

Wissenschaftlicher Hintergrund der Körperzentrierten Psychotherapie IKP

Für die Wissenschaftskommission:

Dr. phil. Daniel Hausmann

Dr. phil. Alfred Künzler

Drs. Kathleen Schwarzkopf

IKP Institut für Körperzentrierte Psychotherapie
IKP Dr. Yvonne Maurer AG



Vorwort

Wissenschaftlicher Hintergrund der Körperzentrierten Psychotherapie IKP

Die Körperzentrierte Psychotherapie IKP (KZPT IKP) nach Maurer blickt auf eine über 40-jährige Forschungstradition zurück. Der gestalttherapeutische Ansatz bildete dabei von Anfang an die zentrale Basis der KZPT IKP. Eine Gleichsetzung der KZPT IKP mit Körpertherapien greift deshalb zu kurz und ist - historisch bedingt - der Abgrenzung zu rein verbalen Psychotherapieverfahren geschuldet.

Vorliegend finden Sie eine zusammenfassende Schau über den wissenschaftlichen Hintergrund der KZPT IKP und ihre Gemeinsamkeiten mit der Gestalttherapie, die spezifischen Erweiterungen und Eigenentwicklungen der KZPT IKP. Anhand der verschiedenen Explikationsniveaus nach von Quekelberghe (1979) lässt sich der IKP-Ansatz im Weiteren auslegen und vergleichen. Beispielhaft werden die Grundkonzepte der KZPT IKP anhand des Anthropologischen Würfelmodells IKP mit seinen sechs Lebensdimensionen und der Technik des Aktiven Shiftens illustriert. Durch zahlreiche Literaturverweise wird zudem das wissenschaftliche Fundament der KZPT IKP betont und die interessierte Leserin und der interessierte Leser erhält nebenbei explizite Quellenangaben, um ihr bzw. sein Wissen gezielt zu vertiefen.

Dank kontinuierlichem Engagement von Yvonne Maurer und ihren Schülerinnen und Schülern wird deutlich, wie sich der IKP-Ansatz aus der Gestalttherapie (weiter-)entwickelt hat und welche Rolle Prozess- und Ressourcenorientierung, Emotions- und Bedürfniszentriertheit sowie Erlebnisaktivierung spielen. Auch die Breite der therapeutischen Methoden und Techniken ist beeindruckend, welche im Rahmen des Weiterbildungsanges am IKP vermittelt werden.

Die Körperzentrierte Psychotherapie IKP wird ständig kritisch reflektiert, weiterentwickelt und ihre Wirksamkeit anhand wissenschaftlicher Studien untermauert. Die bisherige und zukünftige Anbindung an die Wissenschaft im Rahmen von weiteren Vernetzungen, Forschungsprojekten und Publikationen ist essentiell, da sich die Psychotherapieforschung in stetigem Wandel befindet.

Zürich, im Januar 2017

Hausmann, D.; Künzler, A.; Schwarzkopf, K.
Wissenschaftlicher Hintergrund der Körperzentrierten Psychotherapie IKP
1. Aufl. Januar 2017

Copyright by IKP Dr. Yvonne Maurer AG
IKP Institut für Körperzentrierte Psychotherapie, Kanzleistrasse 17, 8004 Zürich

ISBN: 978-3-906472-11-9

Inhaltsverzeichnis

1	Gestalttherapie als Kern des Weiterbildungsganges KZPT IKP	4
2	Erweiterungen des Gestaltansatzes	5
3	Körperzentrierte Psychotherapie IKP als ganzheitlicher Ansatz	7
3.1	Das Anthropologische Würfelmodell IKP mit seinen sechs Lebensdimensionen	7
3.2	Therapeutisches Arbeiten am Beispiel des Aktiven Shiftens	9
3.3	Weitere Methoden und technisches Wissen	10
3.4	Anwendungen der KZPT IKP auf ein breites Spektrum psychischer Störungen inkl. somatoformer und Verhaltensstörungen	11
4	Weitere wissenschaftliche Studien zur KZPT IKP	12
5	Kurzer Ausblick	14
6	Literaturverzeichnis	16

1 Gestalttherapie als Kern des Weiterbildungsganges KZPT IKP

Die Körperzentrierte Psychotherapie IKP (KZPT IKP) nach Maurer (1993a; 1999; 2006) ist ein Psychotherapieverfahren, das dem Formenkreis der Humanistischen Psychologie zuzuordnen ist. Die zentrale Basis stellt im Spezifischen der Gestaltansatz dar, wie er vom Arzt und Psychoanalytiker Fritz Perls, seiner Frau, der Psychologin Laura Perls-Posner, sowie Paul Goodman in den 1950er Jahren erarbeitet wurde (Perls, Hefferline & Goodman, 1987; 2006). Wie der Gestaltansatz ist auch die KZPT IKP ein prozess- und ressourcenorientiertes, emotions- und bedürfniszentriertes sowie erlebnisaktivierendes Verfahren. Die Bezeichnung „körperzentriert“ ist historisch bedingt und bezieht sich auf die Abgrenzung gegenüber rein verbalen Psychotherapieformen (vgl. Leitbild IKP). Die Gestalttherapie ihrerseits arbeitet von jeher auch mit dem Körper (etwa in Form von interozeptiver Wahrnehmung, ganzheitlicher Erlebnisaktivierung, „leerem Stuhl“) (vgl. Pauls, 2016; Hartmann-Kottek, 2012; Perls, Hefferline & Goodman, 2006).

Die KZPT IKP teilt die ganzheitliche Sichtweise des Gestaltansatzes. Das Individuum wird als Einheit von Körper, Geist und Seele verstanden. Es steht in ständigem Austausch mit der sozialen und ökologischen Umwelt. Dieser systemische Aspekt der Gestalttherapie wird u.a. durch die Feldtheorie Lewins (1952) begründet und entspricht der heute noch aktuellen Auffassung einer ganzheitlichen bio-psycho-sozialen Sichtweise des Menschen (Engel, 1977).

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

Die KZPT IKP übernimmt ebenfalls das Figur-Grund-Denken aus der Gestalttherapie, wie es sich im Phänomen der Gestaltbildung zeigt: dem Hervortreten von Figuren auf Hintergründen. Figur und Grund werden dabei als unzertrennliche Bestandteile eines Ganzen betrachtet, die stets in dynamischer Bewegung sind. Das jeweils stärkste Bedürfnis tritt aus dem Hintergrund als Figur hervor und führt zur Kontaktaufnahme mit sich selbst und der Umwelt. Der Hintergrund besteht aus der Gesamtheit der Einflüsse und Erfahrungen aus der individuellen Lebensgeschichte und -situation (Bongers & Schulthess, 2005).

Sowohl der Gestalttherapie wie der KZPT IKP ist auf der Ebene der Metatheorie die phänomenologische Erkenntnistheorie gemeinsam. Auf der Ebene der Persönlichkeitstheorie, resp. der Ätiopathogenese, hat die KZPT IKP das gestalttherapeutische Konzept der Kontaktprozesse sowie Widerstand und Abwehr integriert. Perls (1976) geht davon aus, dass der Mensch in seiner Existenzform als Organismus in einem ständigen Wechsel von Gleichgewicht und Ungleichgewicht seine Bedürfnisse befriedigt. Dieser Prozess des Wechsels zwischen Homöostase und Heterostase wird in der dynamischen Systemtheorie als Fließgleichgewicht thematisiert (Bertalanffy, 1968). Erkenntnisse der dynamischen Systemtheorie haben seit den neunziger Jahren verstärkt Eingang in die psychologische und psychotherapeutische Theoriebildung gefunden, so auch in die KZPT IKP (Maurer, 2006). Mit dem Konzept der Selbstorganisation wurde in der Systemtheorie die Tatsache benannt, dass selbsterhaltende Kräfte ebenso wie abbauende zur Natur gehören. Das selbsterhaltende Prinzip zeigt sich in zwei gegensätzlichen Arten: als konservativ (homöostatisch, autopoietisch; Maturana & Varela, 1980), sowie als progressiv, in Richtung Entwicklung (heterostatisch, dissipativ; Nicolis & Prigogine, 1977).

