

Unterlagen zur Lehrveranstaltung
„Einführung in die Problemgeschichte und Entwicklung der
psychotherapeutischen Schulen:
Überblick über Schulen und Methoden“

A.1.a.

23.09.2011 – 25.09.2011

im Rahmen des

Psychotherapeutischen Propädeutikums

der

Arbeitsgemeinschaft Personzentrierte Psychotherapie,
Gesprächsführung und Supervision (APG)

Leitung: Dr. Robert Waldl

Inhaltsverzeichnis

1. Überblick

Definition von Psychotherapie	2
Charakterisierung psychotherapeutischer Ansätze nach verschiedenen Gesichtspunkten	2
Literaturliste (psychotherapieschulen- und –methodenübergreifend)	3
Elemente wissenschaftlicher Psychotherapie (aus Stumm & Wirth, 1994)	5
Stammbaum der Psychotherapie und ihrer Schulen (aus Stumm & Wirth, 1994)	6
Genealogie wichtiger Persönlichkeiten in der Psychotherapie	7
Vergleich der wichtigsten Paradigmen in der Psychotherapie	8
Staatlich anerkannte psychotherapeutische Methoden in Österreich	9
Anerkannte psychotherapeutische Fachausbildungen in Österreich	10

2. Einzelne psychotherapeutische Ansätze

(ausgehend davon, dass hier nicht genannte Ansätze in anderen Lehrveranstaltungen abgedeckt werden)

Katathym Imaginative Psychotherapie	14
Transaktionsanalyse	15
Hypnosepsychotherapie	18
Autogene Psychotherapie	20
Psychodrama	21
Gestalttherapie	23
Daseinsanalyse	26
Existenzanalyse und Logotherapie	29
Verhaltenstherapie	32
Integrative Therapie	36

Anhang

Vergleich verschiedener Ansätze in der Psychotherapie (Fallbeispiel aus Jäggi, 1997)

Fallbeispiele Existenzanalyse bzw. Daseinsanalyse

Detailinformationen über psychotherapeutische Fachausbildungen in Österreich

Tabellen zu Kosten, Größenordnung der Ausbildungseinrichtungen und
Verteilung der eingetragenen Psychotherapeuten/innen nach Methoden

Definition von Psychotherapie - Berufsumschreibung

"Die Ausübung der Psychotherapie ist ... die nach einer allgemeinen und besonderen Ausbildung erlernte, umfassende, bewusste und geplante Behandlung von psychosozial oder auch psychosomatisch bedingten Verhaltensstörungen und Leidenszuständen mit wissenschaftlich-psychotherapeutischen Methoden in einer Interaktion zwischen einem oder mehreren Behandelten und einem oder mehreren Psychotherapeuten mit dem Ziel, bestehende Symptome zu mildern oder zu beseitigen, gestörte Verhaltensweisen und Einstellungen zu ändern und die Reifung, Entwicklung und Gesundheit des Behandelten zu fördern."

Österreichisches Psychotherapiegesetz § 1 (1) (1990)

Charakterisierung psychotherapeutischer Ansätze nach verschiedenen Gesichtspunkten

1. Philosophische Grundlagen

- a) Anthropologische Basis („Menschenbild“; „Natur des Menschen“)
- b) Wissenschaftstheoretische Orientierung

2. Persönlichkeitsmodell und Entwicklungstheorie

3. Krankheitslehre

- a) Krankheitsbegriff
- b) Gesundheitsbegriff
- c) Ätiologiemodell (Annahmen zur Entstehung von psychischen Störungen)

4. Weitere zentrale theoretische Konzepte

5. Therapieziele

6. Praxis (Wege zur Erreichung der Ziele)

- a) Therapietheorie inkl. Beziehungsverständnis und Prozessmodell (spezifische Bedingungen und Faktoren, die gewünschte Effekte bewirken, u. a. auch Methoden, Techniken etc.)
- b) Aufgaben des/der Psychotherapeuten
- c) Aufgaben des Klienten

7. Anwendungsschwerpunkte

8. Persönlicher Kommentar (ggf. zwei Ansätze vergleichend)

9. Verwendete Quellen

Psychotherapieschulen- und -methodenübergreifende Literaturliste

- Barton, A. (1979). Freud, Jung, Rogers: 3 Systeme der Psychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
Greift drei Schulen heraus; sehr gut
- Corsini, R. (Hrsg.) (1987). Handbuch der Psychotherapie. 2 Bände. 2. Aufl. München-Weinheim: PVU.
Sehr voluminös; Darstellung vor allem von wenig bekannten und nie nach Europa gelangten Methoden
- Ertler, W. (1994). Psychotherapie zwischen Anpassung, Heilung und Emanzipation. Wien: Verlag für Gesellschaftskritik.
Kritische und kundige Darstellung vier grundlegender Paradigmen: psychoanalytisches, behavioristisches, humanistisches und systemisches
- Heigl-Evers, A., Heigl, F. & Ott, J. (Hrsg.) (1997). Lehrbuch der Psychotherapie. 3. überarb. Aufl. Stuttgart: Fischer. (dzt. vergriffen)
Ausführliche und kompetente Darstellung psychoanalytischer Konzepte und Methoden sowie verdichtete Beschreibung ausgewählter - vor allem für den medizinischen Bereich relevanter - Ansätze (es fehlen allerdings z.B. Individualpsychologie, Analytische Psychologie, Gestalttherapie, Transaktionsanalyse, existenzielle Ansätze und - mit einer Ausnahme - körperbezogene Verfahren); insgesamt stark am ärztlichen Wirken orientiert
- Hörmann, G. & Textor, M. (Hrsg.) (1998). Praxis der Psychotherapie. Fünf Therapien. Fünf Fallbeispiele. 2. Aufl. D. Klotz: Eschborn.
Enthalten sind fünf fallbezogene Beschreibungen (Psychoanalyse, Individualpsychologie, Gesprächspsychotherapie, Verhaltenstherapie und Gestalttheoretische Psychotherapie) sowie ein abschließender Vergleich
- Jaeggi, E. (1997). Zu heilen die zerstoßenen Herzen. Die Hauptrichtungen der Psychotherapie und ihre Menschenbilder. 2. Aufl. Hamburg Reinbek.
Praxisnaher Querschnitt durch eine Vielfalt von Fragestellungen, jedoch kein Gesamtüberblick über psychotherapeutische Ansätze; allerdings inkl. Fallreflexion aus 5 methodischen Blickwinkeln (Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie, Systemische Therapie)
- Kind, H. (1982). Psychotherapie und Psychotherapeuten. Methoden und Praxis. Stuttgart: Thieme.
Gute und prägnante, allerdings nicht mehr ganz aktuelle Darstellung; Ausbildungsteil nur für die Schweiz relevant
- Klußmann, R. (2000). Psychotherapie: psychoanalytische Entwicklungspsychologie, Neurosenlehre, psychosomatische Grundversorgung, Behandlungsverfahren, Aus- und Weiterbildung. 3. Aufl. Berlin: Springer.
Weitgehend psychoanalytischer Schwerpunkt u. a. mit schematischem Überblick zum Vergleich Trieb-, Ich- und Selbstpsychologie sowie Exkurs zu Erkenntnissen aus der Säuglingsforschung; andere Verfahren werden nur stichwortartig skizziert; ausgerichtet auf die ärztliche bzw. deutsche Situation; Anhang für Österreich wenig brauchbar (Kommentar gilt für zweite Auflage; ob Änderungen in 3. Aufl. mir nicht verfügbar)
- Kraiker, C. & Peter, B. (Hrsg.) (1998). Psychotherapieführer: Wege zur seelischen Gesundheit. 5. vollst. überarb. und aktualisierte Aufl. München: Beck.
sehr brauchbare Übersicht; ohne fachwissenschaftlichen Anspruch im engeren Sinn; grundlegende Informationen zur Orientierung auch für Klienten
- Kriz, J. (2001). Grundkonzepte der Psychotherapie. Eine Einführung. 5. vollst. überarb. Aufl. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
Ausgezeichnete Darstellung grundlegender Begriffe und Konzepte der wichtigsten psychotherapeutischen Ansätze (vor allem humanistischer, verhaltenstherapeutischer und systemischer); guter Überblick
- Petzold, H. (Hrsg.) (1984). Wege zum Menschen. Methoden und Persönlichkeit moderner Psychotherapie. Ein Handbuch. Bd I + II. Paderborn: Junfermann.
Umfassende, detailreiche und einheitliche Darstellung ausgewählter Ansätze der tiefenpsychologischen und humanistischen Richtungen

