

Körperzentrierte Psychotherapie unter der Ressourcenperspektive

Diplomarbeit von

Alfred Künzler

lic. phil., Psychologe FSP

Römerstr. 18

3047 Bremgarten BE

für den Abschluss als Körperzentrierter Psychotherapeut (Typ A)

am Institut für Körperzentrierte Psychotherapie IKP

Kanzleistr. 17

8004 Zürich

Juli 2002

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	3
1 Einführung: Ressourcenorientierung in der Psychotherapie	4
1.1 Ressourcen- vs. Defizitorientierung: Sowohl als auch!	5
1.2 Begründung der Ressourcenarbeit: Neurologie, Psychologie, Psychotherapie, Ökonomie, Systemtheorie	7
1.3 Grundannahmen ressourcenorientierter Ansätze	11
1.4 Was sind Ressourcen?	12
1.5 Ressourcendiagnostik	14
2 Ein ganzheitlicher Ansatz: Körperzentrierte Psychotherapie IKP	16
2.1 Das Anthropologische Würfelmodell IKP	17
2.1.1 Ressourcen- und Defizitaspekte des Würfelmodells und der einzelnen Seinsdimensionen	19
2.1.2 Einsatz als Diagnostikum	22
2.1.3 Bezüge zu anderen gesundheitsorientierten Konzepten	23
Salutogenese	24
Selbstwirksamkeit und Kontrollmeinung	24
Learned Resourcefulness	25
Motivierende Gesprächsführung	26
Balanciertes Mannsein	28
Persönlichkeitsportrait	29
2.1.4 Weiterentwicklung des bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells	30
2.2 Aktives Shiften als Ressourcen-Technik	31
Literaturverzeichnis	33

Zusammenfassung

Diese theoretische Arbeit beleuchtet die Körperzentrierte Psychotherapie IKP (KZPT) aus der Ressourcenperspektive. KZPT wird dabei als stark ressourcenorientierter Ansatz aus dem humanistischen Formenkreis dargestellt.

Ressourcenorientierung wird der traditionellen pathogenetischen Sichtweise an die Seite gestellt. Neurologie, Psychologie und dynamische Systemtheorie als wissenschaftliche Begründungen für die ressourcenorientierte Sichtweise werden gestreift. Auch empirische Befunde der Psychotherapieforschung werden diesbezüglich referiert. Der Ressourcenbegriff wird beleuchtet, ebenso wie die Diagnostik von Ressourcen.

Das Anthropologische Würfelmodell IKP wird als ein Kernkonzept der KZPT beschrieben, und auf Ressourcen- und Defizitaspekte hin untersucht. Sein Potential als ganzheitliches Diagnostikum wird aufgezeigt. Anhand vielfältiger Bezüge zu prominenten und weniger bekannten, neuen und älteren Konzepten der Psychologie und Psychotherapie wird das Würfelmodell wissenschaftlich verortet. Insbesondere wird es als ganzheitliche Weiterentwicklung des bio-psycho-sozialen Paradigmas beschrieben. Die Technik des aktiven Shiftens wird beispielhaft als Methodik der ressourcenorientierten Vorgehensweise in der KZPT vorgestellt.

1 Einführung: Ressourcenorientierung in der Psychotherapie

*Die Therapie
sollte sich nie an der Theorie,
sondern an der Beziehung
ausrichten.*

Irvin D. Yalom

*... by working in the medical model ...,
we have misplaced
much of our science and much of our training.*

Martin E. P. Seligman 2002 7

Wenn Psychotherapie als die "Behandlung allein oder vorwiegend psychogen bedingter körperlicher oder seelischer Erkrankungen" (Dorsch, 1994) definiert wird, ist nicht erstaunlich, dass sie traditionellerweise ihren Fokus auf menschliche *Defizite* richtet. Erst die Defizite, in behandlungsbedürftigem Ausmass, scheinen ihr überhaupt eine Existenzberechtigung zu geben. *Störungen* im menschlichen Verhalten waren die Triebfeder zur Entwicklung der modernen Psychotherapie, und sind noch heute die hauptsächliche Indikation dafür. Welche Bedeutung also könnte der Begriff *Ressource* in einer Krankheitsbehandlung haben?

Er verweist auf das Gleichnis vom halb leeren bzw. halb vollen Glas. Spreche ich vom halb leeren Glas, betone ich den nicht vorhandenen, fehlenden oder *defizitären* Teil des Objektes. Spreche ich vom halb vollen Glas, hebe ich das Vorhandene, die Ressource(n)¹ in den Vordergrund. Beide Aussagen kommentieren denselben Zustand. Beide Aussagen sind wahr, fassen eine, oder einen Teil der, Realität in Worte. Verschieden ist die Perspektive, und die Wirkung beim Zuhörer.

Übertragen auf die Psychotherapie stehen die beiden Perspektiven für den defizitorientierten resp. den ressourcenorientierten Zugang. Da beide Perspektiven einen Aspekt der Wahrheit wiedergeben, sei die Frage gestellt, ob sie zusammen genommen eine umfassendere Sicht der "Realität" geben könnten. Oder wieder in die Psychotherapie übersetzt: Kann das Be-

¹ Der Begriff "Ressource" ist aus der Wirtschaft (-spsychologie) entlehnt. Er steht dort für "Hilfsquellen, Produktionsmittel" (Dorsch, 1994) und kann in genau diesem Sinne in die Psychotherapie übertragen werden. "Produkt" ist hier das menschliche Verhalten. Hilfs- oder Produktionsmittel sind intrapsychische, soziale und dingliche Gegebenheiten des Individuums und seiner Umgebung. (Weitere Begriffsklärung unter 1.4 Was sind Ressourcen?)

handlungsergebnis verbessert werden, wenn nicht nur die Defizite der Klientin², sondern auch deren Ressourcen in die Behandlung einbezogen werden?

Genau hier haken verschiedene psychotherapeutische Modelle ein, darunter die Körperzentrierte Psychotherapie IKP. Ressourcenbeachtende Therapieansätze haben in den letzten Jahren in vielen Praxisfeldern der psychosozialen Versorgung Eingang gefunden. Aber auch in der psychologischen und psychotherapeutischen Forschung sind Ressourcen – über die "Stammlande" des Humanismus hinaus – ein viel beachtetes Thema geworden (vgl. Willutzki, 2000a; im Weiteren Antonovsky, 1997; Bohart & Tallman, 1999; Grawe & Grawe-Gerber, 1999; Margraf, Siegrist & Neumer, 1998; Oldham & Morris, 1992; Peseschkian & Jork, 2002; Petzold, 1997; Winter & Neubauer, 2001). Diese Entwicklung ist Anlass, in der vorliegenden Arbeit die Körperzentrierte Psychotherapie IKP unter dem Aspekt der Ressourcenorientierung resp. –nutzung zu diskutieren. Vorab sollen jedoch wichtige Aspekte des Begriffs erörtert werden.

1.1 Ressourcen- vs. Defizitorientierung: Sowohl als auch!

Dass sich Menschen nur mit Hilfe von Kräften und Fähigkeiten verändern können, derer sie mächtig sind, also innerhalb ihres "Möglichkeitsraumes", ist zwar ein naheliegender Gedanke (vgl. Foppa, 1988; Künzler, 2002). Trotzdem wurde er vom Mainstream der modernen westlichen Heilmethoden lange übersehen und wird noch heute vernachlässigt. Die Schulmedizin konzentriert sich noch immer auf die krankhaften Abläufe im Körper. Nur kleine Strömungen, wie zum Beispiel die Homöopathie, richten den Behandlungsfokus auf das Gesunde, um das Kranke zu heilen.

In der Psychotherapie ist es nicht anders. Die zwei ältesten der grossen Richtungen, Psychoanalyse und Verhaltenstherapie, richten ihr Hauptaugenmerk seit jeher auf krankhafte Persönlichkeitsanteile resp. gestörtes Verhalten, betonen also die Defizit- oder Problemperspektive. Erst die so genannte dritte Kraft im Feld der Psychotherapien, die humanistischen Ansätze, läuteten diesbezüglich eine Wende ein. Basierend auf der Annahme einer Tendenz zur "Selbstaktualisierung" wurde diese jedem Individuum zugesprochene Ressource ins Zentrum der Behandlung gerückt. Seit einiger Zeit wird aber in humanistischen Kreisen selbstkritisch diskutiert, dass diese radikale Gegenbewegung zu einer ebenso einseitigen Sicht und damit einem nicht optimalen Behandlungsverlauf führen kann. So ortet Staemmler (1999) etwa im Gestaltansatz ein Defizit im Umgang mit Defiziten: "Viel zu wenig Raum hat unter GestalttherapeutInnen [...] die Theorie und Praxis des therapeutischen Umgangs mit psychischen *Defiziten*, also mit mangelhaft entwickelten Fähigkeiten von KlientInnen, einge-

² Der Einfachheit und Lesbarkeit halber werden die weibliche und männliche Form abwechselnd verwendet. Gemeint sind immer beide Geschlechter, wenn nicht explizit unterschieden wird.

nommen" (S. 95). Dass aber die Nutzung individueller Ressourcen der Klientin das Behandlungsergebnis verbessert, ist inzwischen über den humanistischen Fachkreis hinaus anerkannt und empirisch belegt (z.B. Grawe & Grawe-Gerber, 1999).

Cronbach und Snow (1977) fassten die beiden Vorgehensweisen unter die Begriffe Kompensations- bzw. Kapitalisationsmodelle. In Kompensationsmodellen wird die Veränderung spezifischer *Defizite* (deren Kompensation) für zentral gehalten. Kapitalisationsmodelle auf der anderen Seite versuchen, die *vorhandenen* Eigenschaften der Klientin (als "Kapital") zu nutzen. Die Kapitalisationshypothese besagt, dass Klienten für ein Vorgehen aufnahmebereiter sind und folgedessen mehr davon profitieren, wenn es ihre Stärken anspricht und Gebrauch von ihren spezifischen Fähigkeiten macht.

Im Laufe der letzten Jahrzehnte entstanden immer mehr integrative oder eklektische Psychotherapieformen.³ Allen diesen Ansätzen gemeinsam ist, dass sie auf bestehende Konzepte, Theorien, Techniken und/oder Strategien verschiedener Provenienz zurückgreifen und durch mischen oder weiter entwickeln die Wirksamkeit der Therapie zu verbessern suchen. Mehrere solcher neuen Ansätze haben auch die einseitige Fokussierung auf Ressourcen oder Defizite aufgelöst. Statt dessen werden beide Perspektiven einander ergänzend in die Behandlung einbezogen. Grawe (1995) konnte empirisch nachweisen, dass beide Perspektiven wirksame Faktoren in der Psychotherapie darstellen. Die Verknüpfung beider Sichtweisen verspricht folglich eine Verbesserung psychotherapeutischer Behandlungen.

Es sind auch schon Hinweise vorhanden, welche bestimmte Kombination der beiden Faktoren zu einem optimalen Ergebnis führen könnte. Smith, Regli und Grawe (1999) untersuchten die Frage, unter welchen Bedingungen die Auseinandersetzung mit sehr schmerzhaften Erlebnissen von PatientInnen als hilfreich erlebt wurde. Als entscheidend erwies sich die gleichzeitige Aktivierung von positivem Erleben. Als günstig erwies sich auch, bei der Problembearbeitung nicht zu lange den aktuellen Zustand zu explorieren, sondern baldmöglichst auf die Veränderung zu fokussieren. Fruchtbare Problembearbeitung geschieht damit vor allem *in Verbindung* mit ausgeprägter Ressourcenaktivierung und Veränderungsorientierung. Weiterführende Datenanalysen – etwa zur Frage, wie eine hohe Problemaktualisierung aufgefangen werden kann, wenn der aktuelle Stand der Therapie keine Veränderungsperspektive zulässt – verwiesen nachdrücklich auf die zentrale Bedeutung von ressourcenaktivierenden Interventionen.

³ Tatsächlich sind Integrationsbemühungen schon seit den Dreissiger Jahren dokumentiert (French, 1933; einen historischen Abriss geben Goldfried & Newman, 1992; weitere Übersichtsarbeiten in Norcross & Goldfried, 1992). Die beiden Bezeichnungen "integrativ" und "eklektisch" werden zuweilen synonym verwendet, letztere im deutschen Sprachraum aber häufig negativ konnotiert. Für beide existiert kein einheitliches Verständnis, im Gegenteil kann "integrativ" noch auf verschiedenen Ebenen differenziert werden (vgl. Künzler, 2000).

Im zweiten Teil dieser Arbeit wird der Ansatz der Körperzentrierten Psychotherapie IKP als ein Beispiel für die gelungene Integration von Ressourcen- und Problembeachtung dargestellt.

1.2 Begründung der Ressourcenarbeit: Neurologie, Psychologie, Psychotherapie, Ökonomie, Systemtheorie

Braucht Ressourcenarbeit in der Psychotherapie (noch) begründet zu werden? Der Gegenpol - Problembearbeitung - wurde unreflektiert von der Medizin übernommen und während Jahrzehnten nicht hinterfragt. Trotzdem ist es das Los alles Neuen, seine Berechtigung explizieren zu müssen, erst recht im Bereich der Psychotherapie. So fragt etwa Willutzki (2000b) (selbst-) kritisch: "Positive Perspektiven in der Psychotherapie - ist das Respektlosigkeit vor dem Leid der Patienten?" (S. 327). Auch Hargens (1998) reflektiert, "in wie weit lösungsorientiertes Arbeiten einen respektvollen Umgang mit Problemen pflegt und pflegen kann" (S. 4). Beide Fragestellungen implizieren Erklärungsbedarf für den ressourcenorientierten Standpunkt. Dass erstere auf kognitiv-verhaltenstherapeutischem Hintergrund, letztere jedoch in systemischer Tradition formuliert wurde, verweist aber auch auf das integrative Potential der Ressourcendiskussion. Sie hat die Grenzen der Psychotherapieschulen in den letzten Jahren überschritten und positiven Widerhall bei Exponenten sämtlicher Orientierungen gefunden. Trotz dieser breiten Anerkennung soll im Folgenden die Berechtigung der Ressourcenarbeit aus verschiedenen Positionen beleuchtet werden.

Koukkou-Lehmann (1998) erklärt mit ihrem systemtheoretisch orientierten Modell auf psychobiologischer Ebene die lebenslange Veränderbarkeit des menschlichen Gehirns. Desgleichen zeigt Hepp-Reymond (1998) anhand einer Reihe neurologischer Studien, dass unser Gehirn auch im Erwachsenenalter noch über einen hohen Grad an Plastizität verfügt. Unser Verhalten wirke ständig auf die Organisation des Gehirns zurück. Sie leitet ab, dass wir die Möglichkeit haben, unser Gehirn zu trainieren. Maurer (2002) weist darauf hin, dass diese Forschungsergebnisse noch als vorläufig anzusehen sind. Immerhin bestehen aber Hinweise auf die Möglichkeit, dass unsere neurologischen Ressourcen durch entsprechende Stimulation zu vermehren sind.