Komplexe Systeme, wozu auch der Mensch zählt, können sich offensichtlich von ihrem Gleichgewichtszustand bezüglich homöo-/heterostatischer Kräfte entfernen. In psychologische Begrifflichkeiten übersetzt, wird damit das Postulat der Humanistischen Psychologie einer Menschen natürlicherweise innewohnenden Tendenz zur Selbstaktualisierung (Rogers, 1959) naturwissenschaftlich abgestützt. Diese „quasi im System bereits angelegte Entwicklungsoption“ (Willutzki, 2000, S. 198) wird in Psychotherapien der Humanistischen Psychologie, so auch in der KZPT IKP, als intrapsychische Ressource verstanden und genutzt.

In der Gestalttherapie und der KZPT IKP werden psychische Krankheiten als Folge von Störungen dieses Selbstregulationsprozesses verstanden. Sie treten auf, wenn es dem Individuum nicht mehr gelingt, seine Bedürfnisse zu befriedigen. Diese Sichtweise steht im Einklang mit und wird gestützt durch neurowissenschaftliche Erkenntnisse (Grawe, 2004). Durch Störung des Selbstregulationsprozesses werden die Empfindung und der Ausdruck von Bedürfnissen und Emotionen blockiert. In der Gestalttherapie so genannte „unerledigte Gestalten“ überlagern sich dann mit neuen Bedürfnissen und Emotionen und verhindern die Bildung neuer Gestalten. Solche un abgeschlossenen Situationen haben die Tendenz, sich immer wieder zu aktualisieren (Schulthess & Grillmeier-Rehder, 2002). Dieses von Freud (1920/1989) als „Wiederholungszwang“ eingeführte Phänomen korrespondiert eng mit später als „Attraktor“ (Caspar, Rothenfluh & Segal, 1992) oder „Schema“ (Grawe et al., 1996; Young, Klosko & Weishaar, 2008) beschriebenen psychologischen Prozessen.

Im therapeutischen Handlungsraum werden gestalttherapeutische Prinzipien und Techniken übernommen, z.B. die Arbeit im Hier und Jetzt, Wahrnehmungsübungen, Dialogtechniken, Kreative Medien etc. (vgl. Abschnitt 3.3).

2 Erweiterungen des Gestaltansatzes

Als die Integrationsbewegung in der Psychotherapie sich gegen Ende des 20. Jahrhunderts vermehrt Schulen übergreifend orientierte (Lambert, 2004), entwickelten sich verschiedene integrative Modelle von Psychotherapie (z.B. Beutler & Clarkin, 1990; Grawe, 1998; Petzold, 1993; Maurer, 2006). Die KZPT IKP stellt einen körperorientiert erweiterten Ansatz der Gestalttherapie dar. Im Verlauf von drei Jahrzehnten wurde er ständig weiterentwickelt. Das Attribut „körperzentriert“ ist für die heutige Form eine unvollständige Beschreibung. Eine charakterisierende Bezeichnung wäre „multidimensionale“ Therapie (Künzler, 2006; 2013). Eine vertiefende Darstellung der Historie der KZPT IKP findet sich in Maurer (2010c), der Weiterentwicklung gestalttherapeutischer Konzepte und Methoden bei Grubenmann, E. (2010) und zum Bezug zur Systemischen Therapie in Arbeit (2010).

Die Systematisierung der KZPT IKP erfolgt in den verschiedenen von Quekelberghe (1979) genannten Explikationsniveaus, in denen eine Therapieform charakterisierbar und mit anderen vergleichbar ist (Metatheorie, Persönlichkeitstheorie inkl. Krankheits- und Gesundheitsverständnis, Therapietheorie (inkl. Veränderungstheorie), Methoden und technisches Wissen, therapeutischer Handlungsraum resp. Techniken) (vgl. Maurer, 2006). Das Anthropologische Würfelmodell IKP nach Yvonne Maurer (siehe Abschnitt 3.1) stellt ein eigens entwickeltes Kernkonzept der KZPT IKP dar. Die dort dargestellten sechs Lebensdimensionen stehen nicht isoliert nebeneinander, sondern befinden sich in ständigen Wechselwirkungen. Dies entspricht einer systemtheoretischen Auffassung (Bertalanffy, 1968). Ein „Aufheizen“ des Systems, das nötig ist, um dem psychischen Geschehen neue Wege (Genesung) zu ermöglichen, kann aus starken Emotionen resultieren (Caspar et al., 1992). Letztere

werden in der Gestalttherapie durch multimodale Aktualisierung veränderungsbedürftiger Erinnerungen oder dysfunktionalen Verhaltens ausgelöst. Die KZPT IKP ergänzt dies durch expliziten Einbezug der körperlichen Dimension. Wie im gestalttherapeutischen Vorgehen ist es auch in der KZPT IKP wichtig, der Klientin bzw. dem Klienten einen ständigen Wechsel zwischen Erleben und Reflektieren zu ermöglichen (verbalisieren des Prozesses; Smith, Regli & Grawe, 1999), um schliesslich die Veränderung problematischen Verhaltens oder Erlebens zu ermöglichen. Dieses erlebnisaktivierende Vorgehen ist durch wissenschaftliche Erkenntnisse gut untermauert (z.B. Elliott et al., 2013; Grawe, 2004; Greenberg, 2006). Die Autoren betonen, dass Veränderung sich im Moment des aktuellen Erlebens realisiert. Die Therapeutin bzw. der Therapeut muss seine Aufmerksamkeit also vor allem bei dem haben, was prozessual abläuft, denn auf der prozessualen Ebene spielt sich das veränderungsrelevante Geschehen ab (Gassmann, 2010). Bei einer Metaanalyse von Orlinsky, Grawe und Parks (1994) hat sich „experiential confrontation“ als eine der wirksamsten therapeutischen Interventionen herausgestellt. Die Therapeutin bzw. der Therapeut „konfrontiert“ dabei den Klienten mit seinem aktuellen Erleben und Verhalten mittels klassischer Gestaltfragen (vgl. Grubenmann, D., 2010, S. 52). Im Weiteren wird der eben ablaufende Prozess empathisch in Worte gefasst. Im Kern entspricht dies dem gestalttherapeutischen Vorgehen (siehe Ausführungen in Maurer, 2006, S. 165; vgl. auch Abschnitt 3.2).

Der Humanistische Psychologe Maslow (1977) beschäftigte sich innerhalb der Motivationspsychologie mit der Ordnung und Hierarchisierung von Bedürfnissen. In seiner Bedürfnishierarchie wird deutlich, dass „höhere“ Bedürfnisse wie Selbstverwirklichung erst zum Zuge kommen, wenn die basalen Grund- und Sicherheitsbedürfnisse befriedigt sind. Maurer (1993b; 2004) hat die maslowsche Bedürfnispyramide adaptiert.

Die KZPT IKP stützt sich auf ein kombiniertes Vorgehen mit gekoppelter Ressourcenaktivierung und Problembearbeitung (als komplementäre psychotherapeutische Wirkfaktoren; Grawe, 2004; Schär, Flückiger & Grosse Holtforth, 2012) in den verschiedenen Lebensdimensionen. Die bei Klientinnen und Klienten häufig beobachtete Problemfixierung kann so aufgelöst werden, die Klientin oder der Klient gewinnt neue Energie und Lebensfreude (Remoralisierung). Im Weiteren werden die Therapiemotivation verbessert und korrektive Erfahrungen ermöglicht (Remediation). Rückkopplungsprozesse und Wechselwirkungen spielen dabei eine wichtige Rolle. Kleine Veränderungen in den verschiedenen Lebensdimensionen verstärken einander und führen zur Abnahme der Störung. Restsymptome werden mit spezifischen Methoden bearbeitet.

Diese Vorgehensweise der KZPT IKP wird durch Befunde der Gruppe um Grawe untermauert (Gassmann & Grawe, 2006; Grawe & Grawe-Gerber, 1999; Regli, Bieber, Mathier & Grawe, 2000; Smith & Grawe, 2003; für weitere Begründungen siehe Künzler, 2006). Die Kombination von ressourcenaktivierenden und problembewältigenden Interventionen wirkt synergetisch. In der KZPT IKP werden hinsichtlich Problembearbeitung sowohl die nach Grawe (1998) unterschiedenen klärungs- als auch bewältigungsorientierte (z.B. Rollenspiele, Hausaufgaben) Interventionen angewendet. Zur Ressourcenaktivierung wird unter anderem Aktives Shiften angewendet (Künzler, 2006; Maurer, 1998b; 2009; vgl. auch Abschnitt 3.2).