- Reimer, C., Eckert, J., Hautzinger, M. & Wilke, E. (2000). Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen. 2. überarb. und erweiterte Aufl. Berlin-Heidelberg: Springer.
Auf Deutschland zugeschnittene kompetente Einführung; z. T. auf die jeweils von den Autoren vertretenen Ansätze (tiefenpsychologische Orientierung, Katathym-imaginative Psychotherapie, Klientenzentrierte Psychotherapie, Verhaltenstherapie) abgestimmt; spezieller Teil für bestimmte Anwendungsfelder
- Revenstorf, D. (1993 – 1996). Psychotherapeutische Verfahren. 4 Bände. Stuttgart: Kohlhammer.
Bd I: Tiefenpsychologische Therapie. 2. überarb. und erw. Aufl. 1994
Bd II: Verhaltenstherapie. 3. überarb. und erw. Aufl. 1996
Bd III: Humanistische Therapien. 2. überarb. Aufl. 1993
Bd IV: Gruppen-, Paar- und Familientherapie. 2. überarb. Aufl. 1993
informativ, anspruchsvoll
- Schwertfeger, B. & Koch, K. (1996). Der Therapieführer. Die wichtigsten Formen und Methoden. Ein Leitfaden. Völlig überarb. Neuauflage. München: Heyne. (dzt. vergriffen)
seicht, Adressenteil nur für Deutschland
- Seifert, T. & Waiblinger, A. (Hrsg.) (1986). Therapie und Selbsterfahrung. Einblick in die wichtigsten Methoden. Stuttgart: Kreuz.
gut lesbar, aber wenig tiefgehend
- Senf, W. & Broda, M. (Hrsg.) (2000). Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch: Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, systemische Therapie. 2. neu bearb. und erw. Aufl. Stuttgart: Thieme.
Beinhaltet eine Vielzahl von Beiträgen zu allgemeinen Aspekten, ausgewählten Verfahren und Störungskategorien; mit Bezug zur deutschen Situation; ziemlich teuer
- Slunecko, Th. (Hrsg.) (2009). Psychotherapie. Eine Einführung. Wien: Facultas-WUV/UTB
Auf Österreich abgestimmte Darstellungen von tiefenpsychologischen, humanistischen, systemischen und verhaltenstherapeutischen Ansätzen; recht unterschiedlich im Tiefgang: Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Gestalttherapie, Personzentrierte Psychotherapie und systemische Ansätze weit differenzierter ausgeführt; einige Ansätze (z.B. Transaktionsanalyse, Existenzanalyse, Hypnotherapie) kaum beachtet.
- Strotzka, H. (Hrsg.) (1978). Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen. 2. überarb. und erw. Aufl. Wien: Urban-Schwarzenberg.
einige Beiträge zeugen von sehr kompetentem Einblick; einige Abschnitte ziemlich veraltet
- Strotzka, H. (1982). Psychotherapie und Tiefenpsychologie. Ein Kurzlehrbuch. Wien: Springer.
psychoanalytischer Schwerpunkt; zum Teil äußerst schwungvoll, informativ und lehrreich, zum Teil weniger elaboriert und nicht mehr ganz aktuell; spezieller Teil zur Arbeit mit spezifischen Zielgruppen (Kinder und Jugendliche, sexuelle Probleme, Psychosen, Charakterstörungen, Psychosomatik, alte Menschen und Sterbende)
- Stumm, G. & Wirth, B. (Hrsg.) (1994). Psychotherapie: Schulen und Methoden. Eine Orientierungshilfe für Theorie und Praxis. 2. überarb. und erw. Aufl. Wien: Falter-Verlag. (dzt. vergriffen)
Österreichspezifische Darstellung, gut gegliedert und umfassend; kompakte Beiträge durch Psychotherapeuten/innen der jeweiligen Schulen
- Zygowski, H. (Hrsg.) (1987). Psychotherapie und Gesellschaft. Therapeutische Schulen in der Kritik. Reinbek: Rowohlt.
Ideologiekritische Stellungnahme zu ausgewählten Ansätzen
- Zeig, J. (Hrsg.) (1991). Psychotherapie: Entwicklungslinien und Geschichte. Tübingen: DGVT.
Nachlese zum Kongress "Evolution of Psychotherapy" 1985 in Phoenix, USA; Beiträge von prominenten Vertretern der Psychotherapie; gliedert sich in Familientherapie, Verhaltens-/Kognitive Therapie, Humanistische/Existenzielle Therapie, Psychoanalyse, Gruppentherapie (inkl. TA, Gestalt und PD) und Ansätze nach Milton Erickson

Vergleich der wichtigsten Paradigmen in der Psychotherapie

	<i>Orientierungen/Ziele</i>	<i>Wirkweisen</i>
Tiefenpsychologisch/ Analytisch orientierte Psychotherapie	einsichtsorientiert konfliktorientiert (Psychodynamik und Beziehungsdynamik) biographisch vergangenheitsorientiert intrapersonal (Selbstreflexion, individuelles bzw. kollektives Ubw) interpersonal	aufdeckend deutend wenig direktiv rekonstruktiv imaginativ (KIP)
Humanistisch orientierte Psychotherapie	erlebnisorientiert entwicklungsorientiert konfliktorientiert gegenwartsorientiert Personal-Interpersonal (Selbstverwirklichung; Ich-Du-Begegnung)	kathartisch selbstexplorierend aktivierend
Existenzielle Psychotherapie	sinn- und wertorientiert zukunftsorientiert personal-existentiell (Freiheit des Geistes angesichts existentieller Fragen)	rational-persuasiv- appellativ dialogisch
Transpersonale Psychotherapie	transpersonal (Bewusstheit der Einheit mit Universum) spirituell, kosmisch	meditativ Atemarbeit
Suggestiv orientierte Psychotherapie	konfliktorientiert ziel-/lösungsorientiert ich-stärkend ressourcenorientiert	aufdeckend-analytisch Trance, Regression stützend direktiv-suggestiv entspannend-übend- meditativ (AT)
Systemische Psychotherapie	lösungsorientiert ressourcenorientiert zukunftsorientiert	anregend-anstiftend verstörend
Verhaltenstherapie	ziel-/problemorientiert verhaltensorientiert technikorientiert	rational-kognitiv übend-lernend

Staatlich anerkannte psychotherapeutische Methoden in Österreich
(in alphabetischer Reihenfolge) (Stand 10/2009)

- 1. Analytische Psychologie (AP)**
- 2. Autogene Psychotherapie (ATP)**
- 3. Daseinsanalyse (DA)**
- 4. Dynamische Gruppenpsychotherapie (DG)**
- 5. Existenzanalyse bzw. Existenzanalyse und Logotherapie (EA / EL)***
- 6. Gestalttheoretische Psychotherapie (GTP)**
- 7. Gruppenpsychoanalyse (GPA)**
- 8. Hypnosepsychotherapie (HY)**
- 9. Individualpsychologie (IP)**
- 10. Integrative Gestalttherapie (IG)**
- 11. Integrative Therapie (IT)**
- 12. Katathym Imaginative Psychotherapie (KIP)**
- 13. Klientenzentrierte bzw. Personenzentrierte Psychotherapie (KP / PP)****
- 14. Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT)**
- 15. Neurolinguistische Psychotherapie (NLPt)*****
- 16. Psychoanalyse (PA)**
- 17. Psychodrama (PD)**
- 18. Systemische Familientherapie (SF)**
- 19. Transaktionsanalytische Psychotherapie (TA)**
- 20. Verhaltenstherapie (VT)**

* „Existenzanalyse“ bzw. „Existenzanalyse und Logotherapie“ werden in der staatlichen Liste als zwei verschiedene Methoden geführt, sind hier aber aus inhaltlichen Gründen zusammen gezogen.

** „Klientenzentrierte Psychotherapie“ und „Personenzentrierte Psychotherapie“ werden in der staatlichen Liste als zwei verschiedene Methoden geführt, sind hier aber aus inhaltlichen Gründen zusammen gezogen.