Grawe (1998) setzt ebenfalls bei der Neurologie an, schlägt dann aber schnell die Brücke zur Psychologie und elaboriert sein Modell auf diesem Boden. In seinem schematheoretischen Ansatz geht er davon aus, dass allen psychischen Prozessen bestimmte neuronale Erregungsmuster zugrunde liegen. Als Organisationseinheit psychischer Prozesse wird der Begriff des Schemas⁴ verwendet (Grawe, 1986, 1994). Mit einem Schema in diesem Sinne kor-

⁴ Der Begriff des Schemas ist in Psychologie und Psychotherapie in weiten Kreisen verwendet worden. Nebst vieler Variationen wird damit von den einen ein Inhalt, von den Andern ein Prozess bezeichnet. Grawe gehört zur zweiten Gruppe.

respondiert also ein bestimmtes Erregungsmuster im Gehirn. Das Schema repräsentiert eine Verhaltensbereitschaft mit einer Wahrnehmungs-, einer motivationalen, einer emotionalen und einer Handlungskomponente. Schemata können mehr oder weniger stark aktiviert und damit verhaltenswirksam sein. Grundsätzlich sind solche Schemata leichter aktivierbar, die den bereits aktivierten ähnlich sind (Lang, 1979). Bei negativer Stimmung werden also andere Schemata mit negativer Emotionskomponente leichter aktiviert. Bei positiver Stimmung dagegen werden andere positiv konnotierte Gedächtnisinhalte bevorzugt aktiviert. Die Aktivierung von Ressourcen wird damit bei der weitgehend negativen Affektivität von KlientInnen zu einer genuin therapeutischen Aufgabe (vgl. Frank, 1997; Willutzki, 2000b; wie solche positive Rückkoppelungsmechanismen in der Psychotherapie erforscht und produktiv eingesetzt werden können zeigt zum Beispiel Smith, 2001).

Die bisherige Psychotherapieforschung erlaubt wenige klare Aussagen in Bezug auf die Nützlichkeit von Ressourcenarbeit (Willutzki, 2000a). Im Rahmen differentieller Indikationsfragen gibt es jedoch einige Hinweise darauf, dass eine Orientierung des Vorgehens an den Ressourcen der Person sinnvoll ist. Beutler (1989) fand, dass Therapien erfolgreicher waren, bei denen die angewandten Techniken auf die Persönlichkeit des Klienten abgestimmt waren. (Noch erfolgreicher waren jene Therapien, wo eine optimale Passung aufgrund der Persönlichkeitsmerkmale von beiden, Therapeut und Klient, vorhanden war. Solche Ergebnisse sind allerdings schwer umzusetzen, da Therapeuten selten bereit sind, sich selber der gleichen Diagnostik zu unterziehen wie ihre Klientinnen.) In einer späteren Studie (Beutler, Moleiro, Malik & Harwood, 2000) wurden dieselben Hypothesen mit Ergebnissen unterlegt, die in ihrer Deutlichkeit rar sind in der Psychotherapieforschung. Die Paarung therapeutischer Strategien mit Persönlichkeitsmerkmalen des Klienten derart, dass die vorhandenen Eigenschaften im Sinne von Ressourcen den Therapieprozess positiv beeinflussen, führte hier zu deutlich besseren Therapieergebnissen.

Auch Grawe (1992b) resümiert in einer Bestandsaufnahme der Psychotherapieforschung, dass klare Hinweise für differentielle Indikatoren vorhanden sind, d.h. die Abstimmung von Therapie- und Klientenmerkmalen den Behandlungserfolg erhöht. Später differenzieren Grawe und Grawe-Gerber (1999), das Ziel einer Behandlung, das "was" sei unter der Problemperspektive zu bestimmen, das Vorgehen aber, das "wie" sei aufgrund der individuellen Ressourcen des Klienten zu gestalten.

Rude und Rehm (1991) gehen in ihrer Übersichtsarbeit ebenfalls einen Schritt weiter in Richtung Differenzierung. Sie schliessen, dass die Kapitalisationshypothese empirisch besser gestützt wird als die Kompensationshypothese. Damit wird auch die *Richtung* der Paarung von therapeutischer Strategie und Eigenschaften der Person festgelegt. Von Vorteil sei nicht das Ausrichten der Behandlung an den *fehlenden* oder störenden Eigenschaften der Person, sondern am *Vorhandenen* und Funktionierenden.

In einer Studie von Dick, Grawe, Regli und Heim (1999) wurden Sitzungen mit besonders schwierigen Bedingungen untersucht, darunter geringe Bereitschaft, Probleme zu thematisieren, niederes Engagement oder eingeschränkte Beziehungsfähigkeit auf Seite des Patienten. Allen Analysen war gemeinsam, dass fruchtbare Sitzungen aus der Sicht der Patienten jeweils in einem deutlichen Zusammenhang mit einem starken Erleben von Ressourcen während der Sitzung stand. Die Autoren kommen zum Schluss, dass "der Erfolg von Psychotherapie in hohem Masse davon abzuhängen scheint, inwiefern es gelingt, die beim Patienten vorhandenen gesunden und positiven Persönlichkeitsanteile, Fähigkeiten und Motivationen zu fördern und ihm dazu zu verhelfen, sich im Sinne seiner positiven Seiten erleben zu können" (S. 277).

Das gesamte Forschungsprogramm der Gruppe um Larry Beutler (z.B. Beutler & Clarkin, 1990; Beutler & Consoli, 1993; Beutler & Harwood, 2000; Künzler & Beutler, im Druck) kann in diesem Sinn interpretiert werden. Zwei Beispiele: 1) Das Klientenmerkmal "Widerstand" (auf therapeutische Vorgaben; oder positiv ausgedrückt, sein Bedürfnis nach Autonomie) wird gepaart mit dem Mass an Direktivität auf Seiten der Therapeutin. Studien zeigen wiederholt bessere Therapieergebnisse, wenn Klienten mit hohem Autonomiebedürfnis nicht-direktiv behandelt werden. Eine mögliche (ressourcenorientierte) Interpretation fasst das Autonomiestreben als Ressource auf, die aber nur bei dazu passendem (nicht-direktivem) Verhalten des Therapeuten veränderungsfördernd wirken kann. Klienten mit kleinem Autonomiebedürfnis (die also wenig Widerstand auf therapeutische Vorgaben zeigen) kann in ressourcenorientiertem Geiste die Fähigkeit zugesprochen werden, offen für Neues / Fremdes zu sein. Diese Qualität entfaltet erst bei direktivem Therapeutenverhalten ihre hilfreiche Wirkung. 2) Klienten mit einem internalisierenden Umgang mit Stress (innerer Rückzug) erzielen bessere Therapieresultate, wenn therapeutische Interventionen klärungsorientiert, d.h. auf unbewusste Motive und Gefühle ausgerichtet sind. Klienten mit eher externalisierendem (ausagierendem) Copingstil dagegen profitieren mehr von verhaltensbezogenem Vorgehen. Eine ressourcenorientierte Erklärung der Befunde ist hier, dass in beiden Fällen jeweils auf der Präferenzebene der Klientin gearbeitet wird. Die mitgebrachte "Expertise" kann somit genutzt werden. (Zusätzlich fühlt sie sich abgeholt, was positiv auf ihre Motivation und die Therapiebeziehung wirkt.) Auch Grawe (1996) liefert hierzu eine Grundlage, wenn er motivationale Klärung und Bewältigungshilfe (auf Verhaltensebene) als die beiden wichtigsten Veränderungsprinzipien der Psychotherapie bezeichnet. Wird jeweils das zum Klienten passende Prinzip angewandt, wird seine Eigenart zur Ressource im Therapieprozess.

Die Frage der Wirkfaktoren ("Was wirkt heilend?", Oehler, 1989) wurde in der Psychotherapie (-forschung) von vielen Autoren gestellt. Das Prinzip der Ressourcenaktivierung erscheint dabei in fast jeder Auflistung. Grawe (1998) nennt es als eines von vier Wirkprinzipien oder, im Sinne des obigen Abschnitts, sogar eine übergeordnete therapeutische Haltung (Grawe & Grawe-Gerber, 1999). In anderen Inventaren psychotherapeutischer Wirkfaktoren wird das Ressourcenprinzip ähnlich hoch bewertet (vgl. Petzold, 1997).

Willutzki (2000a) bemerkt mit Recht, dass "die Bedeutung von Ressourcen sich auch daraus ergibt, dass ein völliger Neuaufbau von Fertigkeiten in der Psychotherapie unökonomisch wäre. [...] Die meisten Personen haben vor der Diagnose einer psychischen Störung ihre Lebensaufgaben ausreichend gut gelöst (vgl. Frank, 1997), so dass ganz prinzipiell davon auszugehen ist, dass sie viele Reaktionsbereitschaften [Fähigkeiten] haben, die für die Bewältigung von Aufgaben nützlich sind" (S. 198). Diese dienlichen Eigenschaften zwecks Effizienzsteigerung der Therapie zu nutzen wird auch aufgrund der aktuellen ökonomischen Zwänge im Gesundheitswesen dringend.

Die dynamische Systemtheorie hat mit dem Konzept der Selbstorganisation (Prigogine, 1976) die revolutionäre Erkenntnis benannt, dass die belebte Welt nicht kontinuierlich einem Maximum an Unordnung (Entropie) zustrebt. Es gibt im Universum Vorgänge, bei denen die Entropie, ohne aktives Zutun von aussen, sinkt und die Ordnung damit steigt. Dieses Prinzip zeigt sich grundsätzlich in zwei Formen, die in der Chaostheorie thematisiert werden. Die eine wirkt *systemerhaltend* (homöostatisch) und entspricht Maturanas (1982; Maturana & Varela, 1980) Begriff der Autopoiese. Die moderne Chaosforschung – die Erforschung scheinbar regellos ablaufender Veränderungen in komplexen Systemen (auch Menschen können als solche betrachtet werden; Nicolis & Prigogine, 1977) – hat aber auch gezeigt, dass das, was uns als ungeordnet erscheint, oft Regeln folgt, und zwar sowohl was den *Weg* der Veränderung ("determiniertes Chaos", "Ordnung durch Fluktuation", Dissipation; Nicolis & Prigogine, 1977), als auch was das Ziel (Selbstorganisation; Prigogine, 1976) anbelangt. *Systemverändernde* (heterostatische) Kräfte gehören also ebenso zum Repertoire der Natur. Komplexe Systeme können sich von ihrem Gleichgewicht (Equilibrium) entfernen und sich selbständig in einer solchen instabilen Lage halten. Darüber hinaus passiert dies nicht etwa unfallmässig, sondern der Zustand "fern vom Gleichgewicht" ermöglicht geradezu die Entwicklung des Systems aus sich heraus (Dissipation; Nicolis & Prigogine, 1977).

"Konzepte und Modelle von Equilibrium, Homöostase, Anpassung und so weiter sind für die Aufrechterhaltung von Systemen geeignet, aber für Phänomene wie Veränderung, Differenzierung, Evolution, negative Entropie, Entstehung unwahrscheinlicher Zustände, Kreativität, die Entstehung von Spannung, Selbstverwirklichung, Emergenz und so weiter unangemessen; was in der Tat Cannon erkannte, als er neben der Homöostase eine 'Heterostase', die Phänomene wie die letzteren einschliesst, anerkannte." (Bertalanffy, zitiert in Antonovsky, 1997, S. 143)

"Change is normal" – so brachte Klein (1980) die Aussage der Systemtheoretiker auf eine allgemein verständliche Kurzformel. Erkenntnisse der Chaosforschung haben seit den neunziger Jahren verstärkt Aufnahme in der psychologischen und psychotherapeutischen Gemeinschaft gefunden (vgl. z.B. Abraham & Gilgen, 1995; Maurer, 1999; Schiepek & Tschacher, 1997; Smith, 2001). Resultate der Chaosforschung stützen die Annahme einer inhärenten Kraft in Richtung Veränderung in komplexen Systemen. In psychologische Begrifflichkeiten übersetzt wird damit das humanistische Postulat einer jedem Menschen innewohnenden

Tendenz zur Selbstaktualisierung empirisch fundiert. Diese "quasi im System bereits angelegten Entwicklungsoptionen" (Willutzki, 2000a, S. 198) als systemische Ressourcen zu nutzen haben vielleicht die Schulen der strategischen Familientherapie am deutlichsten expliziert. Als "System" (mit einer inhärenten Kraft zur Veränderung) kann ein Individuum, eine Familie oder eine andere Gruppe von Menschen, die miteinander interagieren, angesehen werden (Kriz, 1997).

Eine weitere zentrale Beobachtung der Chaosforschung ist die empfindliche Abhängigkeit komplexer Systeme von den Ausgangsbedingungen ("Schmetterlingseffekt"; Lorenz, 1963). Veränderungsprozesse können dadurch - sowohl ihre Richtung als auch die Geschwindigkeit - nur äusserst beschränkt vorhergesagt und auf ein vorbestimmtes Ziel hin gesteuert werden. Sie können aber stimuliert werden, indem ein System angeregt, "verstört" (Ludewig, 1983) oder "aufgeheizt" (Caspar, Rothenfluh & Segal, 1992) wird. Das System wird sich dann selbsttätig – und eigengesetzlich – auf einen neuen "Zustand" hin bewegen resp. verändern. Die klassische Interventionsform der strategischen Familientherapie, die paradoxe Intervention, erhält damit eine empirisch fundierte Begründung. Damit ist auch der Bogen zum Modell von Koukkou-Lehmann (s.S. 7) aufgespannt.

1.3 Grundannahmen ressourcenorientierter Ansätze

Ressourcenorientierte Vorgehensweisen zeichnen sich aus durch ihre Orientierung auf positive Ziele. Sie verzichten auf defizitorientierte Diagnosestellungen so weit wie möglich. Statt dessen werden persönliche und soziale Ressourcen sowie die Konstruktion von Lösungen – im Sinne alternativer Denk-, Fühl- und Verhaltensmuster – in den Mittelpunkt gestellt.

Ressourcenorientierter Betrachtungsweise inhärent ist die Annahme, dass jede Person über Ressourcen verfügt. Das heisst, sie hat "gewisse Möglichkeiten, mit belastenden Lebensumständen und persönlichen Problemen konstruktiv umzugehen. Dies gilt sowohl für Personen, die als 'normal' gelten, als auch für solche mit klinischen Auffälligkeiten: So sind noch 'im schwerstgeschädigten Individuum (...) und in den gestörtesten Mensch-Umwelt-Transaktionen förderbare Ressourcen einer Entwicklung von Personen- und Umweltsystemen zu finden' (Nestmann, 1996, S. 368)." (Willutzki, 2000a, S.193-194). Bohart und Tallman (1999) fassen diese Sichtweise prägnant im Titel ihres Buches zusammen: *How Clients Make Psychotherapy Work*. KlientInnen wird von den Autoren in ressourcenorientierter Haltung eine aktiv gestaltende Rolle in ihrer Therapie zugeschrieben. Diese Klientenaktivität ("agency") geht über das hinaus, was mit dem Konzept der Selbstaktualisierungstendenz bezeichnet wird.