3 Körperzentrierte Psychotherapie IKP als ganzheitlicher Ansatz

3.1 Das Anthropologische Würfelmodell IKP mit seinen sechs Lebensdimensionen

Das Anthropologische Würfelmodell IKP nach Yvonne Maurer bildet mit seinem multidimensionalen Ansatz (den sechs Lebensdimensionen und deren Wechselwirkungen) die Ganzheitlichkeit des Menschen gemäss der Gestalttherapie symbolisch und didaktisch hilfreich ab. Das Würfelmodell (siehe Abbildung 1) veranschaulicht ein ganzheitlich orientiertes Persönlichkeitsmodell und ist Orientierungsraaster sowohl für die Diagnostik (pathologie- sowie ressourcenorientiert) als auch für die Intervention. Dabei werden folgende sechs Lebensdimensionen abgebildet: die psychische (geistig/emotionale), die körperliche, die soziale, die spirituell-sinnstiftende, sowie Raum und Zeit als Lebensdimension.

1. Die psychische (geistig/emotionale) Lebensdimension umfasst psychologische Aspekte wie realistisches Denken, Wahrnehmung, Gefühle, Selbstkonzept sowie die verschiedenen Bewusstseinsformen (bewusste und unbewusste Anteile). Kernthemen sind u.a.: Realistisches Denken, Antrieb, seelische Energie, guter Selbstbezug, Introversionsfähigkeit.
2. Die körperliche Lebensdimension beinhaltet beispielsweise biologische und physiologische Aspekte, Beweglichkeit, Haltung, Ausdruck und Körperbewusstsein. Kernthemen sind hier: flexibler, eutoner Bewegungsapparat in Haltung und Bewegung, vegetative Eutonie, gesundes Organsystem, intaktes und integriertes Körperwahrnehmen und -erleben.
3. Die soziale Lebensdimension umfasst soziale Aktivitäten in der Gesellschaft, sowohl in beruflichen als auch in privaten Beziehungen sowie Nähe-Distanz-Verhalten. Kernthemen beinhalten: Wir-Gefühl, kommunikatives Kontaktverhalten (inkl. Abwehrmechanismen im Sinne der Gestalttherapie), dem Alter entsprechende Reife, Nähe-Distanz-Flexibilität.
4. Die spirituell-sinnstiftende Lebensdimension umfasst allgemeine Aspekte der Sinnstiftung, der Ethik und Transzendenz. Diese Lebensdimension befasst sich mit existentiellen Sinnfragen (Leben-Tod, Krankheit-Gesundheit, Leiden etc.) sowie persönlichen Werten und ist nicht mit kirchlicher Institution gleichzusetzen (vgl. Maurer, 2010a). In der Humanistischen Psychologie war sie schon immer von grosser Bedeutung. Kernthemen sind hier: Philosophieren, meditatives Erfahren, Übernehmen oder Stiften von Werten, Ur-Vertrauen.
5. Der Raum als Lebensdimension bezieht sich generell auf räumliche Erfahrungen des Menschen (inkl. des Körperinneren). Des Weiteren beinhaltet diese Lebensdimension die Qualität des Lebensraumes einer Person. Kernthemen sind entsprechend: Körperinnenraum, Intimer Aussenraum, Sozialer Nahraum/Grossraum.
6. Die Zeit als Lebensdimension umfasst das Erleben in der Gegenwart, der Vergangenheit und der Zukunft, sowie das subjektive Zeiterleben. Kernthemen umfassen: Gegenwart, Unmittelbare Zukunft, Zukunft, Vergangenheit.

Die Form des Würfels versinnbildlicht dabei die Zusammengehörigkeit der verschiedenen Lebensdimensionen. Jede Lebensdimension für sich kann detailliert betrachtet werden, aber erst gemeinsam bilden sie ein Ganzes.

Die sechs Lebensdimensionen werden auch in Form eines Kreismodells abgebildet, in dem die Wechselwirkungen noch stärker visualisiert und betont werden.

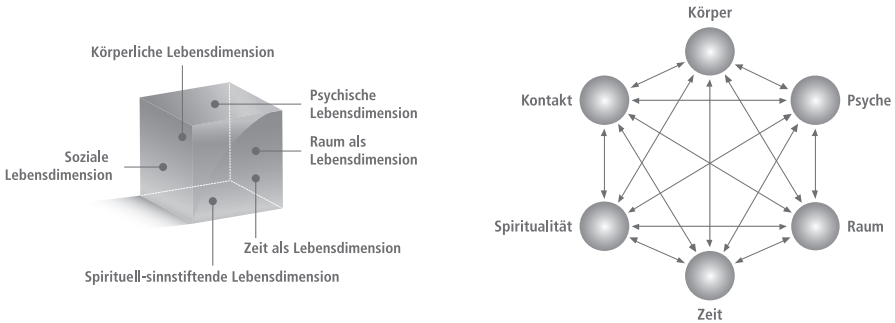


Abbildung 1:

Das Anthropologische Würfelmodell IKP mit seinen sechs Lebensdimensionen des Menschen nach Maurer (u.a. 2006; 1999; 1993a): Darstellung als Würfel- (links) und als Kreismodell (rechts).

Das ganzheitlich orientierte Würfel- oder Kreismodell mit seinen sechs Lebensdimensionen verdeutlicht das Figur-Grund-Prinzip hinsichtlich der jeweiligen Lebensdimensionen. Eine Lebensdimension kann jeweils aus dem Hintergrund des ganzen Würfels als Figur in den Vordergrund kommen. Dabei handelt es sich bei den Lebensdimensionen nicht um voneinander strikt abzugrenzende Entitäten, sondern diese gehen intra- und interindividuell fließend ineinander über. Die körperliche, die psychische sowie die soziale Dimension korrespondieren mit den drei Pfeilern des bio-psycho-sozialen Modells aus der Medizin (Engel, 1977). Menschen sind durch Stärken und Potenziale in mehreren entfaltetten Lebensdimensionen besser abgesichert, da sich diese schützend und stützend einschalten können.

Mit den sechs Lebensdimensionen wird der ganzheitliche Ansatz der KZPT IKP deutlich. Die grundlegenden menschlichen Funktionen (wahrnehmen, fühlen, denken, handeln) sind in ihrer interdependenten Einheit und Prozesshaftigkeit integriert. Das ganzheitlich ausgerichtete Menschenverständnis geht davon aus, dass ein gesunder Mensch gleichzeitig in gutem Kontakt zu sich selbst (innerer Kontakt) und zu externen (Kontakt-) Situationen ist. Dies beinhaltet eine adäquate Öffnung ebenso wie Abgrenzung des Selbst nach innen und nach aussen.

Gesundheit wird in der Gestalttherapie als funktionierende Selbstregulation im Sinne der Homöostase angesehen, bei der der Mensch sich seiner wechselnden Bedürfnisse und der Anforderungen der Umwelt bewusst wird (Bongers & Schulthess, 2005). Darüber hinaus werden Gesundheit und Krankheit in der KZPT IKP auf einem multidimensionalen Hintergrund (alle sechs Lebensdimensionen und deren Wechselwirkungen) präzisiert: Gesundheit als dynamische Balance der sechs Lebensdimensionen bzw. Krankheit als Dysbalance oder Fixierung innerhalb der Lebensdimensionen. Dabei ist der ganze Organismus beteiligt, nicht nur Teilbereiche.

3.2 Therapeutisches Arbeiten am Beispiel des Aktiven Shiftens

Die integrative und ganzheitlich orientierte Therapiearbeit der KZPT IKP wird z.B. an der Technik des Aktiven Shiftens deutlich (Maurer, 1998b; 2009). „Shiften“ bedeutet „den Fokus wechseln“ oder „sich verlagern“ innerhalb einer (intra-) oder zwischen den Lebensdimensionen (interdimensional). Beim intradimensionalen Shiften wird innerhalb der einzelnen Lebensdimension gewechselt. In der körperlichen Dimension wird bspw. vom Sitzen ins Stehen, von einem muskulär angespannten in einen entspannten Zustand, von einer Bewegung zur Ruhe gewechselt. Unter interdimensionalem Shiften wird das Wechseln zwischen den verschiedenen Lebensdimensionen verstanden. Beim Wechsel bspw. vom Gespräch in das Spüren der Körperwahrnehmung erfolgt ein Shift von der psychischen in die körperliche Lebensdimension. Derartige Dimensionswechsel gehen meist mit einem Wechsel in der Gefühlsqualität einher.

