

2 Vom Gestaltansatz zu Körperzentrierter Psychotherapie

Elisabeth Grubenmann

2.1	Menschenbild und philosophischer Hintergrund	– 18	2.4	Therapeutische Methoden und der Gestaltansatz	– 24
2.2	Persönlichkeitstheorie: Das Anthropologische Würfelmodell	– 19	2.4.1	Experientelle (erlebnisorientierte) Methoden	– 25
2.2.1	Ganzheitliche Sichtweise in Bezug zur Gestalttherapie	– 20	2.4.2	Existenzielles Erforschen	– 25
2.2.2	Psychoanalytische Konzepte in der KZPT	– 21	2.4.3	Experimentelle Methoden	– 26
2.2.3	Gestalttherapeutische Konzepte auf der persönlichkeits-theoretischen Ebene	– 21	2.5	Gestalttherapeutische Techniken in der KZPT	– 26
2.2.4	Gesundheits- und Krankheitsverständnis	– 22	2.5.1	Die Arbeit im Hier und Jetzt	– 26
2.3	Therapieverständnis	– 23	2.5.2	Wahrnehmungsübungen	– 26
			2.5.3	Dialogtechniken	– 27
			2.5.4	Kreative Medien	– 27
				Literatur	– 28

Der vorliegende Beitrag erläutert die Integration gestalttherapeutischer Konzepte und Methoden in die Körperzentrierte Psychotherapie (KZPT). Menschenbild, philosophischer Hintergrund, Gesundheits- bzw. Krankheits- und Therapieverständnis sowie grundlegende Konzepte der KZPT werden ebenso dargestellt wie die therapeutische Methodik. Durchgehend wird die jeweilige Verknüpfung mit dem Gestaltansatz herausgearbeitet.

Die körperzentrierte Psychotherapie (KZPT) nach Maurer (2006) ist ein integratives Ganzheits-Psychotherapieverfahren, das dem humanistischen Formenkreis zuzuordnen ist. Eine der zentralen Säulen dieser Therapieform stellt der Gestaltansatz dar. Daneben flossen Konzepte aus der Psychoanalyse und der Systemtheorie, Methoden verschiedener Körpertherapieverfahren sowie neurowissenschaftliche Erkenntnisse in die KZPT ein.

Der weltanschauliche Hintergrund der KZPT liegt in der Philosophie des Existenzialismus und der Phänomenologie. Von der Methodik her ist sie ein prozess- und ressourcenorientiertes, emotions-

und bedürfniszentriertes sowie erlebnisaktivierendes Verfahren.

Die Integrationsbewegung in der Psychotherapie verstärkte sich Anfang der 70er Jahre des 20. Jahrhunderts und wurde als das »neue Integrationsparadigma« beschrieben (Wagner & Becker, 1999). Psychotherapie wurde vermehrt schulenübergreifend auf ihre Wirkfaktoren und deren Wechselwirkungen hin untersucht (Norcross & Goldfried, 1992; Orlinsky, Grawe & Parks, 1994; Lambert, 2004). Integrative Modelle von Psychotherapie entstanden (Fiedler, 2000; Grawe, 2000; Petzold, 2003). Die KZPT (Maurer, 2006) ist ein im Rahmen dieser Integrationsbemühungen entstandenes Verfahren.

Die Integration erfolgt in der KZPT in den verschiedenen von van Quekelberghe (1979) genannten Explikationsniveaus, in denen eine Therapieform charakterisierbar und mit anderen Psychotherapieverfahren vergleichbar ist (Metatheorie, Persönlichkeitstheorie inkl. Krankheits- und Gesundheitsverständnis, Therapietheorie, Methoden, therapeutischer Handlungsraum bzw. Techniken).

Historisches

Die KZPT wurde Anfang der 70er Jahre von der Ärztin, Psychiaterin und Psychotherapeutin Yvonne Maurer auf dem Boden ihrer klinischen Beobachtungen und Erfahrungen in der Psychiatrie entwickelt. Maurer begann in der Arbeit mit psychiatrisch hospitalisierten Patienten, Interventionen auf der Körperebene in die Gespräche mit einzubeziehen (Maurer, 1975, 1976). Anregungen für Körperinterventionen fand sie in ihrer Erstausbildung als Turn- und Sportlehrerin, bioenergetischen Übungen (Lorenz, 1975), Entspannungsmethoden (Fuchs, 1964; Schultz, 1973), der Bewegungs- und Tanztherapie (Stolze, 1979; Briner, 1977), meditativen Praktiken (Dürckheim, 1979) und atemtherapeutischen Interventionen (Derbolowsky, 1979).

Der Einbezug des Körpers in das therapeutische Gespräch wurde von Maurer (1976) anfänglich auf psychoanalytischer Basis begründet. Das Fehlen einer wesensmäßig-transzendenten Dimension und eines ganzheitlichen nichtlinearen Denkens im theoretischen Gebäude und Behandlungskonzept der Psychoanalyse bewog sie dazu, der KZPT ein ganzheitliches Menschenmodell zugrunde zu legen, das existenzialphilosophisch begründet ist. Das Kernkonzept dieser Entwicklung bildet das so genannte Anthropologische Würfelmodell (Maurer, 2006) mit seinen 6 Lebensdimensionen.

Neben anderen (Rogerianische Variablen, systemische Ansätze) flossen auch wesentliche Elemente aus der Gestalttherapie (Perls, Hefferline & Goodman, 1987) in die KZPT ein. Diese stehen im vorliegenden Beitrag im Vordergrund.

2.1 Menschenbild und philosophischer Hintergrund

Bezug zur Humanistischen Psychologie

Die KZPT kann mit ihren grundlegenden Annahmen eines ganzheitlichen Menschenbildes dem Bereich der humanistischen Psychotherapieverfahren zugeordnet werden. Im Gegensatz zur Klassischen Psychoanalyse und der Verhaltenstherapie, die letztlich auf einem naturwissenschaftlichen Verständnis des Menschen beruhen, liegt den humanistischen Therapieverfahren ein philosophisch begründetes Menschenbild zugrunde.

Die Humanistische Psychologie versteht sich als »dritte Kraft« neben der Psychoanalyse und dem Behaviorismus. Sie geht davon aus, dass dem Menschen ein angeborenes Streben nach Selbstverwirklichung des eigenen Potenzials innewohnt (Selbstaktualisierungstendenz nach Rogers, 1972). Dies gelingt dem einzelnen Menschen, der gemäß der Humanistischen Psychologie grundsätzlich gut und einzigartig ist, auf der Grundlage eines befriedigenden persönlichen Wertesystems. Der Mensch lebt auf Werte und Ziele hin.

Dem Menschen wird aus humanistischer Perspektive viel Eigenverantwortung zugeschrieben. Er ist in der Lage zu wählen und zu entscheiden und kann somit durch aktive Gestaltung grundsätzlich seine Lebenssituation verändern (Bugental, 1967).

Definition

Die KZPT teilt die Grundannahmen der Humanistischen Psychologie.