*** Eintragungen in die Psychotherapeutenliste dzt. gestoppt

**Psychotherapeutisches Fachspezifikum:
Kontaktadressen der anerkannten Ausbildungseinrichtungen**
(Arbeitspapier Stumm; Stand: Dezember 2009/September 2010; Angaben ohne Gewähr)

Analytische Psychologie

1) Österr. Gesellschaft für Analytische Psychologie (ÖGAP) Stand: Sept. 2010
Dr. Rita Skolek-Winnisch, Dr. Gerhard Burda, 1220 Wien, Meißbauerstraße 2A/5/8; Tel:
0676/9314426,
e-Mail: rita.skolek@vu-wien.ac.at; comger@gmx.at www.cgjung.at

2) Salzburger Gesellschaft für Tiefenpsychologie - C.G. Jung-Institut (SGTP) Stand: Sept.
2010
5020 Salzburg, Waagplatz 5; Tel: 0662/874186
e-mail: office@salzjung.at www.salzjung.at

Autogene Psychotherapie

**3) Österr. Ges. für angewandte Tiefenpsychologie und allgemeine Psychotherapie
(ÖGATAP)** Stand: Sept. 2010
1070 Wien, Kaiserstr. 14/13; Tel: 01/5233839
e-mail: office@oegatap.at www.oegatap.at

Daseinsanalyse

**4) Österr. Daseinsanalytisches Institut für Psychotherapie, Psychosomatik und
Grundlagenforschung (ÖDAI)** Stand: Sept. 2010
1090 Wien, Schwarzspanierstr.15/9/1/10; Tel: 01/4073136
e-mail: mail@daseinsanalyse.at www.daseinsanalyse.at

Dynamische Gruppenpsychotherapie

**5) Österr. Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG) -
Fachsektion Gruppendynamik und Dynamische Gruppenpsychotherapie**
1080 Wien, Lenaug. 3; Tel: 01/40539930
e-mail: gruppendynamik@oeagg.at www.gddg.at bzw. www.oeagg.at

Existenzanalyse/Logotherapie und Existenzanalyse

6) Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse (GLE-Ö)
1140 Wien, Einwanggasse 23/11; Tel: 01/8974339
e-mail: gle-oe@existenzanalyse.org www.gle.at

7) Schloss Hofen - Zentrum für Wissenschaft und Weiterbildung Stand: Sept. 2010
6911 Lochau, Hoferstraße 26; Tel: 05574/49300
e-mail: info@schlosshofen.at www.schlosshofen.at

8) Ausbildungsinstitut für Logotherapie und Existenzanalyse (ABILE) Stand: Sept. 2010
4600 Wels, Kaiser-Josef-Platz 52; Tel: 07242/207584 (Mo, Mi und Fr von 8.00 - 14.00 Uhr)
e-mail: abileinstitut@aon.at www.abile.org

Gestalttherapie (Gestalttheoretische Psychotherapie)

9) Österr. Arbeitsgemeinschaft für Gestalttheoretische Psychotherapie (ÖAGP) Stand: Sept. 2010

1180 Schopenhauerstr. 48/6; Tel: 0699/ 81 30 40 99

e-mail: oeagp@gestalttheory.net

www.gestalttheory.net/oeagp

Gestalttherapie (Integrative Gestalttherapie)

10) Österr. Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG) - Fachsektion Integrative Gestalttherapie Stand: Sept. 2010

1030 Wien, Lenaug. 3/8; Tel: 01/7184860

e-mail: gestalttherapie@oeagg.at

www.gestalttherapie.at

11) Institut für Integrative Gestalttherapie Wien (IGWien) Stand: Sept. 2010

1070 Wien, Kaiserstraße 74/11, Tel: 01/4780925

e-mail: igw@igwien.at

www.igwien.at

Gruppenpsychoanalyse

12) Österr. Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG) - Fachsektion Gruppenpsychoanalyse

1080 Wien, Lenaug. 3; Tel: 01/4053993

e-mail: generalsekretariat@oeagg.at

Hypnosepsychotherapie

13) Österr. Ges. für angewandte Tiefenpsychologie und allgemeine Psychotherapie (ÖGATAP) Stand: Sept. 2010

1070 Wien, Kaiserstr. 14/13; Tel: 01/5233839

e-mail: office@oegatap.at

www.oegatap.at

Individualpsychologie

14) Österr. Verein für Individualpsychologie (ÖVIP) Stand: Sept. 2010

1170 Wien, Hernalser Hauptstraße 15/3/11; Tel: 01/4066602

e-mail: info@oevip.at

www.oevip.at

Integrative Therapie

15) Donau-Universität Krems (DUK) - Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie Stand: Sept. 2010

3500 Krems, Dr. Karl Dorrekstraße 30; Tel: 02732/893/2628

e-mail: anton.leitner@donau-uni.ac.at

www.donau-uni.ac.at/psymed/it

Katathym Imaginative Psychotherapie

16) Österr. Ges. für angewandte Tiefenpsychologie und allgemeine Psychotherapie (ÖGATAP) Stand: Sept. 2010

1070 Wien, Kaiserstr. 14/13; Tel: 01/5233839

e-mail: office@oegatap.at

www.oegatap.at

Klientenzentrierte Psychotherapie

17) Österr. Gesellschaft für wissenschaftliche klientenzentrierte Psychotherapie und personorientierte Gesprächsführung (ÖGWG): Stand: Sept. 2010

4020 Linz, Altstadt 13; Tel: 070/784630 (Mo, Mi 9–13 Uhr)

e-mail: oegwg@psychotherapie.at

www.psychotherapie.at/oegwg

Konzentrierte Bewegungstherapie

18) Österr. Arbeitskreis für Konzentrierte Bewegungstherapie (ÖAKBT) Stand: Sept. 2010

5101 Bergheim / Salzburg; Tel: 0664/9118179

e-mail: info@kbt.at

www.kbt.at

Personenzentrierte Psychotherapie

19) Arbeitsgemeinschaft Personzentrierte Psychotherapie, Gesprächsführung und Supervision (APG) Stand: Sept. 2010

1090 Wien, Strudlhofg. 3/2; Tel: 01/3154101; Forum: 01/9667944; IPS: 01/7137796

Sektion Forum: e-mail: ausbildungsleitung@apg-forum.at www.apg-forum.at

Sektion IPS: e-mail: office@ips-online.at www.ips-online.at

20) Vereinigung Rogerianische Psychotherapie (VRP) Stand: Sept. 2010

1091 Wien, Postfach 33; Tel: 01/3195003

e-mail: office@vrp.at

www.vrp.at

Psychoanalyse

21) Arbeitskreis für Psychoanalyse Linz/Graz (APLG) Stand: Sept. 2010

c/o Dr. Klaus Posch (Leiter des APLG), 8042 Graz, Janneckweg 20a; Tel: 0316/5453-8710

e-mail: klaus.posch@fh-joanneum.at

bzw. Dr. Gerhard Zenaty (Leiter des Ausbildungskomitees)

4020 Linz, Baumbachstr. 15/6; Tel: 0732/790033

e-mail: gzenaty@gmx.at

22) Innsbrucker Arbeitskreis für Psychoanalyse (IAP) Stand: Sept. 2010

6020 Innsbruck, Coling. 7; Tel: 0512/582827

e-mail: psychoanalyse.ibk@aon.at

www.psychoanalyse-innsbruck.at

bzw. Psychoanalytisches Seminar Vorarlberg

c/o Dr. Günther Rösler

6900 Bregenz, Reutegasse 70/8

e-mail: psv.psychoanalyse.at

www.psychoanalyse.at

23) Psychoanalytisches Seminar Innsbruck (P.S.I.)

6020 Innsbruck, Anichstr. 40; Tel: 0512/575540

e-mail: office@psi-innsbruck.at

www.psi-innsbruck.at

24) Salzburger Arbeitskreis für Psychoanalyse (SAP) Stand: Sept. 2010

5020 Salzburg Platzl 2/3, Tel: +43 (0)650 422 91 76

Sekretariat: Mag.a Renate Schneidhofer, Tel. erreichbar Mi. 9-10 Uhr

e-mail: s.a.p@gmx.at

www.psychoanalyse-salzburg.com

25) Wiener Arbeitskreis für Psychoanalyse (WAP): Stand: Sept. 2010
1010 Wien, Salzgies 16/3a; Tel: 01/319 35 66
e-mail: psychoanalyse@aon.at www.psychoanalyse.org

26) Wiener Kreis für Psychoanalyse und Selbstpsychologie (WKPS)
c/o Dr. Andrea Harms (Ausbildungsleiterin), 1190 Wien, Obersteinergr. 7/7;
Tel: 0664/1116116
e-mail: office@selbstpsychologie.at www.selbstpsychologie.at

27) Wiener Psychoanalytische Vereinigung (WPV) Stand: Sept. 2010
1010 Wien, Salzgies 16/3; Tel: 01/5330767 (Mo 10-13, Di 15–19, Do 10–13 Uhr)
e-mail: office@wpv.at www.wpv.at