Die KZPT IKP versteht das stete Wechseln von einer Lebensdimension zur anderen beim einzelnen Menschen als ein grundlegendes Lebens- und Funktionsprinzip, welches bedeutsam ist für die optimale Aktivierung der Persönlichkeit. Im Gegenzug dazu besteht die Gefahr des Krankwerdens in einer Fixierung in einer einzigen Lebensdimension. Dies hat zur Folge, dass Erlebnishorizont und Tätigkeitsradius eingeschränkt werden und führt weiter zu einer Abnahme der individuellen Ressourcen. Durch die therapeutische Arbeit können mittels Aktivem Shiften gezielt Überbrückungshilfen, Kraft, neue Impulse und kreative Lösungsversuche aus anderen Lebensdimensionen entwickelt werden.

Der hier stattfindende Perspektivenwechsel dient dem Auffinden von Ressourcen, aber auch von Problemfeldern im diagnostischen Sinn, der Loslösung resp. Entfixierung (vom Problem), sowie dem nichtkonfrontativen Umgang mit Widerstand.

Das Attribut „aktiv“ (Aktives Shiften) drückt aus, dass der Fokuswechsel nicht beliebig, sondern von klientspezifischen Überlegungen und Beobachtungen von der Therapeutin bzw. vom Therapeuten angeleitet wird. Das psychotherapeutische Thema wird zum Beispiel aus einer anderen der sechs Lebensdimensionen betrachtet. Damit kann eine Änderung des Stellenwertes des Problems stattfinden, sodass eine Bewältigung leichter erscheint. Interdimensionales Shiften kann beispielsweise bei somatoformen Störungen hilfreich sein, um die Perspektive von der dauerhaften Wahrnehmung der körperlichen Schmerzen (körperliche Dimension) auf maladaptive, veränderbare Gedankenmuster (psychische Dimension) zu wechseln. Mit dem Shiften in die zeitliche Dimension (z.B. „Was wäre anders, wenn Sie die Therapie erfolgreich beenden?“) kann die Patientin/der Patient wieder Perspektiven und Ziele erhalten.

Mit dem Aktiven Shiften kann eine gezielte Ressourcenaktivierung gefördert werden, beispielsweise durch intradimensionales Shiften innerhalb der körperlichen Dimension (z.B. wenn der Patient fortwährend auf seine starken Kopfschmerzen fokussiert). Durch den Perspektivenwechsel auf andere schmerzfreie Körperregionen oder Sinneswahrnehmungen findet auch ein Perspektivenwechsel vom Krank-Sein ins Gesund-Sein statt.

Unter VAKOG-Shiften (Abkürzung für Visuell – Akustisch – Kinästhetisch/Taktil – Olfaktorisch – Gustatorisch) wird der Wechsel zwischen verschiedenen Sinneskanälen verstanden. Die Sinneskanäle sind bei den einzelnen Menschen unterschiedlich stark ausgeprägt und ermöglichen auf diese Weise diagnostische und therapeutische Zugänge zur Klientin bzw. zum Klienten. Therapeutisch bedeutsam ist, dass die in allen Sinneskanälen verarbeitete (multikodierte) Information am stärksten handlungswirksam ist (Gottwald, 2005). Die Wahrnehmungsfähigkeit und Realitätsprüfung wird durch das Fördern von Sinneswahrnehmungen nachgewiesenermaßen gestärkt, bspw. durch das Beklopfen des gesamten Körpers mit den eigenen Händen (vgl. Maurer, 1976a). Die VAKOG-Sinneswahrnehmungen sind ein Lebensausdruck des gesamten Menschen. Sie können denjenigen Lebensdimensionen zugeordnet werden, die zur selben Zeit vordergründig sind.

Die KZPT IKP geht davon aus, dass Gesund-Werden auch bedeutet, aus anderen Lebensdimensionen (oder auch anderen Aspekten innerhalb einer Lebensdimension) Kraft, neue Impulse und kreative Lösungstechniken einsetzen zu können, statt sich auf die problembehaftete Lebensdimension zu fixieren. Shiften (bzw. Aktives Shiften als ressourcenaktivierende Technik im Sinne von Grawe und Grawe-Gerber, 1999) bedeutet demzufolge ein Lösen von Fixierungen auf problematische Aspekte (bspw. maladaptives Gedankenkreisen bei Depressionen, angstauslösende Situationen bei Angststörungen, Schmerzen bei somatoformen Störungen) und eine Aktivierung der anderen Lebensdimensionen. Es fördert damit die Erhöhung des Energieniveaus bei der Patientin/ beim Patienten, und ermöglicht so mehr gesundheitsförderndes Verhalten.

3.3 Weitere Methoden und technisches Wissen

Neben dem Aktiven Shiften existiert in der KZPT IKP eine breite Palette von therapeutischen Techniken, die im Rahmen des Weiterbildungsganges vermittelt werden. Im Folgenden werden ausgewählte Techniken aufgeführt, aufgeteilt in die zwei Ebenen nach Quekelberghe (1979): Methoden und technisches Wissen, sowie therapeutischer Handlungsraum bzw. Techniken.

Methoden und technisches Wissen

- Therapeutische Beziehungsgestaltung
- Klärung des therapeutischen Auftrages
- Grundlagen der Gesprächsführung IKP, therapeutisches Interview
- Grundlagen der Gestalttherapie
- Diagnose nach aktueller ICD-Version und zusätzliche Ganzheitsdiagnostik (Salutogramm/Pathogramm, Dimensionendiagramm)
- Planung der Phasen des Sitzungs- und Therapieverlaufs
- Störungsspezifische Therapiestrategien
- Gestalt-Abwehrmechanismen und Widerstand
- Sensory Awareness (inkl. VAKOG)
- Bedeutung des Körpergedächtnisses
- Integration von Polaritäten
- Erlebniszentriertes Emotionalisieren
- Vegetatives und muskuläres Eutonisieren
- Evaluation des Therapieverlaufs

Therapeutischer Handlungsraum / Techniken

- Shiften
- Nähe-Distanz-Techniken
- Dialogtechniken
- Sensory Awareness-Übungen
- Ausdrucksübungen inkl. Kreativ- und Traumarbeit
- Progressionsarbeit und Regressionsarbeit
- Stabilisierungs- und Distanzierungstechniken
- Biografiearbeit (Prägungen, Glaubenssätze), Panoramatechnik
- Entspannungs- und Imaginationstechniken
- Stabilisierungs- und Distanzierungstechniken
- Achtsamkeits- und meditative Techniken

Zum Wissen und Können gehört auch die Metaperspektive, d.h. umfassende Kenntnisse über die Praxistheorie und die Indikation der einzelnen Techniken.

Weitere feste Bestandteile der Weiterbildung

- Kritische Auseinandersetzung mit der Wirksamkeit, den Möglichkeiten und Grenzen der vermittelten Therapiemodelle und ihrer Methoden.
- Vermittlung der grundlegenden Kenntnisse anderer psychotherapeutischer Ansätze und Methoden.
- Erkenntnisse der Psychotherapieforschung und ihre Implikationen für die Praxis.
- Vermittlung grundlegender Kenntnisse über und Auseinandersetzung mit Besonderheiten der Psychotherapie mit verschiedenen Altersgruppen.
- Vermittlung von Kenntnissen von und Auseinandersetzung mit unterschiedlichen demografischen, sozio-ökonomischen und kulturellen Kontexten der Klientel bzw. der Patientinnen und Patienten und ihren Implikationen für die psychotherapeutische Behandlung.
- Auseinandersetzung mit der Berufsethik und den Berufspflichten.
- Kritische Auseinandersetzung mit gesellschaftspolitischen und ethischen Fragen im Zusammenhang mit der Psychotherapie.
- Vermittlung von Grundkenntnissen über das Rechts-, Sozial- und Gesundheitswesen und seine Institutionen.