Weiter wird angenommen, dass Ressourcen wichtig sind für die körperliche und psychische Gesundheit und für die Lebensbewältigung. Damit Ressourcen ihre Wirkung entfalten können, müssen sie vom Individuum wahrgenommen und eingesetzt werden.

Das ressourcenorientierte Menschenbild zeichnet die Person als Handelnde mit Wahlmöglichkeiten, im Rahmen ihrer und gesellschaftlicher Grenzen. Der Expertenstatus von Psychotherapeutinnen wird dadurch relativiert. Der Kontakt zwischen "wissender" Therapeutin und "unwissendem" Klienten wird unter ressourcenorientiertem Zugang umdefiniert zu einer Interaktion zwischen zwei Wissenden: der Therapeutin mit ihren Fachkenntnissen und dem Klienten mit seinen Selbst-Erfahrungen und seiner daraus resultierenden Selbstkenntnis.

1.4 Was sind Ressourcen?

Als Synonyme für Ressourcen im psychotherapeutischen Kontext werden häufig "Stärken" oder "Potenziale" verwendet. Der Gegenpol wird mit "Probleme" oder "Belastungen" betitelt. Nestmann (1996) beklagt die Vagheit des Ressourcenbegriffs und fasst ihn zusammen als "letztlich alles, was von einer bestimmten Person in einer bestimmten Situation wertgeschätzt oder als hilfreich erlebt wird" (S. 362). Die Frage der Objektivität vs. Subjektivität von Ressourcen ist damit zugunsten des Letzteren beantwortet. Dennoch wird teilweise zwischen subjektiven, d.h. von der Person selbst wahrgenommenen, und objektiven, d.h. von Beobachtern zugeschriebenen Ressourcen, unterschieden (z.B. Jerusalem, 1990).

Willutzki (2000b) nennt positive Evaluation und Funktionalität als zentrale Bestimmungsstücke von Klientenressourcen. Sie klärt dadurch deren Natur als Entität vs. Qualität:

"Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Ressourcen keine Entitäten sind. Ob einem Objekt, einem Merkmal oder Verhalten einer Person die Qualität einer Ressource zugeschrieben wird, hängt ab von

- der Person und ihren Voraussetzungen, d.h. ihren Grundannahmen, Zielen und ihrer Befindlichkeit,
- der jeweiligen Situation und den mit ihr verbundenen Anforderungen und Aufgaben,
- den aktuellen Lebensaufgaben der Person
- sowie gesellschaftlichen Faktoren." (S. 27)

Auch Petzold (1997) definiert Ressourcen vorwiegend über ihre Funktionalität: "Ressourcen sind Mittel bzw. Hilfsmittel zur Erledigung oder Bewältigung von Anforderungen und Aufgaben. (...) alle erdenklichen Mittel der Hilfe und Unterstützung, (...) alle Mittel, durch die Systeme sich lebens- und funktionsfähig erhalten, Probleme bewältigen, ihre Kontexte gestalten und sich selbst im Kontextbezug entwickeln können." (S. 438-452)

Einen anderen Blickwinkel nehmen Grawe und Grawe-Gerber (1999) ein, wenn sie schreiben: "Das Prinzip der Ressourcenaktivierung (...) entspricht mehr einer therapeutischen *Hal-*tung als einer therapeutischen Technik" (S. 63, Hervorhebung im Original). Auch diese Autoren betonen aber, dass "es oft nur eine Frage der Perspektive ist, die man einnimmt, ob eine bestimmte Eigenart des Patienten als Problem oder als Ressource gesehen wird" (S. 70).

Auf inhaltlicher Ebene wird häufig unterschieden zwischen externen und internen (personalen) Ressourcen einer Person. Externe Ressourcen beinhalten alle Hilfsmittel und Helfer der Umwelt. Soziale Beziehungen bilden eine Teil davon. Als weitere Klasse, oder eine Subkategorie der externen, werden interpersonelle oder relationale Ressourcen genannt. Solche sind interpersonale Verhaltens- und Beziehungsmuster, welche im oben beschriebenen Sinne funktional sind.

Den internen Ressourcen wird vielfach eine übergeordnete Rolle zugeschrieben. Persönlichkeitsfaktoren, persönliche Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kräfte werden hier angeführt. Prominente Konstrukte in diesem Bereich sind allen voran das Kohärenzgefühl, eingebettet im salutogenetischen Ansatz von Antonovsky (1979), im Weiteren die Selbstwirksamkeitserwartung von Bandura (1977), Widerstandsfähigkeit ("hardiness"; Kobasa, 1979), gelernter Einfallsreichtum ("learned resourcefulness"; Meichenbaum, 1977; Rosenbaum, 1983) und Optimismus (Scheier & Carver, 1985).

Als spezielle externe Ressource wird oft die Therapiebeziehung besprochen. In sämtlichen Übersichtsarbeiten der Psychotherapieforschung wird die herausragende Bedeutung der "working alliance", des "Arbeitsbündnisses", deutlich, in Bezug auf das Therapieergebnis ebenso wie auf den Therapieprozess (vgl. Orlinsky, Grawe & Parks, 1994). In diesem Sinne ist auch das dieser Arbeit vorangestellte Zitat von Yalom (2002, S. 10) zu verstehen. Willutzki (2000a) meint dazu: "Eine gute therapeutische Beziehung ist einerseits Ergebnis gelungener Ressourcenaktivierung und stellt andererseits die Basis dar, auf der weitere Ressourcen der Person aktiviert werden können." (S. 208; zu verschiedenen Funktionen der Therapiebeziehung vgl. ausführlich Sachse, 2000).

Grawe (1998, S. 541) spricht von "ressourcenaktivierender Beziehungsgestaltung", mit der "das Ergebnis der Therapie steht und fällt" (S. 134). Als Elemente darin nennt er "positive Beziehungserfahrung im Sinne einer guten Bindungsbeziehung", "positive Kontrollerfahrungen" und "selbstwerterhöhende Wahrnehmungen" auf Seiten des Patienten (S. 541).

Ein weiteres Kriterium, wie die Therapiebeziehung nicht nur selber als Ressource genutzt, sondern (im Sinne eines therapeutischen Agens; Sachse, 2000) *ressourcenaktivierend* gestaltet werden kann, schlägt Grawe (1992a, 1998, Grawe et al., 1996) mit dem Konzept der komplementären Beziehungsgestaltung vor. Grawe nimmt an, dass auffälliges Interaktionsverhalten oft im Dienste eines wichtigen, aber nicht offensichtlichen und dem Patienten auch häufig nicht bewussten Zieles oder Beziehungsschemas steht. Das vom Patienten verfolgte Ziel wird von der Therapeutin hauptsächlich aus dem nonverbalen Verhalten des Patienten erschlossen. Dann setzt sie sich systematisch komplementär, d.h. dieses Ziel bestätigend, zum Patienten in Beziehung.

Maurer (1993) thematisiert das Prinzip der komplementären Beziehungsgestaltung unter dem Begriff der Bedürfniszentriertheit. In humanistischer Manier betont sie den Gefühlsaspekt der verborgenen, aber verhaltenswirksamen "Ziele", wenn sie schreibt, dass sich hinter

dem manifesten Verhalten resp. "der bewussten Störung [...] verschiedene Gefühlerlebnisse unbewusst kumulieren können [...]" (S. 92). Auch Maurer betont, dass *frühzeitiges* Eingehen auf den Bedürfnisaspekt von Vorteil ist und den therapeutischen Prozess oft beschleunigt.

Durch komplementäre Beziehungsgestaltung resp. bedürfniszentriertes Vorgehen kann eine Verbindung zwischen externen und internen Ressourcen hergestellt werden. Indem die Therapeutin durch komplementäres Verhalten die unausgesprochenen Ziele und verborgenen Bedürfnisse des Patienten bestätigt, können diese als Ressourcen (z.B. für die weitere Motivation, für weiteren Beziehungsaufbau) genutzt werden. Die externe Ressource Therapiebeziehung ermöglicht dadurch die Nutzung interner Ressourcen.

Neben der genannten Zwei- resp. Dreiteilung gibt es deutlich differenziertere Kategorisierungen von Ressourcen. Petzold (1997) z.B. unterscheidet vier Basiskategorien und 13 Klassen mit zum Teil weiteren Untergruppen. Weit detaillierter als oben angetönt unterscheidet er z.B. objektive und subjektive Ressourcen in Unterkategorien: wahrgenommen / nicht wahrgenommen; nutzbar / nicht nutzbar; nutzbar / aber nicht als nutzbar bewertet; verfügbar / aber nicht benutzt; genutzt / aber nicht optimal genutzt. Solche Feinbeurteilungen können als Ausdifferenzierung verschiedener Ebenen der Dimension objektiv vs. subjektiv aufgefasst werden.

1.5 Ressourcendiagnostik

Bevor bewusst auf Ressourcen zurückgegriffen werden kann, müssen sie identifiziert werden. Dies gilt umso dringlicher, da sie, wie im vorangehenden Kapitel herausgearbeitet, hoch spezifisch und daher nicht immer einfach zu erkennen sind. Obwohl eine klassische Diagnose im psychotherapeutischen Feld in der Regel die Einordnung eines *pathologischen* Befundes in ein kategoriales System (ICD, DSM) bedeutet, ist der Begriff richtigerweise auch auf Ressourcen anwendbar. Denn "Diagnose" meint schlicht eine "unterscheidende Beurteilung, Erkenntnis auf Grund genauer Beobachtung" (Duden, 1990).

Der ressourcenorientierte Zugang ist eine sehr viel jüngere und in ihrer Potenz immer noch oft verkannte und vernachlässigte Ergänzung zur traditionellen pathologischen Perspektive. Daher existieren erst wenige ressourcendiagnostische Werkzeuge. Neben der grossen Anzahl klinisch-diagnostischer Verfahren, die ein Pathologieprofil erheben (z.B. Depressions-Inventar, Symptom-Check-Liste), gibt es eine kleinere Menge, die Konstrukte mit *potentieller* Ressourcenqualität erfassen (z.B. Fragebogen zum Körperbild, Stressverarbeitungsfragebogen, Fragebogen zur Analyse motivationaler Schemata). Explizit *ressourcendiagnostische* Instrumente dagegen (z.B. Fragebogen zur sozialen Unterstützung) sind noch rar. Ein relativ umfassendes solches Inventar soll hier kurz vorgestellt werden: das Berner Ressourceninventar.

Trösken und Grawe (im Druck; Trösken, im Druck) präsentieren mit dem Berner Ressourceninventar zwei einander ergänzende Fragebögen. Der eine erlaubt die Fremdeinschätzung (aus Sicht von Therapeuten oder nahen Bezugspersonen) von Ressourcenpotentialen einer Person. Solche werden definiert als "konkrete Fähigkeiten, die eine Person mitbringt, um bedürfnisbefriedigende Erfahrungen herbeizuführen". Insgesamt 81 Aussagen sind auf einer fünfstufigen Likert-Skala zu beurteilen. Die erfragten Ressourcen werden auf drei Faktoren zu je vier bis fünf Skalen verrechnet: 1) soziale Kompetenz, soziale Einbettung, familiäre Einbindung, emotionale Offenheit, Optimismus/Glück/Sinnerleben; 2) Handlungskompetenz, Fähigkeit zur Bewältigung alltäglicher Belastungen, Fähigkeit zu autonomem Denken und Handeln, Selbstwerterleben; 3) Motivation zur Selbstreflektion, Motivation zu Lernen, Offenheit in der Kommunikation, Phantasie und Kreativität, intellektuelle Begabung; zusätzliche Skalen: Hobbys und Interessen, Akzeptanz eigener Bedürfnisse.

Die Autoren differenzieren: "Die Erfassung von Ressourcenpotentialen erlaubt Aussagen darüber, was eine Person aus der Sicht anderer gut kann; offen bleibt, ob diese Fähigkeiten ihr momentan dazu verhelfen, ihre Grundbedürfnisse zu befriedigen." Sie erfassen damit *objektive* Ressourcen sensu Jerusalem (1990) und auch im Sinne von Petzolds (1997) Ressourcenklassen.

Als logische Folge obiger Differenzierung erfasst der zweite Teil des Inventars (er befindet sich noch in der Entwicklungsphase) die Ressourcen*realisierung*, "das Ausmass, in dem es einer Person aktuell gelingt, ihre Ressourcen zu realisieren". Da dieser zweite Teil als Selbstbeurteilung konzipiert ist, kann er als eine subjektive Ergänzung zum Fremdrating gesehen werden. Die Items werden wiederum in Skalen zusammengefasst wie: (Realisierung von ...) Wohlbefinden, Selbstwerterleben, Commitment, Unterstützung im Alltag, nahen Beziehungen, Stressbewältigung im Alltag, Bewältigung früherer Krisen.

Das Berner Ressourceninventar als Forschungs- aber auch Qualitätssicherungsinstrument erlaubt, Therapieerfolg über die enge Definition als Reduktion psychopathologischer Symptome hinaus zu erfassen. Es erlaubt, Erfolg positiv zu definieren, als gelungener Aufbau von Ressourcen. Darüber hinaus kann das Inventar in der Praxis jeder ressourcenorientierten Therapieform wichtige Anhaltspunkte zur Therapieplanung und Prozesssteuerung liefern.

2 Ein ganzheitlicher Ansatz: Körperzentrierte Psychotherapie IKP

Das hier beschriebene Therapiemodell von Maurer (1976, 1978, 1985, 1986, 1991, 1992, 1993a, b, 1996a, b, 1998, 1999) stellt einen weiter entwickelten Ansatz aus dem Bereich der humanistischen Therapien, insbesondere der Gestalttherapie dar. Die Körperzentrierte Psychotherapie IKP kann als integrative Therapieform bezeichnet werden. Auf mehreren der von Quekelberghe (1979) genannten Explikationsniveaus, auf denen eine Therapie charakterisierbar ist (Metatheorie, Persönlichkeitstheorie, Therapietheorie, Methoden, Handlungsraum), flossen Konzepte verschiedener Psycho- sowie Körpertherapierichtungen ein. Schwerpunkte neben dem Gestaltprinzip bilden die systemische sowie – selbstredend – die körperbezogene Orientierung.