Psychodrama(therapie)

28) Institut für Kommunikation im Berufsleben und Psychotherapie der Leopold-Franzens-Universität Innsbruck
6020 Innsbruck, Schöpfstr. 3; Tel: 0512/507/8681
e-mail: zwiko@uibk.ac.at www2.uibk.ac.at/zwiko

29) Österr. Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG) - Fachsektion Psychodrama
1080 Wien, Lenaug. 3/8; Tel: 01/2559988
e-mail: psychodrama@oeagg.at www.oeagg.at

Systemische (Familien)Therapie

30) Lehranstalt für Systemische Familientherapie der Erzdiözese Wien für Berufstätige (la:sf) Stand: Sept. 2010
1130 Wien, Trauttmansdorffg. 3a; Tel: 01/4786300
e-mail: office@la-sf.at www.la-sf.at

31) Österr. Arbeitsgemeinschaft für Systemische Therapie und Systemische Studien (ÖAS) Stand: Sept. 2010
1010 Wien, Gonzagag. 11/3/19; Tel: 01/2124135 (täglich 8,30-12,30h, zusätzlich Di, Do 14–18 Uhr)
e-mail: office@oeas.at www.oeas.at
für die Grazer Ausbildung: Ingrid Egger, 0676/6361466, ingrid.egger@sonnriegelhof.at
für die Innsbrucker Ausbildung: Dr. Reinhold Bartl, 0664/3805072, office@reinhold-bartl.at
für die Salzburger Ausbildung: Dr. Gerhard Walter, 5020 Salzburg, Bergstraße 22/5/41; Tel: 0662/874710, gwalter@tele2.at

32) Österr. Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG) - Fachsektion Systemische Familientherapie
1080 Wien, Lenaugasse 3; Tel: 01/4053993
e-mail: systemischefamilientherapie@oeagg.at www.oeagg.at

Transaktionsanalytische Psychotherapie

33) Institut für transaktionsanalytische Psychotherapie (ITAP)
Dr. Magdolna Cseh, 9020 Klagenfurt, Steingasse 174; Tel: 0664/4486824
e-mail: office@itap.at www.itap.at

34) Österr. Arbeitskreis für Tiefenpsychologische Transaktionsanalyse (ÖATA) Stand: Sept. 2010

Brigitte Gratz, 4600 Wels, Dr. Groß Straße 3/1; Tel: 0664-73612896

e-mail: oeata@aon.at

www.oeata-transaktionsanalyse.at

35) Wiener Institut für Transaktionsanalyse (WITA) Stand: Sept. 2010

Mag. Amanda Berghold-Straka, 1180 Wien, Ferrogasse 50/9; Tel: 01/4700578

e-mail: a.berghold-straka@speed.at

www.ta-wita.at

Verhaltenstherapie

36) Arbeitsgemeinschaft für Verhaltensmodifikation (AVM) Stand: Sept. 2010

5020 Salzburg, Vierthalerstr. 8/2/8; Tel: 0662/884166 (Mo, Mi 9–12, Di, Do 15–18)

Verein: e-mail: office@verhaltenstherapie-avm.at

www.verhaltenstherapie-avm.at

Institut: e-mail: office@institut-avm.at

www.verhaltenstherapie.at

37) Österr. Gesellschaft für Verhaltenstherapie (ÖGVT) Stand: Sept. 2010

1090 Wien, Kolingasse 11/2/9; Tel: 01/3197022

e-mail: office@oegvt.at

www.oegvt.at

Katathym-Imaginative Psychotherapie (KIP)

Vormals: Katathymes Bilderleben (KB) bzw. Symboldrama; bildhaftes, affektgeladenes Material als primärprozessgeleitetes Erleben (Regression im Dienste des Ich) mit nachfolgender bzw. impliziter Reflexion und Bearbeitung; kata=gemäß, thymos=Seele, Gefühle; Imaginationen im Zwischenbereich von bewussten Reflexionen im Wachzustand und aufsteigenden unbewussten Phantasien

Vorläufer: innere Bilder bei Breuer/Freud (1895); Imaginationen beim Einschlafen (Silberer, 1912); aktive Imagination (eher meditativ) bei Jung (1916); Bildstreifendenken bei Kretschmer (1922); Farben und Bilder in der Oberstufe des Autogenen Training bei J. H. Schultz (1932); Einsatz von Imaginationen zu therapeutischen Zwecken (1932 bei Happich)

Begründer: Hans Carl Leuner (1919-1996): dt. Psychiater; erste Publikationen in den 50er Jahren

Theoretische Grundlagen: auf tiefenpsychologischer Basis (unbewusste und vorbewusste Konflikte, Kompromiss zwischen den Impulsen, Abwehr, Regression, Symbol als Widerspiegelung der psychischen Dynamik bzw. der unbewussten Konstellationen); Arbeit mit Tagträumen; Standardmotive der Grundstufe (schrittweise): Blume, Wiese, Bach, Berg, Haus, Waldrand (immer mit Blick auf emotionale Tönung der Bilder bzw. der begleitenden Empfindungen sowie Ausdruck des Kl. bei der Beschreibung)

Ziele: Bearbeitung und Auflösung der unbewussten pathogenen Psychodynamik; Auffüllen früherer Defizite (Bedürfnisbefriedigung) bzw. korrigierende emotionale Erfahrung; kathartische Effekte; (strukturelle Nach-)Reifung der Persönlichkeit; Förderung der imaginativen Kreativität (Erweiterung der Ich-Grenzen);

Technik und Methodik

- entspannte Körperhaltung im Sitzen oder im Liegen (wird ggf. angeleitet), ev. mit geschlossenen Augen;
- angeregte Imaginationen (Motive); Freiheit des Kl. in bezug auf Entspannungstiefe und Konfliktthema bzw. Ausgestaltung der Bilder und Auslegung (ohne Leistungsanspruch); dialogische Funktion des Th.: Verstehen, Führen, Nachempfinden; Konfrontation mit Symbolen (begleitendes Nachfragen: "Wie sieht das Bild aus? Wie greifen sich die Objekte in diesem Bild an?"; "Was ist intakt?"); Einbeziehung aller Sinnesmodalitäten und -qualitäten (optisch, akustisch, Geruch, Geschmack, taktil);
- (sekundärprozessorientierte) Nachbesprechung (zweite Hälfte der Sitzung): Gespräch über emotionales Erleben und Assoziationen;
- Nacharbeiten (außerhalb der Stunden): z. B. Zeichnen der Bilder

* Grundstufe: kreatives Vorgehen; Entfaltung und Differenzierung; Begleitung, Stützung, Förderung

* Mittel- und Oberstufe: verbale Assoziation; Konfliktbearbeitung, Erkenntnis, Integration

Abfolge: kurzes Vorgespräch am Anfang jeder Stunde (letzte Stunde, Hausübungen, Ereignisse, Nachtträume); Imagination ("Bildern"): ca. 20 - 30 Minuten; Nachbesprechung; ev. "Hausarbeiten".

Transaktionsanalyse

Begründer: Eric Berne (1910 - 1970); in USA tätiger Psychiater; klassisch psychoanalytische Ausbildung;

Grundlegende Kennzeichen: pragmatische, sozialpsychiatrische Orientierung; Ich-Psychologie; einfache ("simplifizierende"), leichtverständliche Sprache, z.B. "Gewinner"; Einfluss des Liberalismus: "Freiheit und Würde"; therapeutischer Optimismus: auch für schwere psychische Störungen; Diagnosen; aufbauend auf Freud (Libido; Strukturmodell) und Adler (optimistisches Menschenbild, soziale Bedürfnisse, Familienkonstellation = Geschwisterposition; Skript = Lebensplan), weiters humanistische (positives Menschenbild: ganzheitlich; allerdings auch "kleiner Faschist" in uns) und lerntheoretische Einflüsse ("frühe Konditionierungen" und "Einschärfungen")

4 Hauptkonzepte

1.) *Strukturanalyse* (Persönlichkeitsmodell, Strukturmodell der Persönlichkeit; Modell der Persönlichkeitsentwicklung bzw. Ätiologiemodell); Vgl. mit Strukturmodell bei Freud (Es, Ich, Über-Ich); Ich-Zustand: "zusammenhängendes System von Gedanken und Gefühlen und Verhaltensweisen"; Ich-Zustände: Kind-Ich, Eltern-Ich, Erwachsenen-Ich

Strukturdiagramm/Funktionsmodell:

Eltern-Ich: verinnerlichte Normen, Werte; fürsorglich/nährend vs. kritisch; entwickelt sich nach dem Kind-Ich (zw. 3 - 6 Jahren)

Erwachsenen-Ich: kognitiv, vernünftig, abstimmend, problemlösend; Realitätsprüfung; entwickelt sich zuletzt (zw. 6 - 12 Jahren)

Kindheits-Ich: spontan, unkontrolliert, kreativ = freies Kind vs. "angepasstes" Kind;

Entwicklung: zunächst das "somatische K-Ich, später das Er-Ich = kleiner Professor, sodann El-Ich ("Elektrode"); entwickelt sich in den ersten 3 Jahren

Frühe TA, an die sich die tiefenpsychologisch orientierte Transaktionsanalyse anlehnt:

Kindheits-Ich = Archäopsyche, Eltern-Ich = Exteropsyche, Erwachsenen-Ich = Neo-Psyche. Darin wird die Gefährdung ("Trübung") des aktuellen Ich-Zustandes (Ich-Gefühles) durch Eltern- bzw. Kind-Ich auch als Pathologie und Desintegration verstanden.