3.4 Anwendungen der KZPT IKP auf ein breites Spektrum psychischer Störungen inkl. somatoformer und Verhaltensstörungen

Eine Störung kann zunächst in einer einzigen Lebensdimension entstehen. Gemäss Maurer (2002) kommen Personen mit psychischen Störungen jedoch meist erst nach einer gewissen Zeit in die Therapie, wenn die pathogene Vernetzung mit anderen Lebensdimensionen (Ätiopathogenese) schon fortgeschritten ist. Daher müssen psychische Störungen in der Regel als multifaktoriell verstanden – und therapeutisch angegangen – werden.

Störungen auf der sozialen Lebensdimension sind pathogenetisch besonders häufig. Weitere verbreitete Störungsbilder umfassen den Kontakt zu anderen Menschen, zum Selbst, das die gesamte eigene Person einschliesst, den Kontakt zur Umwelt (Raum als Lebensdimension), zum Zeitmanagement (Zeit als Lebensdimension) und zur spirituell-sinnstiftenden Lebensdimension. Sie können auch zurückgehen bzw. mitbedingt sein durch genetische, physiologische, hirneurologische Fakten und defizitäre dermal-taktile und motorische Körperstimulation (körperliche Lebensdimension) sowie psychische Prozesse (psychische Lebensdimension). Auch ein längerfristiges Ungleichgewicht in den Lebensdimensionen kann zu Defiziten und Störungen führen.

Je nach Vorgeschichte sind Menschen diesbezüglich anfälliger oder, dank protektiver Faktoren, resistenter. In der psychotherapeutischen Praxis ist man selten mit Einzeldiagnosen, sondern sehr viel häufiger mit Komorbiditäten konfrontiert. Gerade im Bereich der somatoformen Störungen treten häufig auch Depressionen, Ängste/ Zwänge, posttraumatische Belastungsstörungen, Ess-Störungen, dissoziative und Persönlichkeitsstörungen auf. Das Vorhandensein von mehreren körperlichen und psychischen Störungen geht häufig mit stärkerer Symptom-schwere, höherem Chronifizierungsrisiko, höherer funktioneller Beeinträchtigung und einem erhöhten Suizidrisiko einher und führt zu schlechteren Behandlungsergebnissen, verschlechtert die Prognose und beeinflusst damit die Lebensqualität massgeblich.

Aufgrund dieser hohen Komplexität in der psychotherapeutischen Praxis ist ein ganzheitlicher Therapieansatz angezeigt. Die Therapie komplexer Störungsmuster erfordert häufig eine multimodale bzw. multidimensionale Strategie, beispielsweise eine Veränderung von Denkmustern (psychische Lebensdimension), der Körperwahr-

nehmung (körperliche Lebensdimension), von sinnstiftenden Annahmen (spirituell-sinnstiftende Lebensdimension), von maladaptiven Beziehungsmustern (soziale Lebensdimension), des Lebensraumes (Raum als Lebensdimension) und/oder des Zeitmanagements (Zeit als Lebensdimension). Gerade auch aus ökonomischen Überlegungen werden meist mehrere Lebensdimensionen in die Therapie involviert, im Sinne von so viel wie nötig, für eine möglichst rasche Besserung bzw. Heilung.

4 Weitere wissenschaftliche Studien zur KZPT IKP

Zur Gestalttherapie gibt es neben zahlreichen Kurzübersichten (u.a. Pauls, 2016; Kriz, 2014) und Lehrbüchern (u.a. Hartmann-Kottek, 2012; Perls, Hefferline & Goodman, 2006) mittlerweile eine grosse Anzahl von Einzelstudien (u.a. Rosner, Beutler & Daldrup, 2000; Paivio & Greenberg, 1995; Clance et al., 1994; Lobb, 1992; Greenberg, 1983), Überblicksarbeiten (u.a. Hartmann-Kottek, 2014) und Meta-Analysen (u.a. Bretz, Heekerens & Schmitz, 1994). Gemäss Pauls (2016) ist die Wirksamkeit der Gestalttherapie hinreichend belegt, u.a. bei Abhängigkeitserkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, Depression, Phobien, Traumata (Posttraumatische Belastungsstörung), Essstörungen, Beziehungsproblemen sowie in der präventiven psychosozialen Gesundheitsvorsorge (Prävention). Auch für einzelne Techniken, die ursprünglich von der Gestalttherapie stammen, gibt es positive Befunde: „However, recent empirical research suggests that the 2-chair technique is superior to other therapeutic interventions for conflict splits, decisional conflict, marital conflict, and unfinished business and that the 2-chair technique is as effective as Rogerian and cognitive-behavioral therapies.“ (Wagner-Moore, 2004, S. 180). Weitere Wirksamkeitsbelege existieren separat für die Körperpsychotherapien (u.a. Röhrich, Papadopoulos & Priebe, 2013; Röhrich, Papadopoulos, Holden, Clarke & Priebe, 2011; Loew, Tritt, Lahmann & Röhrich, 2006; Koemeda-Lutz et al., 2003), sowie humanistisch-experientelle (erfahrungsorientierte, inkl. Gestalt- und körperorientierte) Psychotherapien (u.a. Elliott et al., 2013).

Die wissenschaftliche Anbindung und Begleitung der KZPT IKP war von Beginn weg ein grosses Anliegen. Mehrere Studien zur KZPT IKP wurden seit den 70er-Jahren durchgeführt und die Forschungszusammenarbeit mit Universitätskliniken hält bis heute an. Die allerersten Studien wurden von Dr. med. Maurer (bereits damals Spezialärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, FMH) im Rahmen ihrer Tätigkeit als Oberärztin und Chefarztstellvertreterin in mehreren Psychiatrischen Kliniken selbst vorgenommen und publiziert. Diese ersten Studien haben sich mit dem Einbezug des Körpers und körperlicher Interventionen in den Psychotherapiealltag beschäftigt und wurden an unterschiedlichen klinischen Störungsbildern angewendet und empirisch bestätigt, u.a. Maurer (1975: Gruppentherapie mit Schizophrenen. Zur Einführung und Begründung der Körperzentrierten Gruppenpsychotherapie), Maurer (1976b: Neurotiker phobischer und unspezifischer Symptomatik im Vergleich) etc. Es folgten die ersten Übersichtsarbeiten und Buchbeiträge zur KZPT IKP, u.a. Maurer (1979: Physikalische Therapie in der Psychiatrie. Physio- und Bewegungstherapie: ein Weg zur psychischen Gesundheit), Maurer (1983: Indikationen und Methoden physikalischer Therapie bei Depressiven), Maurer (1985: Was ist Körperzentrierte Psychotherapie?), Maurer (1994: Physikalische Therapie und Körperarbeit in Psychiatrie und Psychotherapie), Maurer (1996: Körperzentrierte Psychotherapie IKP: Ganzheits-Psychotherapie) etc., sowie Ausbildungsliteratur mit mehreren überarbeiteten Neuauflagen wie beispielsweise Maurer (1986; 1993; 2002: Körperzentrierte Psychotherapie IKP. Ganzheitlich orientierte Behandlungskonzepte und Therapiebeispiele) oder Maurer (1999; 2006: Der ganzheitliche Ansatz in der Psychotherapie) etc. In der neueren Zeit begannen immer mehr ehemalige IKP-Absolventinnen und Absolventen mit ihrer eigenen Forschungs- und Publikationstätigkeit, wie z.B. Künzler (2006: Ressourcen und Körperzentrierte Psychotherapie), Grubenmann, E. (2010: Vom

Gestaltansatz zu Körperzentrierter Psychotherapie) etc. Die KZPT IKP und ihr Ansatz ist zurzeit wohl am besten dokumentiert im Herausgeberband von Künzler, Böttcher, Hartmann und Nussbaum (2010: Körperzentrierte Psychotherapie im Dialog. Grundlagen, Anwendungen, Integration). Und gerade auch in diesem Herausgeberwerk wird die Wichtigkeit von Wirksamkeitsstudien betont (u.a. Hausmann, 2010).

Im Folgenden sollen zwei Forschungsprojekte neueren Datums speziell hervorgehoben werden: Eine kontrollierte Vergleichsstudie zum Wirksamkeitsnachweis der KZPT IKP und eine zurzeit laufende Depressionsstudie in Kooperation mit der Psychiatrischen Universitätsklinik (Zürich-Depressions-Studie).

