegung wird eine kritische Würdigung der Resultate und Konstrukte möglich.
- Die spezifische Situation der Psychotherapie erfordert darüber hinaus einen ständigen Dialog zwischen den Verfahren und die Auseinandersetzung mit Ergebnissen psychotherapierelevanter Wissenschaften, um der Gefahr dogmatischer Ideologienbildung entgegenzuwirken.
- Dem Problem, dass Subjekt und Objekt in der Psychotherapie nicht klar zu trennen sind, muss Rechnung getragen werden.

## **Zum Wissenschaftsverständnis**

Psychotherapie ist eine eigenständige wissenschaftliche Disziplin, die in einer spezifischen Theorie-Praxis-Verschränkung und auf interdisziplinären Diskursen gründet. Aus wissenschaftstheoretischen Gründen muss die zentrale Theoriebildung aus der Psychotherapie selber erfolgen und kann von keiner anderen wissenschaftlichen Disziplin erbracht werden. Wesentliche Einflüsse kommen jedoch aus Philosophie, Psychologie, Medizin, Biologie, Soziologie, Ethnologie, Pädagogik, Sprachwissenschaften, Literaturwissenschaft und Kunst, wie sich in den verschiedenen Psychotherapierichtungen historisch und bis zur Gegenwart aufzeigen lässt. Psychotherapeutische Theoriebildung steht in komplexen Prozessen des Austausches mit den Erfahrungen und Erkenntnissen aus der psychotherapeutischen Praxis. Dies wird auf verschiedenen Ebenen reflektiert:

- in der aktuellen Begegnung mit den PatientInnen;
- in der Nachreflexion und Supervision;
- in Metareflexionen und Beforschung der eigenen Theorie, Methodik und Praxis; in der Auseinandersetzung mit Erkenntnissen anderer Richtungen, richtungsübergreifender Forschung und anderer wissenschaftlicher Disziplinen.

Dies alles kann zu Revisionen oder Modifikationen von Theorie und Praxis führen. Zu berücksichtigen ist dabei, dass zwischen diesen Ebenen und Prozessen permanente Wechselwirkungen bestehen. Die Psychotherapie legitimiert sich in der Gesellschaft als Wissenschaft und Praxis u.a. dadurch, dass sie transparent und nachvollziehbar aufzeigt:

- auf welche wissenschaftlichen Wurzeln sie sich – historisch gesehen – bezieht;
- dass sie, wodurch sie und wie sie wirksam ist;

dass und wie sie am interdisziplinären wissenschaftlichen Diskurs teilnimmt. Diese Erfordernisse werden durch kritische Diskurse und durch Forschung erfüllt. Konzeptuelle Orientierungen und Hintergrundannahmen, insbesondere erkenntnistheoretische, anthropologische und sozialpolitische Positionen, sollen dabei offen gelegt werden.

## **Relevanz der Theoriebildung und Psychotherapieforschung**

Psychotherapie umfasst klinisch-kurative Therapie, Gesundheitsförderung und – damit verbunden – immer auch Persönlichkeitsentwicklung. In ihrer theoretischen

---

Orientierung ist bei vielen Richtungen auch das Moment der Kulturkritik wichtig. Theoriebildung und Forschung müssen sich deshalb auf diese Bereiche richten.

Psychotherapieforschung ist im wissenschaftlichen Diskurs neben der Theoriebildung ein wesentlicher Weg zum Erkenntnisgewinn. Die Komplexität des Menschen, seiner Lebensbezüge und des therapeutischen Geschehens erfordern eine Vielfalt von Vorgehensweisen bei Forschungsvorhaben und -prozessen.

Die Relevanz fundierter Psychotherapieforschung bemisst sich an ihrer Fähigkeit, die Wirksamkeit psychotherapeutischer Behandlungen zu verbessern, Risiken zu erfassen und schädigende Wirkungen oder Nebenwirkungen zu vermindern. Weiterhin dient sie dazu, PatientInnen zu informieren, begründete Statements zur Gesundheitspolitik abzugeben und zuweisenden Stellen und Kostenträgern Orientierungshilfen im Gesundheitssystem zu geben.