Die Körperzentrierte Psychotherapie IKP ist, wie die Gestalttherapie, dem Holismus verpflichtet, der einer einfachen Kausalitätslehre entgegensteht. Sie betont damit die Einheit resp. Vernetztheit von Psychischem und Körperlichem sowie der Ebenen des Denkens und Fühlens. "Der Mensch wird in diesem zusammenhängenden ganzheitlichen Weltbild als Einheit von Körper, Seele und Geist als im sozialen und ökologischen Umfeld eingebettet verstanden" (Maurer, 1999, S. 175). Raum und Zeit werden als weitere Lebensdimensionen thematisiert. Die sechs explizierten Seins- oder Lebensdimensionen werden in einem Würfelmodell, dem Anthropologischen Würfelmodell IKP, zusammengefasst. Der Würfel versinnbildlicht dabei die Zusammengehörigkeit der verschiedenen Lebensdimensionen, der körperlichen, psychischen, sozialen, spirituellen, räumlichen und zeitlichen. Jede für sich kann detailliert betrachtet werden, aber erst gemeinsam bilden sie das Ganze (den Würfel). Bei Fokussierung auf eine der sechs Seinsdimensionen kann die momentan vordergründige als Figur im gestaltpsychologischen Sinne verstanden werden. Die Metapher des Würfels schliesst auch eine Hierarchisierung der Dimensionen aus.

Aus dem Gesagten lässt sich ableiten, dass die Bezeichnung "körperzentriert" für den IKP-Ansatz als Ganzes keine korrekte Verortung erlaubt. Sie gibt nur eine unvollständige Wesensbeschreibung ab, sowohl hinsichtlich der Herkunft und Zusammensetzung der Therapieform, als auch bezüglich des zentralen Arbeitsmodells (Würfelmodell). Doch wer möchte schon umständlich von einer bio-psycho-sozio-spirituell-raum-zeitlichen Therapie sprechen? Oder welche moderne Psychotherapieform wäre nicht als "integrativ" zu bezeichnen (abgesehen davon, dass das Label schon besetzt ist)? "Multidimensionale Therapie" wäre möglicherweise eine treffendere Bezeichnung gewesen. Diese würde sich sogar sinnvoll einreihen neben der Multimodalen Therapie von Lazarus (1989, 1992), und zwar sowohl von der Wortverwandtschaft als auch von der zentralen Idee und dem dazugehörigen Konstrukt, der Multidimensionalität, her. Auch Lazarus entwickelte ein hilfreiches Schema, das Akronym *BASIC I.D.*, um die verschiedenen Dimensionen zusammenzufassen. Im Unterschied zum Anthro-

polologischen Würfelmodell IKP erfassen seine sieben Dimensionen jedoch weniger vollständig das menschliche Sein, differenzieren dafür stärker im psychischen Bereich.

2.1 Das Anthropologische Würfelmodell IKP

Das Sechsdimensionenmodell, üblicherweise dargestellt als Würfel (Abbildung 1), aber auch in der Variante als Sechseck (Abbildung 2), bildet ein Kernkonzept der Körperzentrierten Psychotherapie IKP. Es dient darin als ganzheitliches Menschenmodell sowie als Orientierungsraster für Diagnostik und Intervention.

Das Anthropologische Würfelmodell IKP bildet sechs Dimensionen menschlichen Seins ab. Der Würfel steht als Sinnbild für die Einheit der Aspekte. Wohl kann jeweils eine Seite (Lebensdimension) in den Vordergrund gerückt werden. Sie tut dies dann aber auf dem Hintergrund der übrigen Dimensionen. Das Figur-Grund-Prinzip der Gestaltpsychologie findet hier eine Entsprechung.

Beim Betrachten der einzelnen Dimensionen fallen Überlappungen mit anderen Modellen auf. Dies ist für eine integrative Therapieform wie den IKP-Ansatz nicht erstaunlich (vgl. Künzler, 2000). Das Rad wurde nicht neu erfunden, Anleihen wurden an verschiedene Modelle aus einem interdisziplinären Umfeld gemacht. Das Anthropologische Würfelmodell IKP stellt eine sehr umfassende und ausgewogene Integration verwandter Modelle dar.

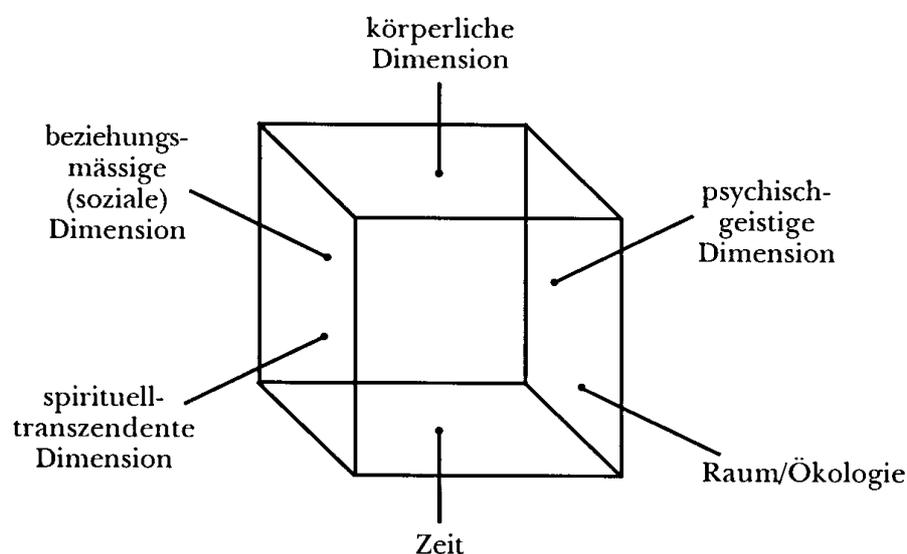


Abbildung 1: Anthropologisches Würfelmodell IKP: Die sechs Lebensdimensionen menschlichen Seins (aus Maurer, 1999).

Die körperliche, die psychisch-geistige sowie die soziale Dimension korrespondieren mit den drei Pfeilern des aus der Medizin bekannten bio-psycho-sozialen Modells (Engel, 1977, 1979, 1980). Da dieses Konzept zur Entstehung und Behandlung von Krankheiten als hinrei-

chend bekannt vorausgesetzt werden kann, werden die drei Ebenen hier nicht weiter expliziert (s. aber auch Kapitel 2.1.4). Das Detailverständnis der drei Dimensionen in der Körperzentrierten Psychotherapie kann bei Maurer (1993b, 1999, u.a.) nachgelesen werden.

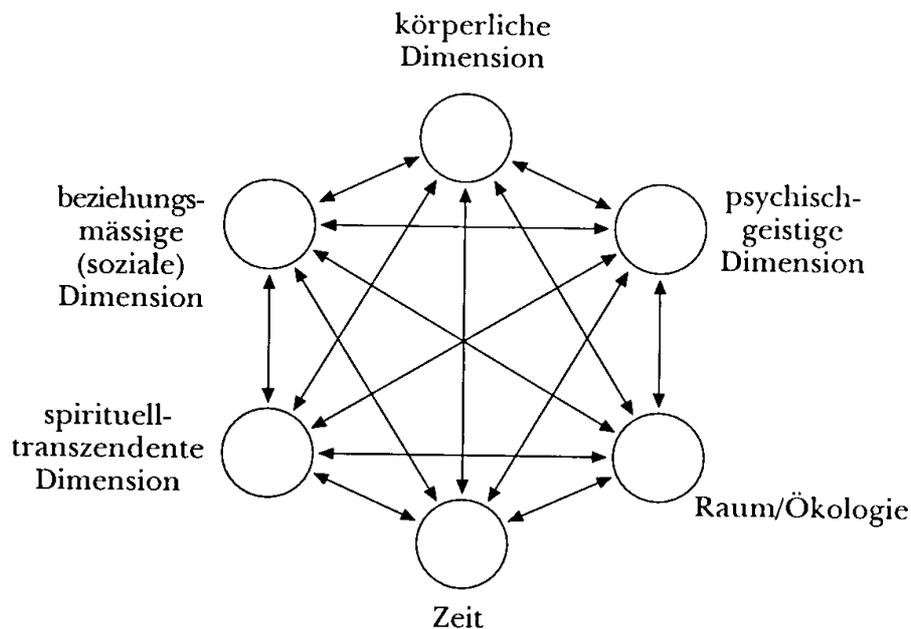


Abbildung 2: Das Anthropologische Würfelmodell als Sechseck-Kreismodell flächig dargestellt, um die vielfältigen Bezüge zwischen den verschiedenen Seinsdimensionen besser abzubilden (aus Maurer, 1999).

Die spirituell-transzendente Lebensdimension bedarf möglicherweise einiger Erklärung, um nicht missverstanden zu werden. Auf dieser Ebene geht es um einen Prozess tieferer Selbstfindung, der therapeutisch und auch präventiv nutzbar gemacht werden kann. Sie umfasst die meditativen Erfahrungen, philosophieren als bewusste, rationale Auseinandersetzung und Sinnstiftung, im Weiteren persönliche Werte und Normen sowie das Ur-Vertrauen. Das bewusst Werden und die Integration der spirituellen Dimension hat also nichts mit Dogmen oder Kirchen zu tun, sondern mit menschlicher Erfahrung des eigenen Innersten. Sie gibt auch Raum für überblickhaftes Wahrnehmen der Lebenssituation des Individuums, seiner näheren Umwelt und der gesamten Menschheit.

Die Dimension der Zeit beinhaltet neben dem physikalischen Zeitbegriff auch eine subjektive und eine existentielle Komponente. Eine bestimmte Zeitspanne kann als sehr unterschiedlich lange erlebt werden. Die Zeit vergeht beim ungeduldigen Warten nur schleichend, während sie im hektischen Alltag wie im Flug zerrinnt. Als existentiell wird die Zeit vom IKP-Ansatz ebenso gesehen wie der Körper: Wir *haben* nicht Zeit und Körper, sondern wir *sind* unsere Zeit und unseren Körper (Maurer, 1999). Geschwindigkeit und Rhythmus stellen weitere Fa-

setten der Zeitdimension dar. Im Weiteren wird nach der zeitlichen Bezogenheit gefragt: "Lebt" jemand vorwiegend in der Vergangenheit, in der Gegenwart oder in der Zukunft?

In der räumlichen Dimension wird unterschieden zwischen Körperinnenraum, intimem Ausenraum ("Ellbogenfreiheit"), sozialem Nahraum sowie dem weiteren Grossraum. Mit der Bewusstwerdung des Körpers wird auch das Räumliche, unsere Bewegung im und Bezogenheit zum Raum bewusster. Erlebe ich mich als Zentrum meines psychischen Raumes, oder stehe ich ausserhalb? Welchen Bezug habe ich zum Boden (grounding)?

2.1.1 Ressourcen- und Defizitaspekte des Würfelmodells und der einzelnen Seinsdimensionen

Das Anthropologische Würfelmodell IKP bildet ein ganzheitliches Menschenverständnis ab. Die gemäss humanistischer Grundannahme jedem Menschen innewohnende Kraft zur "Selbstaktualisierung" wird damit eingeschlossen, wo und wie unauffällig auch immer sie sich gerade äussern mag. Das Dimensionenmodell ist konzipiert, alle für eine Psychotherapie wichtigen Ressourcen eines Menschen zu erfassen.

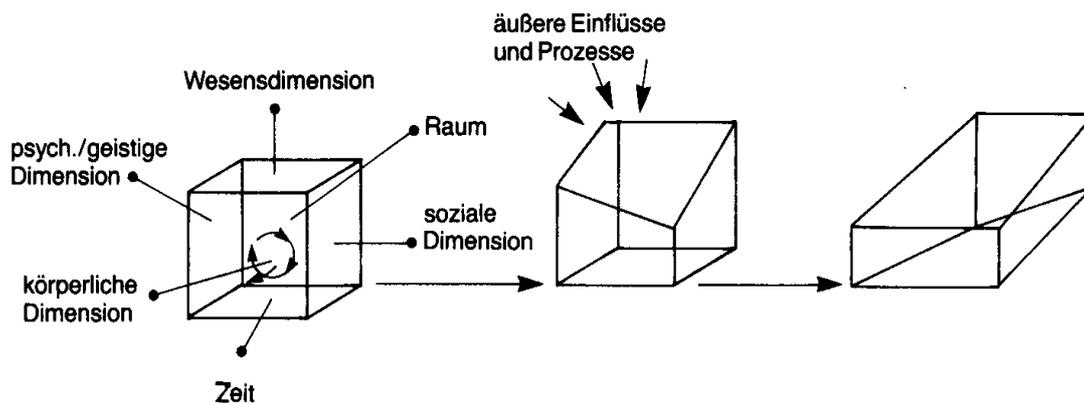


Abbildung 3: Das Würfelmodell menschlicher Seinsdimensionen im Verlaufe der Zeit. Der gleichseitige Würfel stellt eine *ideale* Konfiguration dar, d.h. alle Seinsdimensionen werden in diesem Zustand ausgeglichen gelebt (aus Maurer, 1993a).

Dasselbe kann aus defizitorientierter Sicht gesagt werden. Aufgrund der Ganzheitlichkeit des Modells können auch sämtliche relevanten *Defizite* inventarisiert werden. Bildlich können diese als Verformung des Würfels dargestellt werden (Abbildung 3). Bei der konkreten Ausgestaltung eines individuellen Würfels kann also die *Abweichung* vom gleichseitigen Idealkubus als Defizit interpretiert werden, während das *Vorhandene* auf jeder Seite als Ressource gesehen werden kann (vgl. die eingangs erwähnte Allegorie vom halb vollen / halb leeren Glas).

Das Anthropologische Würfelmodell IKP bietet also grundsätzlich die Möglichkeit, Ressourcen und Defizite einer Person gleichermaßen umfassend zu registrieren. Es ist damit möglich, mittels diesem Schema eine teilstrukturierte und -standardisierte Ganzheitsdiagnose zu erarbeiten. Der Einsatz des Dimensionenmodells als Diagnostikum wird weiter unten noch ausgeführt.

Soziale Lebensdimension		Körperliche Lebensdimension	
1. Wir-Gefühl (Soziales Netz, Du bist okay)	2. Kommunikativer Ausdruck (Extraversion)	1. Flexibler, eutoner Bewegungsapparat in Haltung u. Beweg. (inkl. willk. Nervensys.)	2. Vegetative Eutonie (inkl. Stabilität des veget. Nervensys.)
3. Dem Alter ent- sprechende Reife (Verantwortung, Erwachsenheit)	4. Nähe-Distanz- Flexibilität (Intimität/ Abgrenzung)	3. Gesundes Organsystem (inkl. Gehirn)	4. Intaktes und integriertes Körper- wahrnehmen (VAKO) und Körpererleben
Psychische Lebensdimension		Spirituell-transzendente Dimension (Wesensdimension)	
1. Realistisches Denken (alles bedenken, guter Realitätsbezug)	2. Antrieb, seelische Energie (Aktivität, Unternehmungslust)	1. Philosophieren (Trans)	2. meditatives Erfahren (Ur)
3. Guter Selbstbezug (Ich bin okay)	4. Introversions- fähigkeit (innere Wahrneh- mungsfähigkeit)	3. Übernehmen oder Stiften von Werten und Normen (Trans)	4. Ur-Vertrauen
Dimension der Zeit		Dimension des Raumes	
1. Gegenwart (Jetzt)	2. Unmittelbare Zukunft (Stunden bis Wochen)	1. Körperinnenraum	2. Intimer Aussenraum (Ellbogenfreiheit)
3. Zukunft	4. Vergangenheit	3. Sozialer Nahraum (Arbeitsplatz, Bekannte)	4. Sozialer Grossraum (wo ich nicht mehr bekannt bin und keine Bekannte habe)

Abbildung 4: Überblick über die sechs Lebensdimensionen des Anthropologischen Würfelmodells IKP, mit Detailkriterien (aus Maurer, 1999).

