

I Grundlagen

1 Vorgeschichte

Während unserer praktischen beruflichen Laufbahn bemerkten wir beide, zeitlich voneinander unabhängig, Schwankungen in der Güte unserer therapeutischen Arbeit. Wir begannen nach Mitteln zu suchen, die uns in einen „guten Arbeitszustand“ bringen würden. Wir erprobten sowohl kreatives Visualisieren und Affirmationen nach Gawain (1993) als auch, mit einem gewissen Erfolg, eine Form der Selbsthypnose, die von Milton Ericksons Ehefrau Betty stammt (Grinder & Bandler 1989). Trotzdem nahmen wir davon Abstand, u. a. wegen einer intuitiven Abneigung gegen Dissoziation.

Bei der Auswahl unserer Ausbilder war uns stets nicht nur deren fachliche Kompetenz ein wichtiges Kriterium, sondern insbesondere auch die Frage, inwieweit sie ihre Persönlichkeitsentwicklung vorangebracht hatten. Wir fanden heraus, dass viele von ihnen Meditation praktizierten. In diesem Zusammenhang beeindruckten uns bei unseren Selbsterfahrungsleitern besonders die Präsenz von Professor Peter Schendl, Braunau/Inn, Professor Dr. Willi Butollo (1984, ab S. 192), München und die Intuition von Dr. Hunter Beaumont. Beaumont (1998a) arbeitet seit vielen Jahren mit Achtsamkeit des Psychotherapeuten (auch wenn er es nicht so nennt) und bildet Psychotherapeuten unter vielem anderen auch darin aus. Das Vorbild unserer Lehrer legte nahe, einen spirituellen Weg zu gehen. So begannen wir, Zen zu üben. Mit der Zeit beobachteten wir, dass das Üben für uns in unserer Arbeit als Psychotherapeuten unentbehrlich wurde. Und das trotz ausbleibender „Erleuchtung“ oder sonstiger fulminanter Erlebnisse. Weiters bemerkten wir, dass Zen das Gegenteil von Dissoziation bedeutet, nämlich Präsenz.

Dieser Text ist urheberrechtlich geschützt.

Ein Übersichtsartikel über Achtsamkeit in der Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin von Heidenreich & Michalak (2003) informierte uns, dass zunehmend Zen in der Wissenschaft als psychotherapeutisch wirksam erkannt und untersucht wird. Die Lektüre des Artikels deutete aber auch darauf hin, dass bisher Achtsamkeit lediglich als psychotherapeutische Intervention genutzt wurde.

Schließlich kam das Interesse auf – offenbar erstmalig – Effekte von Zen bei Psychotherapeuten auf Behandlungsergebnisse nicht nur phänomenologisch, sondern auch naturwissenschaftlich zu erkunden.

Hinweis zum Sprachgebrauch

Die Begriffe „Patient“, „Psychotherapeut“ usw. stehen stets für beide Geschlechter. Mit dieser traditionellen Schreibart wollen wir die Lesbarkeit des Textes erleichtern.

2 Psychotherapie

„Wenn man eine Weile in diesem Bereich geforscht hat, merkt man, dass der meiste Schmerz nicht durch schlechte Erfahrungen in der Kindheit entstanden ist, sondern weil wir in der Kindheit unser wahres Selbst verlassen haben. Und die Sehnsucht nach Liebe in der Einsamkeit ist oft nur die Sehnsucht nach dem wahren Selbst.“ (Hunter Beaumont 1993, S. 145)

Als derzeit sozialrechtlich anerkannte Therapieschulen gelten in der Bundesrepublik Deutschland die Psychoanalyse, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Freud 1960, Schultz–Hencke 1988, Greenson 1981, Pongratz 1975, aktuell: Ermann 1999 und Klusmann 1998) und die Verhaltenstherapie (Hand & Wittchen 1989, Sulz 1987, Reinecker 1990, Kanfer, Reinecker & Schmelzer 1990, Linden & Hautzinger 2000, Margraf 2000). Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten können lediglich Therapiestunden mit der Krankenkasse abrechnen, die mit einem der drei genannten „Richtlinienverfahren“ durchgeführt wurden.

Neben einer nachgewiesenen Wirksamkeit bei psychischen und psychosomatischen Störungen (u. a. Grawe, Donati & Bernauer 1994) verfügen sie über ein Inventar psychotherapeutischer Techniken und über Verfahren zur psychotherapeutischen Problemanalyse mit daraus folgenden Therapiezielen und Interventionen.