Ein wichtiger Wirksamkeitsnachweis wurde mit der randomisierten und kontrollierten Studie von Maurer-Groeli, Hausmann und Massenbach (2005) geliefert, welche folgende Fragestellungen beinhaltete:

1. Welche Besserung wird unter naturalistischen Praxisbedingungen in welcher Zeit erzielt?,
2. Sind die Ergebnisse auch aus katamnestischer Sicht stabil?, und
3. Wie sind die Ergebnisse im Vergleich zu publizierten Untersuchungen mit ähnlichen Forschungsdesigns anderer Psychotherapieansätze?

Insgesamt 33 Patientinnen und Patienten wurden zufällig von einer von sechs Therapeutinnen oder einem Therapeuten behandelt. Anhand des ICD-10 wurden 15 Personen mit depressiven Episoden, 10 mit Angstsymptomatik, 6 mit somatoformen Störungen und 2 mit Suchtproblematik diagnostiziert und zu drei Messzeitpunkten (1., 10., 20. Therapiestunde) mit dem SCL-90-R befragt; die Katamnese erfolgte nach einem halben bis 2 Jahre nach Therapieende. Die Reduktion der Symptombelastung war eindrucklich und zeigte schon nach 10 Stunden signifikante Effekte auf allen Symptomwerten. Maurer-Groeli et al. (2005) argumentieren, dass sich die Klientinnen und Klienten in mehreren Bereichen gleichzeitig verbessern, ein möglicher Hinweis auf die Arbeit mit und der Wirkung des Würfelmodells der Lebensdimensionen (vgl. Kapitel 3.1). 88% der Klientinnen und Klienten konnten nach durchschnittlich 42 Therapiestunden regulär entlassen werden und 33% bereits innerhalb von 20 Stunden. Die grösser angelegte EWAK-Studie (Koemeda-Lutz et al., 2003), welche wie die IKP-Studie die Wirksamkeit von ambulanter Körperpsychotherapie untersuchte, kam zu vergleichbaren Ergebnissen und stützt indirekt die KZPT IKP, zumal die Institutsangehörigkeit der verschiedenen beteiligten Institute keinen signifikanten Effekt auf die Therapieverläufe hatte.

Zurzeit läuft eine Studie in Kooperation mit der Psychiatrischen Universitätsklinik mit dem Titel „Neuronale Korrelate von Veränderungen des Beziehungserlebens im Verlauf psychodynamischer Psychotherapie bei depressiv Erkrankten: eine fMRI-Studie“. Der Hauptverantwortliche dieser Zürich-Depressions-Studie (Prof. Böker, PUK, Zürich) hatte das IKP 2011 angefragt und um eine Teilnahme an der Studie gebeten. Per Ende 2015 waren rund ein Drittel der Studienteilnehmerinnen aus dem Psychiatrisch-Psychotherapeutischen Ambulatorium IKP rekrutiert worden. Gerade die Kombination von Psychotherapieforschung (Therapievergleich) mit Korrelaten aus der Hirnforschung (fMRI) im Therapieverlauf lassen interessante Ergebnisse erwarten. Studiendetails können aufgrund der Klassifikation der Studie (vertraulich) an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt werden.

Zur Fragestellung der Wirksamkeit haben sich kürzlich mehrere Autoren speziell in Bezug auf die KZPT IKP Gedanken gemacht, z.B. Gassmann (2010: Allgemeine Wirkfaktoren und körperorientiertes Vorgehen) oder Hausmann (2010: Zum Wirksamkeitsnachweis Körperzentrierter Psychotherapie). Hausmann (2010) bietet beispielsweise ein Manual zur Durchführung weiterer IKP-Studien, indem er wichtige Fragen und Überlegungen zur Planung und Durchführung aufgreift, sowie konkrete Lösungsansätze für die Forschung im Praxisalltag anbietet.

Die Psychotherapieforschung selbst ist einem steten Wandel ausgesetzt. Nach einer ersten klassischen Phase mit intraindividuellen Vorher-Nachher-Vergleichen und dem Beginn der systematischen Wirksamkeitsforschung, über eine methodenvergleichende Phase, sind zurzeit wieder differenziertere Studien gefordert: Was wirkt bei wem wann wie? (Pfammatter, Junghan & Tschacher, 2012). Diesem und zukünftigen Trends kann sich die IKP-Institution erfolgreich stellen, wenn sie weiterhin aktiv die Zusammenarbeit mit universitären klinischen Zentren sucht und aufrecht hält.

Zur Wirksamkeit der KZPT IKP kann zurzeit folgendes Fazit gezogen werden: Die KZPT IKP hat in einer ersten Studie ihre generelle Wirksamkeit aufzeigen können und Vorteile gerade hinsichtlich von beeindruckenden Kurzeffekten und nachhaltiger Symptomreduktion zeigen können (was einen substantiellen Vorteil im Rahmen der Kostendiskussion im Gesundheitswesen darstellt). Weitere Studien (u.a. zu spezifischen Störungsbildern) sind aktuell am Laufen.

5 Kurzer Ausblick

Der Weiterbildungsgang KZPT IKP wird seit über 30 Jahren gelehrt und praktisch angewendet. Die Vertreterinnen und Absolventinnen und Absolventen des Instituts sind bestrebt, die KZPT IKP auf dem laufenden Forschungsstand zu halten und wichtige neue Trends aufzunehmen.

Gerade im wissenschaftlichen und praxisorientierten Alltag ist es wichtig, den eigenen Ansatz immer wieder einer kritischen Reflexion zu unterziehen (z.B. Maurer, 2010b: Überwiegende Risiken oder Vorteile bei Körperzentrierter Psychotherapie). Im Weiteren ist es auch wichtig, im Auge zu behalten, wie und wohin sich ein Psychotherapieansatz weiterentwickeln kann. Für die KZPT IKP bietet die Hirnforschung interessante Perspektiven, da ja eine stetige Wechselwirkung zwischen Wahrnehmung, Denken, Fühlen, Erinnern und Handeln stattfindet, also Kernthemen im Psychotherapeutischen Setting. Die KZPT IKP hat früh versucht, die Erkenntnisse der Neuroforschung in ihren Ansatz mit einzubeziehen (z.B. aufgenommen in Maurer (Hrsg.), 1998/2009: Grundlegende Theorien und Aspekte, mit Beiträgen der bekannten Hirnforscherinnen Prof. Marie-Claude Hepp-Reymond oder Prof. Martha Koukkou-Lehmann).

Neuere Beiträge von IKP-Absolventinnen und Absolventen zeigen ebenfalls auf, inwiefern eine interdisziplinäre und integrative Sichtweise in der Psychotherapie wichtig sein kann (u.a. Künzler, 2010: Neurokörperpsychotherapie; Grubenmann E., 2010: Vom Gestaltansatz zu Körperzentrierter Psychotherapie; Arbeit, 2010: Vom linearen Ansatz zur systemisch-ganzheitlichen Körperzentrierten Psychotherapie; Grubenmann D., 2010: Idiolektisch-ganzheitliche Gesprächsführung in Körperzentrierter Psychotherapie; oder Falck, 2010: Achtsamkeit als Basis der Körperzentrierten Psychotherapie). Mit dem gleichen Ziel werden IKP-externe universitäre und universitätsnahe Personen in den wissenschaftlichen Dialog mit dem IKP eingebunden (u.a. Tschacher & Storch, 2010: Embodiment und Körperpsychotherapie; Ditzen und Gaab, 2010: Psychobiologie: Die Interaktion zwischen Psyche und Soma); Gassmann, 2010: Allgemeine Wirkfaktoren und körperorientiertes Vorgehen; Sulz, 2010: Verhaltenstherapie mit Leib und Seele; oder Hüther, 2010: Neurobiologie: Umdenken, umfühlen oder umhandeln). Die Beteiligung des IKP an der Zürich-Depressions-Studie ist deshalb ein konsequenter Schritt.