Wenn das Würfelmodell als strukturgebendes Hilfsmittel bei der Intervention verwendet wird, tritt sein ressourcenfördernder Charakter in den Vordergrund. In der Praxis der Körperzentrierten Psychotherapie wird selten von einer Dimension auf die andere gewechselt werden, um dortige *Defizite* ins Spiel zu bringen. Es sei denn, es ginge zum Beispiel darum, ein übergreifendes Verhaltensmuster aufzuzeigen. In den weitaus häufigeren Fällen aber wird im Sitzungs- und Therapieverlauf von einer Dimension auf eine andere gewechselt werden, um dort vorhandene *Ressourcen* zu nutzen. Diese von Maurer (1999) "Shiften" genannte Technik zur Ressourcenaktivierung wird weiter unten ausführlicher dargestellt.

Abbildung 4 bietet eine überblicksmässige Beschreibung der einzelnen Dimensionen des Würfelmodells. Trotz der nur stichworthaften Skizzierung wird deutlich, dass die Dimensionen grundsätzlich *positiv* beschrieben sind. Es kommt darin eine gesundheitsorientierte Haltung zum Ausdruck. Beschrieben werden nicht Defizite (das halb *leere* Glas), sondern das Vorhandene (das halb *volle* Glas). Das Modell kontrastiert damit zu (erklärterweise) pathologiefokussierten und kategorialen Schemata, wie der *Internationalen Klassifikation von Krankheiten ICD* (WHO, 1992) oder dem *Manual psychischer Störungen DSM* (APA, 1994). Solche Diagnosesysteme sind aus verschiedenen Gründen und Perspektiven schon lange kritisiert worden (vgl. Beutler & Malik, 2002). Das Anthropologische Würfelmodell IKP reiht sich hingegen sehr gut ein in andere, ressourcenorientierte und dimensionale Beschreibungsschemata menschlichen Seins, wie etwa das "Persönlichkeitsportrait" (Oldham & Morris, 1992) oder das männerspezifische Modell "Balanciertes Junge- und Mannsein" (Winter & Neubauer, 2001).

Zu den einzelnen Dimensionen des besprochenen Würfelmodells lässt sich schwerlich etwas Differenzierteres sagen bezüglich ihrer Ressourcen- oder Defizitorientierung. Gemäss übereinstimmender Definition mehrerer Autoren (siehe oben) sind Ressourcen in der Psychotherapie keine Entitäten, sondern zeichnen sich aus durch ihre Funktionalität und positive Evaluation. Die konkreten Inhalte der Lebensdimensionen sind demnach nicht losgelöst vom Kontext resp. dem Individuum auf ihre Ressourcenqualität hin beurteilbar. Für den IKP-Ansatz lässt sich immerhin sagen, dass in allen Dimensionen aktiv nach Inhalten mit Ressourcenqualität gesucht wird. Die gefundenen werden dann je nach Möglichkeit verstärkt und zum Beziehungsaufbau oder zum Aufspüren resp. zur Entwicklung weiterer Ressourcen eingesetzt.

Auch aufgrund der Definition von Grawe und Grawe-Gerber (1999) von Ressourcenorientierung als einer Haltung lassen sich die einzelnen Dimensionen des Anthropologischen Würfelmodells resp. deren Inhalte nicht a priori als gesundheits- oder krankheitsorientiert beurteilen. Die Grundhaltung der Körperzentrierten Psychotherapie lässt sich jedoch eindeutig als ressourcenorientiert charakterisieren. Die körperzentrierte Psychotherapeutin wird die gefundenen Inhalte auf den einzelnen Dimensionen schwergewichtig unter dem Aspekt der Nutzbarkeit für den therapeutischen Prozess prüfen.

Speziell erwähnen möchte ich hier gleichwohl die spirituell-wesensmässige Dimension. Sie birgt möglicherweise ein besonderes Ressourcenpotential. In ihr zeigt sich die Fähigkeit des Menschen zur Ruhe, zur Stille, zum Hinfinden zum eigenen wahren Selbst und zur individuellen Sinnstiftung. Gerade in der heutigen Zeit von zunehmender Hektik und Schnelllebigkeit wird diese Lebensdimension von vielen Menschen vernachlässigt. Damit wird sie, für ein ausgewogenes Menschsein, besonders wichtig in der Therapie. Vorausgesetzt der Zugang wird möglich, kann der spirituelle Bereich ein wahrer Fundus für Ressourcen werden, der sich selber sogar potenzieren kann.

2.1.2 Einsatz als Diagnostikum

Wie weiter oben schon angetönt, bietet das Anthropologische Würfelmodell IKP grundsätzlich die Möglichkeit, Defizite ebenso wie Ressourcen einer Person in teilstrukturierter Form umfassend zu erheben und darzustellen. Es kann in diesem Sinne als (Ganzheits-) Diagnoseschema aufgefasst und eingesetzt werden. Wird eine defizitorientierte Beschreibung erstellt, spricht Maurer (1999) von einem Pathogramm, bei einer ressourcenorientierten Darstellung hingegen von einem Salutogramm.

Grosse Holtforth und Grawe (2002) weisen berechtigterweise auf einen Missstand in der Psychotherapieforschung und –praxis hin:

"Although the most commonly used questionnaires cover the problem-related and interpersonal types of treatment goal themes, measures covering the aspects of well-being/functioning, existential issues, or personal growth are somewhat underrepresented." (S. 96)

Obwohl, oder gerade weil die Aussage im Kontext der Erfassung individueller Therapieziele steht, ist sie auch diagnostisch relevant. Denn im hier vertretenen Ansatz beinhaltet eine Diagnose nicht (nur) das kategoriale Festhalten der Pathologie, sondern (auch) eine multidimensionale Beschreibung des Klienten, insbesondere seiner Ressourcen. Individuelle Therapieziele dürfen als motivierend angenommen werden und stellen in diesem Sinne persönliche Ressourcen dar. Mit dem Anthropologischen Würfelmodell IKP steht damit ein Werkzeug zur Verfügung, das die von Grosse Holtforth und Grawe bemängelte Einseitigkeit zu überwinden hilft.

Die sechs unterschiedenen Lebensdimensionen im Würfelmodell erscheinen teilweise als relativ grobe (psychisch-geistige Dimension) oder abstrakte (spirituell-transzendente Dimension) Konstrukte. Eine weitere Explikationsebene ist daher hilfreich. Sie besteht aus je vier Oberbegriffen pro Dimension (vgl. Abbildung 4, S. 20). Damit stehen insgesamt 24 Detailkriterien als Beschreibungsdimensionen für ein Individuum zur Verfügung. Darüber hinaus soll diese Systematik aber "nicht als beurteilende, festlegende Kategorisierung verstanden werden, sondern mehr als Orientierungshilfe, um sich in der komplexen Ganzheitlichkeit des Menschen rascher und sicherer zurecht zu finden" (Maurer, 1999, S. 79).

Wiederum ist zu bemerken, dass in der Praxis der Körperzentrierten Psychotherapie IKP das Dimensionenmodell seltener dazu verwendet werden dürfte, sämtliche Defizite eines Klienten zu inventarisieren. Vielmehr wird das Schema im ressourcenorientierten Geiste eingesetzt. Die Dimensionen und Detailkriterien geben ein Hilfsraster ab, um möglichst alle *Ressourcen*, im Sinne von "konkreten Fähigkeiten [und anderen Möglichkeiten; A.K.], die eine Person mitbringt, um bedürfnisbefriedigende Erfahrungen herbeizuführen" (Tröskén & Grawe, im Druck), zu entdecken. In einem Salutogramm werden die gefundenen Ressourcen zusammenfassend dargestellt. Auf diese kann dann, so die Hoffnung, im Verlaufe der Behandlung zurückgegriffen werden.

Maurer (1999) weist aber auch auf eine defizitorientierte Anwendung des Würfels als Diagnostikum hin wenn sie schreibt:

"Da jeder Mensch die Fähigkeit hat, sich über sich selbst bewusst zu werden, ist es auch möglich, systematisch durchzugehen, welchen Lebensbereich, d. h. welche Lebensdimension sie oder er möglicherweise zu wenig bewusst in ihre oder seine Selbstorganisation mit einbezieht." (S. 65-66)

Sie befindet sich damit im Einklang mit Grawe und Grawe-Gerber (1999), die vorschlagen, das *Ziel* einer Behandlung sei unter Beachtung der *Defizite* des Klienten zu bestimmen, erst die Vorgehensweise sei an dessen persönlichen Ressourcen auszurichten. Auch um letztere zu erheben kann aber, wie schon erwähnt, der "Diagnostikwürfel" herangezogen werden. Bei der Therapiezielbestimmung dienen also die Pathogramme als Orientierungshilfen, zur Ausgestaltung der Behandlung sind die aus dem Anthropologischen Würfelmodell abgeleiteten Salutogramme dienliche Wegweiser.

2.1.3 Bezüge zu anderen gesundheitsorientierten Konzepten

In diesem und im folgenden Kapitel wird das Anthropologische Würfelmodell IKP als ressourcenorientiertes Konstrukt anhand von Bezügen zu verwandten Konzepten verortet. Die Auswahl erfolgte willkürlich, wenn auch nicht unüberlegt. Es werden dabei mehrere Ebenen und Fachbereiche angesprochen: Salutogenese und Selbstwirksamkeit / Kontrollmeinung als vorwiegend kognitive forschungstheoretische Ansätze, "learned resourcefulness" mit dem dazugehörigen "Stress-Impfungs-Training" als theoretisches Konstrukt, das in ein behaviorales Aufbautraining umgesetzt wurde, "Motivierende Gesprächsführung" als ein humanistischer Therapieansatz aus dem Suchtbereich, sowie zwei von der Form her sehr ähnliche Ansätze, "Balanciertes Junge- und Mannsein" als ein pädagogisches Modell aus der Männerarbeit, und das "Persönlichkeitsportrait" als ein alternativer Ansatz zu *Persönlichkeitsstörungen*. Das bio-psycho-soziale Modell wird in einem neuen Kapitel abgesetzt, einerseits weil es ein krankheitsorientiertes Konzept ist, andererseits aufgrund seiner Bedeutung für das Anthropologische Würfelmodell IKP. Die Konzepte werden in systematischer Weise zunächst anskizziert und dann in Bezug zum Würfelmodell gesetzt.

Salutogenese

Antonovsky (1979, 1993, 1997) hat mit dem Salutogenesekonzept eine grosse Resonanz ausgelöst, sowohl im gesundheitspsychologischen und -medizinischen wie auch in angrenzenden Feldern. Er geht aus vom Postulat, dass Heterostase, Altern und fortschreitende Entropie die Kerncharakteristika aller lebenden Organismen sind (vgl. die systemtheoretische Begründung der Ressourcenarbeit, S. 10). Folgerichtig stellt er die salutogenetische Frage: Wie kommt es, dass Lebewesen in diesem natürlichen Zerfallsprozess eine relative Stabilität erreichen? Oder verkürzt: Warum bleiben wir gesund? Anstatt "Krankheiten" widmet sich Antonovsky der "Gesundheit" als klärungsbedürftigem Zustand. Anstatt Risikofaktoren werden Gesundheits- oder protektive Faktoren gesucht. Von der gängigen medizinischen wie auch gesundheitspsychologischen Sicht einer *Dichotomie* zwischen gesunden und kranken Menschen hebt sich das Modell der Salutogenese ab, indem es die Vorstellung eines Gesundheits-Krankheits-Kontinuums beinhaltet.

In seiner Annahme der Homöostase als grundlegendem lebensregulierendem Prinzip unterscheidet sich der IKP-Ansatz, zusammen mit der Gestaltpsychologie, vom Salutogenesekonzept. Erstaunlicherweise führt die verschiedene Grundannahme zur gleichen Folgerung: der Fokussierung auf die gesunden Anteile von Patienten, im salutogenetischen Ansatz zwecks *Erklärung* von Gesundheit, im IKP-Ansatz zur *Wiederherstellung* sowie Erhaltung von Gesundheit.

Die Vorstellung eines Gesundheits-Krankheits-Kontinuums ist in der Körperzentrierten Psychotherapie IKP nicht ausformuliert. Dennoch kann von einem vergleichbaren Ansatz ausgegangen werden. Zumindest legt dies die Multidimensionalität des Anthropologischen Würfelmodells nahe. Es ist schwer vorstellbar, unter Einbezug aller sechs Lebensdimensionen bestimmte "kranke" und "gesunde" Zustände zu definieren. Hingegen kommt in der Allegorie des Würfels sehr anschaulich die Qualität eines Kontinuums zum Ausdruck, und dies sogar in doppeltem Sinne. Einerseits steht die konkrete Form und Ausdehnung einer Würfelseite als Sinnbild dafür, wie und wie stark eine Dimension gelebt wird. Andererseits verweist die Form des gesamten Würfels auf die relative Betonung der einzelnen Dimensionen im Leben eines Menschen (vgl. Abbildung 3, S. 19). Beides sind kontinuierliche Masse, die nur künstlich kategorisiert werden können.

Selbstwirksamkeit und Kontrollmeinung

Banduras (1977) Theorie der Selbstwirksamkeit versucht das Engagement eines Individuums bezüglich jeder Art von Verhalten, einschliesslich des Gesundheitsverhaltens, zu erklären. Er stellte damit Seligmans (1975) Arbeit über erworbene Hilflosigkeit auf den Kopf. Drei Teilkomponenten des Selbstwirksamkeitskonzeptes wurden beschrieben. Erstens die Bewertung: dass das beabsichtigte Ergebnis eines bestimmten Verhaltens für einen selbst von Wert ist. Zweitens die Funktionalität: der Glaube, dass das Ausführen dieses Verhaltens

tatsächlich zum angestrebten Ergebnis führen wird. Und drittens die Fähigkeit: die Aussicht, dass man dieses Verhalten erfolgreich ausführen kann.

Das jüngere Konzept der Kontrollmeinung von Flammer (1990) deckt sich stark mit dem eben besprochenen:

"Kontrolle zu haben heisst, Ziele erreichen zu können, seine Lebensbedingungen im Griff zu haben, Freiheit oder doch Freiheitsgrade zu besitzen, funktionstüchtig und glücklich zu sein, gelegentlich auch, Macht zu haben und sich überlegen zu fühlen." -
"Kontrolle ist das Gegenteil von Hilflosigkeit" (S. 7,77)

Auch Flammer spaltet die Kontrollmeinung in Komponenten auf. Die Ergebniserwartung von Bandura heisst hier Kontingenzmeinung, die Fähigkeitserwartung nennt Flammer Kompetenzmeinung (zum weiteren Vergleich s. Flammer, 1990).