Die Psychoanalyse hat traditionell seit Sigmund Freud (1960) ihre Erkenntnisse durch Anwendung ihrer Technik in Behandlungen und Lehranalysen gewonnen. Der Hintergrund war geisteswissenschaftlich hermeneutisch (Dilthey 1959). Zunehmend ist ein Bestreben nach naturwissenschaftlicher Fun-2

dierung erkennbar (z. B. bei Forschungsgruppen um Weiss (Weiss, Sampson & The Mount Zion Psychotherapy Research Group 1986) in San Francisco, um Kächele (Kächele & Dahlbender 1993) in Ulm, Nickel (2000, 2004a, 2005a, 2005b, 2006a, 2006b, 2006c, 2006d) erst in Simbach am Inn/Niederbayern, jetzt in Bad Aussee/Österreich).

Umgekehrt verhält es sich beim Werdegang der Verhaltenstherapie: Sie betonte von Anbeginn an [z. B. John B. Watson *1878 †1958, Edwin Guthrie *1886 †1959, Edward L. Thorndike *1874 †1949 (sh. zusammenfassend: Lefrancois 1976) und Skinner (1973)] eine naturwissenschaftliche Fundierung und entwickelte erst schrittweise ein komplexes Verständnis psychotherapeutischer Sachverhalte [sh. u. a. Hand (1989), Caspar (1996), Grawe, Donati & Bernauer (1994), Grawe (2000), Young (2003)].

Bei unterschiedlichem theoretischen Hintergrund und Herkommen fanden beide Therapieschulen ähnliche Phänomene: Kernkonflikte/Schemata, Abwehrmechanismen/Schemabewältigungsstile, Ich-Zustände / Modi usw. (u. a. Kächele & Dahlbender 1993, Caspar 1996, Grawe, Donati & Bernauer 1994, Grawe 2000, Young 2003). Es gibt derzeit auch Bestrebungen, auf der Basis neurowissenschaftlicher Forschungsergebnisse und psychologischer Grundlagenforschung eine einzige noch verbleibende anerkannte Psychotherapieschule zu etablieren, im Sinne einer sogenannten „Allgemeinen Psychotherapie“ (Grawe 2004). Soweit der offizielle Teil.

Viele Psychotherapeuten sehen dennoch einige weitere Therapieansätze als unentbehrlich an. Der Regensburger Psychologieprofessor Adolf Vukovich (keine Quellenangabe möglich) hat in seinen Vorlesungen in Analogie zur Rhetorik den problemanalytischen Teil einer Psychotherapieschule als deren Inhaltstopik (Topos) und den Bereich des Inventars therapeutischer Techniken als deren Formtopik bezeichnet. Entsprechend ausgebildete Psychotherapeuten sind in der Lage, mit der Inhalts- und Formtopik einer Therapieschule zu arbeiten, aber auch mit dem Problemverständnis (Inhaltstopik) einer Schule und bei diesem Hintergrund Interventionen (Formtopik) anderer Schulen einzusetzen. Es ist ihnen auch möglich, diejenige der ihnen zur Verfügung stehenden Formtopik für einen Patienten auszuwählen, die dessen Situation am ehesten gerecht wird. Eine praktisch fruchtbare Sichtweise besteht somit darin, dass diese Ansätze quasi Problembereichs – Achsen zugeordnet werden können. Beaumont (1999a) vertritt die Position, verschiedene therapeutische Ansätze würden auf ihre je eigene Weise einen oder mehrere Aspekte betonen. So könne die Problemsicht für einen Patient beinhalten, dass das Problem als **erlerntes Muster** angesehen werde, das durch Verhaltenstherapie oder Hypnose behandelt werden könne oder als psychodynamisch **verzögerte Entwicklung oder als Defizit**, das durch Gestalttherapie oder Psychoanalyse behandelt werden könne oder es leide jemand an den Folgen eines **schweren**

Dieser Text ist urheberrechtlich geschützt.