Die "gesunde" Persönlichkeit zeige eine gute, jedoch keine starre Abgrenzung der 3 Ich-Zustände. Die gestörte Persönlichkeit weise getrübe, vermischte (Neurosen) oder starre, abgespaltene (Psychosen) Ich-Zustände auf.

Angeborene *psychische Grundbedürfnisse*:

- "Hunger nach Zuwendung und Anerkennung" ("*Stroke-Konzept*")

- "Hunger nach Stimulierung"

- "Hunger nach Zeitstruktur" ("*Struktur-Hunger*"): Rückzug, Ritual, Zeitvertreib, Aktivität, psychologische Spiele, Intimität

- "Positions-Hunger": Finden einer orientierenden Lebensposition

sowie die angeborenen Grundgefühle: Liebe, Freude, Trauer, Angst, Zorn

2.) *Transaktionsanalyse (i.e.S.)* = Kommunikationsmodell

- parallele oder komplementäre T. (reziproke Kommunikation, d.h. ich antworte mit dem Ich, in dem ich angesprochen werde

- überkreuzte (gekreuzte) T.: asymmetrisch ("*Übertragung*"/"*Gegenübertragung*")

- verdeckte T.: neben dem vordergründigen Inhalt wird eine verdeckte Beziehungsbotschaft geschickt.

Wesentlich sind die Transaktionsmuster als Ausdruck von "Spielen" und diese wiederum als Ausdruck des Skripts.

3.) *Spiel- und Racketanalyse*

Spiel = fortlaufende Folge verdeckter (nicht-bewusster) Komplementärtransaktionen ("manipulativer Operationen"), mit dem Ziel emotionalen Gewinns (Ersatz- oder Racket-Gefühle) = neurotische Strategien (Analogie zu Charakterstruktur bzw. Wiederholungszwang); dienen vornehmlich dazu, schmerzliche Erfahrungen zu vermeiden (im Sinne von in der Hand haben)!

"Rackets": immer wiederkehrende negative Gefühle, aber auch Erpressungsmanöver, um Zuwendung zu erhalten

4.) *Skriptanalyse*

Skript (Lebensplan, Drehbuch) abhängig von Grundeinstellungen, Indoktrinationen (implizite Botschaften), Handlungsanweisungen/Rezepten (modellhaftes Vormachen, direkte Anleitungen, kognitiv-verbale Lebensregeln) und Modellverhalten (Nähe zum Konzept des "Wiederholungszwanges"). "Geschlossenes, sich selbst verstärkendes System". Schließt die Bedeutung ein, wie die Person bereits früh noch als Kind Stellung zu ihren Erfahrungen nimmt ("Entscheidungen"); Fanita English: "Überlebensschlussfolgerungen", kreative Leistung; daher geht es nicht um Auflösung des Skripts sondern um Stärkung positiver Seiten. Bei Berne jedoch bewusstseinsnäher und auch in seiner Zielgerichtetheit vorhersagbarer als "Lebensplan" Adlers. Obwohl Eigenverantwortung bei Berne und mehr noch bei Goulding zentralen Stellenwert hat, wird auch der Einfluss der Eltern auf Skript als hoch angesehen
Grundeinstellungstypen: entwickeln sich in Kindheit ausgehend von "Hunger nach Zuwendung" (Stroke-Konzept) und der Reaktionen bzw. der "familiärentypischen" Befriedigung des Bedürfnisses nach Streicheleinheiten.

1. "Ich bin ok, du bist ok": (einerseits primär = Urvertrauen, andererseits bewusste, realistische Einstellung des Erwachsenen-Ich)
2. "Ich bin nicht ok, du bist ok" (1.Lj.): Position der Unterlegenheit, "depressive" Position
3. "Ich bin nicht ok, du bist nicht ok" (2.Lj.): Resignation, Verzweiflung
4. "Ich bin ok, du bist nicht ok" (ggf. ab 2. Lj.): Überlegenheit, Egoismus, Verachtung, psychopathische Struktur

Krankheitslehre

- a) strukturelle Pathologie: Trübung ("Kontamination") des Er-Ich durch K-Ich und/oder El-Ich; Ausschluss von Ich-Zustand (Zuständen)
 - b) funktionale Pathologie: Wechsel der Ich-Zustände zu langsam oder zu schnell
 - c) symbiotische Pathologie: ursprüngliche Symbiose gestört oder nicht aufgelöst (Passivität)
 - d) Engpasspathologie: zwei Ich-Zustände gleich stark
- auf der transaktionalen Ebene: "Spiele"
schließlich: Skriptpathologie

Praxis der TA

* Kontrakt (Verträge): zwischen zwei erwachsenen Menschen (gegenseitige Übereinkunft; jeder bringt etwas ein; Kompetenz beider; ethische Prinzipien und gesetzliche Bestimmungen); weiters: Da-Sein des Psychotherapeuten, hilfreiche Hinweise, rasches Zupacken

* Neben Aufdeckung und Einsichten Verantwortung für Neuentscheidung, alternatives Erleben und Handeln

* Prozess: Motivation, Entrübung (Er-Ich), Vertragsbildung, Exploration (des inneren Kindes), Neuentscheidung, Umlernen (konkrete Verhaltensänderungen), Therapieende

Verschiedene Schulen der TA

- a) klassische TA (tiefenpsychologisch bzw. verhaltensorientiert): im Mittelpunkt steht Stärkung des Er-Ich (z.B. provozierende Fragen, Klarstellungen von Klientenaussagen, Konfrontationen, Interpretationen, Erklärungen, Illustrationen, Kristallisation, Überzeugen, Ermahnen, "therapeutischer Imperativ" an das Er-Ich des Klienten (in synthetischer Phase) basierend auf Protektion (Schutz des Klienten), Potenz (Stärke des Psychotherapeuten und Glaube des Klienten an Therapeuten) und Permission (Erlaubnis zur Auflehnung); aufdeckend-einsichtsorientiert; verhaltensorientiert
- b) Cathexis (Schiff): El-Ich (Neu-Beelterung); kognitiv-behavioristisch
- c) Neuentscheidungsschule (Goulding): K-Ich (die vom Kind getroffenen Entscheidungen werden dahingehend bearbeitet, dass der Mensch sich neu entscheiden kann); Selbstregulation! weniger Skriptanalyse, sondern gezielte Neustrukturierung.

Hypnosepsychotherapie (z. T. nach Peter in Corsini)

Klassische Hypnose beruht auf Theorie der Suggestion im Sinne von Anweisung; die Hypnotherapie nach Milton Erickson ist eine indirekte Suggestion mit dem Ziel der Lösung des Problems durch den Patienten selbst; zählt eher zu den Kurztherapien;

Geschichte

Vorläufer und Urheber: Mesmer (1734 - 1815): Fluidum im Körper des Menschen; animalischer Magnetismus; Puysegur: sanftere Form des Somnambulismus; "posthypnotische Amnesie"; geistige Kräfte des Magnetismus als Wirkvariable;

Abbe Faria: portugiesischer Priester; Konzentrieren; "lucider Schlaf"; Rolle des Patienten wichtiger als jene des Hypnotiseurs; Suggestibilität, Wachsuggestion, Autosuggestion;

Braid (1795 - 1860): prägte 1843 den Begriff "Hypnose"; unzutreffend, weil es sich bei Hypnose nicht um "künstlichen Schlaf" sondern um "Wachzustand mit veränderter Bewusstseinslage" handelt; erkannte den psychologischen Charakter des Phänomens; "Fixationsmethode" zur Induktion von Trance ("nervöser Schlaf"); Neurohypnologie; Relativierung der Suggestionstheorie

Liebeault und Bernheim: Schule von Nancy (1866); Aufwertung der Suggestionstheorie

Charcot: Bestreichen des Körpers mit Händen; seine Annahme: Hypnose erzeuge Hysterie, aber eben nur bei Hysterikern

Breuer und Freud: Die Hypnose wurde nach anfänglichem Gebrauch durch Freud ("Hypnoanalyse") von ihm als zudeckend abgelehnt; dies führt zur Entwicklung der psychokathartischen Methode ("Breuer-Freud'sche Methode"; 1895: "Studien über Hysterie") unter Verwendung der freien Assoziation anstelle der Hypnose, die schließlich in die Psychoanalyse mündet (1896).