Die Gestalttherapie wird im Allgemeinen den humanistischen Psychotherapieverfahren zugeordnet. Petzold (2005) weist jedoch darauf hin, dass Perls selbst wie auch Goodman keine eigentliche Verbindung zur Humanistischen Psychologie hatten und theoretisch keinen Bezug auf die Protagonisten dieser Richtung (wie z. B. Maslow oder Bühler) nahmen.

Phänomenologie und Existenzialismus

Die philosophischen Grundlagen der Humanistischen Psychologie gehen auf die Existenzialphilosophie zurück. Die Phänomenologie gilt als die wissenschaftliche Methode der Existenzphilosophie.

In der KZPT ist das Prinzip des Erkennens – wie auch in der Gestalttherapie – grundsätzlich ein phänomenologisches. Das heißt, wir versuchen die Dinge so zu sehen, wie sie sich uns zeigen. Im Verständnis Husserls (1985) enthält sich die phänomenologische Einstellung jeglichen Urteils über die betrachteten Gegenstände und ermöglicht so die vorurteilsfreie Betrachtung im Gegenwartsbewusstsein. Die Wahrnehmung im Hier und Jetzt schließt die Vergegenwärtigung vergangener und zukünftiger Ereignisse mit ein.

Die KZPT bezieht sich ferner auf das Gedankengut von Merleau-Ponty. Wie für Husserl spielt

Husserls phänomenologische Methode bildete die Grundlage für die philosophischen Überlegungen des Existenzphilosophen Heidegger (1979). Für Heidegger ist der Mensch

»geworfen ins Da-Sein«. Dem Einzelnen ist die Entscheidung überlassen, im Seinsmodus der Eigentlichkeit zu stehen, wenn er sich selbst verwerflich, oder in dem der Uneigentlich-

keit, wenn er sich seine Wahl vorgeben lässt. So wird der Mensch in die Verantwortlichkeit gebracht.

auch für ihn die Wahrnehmung eine grundlegende Rolle, da sie einen spezifischen Zugang zu allem eröffnet, das in Erscheinung treten kann. Dabei kommt Merleau-Ponty (1966, 1976) zu der Erkenntnis, dass der Leib die Möglichkeitsbedingung der Wahrnehmung ist. Der Leib ist unser »Gesichtspunkt zur Welt«, unser ständiger Begleiter, den wir nie verlassen können. Erkenntnis entsteht also nicht durch reines Bewusstsein.

➤ **Die existenzialphilosophisch begründete Entscheidungsfreiheit und Wahl im Tun wird dem Menschen sowohl im humanistischen Menschenbild als auch in der KZPT zugeschrieben. Daraus wird therapeutisch die Zuversicht geschöpft, sein Leben auch in schwierigen Umständen verändern zu können.**

Die KZPT nimmt ferner Bezug zur Leibphilosophie Marcel's (1987), in der zum Ausdruck kommt, dass der Mensch nicht seinen Körper *hat*, sondern sein Körper *ist*, ähnlich wie bei Merleau-Ponty und auch bei Schmitz (1989, vgl. ► Kap. 13).

Maurer (2002) spricht in diesem Zusammenhang vom geistig und wesensmäßig durchpulsten Körper, womit die Einheit des Menschen betont werden soll. In dieser Art von Körpersein wird auch Begegnung immer körperhaft. Insofern gehört die körperliche Dimension zu jeder psychotherapeutischen Begegnung und Beziehung.

➤ **Die Gestaltung der therapeutischen Beziehung beruht in der KZPT auf dem »Dialogischen Prinzip« des Existenzialphilosophen Buber (1984, 1994). Der Therapeut bringt sich authentisch als Dialogpartner in den therapeutischen Prozess mit ein und ermöglicht dem Klienten somit neue, korrigierende Erfahrungen in einer echten Beziehung.**

Petzold (2005) weist darauf hin, dass Perls selbst keinen theoretischen Bezug auf Buber nahm, ob-

wohl das Dialogische Prinzip, wohl eher durch den Einfluss Laura Perls', in der gestalttherapeutischen Literatur als Grundlage der therapeutischen Beziehung angeführt wird.

2.2 Persönlichkeitstheorie: Das Anthropologische Würfelmodell

Das Anthropologische Würfelmodell wurde von Maurer Mitte der 1980er Jahre als ganzheitliches mentales Menschenmodell für Psychotherapie und Beratung entwickelt. Es ermöglicht eine multidimensionale Sichtweise des Menschen und bildet ein Orientierungsraster für Diagnostik und Intervention.

Dieses Modell stellt in seiner dreidimensionalen Form als Würfel in den 6 Lebensdimensionen sowohl die Einheit als auch die Vielfältigkeit des Menschseins dar (vgl. ► Kap. 1). Dabei kann, im Sinne des Figur-Grund-Prinzips der Gestaltpsychologie, eine Würfelseite bzw. Lebensdimension, auf dem Hintergrund der übrigen Dimensionen, zeitweilig in den Vordergrund rücken.

In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass die Bezeichnung »körperzentrierte Psychotherapie« eine nur unvollständige und eher historisch bedingte ist in Bezug auf das vorliegende Modell. Der Ausdruck »körperzentriert« bezieht sich auf die Abgrenzung gegenüber rein verbalen Psychotherapieformen. Eine passendere Bezeichnung wäre etwa »Ganzheits-Psychotherapie« (vgl. Künzler, 2006 und ► Kap. 1).

Prozessorientierung

Das vorliegende Modell enthält die Vernetzung der einzelnen Dimensionen untereinander. Diese stehen nicht isoliert nebeneinander, sondern befinden sich in ständigen Wechselwirkungen. Dies entspricht einer systemtheoretischen Auffassung

(Bertalanffy, 1968) und impliziert Prozesshaftigkeit.

Die KZPT geht von einem prozesshaften Menschenbild aus. In diesem Zusammenhang bevorzugt Maurer (2002) anstelle der Bezeichnung »Menschenbild« den Begriff »Menschenprozess«. Dieses Verständnis beinhaltet, dass alles im Menschen in ständiger Veränderung ist: Das Individuum entwickelt sich gemäß der ihm innewohnenden Anlagen und unter den Umwelteinflüssen lebenslang weiter.

Die KZPT spricht dem Menschen in humanistischer Tradition die Fähigkeit zu, selbst gestaltend auf den eigenen Wachstumsprozess Einfluss zu nehmen. Bildlich gesprochen drückt sich dies in der Fähigkeit aus, den Würfel entsprechend den eigenen Anlagen auszugestalten (Künzler, 2006).

2.2.1 Ganzheitliche Sichtweise in Bezug zur Gestalttherapie

Im Modell von Maurer (2006) finden sich Entsprechungen zur ganzheitlichen Sichtweise im Gestaltansatz. Das Individuum wird als Einheit von Körper, Geist und Seele verstanden. Es steht in ständigem Austausch mit der sozialen und ökologischen Umwelt. Dieser systemische Aspekt der Gestalttherapie wird durch die Feldtheorie Lewins (1952) und den Holismus Smuts' (1926) begründet und entspricht der heute noch aktuellen Auffassung einer ganzheitlichen biopsychosozialen Sichtweise auf den Menschen (Engel, 1977).

