

ÖAGG | FEEDBACK 3&4/2014

Zeitschrift für Gruppentherapie und Beratung

→ Psychotherapiewissenschaft

Mit Beiträgen von:

Liselotte Nausner

Volker Tschuschke

Regine Maimann

Andreas Neuhold und Paul Paß

ÖAGG Feedback

Doppelheft 3&4 2014

Herausgeber

Maria-Anna Pleischl und Günter Dietrich

Forschungsbeirat des ÖAGG

Günter Dietrich, Mag. phil. Dr., MEd, *Wien*

Karin Hruby, DI, *Wien*

Gabriele Sachs, Univ.Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ phil. Dr.ⁱⁿ med., *Wien*

Human-Friedrich Unterrainer, PD Mag. Dr.rer.nat Dr. scient.med., *Graz, Wien*

Sabine Völkl-Kernstock, Ass.-Prof.ⁱⁿ Mag.^a phil. Dr.ⁱⁿ rer.nat., *Wien*

Michael Wieser, Ass.-Prof. Mag. Dr.phil., *Keutschach*

Internationaler Beirat

Renate Cogoy, Dr.ⁱⁿ, *Triest*

Robi Friedman, Dr., *Haifa*

Zerka Moreno, *Charlottesville VA*

Josef Shaked, Prof. Dr., *Wien und Altaussee*

Inhalt

Editorial	4
Fachbeiträge	6
Liselotte Nausner – Spirituelle Psychotherapie?.....	6
Volker Tschuschke – Wirksamkeit psychodramatischer Gruppenpsychotherapie	22
Regine Maimann – „Leben leben...“ Systemische Psychotherapie mit jungen Erwachsenen aus alkoholbelasteten Familien.....	35
Andreas Neuhold und Paul Paß – Das Konzept „Kairos“ in der Psychotherapie– die Bedeutung des entscheidenden Momentes.....	44
Nachrufe	58
Terminkalender	61
Neue Mitglieder im ÖAGG	62
Gruppenangebote	64
Crossover	81
Rezensionen	85

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser!

Die Psychotherapiewissenschaft ist ein Forschungsfeld, das gegenwärtig in Österreich verstärkt in Bewegung kommt. Gottfried Fischer sprach 2011 in seinem Grundlagenwerk „Psychotherapiewissenschaft“ von einer „neuen humanwissenschaftlichen Disziplin“, die sich erst heute von ihren akademischen Ursprüngen in Medizin und Psychologie zu lösen und eigenständig zu etablieren vermag. Im Vergleich zur Psychologie, in der die Akademisierung der Professionalisierung (als Etablierung eines eigenen Berufsstandes) voranging, ist ein markanter Unterschied, dass in der Psychotherapie die Akademisierung auf die Professionalisierung nachfolgt.

Den anerkannten Methoden der Psychotherapie in Österreich ist es gemeinsam, dass die Wirksamkeit der Behandlungsmodelle, ebenso wie die eigenständige Profilierung des Fachbereiches und die Weiterentwicklung der fachspezifischen Methoden zentrale psychotherapiewissenschaftliche Fragen bilden. Im ÖAGG als Organisation, die fünf psychotherapeutische Schulen verbindet, sehen wir die besondere Chance, fächerübergreifend an diesen Themen zu arbeiten. Dies bedeutet in der Sicht der HerausgeberInnen nicht, dass eine eklektische Psychotherapie den Weg der Zukunft bildet, sondern dass der Austausch zwischen den Schulen einen wertvollen Blick über den Tellerrand der eigenen Methode ermöglicht.

Dieser Band wird mit dem Aufsatz „Spirituelle Psychotherapie?“ von Liselotte Nausner eröffnet, die sich mit der Grenzziehung zwischen Psychotherapie und Religion beschäftigt. Die Vermischung von therapeutischen und spirituellen Angeboten für Heilung suchende Menschen wirft eine Vielzahl von Fragen auf. Nausner folgt in ihrem fundierten Grundlagenbeitrag der Notwendigkeit von Grenzziehungen zwischen dem eigenen Berufsstand und den benachbarten Professionen, auch wenn manche Überschneidungen unvermeidbar erscheinen. Mit „Wirksamkeit psychodramatischer Gruppenpsychotherapie - Ergebnisse der PAGE-Studie“ von Volker Tschuschke erhalten wir ein modellhaftes Beispiel für die moderne Wirkungsforschung in der Psychotherapie. Evidenzbasiertes Vorgehen steht dabei in keinem Widerspruch zu einer psychotherapeutischen Identität, sofern geeignete Studiendesigns gewählt werden. In unserem Verständnis ist es wichtig, einseitige Forschungsdefinitionen zu

überwinden, wie etwa die unpassende Idealisierung von Doppelblindstudien, aber ebenso die Quantifizierung nicht zu tabuisieren, wie es lange Zeit in den psychoanalytischen Methoden verbreitet war.

Im Beitrag „Leben leben“ stellt Regine Maimann ihren systemischen Ansatz in der Psychotherapie von erwachsenen Kindern aus alkoholbelasteten Familien dar. In ihrer Einzelfallstudie wird deutlich, welche spezifischen Pathologien in der Familiendynamik wirken und wie in der Psychotherapie die Selbstkompetenz gefördert werden kann. Bei der abschließenden Arbeit von Andreas Neuhold und Paul Paß steht ein methodenübergreifender Zugang im Zentrum. Mithilfe des Konzeptes Kairos legt der Artikel das Hauptaugenmerk auf den unspezifischen Wirkfaktor Zeit als qualitative Veränderungsvariable in der Psychotherapie. Mit der Kernhypothese, dass das Konzept Kairos ein schulenübergreifendes Veränderungsmodell in der Psychotherapielandschaft darstellt, befasst sich der empirische Teil dieser Studie auf der Basis von ExpertInneninterviews.

Abschließend weisen wir auf den Nachruf auf den am 15. Mai 2014 im 92. Lebensjahr verstorbenen Begründer des ÖAGG Raoul Schindler in diesem Heft hin. Raoul Schindler bleibt uns nicht nur als impulsgebender Wissenschaftler, sondern auch als großer Organisator und Vernetzer, wie auch großer Kollege und Mensch in Erinnerung.

Eine anregende Lektüre wünschen Ihnen

Maria-Anna Pleischl und Günter Dietrich

Fischer, Gottfried (2011): Psychotherapiewissenschaft. Einführung in eine neue humanwissenschaftliche Disziplin. Gießen: Psychosozial.

*Spirituelle Psychotherapie?*¹

Liselotte Nausner

Abstract:

Nachdem über eine lange Zeit hinweg das Ende der Religion(en) vorhergesagt wurde, zeigt sich in den westlich geprägten Gesellschaften wieder ein stetig zunehmendes Interesse an Spiritualität², das sich auch in vielen Angeboten der „Psycho-Szene“ widerspiegelt. Die Vermischung von therapeutischen und spirituellen Angeboten für Heilung suchende Menschen wirft eine Vielzahl von Fragen auf. Dieser Artikel versucht gesellschaftliche Zusammenhänge für das vermehrte Auftauchen spiritueller Fragen zu beschreiben und die Verführungen, die sich für PsychotherapeutInnen daraus ergeben, zu benennen. Es geht weder um eine Diskreditierung spiritueller Fragestellungen und Anliegen noch soll in Abrede gestellt werden, dass es eine bereichernde und spannende Erfahrung sein kann, sich in die Grenzbereiche unseres Alltagsbewusstseins zu begeben und/oder psychische Zustände und Probleme unter der Perspektive geistig-spirituelle Traditionen zu betrachten. Es geht vielmehr um die Markierung einer Differenz, die sowohl für PatientInnen und die Psychotherapie als wissenschaftlich fundierte Profession bedeutsam ist als auch um der Integrität der spirituellen Traditionen der Menschheit willen beachtet werden sollte.

1 Politische, gesellschaftliche und ideengeschichtliche Rahmenbedingungen für die Begegnung von Psychotherapie und Religion

1.1 Eine neue Erde ...

Das Antlitz der Welt hat sich seit dem Ende des 2. Weltkriegs sehr verändert. Eine besonnene Politik der „ersten“ Welt, die nicht nur in Kategorien von Einflussphären und wirtschaftlichem Eigennutz gedacht hätte, hätte die globalen Weichen in Richtung

1 Dieser Artikel ist die gekürzte und überarbeitete Fassung des Artikels „Psychotherapie als spirituelle Übung?“, erschienen in: Aigner, M.-E. et al. (2010): Räume des Aufatmens. Pastoralpsychologie im Risiko der Anerkennung, Wien-Berlin (Werkstatt

2 Es kann hier nicht auf die Differenzierung der Begriffe Religion und Spiritualität eingegangen werden

gerechte Verteilung von Ressourcen und Respekt vor der Vielfalt der Kulturen stellen können. Stattdessen wurden wir in der 2. Hälfte des 20. Jahrhunderts Zeugen einer Umwälzung, deren Tempo und Umfang nicht groß genug eingeschätzt werden können. Die Hoffnungen auf eine gerechtere Welt für alle, die noch am Anfang der großen Basisbewegungen der 1970er Jahre (Friedensbewegung, Frauenbewegung, Umweltschutzbewegungen, Entwicklungshilfeinitiativen, ...) standen, haben sich bisher nicht erfüllt, z.T. ging die Entwicklung in die gegenteilige Richtung. Der Zusammenbruch des „real existierenden“ Sozialismus und der Fortschritt in den Kommunikationstechnologien führten dazu, dass eine weltumspannende ökonomische Ordnung entstanden ist, in der Profitgier und rücksichtslose Ausbeutung der vorhandenen Naturressourcen und der Menschen ungeahnte Ausmaße angenommen hat.³

Für die Einzelnen spürbar wird diese Entwicklung in der Zurückdrängung des Staates aus vielen gesellschaftlichen Bereichen unter Beschwörung der Eigenverantwortung der Individuen (Prekarisierung von Arbeitsverhältnissen, Rücknahme sozialer Sicherungssysteme, ...) und in der Unfähigkeit Europas eine akzeptable Antwort auf die Migrationsbewegungen zu finden, die nicht zuletzt durch die verfehlte globale Politik der vergangenen Jahrzehnte verursacht wurden.

1.2 Das Ende der grossen Erzählungen

Ideengeschichtlich kann man die Entwicklungen in der 2. Hälfte des 20. Jahrhunderts (die natürlich schon früher begonnen haben) unter dem Begriff Emanzipation zusammenfassen: Emanzipation von Völkern aus kolonialen Verhältnissen, Emanzipation der Frauen aus der männlichen Bevormundung (zumindest weitgehend im westlichen Kulturkreis), Emanzipation von Minderheiten aus der Vorherrschaft der Mehrheiten, Emanzipation von Kindern und Jugendlichen aus der väterlichen Gewalt (!), emanzipatorische Ansprüche im Bildungswesen, Emanzipation im Gesundheitswesen (PatientInnenanwältInnen, Antipsychiatrie, „Krüppel“bewegungen), nicht zuletzt Emanzipation „aufgeklärter“ Menschen aus den „Bevormundungen der Religion“, zumal der Kirchen. Den ideengeschichtlichen Hintergrund für diese Bewegung bildete die Idee

3 Die Plünderung der Volkswirtschaften durch Banken, Spekulanten und anonyme Fonds und ihre Manager, deren Zeugen wir sind, stellt den bisherigen Höhepunkt dieser Entwicklung dar. Es ist kaum nachvollziehbar, dass die Realwirtschaft, an der wir alle durch Arbeit, Zahlen von Steuern, unbezahlte Dienstleistungen in Familie und Ehrenämtern, etc. beteiligt sind, ihre Bedeutung gegenüber einer undurchsichtigen Finanzwirtschaft einbüsst, in der es hauptsächlich um Wetten – also die Befriedigung des Spieltriebs – zu gehen scheint; noch weniger ist es die Abdankung der Politik angesichts dieses Phänomens, die in der Untätigkeit im Hinblick auf eine stärkere Regulierung der Finanzmärkte sichtbar wird.

des autonomen, rationalen Subjekts, das durch Aufklärung und Emanzipation zu seiner Vollendung – und das kann nur heißen: zu sich selbst – kommt.

1979 veröffentlichte Jean-Francois Lyotard seinen Text *La condition postmoderne* (dt: Lyotard 1984), der als Ausgangspunkt für die postmoderne Diskussion gilt. Die *Postmoderne* proklamiert das Ende der grossen Erzählungen, mithin das Ende der aufklärerischen Erzählung vom autonomen, rationalen Subjekt. Der Sinn der postmodernen Rede vom Ende der grossen Erzählungen ist, dass es für die Menschen der Postmoderne keine allgemein gültigen, universell oder kulturspezifisch verbindlichen Erklärungssysteme oder sinnstiftenden Deutungsmuster mehr gibt. Das Ende der grossen Erzählungen hat dazu geführt, dass Menschen sich mit ihrer individuellen Erzählung nicht mehr in *eine* kollektiv verbindliche Erzählung einfügen können, sondern mit einer Vielzahl von Erzählungen konfrontiert sind, aus denen sie wählen und Sinn beziehen müssen, der aber nicht mehr allgemein gültig ist sondern in Konkurrenz zu anderen Sinnkonstruktionen steht. Aus psychotherapeutischer Sicht ist die Identitätsbildung so eine individuellere und damit auch forderndere Aufgabe geworden.

1.3 Unbehaustheit in der Welt

In Philosophie und Psychologie diskutiert man inzwischen darüber, dass der Mensch nicht zur Autonomie geboren ist. Im Gegenteil: Wir sind grundlegend angewiesen und bezogen. Mensch-in-Beziehung sind wir in zweierlei Hinsicht: als biologisches Wesen in Beziehung zur Welt und als psychosoziales Wesen in Beziehung zu unseren Mitmenschen.⁴

In den westlichen Kulturen sind wir am Anfang dieses Jahrtausends emsig dabei, diese beiden Beziehungen zu unterbrechen. Unsere Welt wird immer abstrakter und schneller. Abstrakter bedeutet, dass die leibliche Erfahrung immer mehr in den Hintergrund tritt und kognitive Erfassung und Vorstellung bedeutsamer werden. So *wissen* wir immer mehr, aber wir *erleben und erfahren* immer weniger. Früher war die Gesellschaft eine relativ geschlossene, die der/dem Einzelnen wenig Bewegungsfreiheit, dafür aber einen sicheren Ort und eine sichere Funktion in der Welt bot. Das individuelle Leben hatte weniger Bedeutung, man stand in einer Generationenfolge, tat, was erwartet wurde, den Sinn der Welt erklärte der Pfarrer von der Kanzel herab. Das war einengend, aber auch entlastend.

Die heutige Situation von (westlichen) Menschen ist gekennzeichnet durch ein extrem

⁴ vgl. die anthropologische Grundformel von Petzold: Der Mensch ist ein Leibsubjekt in der Lebenswelt.

hohes Ausmass des Auf-sich-Gestellt-Seins. Dies hat z.T. ganz banale Gründe: durch kleiner werdende Familien wird das früher selbstverständliche Erleben eines sozialen Zusammenhangs für viele Menschen eine Erfahrung, die sie nicht mehr machen. Durch die Mobilität, die erwartet wird und erwünscht ist (man denke an die in bürgerlichen Familien beinahe obligaten Auslandsaufenthalte in der späten Pubertät und Adoleszenz und an die Erwartung von Arbeitgebern, dass junge Menschen über Auslandserfahrung verfügen sollen, bevor sie einen bezahlten Job erhalten) und durch schwierige Arbeitsplatzsituationen gefordert ist, leben überdies Familien immer öfter über weite Distanzen verstreut. Hohe Scheidungsraten zerstören das selbstverständliche Vertrauen in die Dauerhaftigkeit und Verlässlichkeit von Beziehungen. Jugendliche gehen nicht mehr davon aus, dass ihre Partnerschaften und Ehen halten werden, Kinder wachsen in dem Bewusstsein auf, dass ihre Welt abrupt zerbrechen kann. Auch dauerhafte Freundschaften und Nachbarschaftsbeziehungen sind unter den gegebenen Bedingungen schwerer zu realisieren als früher.

Es ist wichtig, diese Entwicklungen nicht moralisch zu betrachten oder frühere Zeiten zu idyllisieren – sie waren in vielerlei Hinsicht schlimm genug – aber zu sehen, dass eine ursprüngliche Erfahrung von Zusammenhang – der räumliche und die Zeit überdauernde Zusammenhang von familiären, freundschaftlichen und im weiteren Sinn nachbarschaftlichen Beziehungen – heute nicht mehr selbstverständlich gemacht werden kann. D.h. viele Menschen erleben sich nicht mehr als Teil einer sozialen Welt, in die sie eingebunden sind und die der Hintergrund für ihre individuelle Lebensfigur ist. Bedrohlich unterstrichen wird diese soziale „Unbehaustheit“ durch eine immer fordernder und unerbittlicher erlebte Berufswelt, die keine Unterbrechung des Funktionalisierens duldet, in der Bedürfnisse nach sozialer Sicherheit immer weniger berücksichtigt werden. Wir haben es also im Extremfall mit Menschen zu tun, die mit sehr wenig sozialer „Rückendeckung“ ununterbrochen Leistung erbringen müssen. Können sie das nicht, droht schnell der Absturz in finanzielle Not und soziale Isolation.⁵

Auch die über Jahrhunderte unbestrittene, Sinn und Zusammenhang stiftende Funktion der etablierten Religion – des Christentums – ist für viele (wenn nicht die meisten) Menschen nicht mehr erlebbar. Mit dem Vertrauensschwund in die Kirchen und der zunehmenden Abkehr der Frauen, die über Jahrhunderte die religiöse Sozialisation

5 Angesichts der sich häufenden ökologischen Katastrophen und des nicht mehr zu übersehenden und überspürenden rasanten Klimawandels wird die Welt insgesamt als ein wenig sicherer Ort erlebt, abgesehen davon, dass militärische Überkapazitäten und die Möglichkeit, dass Atomwaffen in die Hände von unzurechnungsfähigen Politikern oder Selbstmordattentätern gelangen könnten, keine wirklich beruhigenden Szenarien sind.

der Kinder gewährleistet hatten, von der traditionellen Religionsausübung schwindet die Verankerung des traditionell Religiösen in der Gesellschaft und die Verankerung der Einzelnen in der traditionellen Religion und den sie repräsentierenden sozialen Strukturen.

Neben die soziale „Unbehaustheit“ tritt eine existenzielle. Auch auf der Ebene der Weltanschauungen ist alles mobil und unsicher geworden. Sich als Teil eines Sinngewebes zu verstehen ist obsolet. Der Mensch aber ist „verurteilt zum Sinn“. Wir sind Wesen, die Bedeutung geben. Ohne Bedeutungen sind wir orientierungslos. Westliche Menschen des 21. Jahrhunderts sind in vielerlei Hinsicht nirgends zu Hause. Nicht in ihren Körpern, die sie wie mehr oder weniger gut funktionierende Maschinen benützen müssen, nicht in ihrer Umwelt, die immer weniger leiblich erfahrbar und durch Klimawandel und Ökokatastrophen bedroht ist, nicht in stabilen und bei Bedarf stützenden sozialen Netzen, nicht in kollektiv gültigen Erzählungen, nicht in einer kosmischen Ordnung, über die eine hoffentlich gerechte und gütige Gottheit wacht. Die Aufgabe die eigene Existenz zu reflektieren, den eigenen Lebensweg zu entwerfen, das Leben mit Sinn zu erfüllen hat sich individualisiert und überfordert eine immer größer werdende Anzahl von Menschen.

Exkurs: Entwicklungspsychologie

Psychologische Theorien und Forschungen (z. B. die Bindungsforschung und die Objektbeziehungstheorie)⁶ legen eine entwicklungspsychologische Konzeption nahe, die davon ausgeht, dass die frühen psychosozialen Erfahrungen sich in uns „intrapsychisch“ niederschlagen und in ihrer Gesamtheit das hervorbringen, was wir „psychische Struktur“ nennen, und dass lebenslang unsere Erfahrungen mit der Welt und den Menschen Spuren in uns hinterlassen, die sich in Überzeugungen, emotionalen Reaktionen und Verhaltensmustern zeigen.

Entwicklungspsychologisch sind wir auf „bedeutsame Andere“ angewiesen, um uns selbst wahrnehmen und verstehen zu lernen. In der Spiegelung durch die Anderen (Mutter, Vater, Geschwister, Großeltern, KindergartenbetreuerInnen, etc.) vergewissern wir uns unserer Existenz und lernen wir uns selber sehen. Wir lernen durch die „bedeutsamen Anderen“ auch den Umgang mit negativ erlebten Gefühlen und Zuständen, indem sie unsere uns überfordernden Gefühle aufnehmen und durch ihre beruhigenden, aufmunternden, ermutigenden, stärkenden, begütigenden, geduldigen,

6 Vgl. dazu die „klassischen“ Arbeiten von Bowlby und Ainsworth (1953, 2008) und in neuerer Zeit Brisch (1999), Fonagy et.al. (2002) und Dornes (2006)

fürsorglichen Reaktionen ermöglichen, uns selber in diesen unseren Gefühlen differenziert wahrzunehmen und die notwendigen regulativen Fähigkeiten selbst zu entwickeln. Für diese Aufgaben brauchen diese Anderen Wahrnehmungsfähigkeit, Einfühlungsvermögen, die Bereitschaft uns ihre regulativen Fähigkeiten zur Verfügung zu stellen – und Zeit und Energie. Vor diesem Hintergrund kann man sich vorstellen, was es bedeutet, wenn Eltern selbst nicht gelernt haben sich wahrzunehmen und zu regulieren, und wenn sie dauernd unter Anspannung und Zeitdruck stehen.

Wir müssen die Welt auch „begreifen“ können, bevor wir sie verstehen lernen können, wir brauchen also Zeit für all die Erfahrungen, die man in den Kinderwelten machen kann, in denen es keine Zeit „gibt“: Regenpfützen erforschen, Baukräne bestaunen, Bäume erklettern, Tiere beobachten, Türme aus Bausteinen immer wieder aufbauen, etc. – alles Dinge, die Zeit in Anspruch nehmen und Feinde jedes elterlichen Terminkalenders sind. Zeitdruck, hohes Tempo, Stress, zu hohe Forderungen bei zu wenig Unterstützung, Unsicherheit in den sozialen Beziehungen, eine von immer undurchschaubareren Technologien beherrschte Umwelt fördern Gefühle der Überforderung, der Ohnmacht, der Einsamkeit und Isolation. Die Sozialisationsbedingungen werden dadurch für die Ausbildung stabiler psychischer Strukturen schwieriger.

Für die psychotherapeutische Praxis bedeutet diese Entwicklung, dass Krankheitsbilder wie Angstkrankheiten, Depressionen, Suchterkrankungen, strukturelle Störungen zunehmen. Es gibt immer mehr Menschen, die sich psychisch nicht „handhaben“ können und bei jeder Gelegenheit „ausrasten“, sich „zudröhnen“ oder „dichtmachen“, sich isolieren und selbst verletzen, etc. Dies alles zeugt von zunehmender Hilflosigkeit den „inneren Mächten“ gegenüber (und birgt jede Menge sozialpolitischen Sprengstoff, weil die aufgestauten, nicht regulierbaren Affekte Gelegenheiten suchen durchzubrechen, wofür z.B. Ausländer, Obdachlose, „verfeindete“ Fussballfans oder auch harmlose Passanten, die „schief“ schauen, gute Anlässe bieten).

Auch in weniger dramatischen Formen lässt sich eine Zunahme „narzisstischer Problematiken“ (Selbstwertprobleme, erhöhte Kränkbarkeit, mangelnde Bereitschaft zu Rücksichtnahmen, Entwertungsbereitschaft, Rivalität, Verzweiflung bei Misserfolg, chronische Gefühle des zu kurz Kommens, ...) beobachten. Gleichzeitig nehmen – gesellschaftlich gesehen – Verhaltensweisen ab, die den Selbstwert stützen, früher unter dem Sammelbegriff „Höflichkeit“ gelehrt und gelernt wurden und ganz nebenbei das Gefühl stärkten, wahrgenommen und beachtet zu werden. Die Erfahrung nicht wahrgenommen und be- bzw. geachtet zu werden führt zu Frustration und Wut, sie ist entwicklungspsychologisch gesehen eine wesentliche Grundlage für narzisstische Problematiken.

2 Was nützt es, wenn man die ganze Welt gewonnen hat ...?

2.1 Die Sehnsucht nach Heilwerden

Gemeinsam ist strukturellen Schädigungen, dass sie psychotherapeutisch schwer zu behandeln sind, weil die betroffenen PatientInnen über basale psychische Fähigkeiten, die neurotische PatientInnen für die Bearbeitung ihrer Probleme einsetzen können, nicht verfügen. Diese Schwierigkeit führt oft zu Gefühlen der Ohnmacht und Selbstzweifel auf Seiten der PsychotherapeutInnen und kann daher eine gewisse Kränkung darstellen. Gleichzeitig ist die Sehnsucht - danach geheilt zu werden und den schwer erträglichen psychischen Verfassungen zu entkommen - bei strukturell geschädigten PatientInnen besonders gross und dementsprechend die Erwartungen an PsychotherapeutInnen. Dies erfordert eine grosse Konfrontationsfähigkeit auf Seiten der PsychotherapeutInnen - Konfrontation der PatientInnen mit den Grenzen dessen, was PsychotherapeutInnen „richten“ können, und mit der Notwendigkeit sehr konsequent an sich selbst zu arbeiten, und Konfrontation mit der eigenen Ohnmacht, weil man auf viele verzweifelte Fragen *als PsychotherapeutIn* keine Antwort geben kann. Strukturelle Schädigungen sind existenziell, sie betreffen menschliche Grundfragen: Darf ich auf der Welt sein? Darf ich ich selber sein? Bin ich den Anderen wichtig? Werde ich gesehen, verstanden, geliebt? Hat mein Leben einen Sinn? Das sind Fragen, die innerhalb der Psychotherapie zwar bearbeitet aber nicht beantwortet werden können. PsychotherapeutInnen können nur Beziehung anbieten, lege artis intervenieren und so neue Erfahrungen ermöglichen.

Es könnte sein, dass die Zunahme an existenziellen Problematiken bei PatientInnen (durch und bei gleichzeitiger Abnahme sozialer Stützungsmöglichkeiten) und die damit verbundene Erfahrung von Grenzen der psychotherapeutischen Möglichkeiten eine Wurzel dafür ist, dass PsychotherapeutInnen Anleihen in spirituellen Traditionen machen, versuchen die Psychotherapie an spirituelle Konzeptionen anzubinden und das Feld der Psychotherapie in Richtung Spiritualität zu öffnen.

2.2 Das Bedürfnis nach Regression

Eine der Modediagnosen der letzten Jahre ist Burn-out. Gemeint ist ein Zustand des Ausgebrannt-Seins, der Überlastung und Überforderung, der zu depressiven Zuständen, Angst- und Panikattacken und psychosomatischen Beschwerden verschiedenster Art führt. Abgesehen davon, dass Diagnosen, die im Trend sind, tendenziell zu oft gestellt werden, zeigt das Krankheitsbild genau, worum es geht – individuell und gesellschaftlich.