Schultz (über das AT) und Kretschmer (über die "gestufte Aktivhypnose") haben die Hypnose wieder reaktiviert; weitere ärztliche Vertreter einer zudeckenden, direkt-suggestiven Hypnose in den 30-er bis 60-er Jahren: Langen, Stokvis, Krapf.

Milton Erickson: "natürliche" Techniken zur Tranceinduktion und -utilisation; nicht zudeckend;

Theoretische Grundlagen

Suggestibilität: bezeichnet eher Flexibilität als Abhängigkeit;

Suggestion: dient zur Herstellung der "Trance" (= "empfindlicher Wachzustand"), in der "posthypnotische Befehle" erteilt werden können. "Suggestion ist die auf affektiver Resonanz beruhende, anratende und eingebende, teilweise durch Vorstellungsinhalte unterschiebende Beeinflussung eines anderen" (Dietrich & Walter, 1970; zit. nach Langen, 1972). Der Trancezustand bedeutet aber nicht unbedingte Annahme der Suggestion des Hypnotiseurs, sondern hängt von "Rapport" ab, d.h. von der Macht und vom Prestige des Hypnotiseurs. Diesem wird ein bewusster und ein unbewusster Widerstand entgegengesetzt.

Dementsprechend führe indirekte Suggestion viel eher zu einer Reorganisation, zur Förderung kreativer innerer (unbewusster) Prozesse unter Beachtung der Autonomie, als nur zu Symptombeeinflussung. Das Gesamt-Ich bleibt auch während der Trance bzw. Hypnose realitätsorientiert, nur ein Subsystem innerhalb des Ich steht unter Kontrolle des Hypnotiseurs. Hypnose ist eine "Regression im Dienste des Ich".

Trance (nach Erickson) ist aktives unbewusstes Lernen "von selbst"; gleichzeitig ist meist ein gewisser Grad an Beobachtung weiter gegeben; das macht nichts, solange Beobachtung nicht Distanzierung und Bewertung mit sich bringt und spontane unbewusste Prozesse behindert. Das Ubw kennt keine Zeit, keine Negation, keinen Konjunktiv. Es geht um direkte Kommunikation mit dem Ubw (Metaphern, Bildern, Geschichten) zur Erzielung indirekter Lösungen.

Praxis

Strategien/Techniken: Die Hypnotherapie kennt einerseits übergreifende Strategien ("Im Mittelpunkt steht Person und nicht Störung"; "Widerstand vermeiden"; Verhaltensänderung vor Einsicht"; "Vergangenheit durch Wahrnehmungsänderung ändern"), andererseits einzelne Techniken:

- Umgehen des Bewusstseins durch Ablenken, Langweilen, faszinieren, träumen;
- latente Potentiale durch Implikationen fördern
- frühere Erfahrungen hervorrufen
- Regression genehmigen
- über Dissoziation Fähigkeiten fördern

Kommunikationstechniken: indirekte Suggestion; Einstreutechnik (Betonungen);

Nichtwiederholen von Suggestionen; Geschichten erzählen von anderen, denen was gelungen ist; Erzeugen einer Ja-Haltung beim Klienten durch Suggestion, durch Geschehenlassen statt Wissen und Tun; Konzept der Bindung (an Entscheidungen) und Doppelbindung (gemeint ist auf mehreren Ebenen)

Utilisationstechniken (vgl. dazu NLP): Nutzbar machen z.B. des Widerstands durch Akzeptieren oder durch Umdeuten ("Reframing"); "Pacing" (auf den Klienten eingehen, z.B. Atem, körperlich, verbal, Bilder; Repräsentationssystem aufnehmen: visuell, auditiv, kinästhetisch, olfaktorisch); "leading" (dann lässt sich Klient leichter fallen).

Autogene Psychotherapie

Begründer: Johannes Heinrich Schultz (1884-1970); in den 30er Jahren (nach langer Erfahrung mit Hypnose) entwickelt; "Konzentrierte Selbstentspannung"; aktive autosuggestive Entspannungsmethode mit einerseits übenden Elementen (auf physiologischer und Verhaltensebene) als Autogenes Training, andererseits rekonstruktiv und strukturverändernd.

Theoretische Grundlagen: tiefenpsychologisches Fundament (z.B. Unbewusstes), aber auch (autosuggestive) Trainierbarkeit von Verhaltensweisen bzw. Entspannungszustand (Korrelat von vegetativen und psychischen Phänomenen).

Zielsetzung: allgemeiner, organismischer (reflektorischer, automatisierter) Umschaltprozess; von sympathikoton (ergotrop) auf parasympathikoton (trophotrop) über hypnoide, bewusstseinsverändernde Wirkung der einzelnen Übungen; Einflussnahme auf unwillkürliches, autonomes, vegetatives Nervensystem (Vertrauen in die Regulation); Muskel- und Gefäßentspannung; Abnahme von Ängstlichkeit, Deprimiertheit, Müdigkeit, Erregtheit; Zunahme von Aktivität und neuen, adäquaten Verhaltensweisen (Eigenkompetenz), Selbstsicherheit und Extrovertiertheit (Ich-Stärkung); analytische Einsicht und Selbstverwirklichung

Methodik und Praxis: gestufte Heranführung an Bearbeitung psychischer Probleme

* *Unterstufe:* entspannte Körperhaltung (im Liegen, Droschkenkutscher-Haltung, Sitzhaltung oder Flegelhaltung); Drosselung von Reizaufnahme; Augen am besten geschlossen; sehr wichtig ist - außer vor dem Einschlafen - die Rücknahme ("Arme fest anziehen!", "tief ein- und ausatmen!", "Augen auf!"), um Müdigkeit und Benommenheit abzulegen.

- Ruhe-Übung ("ich bin ganz ruhig")

- Schwere-Übung ("mein rechter oder linker Arm ist schwer")

- Wärme-Übung (Ruhe-Schwere-"rechter Arm oder linker Arm warm");

- Atem-Übung ("es atmet mich" oder "es atmet in mir")

- Organ-Übungen (Herz: "ruhiger, kräftiger Herzschlag"; Bauch/Sonnengeflecht: "strömende Wärme"; Stirn: "kühl");

als Mittel zum Erreichen des förderlichen Versenkungszustandes; Anleitung durch erfahrenen Kenner des AT kann zunehmend durch Selbstinstruktion ersetzt werden (Tonband führt allerdings zu unerwünschter Abhängigkeit, es bedeutet Heterosuggestion statt Autosuggestion).

* *Mittelstufe:* individuelle Formeln je nach Problem ("formelhafte Vorsatzbildung"), organspezifisch oder intentional im Sinne von Verhaltensänderungen (jedoch nicht in bezug auf Gefühle), z. B.: "Alkohol gleichgültig"; "ich schaffe es"; aufsteigende Probleme und Zustände sollen mit Gelassenheit beobachtet werden ("Problemdistanzierung"); damit Angst- und Spannungsreduzierung (unterstützende und zukunftsorientierte Orientierung; allerdings (noch) ohne Ursachenbearbeitung).

* *Oberstufe:* meditative Imagination (Versenkung- und Vorstellungstechniken) mit dem Ziel der Persönlichkeitsentfaltung; Sammlung und Bearbeitung von Bildern, Gefühlen und Gedanken in ihrem (traumähnlichen) Symbolgehalt (biographische und konfliktaufdeckende Orientierung); suggestives Element minimal.