Die Feldtheorie Lewins (1952) stellt eines der zentralen Konzepte des Gestaltansatzes dar, das sich von der dualistischen Sichtweise einer Trennung zwischen dem Individuum und seinen sozialen Systemen löst. Die Feldperspektive geht davon aus, dass sich Individuen und soziale Systeme wechselseitig beeinflussen. Sie impliziert eine holistische Betrachtungsweise menschlicher Erfahrung, nicht-dichotom und nichtlinear, d. h. weg von einfachen Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen und der isolierten Betrachtung von Phänomenen.

Auch die von Smuts (1926) begründete Holismus-Theorie versteht das Individuum als organismische Einheit, die nach Selbstentfaltung und Selbstverwirklichung strebt und ihrerseits mit ihrer Umwelt eine Einheit bildet.

Die KZPT teilt diese Grundannahmen:

Es gibt also keine Depression und keine Therapie der Depression, sondern nur eine depressive Symptomatik, vernetzt mit einem bestimmten bisherigen Lebensverlauf, einer sozialen Umgebung, einer bestimmten Körperlichkeit, einer psychischen Einstellung und einer spirituellen Haltung. Entsprechend individuell hat die Therapie zu sein. Dies alles erfordert ein ganzheitlich multidimensionales und multirelationales Denken. (Maurer, 2006, S. 174)

Orientiert an individuellen Bedürfnissen

Die KZPT übernimmt das Figur-Grund-Denken aus der Gestalttherapie. Figur und Grund werden als unzertrennliche Bestandteile eines Ganzen betrachtet, die stets in dynamischer Bewegung sind. Für das Individuum wird das zur Figur, was im Moment am meisten Bedeutung hat. Es kommt ins Zentrum der Aufmerksamkeit. Dies kann z. B. eine Wahrnehmung, eine körperliche Empfindung, ein Bedürfnis oder eine Handlung sein. Wenn dieser Gestaltbildungsprozess abgeschlossen ist – d. h. das entsprechende Bedürfnis befriedigt, ein Gefühl ausgedrückt oder eine Handlung vollendet ist –, wird die Figur zur geschlossenen Gestalt, die wieder in den Hintergrund rückt. Der Hintergrund besteht aus der Gesamtheit der verschiedenen Einflüsse und Erfahrungen aus der individuellen Lebensgeschichte (Bongers & Schulthess, 2005).

In der Sprache der KZPT ist der Anthropologische Würfel der Hintergrund, auf dem in den einzelnen Lebensdimensionen Figuren (Bedürfnisse, Wahrnehmungen etc.) hervortreten. Im Konzept der Gestalttherapie ist ein Mensch gesund, der diese Gestaltbildungsprozesse fortlaufend abschließen, d. h. seine Bedürfnisse befriedigen kann. Übertragen auf das Anthropologische Würfelmodell wird Gesundheit formuliert als das ausgeglichene Leben der 6 Seinsdimensionen.

Der humanistische Psychologe Maslow (1977, 1985) beschäftigte sich innerhalb der Motivationspsychologie mit der Ordnung und Hierarchisierung von Bedürfnissen. In seiner Bedürfnishierarchie wird deutlich, dass »höhere« Bedürfnisse wie Selbstverwirklichung erst zum Zuge kommen, wenn die

basalen Grund- und Sicherheitsbedürfnisse befriedigt sind. Maurer (2004a) hat die Maslowsche Bedürfnispyramide ergänzt.

Aufgrund der Annahme, dass im Menschen Wachstumsbedürfnisse angelegt sind und sich diese in gesundheitsförderlicher Richtung mitteilen, orientiert sich die KZPT weitgehend an den individuellen Bedürfnissen.

Definition

Das therapeutische Prinzip der **Bedürfniszentriertheit** der KZPT bedeutet, die beim Klienten jeweils im Vordergrund stehenden Bedürfnisse zu berücksichtigen.

2.2.2 Psychoanalytische Konzepte in der KZPT

Tiefenpsychologische Konzepte wie das Unbewusste und Übertragung/Gegenübertragung werden in der KZPT beachtet. Den Konzepten der Übertragung und Gegenübertragung liegt in der KZPT jedoch ein etwas anderes Verständnis zugrunde als in der klassischen Psychoanalyse. Insbesondere die Bedeutung des Übertragungsgeschehens für den Heilungsprozess wird in der KZPT anders gewichtet.

Gemäß Maurer (2006) greift die Übertragung als Interaktionsgeschehen zwischen Therapeut und Klient auf der psychischen Ebene nur einen Teil des gesamten Geschehens heraus, welches letztlich in allen Lebensdimensionen stattfindet. Schnellere und intensivere Veränderungsmöglichkeiten sind deshalb unter Einbezug anderer Lebensdimensionen und deren Ressourcen möglich.

2.2.3 Gestalttherapeutische Konzepte auf der persönlichkeits-theoretischen Ebene

Auf der Ebene der Persönlichkeitstheorie, bzw. der Ätiopathogenese, hat die KZPT das gestalttherapeutische Konzept der Kontaktprozesse sowie Widerstand und Abwehr integriert.

Perls (1976) geht davon aus, dass der Mensch in seiner Existenzform als Organismus in einem ständigen Wechsel von Gleichgewicht und Ungleichgewicht seine Bedürfnisse befriedigt. Dieser Prozess des Wechsels zwischen Homöostase und Heterostase wird in der Systemtheorie als Fließgleichgewicht thematisiert (Bertalanffy, 1968). In gestaltpsychologischer Terminologie heißt das Phänomen Gestaltbildung: Hervortreten von Figuren auf Hintergründen. Das jeweils stärkste Bedürfnis tritt aus dem Hintergrund als Figur hervor und führt zur Kontaktaufnahme mit sich selbst und der Umwelt. Das übergeordnete Ziel dieses Prozesses ist Selbsterhaltung (Homöostase bzw. Autopoiese nach Maturana & Varela, 1980) einerseits und Wachstum (Heterostase bzw. Dissipation nach Nicolis & Prigogine, 1977) andererseits.

Die Kontaktaufnahme geschieht an der Grenze im Organismus-Umwelt-Feld, der sog. Kontaktgrenze. Diese ist somit der zentrale Ort für die Begegnung mit der Umwelt. Das Selbst ist nach Perls derjenige Teil der Persönlichkeit, der in diesen Kontaktprozess tritt. Wenn ein Bedürfnis befriedigt wurde, wird die Figur zur geschlossenen Gestalt und tritt wieder in den Hintergrund.

In der Gestalttherapie werden verschiedene Funktionen unterschieden, die den Kontaktprozess fördern, aber auch behindern können. Im letzteren Fall wird von den Gestalt-Abwehrmechanismen gesprochen: Konfluenz, Projektion, Retrofektion, Introjektion, Egotismus. Eine weitere Kontaktfunkti-

In der Gestalttherapie werden Krankheiten als Folge von Störungen der Selbstregulationsprozesse verstanden. Sie treten auf, wenn es dem Individuum nicht mehr gelingt, seine aktuellen Bedürfnisse zu befriedigen, so dass es zu Unterbrechungen

des Kontaktzyklus kommt. Dadurch werden die Empfindung und der ungehinderte Ausdruck von Bedürfnissen und Emotionen blockiert. So genannte »unerledigte Gestalten« überlagern sich dann mit neuen Bedürfnissen und Emotionen und ver-

hindern die Bildung neuer Gestalten. Solche unabgeschlossenen Situationen haben die Tendenz, sich immer wieder zu aktualisieren (Schulthess & Grillmeier-Rehder, 2002).

on, die Deflektion, wurde erst später von Polster und Polster (1975) eingeführt.