Nach Meinung der Gründer der Gestalttherapie – *Fritz und Lore Perls* und *Paul Goodman* – ist die Krankheitsreaktion des Individuums eine gesunde Reaktion auf eine kranke Umwelt – eine Ansicht, die inzwischen weit verbreitet, aber sehr wenig konkret erforscht und in diagnostische Theorien einbezogen ist. „Zweifelsohne stehen psychische Krankheit und die gesellschaftlichen Institutionen und Theorien, welche zu ihrer Bewältigung und Heilung erschaffen wurden, ebenso wie die Phänomene, mit denen sie sich beschäftigen, in einem ätiologischen und phänomenologischen Bezug zu den gesellschaftlichen Verhältnissen, welche sie mit hervorgebracht haben“ (*Daেকে* 2006, Bd.1, 23). Die Zunahme von Burn-out-Diagnosen und entsprechenden prophylaktischen und kurativen Angeboten am Psycho- (und Esoterik-)Markt kann also durchaus als Hinweis darauf betrachtet werden, dass diese Gesellschaft dabei ist auszubrennen.

Dies führt zu einer notwendigen Gegenbewegung, die auf Rückzug, Verinnerlichung, anstrengungsloses „Chill out“, Versorgtwerden und nährnde „Anwendungen“ ausgerichtet ist. Eine Überbeanspruchung der expansiven, progressiven menschlichen Kräfte muss zu einem Bedürfnis nach Regression führen.⁷ Auch hier stehen PsychotherapeutInnen vor einer Grenze. Allen parenting- und reparenting-Konzepten zum Trotz kann man PatientInnen nur in beschränkter Masse „nachnähren“ – zumal unter zunehmendem ökonomischen Druck, der Langzeittherapien und hohe Frequenzen in der Psychotherapie immer schwerer argumentierbar und durchsetzbar macht. Wohin also mit all den unerfüllten – berechtigten – Bedürfnissen nach Unterstützung, Versorgtwerden, Halt, Trost, Beistand etc., die aus der Biographie mitgebracht und in der postmodernen Gesellschaft nicht beantwortet werden – und in der Psychotherapie nicht „geheilt“ werden können, weil sie zutiefst menschlich sind?⁸

2.3 Der Hunger nach existenzieller Erfahrung

Die zunehmende Technisierung und Virtualisierung unserer Umwelt führt zu einer Verarmung von Erfahrungsmöglichkeiten. Wir bewegen uns in künstlichen Welten, die durchgestylt, elektronisch überwacht und vor zu viel „Natur“ gesichert sind.

⁷ Dementsprechend florieren „Wellness-Oasen“, in denen in – meist halb unterirdisch angelegten – grottenartig inszenierten Räumlichkeiten Kräuter- und Dampfbäder, verschiedenste Entspannungsmöglichkeiten und Massagen angeboten werden. Ob die Anklänge an den Schoß der Erdmutter bewusst oder unbewusst erfolgen – vorhanden sind sie. Und sie machen Sinn: Eine allumfassende, versorgende, schützende Instanz ist es, was postmoderne Menschen in ihrer Überforderung brauchen würden.

⁸ Vielleicht ist die Tendenz von PsychotherapeutInnen die Bedürfnisse nach Versorgung, Schutz, Unterstützung etc. „inneren Kindern“ zuzuordnen – so als seien sie „unerwachsen“ – ein Ausdruck von Abwehr dieser Ohnmacht und ein unreflektierter Nachhall der Erzählung vom autonomen Subjekt.

Dementsprechend werden auf der anderen Seite Naturparks und Erlebniswelten errichtet. In einem Park – ursprünglich der Inbegriff künstlich errichteter Natur – wird nun die Natur „unberührt“ erhalten, während ausserhalb die „Zivilisation“ die „Natur“ in ihren Grundfesten angreift. Und in eigenen Erlebniszonen, die vornehmlich kommerziell ausgerichtet sind, wird unter der Devise „Hauptsache, man hat Spaß“ über die Erlebnisarmut, die in den künstlichen Welten herrscht, hinweg manipuliert. Die vielen Rundfunk- und Fernsehsender geben mit ihren unermüdlichen Versuchen, irgendwelche Nichtereignisse unter beträchtlichem Aufwand an Überdrehtheit zu „Hypes“ aufzublasen, einen beklemmenden Eindruck davon, wieviel Mühe es inzwischen kostet den Anschein von lebendigem, bedeutungsvollem Erleben aufrecht zu erhalten.⁹ In dieser Wüste steigt der Durst nach sinn- und bedeutungsvoller Erfahrung, nach Berührtsein von Ereignissen und Situationen, nach Erlebnissen, die nährend und bereichernd sind.

Für alle, die die Abenteuer in den Innenwelten suchen, hat sich in den letzten beiden Jahrzehnten auf dem Psychomarkt eine Vielzahl von Angeboten etabliert, in denen z.B. afrikanische Rituale schamanistischen Ursprungs, verschiedene Formen (fern) östlicher Körperarbeit, spirituelle Aufstellungen, holotropes Atmen, Übungen buddhistischer Provenienz, Lichtarbeit, etc. mit psychotherapeutischen Methoden und Elementen gemischt werden und die das Bedürfnis nach ergreifenden emotionalen Erfahrungen bedienen und oft eine nicht näher definierte „Heilung“ in Aussicht stellen.

2.4 Das Bedürfnis nach Orientierung

Zunehmende Emanzipation und Freiheit führen zu mehr Selbstverantwortung und Entscheidungsdruck bei gleichzeitiger Minimierung von Orientierungshilfen. Besinnung auf das Eigene wird zu einer unabdingbaren Forderung: *eigene* Werte, *eigene* Vorstellungen, *eigene* Pläne, *eigene* Bedürfnisse. „Das ist nicht meines“ ist eine typische neudeutsche Formulierung für diese Verfasstheit.

Im Bereich der Psychologie hat die Humanistische Psychologie mit ihrer Vorstellung, es gäbe so etwas wie eine ursprüngliche Natur im Menschen, die man nicht durch zu viel „Zivilisation“ an der Entfaltung hindern darf, eine Zeit lang den Blick darauf verstellt, dass wir eben nicht nur sich entfaltende Natur sind, sondern dass es in der menschlichen Sphäre immer um Wollen und Sollen, um Sinn und Bedeutung, um Wer-

⁹ Auch die Zunahme von Extremsportarten und extrem gefährlichen Freizeitbeschäftigungen weist in dieselbe Richtung: Es braucht immer stärkere Reize, um etwas fühlen zu können.

te und Orientierung geht.¹⁰ Die Expansion der systemischen Richtung innerhalb des psychotherapeutischen Feldes, die sich auf dem Gebiet der Erkenntnistheorie auf den Konstruktivismus beruft, brachte eine Welle der Verunsicherung. Wenn nichts ist, wie es scheint – worauf soll man sich dann verlassen? Die Antwort, die geliefert wurde, war sinngemäß, dass der wirklich „reife“ Mensch sich dieser grundsätzlichen Unsicherheit bewusst ist, sie heroisch erträgt und sich daran orientiert, ob etwas funktioniert oder nicht. Der Konstruktivismus führte zur Vorstellung „anything goes“, solange es funktioniert, und war zu wenig an anthropologischen Voraussetzungen für therapeutisches Handeln orientiert.¹¹

In den letzten Jahren wird innerhalb der Psychotherapie dem Bedürfnis nach Orientierung vermehrt Rechnung getragen, oft durch Grenzüberschreitungen, indem PsychotherapeutInnen spirituelle „Lösungen“ vorschlagen oder propagieren. Sehnsucht nach Heilung, Hunger nach existenzieller Erfahrung, Bedürfnis nach Regression und Orientierung sind die psychischen Resultate einer Gesellschaft, die einseitig auf Funkzionieren, Leistung, Selbstverantwortung und Autonomie setzt. Mit diesen Resultaten haben es PsychotherapeutInnen in ihrer Praxis zu tun – und sie sind als Mitglieder dieser Gesellschaft auch selbst nicht unbetroffen.

3 Der Ort der Psychotherapie ist das Diesseits

Psychotherapie hat mit Krankheit und Heilung in einem biopsychosozialen Sinn zu tun. Sie kann keine *Antworten* auf existenzielle Fragen geben und keinen Sinn *stiften*. Sie unterliegt als angewandte Wissenschaft „irdischen“ Bedingungen und Begrenzungen. Sie kann die Gebrochenheiten und Zerbrechlichkeiten der menschlichen Existenz nicht erklären und auch nicht aufheben. Das ist auch nicht ihre Aufgabe.

Psychotherapeutische und spirituelle Betrachtungsweisen stellen verschiedene *Perspektiven* auf den Menschen dar, sie sind verschiedene *Deutungsmuster* menschlicher Prozesse. Die Prozesse selbst sind unteilbar. Innerhalb der religiösen Konzeptionen, in denen

10 Wenn z.B. Schleegeer (2010) in einem Artikel über Gestalttherapie und Zen-Buddhismus schreibt: „Die Dimension Schuld ist in der Therapie immer eine Sackgasse“, so muss man ihm widersprechen. Schuldzuweisungen und Schuldgefühle sind eine Sackgasse, aber die existenzielle Dimension der Schuld muss in Therapien Platz haben und bearbeitet werden – mit psychotherapeutischen Mitteln und in philosophischen Diskursen.

11 Es ist eine gewisse Ironie der Entwicklung, dass B. Hellinger, der so genau wie kein anderer zu wissen glaubt, was gut ist und wirkt, aus der systemischen Szene kommt und dort besonders viele – z.T. geradezu gläubige – Anhänger gefunden hat, die sich allerdings in den letzten Jahren zunehmend von ihm distanzieren.

die jeweiligen spirituellen Wege beheimatet sind, werden aber auch Aussagen über Wirklichkeiten getroffen, über die die Psychotherapie keine Aussagen machen kann. Die Themen sind in den verschiedenen Religionen die gleichen: Woher kommen wir? Wohin gehen wir? Woher kommt das Leid? Und die Antworten, die sie geben, haben sehr viel mit den Kulturen zu tun, in denen sie entwickelt wurden (vgl. *Eliade* 1979).

Innerhalb des psychotherapeutischen Feldes sind z.Zt. besonders solche Konzeptionen beliebt, die Eingebundensein, Teil-des-Ganzen-Sein, Verbundensein betonen, was insofern logisch ist, als dies die Erfahrungsdefizite sind, die unsere gesellschaftliche Organisation von menschlichem Leben produziert. Die vertretenen Konzepte orientieren sich vereinfacht dargestellt in zwei Richtungen: die eine – buddhistisch inspirierte – Richtung betont, dass „in Wirklichkeit“ alles eins ist, dass Trennung – Individualität – eine Fiktion darstellt. Dahinter liegen die komplexen buddhistischen Vorstellungen von der Welt und ihren Erscheinungen, die keine Wahrheit beanspruchen können, weil sie vergänglich sind. In dieser Konzeption kann man über das, was jenseits der wahrnehmbaren Welt ist, keine Aussage machen, und auch die Erlösung, das *Verwehen* (Nirvana), ist nur negativ bestimmbar, es kann nur gesagt werden, was es *nicht* ist, nämlich der Geburtenkreislauf, das Immer-wieder-geboren-Werden, das durch das Sammeln des Karma verursacht wird (vgl. *Schneider* 1997, 70).¹² Das spirituelle Ziel im Buddhismus ist Überwindung der Individualität (als ultimative Form des Anhaftens) und Aufgehen in einem Zustand, über den keine Aussage gemacht werden kann. Der Buddhismus ist in seiner ursprünglichen Form eine bis an die Grenzen des Denkbaren skeptische Philosophie, die nicht weiss, woher wir kommen noch wohin wir gehen, und die die Frage nach dem Leid „beantwortet“, indem sie nahe legt, dass es am besten ist, nicht geboren zu werden.¹³

Die zweite auf dem Psychomarkt vertretene Richtung ist eher schamanistisch inspiriert und betont die Verbundenheit mit den Ahnen, mit der Erde, mit der Welt der Geister. Diese Richtung bedient die Sehnsucht nach einer „Wiederverzauberung“ unserer rationalen Welt, die Sehnsucht nach einer Welt, die jenseits der nüchternen Betrachtung durch die (natur)wissenschaftliche Brille existiert, in der wir uns als „Kinder“ der Erde

12 Wenn ein im deutschsprachigen Raum berühmter Zen-Meister auf einem Seminar sagt: In Wirklichkeit gibt es da draussen keine Bäume, keine Häuser, in Wirklichkeit gibt es nur Wellen – dann sieht man, wie schwer es ist sich einer Aussage über das „ganz Andere“ zu enthalten und wie leicht man auch unter buddhistischem Vorzeichen in die Fallen der westlichen Naturwissenschaft und ihres alleinigen Welterklärungsanspruchs gerät.

13 Dabei kennt der Buddhismus ursprünglich keine persönlich gedachte Wiedergeburt sondern durch Handeln in der Welt schafft man Karma, das dazu führt, dass der kosmische Kreislauf von Sterben und Geborenwerden weitergeführt wird.

und des Kosmos fühlen können, eins mit der Natur und eingebunden in ihre Kreisläufe. Die Fragen, woher wir als Einzelne kommen und wohin wir gehen, sind in dieser Konzeption nicht so bedeutsam wie im Westen, weil die Vorstellungen und das Erleben von sich selbst als Einzelne nicht so ausgeprägt ist wie in unserer Kultur (vgl. *Parin* u.a. 1963).

Beide Konzeptionen ermöglichen Vorstellungen von Verbundenheit, die Medizin für westliche überindividualisierte Menschen sind, die unter Einsamkeit, Isolation, Sinnlosigkeit mangels Erleben von sozialen Zusammenhängen und Überforderung durch Autonomieansprüche leiden. Die „schamanistische“ Richtung dient dabei mehr der Befriedigung regressiver Bedürfnisse (Sehnsucht nach dem paradiesischen Urzustand, als der Mensch den Apfel vom Baum der Erkenntnis noch nicht gegessen hatte), während der „buddhistische“ Weg das Gefühl des Einsseins als Lohn für die Überwindung des Ego verspricht. Im ersten Fall erreicht man die Überwindung der Vereinzelung durch (gemeinschaftlich) vollzogene Rituale, die die Verbindung zu den Ahnen stärken, im zweiten durch Meditation, die zur „Auflösung“ der individuellen Grenzen führt. Beide Richtungen haben sehr viel Weisheit in sich. Eine Kultur wie die unsere, die sämtliche Zusammenhänge natürlicher Kreisläufe ignoriert und die Welt bis an den Rand des Untergangs ausbeutet, kann von Vorstellungen, dass alles „beseelt“ ist, dass Pflanzen und Tiere unsere „Geschwister“ sind, dass Ahnen und Geister über die Einhaltung der natürlichen Ordnung wachen, viel lernen. Eine Kultur, deren einzige Referenz – oft notgedrungen – das eigene Ich (im Sinne von Ego) ist, in der Selbstbezogenheit und Selbstsucht propagiert werden, kann von Vorstellungen, dass die Erlösung in der Überwindung dieser Haltung liegt, nur profitieren.¹⁴

Wenn PsychotherapeutInnen an der Überwindung von Entfremdung arbeiten, was anthropologisch gesehen ihre Aufgabe ist¹⁵, fördern sie die Zentriertheit von PatientInnen und KlientInnen. Zentriertheit (Awareness, Präsenz, Achtsamkeit, Absichtslosigkeit...) ist der Zustand, in dem Menschen das sie „Transzendierende“ berühren und erleben – wie auch immer das in den verschiedenen spirituellen Traditionen genannt

14 Jüdisch-christliche Konzeptionen, in denen der/die Andere eine zentrale Rolle einnimmt, in denen es die Beziehung ist – zu den Menschen, zu Gott –, die Heilung und Erlösung verspricht, finden im Zuge dieses „Spiritualisierungsprozesses“ wenig Resonanz. Ob das daran liegt, dass fremde Konzeptionen leichter eklektisch rezipiert werden können und man keine eigenen negativen biographischen Erfahrungen damit hat, oder ob sich die Psychoszene damit als zeitgeistiger erweist als es wünschenswert ist, ist schwer zu beantworten.

15 vgl. Petzold/Schuch 1992

wird. In diesem Sinn gibt es in Psychotherapien immer wieder „spirituelle“ Momente – ob sie als solche benannt werden oder nicht. Wenn PsychotherapeutInnen es in speziellen Situationen für sinnvoll halten, dass eine *spirituelle Deutung* des stattfindenden Prozesses angemessen und hilfreich ist, sollte klar gemacht werden, aus welcher spirituellen Tradition man sich gerade bedient und welchem Kontext sie ursprünglich angehört. Denn man betritt mit einer solchen Deutung eine andere Ebene, auf der noch mehr als auf der Ebene psychotherapeutischer Konzepte Vorsicht mit Aussagen darüber geboten ist, „was etwas ist.“ In Psychotherapien bearbeitet man z.B. narzisstische Schädigungen, aber man arbeitet nicht an der „Überwindung des Ego“, das tut man in verschiedenen religiösen Traditionen auf je verschiedene Weise. Auch wenn es inhaltlich um – zumindest – sehr ähnliche Problematiken geht, macht es doch einen Unterschied, ob man das Problem psychotherapeutisch betrachtet als Zeichen für defizitäre psychische Strukturen oder als einen spirituell bedenklichen Zustand.¹⁶

4 Die spirituelle Versuchung

In Psychotherapien sollten Aussagen über die und Zielvorgaben für die menschliche Existenz, die religiösen Systemen entstammen, tabu sein, weil sie eine Geltung beanspruchen, die der Psychotherapie nicht zusteht. Es gibt einen grundlegenden, sehr bedeutsamen Unterschied zwischen psychotherapeutischen und spirituellen Konzeptionen: Es sollte klar sein, dass psychotherapeutische Theorien Werkzeuge sind, die in einem bestimmten Ausmass „funktionieren“ – nicht mehr. An Psychotherapie sollte man nicht *glauben*, nicht die PsychotherapeutInnen selbst und auch nicht KlientInnen/PatientInnen. PsychotherapeutInnen sollten *als PsychotherapeutInnen* daher keine spirituellen Konzeptionen vertreten, weil man diese immer glauben muss, und eine Vermischung mit psychotherapeutischen Konzepten vermeiden.¹⁷ Schon religiös-spirituelle Begriffe haben eine ganz andere Reichweite als psychotherapeutische: Sie wollen Menschen zum Grund ihrer Existenz führen. Das kann Psychotherapie nicht – und es ist auch nicht ihre Aufgabe. Es genügt, wenn sie Leiden heilt oder zumindest lindert. PsychotherapeutInnen müssen sich darüber klar sein, dass sie in ihrer Berufsrolle in der Nähe von PriesterInnen und HeilerInnen stehen und dass PatientInnen aus Gründen der Traditionen, die diese Rollen repräsentieren, und aus Gründen individueller Übertragungsdynamiken bereit sind, vieles zu unkritisch und unhinterfragt zu übernehmen.

16 Besonders bedenklich ist, wenn die „Überwindung des Ego“ erfolgen soll, bevor ein einigermaßen stabiles Selbst erreicht ist

17 Der in der Psychoszene weit verbreitete Glaube an frühere Leben, deren ungelöste Aufgaben jetzt zu bewältigen sind, ist ein Beispiel für das Einsickern von religiösen Vorstellungen buddhistischer bzw. hinduistischer Provenienz. In vielen Fällen sind die vorgestellten früheren Lebensschicksale leicht als Projektionen existenzieller Themen des jetzigen Lebens erkennbar.

Es ist also grosse Vorsicht im Umgang mit „spirituellen Wahrheiten“ geboten.

Bekanntlich dauern psychotherapeutische Prozesse manchmal lang. Die Versuchung ist groß zu früh zu wissen, was für PatientInnen/KlientInnen gut ist, was sie brauchen, wohin sie sich entwickeln sollen, was sie sehen, akzeptieren oder „loslassen“ sollten. In diesem Zusammenhang können religiös konnotierte Begriffe und spirituelle Deutungen von Prozessen Druck auf PatientInnen/KlientInnen ausüben, schneller „reifer“ zu werden, weil religiös konnotierte Begriffe ein höheres normatives Potential haben als psychologische. Andererseits können sie auch einen Vorwand bieten, sich in vorschneller Identifikation mit spirituellen Entwicklungsvorstellungen nicht mit „unerwünschten“ Gefühlen oder Aspekten auseinanderzusetzen und damit psychotherapeutisch gesehen dem Widerstand dienen.

Es gibt aber in den spirituellen Traditionen der Menschheit auch eine Fülle von Konzepten, Vorstellungen, Vorgangsweisen, die PatientInnen und KlientInnen für ihre persönliche psychische Entwicklung nutzen können, wenn sie wollen. Wenn PsychotherapeutInnen diese im Rahmen von Psychotherapie als Mittel anbieten, die bestimmte Erfahrungen unterstützen oder für bestimmte Notlagen hilfreich sein können, dann unter dem Hinweis, dass es im Rahmen von Psychotherapie nicht darum geht, magische Wirkungen zu erzielen oder die „übersinnliche“ Welt zu erleben, sondern darum psychisch heilsame Erfahrungen zu ermöglichen – unabhängig davon, ob man als PsychotherapeutIn selbst magische Wirkungen oder das Erleben „übersinnlicher Wirklichkeiten“ für möglich hält oder nicht. Immer muss die Arbeit in diesem Grenzbereich auch im Bewusstsein geschehen, dass das Gegenüber von PsychotherapeutInnen normalerweise Menschen sind, die im 20. Jahrhundert im westlichen Kulturkreis geboren und aufgewachsen sind. Zum Beispiel können Vorstellungen von und Übungen für das Erleben von (All-)Verbundenheit Konfluenz- und Omnipotenzsehnsüchte bedienen, die eigentlich psychotherapeutisch durchgearbeitet werden müssen.

Eine deutliche Differenzierung, wo es um Psychotherapie, wo um spirituelle Selbsterfahrung und wo um die Einübung eines spirituellen Weges geht, ist notwendig. Ansonsten entsteht Verwirrung und der Verdacht, dass die Sehnsüchte von verletzten und geschädigten Menschen ausgebeutet werden. Und Psychotherapie gerät in Gefahr „Opium für PatientInnen“ zu verabreichen, wo es um politische Stellung- und Parteinahmen geht, wo Widerspruch gegen entfremdende und zerstörerische Prozesse im politischen und sozialen Hier-und-Jetzt gefragt ist und nicht ein individueller „Notausgang“ spiritueller Art aus unerträglichen psychosozialen Verhältnissen.

Auch PsychotherapeutInnen sind Sinn-Suchende. Auch sie sind den gesellschaftlichen Verhältnissen und Entwicklungen ausgesetzt und versuchen für sich selbst Ressourcen zu erschliessen und ein gutes Leben zu führen. Dabei finden sie für sich auch spirituelle Positionen und Vorstellungen, die *subjektiv wahr und sinnstiftend* sind. Diese persönlichen Positionen sollten nicht unter der Überschrift *Psychotherapie* an PatientInnen/KlientInnen „verkauft“ werden. Als „ExpertInnen für Innenwelten“ sind PsychotherapeutInnen mit vielen Dingen vertraut, die „normalen“ Menschen fremd sind, und sie geniessen einen hohen Vertrauensvorschuss, wenn es um die „Seele“ geht. Es ist verführerisch diese ExpertInnenschaft auf die „jenseitige“ Welt auszudehnen. Aber PsychotherapeutInnen und die Psychotherapie als Profession sollte im eigenen Interesse und dem von PatientInnen/KlientInnen und aus Respekt vor den spirituellen Wegen und Traditionen auf diese Möglichkeit verzichten.

Man mag sich der Grenzen des „wissenschaftlich“ genannten Weltbilds und seines Weltverständnisses sehr bewusst sein – Psychotherapie als Profession ist ihm bei aller nötigen Kritik und bei allem Wissen darum, dass es auch ganz andere Möglichkeiten gibt, die Welt zu deuten, grundsätzlich verpflichtet – und sie ist ohne diesen Hintergrund nicht denkbar.

Mag.^a theol. Liselotte Nausner

Psychotherapeutin und Supervisorin in freier Praxis, Lehrtherapeutin IG/ÖAGG,
Lehrgangsleiterin IG/DUK

mail: liselotte.nausner@gmail.com web: www.praxis-nauser.at

Literatur

.....
Bowlby, John (1953): Frühe Bindung und kindliche Entwicklung, 6. Aufl. Münschen 2010 (E. Reinhardt)

.....
Brisch, Karl-Heinz (1999): Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie, 8. Aufl. Stuttgart 2008 (Klett)

.....
Daecke, Karin (2008): Moderne Erziehung zur Hörigkeit? Die Tradierung strukturell-faschistischer Phänomene in der evolutionären Psychologieentwicklung und auf dem spirituellen Psychomarkt. Ein Beitrag zur zeitgeschichtlichen Introjektforschung in 3 Bänden, Neuendettelsau (Edition Psychotherapie und Zeitgeschichte)

.....
Dornes, Martin (2006): Die Seele des Kindes. Entstehung und Entwicklung, 3. Aufl. Frankfurt 2010 (Fischer)

.....
Eliade, Mircea (1979): Die Geschichte der religiösen Ideen. 4 Bde., Freiburg/Breisgau (Herder) (französ. Original Paris 1978)

.....
Fonagy, Peter et al (2002): Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst, Stuttgart (Klett)

.....
Liotard, Jean-Francois (1984): Das postmoderne Wissen. Ein Bericht, Wien (Edition Passagen) (französ. Original Paris 1979)

.....
Parin, Paul/Morgenthaler, Fritz/Parin-Matthey, Goldy (1963): Die Weissen denken zu viel. Psychoanalytische Untersuchungen bei den Dogon in Westafrika, 5. Aufl. Hamburg 2006 (EVA)

.....
Petzold, Hilarion G./Schuch, Waldemar (1992): Grundzüge des Krankheitsbegriffes im Entwurf der Integrativen Therapie. In: *Pritz, Alfred/Petzold, Hilarion G.* (1992) (Hrsg.): Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie, Paderborn, 371–486 (Junfermann)

.....
Schleeger, Bruno M. (2010): Noch einmal: Gestalttherapie und Zen-Buddhismus. Parallelen und Unterschiede, in: Gestaltkritik. Die Zeitschrift für Gestalttherapie, 19. Jg., Nr.2/2010, Gestalt Institut Köln, 41–48

.....
Schneider, Ulrich (1997): Der Buddhismus. Eine Einführung, 4. Aufl. Darmstadt, (Wiss. Buchgesellschaft)

Wirksamkeit psychodramatischer Gruppenpsychotherapie

Ergebnisse der PAGE-Studie

Volker Tschuschke

Abstract:

Die PAGE-Studie untersuchte die Wirkungen von ambulanten analytischen / tiefenpsychologisch-fundierte und psychodramatischen Gruppenpsychotherapien im Rahmen einer naturalistischen Studie. 40 erfahrene niedergelassene Gruppenpsychotherapeuten – davon 12 PsychodramatikerInnen – kooperierten in der Studie, die vollständige Datensätze (Prä-Post) von 244 PatientInnen analytischer/tiefenpsychologisch fundierter und von 91 PatientInnen psychodramatischer Gruppentherapien umfasst. Die Effektstärken beider Therapierichtungen sind im internationalen Vergleich überdurchschnittlich hoch (ESPA = 1.33 und ESPD = 1.01) und unterstreichen die Bedeutung von psychotherapeutischen Langzeitbehandlungen bei einer psychisch schwerer belasteten PatientInnen-Klientel. Ein direkter Vergleich beider Therapiekonzepte ist aufgrund unterschiedlicher Inanspruchnahme-Klientelen und unterschiedlicher Therapie-Laufzeiten nicht möglich. Ebenfalls erhobene Therapieziele summierten sich über alle PatientInnen auf fast 2.000 und geben Aufschlüsse über das Verhältnis von intrapsychisch versus interpersonal-sozial verortbaren Zielen.