## **Ethik in Wissenschaft und Forschung**

Wissenschaft und Forschung im Feld der Psychotherapie erfordern fundierte Positionen zur Ethik. Die Charta unternimmt geeignete Schritte, um die vorhandenen Kenntnisse zum Thema Ethik in Wissenschaft und Forschung aufzuarbeiten, neue Erkenntnisse und Verfahren zu gewinnen und praxisrelevant umzusetzen. ForscherInnen, PsychotherapeutInnen und VertreterInnen von PatientInnenorganisationen können beigezogen werden.

## **Wissenschaftsbetrieb der Charta**

### *Ziel*

Ziel des Wissenschaftsbetriebes der Charta ist die Weiterführung der von ihr initiierten selbstreflexiven und kritischen Prozesse wissenschaftlicher Verständigung, des richtungsübergreifenden Austausches, der wissenschaftlichen Profilierung sowie die Entwicklung gemeinsamer Positionen und ihrer Vertretung nach außen.

### *Träger*

Träger des Wissenschaftsbetriebes der Charta sind die der Charta angeschlossenen Institutionen und ihre Delegierten. Letztere erfüllen Brückenfunktion zwischen der Charta und dem jeweiligen Ausbildungsinstitut resp. Verband, indem sie Anliegen der Institutionen in der Charta vertreten und umgekehrt Information und

adäquate Rezeption der Arbeitsergebnisse der Charta in den Institutionen gewährleisten.

### *Organisation*

Der Wissenschaftsbetrieb wird vom Wissenschaftsausschuss und von Arbeitsgruppen organisiert.

### *Kolloquien*

Die regelmäßig durchgeführten Wissenschaftskolloquien und der durch sie angestoßene und sich in ihnen weiterentwickelnde diskursive Prozess bilden das Medium anhaltender kritischer Selbstreflexion und schöpferischer Weiterentwicklung einer „differentiellen Einheit“ der Richtungen- und Methodenvielfalt.

Die Kolloquien ermöglichen das vertiefte Herausarbeiten von Gemeinsamkeiten und Besonderheiten der einzelnen psychotherapeutischen Verfahren und Methoden und bieten durch permanente Anstöße zur Selbsthinterfragung und Kritik einen Rahmen gegenseitiger und gemeinsam verantworteter Qualitätskontrolle, Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung.

### *Forschungsprojekte*

Die Charta initiiert gemeinsame Forschungsprojekte, die den Zielsetzungen dieser Deklaration dienen.

## **Vernetzung**

Die Charta

- fördert den interinstitutionellen Dialog und Austausch;
- gewährt anderen Interessierten Gastrecht;
- bemüht sich um den Austausch mit anderen Disziplinen, die für die Weiterentwicklung wissenschaftlicher Psychotherapie relevant sind;
- sucht aktiv die Zusammenarbeit mit der institutionellen Forschung (Hochschulen, Forschungsgesellschaften, Stiftungen usw.);
- sucht die Kooperation mit Behörden, Kostenträgern und Patientenorganisationen;
- organisiert Tagungen und Symposien;

- 
- fördert Projekte und Publikationen, die geeignet sind, die Einbettung der Charta-Diskussionen in einen übergreifenden wissenschaftsphilosophischen, wissenschafts- und forschungspolitischen Diskurs zu gewährleisten.

### *Publikationsorgan*

Die Charta ist Mitherausgeberin der wissenschaftlichen Zeitschrift „Psychotherapie Forum“. Durch regelmäßige Publikationen in diesem Organ gewährt sie Einblick in den Stand der laufenden Diskussionen, Projekte und Vorhaben.

### **Kriterien/Anforderungen an die Mitgliedsinstitutionen**

Jede Therapierichtung beschreibt und reflektiert ihre Entstehungsgeschichte, ihre Entwicklungsprozesse und ihr Verhältnis zu anderen Psychotherapierichtungen. Sie überdenkt metakritisch Einflussgrößen wie Zeitgeist, kulturelle Prägungen, Gender-Klischees, ökonomische „Sachzwänge“ usw. und stellt sich diesbezüglich dem interdisziplinären kritischen Diskurs. Eine eigenständige Psychotherapierichtung

- weist eine in sich konsistente Theorie aus;
- thematisiert den Theorie-Praxis-Bezug;
- formuliert ihre Aussagen und Geltungsansprüche in wissenschaftlich überprüfbarer Weise, das heißt so weit als möglich objektivierbar und intersubjektiv nachvollziehbar;
- verfügt über eine systematische Form der Dokumentation und Evaluation von Therapieverläufen;
- erforscht ihre Praxis mit mindestens zwei für sie geeigneten Forschungsdesigns.