Definition

Die KZPT hat das Abwehrkonzept der Gestalttherapie übernommen. **Widerstand** ist das nach außen hin Sichtbare der **Abwehrmechanismen**. Unter Widerstand wird in der KZPT all das verstanden, was sich einer direkten intersubjektiven Beziehung zwischen Therapeut und Klient verbal und nonverbal entgegenstellt, sowie das, was den Zugang des Klienten zu seinem Unbewussten blockiert.

Widerstand wird in der Gestalttherapie auch als Blockade im Awareness-Kontinuum verstanden, also dem freien Fluss der Selbstaufmerksamkeit. In diesem Sinne wird der Widerstand auch in der KZPT nicht als Hindernis betrachtet, sondern als Leitfaden zu besserer Selbstwahrnehmung.

2.2.4 Gesundheits- und Krankheitsverständnis

Der gesunde Mensch

Ausgehend vom multidimensionalen Menschenmodell der KZPT wird Gesundheit als das ausgewogene Leben und Entfalten aller 6 Lebensdimensionen betrachtet.

Das ausgeglichene Leben der Seinsdimensionen wird durch das Hin-und-her-Wechseln zwischen den einzelnen Lebensdimensionen aufrechterhalten. Ein gesunder Mensch wechselt z. B. häufig von der psychischen in die körperliche, von da in die soziale und später zurück in die psychische Dimension. Das Gegenteil davon wäre eine Fixierung innerhalb einzelner Seinsdimensionen, was zu Ungleichgewicht und Störungen führt.

Die KZPT geht davon aus, dass durch das Wechseln zwischen den Seinsdimensionen Energie freigesetzt wird, die dem Individuum für weiteres Handeln und Problemlösen zur Verfügung steht.

- **Durch das ausgewogene Leben der Seinsdimensionen stehen dem Menschen eine Vielzahl von Ressourcen und Kompensationsmöglichkeiten zur Verfügung, die protektiv wirken.**

Die Entstehung von Krankheiten

Psychische und psychosomatische Erkrankungen entstehen dann, wenn die Ausgewogenheit der 6 Lebensdimensionen zu stark ins Ungleichgewicht gerät, d. h. durch die disharmonische Entfaltung der verschiedenen Dimensionen. Sobald gesundheitsförderliche Prozesse abnehmen, ist das Entstehen von Störungen und Krankheiten eher möglich. Je weniger ein Individuum zwischen den Lebensdimensionen wechselt und nur noch in einer bestimmten Dimension lebt, desto anfälliger wird dieser Mensch für Störungen, hat weniger Energie zur Verfügung und verliert Ressourcen und Kompensationsmöglichkeiten (»Je-mehr-desto-mehr«- bzw. »Je-weniger-desto-weniger«-Prinzip).

Unausgewogenheiten in den Lebensdimensionen entstehen durch äußere Einflüsse sowie auch durch die mangelnde Fähigkeit des Menschen, selbst den Wachstums- und Veränderungsprozess dieser Dimensionen zu steuern.

Wenn Störungen in einzelnen Lebensdimensionen auftreten, führt dies zu Ressourcenverlust (z. B. durch den Tod eines nahe stehenden Familienmitgliedes, Scheidung). Durch die Fixierung auf den Störungsbereich werden andere Lebensdimensionen vernachlässigt, was weiteren Ressourcenverlust nach sich zieht.

- **Die pathologische **Fixierung auf ein Problemfeld** wird als ein multidimensional (biopsychosoziospirituell sowie räumlich-zeitlich) vernetzter Prozess betrachtet.**

Ungleichgewichte im System führen letztlich zu Symptomen, die sich in verschiedenen Lebensdimensionen manifestieren können. Symptome sind Spätfolgen und Ausdruck einer Dysbalance im ganzen System. Die KZPT setzt daher nicht nur beim Symptom an, sondern bezieht das ganze anthropologische System mit ein.

2.3 Therapieverständnis

Zielsetzungen

Gemäß dem ganzheitlichen Gesundheits- und Krankheitsverständnis in der KZPT besteht ein übergeordnetes Ziel der therapeutischen Veränderung im ausgeglichenen Leben der verschiedenen Seinsdimensionen eines Individuums. Kurzfristige Ziele beinhalten selbstverständlich die Linderung akuten Leidens.

➤ **Die Therapieziele werden in der KZPT von Klient und Therapeut gemeinsam bestimmt und können sich im Verlaufe des psychotherapeutischen Prozesses verändern (prozessuale Diagnostik).**

Ein ganzheitlicher Ansatz der Veränderung

Wenn wir in der KZPT davon ausgehen, dass bei einer psychischen Erkrankung meist mehrere Dimensionen betroffen sind (multidimensionale Ätiopathogenese) sowie auch deren Ressourcenmöglichkeiten durch die Störung vermindert wurden, folgt daraus, dass sich die Therapie auf alle Lebensdimensionen und deren Wechselwirkungen beziehen muss, unter Einbezug von Ressourcenaktivierung (Maurer, 1998). Der Veränderungsprozess wird multimodal gesteuert, d. h. alle Sinneskanäle werden mit einbezogen. Durch den Einbezug aller 6 Lebensdimensionen laufen Gesundungsprozesse rascher ab, als wenn therapeutische Interventionen in nur einer Dimension ansetzen (Maurer, 2006).

Ressourcenaktivierung

Im therapeutischen Prozess werden alle Lebensdimensionen mit einbezogen, möglichst nach einer Anfangserleichterung im Problembereich. Durch die Bewusstwerdung und Aktivierung der verschiedenen Lebensdimensionen gelangt der Klient in eine aktive Handlungsposition.

➤ **In der KZPT wird darauf geachtet, die vorhandene Fixierung in der problematischen Seinsdimension nicht zu verstärken oder sogar zu lösen. Von Beginn an werden in möglichst vielen Lebensdimensionen Ressourcen aktiviert (vgl. Künzler, 2006).**

Ressourcenaktivierung beim Klienten gilt heute als einer der zentralen Wirkfaktoren im therapeutischen Prozess (Grawe & Grawe-Gerber, 1999). Grawe (1996) versteht darunter, an die positiven Möglichkeiten, Fähigkeiten und Motivationen des Klienten anzuknüpfen und diesem zu helfen, sich in der Therapie auch in seinen Stärken und positiven Seiten zu erfahren. Dies ist besonders in der Anfangsphase der Therapie wichtig, um ein Gegengewicht zu der vom Klienten erlebten Problematik zu schaffen (Entfixierung). Klienten haben zwar in bestimmten Bereichen Probleme, in vielen anderen Bereichen gelingt es ihnen jedoch, externe und interne Anforderungen zu bewältigen.