Schlüsselwörter

Psychodrama Gruppentherapie Ambulante Gruppentherapie

1 Hintergründe und Fragestellung

Das Psychodrama als psychotherapeutische Behandlungsmethode hat weite Verbreitung gefunden (z.B. Burmeister 2010), seine Behandlungseffizienz indes hat sehr geringe empirische Evidenz (Elliott 2004). Die Wirksamkeit psychodramatischer Gruppentherapie ist in zahlreichen klinischen Fallbeschreibungen dokumentiert, zur wissenschaftlichen Akzeptanz erscheint dies nach den gängigen Anerkennungskriterien (Level-I- und Level-II-Studien entsprechend den Kriterien der Evidenced-Based Medicine) als nicht ausreichend. Eine Studie wird berichtet, in der depressive PatientInnen nach 24-wöchiger ambulanter Behandlung in psychodramatischer Gruppentherapie bessere Resultate aufwiesen als in konventioneller psychiatrischer Behandlung (Rezaeian et al. 1997).

Die vorliegende Studie entstand mit der Intention, ambulant praktizierte Gruppenpsychotherapien unter naturalistischen Bedingungen auf ihre differenziellen Wirksamkeiten hin zu untersuchen. Sie wurde unter dem Akronym PAGE-Studie (Projekt Ambulante Gruppenpsychotherapie-Evaluation) durchgeführt und publiziert (Tschuschke und Anbeh 2008, 2010; Tschuschke et al. 2007). Ein randomisiert-kontrolliertes Untersuchungs-Design wurde aus grundsätzlichen Überlegungen verworfen, weil die durch das Paradigma der RCT-Forschung implizierten Limitationen jeglicher Studien-Validität entgegenstehen. So sind z.B. Randomisierungen nur aufgrund der Vernachlässigung ethischer Richtlinien und prognostisch-indikativen Wissens möglich; in keiner Psychotherapie-Studie sind Störvariablen kontrollierbar, mithin liegt eine unzureichende interne Validität von RCT-Studien vor, durch den Ausschluss von in der Regel komorbiden Störungsbildern und wesentlich zu kurzen Behandlungen besteht auch keinerlei externe Validität (Wampold et al. 1997; Tschuschke et al. 2009). Die PAGE-Studie schloss ambulante analytische, tiefenpsychologisch fundierte und Psychodrama-Gruppenpsychotherapien ein. Dabei ging es von vorneherein nicht um einen neuerlichen Vergleich differenzieller Wirksamkeit zwischen verschiedenen Therapiekonzepten. Die PAGE-Studie versuchte u.a. zu ergründen, ob es überhaupt grundlegende Vergleichbarkeiten zwischen verschiedenen Therapieverfahren gibt, und was die – nicht gegebene Vergleichbarkeit vorausgesetzt – differenziellen Merkmale der verschiedenen Behandlungen und ihrer Wirkungen sein würden.

2 Studiendesign und Untersuchungsmethoden

2.1 PatientInnen, TherapeutInnen und Behandlungskonzepte

12 psychodramatische GruppentherapeutInnen aus dem deutschsprachigen Raum (Deutschland, Österreich, Schweiz) kooperierten in der Studie. Bei den 12 TherapeutInnen weist die Geschlechterverteilung eine Zwei-Drittel-Verteilung auf (2/3 Frauen, 1/3 Männer). Das durchschnittliche Alter liegt bei 48 Jahren. Was die Therapieausbildung betrifft, so ist die Mehrzahl der TherapeutInnen nur psychodramatisch ausgebildet (66,7 %), zwei haben den Zusatztitel Psychotherapie für Deutschland, einer ist tiefenpsychologisch fundiert und eine gesprächstherapeutisch weitergebildet. Was die Therapieerfahrung betrifft, so hat die Mehrheit der TherapeutInnen zu Studienbeginn über zehn Jahre Praxiserfahrung (66,7 %), wobei die durchschnittliche Praxiserfahrung bei 14 Jahren liegt, zwei haben eine Praxiserfahrung von unter fünf Jahren. Genau die Hälfte hat eine Gruppentherapieerfahrung von über zehn Jahren, wobei die durchschnittliche Gruppenerfahrung bei 12 Jahren liegt, zwei TherapeutInnen haben eine Praxiserfahrung von unter fünf Jahren.

Bei den psychodramatisch behandelten PatientInnen (N = 169) liegen für Messzeitpunkt T1 (vor der Therapie) und T2 Daten (nach ca. 14 Sitzungen) von 130 PatientInnen (77 %), für den Messzeitpunkt T1 und T3 (nach der Therapie) liegen Daten von 91 PatientInnen vor. Die Dropout-Rate von 46,2 % kommt aus unterschiedlichen Gründen zustande. So haben 33 PatientInnen (19,5 %) die Therapie zwar erfolgreich beendet, aber die Bögen zu T3 nicht mehr ausgefüllt. Acht PatientInnen (4,7 %) haben die Therapie abgebrochen, zum Teil in Einvernehmen mit dem Therapeuten, haben die Bögen zum Abschluss jedoch ausgefüllt. Bei weiteren acht PatientInnen (4,7 %) kam der Therapieabbruch durch den Therapeuten zustande. Die Gründe hierfür sind unterschiedlich. Von einem Therapeuten wurde die Gruppe beendet (4 PatientInnen, 2,4 %), bei einem Patienten wurde eine Einzeltherapie begonnen, drei PatientInnen wurde in eine Klinik überwiesen (2,4 %). 21 PatientInnen (12,4 %) brachen vorzeitig die Therapie ab. Auch hier sind die Gründe für den Abbruch unterschiedlich. So brachen sechs aufgrund äußerer Umstände ab (Umgang, schwere Erkrankung, Unfall, Versterben), die restlichen 15 lehnten die Weiterführung der Therapie ab, wobei die Gründe nicht immer mitgeteilt wurden.

Bei den 169 PatientInnen liegt annähernd eine drei-Viertel Geschlechterverteilung zu Gunsten der Frauen vor. Das durchschnittliche Alter liegt bei 38 Jahren, wobei die Jüngste 18 und die Älteste 69 Jahre alt sind. Annähernd die Hälfte der PatientInnen hat eine Hochschulreife (47%), 29 % haben die Mittlere Reife und 19 % haben einen Hauptschulabschluss, lediglich eine hat keinen Schulabschluss.

Das recht hohe Bildungsniveau spiegelt sich auch im Berufsabschluss wieder. So haben 23 % einen universitären Abschluss bzw. einen Fachhochschulabschluss. 18,9 % haben einen Meister oder Fachschulabschluss, 33,5 % haben eine abgeschlossene Lehre, 4,9 % befinden sich noch in der Ausbildung. Ohne Abschluss sind 7,3 %. Was den Versicherungsstatus betrifft, so sind ca. 92 % gesetzlich versichert. Bei einer privaten Kasse/Beihilfe sind gut 8 % versichert. Alle PatientInnen mussten auf den Beginn der Behandlung warten. Annähernd die Hälfte der PatientInnen (49,7 %) hatte eine Wartezeit bis zu vier Wochen und 41 % von fünf bis zwölf Wochen. 8,9 % mussten mehr als 12 Wochen warten.

Die Mehrheit der PatientInnen (75,7 %) war zu Behandlungsbeginn psychotherapeutisch vorbehandelt, wobei die einzeltherapeutische Vorbehandlung am häufigsten war. In ambulanter Gruppenpsychotherapie befanden sich lediglich 4,7 %. Eine rein ambulante Therapie lag bei 38,4 % vor, eine rein stationäre Vorbehandlung bei 8,3 %. Bei den übrigen handelte es sich um mehrfache Therapieangebote. Fand eine Vorbehandlung statt, so lag die durchschnittliche Sitzungszahl bei 62 Sitzungen.

Annähernd alle PatientInnen (97,6 %) erhielten mindestens eine Symptomdiagnose, lediglich vier PatientInnen erhielten ausschließlich die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung. 21 PatientInnen (12,4 %) erhielten sogar drei Symptomdiagnosen. Bei 18 PatientInnen (10,6 %) wurde zusätzlich eine somatische Diagnose gestellt. Insgesamt wurde bei über einem Drittel der PatientInnen (37,9 %) zusätzlich die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung gestellt.

Was die Art der Symptomdiagnose betrifft, so handelt es sich bei über einem Drittel der PatientInnen um eine affektive Störung (34,9 %), bei 13,6 % der PatientInnen um eine Angst- bzw. Zwangsstörung, bei jeweils 13 % um eine Verhaltensauffälligkeit mit körperlicher Störung oder um ein Abhängigkeitssyndrom. Die Diagnose Belastungs- bzw. Anpassungsstörung ist mit 8,9 % und somatoforme Störungen sind mit 7,1 % vertreten. Bei den verbleibenden 7,1 % verteilen sich die Diagnosen auf die restlichen Störungsgruppen. Die Art der zweiten und dritten Symptomdiagnose entspricht annähernd der Verteilung der ersten Diagnose und ist aus diesem Grund nicht gesondert abgebildet. Lediglich bei der zweiten Diagnose überwiegt hier der Anteil der somatoformen Störungen (16 %).

Was die Art der Persönlichkeitsdiagnose betrifft, so lässt sich festhalten, dass es sich bei der Mehrheit um spezifische Persönlichkeitsstörungen handelt, wobei am häufigsten eine ängstliche (N=13), eine emotional instabile (N=11) und eine abhängige (N=8) Störung diagnostiziert wurden. Drei PatientInnen erhielten die Diagnose einer histrionischen und nur ein Patient die einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung. Paranoide, schizoide und dissoziale Störungen waren nicht vertreten. Bei 14,8 % der PatientInnen lag eine kombinierte bzw. andere Persönlichkeitsstörung vor. Die durchschnittliche Behandlungsdauer lag bei 50 Sitzungen und dauerte im Durchschnitt 1¼ Jahre. Allerdings variierten Dauer und Umfang der Gruppenbehandlungen stark. Über die Hälfte der PatientInnen (60,4 %) erhielt bis zu 50 Sitzungen Gruppenbehandlung. Rund ein Viertel der PatientInnen (25,3 %) erhielt 50 bis 80 Sitzungen und bei 12 PatientInnen lag die Behandlungsdauer bei 81 bis 160 Sitzungen. Lediglich eine Patientin erhielt 165 Sitzungen. Auch variierte die Dauer der Behandlung. Bei der Hälfte (52,2 %) der PatientInnen dauerte die Behandlung bis zu einem Jahr. 20 PatientInnen (22 %) wurden ein bis 1½ Jahre behandelt. Lediglich fünf PatientInnen (5,5 %) wurden 1½ bis zwei Jahre, zehn PatientInnen zwei bis drei Jahre behandelt. Acht PatientInnen (8,8 %) wurden länger als drei Jahre behandelt. Auch war die Sitzungsfrequenz zum Teil unterschiedlich. So behandelten zwar die meisten TherapeutInnen einmal pro Woche, es gab jedoch eine Therapeutin, die intensive Therapiewochenenden anbot (N=8 PatientInnen).

Vergleicht man die Abbrecher mit den Durchhaltern, so zeigt sich kein signifikanter Unterschied. Lediglich bei der Persönlichkeitsstörung zeigt sich eine Tendenz. So ist die Chance eine Therapie abubrechen bei PatientInnen mit einer Persönlichkeitsstörung 2,4-mal höher. Bei dem angegebenen Quotenverhältnis handelt es sich um „Odds-Ratio“ (Wert: 2,365; Konfidenzintervall: 1,125 untere Grenze 4,969 obere Grenze, d. h. 95 % der Werte liegen in diesem Bereich).

2.2 Methoden und Erhebungsdesign

Alle Patienten wurden mit Hilfe folgender Verfahren unmittelbar vor Behandlungsbeginn (T1), nach ca. einem Vierteljahr (12–14 Sitzungen, T2) und unmittelbar nach der letzten Therapie-Sitzung getestet bzw. eingeschätzt (T3):

- SCL-90-R (SCL-90-R) (Franke 1995)
- Therapie-Ziele (Tschuschke 2003)
- Inventar Interpersoneller Probleme (IIP-D) (Horowitz et al. 2000)
- Global Assessment Functioning Scale (GAF) (Saß et al. 1996)

Alle PatientInnen, die an der Studie teilnahmen, hatten ihr Einverständnis an der Studienteilnahme schriftlich bekundet. Sie waren darauf hingewiesen worden – dies war auch schriftlich in der Einverständniserklärung vermerkt – dass sie freiwillig an der Studie teilnahmen und im Falle einer Verweigerung an der Studienteilnahme ohne jegliche Nachteile und ebenfalls in der Gruppe ihrer Wahl, beim selben Therapeuten die erforderliche Behandlung erhalten würden (naturalistisches Design der Studie, ohne irgendwelchen Eingriffe seitens der Forschung in die natürliche Behandlungspraxis des jeweiligen kooperierenden Therapeuten).

Sämtliche Fragebögen wurden seitens der PatientInnen anonym ausgefüllt, d. h. die TherapeutInnen blieben blind gegenüber den Fragebögen, die die PatientInnen nach der Ausfüllung in einem Briefumschlag versiegelten. Auf dem geschlossenen Umschlag war eine Chiffre-Nummer von den PatientInnen vermerkt worden (freie Wahl). Eine Zuordnung der Chiffre-Nummer und dem realen PatientInnen-Namen verblieb beim Therapeuten, so dass die ForscherInnen ausschließlich mit voll anonymisierten Daten arbeiteten und keinerlei Namen der beteiligten PatientInnen kannten. Die TherapeutInnen erhielten rechtzeitig zu weiteren Messungen die entsprechenden Fragebögen mit der jeweiligen Chiffre von den ForscherInnen via DAGG-Zentrale zugestellt. Die DAGG-Zentrale war – wie die ForscherInnen – vollständig blind gegenüber persönlichen Daten oder Namen der an der Studie beteiligten PatientInnen.

Die Effektstärke-Berechnungen wurden anhand von Cohen's d vorgenommen. Zum Zwecke einer sehr konservativen Einschätzung der Erfolgsbeurteilung in beiden

Behandlungs-Modalitäten wurden Erfolgs-Extremgruppen anhand der klinischen Signifikanz gebildet [d.i. jene Signifikanz, bei der ein Cut-Off-Wert (Gesunde vs. Kranke bzw. klinisch Belastete einer jeden Methode) Verwendung findet], d.h. es wurde bei der Erfolgs-Einschätzung konservativ vorgegangen, indem die klinische der statistischen Signifikanz vorgezogen wurde.

Als Kategorien-System zur Einschätzung von Therapiezielen wurde das Kategorien-system individueller Therapieziele (KITZ) von Heuft und Senf (1996) gewählt.

3 Ergebnisse

Ein Vergleich der beiden Therapieverfahren (analytische und tiefenpsychologisch fundierte sowie psychodramatische Gruppentherapien) soll – wie eingangs beschrieben – nur auf deskriptiver Ebene stattfinden. Im Folgenden werden die Unterschiede dargestellt.

Beide Behandlungsansätze unterscheiden sich signifikant hinsichtlich der Art des Dropouts, der Geschlechterverteilung sowohl bei den TherapeutInnen als auch bei den PatientInnen, beim Grundberuf der Therapeuten, bei der Art der Diagnosen, bei der Behandlungsdosis und in der Dauer der Therapie. Der Unterschied in der Therapieausbildung ist selbstredend. Bei den sonstigen demographischen Daten, der Wartezeit, Dauer und Art der Vorbehandlung der PatientInnen, beruflichen Erfahrung der TherapeutInnen, zeigte sich kein bedeutsamer Unterschied.

Der vorzeitige Therapieabbruch (Dropout) fiel bei den PsychodramatikerInnen mit 5.3 % tendenziell etwas höher aus. Bei den Gründen für den Dropout zeigte sich, dass die PsychodramatherapeutInnen 8 % mehr Dropouts durch Daten-Missings (fehlende Daten, ohne Behandlungsabbruch) und die psychodynamisch orientierten TherapeutInnen 6.5 % mehr Dropouts durch die Beendigung der Therapie durch die TherapeutInnen hatten ($p < 0.01$).

Bei der Betrachtung der Geschlechterverteilung wird der größere Frauenanteil bei den Psychodramatikern/innen sowohl bei den TherapeutInnen als auch bei den PatientInnen deutlich ($p < 0.01$). Auch ergaben sich bedeutsame Unterschiede in der Finanzierung der Therapien (Kassen- versus Privatleistungen), so dass sich insgesamt ein statistischer Vergleich beider Therapieansätze verbietet:

- das PatientInnen-Klientel beider Ansätze unterscheidet sich stark (speziell in der Geschlechterverteilung: ca. $\frac{3}{4}$ weibliche Patienten in Psychodrama-Gruppen versus ca. 60:40 in analytischen Gruppen)
- deutlich weniger Therapie-Dosis für die PatientInnen der Psychodrama-Gruppen (ca. 50 Sitzungen im Mittel, im Vergleich dazu die analytisch/tiefenpsychologischen Gruppen 81 Sitzungen)
- Geschlechter-Verteilung der TherapeutInnen bei den PsychodramatikerInnen 8:4 (weibl. zu männl.), bei den AnalytikerInnen 14:14
- die diagnostischen Zusammensetzungen beider Stichproben sind sehr unterschiedlich
- Ausbildung im Grundberuf zwischen PsychodramatikerInnen und AnalytikerInnen erwies sich als extrem unterschiedlich

Man kann zwischenzeitlich festhalten: es scheinen im Wesentlichen andere PatientInnen eine Psychodrama-Behandlung aufzusuchen als eine analytisch/tiefenpsychologische. Die Effekte der Psychodrama-Gruppen liegen etwas unter denen der analytisch/tiefenpsychologischen GruppenpatientInnen, wobei wieder betont werden muss, dass beide Konzepte aufgrund verschiedener Faktoren nicht vergleichbar sind, insbesondere haben die PatientInnen in den Psychodrama-Gruppen weniger Therapie-Dosis (Sitzungszahl) erhalten.

Die stärksten Effekte (vgl. Tab. 1) werden auch hier im Mittel der Zielerreichung und in der TherapeutInnenbeurteilung gefunden. Relativ mäßig sind die Behandlungseffekt im Symptombereich, wenngleich sie statistisch signifikant sind.

Tab. 1 Effektstärken Prä-Post (psychodramatische Gruppen)

		n	MW	s	p (Wilcoxon)	Effektstärke
GAF	Prä		58,13	8,73		
		91			0,000	1,35***
	Post		71,52	10,92		
Ziele (MW)	Prä		3,91	0,71		
		90			0,000	1,60***
	Post		2,33	1,20		
IIP-Ges.Wert	Prä		1,76	0,45		
		86			0,000	0,50**
	Post		1,50	0,57		
SCL – GSI	Prä		1,05	0,53		
		86			0,000	0,57**
	Post		0,72	0,64		

***starker Effekt, **mittlerer Effekt, *schwacher Effekt

Die Cut- nd Anbeh 2008, S. 54):

- SCL – 90-R (GSI):<0.58
- IIP:>0.32
- GAF:>70
- Therapieziele: MW<3

Tabelle 2 zeigt die – aufgrund der Cut-Off-Werte der einzelnen Outcome-Kriterien eingestuft – unterschiedlich erfolgreichen PatientInnen-Cluster.

Tab. 2 Erfolgsgruppierung bei den psychodramatischen Gruppen

Erfolgreich 48.4 %	n = 23 (25.3 %)	Absolut erfolgreich (klinische Relevanz in allen Outcome-Methoden)
(n = 44)	n = 21 (23.1 %)	Erfolgreich (statistische Signifikanz in mindestens drei Outcome-Methoden)
Nicht erfolgreich 51.6 %	n = 31 (34 %)	Nicht erfolgreich (in 2–4 Outcome-Kriterien statistisch bedeutsame Verschlechterung oder nur in zwei oder einem Kriterium statistisch verbessert bzw. in 2–4 Kriterien unverändert)
(n = 47)	n = 16 (17.6 %)	Absolut nicht erfolgreich (klinische Relevanz wird in keinem Outcome-Kriterium erreicht)

Rund jede/r zweite PatientIn der Psychodrama-Gruppen hat sehr deutlich profitiert, weitere 31 PatientInnen (34 %) haben zum Teil profitiert.

Eine weitere Fragestellung der Untersuchung betrifft die Frage nach den Therapiezielen: welche Ziele formulieren Patienten für sich selbst, die sie in psychotherapeutischer Behandlung realisieren wollen. Die Tab. 3 stellt über alle StudienpatientInnen der PAGE-Studie (n=620) hinweg jeweils die ersten 12 Ränge der Therapieziele zu intrapsychischen Problemen und Konflikte aus der subjektiven Perspektive der PatientInnen dar (Nummerierung entsprechend dem KITZ).

Tab. 3 Therapieziele: Intrapsychischen Probleme u. Konflikte

110/111 Selbstwertproblematik	Anzahl der Ziele 451	% 22,83	Rang 1.
103 Ängste	172	8,71	2.
115 Wahrnehmung eigener Gefühle und Wünsche	73	3,70	3.
127 fehlende Lebenslust u. Lebenszufriedenheit	56	2,84	4.
104 depressive Symptome	47	2,38	5.
118 Schwierigkeiten Entspannung u. Erholung zu finden	43	2,18	6.
101 Abhängigkeit und Loslösung	36	1,82	7.
151 Suche nach „Selbstheilungskräften“	34	1,72	8.
106 Schuldgefühle	31	1,57	9.
150 Schwierigkeiten mit Selbstreflexion u. Introspektion	31	1,57	9.
130 traumatische Erfahrung in der Biographie	26	1,32	10.
117 Schwierigkeiten anderen Gefühle u. Wünsche mitzuteilen	25	1,27	11.
143 Ich-strukturelle Belastbarkeit, Problemlösefähigkeit	24	1,22	12.

Die ersten 12 Ränge verdeutlichen die wichtigsten Ziele und umfassen mehr als 53 % aller Therapieziele (ca. weitere 47 % verteilen sich auf weitere Ziele). Sehr plausibel korrespondiert die Selbstwertproblematik an oberster Stelle mit den Defiziten in sozialer Kompetenz sowie Einsamkeits- und Kontaktstörungen. Entsprechend decken die intrapsychischen und sozial-interpersonellen Ziele zusammen mehr als 50 % aller 1.975 genannten Behandlungsziele aller 620 in die Studie aufgenommenen PatientInnen ab (Tschuschke und Anbeh 2008).

Tabelle 4 vergleicht die wichtigsten Therapieziele beider Behandlungsansätze miteinander. Im Prinzip zeigt sich kein nennenswerter Unterschied in der Rangfolge der wichtigsten Therapieziele beider Behandlungsansätze.

Tab. 4 Top-Therapieziele der beiden Behandlungsformen

	Rang analytisch/ tiefenpsychologisch	Rang psychodramatisch
110/111 Selbstwertproblematik	1	1
214 Soziale Kompetenz	2	2
206 Einsamkeits- u. Kontaktstörung	3	4
103 Ängste	4	3
201/202 Partnerschaftsprobleme	5	6
115 Wahrnehmung eigener Gefühle und Wünsche	6	5

Die Therapieziele erwiesen sich in beiden Behandlungsmodalitäten als nicht von spezi-fischer prognostischer Relevanz im Hinblick auf das Therapieergebnis. Damit lässt sich feststellen, dass subjektiv formulierte Therapieziele der PatientInnen keine Aussagen über die Indikation für oder gegen eine gruppentherapeutische Behandlung erlauben und dass auch andere als interpersonelle Probleme gut im gruppentherapeutischen Setting zu behandeln sein dürften.

4 Diskussion

Die Ergebnisse der PAGE-Studie weisen ambulante gruppenpsychotherapeutische Behandlungen, wenn sie von professionellen BehandlerInnen mit guter bis sehr guter praktischer Erfahrung als PsychotherapeutInnen und GruppenpsychotherapeutInnen durchgeführt werden, als sehr effektiv aus, und das – im Hinblick auf die psychische Belastung – bei einer sehr chronifizierten Behandlungs-Klientel. Die Effektstärken liegen im Mittel bei 1.33 (analytisch/tiefenpsychologischen Gruppen:GAF: 1.50,Therapieziele: 2.21,IIP: 0.71,GSI: 0.90) und bei 1.01 (psychodramatische Gruppen:GAF: 1.35,Therapieziele: 1.60,IIP: 0.50,GSI: 0.57); sie rangieren damit über dem in der Lite-ratur berichteten Effektstärke-Durchschnitt von Psychotherapie, der generell zwischen 0.85 und 1.00 liegt. Methodenkritisch muss angemerkt werden, dass die GAF-Scores/TherapeutInnen-Urteil) einem Bias unterliegen dürften, da die TherapeutInnen über ihr Rating mehr oder weniger unbewusst ihre eigene Arbeit mitbewerteten, was zur Tendenz einer höheren Veränderungs-Einschätzung führt.

Es wurde keine intention to treat-Analyse (ITT-Studie) vorgenommen, sondern eine completer-Analyse (Hiller et al. 2009). Von daher müssen sämtliche Effektstärken relativiert werden. Aber selbst unter Berücksichtigung dieser Einschränkung kann von hohen Effektstärken gesprochen werden. Die Effektstärken der PAGE-Gruppen liegen deutlich höher als die der GRAS-Studie (Strauß und Kirchmann 2004), die nur schwach bis moderat ausfallen. Es sind verschiedene Gründe denkbar, die aber hier nicht geklärt werden können: die deutlich geringere Gruppenerfahrung der GRAS-TherapeutInnen könnte ein Faktor sein, dann die ggf. geringere Therapiedauer im Vergleich zur PAGE-Studie? Über die durchschnittliche Dauer der GRAS-Gruppen liegen leider keine Informationen vor.

Therapie-Dosis und Zeit spielen im psychotherapeutischen Veränderungsprozess Hauptrollen! Orlinsky et al. (1994) fanden in 27 von 45 Therapiestudien (60 %) eine signifikant positive Beziehung zwischen Zahl der Sitzungen und Therapieergebnis, während 13 Studien keinen Zusammenhang und nur 5 Studien eine umgekehrte Relation fanden. Auch Lambert et al. (2001) fand bei 6.000 Patienten eine bedeutsame Zunahme an Therapieerfolg durch höhere Therapie-Dosis, wie dies auch Sandell (2001) bei 400 Patienten feststellte.

Inwieweit gruppenspezifische Wirksamkeiten anhand der PAGE-Studie nachgewiesen wurden, lässt sich nicht aussagen, da auch die Therapieziele beider Behandlungsansätze zeigten, dass interpersonelle Ziele (n=599 auf den Rängen 1–12) nicht über intrapsychische Ziele (n=1.049 auf den ersten 12 Rangplätzen) dominieren und auch keine differenzielle Ansprechbarkeit auf die gruppentherapeutischen Behandlungen resultiert aufgrund etwaiger interpersoneller Behandlungsziel-Präferenzen einzelner PatientInnen. Allerdings ist festzuhalten, dass schwer chronisch gestörte PatientInnen substanziell von ambulanten psychodramatischen Langzeitgruppentherapien profitieren. Es handelt sich bei der untersuchten PatientInnen-Klientel um vergleichsweise sehr chronifizierte PatientInnen, die z. T. über Jahre hinweg in verschiedenen ambulanten und/oder stationären Behandlungsmodalitäten behandelt worden waren. Die Ergebnisse geben zu der Vermutung Anlass, dass eine längerfristige psychotherapeutische Behandlung (Stichwort „Zeit-Dosis-Beziehungsgefüge“ im psychotherapeutischen Veränderungsprozess, vgl. Lueger 1995) anhaltende und weiter reichende Effekte bewirkt als kürzere Behandlungen.