6 Literaturverzeichnis

- Arheit, V. (2010). Vom linearen Ansatz zur systemisch-ganzheitlichen Körperzentrierten Psychotherapie. In A. Künzler, C. Böttcher, R. Hartmann & M.-H. Nussbaum (Hrsg.), *Körperzentrierte Psychotherapie im Dialog* (S. 31-43). Heidelberg: Springer.
- Bertalanffy, L. von (1968). *General system theory*. New York: Braziller.
- Beutler, L.E., & Clarkin, J.F. (1990). *Systematic Treatment Selection: Toward targeted therapeutic interventions*. New York: Brunner/Mazel.
- Bongers, D., & Schulthess, P. (2005). Gestalttherapie. In D. Bongers, A. Leuenberger, P. Schulthess & U. Strümpfel (Hrsg.), *Gestalttherapie und Integrative Therapie* (S. 13-50). Bergisch-Gladbach: EHP.
- Bretz, H.J., Heekerens, H.P., & Schmitz, B. (1994). A meta-analysis of the effectiveness of gestalt therapy. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 42(3), 241-260.
- Caspar, F., Rothenfluh, T., & Segal, Z. (1992). The appeal of connectionism for clinical psychology. *Clinical Psychology Review*, 12, 719-762.
- Clance P.R., Thompson, M.B., Simerly, D.E., et al. (1994). The effects of the Gestalt approach on body image. *Gestalt Journal*, 17, 95-114.
- Ditzen, B., & Gaab, J. (2010). Psychobiologie: Die Interaktion zwischen Psyche und Soma. In A. Künzler, C. Böttcher, R. Hartmann & M.-H. Nussbaum (Hrsg.), *Körperzentrierte Psychotherapie im Dialog* (S. 137-149). Heidelberg: Springer.
- Elliott, R., Watson, J., Greenberg, L.S., Timulak, L., & Freire, E. (2013). Research on humanistic-experiential psychotherapies. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed.) (pp. 495-538). New York: Wiley.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model; a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Falck, S. (2010). Achtsamkeit als Basis der Körperzentrierten Psychotherapie. In A. Künzler, C. Böttcher, R. Hartmann & M.-H. Nussbaum (Hrsg.), *Körperzentrierte Psychotherapie im Dialog* (S. 67-76). Heidelberg: Springer.
- Freud, S. (1920/1989). *Jenseits des Lustprinzips*. G. W. Bd. 13. (S. 1-69). Frankfurt: Fischer.
- Gassmann, D. (2010). Allgemeine Wirkfaktoren und körperorientiertes Vorgehen. In A. Künzler, C. Böttcher, R. Hartmann & M.-H. Nussbaum (Hrsg.), *Körperzentrierte Psychotherapie im Dialog* (S. 335-347). Heidelberg: Springer.
- Gassmann, D., & Grawe, K. (2006). General change mechanisms: the relation between problem activation and resource activation in successful and unsuccessful therapeutic interactions. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13, 1-11.
- Gottwald, K. (2005). Bewusstseinszentrierte Körperpsychotherapie – angewandte Neurobiologie? In S.K.D. Sulz, L. Schrenker & C. Schricker (Hrsg.), *Die Psychotherapie entdeckt den Körper* (S. 105-198). München: CIP.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. 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* (S. 189-224). Tübingen: DGVT.
- Greenberg, L.S. (1983). Toward a task analysis of conflict resolution in gestalt therapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 190-201.
- Greenberg, L.S. (2006). *Emotionsfokussierte Therapie: Lernen, mit eigenen Gefühlen umzugehen*. Tübingen: DGVT. Grubenmann, D. (2010). Idiolektisch-ganzheitliche Gesprächsführung in Körperzentrierter Psychotherapie. In A. Künzler, C. Böttcher, R. Hartmann & M.-H. Nussbaum (Hrsg.), *Körperzentrierte Psychotherapie im Dialog* (S. 45-56). Heidelberg: Springer.
- Grubenmann, E. (2010). Vom Gestaltansatz zur Körperzentrierter Psychotherapie. In A. Künzler, C. Böttcher, R. Hartmann & M.-H. Nussbaum (Hrsg.), *Körperzentrierte Psychotherapie im Dialog* (S. 17-29). Heidelberg: Springer.
- Hartmann-Kottek, L. (2012). *Gestalttherapie: Lehrbuch* (3. Auflage). Berlin: Springer.

- Hartmann-Kottek, L. (Hrsg.) (2014). *Gestalttherapie – Faszination und Wirksamkeit: Eine Bestandesaufnahme (Therapie & Beratung)*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Hausmann, D. (2010). Zum Wirksamkeitsnachweis Körperzentrierter Psychotherapie. In A. Künzler, C. Böttcher, R. Hartmann & M.-H. Nussbaum (Hrsg.), *Körperzentrierte Psychotherapie im Dialog* (S. 89-101). Heidelberg: Springer.
- Hüther, G. (2010). Neurobiologie: umdenken, umfühlen oder umbehandeln? In A. Künzler, C. Böttcher, R. Hartmann & M.-H. Nussbaum (Hrsg.), *Körperzentrierte Psychotherapie im Dialog* (S. 115-119). Heidelberg: Springer.
- Koemeda-Lutz, M., Kaschke, M., Revenstorf, D., Scherrmann, T., Weiss, H., & Soeder, U. (2003). Zwischenergebnisse zur Wirksamkeit von ambulanten Körperpsychotherapien: Eine Multicenter-Studie in Deutschland und der Schweiz. *Psychotherapie Forum*, 11, 70-79.
- Kriz, J. (2014). *Grundkonzepte der Psychotherapie. Eine Einführung* (7. Auflage). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Künzler, A. (2006). Ressourcen und Körperzentrierte Psychotherapie. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 11, 165-70.
- Künzler, A. (2010). Neurokörperpsychotherapie? In A. Künzler, C. Böttcher, R. Hartmann & M.-H. Nussbaum (Hrsg.), *Körperzentrierte Psychotherapie im Dialog* (S. 121-136). Heidelberg: Springer.
- Künzler, A., Böttcher, C., Hartmann, R., & Nussbaum, M.-H. (Hrsg.) (2010): *Körperzentrierte Psychotherapie im Dialog. Grundlagen, Anwendungen, Integration*. Heidelberg: Springer.
- Künzler, A. (2013). Körperpsychotherapie – Eine wissenschaftlich fundierte Methode. *körper-tanz-bewegung*, 1, 8-12.
- Lambert, M. J. (Ed.) (2004). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Lewin, K. (1952). *Field theory in social science*. London: Tavistock.
- Lobb, M.A. (1992). Childbirth as re-birth of the mother. *The Gestalt Journal*, XV, 7-38.
- Loew, T.H., Tritt, K., Lahmann, C., & Röhrich, F. (2006). Body psychotherapy – scientifically proved? An overview of empirically evaluated body oriented psychological therapies. *PDP-Psychodynamische Psychotherapie*, 5(1), 6-19.
- Maslow, A. (1977). *Motivation und Persönlichkeit*. Olten: Walter.
- Maturana, H.R., & Varela, F.J. (1980). *Autopoiesis and cognition: The realization of the living*. Boston: Reidel.
- Maurer, Y. (1975). Gruppentherapie mit Schizophrenen. Zur Einführung und Begründung der Körperzentrierten Gruppenpsychotherapie mit schizophrenen Kranken. *Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 117, 309-324.
- Maurer, Y. (1976a). Körperzentrierte Gruppenpsychotherapie bei akut schizophren Erkrankten. Eine Untersuchung mittels Ich-Funktion Rating nach Bellak et al. *Arch. Psychiatr. Nervenkr.*, 221, 259-271.
- Maurer, Y. (1976b). Neurotiker phobischer und unspezifischer Symptomatik im Vergleich (eine Untersuchung mittels MMPI). *Schweizerische Zeitschrift für Psychologie und ihre Anwendungen*, 35, 129-138.
- Maurer, Y. (1979). *Physikalische Therapie in der Psychiatrie. Physio- und Bewegungstherapie: ein Weg zur psychischen Gesundheit*. Bern: Huber.
- Maurer, Y. (1983). Indikationen und Methoden physikalischer Therapie bei Depressiven. In V. Faust (Hrsg.), *Depressionen*. Stuttgart: Hippokrates.
- Maurer, Y. (1985). Was ist Körperzentrierte Psychotherapie? *Schweizerische Ärztezeitung*, 66, 1527-1529.
- Maurer, Y. (1986). Körperzentrierte Psychotherapie IKP. Ganzheitlich orientierte Behandlungskonzepte und Therapiebeispiele. Stuttgart: Hippokrates.
- Maurer, Y. (1993a). Körperzentrierte Psychotherapie IKP. Ganzheitlich orientierte Behandlungskonzepte und Therapiebeispiele (2. Auflage). Stuttgart: Hippokrates.
- Maurer, Y. (1993b). *Zu innerer Kraft und Energie durch Körperzentrierte Psychotherapie IKP*. Oldenburg: Transform.
- Maurer, Y. (1994). *Physikalische Therapie und Körperarbeit in Psychiatrie und Psychotherapie*. In V. Faust (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychiatrie*. Stuttgart: Fischer.
- Maurer, Y. (1996). Körperzentrierte Psychotherapie IKP: Ganzheits-Psychotherapie. In W. Pödingler (Hrsg.), *Ganzheitliche Psychiatrie. Therapeutische Umschau*, 53, 217-224.