Die Aktivierung von Ressourcen bringt einen positiven Rückkopplungsprozess in Gang, der in Richtung Wiederherstellung der vollen Funktionsfähigkeit führt (Grawe, 1999a). In der KZPT wird dieser Prozess multimodal und multidimensional unterstützt.

Integration gestalttherapeutischer Konzepte auf der therapietheoretischen Ebene

Nicht nur Ressourcen werden in allen Seinsdimensionen aktiviert, auch Probleme werden multidimensional bearbeitet. In der gestalttherapeutischen Terminologie werden offene Gestalten geschlossen.

Bezug nehmend auf die weiter vorne beschriebenen Kontaktprozesse (► Abschn. 2.2.3), versucht die Gestalttherapie, unterbrochene Kontaktprozesse wieder in Fluss zu bringen und die Fähigkeit zur Selbstregulation des Organismus zu beleben. Dies geschieht durch die Verstärkung der Wahrnehmung der eigenen Person mit ihren Bedürfnissen, Wünschen und Möglichkeiten und eine emotionsfokussierte Aufarbeitung psychischer Konflikte im Rahmen einer empathisch begegnenden Beziehungsgestaltung (Bongers & Schulthess, 2005).

Definition

Kennzeichnend für die KZPT ist das – soweit nötig – systematische Durcharbeiten von Problemen (Schließen offener Gestalten) in allen 6 Lebensdimensionen unter Zuhilfenahme von Ressourcen ebenfalls aller 6 Lebensdimensionen.

Ressourcenaktivierung und Problembearbeitung: synergetische Effekte

Die KZPT geht davon aus, dass durch kombinierte Ressourcenaktivierung und Problembearbeitung in den verschiedenen Lebensdimensionen der Klient neue Energie gewinnt und die Problemfixierung sich auflöst.

Rückkopplungsprozesse und Wechselwirkungen spielen dabei eine Rolle. Kleine Veränderungen in den verschiedenen Lebensdimensionen verstärken sich gegenseitig und führen zur Abnahme der Störung. Restsymptome der Problematik werden dann mit spezifischen Methoden bearbeitet.

Diese Vorgehensweise der KZPT wird durch Befunde der Gruppe um Grawe (Grawe & Grawe-Gerber, 1999; Regli, Bieber, Mathier & Grawe, 2000; Smith & Grawe, 2003) untermauert. Die Kombination von ressourcenaktivierenden und problembewältigenden Interventionen wirkt synergetisch. Je stärker Ressourcen aktiviert werden, desto mehr wird der Einfluss problematischen Verhaltens eingeschränkt. Je mehr der Einfluss des problembehafteten Verhaltens zurückgedrängt wird, desto mehr Entfaltungsraum erhalten die auf Bedürfnisbefriedigung ausgerichteten Ressourcen.

In der KZPT werden hinsichtlich Problembearbeitung sowohl die nach Grawe unterschiedenen klärungs- als auch bewältigungsorientierte (z. B. Rollenspiele, Hausaufgaben) Interventionen angewendet.

Die therapeutische Beziehung auf der Grundlage der Philosophie Bubers

Die Grundlage jeglichen therapeutischen Handelns und einer der allgemein anerkannten Wirkfaktoren in der Psychotherapie ist die therapeutische Beziehung. Die Qualität der Therapiebeziehung gilt als der am besten empirisch gesicherte therapeutische Wirkfaktor (Grawe, Donati & Bernauer, 2001). Es gehört somit zu den vorrangigen Aufgaben eines Psychotherapeuten, eine möglichst gute Therapiebeziehung herzustellen und aufrechtzuerhalten.

Auch in der KZPT wird der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung als Voraussetzung für therapeutisches Handeln erachtet. Die therapeutische Beziehung beruht in der KZPT auf der Ich-Du-Begegnung, wie sie Maurer & Petzold

(1978) beschrieben haben. Sie wird durch folgende Komponenten charakterisiert:

- Engagement: das innere Beteiligtsein am anderen als Person;
- Personalität: den anderen als Person berühren und sich von ihm berühren lassen;
- Begegnung: mit der anderen Person sein, mich ihr mit meinem ganzen Sein mitteilen und sie in ihrem ganzen Sein erfassen.

Die KZPT bezieht sich in der Beschreibung der therapeutischen Grundhaltung auf die existenzphilosophischen Begründungen Bubers (1984, 1994). In der Ich-Du-Beziehung nach Buber ist der Mensch in klarer Präsenz in sich selbst ruhend und gleichzeitig beim anderen:

- Präsenz meint, voll und begegnungsfähig in der gegenwärtigen Situation zu sein und sich vom anderen auch innerlich berühren zu lassen (Hartmann-Kottek, 2004);
- beim anderen sein meint die Fähigkeit, sich in dessen Andersartigkeit hineinversetzen zu können, ohne sich in der Realität des Klienten zu verlieren, sich also beider Realitäten bewusst zu sein.

Außer echtem Interesse gehört zu dieser Art von Begegnung auch, den anderen als eigenständige Person, wie sie gerade ist, akzeptierend zu sehen. Diese Einstellung wertschätzender Mitmenschlichkeit garantiert dem Gegenüber Respekt, Integrität und Selbstbestimmung.

2.4 Therapeutische Methoden und der Gestaltansatz

Die KZPT stellt eine Reihe von Methoden zur Verfügung, die multikommunikativ alle 6 Seinsdimensionen und alle Sinneskanäle mit einbeziehen. Diese berücksichtigen und fördern die Ganzheit der Klienten im Sinne des Anthropologischen Würfelmodells. Sie umfassen u. a. Ressourcenaktivierung, Energetisieren, Bedürfnisbeachtung, Übungen der Selbstwahrnehmung, Emotionalisieren, Körperübungen sowie ganzheitliches, vernetztes Denken.

Die gestalttherapeutische Methodik, auf der die KZPT aufbaut, kann in experientelle, existenzielle

und experimentelle Methoden eingeteilt werden. Sie werden auf phänomenologischem Hintergrund realisiert (Fuhr, 2001).

2.4.1 Experientelle (erlebnisorientierte) Methoden

Unter den experientellen Methoden wird das erlebnismäßige Erforschen von Problemen im »Hier und Jetzt« verstanden. Auch Vergangenes und Zukünftiges wird im gegenwärtigen Empfinden und Erleben untersucht. Um Erfahrungen besser wahrnehmen und differenzieren zu können, ist es hilfreich, diese zu verstärken. Die Gestalttherapie stellt dazu verschiedene erlebnisaktivierende Methoden bereit.

Dazu gehört auch, die Aufmerksamkeit im Gespräch auf das unmittelbare körperliche und psychische Erleben zu lenken. Die Arbeit am »Awareness-Kontinuum« (Perls, 1974) ist hier zentral. Der Klient wird angeleitet, eine aufmerksame Haltung einzunehmen gegenüber allen Begebenheiten, die sich im Augenblick ereignen. Dazu kommen Rollenspiele, Fantasiearbeit und kreative Medien zum Einsatz.