Zusammengefasst und in Kurzform:

- schwer chronifizierte PatientInnen sind in ambulanten psychodramatischen Langzeitgruppen erfolgreich behandelbar
- schwer chronifizierte PatientInnen benötigen mehr Therapie-Dosis über einen längeren Zeitraum hinweg, um ihnen psychotherapeutisch nachhaltig helfen zu können (Zeit-Dosis-Beziehungsgefüge in der Psychotherapie)
- erfahrene PsychotherapeutInnen scheinen bessere Effekte zu erzielen als weniger erfahrene (dies gilt hier für GruppentherapeutInnen)
- von PatientInnen selbst formulierte Behandlungsziele erlauben es nicht, prognostische Aussagen zu machen

Univ. Prof. emer. Dr. Dipl. Psych. Volker Tschuschke

Abteilung für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Köln

volker.tschuschke@uk-koeln.de

Literatur:

.....
Burmeister, J. (2010). Psychodrama. In V. Tschuschke (Hrsg.), Gruppenpsychotherapie. Von der Indikation bis zu Leitungstechniken (S. 306–310). Stuttgart: Thieme

.....
Elliott, R. (2004). Research on experiential psychotherapies. In M. J. Lambert (Hrsg.), Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change (5th Aufl., S. 493–539). New York: Wiley

.....
Franke, A. (1995). SCL 90-R. Die Symptom Checklist von Derogatis. Weinheim: Beltz

.....
Heuft, G., Senf, W. (1996). Individuelle Therapieziele: Zur Ergebnisdokumentation stationärer Psychotherapie aus Patienten- und Therapeutensicht. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, 44, 186–199

.....
Hiller, W., Bleichardt, G., Schindler, A. (2009). Evaluation von Psychotherapien aus der Perspektive von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 57, 7–22

.....
Horowitz, L. M., Strauß, B., Kordy, H. (2000). Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D) (2. Aufl.). Weinheim: Beltz

.....
Lambert, M. J., Hansen, N. B., Finch, A. E. (2001). Patient-focused research: Using patient outcome data to enhance treatment effects. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69, 159–172

.....
Lueger, R. J. (1995). Ein Phasenmodell der Veränderung in der Psychotherapie. Psychotherapeut, 40, 267–278

-
 Orlinsky, D. E., Grawe, K., Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy. In A. E. Bergin, S. L. Garfield (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th. Aufl., S. 270–376). New York: Wiley
-
 Pour Rezaeian, M. P., Sen Mazumdar, D. P., Sen A. K. (1997). The effectiveness of psychodrama in changing the attitudes among depressed patients. *Journal of Personality and Clinical Studies*, 13, 19–23
-
 Sandell, R. (2001). Multimodale Analyse von temporären Interaktionen in der Wirksamkeit von Psychoanalysen und Langzeit-Psychotherapien. Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler. In: U. Stühr, M. Leuzinger-Bohleber, M. Beutel (Hrsg.), *Langzeit-Psychotherapie* (S. 203–214). Stuttgart: Kohlhammer
-
 Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. (1996), *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV)*. Göttingen: Hogrefe
-
 Strauß, B., Kirchmann, H. (2004). Eine naturalistische Studie zu Veränderungen und therapeutischen Faktoren in der Gruppenanalyse – Ergebnisse der „GRAS-Studie“. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 40, 395–416
-
 Tschuschke, V. (2003). *Kurzgruppentherapie. Theorie und Praxis*. Springer: Wien
-
 Tschuschke, V. (Hrsg.). (2010). *Gruppenpsychotherapie. Von der Indikation bis zu Leitungstechniken*. Thieme: Stuttgart
-
 Tschuschke, V., Anbeh, T. (2008). *Ambulante Gruppenpsychotherapie*. Schattauer, Stuttgart
-
 Tschuschke, V., Anbeh, T. (2010). Wirksamkeit ambulanter Gruppenpsychotherapie in Deutschland. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 46, 198–214
-
 Tschuschke, V., Anbeh, T., Kiencke, P. (2007). Evaluation of long-term analytic outpatient group therapies. *Group Analysis*, 40, 140–159
-
 Tschuschke, V., Crameri, A., Koemeda, M., Schulthess P., von Wyl, A., Weber, R. (2009). Psychotherapieforschung – Grundlegende Überlegungen und erste Ergebnisse der naturalistischen Psychotherapie-Studie ambulanter Behandlungen in der Schweiz (PAP-S). *Psychotherapie Forum*, 17, 160–167
-
 Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., Ahn, H.-N. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically „all must have prizes“. *Psychological Bulletin*, 122, 203–215

Gekürzter Abdruck mit freundlicher Genehmigung der Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, erschienen in der Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie Nov. 2011, Vol. 10, online publiziert: 4. Februar 2012, 10.1007/s11620-011-0127-4

„Leben leben...“

Systemische Psychotherapie mit jungen Erwachsenen aus alkoholbelasteten Familien

Regine Maimann

Abstract:

Die Autorin beschreibt ihre psychotherapeutische Arbeitsweise mit Kindern alkoholabhängiger Personen in einer Einzelfallstudie am Beispiel einer jungen Frau. Auf der Grundlage der Modelle der systemischen Psychotherapie wird die spezielle belastende Familiensituation in dieser Familie mit ihren Folgen auf die Kinder dargestellt. Der lösungs- und zukunftsorientierte Ansatz der systemischen Psychotherapie unterstützt die Klientin auf dem Weg in ein gewünschtes, selbstbestimmteres Leben durch den Erwerb von Fähigkeiten und Kompetenzen.

Schlüsselwörter: systemische Psychotherapie, Kinder Alkoholabhängiger, belastende Familiensituation, Selbstkompetenz

Meine psychotherapeutische Arbeitsweise hat sich aus dem Konzept der systemischen Psychotherapie, aus narrativen Elementen systemischer Therapie, der sogenannten lösungs- und kompetenzorientierten Kurzzeitpsychotherapie und der Hypnotherapie nach Milton Erickson entwickelt. In dieser Arbeit beschreibe ich eine Möglichkeit der psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern suchtkranker Eltern. Die Ausführungen beruhen auf der Auswertung der vorhandenen Literatur zur systemischen Psychotherapie mit Angehörigen von alkoholabhängigen Personen, sowie auf meinen eigenen klinischen Erfahrungen aus der psychotherapeutischen Praxis. Mein therapeutisches Anliegen war, diesen KlientInnen hilfreich dabei zu sein, eigene neue Handlungen setzen zu können, um dadurch Veränderung in ihrem Leben zu erzeugen, die Fähigkeit wiederzuerlangen soziale Kontakte aufbauen zu können, Kompetenzen zu erwerben, die sie für die Bewältigung der schwierigen Lebensumstände benötigen, Vertrauen in sich und andere zu gewinnen und sich selbst als wertvoll zu erleben. Sozusagen ein Nebenprodukt dieser therapeutischen Arbeit war es, diese Familien auf dem Weg zu einer besseren Kommunikation und zu einer Neuverteilung der Verantwortlichkeiten zu begleiten.

In diesen Familien liegt eine spezielle Dynamik vor, die ich kurz beschreiben möchte: Kinder und Jugendliche alkoholkranker Eltern sind anderen familiären Bedingungen

ausgesetzt als ihre Altersgenossen. „Sie erleben mehr Streit, konflikthafte Auseinandersetzungen und Disharmonie zwischen den Eltern. Sie sind extremen Stimmungsschwankungen und Unberechenbarkeiten im Elternverhalten ausgesetzt. Sie geraten häufiger in Loyalitätskonflikte zwischen den Eltern. Sie erfahren weniger Verlässlichkeit und Klarheit im familiären Ablauf. Versprechen, Ankündigungen und Vorsätze werden häufig nicht eingehalten. Vernachlässigung, sexueller Missbrauch und aggressive Misshandlungen kommen häufiger vor“ (Velleman & Reuber 2007, S. 18). Der abhängige Elternteil kann seinen Pflichten oft nicht genügend nachkommen. Die Befriedigung kindlicher Bedürfnisse nach Sicherheit, Geborgenheit und Verlässlichkeit ist meist unzureichend. Diese Kinder übernehmen Verantwortung für die Eltern und so kann es zu einem Rollentausch kommen, der das Kind, den Jugendlichen in seiner Entwicklung hemmt. Das Elternverhalten zeigt mehr „Volatilität“ (Klein 2008, S. 14), d.h. abrupte, unberechenbare, also nicht vorhersehbare heftige Verhaltensveränderungen. Die Problematik in der Familie wird nach außen tabuisiert und innerhalb der Familie gibt es oft diffuse, unklare Grenzen. Nach Klein entwickeln ein Drittel dieser Kinder gravierende Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter, die sich chronifizieren können (Klein 2008). Eine gesunde Entwicklung dieser Kinder hängt davon ab, ob sie eine ausreichende Kontrolle über die eigenen Handlungen ausüben können, sozusagen selbstbestimmt werden können.

Das folgende Fallbeispiel gründet auf den Transkripten der therapeutischen Arbeit, Reflexionen zum Fallverlauf und einem theoretischen Diskurs. Es werden Sequenzen beschrieben, die die besondere Situation der Kinder alkoholabhängiger Eltern veranschaulichen. Zitate setze ich als Illustration, sowie als Feedback für mein therapeutisches Handeln ein.

Eine 23-jährige Klientin, ich nenne sie hier Susanne, kommt zu mir in die Privatpraxis mit dem primären Anliegen eine Partnerschaft leben zu können. Sie wünsche sich schon länger eine feste Beziehung. Dabei ist ihr bewusst, dass unzureichendes Vertrauen gegenüber anderen die Erfüllung des Wunsches verhindert. Sie ist Studentin und lebt in einer eigenen Wohnung. In ihrem bisherigen Freundeskreis fühlt sie sich zunehmend unwohl und wünscht sich Veränderung. Sie beschreibt sich als angepasst und wertlos. Sie erlebt sich als scheiternd in der Durchsetzung eigener Bedürfnisse. Susanne versorgt ihre Mutter nach Alkoholexzessen seit sie Kind ist. Für Cork ist dieses umsorgende Verhalten eine der typischen Lebenserfahrungen von Kindern süchtig trinkender Mütter (Cork 1969). Susanne schildert mir ihre familiäre Situation gefasst und sachlich. Über Probleme oder Gefühle wurde in der Familie nie gesprochen. Dazu sagt Wegscheider in einer Studie, dass für Kinder in Suchtfamilien intrafamiliär oft

implizite Regeln gelten, zum Beispiel, dass Gefühlskontrolle, Rigidität, Schweigen, Verleugnung und Isolation geeignete Problembewältigungsverhaltensweisen sind (Wegscheider 1988).

Im Besprechen der familiären Verhaltensmuster wird verstehbar, welche Regeln, Glaubenssätze und Rituale innerhalb des Familiensystems gelten. Angehörige von Suchtkranken können sich im Engagement für den Suchtkranken verstricken, wie in diesem Fallbeispiel die Mutter (Übersorgung, Inschutznahme) und die Tochter der Abhängigen (frühe Verantwortungsübernahme, Alltagsstress). „Die Angehörigen werden nicht nur mitbelastet, sie machen es in den meisten Fällen durch die verschiedensten Hilfs- und Rettungsaktionen auch möglich, dass der suchtkranke Mensch die eigentlich natürlichen Konsequenzen seines Handels nicht zu spüren bekommt. Unter Co-Abhängigkeit kann man ein Verhalten einer Person verstehen, die einem Alkoholabhängigen nahe steht und die unter anderem Verantwortung für den Abhängigen übernimmt, sein Trinken entschuldigt oder rechtfertigt und dem Angehörigen Belastungen abnehmen und ersparen will“ (Zobel 2008, S.71). Anstelle von Co-Abhängigkeit kann, weniger vorwurfsvoll, von Co-Verhalten oder Co-Mustern, also von einem problematisch verstrickten Verhaltensmuster gesprochen werden. Oftmals wird ausgeblendet, dass viele Angehörige Suchtkranker unter der verfahrenen Situation leiden und selber Hilfe und Unterstützung benötigen.

Die lösungsorientierte Arbeit stellt den Anspruch, nicht allzu lange mit dem Klienten in der Problemerkzählung zu verweilen, obwohl es für den Klienten meist wichtig ist, die Probleme ausführlich zu besprechen. Gunther Schmidt spricht von einem „Problem-talk“ und in Folge von einer „Problemtrance“, die es gilt rasch wieder aufzulösen, da sie den Blick auf die Lösung verstellt. Mein therapeutisches Bemühen ist darauf gerichtet, gewünschtes Erleben so detailliert und so intensiv wie möglich in den Fokus der Aufmerksamkeit des Klienten zu rücken. „Die nach unseren Erfahrungen optimale Strategie ist es, kontinuierlich Problemmuster mit gewünschten Mustern (z.B. solchen, die bisher schon einmal erlebt wurden) systematisch und strukturiert zu vergleichen. Information entsteht grundsätzlich durch das Herstellen von Unterschieden“ (Schmidt 2013, S. 77ff). In weiteren Gesprächen wird es Susanne möglich, sich mehr und mehr zu vertrauen. Sie kann erkennen, dass die Problemerklebnisse ihr aufzeigen, was sie für sich braucht. Mein Interesse und meine Wertschätzung ermöglichen einen Dialog über Problemmuster (im Sinne bisheriger Lösungsversuche) und Lösungsmuster (im Sinne gewünschter Muster). Im vergleichenden Vorgehen des Ansatzes der hypnosystemischen Psychotherapie kommen die KlientInnen in die Position eines kompetenten, steuernden Beobachters (vgl. Schmidt 2013). Diese Beobachterposition ermöglicht eine

distanzierte Haltung zum Problem. Aus dieser sicheren Position kann auch das Gefühl entstehen, selbst entscheiden zu können, eine Wahlfreiheit zu haben, also zielorientiert handeln zu können.

Ihre Verbundenheit mit dem elterlichen Familiensystem ist sehr stark. Die Großmutter väterlicherseits ist Ressource für sie, da diese eine größere Distanz zu den Alkoholproblemen der Mutter hat, bei ihr kann sich Susanne manchmal aussprechen. Ihre Probleme löst sie jedoch seit ihrer Kindheit mit sich selbst, um niemanden belasten zu müssen und weil sie annimmt, dass ihr niemand wirklich helfen kann. Die Großeltern mütterlicherseits waren für sie nie eine Stütze, durch deren Sorge und Mitleid um die alkoholranke Mutter waren sie immer eine Last. Ihr persönliches Erleben der belastenden familiären Situationen wurde von den Großeltern meist abgetan und nach außen tabuisiert.

Unsere Gespräche darüber entlasteten sie. Durch unseren Austausch konnte sie ihre eigenen Bedürfnisse besser kennen lernen und wertschätzen. Ihre Gefühle sind ihr oft nicht zugänglich. So ergeben sich in weiteren Sitzungen die Konfliktbereiche Umgang mit den eigenen Bedürfnissen und Verantwortung sich selbst gegenüber. Die Abgrenzungs- und Ablöseproblematik gegenüber der Mutter wird von meiner Klientin nach den ersten Sitzungen zum zentralen Thema. Schwerpunkte für die Psychotherapie mit Kindern alkoholabhängiger Eltern beschreibt Maimann (2011, S. 83ff) in den Hauptkategorien ihrer Studie, wie beispielsweise: Schuld, Scham, Rückzug und Ängste, Verantwortungsübernahme, fehlendes Vertrauen gegenüber anderen und sich selbst, Internalisierungsprobleme wie Unterdrückung von Wut und psychosomatische Störungen, Externalisierungsprobleme wie Aggression und Gewalt.

Susanne nutzte die Zeit zwischen den Sitzungen das Besprochene zu überdenken, zu reflektieren und die gewünschten Verhaltensänderungen auszuprobieren. Meine Klientin bespricht ihr Problem nicht vertrauen zu können. Immer wieder, wenn sie zu einer Person größeres Vertrauen aufgebaut hatte schlich sich Skepsis und Zweifel ein. So zog sie sich -metaphorisch gemeint- wieder in ihr Schneckenhaus zurück. Sie fühle sich unfrei sich an einen Partner binden zu können. Woitz sagt zu diesem psychischen Konfliktfeld: „Es ist sehr schwer zu vertrauen, wenn Sie als Kind ständig widersprüchliche Botschaften erhielten“ (Woitz 2012, S.113). Gegenstand weiterer Sitzungen waren auch starke, seit Jahren bestehende psychosomatische Beschwerden und ihr Wunsch nach einem selbständigeren und freieren Leben. Roberts & Brendt stellten in einer Studie fest, dass Töchter aus suchtbelasteten Familien häufiger Symptome von Somatisierungsstörungen zeigen (Robert & Brent 1982).

Folgende Auszüge aus der Transkription eines Therapiegespräches veranschaulichen die theoretischen Erläuterungen: „Mama hat mir begonnen zu erklären, sie müsse zum Hausarzt und sich krankschreiben lassen...sie fragt mich, ob sie ins Krankenhaus fahren soll und... sagte da könne sie doch jetzt nicht hinfahren. Und ich zu ihr, du weißt doch was du tun musst und wo du hinkannst...ja, weil ich sag ihr immer, dass sie zur Ambulanz kann und sie soll das auch tun und nach langem hin und her...dass ich mit der Leier jetzt nichts anfangen kann und mich auf so eine Diskussion nicht mehr einlasse. Und dann war das Gespräch aus...sie wartet immer darauf, dass jemand sagt, mach..., oder wir machen und dann geht sie auch hin. Und dann hat sie meiner Oma erzählt, dass sie beim Hausarzt war und dass der so nett zu ihr war und das so toll war und da hat sie sich so wohl und gut aufgehoben gefühlt. Ich weiß ja, auf der Ambulanz hätte sie eine bessere Betreuung und eine Betreuung danach, das wäre sinnvoller für sie. Und wenn sie so ein Trinktagebuch führt, dass sie sieht, was sie trinkt, drum fände ich es besser, wenn sie ins Spital fährt. In der Nacht, als die Oma bei ihr geschlafen hat, ist sie aufgewacht und hat gesagt, dass sie Angst hat, dass sie nicht mehr aufwacht. Ich hab dann nicht mehr nachgefragt, weil das, was ich da gehört hab, schon zu viel war“.

Susanne erzählt, dass „immer alles über sie läuft“ und beschreibt das Anspruchsdenken ihrer Mutter und deren Mutter an sie. Es wird von ihr gefordert, die Mutter zu kontrollieren, sie zu umsorgen, präsent zu sein und ihr zu helfen, wenn sie gebraucht wird. Diese Verpflichtungen belasten Susanne und rauben ihr die Freiheit für ein „Eigenes Leben“. Sie sehnt sich danach, aus den Fesseln der Verantwortung ausbrechen zu dürfen. Klein sagt zu dem Thema Kontrolle in der Therapie von Alkoholabhängigen: „Kontrolle kann daher nur dann gewünschte Effekte erzielen, wenn die zu Kontrollierenden die Kontrollmechanismen für ihre eigenen Zielvorstellungen nutzen möchten“ (Klein 2014, S. 135) Im Laufe der Therapie wird meiner Klientin der Rollentausch bewusster und so geht es ihr letzten Endes darum, mehr Verantwortung für sich selbst, für ihr eigenes Handeln zu übernehmen und sich von der Mutter in einer gewünschten Weise abgrenzen zu können. „Durch die geschlechtsspezifischen Rollenerwartungen sind besonders Frauen gefährdet, in dieser Weise co-abhängig zu werden: Sie werden noch immer als zuständig für das Wohlergehen der anderen betrachtet, für die Gefühle und die Beziehungsarbeit“ (Zobel 2008, S. 79). In den betreffenden Familien kommt es häufig zu Grenzverschiebungen und Parentifizierungen, wie hier das Übertragen der Verantwortung, indem Kinder die Elternrolle übernehmen. Im therapeutischen Tun ist mir die Berücksichtigung pathologischer Bindungsmuster wichtig, um die Stabilität der Familie auch im Veränderungsprozess erhalten zu können. Wesentlich ist mir, auf das Wohlergehen der Klientin zu achten und zugleich die familiären Beziehungsmuster,

unter Berücksichtigung der bestehenden Loyalitäten, verändern zu können. Erforderlich ist eine langsame, fein dosierte und realistisch machbare Veränderung bestehender familiärer Muster.

Ausschnitt eines therapeutischen Diskurses (K=Klientin, T=Therapeutin):

T: „Was ist da genau zu viel geworden, ab welchem Punkt...“?

K: „Der ganze Tag war mir zu viel, ich war unglaublich unruhig. Es hat mich so belastet, es ärgert mich so, dass das immer noch so viel Einfluss hat auf mich...in mir tut sich so viel, glaube ich“.

T: „Sie haben am Telefon gesagt, dass es Ihnen nicht so gut geht, und dass Sie sich entscheiden müssen... wie ist das jetzt für Sie“?

K: „Gestern war es schwierig, alles wird zu viel, ich glaube, dass in mir was brodeln, wenn das irgendwie geklärt ist für mich, dann bin ich mir mit mir sicherer und das andere wird auch leichter. Die Entwicklung...mit der Mama tut mir prinzipiell gut“.

T: „Ja..., was meinen Sie, was tut Ihnen da gut“?

K: „Die Distanz, den Abstand will ich weiter, aber ich muss das auch noch kennen lernen. Ich hab keine Kraft mehr, dass ich so tu, als wäre alles okay und will es auch gar nicht. Ich brauch jetzt grad diesen Abstand und mein Gedanke wäre, dass ich jetzt einfach von der Energie her,... dass ich wenig Energie habe, dass ich sie aber jetzt brauche. Dass sie Zeit für sich braucht, und ich Zeit für mich brauch, um das zu verarbeiten was war (gemeint sind die letzten Trinkexzesse der Mutter)... Aber ich tu mir noch schwer mit der Umsetzung. Aber im Moment bin ich dann mal unglaublich erleichtert, wenn das mal geklärt ist. Aber ich glaub, dass das dann wieder ein Ansporn für sie ist zu trinken, aber es muss sein, dass wir uns voneinander zurückziehen“.

T: „Angenommen, Sie schreiben ihrer Mutter alles, was Sie ihr sagen wollen...was denken Sie...Sie haben es abgeschickt, was glauben Sie ist dann anders für Sie“?

K: „Alles ist leichter...viel leichter“.

T: „Was wird für Sie dadurch möglich, wenn vieles leichter ist...“?

K: „Einfach, den Boden wieder unter den Füßen spüren, und dass die Unsicherheiten weg sind und sich andere Dinge in meinem Leben wieder leichter klären lassen. Normalerweise habe ich immer nur Magen- Darmprobleme, bin ich immer so verkrampft, also meine Backenzähne, also normalerweise merk ich das nicht, aber jetzt merk ich so einen Druck, also ich bin da sehr verkrampft...“.

Meine Klientin schildert weiter die Missachtung ihrer Gefühle, immer dreht sich alles nur um die Mutter. Sie glaubte, bislang ihre eigenen Gefühle zurückzuhalten und kontrollieren zu müssen. Nach außen zeigte sie ein anderes Selbst, ein kontrolliertes,

ruhiges. Sie hörte ihrer Mutter immer wieder geduldig und hoffnungsvoll zu, wenn diese sich bei ihr immer wieder für ihre Entgleisungen entschuldigte. Ihre Sorge galt stets der Mutter. So überhörte sie, nicht nur in Stresssituationen, ihre eigenen Körpersignale. Sie achtete im Laufe der Therapie mehr und mehr auf ihren Körper, lernte Signale zu erkennen und auf sie zu reagieren. Es wurde ihr möglich, Reaktionen des Körpers mit ihrem Denken und Handeln in Zusammenhang zu bringen. In dieser Auseinandersetzung kam es natürlich zu einigen Aha-Effekten in Bezug auf auslösende Faktoren und Folgen. Die unterdrückten Gefühle der Anspannung, ihre Ängste und die Wut ließ sie mehr und mehr zu.

Ein weiteres Thema in der Therapie ist die Schuld. In der Familie kam es immer wieder zu Schuldzuweisungen, da waren Aussagen der Onkeln und Tanten, die sie immer wieder zu hören bekam. Es waren an sie gerichtete Ermahnungen, auf die Mutter besser acht zu geben, ein größeres Verständnis ihr gegenüber zu zeigen und sie stärker zu ermutigen, den Alkoholkonsum zu drosseln und sich nach Alkoholexzessen behandeln zu lassen. Sie fühlte sich dadurch mehr und mehr unter Druck. Dieser Druck von außen bewirkte in ihr das Bedürfnis sich zurückzuziehen. Wobei sie diesen Rückzug als innere Stärke erlebte. Erst im Austausch mit mir wurde ihr das Ausmaß des gewählten Rückzuges, die persönliche Einschränkung, bewusst. Es wurde ihr möglich, ihre physiologischen Wahrnehmungen den auslösenden Situationen zuzuordnen. Es entstand ein klareres Bewusstsein, was sie in ihrem Leben anders machen wolle, was sie für sich braucht und was nicht. Was sie ändern will und was sie beibehalten will. Sie sortierte und entschied selbst neu über ihr Leben und ihre Lebensinhalte. Die neu erworbene Selbstsicherheit und Selbstwirksamkeitsannahmen entfernte sie von ihren Ängsten. Der Zweifel an der eigenen Lösungskompetenz wurde im Laufe der Therapie geringer. Durch ihre Selbstversuche der Verhaltensänderungen gegenüber der Mutter begann sie sich selbstwirksamer und kompetenter zu fühlen. Es entstanden eigene Zukunftsentwürfe, da sie ihr Leben positiver, bewältigbarer sehen konnte. Vor allem erlangte sie das Gefühl, ihr Leben selbst steuern zu können. Ihre psychosomatischen Störungen lernte sie zu erkennen und den ursächlichen Belastungen zuzuordnen. Durch Externalisierung einiger psychosomatischer Beschwerden konnte sie diese der „Alten Susanne“ zuordnen und von sich abspalten.

Die systemische Annahme, dass Klienten über die notwendigen Kompetenzen für eine gesunde Problemlösung verfügen, dass sie in ihnen schlummern, veranlasst mich, im Verlauf der Therapie zu erfragen, wie sie in den beschriebenen Situationen noch reagieren hätte können und welche Situationen sich daraus ergeben würden. Meine ihr entgegengebrachte Wertschätzung und Unterstützung in der Therapie ermöglichten

ihr, ein stimmigeres und sichereres Erleben der bisherigen belastenden Situationen, eine Neubewertung des Erlebten, sozusagen ein neues Erleben. „Denn nicht das Ereignis selbst allein macht etwas zum nachhaltig schlimmen Trauma, sondern die Art, wie es verarbeitet wird und welche Ereignisse im Erleben damit einhergehen (die dann auch wieder, oft selbst verstärkend, auf das Trauma-Erleben zurückwirken)“ (Schmidt 2012, S.2).

Trotz belasteter Lebenssituation erreichte Susanne ihr therapeutisches Ziel des eigenen Wohlergehens, der Verantwortungsübergabe an die Mutter, der Abgrenzung und der größeren Selbstwahrnehmung. Das folgende Zitat der Klientin, gegen Ende der Therapie formuliert, zeigt ihre Entwicklung der sozialen Kompetenz und des selbstbestimmteren Verhaltens:

„Dass ich schon auf einem guten Weg bin, dass ich es nicht mehr auf mich bezogen sehe... also dass ich etwas ändern kann...,dass ich nicht Schuld bin, dass der Mensch das alleine regeln muss. Wenn ich vorher mehr gewusst hätte, mich hätte austauschen können...es wäre wichtiger gewesen, wenn ich mich da rausgehalten hätte...ich hätte wirklich mein Leben leben können. Ich hätte mehr Selbstvertrauen haben können. Wenn es den Eltern schlecht ging, hab ich mehr Selbstvertrauen gehabt...wenn es längere Zeiten gab, wo es ihnen gut gegangen ist, war dann immer die Zeit, wo es mir nicht gut gegangen ist, ich wusste nicht mehr wofür ich da bin. Jetzt, wo es mir mit allem besser geht, kommt das halt Zug um Zug. Ich muss mich noch mehr abgrenzen, noch mehr tun, was mir gut tut“.