So wenig die körperorientierte Methodik mit (sozial-) kognitiven Theorien auf den ersten Blick zu tun zu haben scheint, lässt sich doch unschwer eine Gemeinsamkeit erkennen. Ressourcenorientierte Therapie beinhaltet nicht nur, zweckdienliche, d.h. bedürfnisbefriedigende Mittel eines Klienten anhand des Anthropologischen Würfelmodells aufzuspüren oder aufzubauen. Ressourcenarbeit bedeutet auch, Klientinnen Erfolgserlebnisse, auch ganz kleine, erleben und spüren zu lassen. Beides, neue Ressourcen wahrzunehmen und sich selbst erfolgreich zu erleben, so darf angenommen werden, trägt zum Gefühl der Selbstwirksamkeit resp. Kontrolle eines Menschen bei, insbesondere zu Banduras dritter Komponente, dem Vertrauen in die eigene Fähigkeit. Wie wichtig diese Kompetenzmeinung (in Flammers Worten) sein kann, dafür geben Simonton, Matthews Simonton und Creighton (1982) ein eindrückliches Beispiel. Sie beschreiben, wie ein von der Medizin abgeschriebener Krebspatient durch Imaginationsarbeit zunächst Herr über seinen Krebs wird und danach in eigener Regie das Gelernte erfolgreich auf zwei andere Leiden anwendet (zur Kritik s. aber auch American Cancer Society, 1982).

Learned Resourcefulness

Die nach Bandura "hoch wirksame" Person ist anerkanntermassen mit derjenigen verwandt, die in Meichenbaums (1977, 1979; weiter entwickelt durch Rosenbaum, 1983, 1988, 1990a, c; Rosenbaum & Ben-Ari, 1985; Rosenbaum & Palmon, 1984) Terminologie ein hohes Ausmass an "gelerntem Ressourcenreichtum" hat. Meichenbaum postulierte, dass "normale" Individuen ein grundlegendes Verhaltensrepertoire entwickeln, das ihnen erlaubt, erfolgreich mit hohen Risikofaktoren umzugehen. Rosenbaum (1990b) spricht in diesem Zusammenhang von "psychologischen Antikörpern", die durch ein "Stress-Impfungs-Training" (Meichenbaum, 1985, 1991) aufgebaut werden. Meichenbaum lehnte sich mit der Benennung seines Konzeptes an Seligmans (1975) "learned helplessness" an, von der er auch inhaltlich ausging.

Seligmans Konzept der gelernten Hilflosigkeit und Meichenbaums "Stress-Impfungs-Training" haben ihre Wurzeln in genau entgegengesetzten theoretischen Orientierungen. Seligman fragte pathologieorientiert, wie Menschen (und Tiere) hilflos werden. Meichenbaum auf der andern Seite zeigt, wie Personen Ressourcen aufbauen und einsetzen können. Die Körperzentrierte Psychotherapie IKP steht dem letzteren Ansatz deutlich näher. Das aufdeckende Gespräch zur Klärung der Hintergründe einer (allenfalls gelernten) Hilflosigkeit kann auch sinnvoll sein und zur Heilung beitragen. In der Körperzentrierten Psychotherapie wird aber weit mehr fokussiert auf neben einer Pathologie bestehende Ressourcen, oder den Aufbau solcher, sei es in derselben Lebensdimension, in der sich die Pathologie manifestiert, oder in anderen. Dies geschieht ganz im Sinne von Meichenbaums "Stress-Impfungs-Training", wenn man den Programmtitel wörtlich nimmt: Durch das Herbeiführen kleiner Erfolgserlebnisse wird der Mensch gestärkt, so dass er einerseits gerüstet ist, in Zukunft schwierige Situationen besser zu meistern, und andererseits sich selbständig weitere Erfolgserlebnisse, durchaus im Sinne von "bedürfnisbefriedigenden Wahrnehmungen" (Tröskén & Grawe, im Druck), verschaffen kann.

In der Körperzentrierten Psychotherapie wird "Lernen" als ein ganzheitlicher Vorgang verstanden, der alle Lebensdimensionen des Würfelmodells und insbesondere auch das Körpergedächtnis mit einschließt. Beim Erarbeiten eines "gelernten Ressourcenreichtums" wird daher speziell auch die körperliche Dimension beachtet. Die kleinen Erfolgserlebnisse sollten physische Wahrnehmungen beinhalten, um die Erfolge auch im Physischen zu verankern. Der Therapeut kann in diesem Sinne zum Beispiel auf Veränderungen in der Körperhaltung oder der Mimik hinweisen.

Motivierende Gesprächsführung

Motivierende Gesprächsführung nach Miller und Rollnick (1991, 1999; Miller, 1983) stellt ein Beratungskonzept aus dem Suchtbereich dar. Es stellt die oft beobachtete Ambivalenz insbesondere von Klienten mit Alkoholproblematik in den Vordergrund. Eine ambivalente Haltung zwischen Veränderungswunsch und beim Vertrauten bleiben ist aber bei weitem nicht ein auf Alkoholiker beschränktes Phänomen. Im Gegenteil stellt dies für viele PsychotherapiepatientInnen einen bekannten Zustand dar. In diesem Sinne scheint der nicht-konfrontative, wohl aber direktive Ansatz von Miller und Rollnick auf eine weitere Klientel sinnvoll anwendbar.

Nebst den Prinzipien und Strategien des klientenzentrierten Vorgehens (Empathie, positive Wertschätzung, offene Fragen stellen, aktiv Zuhören, Bestätigung geben, zusammenfassen) wird im beschriebenen Ansatz vor allem zu Beginn einer Beratung auch das Ziel verfolgt, beim Klienten so genannte selbstmotivierende Aussagen hervorzurufen. Anvisiert wird hier also die *Motivation* der Klientin als Ressource für den Veränderungsprozess. Dabei ist es die ambivalente Klientin selbst, die Gründe für eine Verhaltensänderung formuliert. Aufgabe des Beraters ist es, der Klientin die Entwicklung selbstmotivierender Aussagen zu erleichtern

(Miller, 1983). Damit befinden wir uns ganz im ressourcenorientierten Geiste des IKP-Ansatzes. Die Therapeutin, hier treffender Begleiterin genannt, drängt den Klienten nicht auf ein Ziel hin, sondern setzt ihre Kraft und ihr Wissen dafür ein, einen Therapieraum – und damit ist nicht nur ein physischer Raum gemeint – zu schaffen, in dem der Klient sich in seiner veränderungswilligen Seite unterstützt fühlt. In der Körperzentrierten Psychotherapie IKP wird die "motivierende Gesprächsführung" entsprechend dem Anthropologischen Würfelmodell jedoch auf eine "motivierende *Lebensführung*" ausgedehnt: Der Klient wird angeleitet, nicht nur verbal sich zu motivieren, sondern auch über selbst herbeigeführte Erlebnisse, die alle Dimensionen des Würfelmodells berühren.

Verhalten (im umfassenden Sinne, also verbale Äusserungen eingeschlossen), das inkongruent zu einer aktuellen Überzeugung der Person ist, wirkt zurück auf die Überzeugung und verändert sie, meist in Richtung des gezeigten Verhaltens. Das zukünftige Verhalten wird somit ebenfalls beeinflusst. Dieses Phänomen der Einstellungsänderung nach einstellungskonträrem Verhalten wurde verschiedentlich untersucht. Die Selbstwahrnehmungstheorie von Bem (1972) liefert eine Begründung aus sozial-kognitiver Sicht, während Festinger (1957) eine dissonanztheoretische Erklärung vorschlug. Eine dritte Sichtweise bietet die Impression-Management-Theorie (Tedeschi, Schlenker & Bodoma, 1971).

In erweiterter Anwendung kann mit allen drei Ansätzen nicht nur für den therapeutischen Wert selbstmotivierender *Aussagen* argumentiert werden, sondern auch für selbstmotivierende (Selbst-) Wahrnehmungen in allen Dimensionen des Anthropologischen Würfelmodells. Es darf angenommen werden, dass der Gewinn, im Sinne einer Ressourcenwirkung, solcher mehrdimensionaler positiver Selbsterfahrungen gegenüber rein verbalen "Erfahrungen" potenziert wird.

Meichenbaum (1973) beschreibt mit der kognitiv-behavioralen Theorie der Selbstkommunikation die steuernde Wirkung von inneren Monologen auf das Verhalten. Solche Selbstinstruktionen, wie sie in der therapeutischen Anwendung genannt werden, können als einstellungskonträres (verbales) Verhalten betrachtet werden. Und wiederum können die Beobachtung und erklärende Theorien – als Hypothese – auf ein mehrdimensionales Menschsein, wie es das Anthropologische Würfelmodell IKP konzipiert, ausgeweitet werden. Maurer (1999) schreibt dazu:

"In der Bewusstmachung des inneren Sprechens (Dialog) mit sich selbst sieht sie [die Körperzentrierte Psychotherapie IKP] die allergrösste der Ressourcen. Diese Selbstkommunikation findet auf der haltungsmässigen, der gefühls- und stimmungsmässigen Ebene statt." (S. 132)

Die Ressource "Selbstkommunikation" bleibt hier nicht auf den verbal-akustischen Kanal und auf die psychologische Ebene beschränkt. Die natürliche Mehrdimensionalität von Kommunikation wird im IKP-Ansatz mitgedacht und mitbeachtet. Insbesondere die kinästhetisch-körperliche Dimension kommt als potenter nonverbaler (Selbst-) Kommunikationskanal hin-

zu. Als konkrete Technik bietet sich hier z.B. der intrakorporelle Dialog nach Maurer (1993a) an. Damit können positive Selbstwahrnehmungen auch im Körpergedächtnis verankert werden.

Solche lerntheoretischen Überlegungen untermauert z.B. Hartig (1973), wenn sie schreibt, "dass das Individuum in der Konfliktsituation [Entscheidung zwischen gewohntem und neuem Verhalten; A.K.] durch eigenständiges Einleiten einer alternativen, kontrollierenden Verhaltensweise die Auftretenswahrscheinlichkeit des konflikthaftern, zu kontrollierenden Verhaltens verändert" (S. 9). In der Motivierenden Gesprächsführung handelt es sich bei der "alternativen Verhaltensweise" nach Hartig zunächst um *verbales* Verhalten (argumentieren für eine Verhaltensänderung). Auch Meichenbaums innere Monologe stellen deklariertweise ein vorbereitendes Symbolhandeln dar. In der Körperzentrierten Psychotherapie IKP nun wird unter Bezugnahme auf das Anthropologische Würfelmodell versucht, beim Vorbereiten und Einüben alternativer Verhaltensweisen möglichst viele Wahrnehmungsebenen und Lebensdimensionen einzubeziehen. Mit aktiver Imagination zum Beispiel können sämtliche Wahrnehmungskanäle und insbesondere natürlich der individuelle Präferenzkanal (Maurer, 1993a) angesprochen werden.

Balanciertes Mannsein

Für die pädagogische Arbeit mit Jungen und Männern sind positive Vorstellungen über das Junge- oder Mannsein unverzichtbar. Das Modell "Balanciertes Junge- und Mannsein" von Winter und Neubauer (2001; Winter, 2001) geht davon aus, dass in jedem Element traditioneller Männlichkeit auch ein positiver Gehalt ist. Mehr noch, es versucht, der häufig negativen Konnotation traditionell männlich gewerteter Eigenschaften zu entgehen, indem sie neue Ausdrücke einführen (z.B. "Grenzen" statt "Schwäche"). Damit entsteht ein Variablenmodell mit bipolaren Begriffspaaren. Die einzelnen Begriffe sind aber nicht als Entweder-oder zu verstehen, sondern als sich ergänzende Gegenpole (z.B. Stärke-Grenzen). Damit ist impliziert, dass ein Mann, der nur die traditionell männlichen Eigenschaften ausgeprägt lebt, einseitig und nur einen Teil seiner Möglichkeiten lebt. "Anders als in defizitorientierten Modellen ('Jungen sind laut, gewalttätig, sexistisch...') geht es in der Arbeit mit dem Balancemodell vielmehr darum, Potenziale zu entdecken und Räume bereit zu stellen, damit sich Potenziale bei Jungen entwickeln können" (S. 45).

Ersetzte man bei obigem Satz "Balancemodell" durch "körperzentrierte Psychotherapie" und "Jungen" durch "Menschen", so könnte er als treffende Charakterisierung für den IKP-Ansatz übernommen werden. Damit ist ein Kernbezug der beiden Modelle bereits hergestellt. In weiterer Übereinstimmung geht es bei beiden Ansätzen um das Entdecken von Potenzialen und Bereitstellen von Räumen *in mehreren Dimensionen*. Das fixiert Sein auf den "pathologischen Fleck" des "Patienten" kann damit aufgegeben werden. Es stehen andere Dimensionen zur Verfügung, die thematisiert und gestärkt werden können. Der *ganze Mensch* in seinem vielfältigen Sein wird damit in den Mittelpunkt gestellt. Umgesetzt wird dieses Prinzip bei

beiden, beim Balancemodell wie beim IKP-Ansatz auch, indem die Gegenpole beim ersteren und die Detailkriterien (vgl. Abbildung 4, S. 20) beim letzteren, sowie die Dimensionen bei beiden nicht als ausschliessende Kategorien, sondern als *Ergänzungen* konzipiert sind.

Persönlichkeitsportrait

Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung ist besonders bedeutsam, trifft sie doch den Kern der Person. Mit Recht fragt in diesem Zusammenhang Tölle (1990, zitiert nach Schmitz & Handke-Raubach, 1999): "Wer möchte schon seine Persönlichkeit alleine unter den Aspekt einer Störung gestellt sehen?" Auf dem Hintergrund solcher Überlegungen verfassten Oldham und Morris (1990, 1992, 1995) das "Persönlichkeitsportrait". Es handelt sich dabei um eine Publikation für Laien, die mit lebendiger und wertschätzender Sprache das Konzept der Persönlichkeitsstile vorstellt. Die Stile basieren auf den im *DSM-III-R* (resp. in der Neuauflage im *DSM-IV*; APA, 1987, 1994) auf der Achse II beschriebenen *Persönlichkeitsstörungen*. Das dort angewandte kategoriale Raster wird jedoch in dimensionale Beschreibungen transformiert. Obschon der Ansatz in den Bereich der Selbsthilfeliteratur einzuordnen ist, wurde er auch im klinischen Umfeld rezipiert. Kuhl und Kazen (1997) konstruierten auf empirischer Basis einen Fragebogen auf demselben ideellen Hintergrund. Schmitz und Handke-Raubach (1999) stellten ein kompetenzorientiertes Gruppentherapieprogramm auf der Basis der Persönlichkeitsstile vor. Und in einer Berner Universitätsklinik wird der Ansatz zur Zeit in einem neuen Projekt angewandt. Darüber hinaus wird in der neuesten Version des *Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-IV*; Sass, Wittchen & Zaudig, 1998) darauf hingewiesen, dass "die DSM-IV-Persönlichkeitsstörungscluster (sonderbar-exzentrisch, dramatisch-emotional, ängstlich-furchtsam) auch als Dimensionen angesehen werden könnten, die verschiedene Spektren der Persönlichkeit auf einem Kontinuum [...] beschreiben" (S. 716) und dass dazu Forschung im Gange sei.