Das Erleben von Erinnertem, Vorgestelltem oder Aktuellem erfolgt in der Gestalttherapie durch ganzheitliche Erlebnisaktivierung in Körper, Psyche (kognitiv wie emotional) und sozialem Umfeld. Verdrängte Inhalte sollen dem bewussten Erleben wieder zugänglich gemacht und dadurch veränderbar werden. Da solche Inhalte oft mit Schmerzen verbunden sind, muss dieser Prozess mit der nötigen Behutsamkeit und angemessenem Tempo erfolgen. Bei Klienten, die rasch von Gefühlen überflutet werden oder unter posttraumatischen Symptomen

leiden, ist diese Sorgfalt besonders wichtig, da die Gefahr der Retraumatisierung besteht.

Eine Vielzahl erlebnisaktivierender Techniken aus der gestalttherapeutischen Methodik wurde in die KZPT integriert. Wie im gestalttherapeutischen Vorgehen ist es auch in der KZPT wichtig, dem Klienten einen ständigen Wechsel zwischen Erleben und Reflektieren zu ermöglichen (Verbalisieren des Prozesses; Smith, Regli & Grawe, 1999), um schließlich die Integration zu ermöglichen.

2.4.2 Existenzielles Erforschen

Bei diesem methodischen Zugang geht es um die Frage »Wie bin ich in meiner Umwelt?«, und es soll ein Zugang ermöglicht werden zu dem, *was ist*. Dies bezieht sich einerseits auf die aktuelle Lebenssituation des Klienten und andererseits auf existenzielle Fragen des Seins. Dahinter steht das Spannungsfeld von Eigenständigkeit versus Zugehörigkeit (vgl. Kegan, 1994).

In der gestalttherapeutischen Arbeit geht es hier darum, unterschiedlichkeiten und Gegensätze aufzudecken. Techniken wie der innere Dialog mit Hilfe des »leeren Stuhls«, Rollenspiele oder Identifikation mit gegensätzlichen Anteilen der Persönlichkeit werden angewendet, so dass gegensätzliche Standpunkte offensichtlich und erfahrbar und letztlich integriert werden können.

Auch die Annäherung an die Fragen der menschlichen Existenz erfordert große Behutsamkeit von Seiten des Therapeuten. Oft geht es um schmerzliche Einsichten von Versäumtem oder enttäuschte Erwartungen, aber auch um die Einsicht in unsere existenziellen Freiheiten und Möglichkeiten.

Das erlebnisaktivierende Vorgehen wird durch wissenschaftliche Erkenntnisse untermauert (z. B. Grawe, 2000, Greenberg, Rice & Elliott, 2003). Sie betonen, dass Gespräche über Erleben und Verhalten wohl nützlich sein können, um Veränderungen vorzubereiten, dass die Veränderung sich jedoch im Moment des aktuellen Erlebens realisiert. Der Therapeut muss seine Aufmerksam-

keit also vor allem bei dem haben, was prozessual abläuft, denn auf der prozessualen Ebene spielt sich das veränderungsrelevante Geschehen ab (► Kap. 26). Bei einer Metaanalyse von Orlinsky, Grawe und Parks (1994) hat sich »experiential confrontation« als eine der wirksamsten therapeutischen Interventionen herausgestellt. Der Therapeut »konfrontiert« dabei den Klienten mit seinem

gerade stattfindenden Erleben und Verhalten, indem er den gerade ablaufenden Prozess in Worte fasst. Dies entspricht exakt dem gestalttherapeutischen Vorgehen und demjenigen, wie es in der KZPT als verbal-körperlich-verbales Wechsels (»übersetzen«; Maurer, 2006, S. 165) praktiziert wird.

Dies kann einerseits mit tiefer Verunsicherung einhergehen, andererseits auch zu Transformation führen. In der KZPT stehen hier Techniken aus der spirituell-transzendenten Dimension zur Verfügung.

- **Letztlich geht es hier um die Verbindung von existenziellen Einsichten mit der Bewältigung der aktuellen Lebenssituation auf der Handlungsebene.**

2.4.3 Experimentelle Methoden

Bei diesem methodischen Prinzip geht es um das Entwerfen und Erproben neuer Handlungsmöglichkeiten (z. B. in Rollenspielen; Schaller, 2009). Dabei kann die therapeutische Situation selbst als Experiment mit offenem Ausgang betrachtet werden. Im Gespräch wird das Was und Wie des aktuellen Erlebens im Probehandeln erörtert (wiederum Verbalisieren des Prozesses, vgl. weiter oben, ► Abschn. 2.4.1), unter Berücksichtigung vergangener und zukünftiger Aspekte.

- **Viele Klienten neigen dazu, in ihrem Denken und Fühlen in der Vergangenheit verhaftet zu bleiben. Sie können durch die Aktivierung ihres Erlebens in der Gegenwart schließlich auch mehr in die Zukunft blicken.**

Die Bedeutung des »Jetzt« als einzig mögliches Einflussfenster zur Veränderung wird auch von Neurobiologen betont (Pöppel, 2000). Erinnerungen werden als Vergegenwärtigung von Vergangenheit angesehen. Insofern wird immer eine gegenwärtige Wirklichkeit konstruiert, die mit entsprechenden Formen der Aufmerksamkeit erfahren und bewusst mitgestaltet werden kann.

Auch aufgrund neurobiologischer Befunde kann Aufmerksamkeit, im Sinne von achtsamem gegenwärtigem Erleben, als zentrales Veränderungsmoment gesehen werden (Gottwald, 2006). Achtsames Verweilen bei Empfindungen führt zu Emotionen, die leichter zu den zugrunde liegenden Erinnerungen, und letztlich deren heilsamer Behandlung, führen können.

Wichtig ist in der KZPT auch das Prinzip der Handlungsaktivierung, d. h. vom Sprechen ins kon-

krete Handeln und Erleben zu kommen. Gesprächsinhalte werden in körperliches Erfahren, körperlichen Ausdruck übergeleitet und das Erfahrene wird im Anschluss wieder verbal besprochen (»Übersetzungen« im Sinne von Maurer, 2006).

Mit Hilfe von Dialogtechniken können Polaritäten und ambivalente Haltungen im Klienten sichtbar und erlebbar gemacht werden. Auch die Arbeit mit verschiedenen Medien wirkt erlebnisaktivierend. Beide Techniken werden weiter unten beschrieben (► Abschn. 2.5.3 und 2.5.4).

2.5 Gestalttherapeutische Techniken in der KZPT

Im therapeutischen Handlungsraum kommen die im Folgenden beschriebenen, aus der Gestalttherapie integrierten Techniken zur Anwendung. Spezifische Techniken der KZPT werden an dieser Stelle nicht ausgeführt, es sei dazu verwiesen auf ► Kap. 7, das eine Übersicht körperlicher Erfahrungsübungen bietet, sowie die übrige Kernliteratur der KZPT (Maurer, 2002, 2004a, 2004b, 2006 sowie ihre Kapitel in diesem Band [► Kap. 1, 5 und 9]).

2.5.1 Die Arbeit im Hier und Jetzt

Bei verbalen Berichten und deren Reflexion wird versucht, aus der Vergangenheit immer wieder ins Hier und Jetzt zu gelangen und das Was und Wie des aktuellen Erlebens und Verhaltens zu erörtern. Wie bereits weiter oben erwähnt, finden Veränderungen des Erlebens und Verhaltens in der Vergegenwärtigung der Vergangenheit statt, d. h. im gegenwärtigen Erleben des Klienten.