Regine Maimann, MSc

Interuniversitäres Kolleg für Gesundheit und Entwicklung Graz/ Schloss Seggau

E-Mail: regine@citypsychotherapie.com web: www.citypsychotherapie.com

Literatur

.....
Cork R., 1969: The forgotten Children: A study of children with alcoholic parents. Toronto: Addiction Research Foundation

.....
Klein M., 2008: Kinder aus suchtbelasteten Familien stärken. Göttingen: Hogrefe

.....
Klein R., 2014: Lob des Zauderns. Heidelberg: Carl-Auer

.....
Maimann R., 2011: Eine empirische Studie über den Zusammenhang zwischen dem Aufwachsen in einer alkoholbelasteten Familie und der Entstehung einer Angsterkrankung, Masterthesis: Arge Bildungsmanagement Wien

.....
Roberts K., Brent E., 1982: Physician utilization and illness patterns in families of alcoholics, Journal of Studies on Alcohol, V 43, S. 119-128. In: Zobel M., Kinder aus alkoholbelasteten Familien, S.49. Göttingen: Hogrefe

.....
Schmidt G., 2008: Einführung in die Hypnosystemische Therapie und Beratung, Heidelberg: Carl Auer

.....
Schmidt G., 2012: Vom Trauma zum befreiten Leben. Hypnosystemische Traumatherapie, Skriptum, Milton-Erickson-Institut Heidelberg

.....
Schmidt G., 2013: Liebesaffären zwischen Problem und Lösung. Hypnosystemisches Arbeiten in schwierigen Kontexten. Heidelberg: Carl Auer

.....
Velleman R., Reuber D., 2007: Häusliche Gewalt und Misshandlungen bei Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien. Ergebnisse einer europäischen Studie, Bath/Köln: ENCARE

.....
Wegscheider S., 1988: Es gibt doch eine Chance. Hoffnung und Heilung für die Alkoholikerfamilie. Wildberg: Böner-Kaufmann. (deutsche Übersetzung der englischsprachigen Erstausgabe von 1981)

.....
Woititz J., 2012: Um die Kindheit betrogen. Hoffnung und Heilung für erwachsene Kinder von Suchtkranken, New Jersey: Kösel

.....
Zobel M., 2008: Wenn Eltern zu viel trinken. Hilfen für Kinder und Jugendliche aus Suchtfamilien. Bonn: Balance Ratgeber

Das Konzept „Kairos“ in der Psychotherapie Die Bedeutung des entscheidenden Momentes

Andreas Neuhold und Paul Paß

Abstract

Mithilfe des Konzeptes Kairos legt dieser Artikel das Hauptaugenmerk auf den unspezifischen Wirkfaktor Zeit als qualitative Veränderungsvariable in der Psychotherapie. Der Ableitung des Konzepts Kairos aus der griechischen Antike und der Philosophie folgt ein kurzer Abriss der Psychotherapieforschung unter dem Aspekt unspezifischer Wirkfaktoren und Kairos. Dabei wird vor allem auf die psychotherapeutischen Modelle von D. Stern, aufbauend nach M. Balint und systemisch-neurobiologischen Ansätzen nach H. Hacken u. G. Schiepek zurückgegriffen.

Mit der Kernhypothese, dass das Konzept Kairos ein schulenübergreifendes Veränderungsmodell in der Psychotherapielandschaft darstellt, befasst sich der empirische Teil des Artikels auf Basis von ExperInneninterviews. Schlussfolgerungen für die Ausbildung und den beruflichen Alltag von PsychotherapeutInnen stellen den Abschluss dar.

1 Kairos in der Antike

In der griechischen Antike gab es zwei Gottheiten für die Zeit; zum einen war da Kronos, der jüngste Sohn der Gaia (Erde) und des Uranos (Himmel), Anführer der Titanen und Vater von Zeus. Nach Kronos wurde die Zeit in Abschnitten gemessen. Dieses Verständnis von Zeit hilft uns sehr bei der täglichen Organisation und bei Terminabsprachen. Zum anderen gab es noch Kairos, der für den günstigen Zeitpunkt einer Entscheidung stand. Kairos ist der griechische Halbgott, der mit seinen geflügelten Füßen vorbeiläuft und den Menschen lehrt (Kerkhoff, 1973, S. 38): „Wenn ich erst einmal vorbeigelaufen bin, wird mich niemand mehr von hinten festhalten.“ Er hält die Schicksale der Menschen in der Hand und nur der Mäßige und Aufmerksame unter den Menschen kann ihn erkennen und aufhalten und die sich bietende, günstige Gelegenheit ausnutzen. Kairos ist der kritische Augenblick, der die Kette der Kausalität bricht und Raum für neues und freies Handeln schafft. Es galt, die günstige Gelegenheit am Schopf zu packen. Kairos ist heute auch unter folgenden Begriffen bekannt: der günstige, aber auch kritische Augenblick, der Gegenwartsmoment. Kairos bedeutet Unvorhersehbarkeit und Unsicherheit (Gründel, 1996).

Kairos ist auch ein Zentralbegriff in der Medizin von Hippokrates (Eskin, 1998). So steht im Anfang der Aphorismen (Aph1.1): „Das Leben – Bios – ist kurz, die Kunst – Techne – breit, der Kairos scharf, die Erfahrung – Peira unsicher und das Urteil – Krisis – schwierig.“

Seneca (2005, S. 115) bezeichnet Kairos als „... den Augenblick, der recht für sich benutzt, jeden Tag so einrichtet, als ob er das ganze Leben wäre. Der wünscht den folgenden Tag nicht und fürchtet ihn nicht.“

2 Kairos in der Theologie und der Philosophie

In der christlichen Theologie hat Kairos als der günstige Moment der Entscheidung und des Aufbruchs eine lange Tradition. Für Tillich (1922) gilt Kairos als Wendepunkt sowohl für das ganze Volk Israels beim Auszug aus Ägypten (Exodus) als auch in der unausweichlichen, persönlichen Entscheidung in der Nachfolge von Christus.

Sören Kierkegaard (1855, S. 95ff.) stellt mit der Aussage - „Das Jetzt, das Selbst, das Ewige und damit das Zukünftige, welches als das Vergangene wiederkommt“ - die Verbindung vom christlich-antiken Kairos und ihres Verständnisses zur Philosophie dar und deutet Kairos als Lehre des Augenblicks. So gestaltet sich die Zeiterfahrung des Menschen einerseits als Krisis, d.h. als Aufruf zur Entscheidung, und andererseits als Kairos, Zeit der Fülle.

Kairos als der Gegenwartsmoment spielt eine wichtige Rolle in der Phänomenologie bei Husserl (1930). Husserl postuliert, dass ein Gegenwartsmoment eine Dauer hat und aus drei Teilen besteht: einem Jetztpunkt, einem vergangenen Gegenwartsmoment und einem künftigen Gegenwartsmoment. Husserl bezeichnet den vergangenen Gegenwartsmoment als Retention, als unmittelbare Vergangenheit, die im Jetzt weiterhin nachklingt, und vergleicht sie mit einem Kometenschweif. Den künftigen Gegenwartsmoment benennt Husserl als Protention. Sie ist die unmittelbare Zukunft, die antizipiert wird oder in der impliziert ist, was während der vergangenen Gegenwartsmomente und im aktuellen Gegenwartsmoment geschehen ist bzw. geschieht. Der vielleicht wichtigste Aspekt dieses dreiteiligen Gegenwartsmoments besteht darin, dass all seine Bestandteile subjektiv eine einheitliche, kohärente, globale und in einem subjektiven Jetzt wahrgenommene Erfahrung bildet.

Merleau-Ponty (1966) beschreibt Kairos, den Gegenwartsmoment, wie eine aufwallende, ganz neue Gegenwart, die vor uns auftaucht – so wie uns plötzlich eine Erinnerung einfällt, ein neuer Gedanke durch den Kopf schießt oder uns eine Wahrnehmung

bewusst wird. Uns ist dabei nicht bewusst, wie diese Erinnerung (oder Gedanke) in unser Gewahrsein gelangt ist, weil wir sie unbewusst, intuitiv, konstruiert haben. Sie kann aufwallen und wie eine gewaltige Meereswoge über uns hereinbrechen oder wie eine sanfte Welle ansteigen und leise zurückweichen.

3 Kairos als unspezifischer Wirkfaktor in der Psychotherapieforschung

Shapiro (1990) beschreibt drei Entwicklungsphasen in der Psychotherapieforschung. Die Phase Eins (1930-1970) ging der Frage nach, ob Psychotherapie überhaupt wirkt oder ob psychotherapeutische Maßnahmen die Spontanheilungsrate bei neurotischen und psychosomatischen Störungen übertreffen (Eysenck, 1952). Seit den 1980er-Jahren konnte durch die Psychotherapieforschung in fast unzähligen Studien eindeutig belegt werden, dass Psychotherapie positiv wirkt (Luborsky et al. (1986), Smith u. Glass (1981), Lambert u. Bergin (1994). Die Leitfrage in der Phase Zwei (1960-1990) lautet: Welche Therapiekonzepte lassen eher ein günstiges oder ungünstiges Gesamtergebnis erwarten? Die Überlegenheit einzelner Schulen kann trotz Grawe (1989) und vieler Metastudien (Luborsky et al. [1986] und Crits-Christoph et al. [1991]) nicht eindeutig beantwortet werden und führt zum sogenannten Äquivalenzparadoxon (Elliot et al. [1993]) oder auch Dodo-Bird-Verdict, in Anlehnung an Alice im Wunderland: Alle haben gewonnen und alle haben einen Preis verdient. Bisher untersuchte Therapieverfahren führen trotz unterschiedlichem Therapieverhalten zu annähernd äquivalenten Effekten. In der Folge wurde der Fokus auf unspezifische Wirkfaktoren in der Phase Drei (ab 1980) der Psychotherapieforschung gelegt. Diese Phase geht davon aus, dass unspezifische oder auch generische, schulenübergreifende Wirkfaktoren über das Gelingen oder Scheitern einer Therapie entscheiden. Jerome D. Frank postuliert bereits 1961, dass sich erfolgreiche Therapien durch fünf Punkte auszeichnen:

1. Sie charakterisieren sich durch eine intensive, vertrauensvolle Beziehung zwischen einem Hilfesuchenden und einem Helfer.
2. Diese begegnen sich in einem besonderen Setting, wo
3. ein klärendes Konzept erarbeitet wird, welches
4. die Beschwerden zu verstehen ermöglicht und
5. in ein Ritual überführt, das die Symptome zu überwinden vermag (Frank 1971).

In weiterer Folge beschreiben auch Orlinsky und Howard (1986), Grawe (1994), Paß (2004), Haken und Schiepek (2006) allgemeine Modelle der Psychotherapie mittels unspezifischer oder generischer Wirkfaktoren. Die Letztgenannten sind deswegen von großer Bedeutung, da Haken und Schiepek als Erste Kairos, den entscheidenden

Augenblick, als generischen Wirkfaktor in einem Psychotherapiemodell verwenden.

4 Kairos und psychotherapeutische Ansätze

Der Begriff Kairos wurde und wird in den verschiedensten Therapieschulen im- oder explizit verwendet. So führt Moreno das Konzept des „here and now“ in die Psychotherapie ein (1934) und formuliert eine „philosophy of the moment“. An dieser Stelle genügt der Hinweis auf die Modelle von Fischer und sein *Dialektisches Modell der Veränderung* (1996) oder den *Sparkling Moments* in den narrativen Ansätzen von White (1998). Auch die ACT-Therapie in der Verhaltenstherapie oder die Arbeit im Hier und Jetzt in der Gestalttherapie und insbesondere gruppentherapeutische Verfahren stellen den Augenblick in den Mittelpunkt. Die Aufzählung ließe sich sicherlich noch erweitern.

In diesem Artikel wird die Verwendung von Kairos, dem entscheidenden Gegenwarts-moment, in der Psychotherapie schwerpunktmäßig anhand von zwei unterschiedlichen Therapieschulen aufgezeigt. Einerseits in den Modellen des Psychoanalytikers Stern (2005) mit dem Konzept des Gegenwartsmomentes und andererseits bei Haken und Schiepek (2006), die in den Modellen der Synergetik neurobiologische und systemische Ansätze vereinen. Balint (1975) und seiner Beschreibung der „Flash Technik“ wird eine besondere Bedeutung zugemessen, da dieser beide Ansätze bereits vorwegnimmt.

4.1 Kairos bei Haken und Schiepek

Haken und Schiepek (2006, S. 436f.) verwenden das Konzept Kairos als eines von acht generischen Wirkprinzipien, die eine erfolgreiche Psychotherapie ausmachen. Diese lauten:

- (1) Schaffen von Stabilitätsbedingungen
- (2) Identifikation von Mustern des relevanten Systems
- (3) Sinnbezug: Nur für bedeutsame und sinnvolle Projekte lohnt es sich, Aufwand und Mühe zu investieren.
- (4) Kontrollparameter identifizieren/Energetisierungen ermöglichen: Aktivieren von intrinsischer Motivation für die Veränderung; Ressourcenaktivierung; Bezug zu Annäherungszielen und Anliegen des Klienten. Welche Ressourcen, welche Resilienzkonzepte können mobilisiert werden?
- (5) Destabilisierung/Fluktuationsverstärkungen realisieren: Rechtzeitiges Erkennen, Zulassen und positives Konnotieren von kritischen Instabilitäten; Erlaubnis und Unterstützung für persönliche „Innovationen“ und Entwicklungsschritte; Verhaltensexperimente; Musterunterbrechungen.

- (6) Beachtung von „Kairos“/von Resonanz und Synchronisation: Zeitliche Passung und Koordination therapeutischer Vorgehensweisen und Kommunikationsstile mit psychischen und sozialen Prozessen bzw. Rhythmen des Patienten. Botschaften und Interventionen, die nicht kongruent sind, haben nur eine geringe Wahrscheinlichkeit, vom Patienten aufgegriffen und verstanden zu werden (Ciompi, 1997). Auf einer kurzfristigen Zeitskala betrifft dies Merkmale wie Körperhaltung, Blickkontakt, Aufgreifen von Bildern und Metaphern usw. Auf einer langfristigen Zeitskala geht es um Sitzungsabstände oder um die Passung von Interventionen zur jeweiligen Therapiephase.
- (7) Gezielte Symmetriebrechung ermöglichen: Zielorientierung, Antizipation und geplante Realisation von Strukturelementen des neuen Ordnungszustandes.
- (8) Re-Stabilisierung: Maßnahmen zur Stabilisierung und Integration neuer Kognitions-Emotions-Verhaltensmuster.

Bei diesen generischen Prinzipien geht es nicht darum, Techniken und Methoden abzuschaffen, sondern die Prozessgestaltung zu erleichtern und Verständnis, Sicherheit und Freiheit in der Therapie zu ermöglichen. Diese ersetzen nicht Erfahrung, Kompetenzen und Intuition.

4.2 Kairos im psychoanalytischen Ansatz bei Stern

Auch wenn sehr viele psychotherapeutische Verfahren auf der Annahme beruhen, dass die therapeutische Arbeit im „Hier und Jetzt“ geeignet ist, Veränderungen herbeizuführen, ist sehr wenig bekannt, was sich genau in diesem Augenblick vollzieht. Genau diesen Gegenwartsmoment charakterisiert Stern mithilfe von Kairos.

Stern beschreibt zwei verschiedene Arten des Kairos (2005, S. 45f.): „Unterschiedliche Kairoi sind von unterschiedlich hoher Bedeutung. Es gibt ein breites Spektrum an Gegenwartsmomenten, von den seltenen und herausragenden (Kairoi), in denen das Leben eine andere Richtung einschlagen kann, vom großen Augenblick, vom Momentum des Lebens bis hin zu außerordentlich banalen Gegenwartsmomenten (Mikro Kairoi), die den Lauf eines Lebens auf minimale, aber erkennbare Weise, Moment für Moment, verändern. Sie sind die Bausteine und sie sind es, die in der Psychotherapie oft auf der lokalen Ebene Veränderung herbeiführen.“

Stern (2005, S. 41f.) versteht den Gegenwartsmoment als den Veränderungsmoment, in der eine „wirkliche Erfahrung“ auftaucht, etwas Unerwartetes zwischen (mindestens) zwei Personen geschieht. Das, was geschieht, betrifft ihre Beziehung. Es beansprucht nur eine sehr kurze Zeitdauer, die als jetzt erlebt wird, eine emotionale Geschichte über die gemeinsame Beziehung entfaltet und beide Beteiligte intuitiv am Erleben des anderen teilnehmen lässt. Das intersubjektive Feld wird verstanden, ohne dass es verbalisiert werden muss. Die Gemeinsamkeit erzeugt zwischen den Beteiligten ein neues

intersubjektives Feld, das ihre Beziehung verändert und es ihnen ermöglicht, eine neue Beziehung einzuschlagen. Der Moment wird im Gedächtnis gespeichert und erstellt eine neue Form der Vergangenheit. Veränderungen in der Psychotherapie erfolgen durch diese nicht linearen Sprünge in der Art und Weise des Zusammenseins zwischen Therapeut und Klient.

4.3 Kairos und der „Flash“ als therapeutische Interaktion bei Balint

Balint bezeichnet bereits 40 Jahre vor Stern Kairos, den Gegenwartsmoment als Veränderungsmoment in der Interaktion zweier Menschen und titulierte dies als „Flash“ (1975, S. 43f.): „Man kann dieses Erlebnis, dass es zwischen zwei Personen plötzlich funkt, auch anders beschreiben, nämlich als eine aufblitzende Erleuchtung, einen Flash.“ Weiteres schreibt Balint (S. 58): „Gemeint ist damit eine unmittelbare aus dem Beziehungskontext intuitiv hervorgebrachte kurze Geste, ein um Sekundenbruchteile die übliche Distanzwahrnehmung überschreitender Blickkontakt oder ein kurzes, Nähe vermittelndes Schweigen, Staunen ...“ Dieser Flash, bei Stern der Gegenwartsmoment, findet idealerweise sowohl beim Therapeuten als auch beim Klienten statt. Als Voraussetzung für einen Flash nennt Balint die Einnahme einer neuen Rolle. Nicht die Verpflichtung, zu verstehen und zu erkennen und durch geschickte Techniken den Klienten so weit zu bringen, dass die Schlussfolgerung des Therapeuten stimmen, steht im Mittelpunkt, sondern Balint (1975, S. 44): „In der neuen Technik hat der Therapeut die Rolle sich einzustimmen, dem Patienten die Führung zu überlassen und ihm zu erlauben sich den Therapeuten zunutze zu machen.“

Bemerkenswert von Balint ist auch die Nähe zu Haken und Schiepek, als er bereits 1965 die Grundzüge systemischen Denkens und Veränderungsverständnisses bis hin zu Kippeffekten in der Therapie beschrieb: (Balint, 1966 S. 137f.) „Offensichtlich sind Patienten in der unorganisierten Phase ihrer Krankheit zugänglicher [...]. Aus diesem Grund ist es für jeden Therapeuten von größter Wichtigkeit, gerade wenn er mit einem chronischen Fall befasst ist, auf Hinweise zu achten, die ihn das Auftreten eines unorganisierten Zustandes erkennen lassen. Glücklicherweise schwingen selbst die chronifiziertesten Fälle manchmal in die unorganisierte Phase. Das bietet dem aufmerksamen Therapeuten die dringend notwendige Gelegenheit für eine therapeutische Intervention [...]“

An dieser Stelle sei auch noch an die Bedeutung von entwicklungspsychologischen Ansätzen und Kairos bei Piaget (1976) und Erikson (1993) kurz hingewiesen. Kairos findet sich hier an der Schnittstelle eines Entwicklungsprozesses, im Wechselspiel zwischen Stabilität und Wachstum, wieder.

4.4 Kairos und therapeutische Grundhaltungen

Welche psychotherapeutische Haltung, welchen Rahmen braucht es, um Kairos zu unterstützen? An dieser Stelle sei hier besonders an Sigmund Freud mit der wichtigsten technischen Grundregel der „gleichschwebenden Aufmerksamkeit“ erinnert. Diese beschreibt in der psychotherapeutischen Sitzung für den Psychoanalytiker, wie er dem Patienten zuhören soll, ohne bestimmte Inhalte von dessen Äußerungen zu bevorzugen: „Man halte alle bewussten Einwirkungen von seiner Merkfähigkeit ferne und überlasse sich völlig seinem ‚unbewussten Gedächtnisse‘, oder rein technisch ausgedrückt: Man höre zu und kümmere sich nicht darum, ob man sich etwas merke“ (Freud [1912] 1999, S. 376ff.).

Laut Freud sollen AnalytikerInnen nicht nur sämtliche Störungen der Außenwelt ausblenden, sondern auch sich selbst in einen Zustand der psychischen Entspannung und Aufnahmebereitschaft versetzen. Wichtig ist insbesondere, nicht persönlichen Neigungen und Erwartungen zu folgen, weil der Analytiker sonst Gefahr läuft, „... niemals etwas anderes zu finden, als man schon weiß (Freud [1912] 1999, S. 377)“. Gleichschwebende Aufmerksamkeit bedeutet die vollständige Unterbrechung all dessen, was gewöhnlich Aufmerksamkeit auf sich zieht, und zugleich die ausschließliche Befassung mit den Aussagen des Analysanden. Selbst bestens begründete Annahmen und theoretisches Wissen sind während der Sitzungen einer psychoanalytischen Kur auszuschalten.

Es braucht den anderen, den fremden Blick (Paß 2004), die Deutung des anderen, um die Botschaft der Symptome, die sich z.B. auf körperlicher Ebene manifestieren, zu erfassen. So schreibt Paß über den fremden Blick als einen der Wirkfaktoren psychotherapeutischen Handelns weiter (2004, S. 4f.): „Das klinische Sehen bedeutet, einem Menschen als ein fremdes Wesen zu begegnen und mit Offenheit und so bereit zu sein, mit einem fremden Blick Neues zu gewahren. Voraussetzung ist dabei, unsere eigenen Raster beiseite zu lassen und unser Gegenüber ohne Vorbehalte, wie einem Menschen vom Mond, offen zu begegnen.“ Paß (ebd.) erweitert elementare Blickerfahrungen neben dem fremden Blick, der sagt: „Ich freue mich, dass es dich gibt.“, noch mit dem offenen Blick, der sagt: „Du bist akzeptiert, so wie du bist.“, und dem vertrauensvollen Blick, der sagt: „Du wirst es schon schaffen“ (vgl. Eigner & Paß 2011).

An dieser Stelle sei auch an Winnicott (2002) mit den drei Grundprinzipien für eine einbindende Kultur verwiesen, um erfolgreiche Entwicklungsschritte zu ermöglichen: Sie muss festhalten, sie muss loslassen und sie muss in der Nähe sein. „Die Fähigkeit,

bei dem anderen zu bleiben, wenn er Angst erlebt, seine Angst zu erkennen und zu akzeptieren, ohne dabei ängstlich zu werden oder sofort zu versuchen, die Angst abzustellen, gilt schon lange als Merkmal kompetenter, professioneller psychologischer Hilfe“ (Kegan 1986, S. 170).

5 Empirischer Teil

5.1 Methodik

Zwecks Datenerhebung bedienen sich die Autoren der Methodik des leitfadengestützten Interviews (Gläser & Laudel 2010), mit dem Ziel die Kernhypothese, dass es sich beim Konzept Kairos um ein schulenübergreifendes Phänomen handelt, zu überprüfen. Zehn ExpertInnen, die die Kriterien Erfahrung, verschiedene psychotherapeutische Ansätze und tätig als LehrtherapeutInnen erfüllen, wurden befragt.

Nr.	Berufserfg.	Psychotherapieansatz	Nr.	Berufserfg.	Psychotherapieansatz
1	17 Jahre	Systemische Therapie	6	25 Jahre	Positive Psychologie
2	15 Jahre	Verhaltenstherapie	7	16 Jahre	Hypnose
3	26 Jahre	Gestalttherapie	8	14 Jahre	Analytische Psychologie
4	23 Jahre	Klientenzentrierte Psychotherapie	9	28 Jahre	Psychoanalyse
5	13 Jahre	Individualpsychologie	10	13 Jahre	Integrative Psychotherapie

Tab.1 Verteilung der ExpertInnen

5.2 Ergebnisse der ExpertInnenbefragung

Dieses Kapitel zeigt die Ergebnisse der Interviewauswertung nach P. Mayring (2010) mit Hilfe der Qualitativen Inhaltsanalyse anhand der ausgewählten Kategorien (Tab. 2). Diese Kategorien werden in den nachfolgenden Absätzen mit K abgekürzt. Originalzitate aus den Interviews werden zur Verdeutlichung unterschiedlicher Meinungen angeführt.

Kategorien	
K1	Erfahrung mit Kairos
K2	Psychotherapiestart
K3	Große Kairos-Momente
K4	Kleine Kairos-Momente
K5	Therapeutische Veränderungskompetenz

Tab. 2 Kategorien

K1: Erfahrung mit Kairos in einem psychotherapeutischen Prozess

Alle Befragten haben Kairos in einem therapeutischen Prozess bereits erlebt. Sieben von zehn Interviewten (2, 3, 4, 5, 6, 8, 9) konnten den Begriff Kairos zuordnen und stellten spontane begriffliche Assoziationen gemäß ihres therapeutischen Hintergrundes her. Für drei Interviewte (1, 7, 10) stellte ein kurzer Überblick aus der griechischen Mythologie zum Thema Kairos eine wirksame Brücke dar, um für das weitere Interview einen guten Einstieg zu finden. Die interviewten PsychotherapeutInnen kennen das Phänomen Kairos, wenn auch manchmal andere Begriffe wie *Magischer Moment*, *Flash*, *Flow* oder *Höchste Gegenwärtigkeit* als Synonym verwendet werden.

K2: Start einer Psychotherapie als Kairos-Moment

Die Beantwortung der Frage, ob bereits der Start einer Psychotherapie einen Kairos-Moment zur Veränderung darstellt, wird nicht einheitlich beantwortet. Wenn auch die erste Begegnung zwischen der TherapeutIn und der KlientIn als „magischer Moment“ (4, 10) erlebt wird, der die Weichen für den weiteren Prozess vorzeichnet (8) und es „daher ganz wichtig wäre, dass nicht durch lange Wartezeiten aufgrund sozialversicherungstechnischer Rahmenbedingungen vergehen sollten, um die Energie zu nutzen“ (4) als wichtiger Bestandteil gesehen wird, relativieren verschiedene Aussagen die vorher genannten Statements. VertretInnen analytischer Schulen sehen den Start eher gelassen, wo es darum geht, den Boden für Veränderung je nach Persönlichkeitsstruktur schneller oder langsamer aufzubereiten (10) bzw. durch die Bildung einer stabilen, vertrauensvollen Beziehung Veränderung erst langsam zu ermöglichen (5).

K3: Große Kairos-Momente

Unter K3 „Große Kairos-Momente“ sind Ereignisse subsummiert, die ein Leben schlagartig verändern, oft ohne Zutun einer Psychotherapie. Der Aufenthalt in einem Spital, eine suizidale Krise oder eine schlagartige Veränderung im Familiensystem sind oft der Startschuss für nachhaltige Veränderungen im Leben eines Menschen.