Das Persönlichkeitsportrait gibt auch für TherapeutInnen vielfältige Anregungen, wie klinisch-psychologisches Fachwissen in eine Sprache zu übersetzen ist, mit der sich Patienten verstanden und nicht stigmatisiert fühlen, die motivationsfördernd statt –dämpfend wirkt. Ausgehend von den normalen, anpassungsfähigen Persönlichkeitsstilen mit grosser Variationsbreite werden dysfunktionale Persönlichkeitsstile und –störungen als deren Extreme aufgefasst. Die einzelnen Stile, so die axiomatische Annahme, sind aber in jedem Menschen mit unterschiedlichen Anteilen als unverzichtbare Qualitäten vorhanden. Die dimensionale Konzeptualisierung erlaubt gleichermassen eine ressourcen- wie auch einen problemorientierten Zugang. Im psychoedukativen Therapieprogramm von Schmitz und Handke-Raubach (1999) wird jeder Persönlichkeitsstil in seinen Stärken und Risiken erarbeitet.

Auch von diesem ressourcenorientierten Konzept sind die Bezüge zum Anthropologischen Würfelmodell IKP unschwer aufzuzeigen. Beide fassen auf einer grundsätzlichen Akzeptanz menschlicher Verschiedenheit im Sinne von natürlicher Variation. Bei beiden wird diese Haltung in einem dimensional arbeitenden Schema konkretisiert. Beide sind sich der stigmatisie-

renden Wirkung von Diagnosen bewusst und gebrauchen dementsprechend Patienten gegenüber eine nicht pathologisierende wertschätzende Ausdrucksweise. Das Persönlichkeitsportrait wie auch das Würfelmodell ermöglichen grundsätzlich, beide Perspektiven, die Problem- und die Ressourcensicht, einzunehmen und bei Bedarf zu thematisieren. Beide Modelle betonen aber in der praktischen Umsetzung die Ressourcenschau.

2.1.4 Weiterentwicklung des bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells

Das bio-psycho-soziale Rahmenmodell zur Erklärung von psychiatrischen Erkrankungen wird von Engel (1977, 1979, 1980) mit Hilfe der allgemeinen Systemtheorie (Bertalanffy, 1968) begründet. Als Rahmenmodell wird es deshalb bezeichnet, weil es eine Integration des biologischen und des psychosozialen Paradigmas vertritt. Innerhalb des Konzeptes sollen biologische, psychologische und soziale Bedingungen zunächst als gleichrangig betrachtet werden. Je nach vorliegenden Erkenntnissen über die Entstehungs- und Veränderungsfaktoren bei bestimmten psychischen Problemen lassen sich dann unterschiedliche Gewichte auf die Bedingungen setzen, die das Geschehen in seinem Verlauf beeinflussen. Die biologischen, psychologischen und sozialen Bedingungen werden als komplexe Subsysteme aufgefasst, deren Prozesse miteinander in Wechselwirkung stehen und sich so laufend gegenseitig beeinflussen. Anstelle von linearen Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen treten damit komplexe Kausalbeziehungen, so genannte Kausalnetze.

Maurer (1999) plädiert dafür, nicht mehr von psychischen Störungen, sondern von psychobio-sozialen Störungen zu sprechen. Sie möchte damit ausdrücken, dass die psychische und nosologische Komponente "psychischer" Störungen "für den oberflächlichen Betrachter bloss die für ihn sichtbare Spitze eines psycho-somatisch-sozialen Eisbergs" ist (S. 12). Die einzelnen Lebensdimensionen werden als gleich bedeutsam, ihre Verbindungen als vielfältig und dynamisch konzipiert. Die Übereinstimmung mit Engels nichthierarchischem multifaktoriellen Ansatz mit Kausalnetzbeziehungen ist soweit augenfällig. Sie wird dadurch noch verstärkt, dass die einzelnen Detailkriterien innerhalb einer Lebensdimension (vgl. Abbildung 4, S. 20), analog zu Engels komplexen Subsystemen, auch im Anthropologischen Würfelmodell als sich gegenseitig beeinflussend gedacht werden. Maurer (1993a) verdichtet die prozesshaft-dynamische Sicht der Dinge in der Körperzentrierten Psychotherapie, wenn sie schreibt:

"Somit kann eigentlich gar nicht von einem 'Menschenbild' gesprochen werden: Der Ausdruck 'Menschenbild' gibt etwas Statisches wieder, das dem hier beschriebenen Phänomen überhaupt nicht gerecht wird. Im Grunde genommen gibt es nur einen 'Menschenprozess'." (S. 16)

So weit die Ähnlichkeiten. Das Anthropologische Würfelmodell IKP kann nun einerseits als ganzheitliche *Weiterentwicklung* des bio-psycho-sozialen Rahmenmodells angesehen werden. Das Prinzip wurde übernommen, die Dimensionen jedoch entsprechend einem umfassenderen Menschenverständnis erweitert. Die Suche nach Ursachen- und Verlaufsfaktoren einer Krankheit kann somit auf ein weiteres Feld ausgedehnt werden.

Andererseits kann das Anthropologische Würfelmodell als *Gesundentwicklung* von Engels multifaktoriellem *Krankheitsmodell* bezeichnet werden. Erstens genau weil die für ein ganzheitliches Menschenverständnis fehlenden Aspekte hinzugenommen wurden. Dem Patienten wird damit seine Ganzheit wiedergegeben. Zweitens weil die Idee der multifaktoriellen Vernetztheit in eine grundsätzlich ressourcenorientierte Sichtweise eingebettet wurde. Es wird nicht mehr nur nach krankheitsverursachenden oder krankheitsbegünstigenden Faktoren gesucht, sondern auch und vor allem nach *Ressourcen*, also nach gesundheitsförderlichen Einheiten, die das bisherige Funktionieren ermöglichen, die eine Veränderung Richtung Gesundheit fördern, auf dem Weg dorthin als Kraftquellen dienen können, mit deren Hilfe neue Fähigkeiten und Inhalte auf den verschiedenen Lebensdimensionen aufgebaut und bedürfnisbefriedigende Erfahrungen herbeigeführt werden können. Der Patientin wird damit ihre Kompetenz zurückerstattet. Und drittens, weil das Würfelmodell explizit als hilfreiches Denkmodell angeboten, gleichzeitig aber die eigentliche *Einheit* der Dimensionen betont wird. Dem Menschen wird damit seine Ganzheitlichkeit attestiert.

Im Gegensatz zum pathologisch orientierten bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell kann das Anthropologische Würfelmodell IKP als ein multidimensionales Gesundheitsmodell bezeichnet werden.

2.2 Aktives Shiften als Ressourcen-Technik

Akute Schmerzen machen Sinn. Sie lenken die Aufmerksamkeit auf einen bedürftigen Fleck, so dass ich zum Beispiel das angestossene Knie verarzten kann. Schmerzen aktivieren in diesem Sinne Ressourcen. Dasselbe gilt auf psychischer Ebene. Der Schmerz beim Verlust des Sohnes weist darauf hin, dass hier etwas Aufmerksamkeit braucht. Der gesunde Mensch wird darauf Ressourcen mobilisieren, um den Verlust zu verarbeiten.

Anders verhält es sich bei anhaltenden Schmerzen. Die Aufmerksamkeit wird dabei dauernd an das traumatisierende Ereignis gebunden. Die anfänglich ressourcenaktivierende Wirkung des Schmerzes erzeugt, aus welchen Gründen auch immer, keine Reaktionen, die zur Schmerzlinderung führen. Mit der Aufmerksamkeit werden so dauerhaft auch Ressourcen blockiert. "Es ist, als ob einem Menschen, der sich bio-psycho-sozial in einer misslichen Situation befindet, zusätzlich verschiedene 'Ressource-Türen' zuschlagen würden" (Maurer, 1999, S. 130). Auch Willutzki (2000b) berichtet, dass "Patienten, die unter massivem Druck stehen oder sehr demoralisiert sind, häufig wie hypnotisiert vom Problem" sind (S. 279). Die Körperzentrierte Psychotherapie IKP verwendet dafür den Begriff der Fixierung:

"Unter Fixierung wird das innere Einfrieren einer aktuellen 'elenden' Lebens- und Gefühlssituation verstanden. [...] Fixierung heisst auch, dass plötzlich nur der Ort der Störung von Bedeutung ist und dadurch das Leben sämtlicher Seinsdimensionen sich einengt, fokussiert, und dadurch, wenn dies längerfristig dauert, zu weiteren Komplikationen und Sekundärstörungen führt." (Maurer, 1999, S. 130-131)

Für solche und ähnliche Situationen stellt die Körperzentrierte Psychotherapie die Technik des aktiven Shiftens zur Verfügung. Fixierungen können damit gelöst oder vermieden werden. "Shiften ist immer indiziert, wenn Einseitigkeit oder Fixierung droht, sei es im Sprechen oder Handeln [...]" (Maurer, 1999, S. 167).

Das englische Wort "shift" meint "verlagern", "verschieben". Was in der Therapie verlagert wird, ist der Fokus. Dies kann innerhalb einer Lebensdimension sein (intradimensional) oder auf eine andere Seite des Würfelmodells (interdimensionales Shiften). Dass der Perspektivenwechsel von der Therapeutin nicht beliebig, sondern von klientenspezifischen Überlegungen und Beobachtungen – inklusive dem ganzheitsdiagnostischen Wissen – geleitet, geschieht, wird durch das Attribut *aktives* Shiften ausgedrückt.

Aktives Shiften ist eine Technik zur Ent-Fixierung. Fixierungen können damit gelöst oder schon vermieden werden. Aktives Shiften ist aber auch und vor allem eine ressourcenaktivierende Technik. Das Wechseln auf gut funktionierende Lebensinhalte setzt Kräfte frei, die für Problemlösungen benötigt werden. Im Weiteren wird damit die Fähigkeit trainiert, vom Problembewusstsein Abstand zu nehmen. Das wiederholte Shiften zwischen Problembearbeitung und "Erholung" entspricht darüber hinaus dem Prinzip des Rhythmus zwischen Anspannung und Entspannung, der das gesamte menschliche Sein durchzieht. Last but not least dürfte der Wechsel gerade in belastenden (Gesprächs-) Situationen zu positiven Inhalten einen förderlichen Einfluss auf die Therapiebeziehung haben. Nebst dem direkten Aktivieren von Ressourcen kann aktives Shiften über diesen letzten Aspekt entscheidend zum Gelingen einer Therapie beitragen (vgl. Orlinsky, Grawe & Parks, 1994; Smith, Regli & Grawe, 1999).

Literaturverzeichnis

- Abraham, F. D., & Gilgen, A. R. (Eds.). (1995). Chaos theory in psychology. Westport, CT: Greenwood Press.
- American Cancer Society. (1982). Unproven methods of cancer management: O. Carl Simonton. CA – A Cancer Journal for Clinicians, 32(1), 58-61.
- American Psychiatric Association. (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III-R (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Antonovsky, A. (1979). Health, stress, and coping: New perspectives on mental and physical well-being. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1993). Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In A. Franke & M. Broda (Hrsg.), Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept. Tübingen: DGVT.
- Antonovsky, A. (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGVT.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84, 191-215.
- Bem, D. J. (1972). Self-perception theory. In L. Berkowitz (Ed.), Advances in experimental social psychology (Vol. 6). New York: Academic Press.
- Bertalanffy, L. v. (1968). General system theory. New York: Braziller.
- Beutler, L. E. (1989). Differential treatment selection: The role of diagnosis in psychotherapy. Psychotherapy, 26(3), 271-281.
- Beutler, L. E., & Clarkin, J. F. (1990). Systematic Treatment Selection: Toward targeted therapeutic interventions. New York: Brunner / Mazel.
- Beutler, L. E., & Consoli, A. J. (1993). Matching the therapist's interpersonal stance to clients' characteristics: Contributions from systematic eclectic psychotherapy. Psychotherapy, 30, 417-422.
- Beutler, L. E., & Harwood, T. M. (2000). Prescriptive psychotherapy: A practical guide to Systematic Treatment Selection. New York: Oxford University Press.
- Beutler, L. E., & Malik, M. L. (Eds.). (2002). Rethinking the DSM: A psychological perspective. Washington, DC: American Psychological Association.
- Beutler, L. E., Moleiro, C., Malik, M. L., & Harwood, T. M. (2000, June). The UC Santa Barbara Study of fitting therapy to patients: First results. Paper presented at the annual international meeting of the Society for Psychotherapy Research, Chicago, Ill.
- Bohart, A. C., & Tallman, K. (1999). How clients make psychotherapy work. Washington, DC: American Psychological Association.
- Caspar, F., Rothenfluh, T., & Segal. (1992). The appeal of connectionism for clinical psychology. Clinical Psychology Review, 12, 719-762.
- Cronbach, L. J., & Snow, R. E. (1977). Aptitudes and instructional methods. New York: Irvington.
- Dick, A., Grawe, K., Regli, D., & Heim, P. (1999). Was soll ich tun, wenn...? Empirische Hinweise für die Feinsteuerung des Therapiegeschehens innerhalb einzelner Sitzungen. Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis, 31(2), 253-27.
- Dorsch, F. (1994). Psychologisches Wörterbuch (12. Aufl.). Bern: Huber.
- Duden (1990). Duden Fremdwörterbuch (5. Aufl.). Mannheim: Dudenverlag.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model; a challenge for biomedicine. Science, 196, 129-136.
- Engel, G. L. (1979). Die Notwendigkeit eines neuen medizinischen Modells: Eine Herausforderung der Biomedizin. In H. Keupp (Hrsg.), Normalität und Abweichung: Fortsetzung einer notwendigen Kontroverse (pp. 63-85). München: Urban/Schwarzenberg.
- Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. American Journal