2.5.2 Wahrnehmungsübungen

Spüren, was aktuell im Inneren vor sich geht. Die bewusste Wahrnehmungsförderung im Hier und Jetzt entspricht der Awareness in der Gestalttherapie, der Zentrierung des Bewusstseins in der Gegenwart (viele solcher Übungen sind beschrieben in z. B. Brooks, 2005; Görlitz, 2003; Stevens, 2002). In der KZPT bezieht sich die Awareness auf alle 6 Le-



■ **Abb. 2.1.** Intrakorporeller Dialog nach Maurer (2002) (Fotograf: Th. Ingold)

bensdimensionen. Die Schulung der inneren Wahrnehmungsfähigkeit fördert den Kontakt mit dem eigenen Körper und dem Selbst und verbessert die Wahrnehmung von Emotionen. Somit wird die Selbststeuerung des Klienten verbessert.

2.5.3 Dialogtechniken

Die Gestalttherapie ist unter anderem bekannt für ihre Rollenspiele und Dialoge mit dem leeren Stuhl. Diese lassen bei Konflikten entweder 2 miteinander in Widerstreit liegende innere Seiten des Klienten oder sein Beziehungsverhalten mit einer anderen Person deutlich werden. Das eigene und das Fremdverhalten können dabei besser wahrgenommen und verändert und Gegensätze integriert werden. Rollenspiele tragen dazu bei, Ängste im realen sozialen Bezug durch Üben abzubauen und neue Verhaltensweisen einzuüben (vgl. Schaller, 2009). Die Neurowissenschaft hat aufgezeigt, dass auch nur gesprochene oder teilweise in Handlung umgesetzte Dialoge ähnliche Spuren im Hirn hinterlassen, wie wenn real gehandelt würde (vgl. ► Einleitung Sektion II: Argumente für körperbezogene Interventionen).

Eine in der KZPT weiter entwickelte Dialogtechnik stellt der **intrakorporelle Dialog** dar. Dabei gibt der Klient 2 gegensätzlichen Gefühlszuständen (z. B. Nähe/Distanz oder Stärke/Schwäche) je einen eigenen Körperausdruck. Dann wird zwischen diesen beiden Gefühlszuständen bzw. Körpergestalten hin und her gewechselt (oszilliert). Das Ziel ist, eine Mittel- oder neue Position zu finden, die zu einer Integration der beiden Gegensätze führt (■ Abb. 2.1; Maurer, 2002).

2.5.4 Kreative Medien

Bewusst gewordene Gefühle oder Inhalte des Unbewussten können mit kreativen Medien wie Malen, Bewegung, Körperskulptur (im Sinne von Satir et al., 2000) oder Stimme ausgedrückt werden. Mit körperlichen, haltungsmäßigen, stimmlichen und anderen Ausdrucksübungen lernt der Klient seine Innenwelt besser kennen und sich der Außenwelt deutlicher zu zeigen. Anhand des kreativen Ausdrucks kann Selbsterkenntnis stattfinden (Hartmann-Kottek, 2004). Durch vermehrte Extraversion wird die Selbstsicherheit im sozialen und kreativen Bereich gefördert.

Schlussbemerkung

Die Gestalttherapie stellte einen wichtigen Pfeiler dar in der Entwicklung der Körperzentrierten Psychotherapie, sowohl auf der metatheoretischen als auch auf der methodischen Ebene. Durch die Verknüpfung gestalttherapeutischer Methodik mit dem aus dem Anthropologischen Würfelmodell abgeleiteten therapeutischen Vorgehen (aktives Shiften in den verschiedenen Lebensdimensionen unter gleichzeitiger Ressourcenaktivierung) werden synergetische Effekte erzielt, die zu einer Optimierung der therapeutischen Wirkung und Wirksamkeit führen (vgl. ► Kap. 8).

Der Einbezug weiterer Interventionsmöglichkeiten, wie der körperlichen Erfahrungsübungen, der Arbeit am Körpergedächtnis und anderer spezifischer Methoden der KZPT, verbreitert das Interventionspektrum des Therapeuten und ermöglicht eine individuell abgestimmte, ganzheitliche therapeutische Vorgehensweise.