K4: Kleine Kairos-Momente

Unter K4 „Kleine Kairos-Momente“ fallen diverse Aussagen der Interviewten, an denen Bereitschaft zur Veränderung im direkten therapeutischen Prozess wahrgenommen werden: Darunter fallen diverse Aussagen, die minimale Veränderungen der Mimik und Gestik der Klienten betreffen, aber auch plötzliches Lachen, Stillwerden, kognitive Unterschiede in der Beurteilung und Konstruktion der eigenen Biografie und der Wechsel von Haltungen. „Der Therapeut positioniert sich vorrangig als selbst Lernender und Erkundender, er achtet auf den Rhythmus zwischen äußerem und dem eigenen inneren Monolog, der beim Zuhören abläuft. Seine Aufmerksamkeit richtet

sich immer auf die Dynamik der Geschichte, auf die Aufnahmebereitschaft, auf den Kairos, wo etwas zu schwingen beginnt, wo sich für kurze Augenblicke Neues auftut, wo anders geatmet wird (5).“

K5: Therapeutische Veränderungskompetenz

In dieser Kategorie werden sehr heterogene Aussagen und Erfahrungen der Interviewten zusammengefasst, die unter dem Begriff therapeutische Veränderungskompetenz subsumiert werden können.

K5.1 Kairoserfahrungen in der eigenen Biografie

Die Betonung der Selbsterfahrung in der Ausbildung zur PsychotherapeutIn verbunden mit eigenen Kairos-Momenten in der Biografie stellt eine Ressource für PsychotherapeutInnen dar. Das Erleben und Erfahren eigener Brüche, Krisen und auch Umleitungen im Leben in Kombination mit eigener Resilienzerfahrung wird als wichtige Voraussetzung gesehen, um Kairos überhaupt beim Gegenüber zu erkennen (2,4,7).

K5.2 Kairos und Mut

„Kairos benötigt Mut und eine gewisse Risikobereitschaft, sowohl vom Klienten als auch vom Therapeuten (3).“ „Mut und Zutrauen, ich traue es dir zu, dass du es selbst in die Hand nimmst, bedeutet ein Ernstnehmen des Klienten (4).“ „Wie viel mute ich zu als Therapeut (6)?“ „Im Moment des Kairos geht es nicht um therapeutische Abstinenz, ich fühle eine tiefe Verbundenheit mit meinem Gegenüber in der Begegnung, das ist ein glücklicher Moment für beide (4).“ Diese Aussagen spiegeln sehr klar die Verbindung von Kairos und Risiko sowohl für den Klienten als auch die TherapeutIn wider. Stern (2005) schreibt zu Risiko und Kairos Folgendes: „Da ein Gegenwartsmoment aus dem Gewöhnlichen herausspringt und auch nicht antizipiert werden kann, erleben Therapeuten und auch Klienten Angst. Angst, das Risiko einzugehen, vertrauten und sicheren Boden zu verlassen. Bewährte Wege und Orientierungshilfen stehen nicht zur Verfügung. Die Möglichkeit des Scheiterns und Nichtwissens für den Therapeuten, als auch des Gelingens enthält Kairos. Wenn ein Therapeut weiß, was er zu tun hat, dann hat er bereits den entscheidenden Moment verpasst oder sich auf seine Technik zurückgezogen.“

Wie weit diese Grundhaltung des Mutes und Kairos tief das Innerste von TherapeutInnen berühren kann, sehen wir bei folgender Aussage: „Kairos heißt, die Haltung einzunehmen und den Abstand zu haben in der Therapie, etwas herstellen zu müssen (2, 3).“ „Bei Kairos geht es um die Nichtexistenz des Klienten; Veränderung fällt deswegen so schwer, da unsere psychische Konstruktion von scheinbarer Existenzsicherung

abhängt, unsere Identität, die aber oft mit Leiden verbunden ist. Deswegen geben wir unser Leiden ungerne auf ... Um uns zu verändern, müssen wir die Nichtexistenz riskieren ... auch die Nichtexistenz von uns Therapeuten, was natürlich ein Risiko ist ... Wenn du einem Klienten nicht zutraust, innerhalb einer Viertelstunde gesund zu werden, wirst du Kairos übersehen und verhindern. Auch für uns gilt es, sich von alten Bildern zu lösen, denn Klienten spüren unsere Bilder, die wir sehen wollen (6).“

K5.3 Kairos und Timing

In dieser Kategorie geht es vor allem um den Aspekt, Kairos nicht aktiv herbeiführen zu können. „Kairos steht für eine eigene Zeitdimension, ich kann günstige Momente nicht aktiv herbeisteuern (10).“ „Kairos braucht Zeit, hat seinen eigenen Rhythmus und Tempo (2,8, 9).“ „Ich kann keine Veränderung fördern, denn diese verhindert Veränderung, aber es gilt die Wahrnehmung zu schulen, wann immer dies möglich sein kann (6).“ „Kairos gehört also zum therapeutischen ‚Fingerspitzengefühl‘, zum Wissen, wann der rechte Zeitpunkt für eine Deutung oder auch einen Hinweis angebracht ist und wann nicht. Kairos macht sich immer bemerkbar: entweder durch ein äußeres Zeichen oder eine plötzliche innere Erkenntnis. Vorausgesetzt, man lässt ihm die nötige Zeit für sein Erscheinen (9).“

K5.4 Kairos und Intuition

„In der Intuition entfaltet sich Kairos (5).“ „Ich vertraue auf meine Fähigkeiten und Erfahrungen (2, 3.“) „In der Begegnung kommen wir beide (Klient und Therapeut) ins Schwingen, es entsteht ein eigener Raum (1, 8).“ „Manuale und detaillierte Vorbereitungen bringen mich weg vom Klienten und von mir selbst (2).“

An diesem Punkt wird explizit auf Balint und die im Kapitel 4.3 beschriebenen „Flash Technik“ verwiesen. Damit Intuition gerade im therapeutischen Prozess jedoch nicht zur therapeutischen Willkür verkommt, braucht es aber das Korrektiv einer kollegialen Intervention, Supervision bzw. von Balintgruppen.

6 Diskussion und Zusammenfassung

Die Ergebnisse zeigen sehr deutlich folgende Punkte auf, die zukünftig in der Ausbildung zur PsychotherapeutIn wie auch im praktischen Arbeitsalltag zu berücksichtigen sind: 1.) Neben quantitativen Aspekten eines Therapieprozesses, wie Dauer, Länge und Phasen einer erfolgreichen Psychotherapie, braucht es auch Wissen und Erfahrungen über qualitative Aspekte des therapeutischen Prozesses, um mögliche Veränderungsschritte von KlientInnen zum richtigen Zeitpunkt optimal zu begleiten. 2.) Der Blickwinkel des optimalen Timings in einer Psychotherapie muss bereits in der Auswahl und

Selbsterfahrung angehender PsychotherapeutInnen berücksichtigt werden. Reflektierte Kairos-Erfahrungen in der Biografie der TherapeutInnen stellen eine Kernressource einer zukünftigen erfolgreichen Arbeit dar. 3.) Schulenübergreifend lässt die Auswertung der Interviews den Schluss zu, wie wichtig es in einem therapeutischen Prozess ist, sich von Manualen und vorgefassten Bildern zu lösen. Die Ausbildung theoretischer Natur in einer Psychotherapierichtung stellt natürlich einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung der Psychotherapie dar, jedoch weniger für die KlientInnen als vielmehr für die TherapeutInnen selbst, um Sicherheit in eigenem Handeln zu erlangen. Mit Kairos hat dies aber wenig zu tun. Vielmehr verhindert das Festhalten an Manualen und symptomreduzierenden Konzepten die heilsame Begegnung mit den KlientInnen. 4.) Kairos braucht Kernkompetenzen der PsychotherapeutInnen, die aus der Arbeit im Wechselspiel von bewussten und unbewussten Anteilen entstehen, eingebettet in einem genauen Wechselspiel aus Selbsterfahrung, fundiertem, theoretischem Wissen und Intuition.

Die Wichtigkeit und die Bedeutung von Kairos als unspezifischer Wirkfaktor in einem psychotherapeutischen Prozess wird durch die Ergebnisse klar unterstrichen. Fragestellungen über die optimale Länge einer Psychotherapie treten mit der Konzentration auf Kairos in den Hintergrund. In der Überbrückung von Stillstand und Bewegung im täglichen therapeutischen Handeln durch die Beachtung von Kairos und den damit verbundenen Rahmenbedingungen entsteht in der Arbeit so etwas wie Leichtigkeit, Freude und Neugierde in der Begegnung mit Menschen und verhindert, Energie zur falschen Zeit am falschen Ort einzusetzen.

Letztlich bleibt bei allen Forschungen zum Thema Kairos etwas Unaussprechliches über: Kairos als der entscheidende Moment, der sich in einer Psychotherapie zu einem magischen Moment der Begegnung transformiert und sich so diversen Erklärungsmustern entzieht. Im Anschluss an die vorliegende Studie lässt sich sagen, dass für die Psychotherapieforschung ein schulenübergreifender, interdisziplinärer Ansatz möglich und für Folgestudien lohnend erscheint.

Mag. Andreas Neuhold, Msc

Interuniversitäres Kolleg Graz/Schloss Seggau
Drogenberatung des Landes Steiermark
andreas.neuhold@stmk.gv.at

Prof. Dr. Paul Paß

Interuniversitäres Kolleg Graz/Schloss Seggau
paul.pass@inter-uni.net

Literaturliste

-
- Balint, M. (1966). *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
-
- Balint, M. (1975). *Die Flash Technik*. In Balint E, Norell, JS. Hrsg. *Fünf Minuten pro Patient*. Frankfurt: Suhrkamp.
-
- Ciampi, L. (1997). *Die emotionalen Grundlagen des Denkens. Entwurf einer fraktalen Affektlogik*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
-
- Crits-Christoph, P. (1991). The efficacy of brief dynamic psychotherapy. A meta-analysis. In *American Journal of Psychiatry* 149, 151-158.
-
- Erikson, E. H. (1993). *Jugend und Krise*. Stuttgart: DTV, Klett-Cotta.
-
- Eigner, C. & Paß, P. (2011). *Entdecken wir - die lebendige Psychoanalyse*. In C. Schneider, U. Körbitz, G. Lyon & K. Posch (Hrsg.). *Psychoanalyse an der Peripherie. Grazer Diskurse* (S. 175-187). Gießen: Psychosozial.
-
- Elliott, R., Stiles, W.B., Shapiro, D.A. (1993). Are some psychotherapies more equivalent than others? In Giles, T.A. (Hg.). *Handbook of Effective Psychotherapy*, Plenum Press. New York, 455-479.
-
- Eskin, C. R. (1998). *Hippocrates, Kairos and Writing in the Sciences*. In Sipiora, P. (Hg.). *Rhetoric and kairos, essays in history, theory, and praxis*.
-
- Eysenck, H.J. (1952). The effect of psychotherapy. An Evaluation. In *Journal of Consulting Psychology* 16.
-
- Fischer, G., Schmeisser, N. (1996). *Kölner-Therapie-Dokument (KTD)- eine Software zur Dokumentation von Psychotherapien nach dem Dialektischen Veränderungsmodell*.
-
- Frank, J.D. (1971). Therapeutic factors in psychotherapy. In *American Journal of Psychotherapy* 14, 520-535.
-
- Freud, S. (1999). Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung [1912]. In *Gesammelte Werke – Chronologisch geordnet*, Bd. VIII: Werke aus den Jahren 1909–1913. Frankfurt/Main: Fischer.
-
- Gläser, J., & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
-
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
-
- Gründel, J. (1996). In: *Lexikon für Theologie und Kirche*. Bd. 5. Freiburg 1996, Sp. 1129–1131.
-
- Haken, H., Schiepek, G. (2006). *Synergetik in der Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.
-
- Husserl, E. (1930). *Die Phänomenologie und die Fundamente der Wissenschaften*. Hamburg: Meiner.
-
- Kegan, R. (1986). *Die Entwicklungsstufen des Selbst*. München: Kindt.
-
- Kerckhoff, M. (1973). Zum antiken Begriff des Kairos. *Zeitschrift für Philosophische Forschung* 27 (2): 256f.
-
- Kierkegaard, S. (1855). *Der Augenblick*. *Gesammelte Werke*. Von Hirsch, E. u. Gerdes, H. (Hg.), Gütersloh, 1985.
-
- Lambert, M., Bergin, A.E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Wiley, New York, 143-189.
-
- Luborsky, L., Singer, B. (1975). Comparative studies of psychotherapies. In *Arch. Gen. Psychiatry*, 32, 995-1008.
-
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse*. Weinheim u. Basel: Beltz.
-
- Merleau-Ponty, M. (1966). *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Übers. von R. Boehm. Berlin: De Gruyter.

.....
Moreno, J.L. (1934). Who shall survive? (dt.: Die Grundlagen der Soziometrie – Wege zur Neuordnung der Gesellschaft [1953, 4. Aufl. Leske u. Budrich, 1996]).

.....
Paß, P.F. (2004). Tiefenpsychologische Grundlagen. In: Didactical approach – integration of child development research. edition@inter-uni.net, Graz.

.....
Piaget, J. (1976). Die Äquilibration der kognitiven Strukturen. Stuttgart: Klett-Cotta.

.....
Picht, G. (1969). Wahrheit, Vernunft, Verantwortung. Stuttgart: Klett-Cotta.

.....
Schiepek, G., Strunk, G. (2006). Systemische Psychologie. München: Elsevier.

.....
Seneca, L. (2005). De vita beata. Vom glücklichen Leben. Lateinisch/Deutsch. Übers. und hrsg. von F.H. Mutschler. Stuttgart: Reclam.

.....
Shapiro, D.A. (1990). Finding out how psychotherapies help people change. Paper delivered at the Annual Meeting of the Society of Psychotherapy Research. Wintergreen. USA.

.....
Stern, D. N. (2005). Der Gegenwartsmoment. Frankfurt: Brandes & Apsel.

.....
Tillich, P. (1922). Masse und Geist: Studien zur Philosophie der Masse. Ausgabe 1 von Volk und Geist. Verlag der Arbeitsgemeinschaft.

.....
White, M., Epston, D. (1998). Die Zähmung der Monster. Der narrative Ansatz in der Familientherapie. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.

.....
Winnicott, D. (2002). Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Studien zur Theorie der emotionalen Entwicklung. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Nachruf auf Raoul Schindler

(1923 – 2014)



Univ.-Doz. Dr. Raoul Schindler ist am 15. Mai 2014 im 92. Lebensjahr gestorben. Raoul Schindler war wohl die herausragende Persönlichkeit aller Gründerpersonen des ÖAGG. Er legte eine wichtige Basis zur Etablierung der Gruppenmethoden in Beratung und Psychotherapie und war ein Pionier für die spätere Formulierung des österreichischen Psychotherapiegesetzes. Neben seiner beeindruckenden Sorge um seine Familie war er uns, die wir heute die Verantwortung für den ÖAGG und das hohe professionelle Niveau aller Ausbildungen im ÖAGG tragen, in vielem ein Vorbild.

Raoul Schindler - der Wissenschaftler und Pionier der Gruppenforschung:

Bereits 1956 veröffentlichte er die einflussreiche erste wissenschaftliche Arbeit zur „Rangdynamik in der Gruppe.“ Dieses Modell baute er in der Folge aus und heute ist eine Tätigkeit als GruppenleiterIn ohne Kenntnis der Rangdynamik fast nicht möglich.

Raoul Schindler - der Reformpsychiater:

Schon sehr früh hat er mit vielen anderen an der Reform der traditionellen Verwahrungspsychiatrie gearbeitet. Als einer der Gründer der Gesellschaft „Pro Mente Infirmis“ bezog er Nichtärzte in die Nachbehandlung von psychisch Kranken ein, nicht zuletzt aus einem gruppendynamischen Verständnis psychischer Krankheiten heraus. Von seinen Stammbaumanamnesen schwärmen noch heute ehemalige PraktikantInnen. Als Leiter einer psychiatrischen Abteilung der Stadt Wien hat er unzähligen KollegInnen die Möglichkeit geboten, seine unorthodoxe Arbeitsweise kennen- und schätzen zu lernen. Wissenschaftlich beschäftigte er sich besonders mit der Schizophreniebehandlung, wo er die „Bifokale Gruppentherapie“ entwickelte, also die getrennte Behandlung von schizophrenen PatientInnen und deren Eltern bzw. Angehörigen. Als einer der Ersten beschäftigte er sich auch mit den sozialen Fragen der Demenzerkrankung, zu denen er Richtungsweisendes beisteuerte. 1959 gründete er unseren Verein, den österreichischen Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG). Er verband damals die psychoanalytische Gruppenarbeit mit der sozialpsychologisch fundierten Gruppendynamik, damals in der Zeit der unversöhnlichen Lager der verschiedenen Psychotherapieschulen eine echte Innovation und zugleich ein Experimentierfeld für die

künftige Psychotherapieentwicklung. Im ÖAGG trafen sich viele engagierte Menschen, die im psychosozialen Feld tätig waren. Als Höhepunkt der Auseinandersetzung eines Arbeitsjahres galt die gruppensdynamische Woche in Alpbach, wo mit sozialen Ereignissen experimentiert wurde. Er war derjenige, der alle TeilnehmerInnen stützte, der ihnen seine Freude am Experiment vermittelte und doch auch seine Stärke anbot, wenn die Gruppe über das Ziel hinaus agierte. Der ÖAGG entwickelte sich noch während seiner Obmannschaft zum größten Ausbildungsträger für Psychotherapie und Gruppendynamik in Österreich und zugleich zu einem förderlichen Modell der Kooperation verschiedener Beratungs- und Psychotherapieschulen.

Der berufspolitische Strategie und Mitinitiator des Psychotherapiegesetzes:

1983 gründete Raoul Schindler zusammen mit Hans Strotzka und anderen KollegInnen den Dachverband psychotherapeutischer Vereinigungen, mit dem Ziel einer besseren Versorgung der Bevölkerung mit Psychotherapie und einer damit verbundenen gesetzlichen Aufwertung. Geschickt verstand er es, nicht nur die so unterschiedlichen psychotherapeutischen Vereine zu einem gemeinsamen Handeln zu motivieren, er hatte auch großes Talent im Umgang mit den zuständigen Ministerien und unterstützte diejenigen, die unmittelbar an der Ausgestaltung des Gesetzes arbeiteten. Seine feste Überzeugung war es, alle psychotherapeutisch Tätigen in das neue Gesetz mitaufzunehmen, jenseits aller Standesdünkel. Sein Ziel war „alle für die Psychotherapie mitzunehmen“. So schuf er eine der wesentlichen Grundlagen für die Psychotherapie als Beruf. Er steht damit ganz vorne in der Reihe der Großen dieses Berufsstandes in Österreich.

Raoul Schindler war ein großer Humanist. Konformität war ihm ein Gräuel, dem Unkonventionellen und Hintergründigen galt sein Interesse. Dies war seine Welt, in die er viele PatientInnen und SchülerInnen hinführte. Er bot ihnen die Chance, zu einem besseren Verständnis der eigenen Rolle in der Familie und Gruppe in der sie lebten, zu kommen. Er war uns Wegweiser, uneitel, wahrhaft, manchmal unbequem, für seine Umgebung interessant und selbst interessiert am Leben jenseits der Fassaden unserer Gesellschaft.

Als Generalsekretärin des ÖAGG und als eine seiner NachfolgerInnen danke ich für sein Wirken und seine zukunftsweisenden Interventionen in „seinem ÖAGG“, die es uns ermöglichen in seinem Sinne sein Werk weiter zu entwickeln. Er wird uns auch in Zukunft Vorbild und Ratgeber bleiben.

In Dankbarkeit!

Im Namen des ÖAGG Vorstandes

Maria-Anna Pleischl

Nachruf auf Kurt R. Fischer

(1922 – 2014)



Kurt R. Fischer war 16 Jahre, als er Österreich, erst in Richtung Tschechoslowakei, dann Shanghai verließ – hier war es, wo er sich, mittlerweile legendär, als Boxer profilierte und es immerhin zum chinesischen Meister im Mittelgewicht brachte. Gute Studienergebnisse an der St. John's University in Shanghai ermöglichten ihm ein Visum für die USA und ein Studium an der kalifornischen Universität Berkeley, wo er 1949 den Master und 1964 den Doktorgrad erwarb.

Vor allem aber war er ein in jeder Hinsicht unkonventioneller Denker und Lehrer, der in den letzten beiden Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts in Wien zu einer Wiederaneignung der österreichischen Philosophie um 1900 beitrug – über den Umweg der USA.

Es mag nicht zuletzt dem tiefen Verhaftet-Sein Fischers in den österreichischen Denkt-traditionen des 19. und beginnenden 20. Jahrhunderts geschuldet sein, dass er, anders als die meisten jüdischen Emigranten, in das Land zurückkehrte, das ihn vertrieben hatte. 1979 kehrte Fischer nach Wien zurück, wo er als Honorarprofessor für Philosophie an der Universität Wien wirkte.

Die Weltanschauungen des Wiener Fin-de-Siècle, die Österreichische Philosophie von Brentano bis Wittgenstein, Nietzsche und das 20. Jahrhundert, Existentialismus, Nationalsozialismus, Psychoanalyse waren seine Arbeits- und Forschungsgebiete, und immer wieder die reflektierte Erfahrung der eigenen, so bewegten Biographie.

Es war folgerichtig, dass diese Mentalitäts- und forschungshistorischen Bezüge Kurt R. Fischer zum ÖAGG führten, stand dieser doch in der Tradition seines –ebenfalls jüngst verstorbenen – Gründers Raoul Schindler, dessen Neugier auf Prozesse und unkonventionelle Sichtweisen der Toleranz und dem wissenschaftstheoretischen Anarchismus Fischers sehr entgegengekommen sein müssen.

Fischer absolvierte die Ausbildungen zum Groupworker sowie Supervisor, und war darüber hinaus Mitglied der Sektion Gruppenpsychoanalyse. 1996 ist er schließlich wieder ausgetreten.

Seinen späten Lebensabend hat Fischer wieder in den USA verlebt. Er verstarb am 22. März 2014 im Alter von 92 Jahren nach langer Krankheit in einem Pflegeheim in den USA.

Michaela Judy

ÖAGG

Terminkalender 2014

13. – 14. Nov. **8. Hinterbrühler Symposium** „Was das Beste ist, sage immer noch ich!“
www.inkiju.at/id-8-hinterbruehler-symposium.html

18. Nov. **Jour fixe: Träume oder Resilienz?** Gestaltarbeit mit dem Fokus auf Resilienzfaktoren
Referent: Peter Battistich
FS IG Fachsektion Integrative Gestalttherapie, Regionalgruppe Wien

16. Dez. **Jour fixe: Abschied** – Formen und Wege der Veränderung
Referentin: Dr.ⁱⁿ Elisabeth Salem
FS IG Fachsektion Integrative Gestalttherapie, Regionalgruppe Wien

International

20. – 23. Nov. **1. Internationaler Kongress für IAGP** Forschung und Gruppenpsychotherapie Prozesse Chronischer Stress und Gruppenpsychotherapie und Gruppenprozesse; Athen;
www.iagp.com/events

Neue Mitglieder im ÖAGG

Aykler E. Charlotte, *Wilfleinsdorf*
Bauer Mirjam Mag.^a, *Wien*
Blahacek Agnes BA, *Wien*
Bruckbauer Teresa, *Gr. Enzersdorf*
Cerha Irina Mag.^a, *Wien*
Ehn Maximilian Mag., *Wien*
Engl Waltraud Mag.^a, *Wien*
Gruninger Nicolai Univ. Prof. Mag., *Wien*
Haindl Claudia Mag.^a, *Mattersburg*
Hayne Michael Univ.-Prof. Dr.phil.,
Königswinter, DE
Heinrich Katharina Mag.^a art., *Wien*
Höllersberger Markus Mag., *Wien*
Lerchbaumer Daniela, *Mallnitz*
Leyrouitz Sandra, *Poggersdorf*
Martens Andrea Mag.^a, *Wien*
Moschner Sigrid Mag.^a, *Wien*
Mosonyi-Talotta Tiziana, *Wien*

Mraz Katrin Mag.^a, *Wien*
Mühllehner Alois Mag., *Salzburg*
Osthoff Gioia, *Wien*
Prucha Birgit Mag.^a (FH), *Wien*
Rapatz Wolfgang, *Klagenfurt*
Rappich Julia Mag.^a, *Wien*
Riedl Sandra, *Wien*
Rosca Crina Lilli, *Wien*
Schedl Anita Mag.^a, *Wien*
Schermann Alexandra Ing.ⁱⁿ, *Wien*
Schränk Heidi Mag.^a (FH), *Graz*
Strobl Gregor Mag. jur., *Linz*
Venutti Paul, *Mödling*
Visvader Peter, *Linz*
Wagenplast-Maurer Heike Mag.^a, *Wien*
Zeiler Hildegard, *Trumau*
Zimmermann Ulrike, *Brunnkirchen*

Herzliche Geburtstagsglückwünsche



Im Namen der Mitglieder des ÖAGG gratulieren wir Herrn Prof. Dr. Josef Shaked zum 85. Geburtstag. Prof. Shaked ist Mitbegründer der Internationalen Arbeitsgemeinschaft für Gruppenanalyse (Altaussee) und der Fachsektion Gruppenpsychoanalyse im ÖAGG. Als langjähriger Leiter und heutiger Ehrenvorsitzender der Fachsektion GPA hat er grundlegende Weichen für die Gruppenanalyse in Österreich gestellt und sie besonders durch seine Theorie und Technik der Leitung von analytischen Großgruppen geprägt. Prof. Shaked ist Ehrenmitglied des ÖAGG, war als Nachfolger von Raoul Schindler Vorsitzender des Wiener Arbeitskreises für Psychoanalyse, wo er heute ebenfalls Ehrenpräsident ist. Wir danken für seine langjährige verdienstvolle Arbeit für die Gruppenanalyse in Österreich!

*Maria-Anna Pleischl und
Günter Dietrich*
für den ÖAGG-Vorstand und
die Fachsektionsleitung GPA

Weiterbildung: Einzel- und Gruppenpsychotherapie für Kinder und Jugendliche im ÖAGG

Start des nächsten Lehrganges mit Oktober 2014

Kinder und Jugendliche stellen uns in der psychotherapeutischen Arbeit vor oft neue oder ungewohnte Situationen und Anforderungen. Die Grundidee der Weiterbildung liegt darin einen Schwerpunkt auf die Altersbezogenheit zu legen und Störungen im Rahmen der Altersentwicklung zu verstehen. Eine Besonderheit liegt in der Einbeziehung der interpersonalen Komponente der Störungen und damit auch der Auswirkungen des Verhaltens im sozialen Umfeld. Konsequenterweise wird daher auch die Gruppentherapie für Kinder und Jugendliche in die Weiterbildung integriert, die eine wichtige Methode in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist. PsychotherapeutInnen aus unterschiedlichen Richtungen können in dieser methodenübergreifenden Weiterbildung bisherige Kenntnisse erweitern und Kompetenzen für die psychotherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen erwerben.

Die TeilnehmerInnen lernen, ihr, in der Psychotherapie mit Erwachsenen erworbenes, Wissen für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen zu modifizieren und zu erweitern.