- of Psychiatry, 137, 535-544.
- Festinger, L. (1957). A theory of cognitive dissonance. Stanford: University Press.
- Flammer, A. (1990). Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung. Bern: Huber.
- Foppa, K. (1988). Über Möglichkeitsräume von Handlungen. Psychologische Beiträge, 30, 248-254.
- Frank, J. D. (1997). Die Heiler. Wirkungsweisen psychotherapeutischer Beeinflussung: Vom Schamanismus bis zu den modernen Therapien (2. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- French, T. M. (1933). Interrelations between psychoanalysis and the experimental work of Pavlov. American Journal of Psychiatry, 89, 1165-1203.
- Goldfried, M. R., & Newman, C. F. (1992). A history of psychotherapy integration. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), Handbook of psychotherapy integration (pp. 46-93). New York: Basic Books.
- Grawe, K. (1986). Schema-Theorie und interaktionelle Psychotherapie (Forschungsbericht Nr. 2). Universität Bern, Psychologisches Institut.
- Grawe, K. (1992a). Komplementäre Beziehungsgestaltung als Mittel zur Herstellung einer guten Therapiebeziehung. In J. Margraf & J. C. Brengelmann (Hrsg.), Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie (pp. 215-244). München: Röttger.
- Grawe, K. (1992b). Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. Psychologische Rundschau, 43, 132-162.
- Grawe, K. (1994). Psychotherapie ohne Grenzen – Von den Therapieschulen zur Allgemeinen Psychotherapie. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 26, 357-370.
- Grawe, K. (1995). Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. Psychotherapeut, 40, 130-145.
- Grawe, K. (1996). Klärung und Bewältigung. Zum Verhältnis der beiden wichtigsten therapeutischen Veränderungsprinzipien. In H. Reinecker & D. Schmelzer (Hrsg.), Verhaltenstherapie, Selbstregulation, Selbstmanagement (pp. 49-74). Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (1998). Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., & Grawe-Gerber, M. (1999). Ressourcenaktivierung: Ein primäres Wirkprinzip. Psychotherapeut, 44, 63-73.
- Grawe, K., Grawe-Gerber, M., Heiniger, B., Ambühl, H., & Caspar, F. (1996). Schematheoretische Fallkonzeption und Therapieplanung – Eine Anleitung für Therapeuten. In F. Caspar (Hrsg.), Psychotherapeutische Problemanalyse (pp. 189-224). Tübingen: DGVT.
- Grosse Holtforth, M., & Grawe, K. (2002). Bern Inventory of Treatment Goals: Part 1. Development and first application of a taxonomy of treatment goal themes. Psychotherapy Research, 12, 79-99.
- Hargens, J. (1998). Von Lösungen zu Ressourcen oder: Wie lassen sich Haltungen operationalisieren? Und wie noch? Und was geschieht mit Problemen? Zeitschrift für systemische Therapie, 16, 4-8.
- Hartig, M. (1973). Einführung in den Problemkreis. In M. Hartig (Hrsg.), Selbstkontrolle (pp. 3-75). München: Urban & Schwarzenberg.
- Hepp-Reymond, M.-C. (1998). Wahrnehmung und Bewegung. In Y. Maurer (Hrsg.), Körperzentrierte Psychotherapie IKP: Grundlegende Theorien und Aspekte (pp. 9-24). Zürich: IKP-Verlag.
- Jerusalem, M. (1990). Persönliche Ressourcen, Vulnerabilität und Stresserleben. Göttingen: Hogrefe.
- Klein, E. B. (1980). Change is normal: Adult development theory, research and clinical application. In P. Karoly & J. J. Steffen (Eds.), Improving the long-term effects of psychotherapy (pp. 301-331). New York: Gardner.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health. Journal of Personality and Social Psychology, 37, 1-11.
- Koukkou-Lehmann, M. (1998). Neurophysiologische Theorien zur Wiedererinnerung und Veränderung von Gedächtnisinhalten. In Y. Maurer (Hrsg.), Körperzentrierte Psychotherapie IKP: Grundlegende Theorien und Aspekte (pp. 25-48). Zürich: IKP-Verlag.
- Kriz, J. (1997). Systemtheorie. Eine Einführung für Psychotherapeuten, Psychologen und

- Mediziner. Wien: Facultas-Univ.-Verlag.
- Kuhl, J., & Kazen, M. (1997). Persönlichkeits-Stil und Störungs-Inventar. Göttingen: Hogrefe.
- Künzler, A. (2000). Patients' partners in couple alcohol treatment: Do they benefit and are there aptitude × treatment interactions? Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit, Psychologisches Institut der Universität Bern.
- Künzler, A. (2002). Schuldgefühle des Drogensüchtigen und wie gehen die Therapiestationen damit um? Forum der Eltern und Angehörigenvereinigungen Drogenabhängiger, Nr. 2/02, 2-3.
- Künzler, A., & Beutler, L. E. (in press). Couple alcohol treatment benefits patients' partners. Journal of Clinical Psychology.
- Lang, P. J. (1979). A bio-informational theory of emotional imagery. Psychophysiology, *16*, 495-511.
- Lazarus, A. A. (1989). The practice of multimodal therapy. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Lazarus, A. A. (1992). Multimodal Therapy: Technical eclecticism with minimal integration. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), Handbook of psychotherapy integration (pp. 231-263). New York: Basic Books.
- Lorenz, E. N. (1963). Deterministic nonperiodic flow. Journal of Atmospheric Science, *20*(2), 130-141.
- Ludewig, K. (1983). Die therapeutische Intervention – eine signifikante Verstörung der Familienkohärenz im therapeutischen System. In K. Schneider (Hrsg.), Familientherapie in der Sicht psychotherapeutischer Schulen (pp. 78-95). Paderborn: Junfermann.
- Margraf, J., Siegrist, J., & Neumer, S. (Hrsg.). (1998). Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen. Wien: Springer.
- Maturana, H. R. (1982). Erkennen: Die Organisation und Verkörperung der Wirklichkeit: Ausgewählte Arbeiten zur biologischen Epistemologie. Braunschweig: Vieweg.
- Maturana, H. R., & Varela, F. J. (1980). Autopoiesis and cognition: The realization of the living. Boston: Reidel.
- 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. (1978). Schizophrenie und Körperzentrierte Psychotherapie. Psychotherapie Medizinische Psychologie, *1*, 11-15.
- Maurer, Y. (1985). Körperzentrierte Psychotherapie. In Y. Maurer (Hrsg.), Bedeutende Psychotherapieformen der Gegenwart (pp. 198-215). Stuttgart: Hippokrates.
- Maurer, Y. (1986). Körperzentrierte Psychotherapie bei Angstzuständen. In V. Faust (Hrsg.), Angst – Furcht – Panik (pp. 258-263). Stuttgart: Hippokrates.
- Maurer, Y. (1991). Spüren, was der Körper zu sagen hat. Bulletin der Schweizer Psychologen, *12*, 19-22.
- Maurer, Y. (1992). Körperzentrierte Psychotherapie IKP: Umgang mit ganzheitlich definierter Übertragung mittels körperzentrierter Interventionen. In B. Maul (Hrsg.), Körperpsychotherapie oder die Kunst der Begegnung. Berlin:
- Maurer, Y. (1993a). Körperzentrierte Psychotherapie. Ganzheitlich orientierte Behandlungskonzepte und Therapiebeispiele (2. Aufl.). Stuttgart: Hippokrates.
- Maurer, Y. (1993b). Zu innerer Kraft und Energie durch Körperzentrierte Psychotherapie. Oldenburg: Transform.
- Maurer, Y. (1996a). Körperzentrierte Psychotherapie IKP: Ganzheits-Psychotherapie. Therapeutische Umschau, *53*, 217-224.
- Maurer, Y. (1996b). Gedankenkraft und Berührung. Ethik der Berührung in der Körperzentrierten Psychotherapie IKP. Sexualmedizin, *18*, 176-180.
- Maurer, Y. (Hrsg.). (1998). Körperzentrierte Psychotherapie IKP. Grundlegende Theorien und Aspekte. Zürich: IKP-Verlag.
- Maurer, Y. (1999). Der ganzheitliche Ansatz in der Psychotherapie. Wien: Springer
- Maurer, Y. (2002). Wir sind im Trend. IKP-Newsletter, Nr. 1, 1-2.
- Meichenbaum, D. (1973). Kognitive Faktoren bei der Verhaltensmodifikation: Veränderung

- der Selbstgespräche von Klienten. In M. Hartig (Hrsg.), Selbstkontrolle (pp. 197-213). München: Urban/Schwarzenberg.
- Meichenbaum, D. (1977). Cognitive-behavior modification: An integrative approach. New York: Plenum.
- Meichenbaum, D. (1979). Kognitive Verhaltensmodifikation. München: Urban/Schwarzenberg.
- Meichenbaum, D. (1985). Stress inoculation training. New York: Pergamon Press.
- Meichenbaum, D. (1991). Intervention bei Stress. Anwendung und Wirkung des Stressimpfungstrainings. Bern: Huber.
- Miller, W. R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. Behavioral Psychotherapy, 1, 147-172.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). Motivational interviewing. New York: Guilford.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1999). Motivierende Gesprächsführung. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Nestmann, F. (1996). Psychosoziale Beratung – ein ressourcentheoretischer Entwurf. Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis, 28, 359-376.
- 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. (Eds.). (1992). Handbook of psychotherapy integration. New York: Basic Books.
- Oehler, K. T. (1989). Was wirkt heilend in der Psychotherapie? Unveröffentlichtes Vortragskript.
- Oldham, J. M., & Morris, L. B. (1990). Personality self-portrait. New York: Bantam Books.
- Oldham, J. M., & Morris, L. B. (1992). Ihr Persönlichkeits-Portrait. Hamburg: Kabel.
- Oldham, J. M., & Morris, L. B. (1995). The new personality self-portrait. New York: Bantam Books.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy – noch einmal. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change (4th ed., pp. 270-376). New York: Wiley.
- Peseschkian, N., & Jork, K. (2002). Salutogenese. Oder: Was macht uns gesund? Göttingen: Huber.
- Petzold, H. G. (1997). Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie und Systemberatung. Integrative Therapie, 4, 435-471.
- Prigogine, I. (1976). Order through fluctuation: Self-organization and social systems. In E. Jantsch & C. H. Waddington (Eds.), Evolution and consciousness (pp. 93-133). Massachusetts: Addison-Wesley.
- Quekelberghe, R. van (1979). Systematik der Psychotherapie. Vergleich und kognitiv-psychologische Grundlegung psychologischer Therapien. München: Urban & Schwarzenberg.
- Rosenbaum, M. (1983). Learned resourcefulness as a behavioral repertoire for the self-regulation of internal events; Issues and speculations. In M. Rosenbaum, C. M. Franks, & Y. Jaffe (Eds.), Perspectives on behavior therapy in the eighties (pp. 54-73). New York: Springer.
- Rosenbaum, M. (1988). Learned resourcefulness, stress and self-regulation. In S. Fisher & J. Reason (Eds.), Handbook of life stress, cognition and health (pp. 483-496). New York: Wiley.
- Rosenbaum, M. (Ed.). (1990a). Learned resourcefulness. New York: Springer.
- Rosenbaum, M. (1990b). Introduction: From helplessness to resourcefulness. In M. Rosenbaum (Ed.), Learned resourcefulness (pp. xxv-xxxv). New York: Springer.
- Rosenbaum, M. (1990c). Role of learned resourcefulness in self-control of health behavior. In M. Rosenbaum (Ed.), Learned resourcefulness (pp. 3-30). New York: Springer.
- Rosenbaum, M., & Ben-Ari, K. (1985). Learned helplessness and learned resourcefulness: Effects of noncontingent success and failure on individuals differing in self-control skills. Journal of Personality and Social Psychology, 48, 198-215.
- Rosenbaum, M., & Palmon, N. (1984). Helplessness and resourcefulness in coping with epi-

- lepsy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52, 244-253.
- Rude, S. S., & Rehm, L. P. (1991). Response to treatments for depression: The role of initial status on targeted cognitive and behavioral skills. Clinical Psychology Review, 11, 493-514.
- Sachse, R. (2000). Perspektiven der therapeutischen Beziehungsgestaltung. In M. Hermer (Ed.), Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21. Jahrhunderts (pp. 157-176). Tübingen: DGVT.
- Sass, H., Wittchen, H.-U., & Zaudig, M. (1998). Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. Health Psychology, 4, 219-247.
- Schiepek, G., & Tschacher, W. (Hrsg.). (1997). Selbstorganisation in Psychologie und Psychiatrie. Braunschweig: Vieweg.
- Schmitz, B., & Handke-Raubach, A. (1999). Ein psychoedukativ- und kompetenzorientiertes Gruppentherapieprogramm für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 12(48), 47-54.
- Seligman, M. E. P. (1975). Helplessness: On depression, development and death. San Francisco: Freeman.
- Simonton, O. C., Matthews Simonton, S., & Creighton, J. (1982). Wieder gesund werden. Reinbek/Hamburg: Rowohlt.
- Smith, E. (2001). Produktive Psychotherapiesitzungen. Eine Untersuchung von Rückkopplungsprozessen in der Psychologischen Therapie. Unveröffentlichte Dissertation, Psychologisches Institut der Universität Bern.
- Smith, E., Regli, D., & Grawe, K. (1999). Wenn Therapie weh tut: Wie können Therapeuten zu fruchtbaren Problemaktualisierungen beitragen? Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis, 31(2), 227-251.
- Staemmler, F.-M. (1999). Déjà vu?: Klaus Grawes "Psychologische Therapie". Eine Rezension und Evaluation aus gestalttherapeutischer Sicht. Gestalttherapie, 13(2), 86-124.
- Tedeschi, J. T., Schlenker, B. R., & Bodoma, T. V. (1971). Cognitive dissonance: Private ratiocination or public spectacle? American Psychologist, 26, 685-695.
- Tölle, R. (1990). Persönlichkeitsstörungen: Problematik und diagnostische Bedeutung. In P. L. Janssen (Hrsg.), Psychoanalytische Therapie der Borderlinestörungen (pp. 7-16). Berlin: Springer.
- Trösken, A. (im Druck). Das Berner Ressourceninventar. Konstruktion und Validierung zweier Instrumente zur Erfassung von Patientenressourcen für die klinische Forschung und Praxis. Unveröffentlichte Dissertation, Psychologisches Institut der Universität Bern.
- Trösken, A., & Grawe, K. (im Druck). Das Berner Ressourceninventar. Instrumente zur Erfassung von Patientenressourcen aus der Selbst- und Fremdbeurteilungsperspektive. In H. Schemmel & J. Schaller (Hrsg.), Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit. Tübingen: DGVT.
- Willutzki, U. (2000a). Ressourcenorientierung in der Psychotherapie - eine "neue" Perspektive? In M. Hermer (Hrsg.), Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21. Jahrhunderts (pp. 193-212). Tübingen: DGVT.
- Willutzki, U. (2000b). Positive Perspektiven in der Psychotherapie. Unveröffentlichte Habilitationsschrift, Ruhr-Universität Bochum.
- Winter, R. (2001). Auf zwei Beinen steht man besser. Ein Modell für "Balanciertes Mannsein". Männer.be, 1(2), 10-14.
- Winter, R., & Neubauer, G. (2001). Dies und Das! Das Variablenmodell "balanciertes Junge- und Mannsein". Tübingen: Neuling.
- World Health Organization. (1992). ICD-10: International statistical classification of diseases and related health problems (10th ed.). Geneva: Author.
- Yalom, I. D. (2002). Der Panama-Hut oder Was einen guten Therapeuten ausmacht. München: Goldmann.