Literatur

- Bertalanffy, L. (1968). *General System Theory. Foundations, development, applications*. New York: Braziller.
- Bongers, D. & Schulthess, P. (2005). Gestalttherapie. In D. Bongers, A. Leuenberger, P. Schulthess & U. Strümpfel (Hrsg.), *Gestalttherapie und Integrative Therapie* (S. 13–50). Bergisch-Gladbach: EHP.
- Briner, F. (1977). *Tanztherapie. Integrative Therapie*, 2, 71–90.
- Brooks, C.W. (2005). *Erleben durch die Sinne: Sensory Awareness*. Paderborn: Junfermann.
- Buber, M. (1984). *Das Dialogische Prinzip*. Heidelberg: Schneider.
- Buber, M. (1994). *Ich und Du*. Gerlingen: Schneider.
- Bugental, J. (1967). *Challenges of humanistic psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Derbolowsky, U. (1979). Atemtherapie. In H. Petzold (Hrsg.), *Psychotherapie und Körperdynamik* (S. 128–145). Paderborn: Junfermann.
- Dürckheim, K. von (1979). Vom Leib, der man ist in pragmatischer und initiatischer Sicht. In H. Petzold (Hrsg.), *Psychotherapie und Körperdynamik* (S. 11–27). Paderborn: Junfermann.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model; a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129–136.
- Fiedler, P. (2000). *Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Fuchs, M. (1964). Eigenrhythmus über Entspannung und Atmung ohne Selbsthypnose. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin*, 10, 141–145.
- Fuhr, R. (2001). Praxisprinzipien: Gestalttherapie als experienteller, existentieller und experimenteller Ansatz. In R. Fuhr, M. Sreckovic & M. Gremmler (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (S. 417–437). Göttingen: Hogrefe.
- Görlitz G. (2003). Körper und Gefühl in der Psychotherapie. *Basisübungen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Gottwald, C. (2006). Neurobiologische Perspektiven zur Körperpsychotherapie. In G. Marlock & H. Weiss (Hrsg.), *Handbuch der Körperpsychotherapie* (S. 119–137). Stuttgart: Schattauer.
- Grawe, K. (1996). *Umriss einer zukünftigen Psychotherapie*. In H. Bents, R. Frank & E.R. Rey (Hrsg.), *Erfolg und Misserfolg in der Psychotherapie* (S. 176–189). Regensburg: Roderer.
- Grawe, K. (1999a). Allgemeine Psychotherapie: Leitbild für eine empiriegeleitete psychologische Therapie. In R. F. Wagner & P. Becker (Hrsg.), *Allgemeine Psychotherapie* (S. 117–167). Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (1999b). Wie kann Psychotherapie noch wirksamer werden? *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 31, 185–199.
- Grawe, K. (2000). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (2001). *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. & Grawe-Gerber, M. (1999). Ressourcenaktivierung – ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 44, 63–73.
- Greenberg, L.S., Rice, L.N. & Elliott, R. (2003). *Emotionale Veränderung fördern: Grundlagen einer prozess- und erlebnisorientierten Therapie*. Paderborn: Junfermann.
- Hartmann-Kottek, L. (2004). *Gestalttherapie*. Berlin: Springer.
- Heidegger, M. (1979). *Sein und Zeit*. Tübingen: Niemeyer.
- Husserl, E. (1985). *Die phänomenologische Methode*. Stuttgart: Reclam.
- Kegan, R. (1994). *Die Entwicklungsstufen des Selbst: Fortschritte und Krisen im menschlichen Leben*. München: Kindt.
- Künzler, A. (2006). Ressourcen und Körperzentrierte Psychotherapie. *Psychotherapie*, 11, 165–170.
- Lambert, M.J. (Hrsg.). (2004). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Lewin, K. (1952). *Field theory in social science*. London: Tavistock.
- Lowen, A. (1975). *Bioenergetics*. New York: Coward, McCann & Geoghegan.
- Marcel, G. (1987). *Sein und Haben*. Paderborn: Schöningh.
- Maslow, A. (1977). *Motivation und Persönlichkeit*. Olten: Walter.
- Maslow, A. (1985). *Zur Psychologie des Seins*. Frankfurt/Main: Fischer.
- Maturana, H.R. & Varela, F.J. (1980). *Autopoiesis and cognition: The realization of the living*. Boston: Reidel.
- Maurer, Y. (1975). Die Haut als Medium in der Therapie depressiv und schizophrener Kranker. *Psychosomatische Medizin*, 6, 67–78.
- Maurer, Y. (1976). Körperzentrierte Gruppenpsychotherapie bei akut schizophren Erkrankten. Eine Untersuchung mittels Ich-Funktionen-Rating nach Bellak. *Archiv der Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 221, 259–271.
- Maurer, Y. (Hrsg.) (1998). *Körperzentrierte Psychotherapie IKP. Grundlegende Theorien und Aspekte*. Zürich: IKP-Verlag.
- Maurer, Y. (2002). *Körperzentrierte Psychotherapie IKP. Ganzheitlich orientierte Behandlungskonzepte und Therapiebeispiele*. Zürich: IKP Verlag.
- Maurer, Y. (2004a). *Zu innerer Kraft und Energie durch Körperzentrierte Psychotherapie*. Zürich: IKP Verlag.
- Maurer, Y. (2004b). Neurophysiologische Hintergründe für ganzheitliches psychotherapeutisches Arbeiten mit spezieller Berücksichtigung von Gedächtnis, Körpergedächtnis und Ressourcen. *Psychotherapie Forum*, 12, 98–103.
- Maurer, Y. (2006). *Der ganzheitliche Ansatz in der Psychotherapie*. Wien: Springer.
- Maurer, Y. & Petzold, H. (1978). Die therapeutische Beziehung in der Gestalttherapie. In R. Battegay et al. (Hrsg.), *Die therapeutische Beziehung unter dem Aspekt verschiedener psychotherapeutischer Schulen*. Bern: Huber.
- Mérléau-Ponty, M. (1966). *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin: de Gruyter.
- Mérléau-Ponty, M. (1976). *Die Struktur des Verhaltens*. Berlin: de Gruyter.

- Nicolis, G. & Prigogine, I. (1977). *Self-organization in nonequilibrium systems. From dissipative structures to order through fluctuations*. New York: Wiley.
- Norcross, J.C. & Goldfried, M.R. (Hrsg.). (1992). *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books.
- 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* (S. 270–376). New York: Wiley.
- Perls, F.S. (1974). *Gestalttherapie in Aktion*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Perls, F.S. (1976). *Grundlagen der Gestalttherapie*. München: Pfeiffer.
- Perls, F.S., Hefferline, R.E. & Goodman, P. (1987). *Gestalt-Therapie. Wiederbelebung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Petzold, H.G. (2003). *Integrative Therapie*. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (2005). *Übergänge und Identität, Wandlungen im Feld. Ein Rückblick auf 30 Jahre der Zeitschrift Integrative Therapie*. Editorial. *Integrative Therapie*, 4, 349–373.
- Polster, E. & Polster, M. (1975). *Gestalttherapie*. München: Kindler.
- Pöppel, E. (2000). *Grenzen des Bewusstseins*. Frankfurt: Inselverlag.
- Quekelberghe, R. van (1979). *Systematik der Psychotherapie. Vergleich und kognitiv-psychologische Grundlegung psychologischer Therapien*. München: Urban & Schwarzenegger.
- Regli, D., Bieber, K., Mathier, F. & Grawe, K. (2000). *Beziehungsgestaltung und Aktivierung von Ressourcen in der Anfangsphase von Therapien*. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 21, 399–420.
- Rogers, C.R. (1972). *Die nicht-direktive Beratung*. München: Kindler.
- Satir, V., Banmen, J., Gerber, J. & Gomori, M. (2000). *Das Satir-Modell*. Paderborn: Junfermann.
- Schaller, R. (2009). *Rollenspiel für die Praxis – Therapie, Coaching und Beratung im Einzelsetting*. Bern: Huber.
- Schmitz, H. (1989). *Leib und Gefühl*. Paderborn: Junfermann-Verlag.
- Schulthess, P. & Grillmeier-Rehder, U. (2002). *Institut für Integrative Gestalttherapie Würzburg (IGW)*. *Psychotherapie Forum*, 10, 94–95.
- Schultz, I.H. (1973). *Das autogene Training. Konzentrierte Selbstentspannung*. Stuttgart: Thieme.
- Smith, E. & Grawe, K. (2003). *Die funktionale Rolle von Ressourcenaktivierung für Psychotherapie*. In H. Schemmel & J. Schaller (Hrsg.), *Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit*. Tübingen: DGVT.
- Smith, E., Regli, D. & Grawe, K. (1999). *Wenn Therapie weh tut: Wie können Therapeuten zu fruchtbaren Problemaktualisierungen beitragen?* *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 31, 227–251.
- Smuts, J.C. (1926). *Holism and evolution*. Highland, New York: Gestalt Journal Press.
- Stevens, J.O. (2002). *Die Kunst der Wahrnehmung. Übungen der Gestalttherapie*. Gütersloh: Verlagshaus.
- Stolze, H. (1979). *Konzentrierte Bewegungstherapie*. In H. Petzold (Hrsg.), *Psychotherapie und Körperdynamik* (S. 157–175). Paderborn: Junfermann.
- Wagner, R.F. & Becker, P. (Hrsg.). (1999). *Neue Ansätze zu einer Integration psychotherapeutischer Schulen*. Göttingen: Hogrefe.



<http://www.springer.com/978-3-642-01059-0>

Körperzentrierte Psychotherapie im Dialog
Grundlagen, Anwendungen, Integration Der IKP-Ansatz
von Yvonne Maurer
Künzler, A.; Böttcher, C.; Hartmann, R.; Nussbaum, M.-H.
(Hrsg.)
2010, XXIV, 381 S., Softcover
ISBN: 978-3-642-01059-0