- WB-Leitung:** Prim. Dr. Rainer Fliedl, Mag. Wolfgang Martin Roth
Dauer: 17.10.2014 – Februar 2017 (etwa 2,5 Jahre)
Monatlich fortlaufende Weiterbildungsgruppe, sowie Wochenendseminare
Voraussetzung: PsychotherapeutIn oder PsychotherapeutIn in Ausbildung unter Supervision
Kosten: € 4912,- Ust.frei zuzüglich der Kosten für Einzelsupervision
Ort: KJPP-Hinterbrühl und NÖ HPZ-Hinterbrühl, Fürstenweg 8, 2371 Hinterbrühl
Info/Anmeldung: Mag.^a Karin Zajec, Tel.: +43 2236 9004 DW17713 oder +43 664 73103862
E-Mail: kinder.jugendlichen.psth@oeagg.at
Anmeldeschluss: 30.9.2014

Nähere Infos finden sich unter
www.oeagg.at/site/akademie/ausundweiterbildungen/kinderundjugendliche
bzw. können Sie sich gerne persönlich an uns wenden.

OPD-2 Aufbaukurse

Das diagnostische Manual OPD wurde als Ergänzung zu den bestehenden psychiatrischen Manualen mit dem Ziel entwickelt, ein valides diagnostisches Instrumentarium für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur Verfügung zu stellen. Nach einem ein- bis zweistündigen Erstgespräch kann die Psychodynamik des Patienten eingeschätzt werden. Die neue Version OPD-2 wurde von einem rein diagnostischen Instrument zu einem Instrument für die Therapieplanung und die Veränderungsmessung weiterentwickelt. Dazu gehören die Bestimmung von Therapieschwerpunkten und der Entwurf darauf abgestimmter Behandlungsstrategien. Die ÖAGG-Seminare in der Praxis Löwengasse werden in Zusammenarbeit mit der Fachsektion Gruppenpsychoanalyse von den Autoren und Sprechern der OPD-2 gehalten. Die Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ist auf 16 beschränkt.

- Leitung:** Dr. med Manfred Cierpka (Aufbaukurs 1),
Dr. med Gerhard Schüßler (Aufbaukurs 2)
- Termine:** 17. und 18. Oktober 2014, jeweils 9:00 bis 18:00 Uhr (Aufbaukurs 1),
6. und 17. Januar 2015, jeweils 9:00 bis 18:00 Uhr (Aufbaukurs 2)
- Ort:** Praxis Löwengasse, Wien 3, Löwengasse 2
- Kosten:** € 350,- / Seminar. Für ÖAGG-Mitglieder sowie Ausbildungskandidaten und -kandidatinnen
€ 300,- / Seminar. Alle Preise sind MWSt.-befreit.
- Anmeldung:** praxis@loewengasse.at, Tel. (01) 718 18 18, Mo-Fr 9-13 Uhr

Teamkompetenz pur!

Diplomlehrgang mit 4 Semestern

Weiterbildungslehrgang mit 2 Semestern

Fachsektion Gruppenpsychoanalyse ÖAGG

Gruppenpsychoanalytische Team- und Organisationsentwicklung

Einführungsworkshop Wien 28.2. – 1.3.2015

Methode

Gruppenpsychoanalyse ist eine moderne Weiterentwicklung der Psychoanalyse für die Arbeit „jenseits der Couch“. Die Grundlagen sind von Siegmund Heinrich Foulkes und von Wilfred Bion erarbeitet worden. In Österreich wurde die Methode maßgeblich von Raoul Schindler und Josef Shaked etabliert. Dabei wird der Zugang zum Unbewussten als wesentlich verstanden, um diagnostisches Wissen für Veränderungsprozesse zu gewinnen und anzuwenden. Die Nutzung dieses Ansatzes ermöglicht erfolgreiche Entwicklungsarbeit in Gruppen, Teams und Organisationen.

Tätigkeitsbereich

Die Weiterbildung fördert die beraterische Kompetenz in den Themenfeldern Führung, Team und Organisation. Die Anwendung ist in der externen Beratung und Supervision möglich, ebenso als MitarbeiterIn in leitender, beratender oder HR-Funktion einer Organisation. Weiters sollen pädagogisch tätige Personen im Bereich der Erwachsenenbildung sowie VertreterInnen der akademischen Forschung und Lehre angesprochen werden.

Aufnahme in das Curriculum

Das Mindestalter für die Zulassung beträgt 24 Jahre. Vorausgesetzt wird ein facheinschlägiges Studium (ab Bachelor) oder zumindest vier Jahre facheinschlägige Berufserfahrung. Bei Interesse zur Teilnahme am Lehrgang ersuchen wir um die Kontaktaufnahme mit der Lehrgangsleitung Gruppenpsychoanalyse im ÖAGG. Nähere Informationen finden Sie auf der Homepage des ÖAGG www.oeagg.at/gpa. Die Basis der Aufnahme in die Weiterbildung bildet ein Aufnahmegespräch mit einem Mitglied der Lehrgangsleitung der Fachsektion Gruppenpsychoanalyse im ÖAGG.

Die Module des Lehrganges

Die Weiterbildung findet in Wien statt. Wahlweise und nach Verfügbarkeit können Module auch in anderen Bundesländern absolviert werden. Die Weiterbildung besteht aus:

Gruppenselbsterfahrung 200 AE*

Selbsterfahrung in gruppenpsychoanalytisch geleiteten Gruppen bildet die Grundlage eines vertieften methodischen Zugangs und der praktischen Kompetenz in Entwicklungs- und Veränderungsarbeit. Empfohlen (nicht gefordert) wird für die Selbsterfahrung sowohl der Besuch einer fortlaufenden Gruppe (Jahresgruppe) wie von geblockter gruppenpsychoanalytischer Selbsterfahrung.

Theorieseminare 128 AE

Die Seminare finden als Wochenendseminare jeweils in der Dauer von 16 AE statt.

- 1) Einführungsseminar gruppenpsychoanalytische Beratung
- 2) Theorie von Gruppe und Team
- 3) Grundlagen der Gruppenpsychoanalyse
- 4) Psychoanalytische Persönlichkeitstheorie
- 5) Psychoanalytische Entwicklungstheorie
- 6) Intervention und Technik der Gruppenpsychoanalyse
- 7) Gruppenpsychoanalytisches Organisationslabor
- 8) Gruppenpsychoanalytische Organisationsentwicklung

Fallarbeit 140 AE

Supervision 70 AE

Abschluss des Lehrganges

Insgesamt beinhaltet das Curriculum 538 AE. Mit dem erfolgreichen Abschluss dieser Module wird die Diplomurkunde als „Gruppenpsychoanalytische/r Team- und OrganisationsentwicklerIn“ im ÖAGG verliehen. Alternativ kann als Weiterbildung auch einjährig an den Theorieseminaren teilgenommen werden. Der Abschluss des Lehrganges berechtigt zur Vollmitgliedschaft als graduiertes Mitglied der Fachsektion Gruppenpsychoanalyse im ÖAGG. Auf Wunsch kann zusätzlich im ÖAGG ein Upgradesemester für Lebens- und Sozialberatung (LSB) belegt werden.

Dauer und Kosten des Lehrganges

Die Dauer beträgt im Regelfall 4 Semester. Aufgrund der individuellen Belegung von Selbsterfahrung, Fallarbeit und Supervision ist auch eine längere Dauer möglich. Die

Kosten für Aufnahme, Theorieseminare, Supervision in Kleingruppen sowie Graduierung betragen für den gesamten Lehrgang € 5.598,- zahlbar in drei Semesterraten á € 1.866,-. Nicht in diesem Betrag enthalten ist die erforderliche Gruppenselbsterfahrung. Diese methodenspezifische Selbsterfahrung kann bei einer/m GruppenpsychoanalytikerIn mit Ausbildungsberechtigung absolviert werden. Weiters ist in der Fachsektion Gruppenpsychoanalyse ein jährlicher Mitgliedsbeitrag von derzeit (2014) € 170,- obligatorisch. Als Gesamtkosten des Lehrgangs in der Dauer von 4 Semestern sind somit € 8.938,- zu veranschlagen. Im alternativen einjährigen Theoriecurriculum fallen Gesamtkosten von € 3.828,- an.

Anerkennung

Die Methode der Gruppenpsychoanalyse ist in Österreich gesetzlich anerkannt. Der ÖAGG ist ein zertifizierter Bildungsträger gemäß Ö-Cert, die Weiterbildung kann über staatliche Förderstellen gefördert werden. Die Fachsektion Gruppenpsychoanalyse ist international in den maßgeblichen fachlichen Gremien vertreten. Mitgliedschaften bestehen unter anderem im europäischen Dachverband der gruppenanalytischen Ausbildungsinstitute EGATIN und im internationalen Dachverband IAGP (International Association for Group Psychotherapy and Group Processes), weiters ist die Group Analytic Society International (GASI) ein Kooperationspartner. Gemeinsam mit dem Upgrade LSB im ÖAGG kann eine Eintragung als Lebens- und Sozialberaterin in Österreich erfolgen.

Lehrgangsleitung

Dipl. Psych. Samy Teicher und Mag. Dr. Günter Dietrich,

Fachsektion Gruppenpsychoanalyse

ÖAGG - Österreichischer Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik

Lenaugasse 3, 1080 Wien web: www.oeagg.at/gpa E-mail: gpa-symposium@oeagg.at

* Eine Ausbildungseinheit (AE) beträgt 45 Minuten.

1st IAGP International Congress

on Research and Group Psychotherapy and Processes on Chronic stress



20.–23 November 2014

AEGLI ZAPPEION, ATHENS - GREECE

www.iagpresearchcongress.gr

IAGP

International Association for Group Psychotherapy and Group Processes

www.iagp.com

President of the Congress:

Dr. Catherine Mela (Greece)

Co-President of the Congress:

Prof. David Gutmann (France)

Organizing Committee

Chairing by:

Mela Catherine

(Chair of IAGP Research Committee and
member of IAGP Board of Directors)

Kalantaridou Sophia

(University of Ioannina, Greece)

Makrigiannakis Antonis

(University of Crete, Greece)

DMC – Housing Bureau

Mideast Travel Worldwide Ltd

DMC – Housing Bureau

Mideast Travel Worldwide Ltd

105 – 107, Vas. Sofias Avenue,

GR 115 21, Athens, Greece

Tel: +30 211 211 8888,

Fax: +30 210 642 6147

Email: mice@mideast.gr, [mice@](mailto:mice@mideast.gr)

mideast.gr

Website: www.mideast.gr

Gruppe – Gruppen – Lebensraum

Ein gruppendynamisches Kooperations- und Konkurrenzprojekt von Selbsterfahrungsseminar Laaben – Selbsterfahrungsseminar Schloss Retzhof/Leibnitz – Sensitivity Training Koppl – Gruppendynamik Mühldorf. Die T-Gruppe bietet ein Lernfeld, das von persönlichem Erfahrungslernen bis zum Verständnis von Organisationen reicht. Die Komplexität des Seminarsettings bietet vielfache Möglichkeiten, den Lebensraum Gruppe zu gestalten:

- Person und Gruppe, wie sie sich in wechselseitiger Abhängigkeit entwickeln und arbeitsfähig werden
- die Kleingruppe, wie sie an ihren Themen arbeitet und in Kooperation und Konkurrenz mit den anderen Kleingruppen ihre spezifische Gruppenkultur entwickelt
- Prozesse in Klein- Groß- und Intergruppen, wie sie sich wechselseitig beeinflussen
- gruppendynamische Prozesse in Organisationen, wie sie von Gruppen/Teams/ Einzelnen durchlaufen und gestaltet werden
- Transfer-Erkenntnisse über die jeweils eigene Lebens- Gruppen- Arbeitssituation
- Die Teilnahme am Beobachtungscoaching (Gruppendynamik Mühldorf) bietet die Möglichkeit, Lernerfahrungen aus der Außenperspektive der BeobachterInnen-gruppe zu sammeln, zu analysieren und Modelle des Verstehens gruppendynamischer Prozesse zu erarbeiten.

TrainerInnen: Heinz Baumann, Dr. Michael Burger, Dr. Reinhard Larcher,
Lilli Lehner, Maria Majce-Egger, Mag.^a Susanna Schenk

Zeit: 22. – 26. April 2015

Ort: Reichenau an der Rax, Seminarparkhotel Hirschwang;
www.seminarparkhotel.at

Kosten: € 640,- zzgl. 20 % Ust für 40 Arbeitseinheiten

Info/Anmeldung: Heinz Baumann, Tel 0699 175 77 137, heinz.baumann@gmx.at

Anmeldeschluss: 18.3.2015

Zielgruppe:

Personen, die an Gruppe als Lernfeld interessiert sind, Rollen- und Kommunikationsmuster reflektieren und erweitern wollen. Teammitglieder, Führungskräfte, Menschen, die in und mit Gruppen arbeiten, AusbildungskandidatInnen Gruppendynamik, Dynamische Gruppenpsychotherapie, Psychotherapie, Supervision

Anrechenbar nach den Richtlinien des ÖAGG als Ausbildungsveranstaltung der
FS GD.DG, S SVC, T-Gruppe (GD 4.2.2., TR 4.1.1., DG 4.2.2.1.)
BeobachterInnen Coaching (GD 4.4.1., TR 4.2.2., DG 4.2.2.4.1.)

Fortbildung Für Einzel- und Paartherapie 2015

Paardynamische Konzepte und Interventionen

Paardynamische Konzepte und Interventionen I:

Arbeit am Vordergrund: Vom Paarproblem zur vertieften Liebe

„Du bist nicht so, wie ich Dich will ...“

Kennenlernen grundlegender gestalttherapeutischer, lerntheoretischer und beziehungs-therapeutischer Konzepte, um sie für Gegenübertragungsphänomene und Behandlungserfolg nutzbar zu machen

Leitung: Dr.ⁱⁿ Renate Hutterer-Krisch, Co-Leitung: Mag.^a Barbara Stadler

Zeit: Do, 26. März 2015 16.00–20.00, Fr, 27. März 2015 9.30–17.00 (12 AE)

Paardynamische Konzepte und Interventionen II:

Arbeit am Hintergrund: Elterliche Paar-Beziehungsintrjekte verändern

„Du bist wie Deine Mutter, wie Dein Vater, wie der Opa ...“

Kennenlernen der gestalttherapeutischen Interventionsserie nach Anne Teachworth, um sie für Änderungen nutzbar zu machen

Leitung: Dr.ⁱⁿ Renate Hutterer-Krisch, Co-Leitung: Mag.^a Barbara Stadler

Zeit: Do, 22. Okt. 2015 16.00–20.00, Fr, 23. Okt. 2015 9.30–17.00 (12 AE)

Paardynamische Konzepte und Interventionen III:

Blocksupervision:

Paardynamische Konzepte als Hintergrund für die Handhabung von Gegenübertragungsphänomenen, um sie für den Behandlungserfolg nutzbar zu machen

3 BLÖCKE im WS 2015/16 (je 4 AE)

Leitung: Dr.ⁱⁿ Renate Hutterer-Krisch

Zeit: Fr, 27. Nov. 2015, Fr, 11. Dez. 2015, Fr, 15. Jän. 2016 (12 AE) jeweils 9.45–13.00

Die ersten beiden Seminare sind auch einzeln buchbar.

Für die Blocksupervision wird die Teilnahme an beiden Seminaren empfohlen.

Anmeldung: FS IG / ÖAGG Tel: 01 / 718 48 60 E-Mail: gestalttherapie@oeagg.at

.

Ort & Seminarinfo: Praxis f. Paarcoaching u. Psychotherapie Dr.ⁱⁿ Renate Hutterer-Krisch, Herbert Spieß-Gasse 12, A-2103 Langenzersdorf (Stadtgrenze Wien), Erholungsgebiet Seeschlacht, Tel: 0650 / 390 24 79 Wegbeschreibung: www.paarcoaching.at (Praxis NÖ)

Unterkunftsmöglichkeit für TN außerhalb Wiens www.villa-angelina.at

Kosten: pro Seminar bzw. für die 3 Supervisionsblöcke
€ 210,– für ÖAGG-Mitglieder,
€ 160,– für PsychotherapeutInnen in Ausbildung unter Supervision
€ 270,– für Nicht-Mitglieder

Rücktrittsbedingungen: bei Rücktritt bis 30 Tage vor Seminarbeginn 25% Bearbeitungsgebühr, danach keine Rückerstattung, außer es kann jemand von der Warteliste nachrücken oder ein/e ErsatzteilnehmerIn genannt werden.

Zielgruppe: PsychotherapeutInnen, PsychotherapeutInnen in Ausbildung unter Supervision (mind. 10, max. 14 TeilnehmerInnen)

Therapeutische Jahresgruppe *Macht und Ohnmacht in Beziehungen*

Methode: Psychodrama
Beginn: 30.9.2014; 2-wöchentlich, jeweils Dienstag von 18–21 Uhr;
Einstieg laufend möglich;
Ort: Psychotherapiezentrum, 1060 Wien, Mariahilfer Straße 117/2/21
Kosten: € 55,– / Abend
Info/ Anmeldung: gabriele.fercher@icloud.com; Tel: 0650 705 8005;
Leitung: Gabriele Fercher, MSc & N.N

31. Gruppendynamiktage in Gallneukirchen
16. - 17. Jänner 2015

GD.DG

GESUNDHEIT BEWEGT – Ihre Gesundheit liegt uns am Herzen

Nicht vergessen: Gemüse essen, nicht rauchen, genug schlafen...



Kaum ein anderes gesellschaftlich relevantes Thema beeinflusst unsere Lebensweise so stark. Was, wann und wie viel wir essen, trinken und rauchen, wann wir zu ÄrztInnen gehen und zu welchen, wie viel Sport gut und welches Gewicht „ideal“ ist - all das wird besprochen, beobachtet und diskutiert. Aus diversen Medien erfahren wir, Gesundheit sei teuer und wir wären selber dafür verantwortlich, gesund zu bleiben.

Es ist Ziel dieser Fachtagung, Menschen, die in beratendem und therapeutischem Kontext tätig sind, zum Thema Gesundheit zu inspirieren.

Es erwartet Sie das Thema "Gesundheit" in unterschiedlichen Facetten: In Zahlen ausgedrückt, als soziale Realität, als Norm, als philosophisches Rätsel verkleidet, mit Geschlecht, im Betrieb, institutionalisiert und technisiert, unberechenbar, auch Gesundheit zum Selbermachen, beziehungsrelevant und persönlich.

In der Fachtagung werden Statements aus Theorie und Praxis unterschiedlicher Fachrichtungen und aus unterschiedlichen Perspektiven zusammengeführt. Wir freuen uns auf unsere ReferentInnen, die aus ihren eigenen Lebens- und Arbeitswelten ganz spezifische und spannende Einblicke ins Thema geben werden. Die TeilnehmerInnen sollen durch ihre eigenen Kenntnisse und Wahrnehmungen diese Expertisen ergänzen. Unser Ziel ist es, eine wohltuende Balance aus Zuhören, Nachdenken und Mitreden zu finden, um manches Neues zu erfahren und in die eigene Praxis zu integrieren.

Wir laden die TeilnehmerInnen ein, sich gemeinsam mit den Vortragenden ein differenziertes, vielgestaltiges und bewegtes Bild vom Thema zu machen.

Weil: Wer mehr weiß, muss nicht mehr alles glauben!

Vortragende in alphabetischer Reihenfolge:

Dr. Michael Burger	Von PatientInnen zu KundInnen - und zurück!?
Dr. Johannes Gregoritsch	Gesundheit und Krankheit – Betrachtungen über „objektive“ Dimensionen der Gesundheitsversorgung.
Prof. Dr. Heiner Keupp	Verwirklichungschancen für ein gutes Leben: Die Perspektive der Gesundheitsförderung
Mag (FH) Michael Kurzmann	Männlichkeit, Normkonstruktion in der Gruppe und Gesundheit
Dr. ⁱⁿ Monika Riedel	Daten und Forschungsergebnisse zu prognostizierten Entwicklungen im Gesundheits- und Pflegebereich

Podiumsdiskussion

Anmeldung und Organisation

Infos/Anmeldung:	gallneukirchen2015@gmx.at, www.gddg.at/
Ort:	Hotel Waldheimat, 4210 Gallneukirchen, Oberndorf 23. www.diakoniewerk.at/de/waldheimat
Tagungsbeitrag:	€ 190,- / mit FrühbucherInnenbonus bis 30.11.2014: €160,-
Bankverbindung:	Empfänger: ÖAGG – GD.DG IBAN: AT48 1200 0006 1137 1006 BIC: BKAUATWW
Verwendungszweck:	„GD-Tage 2015“
Zimmerreservierung:	Bitte Zimmer direkt im Hotel Waldheimat buchen. Es gibt ausschließlich Doppelzimmer. Bitte geben Sie an, wen sie als ZimmerpartnerIn wünschen. Weiters bitte wir Sie mitzuteilen, an welchen Tagen Sie am Essen teilnehmen. Es gelten die Stornobedingungen der Waldheimat. Tel: +43 7235/64951, waldheimat@diakoniewerk.at
Anrechenbarkeit:	Die Teilnahme wird als Theorieveranstaltung gemäß den ÖAGG-Ausbildungsrichtlinien der Fachsektion GD.DG im Ausmaß von 10 Stunden anerkannt.

*Die FS IG, Regionalgruppe Wien, lädt herzlich zu den
folgenden Jour fixe Veranstaltungen ein:*

18. November 2014: Peter Battistich: Trauma oder Resilienz? Gestaltarbeit mit dem Fokus auf Resilienzfaktoren

16. Dezember 2014: Elisabeth Salem: Abschied – Formen und Wege der Veränderung

Die Veranstaltungen beginnen jeweils um **20.15 im Theaterhotel Cordial**, Josefstädterstraße 22, 1080 Wien. Wir freuen uns auf Ihr Interesse und Ihr zahlreiches Kommen!
Das Organisationsteam: Etta Hermann-Uhlig, Elisabeth Konecny-Knell, Elisabeth Leitner, Ingeborg Netzer, Sibylle Wirth

OPD 2 Seminar mit Prof. Schüßler:

Ort: Graz

Datum: 27./28. März 2015

Dauer: 20 Einheiten

Kosten: € 280,- für ÖAGG-Mitglieder, € 330,- für Nicht-ÖAGG-Mitglieder (Ust.frei)

Infos: Monika Weitlaner, praxis@monika-weitlaner.at,
Tel.: 0699/126 030 04

*Gestalttage 2015 FS IG
Körper – Selbst – Erfahrung*

Zur Theorie des „leiblichen Selbst“ und ihren praxeologischen Konsequenzen für die Psychotherapie. **23. – 24. Jänner 2015, Graz**

Zum Tagungsthema: Das Körper-Seele-Geist-Problem beschäftigt die Geistesgeschichte seit vielen Jahrhunderten. In den letzten Jahren erhält die psychotherapeutische Diskussion durch die Erkenntnisse der Neurowissenschaften wesentliche Impulse, die aber auch die Gefahr in sich bergen, das Problem naturwissenschaftlich zu reduzieren. Besonders traumatherapeutische Ansätze – aber nicht nur sie – zeigen die Notwendigkeit den „Körper“ in psychotherapeutische Vorgangsweisen einzubeziehen. Der Leib als psychosomatische Einheit soll aus verschiedenen Perspektiven und durch unterschiedliche therapeutische Vorgangsweisen erfahrbar gemacht werden.

Programm

Freitag 23. Jänner

15.00 – 16.00	Anmeldung im Tagungsbüro
16.00 – 16.15	Tagungseröffnung
16.15 – 17.15	Eröffnungsvortrag und Diskussion Elisabeth List: Neurowissenschaft und Psychotherapie
17.15 – 17.45	Pause
17.45 – 18.45	Vortrag und Diskussion: Sylvester Walch: Leibprozesse in der Integrativen Gestalttherapie
18.45 – 19.30	Abendimbiss
19.30	Mitgliederversammlung

Samstag 24. Jänner

09.00 – 10.00	Vortrag und Diskussion Silvia Stoller: Grenzen der Erfahrung und Bestimmung von Geschlecht
10.00 – 10.30	Pause
10.30 – 11.30	Vortrag und Diskussion Michael Rupp: Das Körper-Selbst wecken
11.30 – 12.00	Pause
12.00 – 13.00	Vortrag und Diskussion Mathias Hirsch: Der eigene Körper als Objekt
13.00 – 15.00	Mittagspause
15.00 – 18.00	Workshops
19.00	Fest mit Livemusik von Martini Rosso

Weitere Informationen und Anmeldung unter www.gestalttherapie.at

Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie

Das aktuelle Themenheft 1/2014: „Spiritualität, Axiologie, Biblio-drama“, Hrsg. Sabine Kern und Barbara Pfaffenwimmer.

Aus dem Inhalt:

Sabine Kern, Barbara Pfaffenwimmer: *Vorwort*

Christoph Hutter: *Moreno – Ein Religionskomponist in einer entgötterten Welt*

Teodóra Tomcsányi et al.: *Spiritualität in der psychodramatischen Praxis*

Andrea Nindler: „Wenn eine Welt zusammenbricht ...“

Klaus-Werner Stangier: *Vorhang auf!*

Barbara Pfaffenwimmer: *Bibliodrama – ein Handlungsraum zur Veränderung von perfekt-spirituellen Rollenerwartungen*

Lisa Tomaschek-Habrina: *Management, Organisationsentwicklung und Spiritualität*

Karoline Hochreiter: *Spirituelle Erfahrungsqualität*

Helmut Haselbacher, Sabine Kern, Barbara Pfaffenwimmer: *PsychodramatikerInnen sind HilfsregisseurInnen des Lebens*

Anton A. Bucher: *Auf dem Weg zu einer spirituellen Psychologie?*

Vorschau auf das Heft 2/2014: „Psychodrama interdisziplinär“,

Hrsg. Falko von Ameln und Michael Wieser.

Sonderband 2014: „Jakob Levy Moreno revisited - Ein schöpferisches Leben.

Zum 125. Geburtstag“, Hrsg. Falko von Ameln und Michael Wieser.



Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie

In Zusammenarbeit mit der **Fachsektion für Psycho-drama, Soziometrie und Rollenspiel im ÖAGG** sowie dem Deutschen Fachverband für Psychodrama (DFP).

www.psychodramazeitschrift.com

Bestellungen, Abo-Service:

<http://link.springer.com/journal/11620>

25% Rabatt für ÖAGG-Mitglieder!

Sicherheit gewinnen in der Begegnung mit Anderen

Psychotherapeutische Gruppe für Männer und Frauen mit psychiatrischen Diagnosen



Erfahrungen teilen, Beistand geben und nehmen, Begegnung mit Anderen mit Ihren Ähnlichkeiten und in Ihrer Verschiedenheit. Die Kleingruppe bietet einen geschützten Raum für die Auseinandersetzung mit eigenen Verhaltensmustern und fördert Gesundheit, Wachstum und persönliche Weiterentwicklung.

- Leitung:** Ekkehard Tenschert MSc
Termin: jeweils Dienstag 10:30–12:00 Uhr (außer Schulferien)
Kosten: € 35.– / 90 Minuten; Teilrefundierung möglich
Ort: Praxis3, 1030 Wien, Messenhausergasse 9 / 3
Anmeldung: Bitte vereinbaren Sie telefonisch ein kostenloses Vorgespräch!
Tel: +43 699 191 313 02, Info: www.praxis3.at

Der Mensch wird am Du zum Ich

Psychotherapie (Integrative Gestalttherapie) und Selbsterfahrung in der Kleingruppe



Die Gruppe bietet einen geschützten Raum, in dem wir uns auch mit den Seiten zeigen können, mit denen wir sonst allein bleiben. In der Begegnung mit anderen erfahren wir etwas, das wir nicht aus uns selbst schöpfen können.