Schicksalsschlages (wohl Trauma-Ebene), an dem auch die Psychotherapie nichts ändern könne und es um eine Hilfe für den Patienten gehe, damit zu leben. Eine weitere Ebene sei die **systemische**, man könne auch unter den Verwicklungen in seiner Familie leiden, unter etwas, was man nicht (selbst) getan habe. Beaumont (1999a) bezieht zudem die **archetypische** Ebene (u. a. C. G. Jung), die **körperbezogene-biologische** Ebene (Körpertherapien) und auch die **spirituelle** Ebene (spirituelle Traditionen) in seine Arbeit mit ein. Wenn ein Psychotherapeut über ein breites Repertoire von therapeutischen Ansätzen verfügt, kann er den oder die Ansätze entsprechend der Problemebene des Patienten anwenden. Auch psychotherapeutische Techniken können unter verschiedenen inhaltstopischen Perspektiven gesehen und genutzt werden. So baut das Selbstsicherheitstraining (ATP) von Rita Ullrich de Muynck & Rüdiger Ullrich (1980, 1998), eiserner Kernbestand der Verhaltenstherapie, aus verhaltenstherapeutischer Perspektive Problemverhalten ab und die Fähigkeit zu vorteilhaften Verhaltensweisen auf. Der Patient ist damit weniger von Hemmungen, Ängsten und fehlendem Verhaltensrepertoire geleitet, er ist kontaktfähiger und besser in der Lage, in zwischenmenschlichen Beziehungen berechnete Forderungen auch gegen Widerstände durchzusetzen oder sich gegen Übergriffe durch andere abzugrenzen. Da das ATP nicht vorschreibt, wie sich eine Person zu verhalten hat, ist dem Patient die Möglichkeit eröffnet (die er erfahrungsgemäß auch wahrnimmt), sich in Beziehung zu anderen Menschen wahrhaftiger zu verhalten und gestalten. Damit hat er aus analytischer Perspektive eine Ich-Stärkung erreicht. Aus spiritueller wie analytischer Sicht kann er etwas mehr sein wahres Selbst leben und hat mehr Zugang zu seinem Wesen. Insofern kann das ATP in gewissem Ausmaß auch als analytisches und spirituelles Verfahren angesehen werden. Die durch ATP erreichten Fortschritte verändern auch die Organisation des Körpers vorteilhaft, die zudem durch körpertherapeutische Interventionen gefördert werden kann und wiederum auf die gewonnene Selbstsicherheit unterstützend zurückwirkt. Wir haben auch beobachtet, dass manche erfolgreich arbeitenden Psychotherapeuten wie Hunter Beaumont oder Raja Selvam die Psychologie von C. G. Jung und dessen Schülern als Inhaltstopik nutzen und dass gerade auch dieser Ansatz ihre Arbeit stärkt und ihr Tiefe verleiht. Überzeugt von der Psychoanalyse nach Jung lernte Beaumont (1999a) ca. 1968 die Gestalttherapie kennen und musste sich eingestehen, dass Gestalt dasjenige besser in die Praxis umsetzte, worüber die Jungianer sprachen.

Mit der Inhaltstopik geht offen oder verdeckt, reflektiert oder unreflektiert, auch der „Geist“, die Philosophie oder das Ethos eines therapeutischen Ansatzes einher. Er wirkt scheinbar subtil und macht sich gewissermaßen im „Effet“ bei der Anwendung therapeutischer Techniken bemerkbar. In Kapitel 3.5 konkretisieren wir praxisnah diesen Punkt. Solche Phänomene scheinen der Psychotherapieforschung zu entgehen. So „bescheinigen“ Grawe, Donati

Dieser Text ist urheberrechtlich geschützt.

I Grundlagen

& Bernauer (1994) der „Therapie nach C. G. Jung“, wie auch zahlreichen weiteren Therapieformen lediglich, dass ihr jede stichhaltige Wirksamkeitsuntersuchung fehle und damit das Minimalkriterium dafür, dass man von einer wissenschaftlich fundierten Therapieform sprechen könne.