- Maurer, Y. (1998a). Die Bedeutung des Anthropologischen Würfelmodells für Veränderungsprozesse (zur Methode des aktiven Shiftens). In Y. Maurer (Hrsg.), *Körperzentrierte Psychotherapie IKP. Grundlegende Theorien und Aspekte* (S. 101-122). Zürich: IKP-Verlag.
- Maurer, Y. (Hrsg.) (1998b). *Grundlegende Theorien und Aspekte*. Zürich: IKP-Verlag. Maurer, Y. (1999). *Der ganzheitliche Ansatz in der Psychotherapie*. Wien: Springer.
- Maurer, Y. (2002). *Körperzentrierte Psychotherapie IKP. Ganzheitlich orientierte Behandlungskonzepte und Therapiebeispiele* (3. Auflage). Zürich: IKP-Verlag.
- Maurer, Y. (2004). *Zu innerer Kraft und Energie durch Körperzentrierte Psychotherapie* (2. Auflage). Zürich: IKP-Verlag.
- Maurer, Y. (2006). *Der ganzheitliche Ansatz in der Psychotherapie* (2. Auflage). Wien: Springer.
- Maurer, Y. (2009). Die Bedeutung des Anthropologischen Würfelmodells für Veränderungsprozesse (zur Methode des aktiven Shiftens). In Y. Maurer (Hrsg.), *Körperzentrierte Psychotherapie IKP. Grundlagen und neurowissenschaftliche Aspekte* (2. Auflage) (S. 101-122). Zürich: IKP-Verlag.
- Maurer, Y. (2010a). Die spirituelle Lebensdimension als Ressource in der Körperzentrierten Psychotherapie. In A. Künzler, C. Böttcher, R. Hartmann & M.-H. Nussbaum (Hrsg.), *Körperzentrierte Psychotherapie im Dialog* (S. 57-65). Heidelberg: Springer.
- Maurer, Y. (2010b). Überwiegen Risiken oder Vorteile bei Körperzentrierter Psychotherapie? In A. Künzler, C. Böttcher, R. Hartmann & M.-H. Nussbaum (Hrsg.), *Körperzentrierte Psychotherapie im Dialog* (S. 103-112). Heidelberg: Springer.
- Maurer, Y. (2010c). Von der Psychotherapie zur Körperzentrierten Psychotherapie. In A. Künzler, C. Böttcher, R. Hartmann & M.-H. Nussbaum (Hrsg.), *Körperzentrierte Psychotherapie im Dialog* (S. 3-15). Heidelberg: Springer.
- Maurer-Groeli, Y., Hausmann, D., & Massenbach, K. von (2005). Massnahmen zur Überprüfung der Wirksamkeit der Körperzentrierten Psychotherapie IKP. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 156, 257-265.
- Nicolis, G., & Prigogine, I. (1977). *Self-organization in nonequilibrium systems. From dissipative structures to order through fluctuations*. New York: Wiley.
- 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* (pp. 270-376). New York: Wiley.
- Paivio, S.C., & Greenberg, L.S. (1995). Resolving „unfinished business“: efficacy of experiential therapy using empty-chair dialogue. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 63, 419-425.
- Pauls, H. (2016). Gestalttherapie (Box). In F. Petermann, G. Gründer, M.A. Wirtz & J. Strohmmer (Hrsg.), *Dorsch – Lexikon der Psychotherapie und Psychopharmakologie* (S. 351-353). Bern: Hogrefe.
- Pfammatter, M., Junghan, U.M., & Tschacher, W. (2012). Allgemeine Wirkfaktoren der Psychotherapie: Konzepte, Widersprüche und eine Synthese. *Psychotherapie*, 17, 17-31.
- Perls, F.S. (1976). *Grundlagen der Gestalttherapie*. München: Pfeiffer.
- Perls, F.S., Hefferline, R.E., & Goodman, P. (1987). *Gestalt-Therapie. Wiederbelebung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Perls, F.S., Hefferline, R.F., & Goodman, P. (2006). *Gestalttherapie. Grundlagen der Lebensfreude und Persönlichkeitsentfaltung* (7. Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Petzold, H.G. (1993). *Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulübergreifende Psychotherapie* (Vols. 1-3). Paderborn: Junfermann.
- Quekelberghe, R. van (1979). *Systematik der Psychotherapie. Vergleich und kognitiv-psychologische Grundlegung psychologischer Therapien*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Regli, D., Bieber, K., Mathier, F., & Grawe, K. (2000). Beziehungsgestaltung und Aktivierung von Ressourcen in der Anfangsphase von Therapien. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 21, 399-420.
- Rogers, C.R. (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science* (Vol. 3, S. 184-256). New York: McGraw-Hill.
- Röhricht, F., Papadopoulos, N., Holden, S., Clarke, T., & Priebe, S. (2011). Therapeutic processes and clinical outcomes of body psychotherapy in chronic schizophrenia – An open clinical trial. *The Arts in Psychotherapy*, 38(3), 196-203.

- Röhricht, F., Papadopoulos, N., & Priebe, S. (2013). An exploratory randomized controlled trial of body psychotherapy for patients with chronic depression. *Journal of affective disorders*, 151(1), 85-91.
- Rosner, R., Beutler, L.E., & Daldrup, R.J. (2000). Vicarious emotional experience and emotional expression in group psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 1-10.
- Schär, M., Flückiger, C., & Grosse Holtforth, M. (2012). Ressourcenorientierte Psychotherapie. In C. Steinebach, D. Jungo, R. Zihlmann (Hrsg.): *Positive Psychologie in der Praxis* (S. 129-137). Weinheim: Beltz.
- Schulthess, P., & Grillmeier-Rehder, U. (2002). Institut für Integrative Gestalttherapie Würzburg (IGW). *Psychotherapie Forum*, 10, 94-95.
- Smith, E., & Grawe, K. (2003). Die funktionale Rolle von Ressourcenaktivierung für Psychotherapie. In H. Schemmel & J. Schaller (Hrsg.), *Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit*. Tübingen: DGVT.
- Smith, E., Regli, D., & Grawe, K. (1999). Wenn Therapie weh tut: Wie können Therapeuten zu fruchtbaren Problemaktualisierungen beitragen? *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, 31, 227-251.
- Sulz, S.K.D. (2010). Verhaltenstherapie mit Leib und Seele. In A. Künzler, C. Böttcher, R. Hartmann & M.-H. Nussbaum (Hrsg.), *Körperzentrierte Psychotherapie im Dialog* (S. 321-333). Heidelberg: Springer.
- Tschacher, W., & Storch, M. (2010). Embodiment und Körperpsychotherapie. In A. Künzler, C. Böttcher, R. Hartmann & M.-H. Nussbaum (Hrsg.), *Körperzentrierte Psychotherapie im Dialog* (S. 161-175). Heidelberg: Springer.
- Wagner-Moore, L.E. (2004). Gestalt Therapy: Past, present, theory, and research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41 (2), 180-189.
- Willutzki, U. (2000). Ressourcenorientierung in der Psychotherapie - eine „neue“ Perspektive? In M. Hermer (Hrsg.), *Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21. Jahrhunderts* (S. 193-212). Tübingen: DGVT.
- Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M.E. (2008). *Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch*. Paderborn: Junfermann.

IKP in Zürich:

IKP Institut für Körperzentrierte Psychotherapie, Kanzleistrasse 17, 8004 Zürich
Telefon 044 242 29 30
Telefax 044 242 72 52

IKP in Bern:

IKP Institut für Körperzentrierte Psychotherapie, Stadtbachstrasse 42a, 3012 Bern
Telefon 031 305 62 66
Telefax 044 242 72 52

info@ikp-therapien.com

www.ikp-therapien.com

www.psychotherapie-ikp.com

ISBN: 978-3-906472-11-9

IKP Institut für Körperzentrierte Psychotherapie

IKP Dr. Yvonne Maurer AG