- Leitung:** Ekkehard Tenschert
Termin: jeweils Mittwoch 18:30–20:00 Uhr (außer Schulferien)
plus 2 begleitende Wochenenden / Jahr
Kosten: € 35.– / 90 Minuten ; Teilrefundierung möglich
Ort: Praxis3, 1030 Wien, Messenhausergasse 9 / 3
Anmeldung: Bitte vereinbaren Sie telefonisch ein kostenloses Vorgespräch!
Tel: +43 699 191 313 02, Info: www.praxis3.at

Jahres-GRUPPE ab September 2014 *Gestalttherapeutische Selbsterfahrung*



Inhalt der Selbsterfahrungsgruppe sind Ihre aktuellen Probleme und Themen sowie die Entwicklungen im Gruppengeschehen. Sie lernen, sich und andere wieder mit Freude und Lebendigkeit wahrzunehmen und erweitern Ihre Fähigkeit, Beziehung zuzulassen und das eigene Leben mit anderen bewusst zu gestalten.

Als PsychotherapeutInnen-Paar bieten wir Ihnen ein männliches und ein weibliches Gegenüber. Wir sorgen für einen sicheren Rahmen und eine Atmosphäre von Vertrauen, Wertschätzung, Unterstützung und Offenheit. In der Sicherheit der Runde entsteht zunehmend Raum zur Bewältigung von persönlichen Krisen, Konflikten und Defiziten.

Indem Sie sich Platz nehmen und anderen Platz geben, entsteht für alle Gruppenmitglieder die Möglichkeit, ihr „So-geworden-sein“ vor ihrem familiären Hintergrund zu begreifen und Verletzlichkeit, unerwartete Einsichten und Neues im Kontakt zuzulassen.

Voraussetzungen: Kostenloses Vorgespräch, regelmäßige Teilnahme, Teilnahme an 2 Gruppenwochenenden. www.psyonline-at/wirth und www.tz8.at

Info/Anmeldung: Sibylle Wirth und Adalbert Gschosmann

Kosten: € 40,- pro Abend, € 340,- pro Wochenende

Telefon: 06991/ 94 77 564 und +43 01 402 17 00

E-Mail: sibylle.wirth@chello.at und a.gschosmann@tz8.at

Anmeldeschluss: Anmeldung laufend möglich

Gruppenleitung: Sibylle Wirth, Adalbert Gschosmann

Info: Sibylle Wirth, Psychotherapeutin, Integrative Gestalttherapie (ÖAGG), Supervisorin, Imago Paartherapeutin. Lehrauftrag an der Universität für Musik und Darstellende Kunst.

Adalbert Gschosmann, MSc, DSA, Psychotherapeut, Integrative Gestalttherapie(ÖAGG), Supervisor, Coach(ÖAGG), IMAGO-Paartherapeut.

Veranstaltungsort

Praxisgemeinschaft Kirchengasse 43/9, 1070 Wien

Ergänzungscurriculum: Körperorientiertes Vorgehen in der Psychotherapie mit Dr. Sylvester Walch

Ziel dieser dreiteiligen Seminarreihe ist die sinnvolle Integration körperzentrierter Interventionen in den Prozess einer ganzheitlich orientierten Psychotherapie. Schmerzhafter Lebenserfahrungen, verdrängte Gefühle und psychische Probleme können erst dann tief greifend geheilt werden, wenn die dazugehörigen leiblichen Repräsentationen (u.a. chronische Kontraktionen, Energieverlust oder selbstdestruktive Muster) genügend Berücksichtigung finden. In einer Kombination von Selbsterfahrung und Kompetenztraining soll die heilende Wirkung intensiver Leibarbeit direkt erfahrbar werden, um im eigenen Berufsfeld Leibinterventionen fachkundig anwenden zu können. In Theorie und Praxis werden dabei drei körpertherapeutische Tiefungsebenen näher behandelt: a) das Ansprechen und das Verstärken von Körperausdruck und non-verbalen Signalen, b) die direkte Berührung und c) die Begleitung autonomer Körperreaktionen. Des Weiteren werden die Unterschiede und Anwendungsbereiche von katalytischen (konfliktzentrierten) und nährenden (abschmelzenden) Interventionen dargestellt und geübt. Ferner wird auf spezielle Gesichtspunkte wie Übertragung, Widerstand sowie Umgang mit schweren Traumatisierungen und Persönlichkeitsstörungen eingegangen.

Zielgruppe:	PsychotherapeutInnen (graduiert und in Ausbildung)
Kosten:	€ 680,- pro Seminar plus Unterkunft / Verpflegung
Termine:	2.12.–6.12.2015; 29.4.–3.5.2016 und 2.10.–6.10.2016
Beginnzeit:	am 1. Tag eines Seminars um 16.30 und Ende am letzten Tag um 12.00
Leitung:	Dr. Sylvester Walch
AssistentIn:	Dr. ⁱⁿ Melitta Schwarzmann
Ort:	Seminarhaus Holzöstersee (Raum Salzburg), A- 5131 Franking, Holzleithen 15

Info & Anmeldung: Dr. Sylvester Walch, Bachstr. 3, D-87561 Oberstdorf
Mail: sylvester@walchnet.de Web: www.walchnet.de

Sylvester Walch, Dr., geb. 1950, Ausbilder für Psychotherapie, u.a. Integrative Therapie, Integrative Gestalttherapie, transpersonale Psychotherapie und holotropes Atmen. Begründer des Ergänzungscurriculums für körperorientiertes Vorgehen in der Psychotherapie. Lehraufträge an verschiedenen Universitäten im deutschsprachigen Raum. Buchautor.

Transpersonale Selbsterfahrung und Holotropes Atmen

Dieses Seminar ist für Menschen gedacht, die gerne die Möglichkeiten ihres Bewusstseins nützen möchten, um die seelische Gesundheit zu fördern, brachliegende Potenziale zu entfalten und spirituelle Einsichten zu gewinnen. Mit Hilfe von veränderten Bewusstseinszuständen, hervorgerufen durch beschleunigtes Atmen (holotropes Atmen nach Stanislaw Grof), evokative Musik und prozessuale Körperarbeit, können auf einer tieferen Ebene innere Konflikte bearbeitet und einengende Lebensmuster aufgelöst werden. Dabei werden bedeutsame lebensgeschichtliche Erlebnisse, sogar bis hin zu peri- und pränatalen Einflüssen, heilsam integriert. Es können aber auch archetypische, spirituelle und mystische Erfahrungsebenen der Seele zugänglich werden, die über die gewohnten Raum- und Zeitgrenzen hinausgehen. Dadurch können Lebensprozesse tiefer verstanden, intuitive Fähigkeiten gefördert und das Vertrauen in die innere Weisheit gestärkt werden. Unterstützt durch persönlichen Erfahrungsaustausch in der Gruppe und in Kleingruppen, regelmäßige Meditationen und kontemplative Übungen werden die Erfahrungen weiter aufgearbeitet, integriert und vertieft, sodass die Erlebnisse in einem sinnvollen Bezug zum Alltag verstanden und umgesetzt werden können.

Leitung: Dr. Sylvester Walch

Zeit: 20.2.–24.2.2015; 3.6.–7.6.2015 und 23.10.–27.10.2015
(bei Anmeldung unbedingt Terminwunsch bekannt geben)

Ort: Seminarhaus »Holzöstersee« (Franking – Raum Salzburg)

Kosten: € 680,-

Info: Dr. Sylvester Walch, Bachstraße 3, D-87561 Oberstdorf

Anmeldung: Telefon: +49 83 22 66 11 Fax: +49 83 22 66 01

E-Mail: sylvester@walchnet.de Website: www.walchnet.de

Einführungsliteratur: Dimensionen der menschlichen Seele. 5. Aufl., 452 S., Düsseldorf 2012, Patmos.

Weiterführende Literatur: Vom Ego zum Selbst. 2. Aufl. 325 S., München 2013.

Seminarreihe – STW: Seelische Integration, transpersonale Transformation und spiritueller Weg. Start des 9. Durchgangs: Frühjahr 2016.

3-teilige Seminarreihe: Körperorientiertes Vorgehen in der Psychotherapie. Start des nunmehr 5. Durchgangs, Herbst 2015.

Seminar für Verantwortungsträger: Führen mit der Kraft der Inneren Weisheit. Termin: 17.3.–20.3.2015. Details siehe Homepage.

Nähere Infos für alle Veranstaltungen, Radiointerviews, etc. siehe: [www.walchnet](http://www.walchnet.de)

INSPIRIERT.

Ein Plädoyer für ein neues Menschenbild. Sylvester Walch zeigt als profunder Kenner der menschlichen Psyche einen ganzheitlichen Weg der Selbstverwirklichung, der die spirituelle und psychische Entwicklung fördert. Praxisorientierte Reflexionen und meditative Übungen helfen innere Hindernisse zu überwinden, um die eigenen Potenziale besser entfalten zu können.



www.walchnet.de

© FinePic®, München

So liest man heute

VERLAGSGRUPPE
Droemer Knaur*

Grundlagen der Tiefenpsychologie
Buchreihe: Bibliothek der Psychoanalyse

Gerald Mackenthun

*Verlag: Psychosozial-Verlag, 360 Seiten, Gebunden,
165 x 240 mm, Erschienen im November 2013
ISBN-13: 978-3-8379-2285-1, Bestell-Nr.: 2285*



360 Seiten, ergänzt durch ausgelagerte Kapitel im Internet, bieten einen beinahe enzyklopädischen Überblick über den Begriff „Tiefenpsychologie“ im allerweitesten Sinn. Mangelhaftes Wissen über Tiefenpsychologie sei „eine bedauerliche und eigentlich unverzeihliche Nachlässigkeit“ (S. 13). Daher wendet sich der Autor an „Studierende der Psychologie und andere Interessierte, die einen ersten Überblick...erhalten möchten.“ Für diesen Überblick hat G. Mackenthun sieben Standardwerke der Sekundärliteratur seiner Wahl „dankbar benutzt“ und mit einer Fülle von Informationen aus weiteren Quellen ergänzt. Die ersten 90 Seiten sind der Einordnung in das begriffliche Umfeld, der Vorgeschichte und der Geschichte der Tiefenpsychologie gewidmet, die der Autor als „eine fachübergreifende Methode der Menschenkenntnis“ (S. 288) bezeichnet. Alle ihre Schulen befassen sich mit „... psychischen Vorgängen, die mehr oder weniger unbewusst Verhalten und Erleben beeinflussen, grundsätzlich aber bewusst werden können.“ (S. 33)

Ganze 60 Seiten befassen sich mit den Pionieren Sigmund Freud, Alfred Adler und C. G. Jung, weitere 64 mit einer Reihe von Vertretern der Neopsychoanalyse, der Humanistischen Psychologie und des Personalismus. Auf nochmals etwa 100 Seiten setzt sich der Autor mit einer Auswahl des Begriffsinventars aus seiner Sicht und mit seinen persönlichen Interpretationen auseinander. Ein „Ausblick“, ein Anhang in Form von Anmerkungen und kommentierten Literaturhinweisen sowie ein umfangreiches Schlagwortverzeichnis sind den Ausführungen angefügt.

Dem Verständnis des Autors zufolge verhält sich die Psychoanalyse zur Psychologie ähnlich wie die Alchemie zur Chemie (S. 120). Sie habe eine bahnbrechende Funktion, sei aber im wesentlichen ein Konglomerat gefährlicher Irrtümer. Sigmund Freud sei ein Materialist gewesen (S. 261), der sich gegenüber seinen Patientinnen „problematischer Suggestionen“ bedient habe und therapeutisch erfolglos geblieben sei (S. 291).

Seine Ausführungen seien „abstruse sexuelle Mythologie“ (S. 327) und er habe einem „hemmungslosen Spekulieren gefrönt“ (S. 332). Die „Allaussagen“ der Pioniere widersprächen dem „gesunden Menschenverstand“ (S.37). Je weiter die Vertreter der Psychoanalyse sich von Freud entfernt haben, desto milder wird zwar die pejorative Kritik des Autors, aber auch Alfred Adler wird noch „Unfähigkeit zur wissenschaftlichen Arbeit“ vorgeworfen (S. 132) und dessen anatomische Kenntnisse als praktizierender Arzt hätten „jeder Beschreibung gespottet“. Er habe den Nabel für ein Organ des Ernährungstraktes gehalten (S. 131 –der Quellenbezug für diesen massiven Vorwurf wird der Leserschaft allerdings verschwiegen). C. G. Jungs Analytische Psychologie sei ein „blamabler Unfall der Tiefenpsychologie“ (S.159) gewesen. Die Psychoanalyse bleibt das ganze Werk hindurch vorwurfsbedacht - von ihren Grundkonzepten bis zu den späten Auswirkungen. „Eine weitere Steigerung der Menschenverachtung von Psychiatern und Psychoanalytikern“ (S. 41) sei in den Praktiken des Psychoanalytikers John N. Rosen zu finden, zu dessen therapeutischen Praktiken „erzwungener Geschlechtsverkehr“ „und körperliche Misshandlungen der Patienten und Patientinnen“ – teilweise mit Todesfolge – gehörten. (S. 41)

An die weit gefassten Ausführungen über werkbezogene biografische Details der Protagonisten schließen sich geraffte Darstellungen einer Reihe von Vertretern der in der Folge entstandenen Schulen. Der Neoanalyse werden mit entsprechender Begründung 15 Vertreter_innen – von Anna Freud bis Michael Balint – zugeordnet. Kinderanalyse, Säuglingsforschung, Spezialisierung auf Teilgebiete der Tiefenpsychologie und Ausweitung des Anwendungsbereiches in Grenzgebiete zur Organmedizin sind einige der Schwerpunkte, in denen sie sich unterscheiden.

Die Humanistische Psychologie wird ihrer „größten Überschneidungen mit der Tiefenpsychologie“ (S. 199) wegen in die Übersicht aufgenommen. Neun Vertreter werden vorgestellt, deren jeweils verschiedenes Menschenbild ihre tiefenpsychologischen Theorien und therapeutischen Zugänge geprägt hat. Von Abraham Maslow bis Erik Homburg Erikson reicht das Spektrum, ergänzt durch ein Kapitel über Feministische Psychotherapie, die „keine eigenständige Therapieform“ (S. 212) darstellt, sondern eher eine schulenübergreifende Bewegung, die sich patriarchalen Strömungen herkömmlicher Formen entgegenstellt. Dem auf Emmanuel Mounier zurückgehenden Personalismus sind Einzeldarstellungen der Sichtweisen von Max Scheler, Nicolai Hartmann und Josef Rattner gewidmet.

Begriffe wie das Unbewusste, die Traumdeutung, Übertragung und Gegenübertragung, Widerstand und Verdrängung, Hermeneutik und Therapie werden vom Autor

aus mehreren Blickwinkeln in seiner eigenen Interpretation wiederholt dargestellt und dienen der ausführlichen Erläuterung seiner persönlichen Sichtweise. In den abschließenden Erläuterungen zum Thema Therapie sieht der Autor nach langen zentrifugalen Bestrebungen eine Konvergenz der Schulen, die zunehmend interdisziplinär agieren. Als besonders richtungsweisendes Konzept gilt ihm dabei Klaus Grawe, der „fünf grundlegende Faktoren, die in jeder Therapierichtung präsent sind“ (S. 312), beschreibt, und der dafür plädiert, „die klassischen Therapieschulen aufzugeben und sich stattdessen an den Faktoren zu orientieren, die für die heilende Wirkung...verantwortlich sind.“ (S. 313). Herkömmliche Schulen seien zu sehr von Dogmatismen beherrscht, moderne Psychotherapie müsse empirisch fundiert sein. „Nicht die Veränderung der gesamten Persönlichkeit ist das Ziel <der Therapie>, sondern die Auflösung oder Verringerung von Symptomen oder eine begrenzte Verhaltensänderung.“ (S. 314). Nicht zuletzt wegen der Finanzierung durch die Krankenkassen zieht der Autor eine streng formalisierte Diagnostik, wie sie den ICD-Texten entspricht, und die messbare Minderung von Symptomen der ursachenorientierten Psychoanalyse vor, deren Vertreter „sich beharrlich weigern, die Effektivität ihrer fast schon esoterischen Behandlungsmethode überprüfen zu lassen“ (S. 313). Auf das Problem und die Bedenklichkeit, die Komplexität eines analytisch induzierten Reifungsprozesses auf katalogisierbare Merkmalsvektoren herunterzubrechen, geht er nicht ein.

Fazit: Insgesamt stellen die „Grundlagen der Tiefenpsychologie“ einen umfassenden Überblick über weltanschauliche, philosophische, neurobiologische und therapeutische Konzepte dar, die ihre Wurzeln in tiefenpsychologischen Denkansätzen haben und deren Einfluss auf die soziale Gegenwart unübersehbar ist. Der Autor vertritt dabei einen wertenden Standpunkt, von dem aus Dokumentierbarkeit von Effizienz mit Effizienz gleichgesetzt wird. Das Problem der Messbarkeit therapeutischen Fortschritts wird der Psychoanalyse gegenüber als Vorwurf artikuliert. Obschon vom Autor für „Studierende und Interessierte“ gedacht, übersichtlich gegliedert, gut lesbar und mit der Sensationslust des Lesers spielend, ist es wegen seiner einseitig pejorativen Kritik an den psychoanalytischen Konzepten eher zur Diskussionsanregung in Fachseminaren geeignet.

Anna Blaha

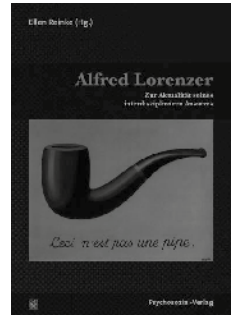
REZENSIONEN

Alfred Lorenzer. Zur Aktualität seines interdisziplinären Ansatzes

Ellen Reinke (Hrsg.)

Gießen, Psychosozial-Verlag 2013,

ISBN 978-3-8379-2288-2



„Lorenzers Werk hat in die Psychoanalyse selbst wie in zahlreiche weitere Disziplinen ausgestrahlt. Es wird sowohl in seinen metatheoretischen wie methodologischen Schwerpunkten in mehreren Disziplinen aufgenommen und weiterentwickelt. Die hier versammelten Autoren und Autorinnen – in der Mehrzahl Mitarbeiter und Schüler Lorenzers – nehmen die Diskussion seines von Freud ausgehenden Werkes an wesentlichen Punkten auf und stellen es in aktuelle Diskussionen (Reinke 2013, 7).“

So führt Ellen Reinke in den von ihr herausgegebenen Sammelband „Alfred Lorenzer. Zur Aktualität seines interdisziplinären Ansatzes“ ein. Rund zwei Jahrzehnte nach dem Tod des bedeutenden deutschen Sozialforschers, Wissenschaftstheoretikers und Psychoanalytikers kommt diesem Werk damit die Funktion zu, wesentliche wissenschaftliche Leistungen von Lorenzer zusammenzufassen, in die Gegenwart weiterzuführen und auch einem jüngeren Fachpublikum vorzustellen. Denn, wie die Herausgeberin anmerkt, ist ihr Kreis der ehemaligen MitarbeiterInnen und SchülerInnen Lorenzers selbst „auch schon in die Jahre gekommen“ (ebd., 19).

Reinke gliedert das Buch in zwei Teile: Der erste Teil bringt Beiträge zu den Grundlagen des Werks Lorenzers, der zweite Teil widmet sich der Anwendung von Alfred Lorenzers zentralem Forschungsgegenstand – der Tiefenhermeneutik. Hier ist besonders eine wichtige Originalarbeit von Lorenzer anzuführen, „Tiefenhermeneutische Literaturinterpretationen“ von Alfred Lorenzer und Achim Würker aus dem Jahr 1987, die die Methode in komprimierter Form gebündelt darstellt. Insgesamt sind die Buchbeiträge in diesem Band so vielfältig, dass in dieser Rezension nur exemplarisch darauf eingegangen werden kann.

Die Herausgeberin Reinke unternimmt in ihrem Beitrag „Hermeneutik des Leibes. Psychoanalyse zwischen Leiblichkeit und Vorstellungsarbeit“ für den Grundlagenteil eine fundierte Standortbestimmung der wissenschaftlichen Einordnung des Werkes

Lorenzers. Der Ausdruck „Hermeneutik des Leibes“ ist auf Lorenzer selbst zurückzuführen und verweist auf seine Mittelposition in der in der abendländischen wissenschaftlichen Tradition uralten Frage des Verhältnisses von Leiblichkeit und Geistigkeit, was in Philosophie und Psychologie oft als Leib-Seele-Problem beschrieben worden ist. Lorenzer korrigiert gewissermaßen einen alten Irrtum von Freud, der seither in der Tradition der Psychoanalyse fortgeschrieben worden war: Nämlich den Widerspruch eines naturwissenschaftlich-neuropsychologischen Selbstverständnisses mit einer den Geisteswissenschaften entlehnten Forschungsmethodik, was der Psychoanalyse schon früh in ihrer Geschichte den Vorwurf der Unwissenschaftlichkeit eingebracht hat, man denke nur an Karl Bühlers kritische Charakterisierung Freuds als „Stoffdenker“ (Bühler 1929, 165). In spannender und klar argumentierter Form greift Reinke auf das neurobiologische Frühwerk Freuds zurück, das für viele Jahrzehnte in der wissenschaftlichen Diskussion zu Freud ausgeblendet geblieben und nicht in den Gesammelten Werken erfasst worden war. Dazu geradezu stimmig erscheint die von Reinke angeführte Fehlдатierung der wichtigsten psychotherapeutischen Arbeit Freuds aus den frühen Jahren durch die HerausgeberInnen der Gesammelten Werke, nämlich „Psychische Behandlung (Seelenbehandlung)“ aus dem Jahr 1890, die auf 1905 datiert erfasst worden war, wie um mit dieser Fehlдатierung das Weglassen aller anderen frühen Schriften rechtfertigen zu können.

Aus diesen frühen Arbeiten Freuds, unter besonderer Bezugnahme auf Freuds Aphasie-Studie von 1891, leitet Reinke Freuds „völlig neuartige erkenntnistheoretische Position zwischen Natur- und Humanwissenschaften“ (ebd., 38) ab. Darin ist die Trennung zwischen Neurologie und Psychoanalyse aufgehoben und, im heutigen Sprachgebrauch formuliert, unter einer sozialwissenschaftlichen empirischen Perspektive der Blick auf die Behandlungsbeziehung zwischen TherapeutIn und PatientIn eröffnet. Alfred Lorenzer gebührt der Verdienst, Freuds wissenschaftliche Position konkret bestimmt, wissenschaftstheoretisch ausformuliert und modern differenziert zu haben. So entstand die heute weithin anerkannte metatheoretische Fundierung der Psychoanalyse als tiefenhermeneutisches Verfahren.

Ohne die enorme wissenschaftliche Bedeutung Lorenzers oder auch die Qualität der Darstellung Reinkes anzweifeln zu wollen, sei kritisch angemerkt, dass Reinkes Argumentation der in der Psychoanalyse leider immer noch verbreiteten idealisierenden Great-Man-Theory-Of-History folgt, die von Generation zu Generation erneut am fantasierten Übervater Freud abgearbeitet wird. In dieser Sichtweise wird Lorenzer zum gleichsam wahren Sohn Freuds, der so in idealisierter Form seiner SchülerInnengruppe wiederum machtvolle Identifikationsmöglichkeiten als symbolische Enkelkinder des Gründervaters der Psychoanalyse eröffnet.

Im Aufsatz „Zwischen Erlebnis und Geschehen. Zum Traumabegriff bei Alfred Lorenzer“ von Gottfried Fischer und Monika Becker-Fischer verbinden die AutorInnen Lorenzers Verständnis der „traumatischen Neurose“ mit den neueren Ergebnissen ihrer psychotraumatologischen Forschungen. In Abgrenzung von einer deskriptiv-symptom-orientierten Sichtweise, wie sie für diagnostische Manuale charakteristisch ist, folgen sie Alfred Lorenzers psychoanalytischen Zugang einer dynamischen Sicht auf den psychischen Apparat, die an der Schnittstelle zwischen psychischen Phänomenen und neurobiologischen Funktionen angesiedelt ist. Traumata folgen keinen nomologischen Gesetzmäßigkeiten (im Sinne einer definierten Wenn-Dann-Relation), sondern erfordern den Zugang über eine hermeneutische Erfahrungswissenschaft. Die Traumaforschung kann somit als Modellfall der im deutschsprachigen Raum weiter zu etablierenden Psychotherapiewissenschaft gesehen werden, für die die Autorinnen ebenfalls die Basis einer hermeneutischen Erfahrungswissenschaft vorschlagen.

Exemplarisch für die zahlreichen Anwendungsbeispiele zur Tiefenhermeneutik sei der Beitrag von Anas Nashef „Subjektivität der Hoffnung und Hoffnung der Subjektivität. Szenisches Verstehen im Israel-Palästina-Konflikt“ vorgestellt. Nashef beschreibt seine empirische Studie mit Forschungsinterviews mit tiefenhermeneutischer Auswertung mit Palästinensern und Israelis. Über Lorenzers Methode des „szenischen Verstehens“ wurden 20 Tiefeninterviews ausgewertet und im Beitrag in exemplarischen Ausschnitten vorgestellt. Individuell werden so Typen von Konfliktbewältigungsstrategien sichtbar, die einerseits festgefahrene Feindbilder stabilisieren, aber auch die „Widerständigkeit der Subjekte“ offenbaren und Hoffnung auf Veränderung ermöglichen. Wirkliche Chancen zeigen sich dort, wo Raum für die oft schmerzliche, die Konfliktparteiengrenze überschreitende, interpersonelle Begegnung geschaffen wird.

Das Werk Alfred Lorenzers ist es wert, im Gedächtnis gehalten und weiterentwickelt zu werden. Besonders für die derzeit in der Phase der Etablierung befindliche Disziplin der Psychotherapiewissenschaft ist sein interdisziplinärer Ansatz und seine wissenschaftstheoretische Grundlage ein wertvoller Beitrag. Der Sammelband von Ellen Reinke liefert dazu eine gut gesetzte Auswahl, die von den Haupttheorien Lorenzers bis in die aktuelle Anwendungsforschung führt.

Günter Dietrich

Bühler, Karl (1929): Die Krise der Psychologie. Jena: Gustav Fischer

Redaktionsschluss & Erscheinungstermine für die nächsten Ausgaben

Ausgabe	Redaktionsschluss	Erscheint
Feedback 1&2 – Krisenintervention	28.2.2015	Anfang April 2015
Feedback 3&4 – Supervision und Coaching	15.9.2015	Ende Okt. 2015

Bibliotheksöffnungszeiten

Die Öffnungszeiten der ÖAGG-Bibliothek:

Ein Mittwoch im Monat von 17.30–20.00 Uhr:

5. November 2014, 3. Dezember 2014, 7. Jänner 2015, 11. Februar 2015, 11. März 2015

Ein Freitag im Monat von 15.00–19.00 Uhr:

24. Oktober 2014, 28. November 2014, 19. Dezember 2014, 23. Jänner 2015,
27. Februar 2015, 27. März 2015

ÖAGG

Österreichischer Arbeitskreis
für Gruppentherapie und Gruppendynamik

P.b.b.

Erscheinungsort Wien | Verlagspostamt 1080 Wien
Aufgabepostamt 1010 Wien | Zulassungsnummer: 02Z032586 M
Laufende Nummer: 354 | ZVR: 662792666 | ISSN 2226-9002

Medieninhaber: ÖAGG

Lenaugasse 3, A -1080 Wien
Tel. +43 /1/405 39 93 | Fax +43 /1/405 39 93-20
Email: office@oeagg.at | Internet: www.oeagg.at

Herausgeber: Mag.^a Maria-Anna Pleischl, Mag. Dr. Günter Dietrich
Redaktion: feedback@oeagg.at
Produktion: flyeralarm | Auflage: 2250