Die Bedeutung von Psychotherapie wird in der Öffentlichkeit bislang im Sinne einer Krankenbehandlung wahrgenommen. Bei näherer Betrachtung (s. Kapitel III und IV) zeigt sich, dass Psychotherapie darauf nicht reduziert werden darf. Psychotherapie kann der Entwicklung des menschlichen Potentials und dem persönlichen Wachstum dienen. Gerade „gesunden“ Menschen kann Psychotherapie zu einer persönlichen Weiterentwicklung und für die tiefere Erfüllung im Leben eine kostbare und im Grunde unentbehrliche Hilfe sein. Nach E. Polster & M. Polster (1990) sogar

„... führt der nächste soziologische Schritt nicht nur über die ‚Heilung‘, sondern auch noch über die persönliche ‚Entwicklung‘ hinaus zur Entwicklung eines neuen gesellschaftlichen Klimas.“ Polster & Polster (1990, S. 36)

Wir schließen diesen Abschnitt mit einem treffenden Satz von Polster & Polster (1990, S. 35):

„Therapie ist zu wertvoll, um nur den Kranken vorbehalten zu sein.“

Zu den Autoren

Ludwig J. Grepmaier Dipl.-Psychologe Univ., approb. Psychotherapeut geb. 1961 in München. Nach dem Abitur in Gräfelfing/München Psychologiestudium an der Universität Regensburg, Vertiefungsfach Psychologische Beratung und Therapie. 1989–1995 Klinischer Psychologe an der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Roseneck, Prien a. Ch., 1995–1998 Leitender Klinischer Psychologe an der Inntalklinik Simbach a. Inn, Fachklinik für Integrierte Psychosomatik und Ganzheitsmedizin. Seither Psychotherapeutische Praxis bzw. Lehrpraxis in Regensburg. Nach dem Studium Ausbildung zum Psychotherapeuten mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie (VT) bei Prof. Dr. Willi Butollo, Drs. Rita de Muynck & Rüdiger Ullrich. Fortbildungen 1994–2001 in Gestalttherapie bei Dr. Hunter Beaumont, 2002–2004 in Familienstellen u. a. bei Jakob R. Schneider und Dr. Ursula Franke, 2005–2007 in Somatic Experiencing® bei Dr. Larry Heller, Itta Wiedenmann und Dr. Raja Selvam. Zen-Schüler von Willigis Jäger. Lehrtätigkeit seit 1993 an Psychosomatischen Kliniken, Universität Regensburg, Ausbildungsinstituten. Dozent, Supervisor, Selbsterfahrungsleiter (VT) für Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten.

Univ.-Prof. Dr. med. Oec. med. Marius K. Nickel Psychiater und Psychoanalytiker wurde am 16.09.1961 in Saybusch, (Zywiec, Oberschlesien) in Polen, geboren. Sein Vater war ein in Schlesien lebender deutscher Architekt und Maschinenbauingenieur, seine Mutter eine aus Lemberg (heute Ukraine) stammende polnische Betriebswirtin. Nach der Matura 1980 nahm er das Medizinstudium an der Jagiellonen Universität in Krakau auf, welches er 1986 beendete. Kurz danach wanderte er nach Deutschland aus.

Dieser Text ist urheberrechtlich geschützt.

Er habilitierte zweimal; einmal im Fachbereich Psychiatrie an der 1. Universitätsklinik, PMU, Salzburg, Austria über das Thema „Psychopharmakologische Behandlung der Aggression bei Borderline-Patienten“, das andere Mal im Fachbereich Psychosomatische Medizin an der II. Klinik für Innere Medizin, Schwerpunkt Psychosomatik, Universität Regensburg, Deutschland über das Thema „Familientherapie bei aggressiven Jugendlichen“. Professor Nickel absolvierte auch etliche Zusatz- und Weiterbildungen wie Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, systemisch-integrative Paar- und Familientherapie und ist u. a. Facharzt für Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapie, Balint-Gruppenleiter, Lehrtherapeut, Supervisor und dergleichen mehr. Er ist Mitglied an zahlreichen Fachgesellschaften, wie z. B. der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT), der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (ÖGPP), der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin (DGPM), der Deutschen Fachgesellschaft für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (DFT), der Österreichischen Gesellschaft für Neuropsychopharmakologie und Biologische Psychiatrie sowie der Wissenschaftlichen Gesellschaft der Ärzte in der Steiermark. Seit 2007 ist er Vize-Präsident der Österreichischen Balint-Gesellschaft (ÖBG). Mit Wirksamkeit vom 1.10.2006 wurde er vom Rektor zum Professor für Psychosomatik und Psychotherapie an die Medizinische Universität Graz, Austria berufen. Seit 2006 hat er auch eine Professur für psychiatrische, psychosomatische und psychotherapeutische Forschung an der PMU, Salzburg, inne.