Die erarbeiteten Erkenntnisse werden im Diskurs sowohl mit anderen wissenschaftlichen Disziplinen und psychotherapeutischen Richtungen als auch innerhalb der internationalen psychotherapeutischen „community“ fortlaufend reflektiert und diskutiert. Es müssen Gesamtdarstellungen und Detailstudien zum Verfahren in Theorie, Forschung und Praxis vorliegen.

Die Institutionalisierung der wissenschaftlichen Tätigkeit, ihre Vernetzung und internationale Verbreitung ist zu dokumentieren.

Die Mitglieder nehmen an den Wissenschaftskolloquien der Charta aktiv teil. Sie sind verpflichtet, Kritik zu verarbeiten und sich auf die Auseinandersetzung mit anderen Standpunkten einzulassen.

Die jeweiligen Mitgliedsinstitutionen stellen ihre Psychotherapierichtung dar und begründen, mit welchen Maßnahmen, Projekten und Methoden sie den Erkenntnisgewinn zur Weiterentwicklung der eigenen Theorie und Praxis sowie die Qualitätssicherung und Entwicklung ihres Ansatzes vorantreiben. Von den Mitgliedsinstitutionen wird von Seiten der Charta eine Dokumentation ihrer Wissenschaftlichkeit in Theoriebildung, Methodenentwicklung und Forschung anhand von ihr vorgegebener Themenkataloge verlangt.

Die Kriterien werden in einem Reglement präzisiert.

Zürich, den 21. 9. 2002

Wissenschaftsdeklaration und Forschungs-Reglement.

[www.psychotherapiecharta.ch](http://www.psychotherapiecharta.ch)



---

## **AKTUELLER STAND DER INSTITUTIONEN WELCHE DIE CHARTA UNTERZEICHNET HABEN**

### *Ausbildungsinstitutionen und qualifizierende Fachverbände*

C. G. Jung-Institut Zürich

Daseinsanalytisches Seminar (DaS)

Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf (EAG)

Ecole Française d'Analyse Psycho-Organique (EFAPO)

Forschungsgesellschaft für Prozessorientierte Psychologie (FG POP)

Institut für Kunst- und Ausdrucksorientierte Psychotherapie (ISIS)

Ausbildgsinst. für Klientenzentrierte Gesprächs- und Körperpsychotherapie (GFK)

Institut für Integrative Körperpsychotherapie (IBP)

Institut für Psychoanalyse, Zürich - Kreuzlingen (IfP)

Institut für integrative Gestalttherapie Würzburg (IGW)

Internationales Institut für Biosynthese Forschung-Entwicklung-Ausbildung (IIBS)

Institut für körperzentrierte Psychotherapie (IKP)

Institut für Logotherapie und Existenzanalyse, Chur (ILE)

Internationales Seminar für Analytische Psychologie Zürich (ISAP)

Internationale Gesellschaft für Existenzanalytische Psychotherapie (IGEAP)

Psychoanalytisches Seminar Zürich (PSZ)

Schweiz. Gesellschaft für Bioenergetische Analyse und Therapie (SGBAT)

Schweiz. Gesellschaft für Analytische Psychologie (SGAP)

Schweiz. Gesellschaft für Individualpsychologie nach Alfred Adler (SGIPA)

Schweiz. Gesellschaft für Schicksalsanalytische Therapie (SGST)

Schweiz. Gesellschaft für Transaktionsanalyse (SGTA)

Schweizer Verein für Gestalttherapie und Integrative Therapie (SVG)

Stiftung Szondi-Institut

*Berufsverbände*

Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Verband (SPV)

Verband der Psychotherapeuten beider Basel (VPB)

*Ausserordentliche Mitglieder*

Berufsbegleitendes Aufbaustudium Musiktherapie (bam)

Istituto Ricerche di Gruppo (IRG)

L'ATELIER Formation à la Psychothérapie poïétique

Moreno Institut Schweiz

Ecole Suisse de Méthodes d'Action et de Psychodrama (ODeF)

Psychodrama Helvetia (pdh)

*Assoziierte Mitglieder*

Deutsche Gesellschaft für Psychotherapiewissenschaft (DGPTW)

Schweizer Institut für Psychotraumatologie (SIPT)

Stand: Januar 2011