Psychodrama (z. T. nach Petzold 1984)

"Szenisches Spiel" mit affektiver Beteiligung; Handlung zur Intensivierung des Erlebens (im Gegensatz zu "Agieren"); Inszenierung als Mittel zur Bewusstmachung; Konkretisierung von (unbewussten) Konstellationen aus dem Leben; Szene = aktueller Konflikt oder auch lebensgeschichtlich bedeutsame Szenen

Vorläufer: Theater der Antike, Rituale von Naturvölkern, Heilung durch Reinigung (Katharsis) und über Identifikation; kindliches Spiel (zwischen Realität und Phantasie)

Begründer: Jacob Levi Moreno (Morenu auf hebr.: "unser Meister" → Charisma); geb. 1889 in Bukarest; gest. 1974; mit 5 Jahren nach Wien; mit 13 Jahren allein zurück nach Wien; Ausbruch aus bürgerlicher Familie; Studium der Medizin; 1925: USA; Arbeit als Gefängnispsychiater; 1931: Begründer der Gruppentherapie; 1937: PD; 1935: Klinik in Beacon (N.Y. State); 1942: PD-Institut in New York; Einfluss auf Gruppendynamik; Triade: PD, Soziometrie, Gruppentherapie;

Verwandte Verfahren: Therapeutisches Theater von Iljine, Behaviourdrama ("assertiveness-training"), Analytisches Psychodrama (ab 1945 vor allem in Frankreich), Petzold (Integrative Therapie); Einfluss des PD auf Gestalttherapie;

Ausrichtung des klassischen PD (unter dem Einfluss von Phänomenologie und Existentialismus): Hier-und-Jetzt, Ich-Du, Kreativität, Spontaneität, aktives Handeln

Theoretische Grundlagen:

- * 4 Universalien: Kosmos, Zeit, Raum, Realität
- * Begegnung ("Heilung durch Begegnung"); Tele=Wechselseitigkeit statt Empathie und Übertragung; Mensch ist soziales Atom (Eingebettetheit in soziale Bezüge)
- * Spontaneität: "adäquate Reaktion auf neue Bedingungen oder eine neue Reaktion auf alte Bedingungen"; energetischer Prozess; Aktionshunger!
- * Kreativität: Fähigkeit des Menschen zu schöpferischem Handeln (formende Substanz)
- * Rollentheorie: Rollenrepertoire vs. Rolleninventar; Teil des Gesundheitsbegriffs neben Fähigkeit zu Begegnung, Kreativität und Spontaneität; Gesamtheit der Rollen=Selbst (Ich=gespielte Rollen, Selbst=spielbare Rollen); Selbst entsteht aus Rollenspielen; entspricht nicht der Gesamtheit der Erwartungen anderer (=role-taking) sondern der Gesamtheit der Handlungsentwürfe (role-playing) und soll dabei nie zur "Rollenkonserve" werden (kreativ statt starr)
- * Entwicklungstheorie: mit Bezug zu PD-Techniken (Spiegelstadium, Doppel, Rollentausch)

Pathologische Phänomene: pathologische Spontaneität/Kreativität; falsche oder falsch gelernte Rollen, z.B. Lähmung; Überschuss (Manie); Stau (aggressive Gespanntheit); Ziellosigkeit; Einengung/Fixierung/"Konserve"

Ziel: "Das wahre (zweite) Mal" führt zur Befreiung vom missglückten ersten Mal" (z.B. traumatische Szenen); die Macht der alten Szene soll abnehmen und damit der Hang zur Wiederholung; Erweiterung des Rollenrepertoires; Katharsis -> Einsicht -> Integration (-> Neugestaltung); logisches Verstehen (Reflexion) -> psychologisches Verstehen (Affekt, Vorstellung) -> szenisches Verstehen (Involvierung, autonome Körperreaktionen)

Elemente: Bühne; Protagonist(en)=Hauptdarsteller; Therapeut=Regisseur; Hilfs-Iche (spielen andere Personen oder andere Teile der Person nach Rollenentwurf durch Protagonisten); Gruppe (alle, auch die "Zuschauer" sind "Mitspieler")

Techniken: leerer Stuhl, Selbstdarstellung (Klient spielt alle Rollen selber, Selbstgespräch), Spiegeln (als Mittel der Bewusstmachung), Doppel (Hilfs-Ich als Doppelgänger), Rollentausch (Rollenwechsel) bei Konflikten zum besseren Verständnis des anderen

Prozess: warming-up zum "Auftauen" (Initialphase, Interviewstufe); Aktion zur Gefühlsverdichtung u.U. auch durch äußere Effekte wie Licht und Musik (Spielphase), Hilfs-Iche für Interaktion mit abwesenden Personen; (Rollen)Feedback durch Protagonisten und Hilfs-Iche bzw Identifikationsfeedback durch Gruppe, Sharing, Analyse (Integrationsphase als Nachbereitung); (ggf. Neu-Orientierung im Sinne von Verhaltensänderung)

Ausprägungen: einerseits konfliktzentriert (traumatische Szene), erlebniszentriert (vitale Evidenz), verhaltenzentriert; andererseits protagonistenzentriert, gruppenzentriert, gruppenbezogen (-gerichtet), themenzentriert; Monodrama (im Einzelsetting).

Therapeutenverständnis und -rolle: existentiell: zur Intensivierung und Reflexion in den entsprechenden Phasen; im Spiel: abstinenz-funktional; direktives Element (PD-Leiter = Regisseur)

Gestalttherapie

Begründer und Entwicklung: Fritz Perls (1893 - 1970), Lore Perls (1906 - 1990) sowie Paul Goodman (1911 - 1972); Berliner Arzt, Assistent bei Goldstein; u.a. Analyse bei W. Reich, Emigration nach Südafrika, dort Aufbau des Psychoanalytischen Instituts; theoretische Divergenzen und persönliche Kränkung durch Freud führten zu einer Entfernung von der klassischen Psychoanalyse, zunächst Nähe zu Neo-Analytikern (Sullivan) in New York; entwickelten als wesentliche Kennzeichen der Gestalttherapie z.B. direktere und offenere Beziehung zwischen Therapeut und Klient: "In Ego, Hunger, and Aggression begannen wir den Übergang von der historisch-archäologischen Betrachtungsweise Freuds zur existentiell-experimentellen, von der "isoliert stückhaften Betrachtungsweise" ... der Assoziationspsychologie zur Ganzheitsbetrachtung, vom rein Sprachlichen zum Organismischen, von der Interpretierung von Erinnerungen und Träumen zur direkten Wahrnehmung des Hier und Jetzt, von der Übertragung zum wirklichen Kontakt" (Perls 1980). "Concentration therapy", "Theorie und Methodik der Persönlichkeitsintegration", "existential psychotherapy", "excitement und growth" waren Vorläuferbezeichnungen.

Wurzeln: Psychoanalyse, Reich, Jung, Psychodrama, Gestaltpsychologie, fernöstliches Denken (z.B. Buddhismus), Phänomenologie, Existentialismus

Strömungen

a) Westküstenstil (Hier-und-Jetzt, Einzelarbeit in der Gruppe, Persönlichkeitserweiterung; Nähe zur "Human potential"-Bewegung) (F. Perls)

b) Ostküstenstil (analytischer, selektiver, in der Gruppe gruppenbezogener, klinischer) (L. Perls)

c) Integrative Gestalttherapie: Integration vor allem von psychoanalytischen, gestalttheoretischen, phänomenologischen und psychodramatischen Elementen und damit Weiterentwicklung der klassischen Gestalttherapie

d) Gestalttheoretische Psychotherapie (nach H. J. Walter): starke Betonung und Weiterentwicklung der gestalttheoretischen Grundlagen (Metzger, Lewin); Erkenntnistheorie: "Kritischer Realismus" (phänomenale Wirklichkeit = Wirklichkeit im zweiten Sinn vs. physikalische, erlebnisjenseitige Wirklichkeit = Wirklichkeit im ersten Sinn).

Die „Integrative Therapie nach Petzold“ - ein Amalgam von psychoanalytischer Tradition (Ferenczi), Dramatheater und Psychodrama sowie existenzphilosophischer und phänomenologischer Tradition; Betonung der Gruppentherapie und tiefenpsychologischer Akzente (z.B. Übertragung, Widerstand, Regression, kognitiv-hermeneutische Aufarbeitung) und verhaltensorientierter Elemente (Transfer) – ist seit 2005 in Österreich als eigenständige Methode anerkannt.

Krankheitsbegriff: (automatisierte Wachstums-)Blockierung ("Sackgasse"); "nicht geschlossene Gestalten"; Figur-Grund-Flexibilität, insbesondere Kontaktzyklus, eingeschränkt; (Kontakt-)Vermeidungsverhalten wie es durch neurotische Abwehrmechanismen vollzogen wird: Introjektion, Projektion, Retroflexion, Konfluenz.

Gesundheitsbegriff: Selbstregulation, Selbstverantwortung, Kontaktfähigkeit

Ätiologiekonzeption: Entwicklungs- und Wachstumsstörung; Selbstregulation unterbrochen, z.B. durch überlastende soziale oder sonstige Einflüsse (Petzold unterscheidet zwischen Defizit, Störung, Traumatisierung oder Konflikt)

Persönlichkeitstheorie

- "Tendenz zur guten Gestalt" (Prägnanztendenz) = "Drang, Gestörtes in Ordnung zu bringen und bei Unentwickeltem Geburtshelfer zu sein" (Metzger)
- Leib (=beseelter Körper) als Basis des Selbst (Petzold), wo Erlebtes gespeichert ist; Ich ist die bewusst wahrnehmende Instanz = Gesamt der Ich-Funktionen;
- "Lebensraumkonzept" (Feldtheorie nach Lewin) in der Gestalttheoretischen Psychotherapie; sozialer Kontext als Boden des Lebensraumes, der alle Aspekte, welche eine Person und ihre Umwelt ausmachen, beschreibt.

Entwicklungstheorie: Potenziale sind angelegt, sie müssten nur entsprechend entwickelt werden ("Selbstaktualisierung").

Zentrale theoretische Konzepte

- Gestalttheorie: Anwendung der vor allem aus dem Wahrnehmungsbereich abgeleiteten Gestaltprinzipien ("Gestaltgesetze" wie z.B. Geschlossenheit, Nähe, Symmetrie, Figur-Grundabhebung, Tendenz zur Vervollständigung, Tendenz zur guten Gestalt) auf die Bereiche des Denkens, Empfindens und Handelns; Gestalt ist ein in sich geschlossenes Ganzes, das sich von Hintergrund abhebt (Figur-Grund)
- Ganzheitlichkeit (holistische Doktrin) = Einheit von Körper-Geist-Seele unter Einbeziehung des Umfeldes ("organismische Einheit" bei Goldstein; Isomorphieprinzip von Köhler); "Das Ganze ist mehr als Summe seiner Teile" ("Übersummativität"); Bsp: Melodie; Wechselwirkungen zwischen dem Ganzen und seinen Teilen (ändern sich einzelne Teile, so ändert sich das Ganze; Analogie zu Gesamtpersönlichkeit und einzelnen Persönlichkeitseigenschaften).
- organismische Selbstregulation (Kurt Goldstein): er stellte im Zuge seiner neurologischen Forschungen fest, dass einzelne Elemente nur eingebettet in den Gesamtzusammenhang eine Rolle spielen (siehe auch Ganzheitlichkeit); Tendenz zu geordnetem Verhalten (z.B. durch Übernahme einer gestörten Funktion durch einen anderen Körperteil); Homöostase-Prinzip ("Tendenz zur guten Gestalt" als Ordnungsprinzip, als Tendenz zur Wiederherstellung von Gleichgewicht); "unerledigte" Geschäfte (= unabgeschlossene Gestalten)
- statt Warum oder Wozu → Wie (Konkretheit)
- Hier und Jetzt (Gegenwärtigkeit)
- Kontakt, Begegnung, Beziehung (Kontaktzyklus: Vorkontakt, Kontaktnahme, Kontaktvollzug, Nachkontakt)
- "Awareness" (Bewusstheit), Kontakt, Experiment (kreativ, spontan, intuitiv): was tue ich? was fühle ich? was möchte ich? was nehme ich an mir wahr? was nehme ich an dir wahr?

Therapieziele: Bewusstheit; Selbstverantwortung; Integration (Verarbeitung "unabgeschlossener" Gestalten = abgespaltener, nicht assimilierter Persönlichkeitsanteile) durch Differenzierung; Fluss des Erlebens (Erlebnisfähigkeit); Bewusstmachen der Feldkräfte des Lebensraumes in der Gestalttheoretischen Psychotherapie; Förderung der Selbstheilungskräfte und schöpferischen Kräfte;

Wege zur Erreichung der Ziele (praktische Mittel, Techniken, Prozessverständnis):
(leibliches) Erleben steht im Mittelpunkt (Erlebniszentrierung); Arbeiten im Hier-und-Jetzt ("szenische Darstellung"); Freisetzung des Ausdrucks; "Hot-seat-Technik"; Schweiftechnik; "leerer Stuhl" (für inneren Dialog; Selbstkonfrontation); Doppeln (empathisches Verstehen des Klienten); Traumarbeit; erlebnisaktivierende, kreative "Experimente" (Übungen, intuitive Vorschläge); Einsatz kreativer Medien (Malen, Tonarbeit, Töne, ...) und Körperarbeit ("Spüren").

Therapeutischer Prozess

- a) in der klassischen Gestalttherapie nach Perls: "Zwiebelschalen"; Klischee (unpersönlich), Rollenspiel (starre Rollen), Blockierung (phobische Vermeidung, um Spannung und Leere zu entgehen), Implosion (massive Angst und Lähmung), Explosion (Befreiung);
- b) in der Gestalttheoretischen Psychotherapie (nach H.J. Walter): Auftauen, Ändern, Neustabilisieren;
- (c) bei Petzold im Sinne der Integrativen Therapie: Initialphase, Aktionsphase, Integrationsphase, Neuorientierungsphase).

Therapeutenverhalten

kreative Frustration (zur Stärkung der Eigenverantwortung), Provokation, Sympathie und Konfrontation (statt Betonung der Empathie): generell aktiver, direkter, z.T. strukturierender und aktivierender als z.B. Psychoanalyse und Personzentrierte Psychotherapie (Aufmerksammachen, Aufforderung zum Wiederholen und Verstärken eines Ausdrucks); partielle Teilnahme und Offenheit;

Aufgaben des Klienten: Verantwortung für sich selbst übernehmen; Erleben im Hier und Jetzt (vs. "mindfucking"); in der Gruppe auch Risiko des "Hot seat" nehmen; auf Vorschläge des Therapeuten eingehen.

Daseinsanalyse

Kurzdefinition: Daseinsanalyse (DA) ist eine *tiefenpsychologische Therapieform und Forschungsrichtung* mit *phänomenologisch-hermeneutischer Ausrichtung*, die im Rahmen einer *existential-ontologisch fundierten Anthropologie auf eine neue Weise nach dem Wesen (Sein) des Menschen fragt*.

Zur Geschichte der Therapieform und Forschungsrichtung

Die DA verdankt ihre Entstehung und Entwicklung den geistigen Erneuerungen, die auf die beiden Weltkriege folgen. Es gab ein wissenschaftliches Unbehagen über die traditionelle systematisierende klinische Psychopathologie und die Suche nach einem neuen Grundlagenverständnis menschlicher Existenz und deren Störungen. Unter dem Eindruck des ersten Hauptwerkes von Heidegger »Sein und Zeit« (1927) entwickelte der Schweizer Psychiater Ludwig Binswanger (1881-1966) eine neue Forschungsrichtung, die »psychiatrische Daseinsanalyse«. Er gehörte zu den „anthropologisch“ orientierten Psychiatern (wie V. v. Weizsäcker, E. Strauss, V. v. Gebattel) und empfing Impulse aus der Existenzphilosophie Kierkegaards, der Lebensphilosophie Bergsons und Simmels, der Phänomenologie Husserls und Schelers sowie aus dem dialogischen Denken Bubers. Binswangers Bestreben war, die Psychoanalyse Freuds auf ein neues philosophisches Fundament zu stellen. Schritt für Schritt wies der Begründer der DA nach, wo und wie eine Monopolisierung der naturwissenschaftliche Denkmethode im Bereich der aufzeigbaren Phänomene menschlichen Verhaltens zu kurz greift und ausgerechnet das spezifisch Menschliche des menschlichen Existierens verfehlt. Binswanger nannte die »Subjekt-Objekt Spaltung« das »Krebsübel« solcher Naturwissenschaftsphilosophien. »Welt« war ihm daseinsgemäß nicht mehr Objekt, von einem ichhaften Subjekt getrennt wie in der cartesianischen Philosophie, die für Naturwissenschaften grundlegend wurde, sondern von Anfang an und untrennbar »Mitwelt«. Vor aller normativen Unterscheidung von »gesund« und »krank« steht der *Mensch und seine Welt*, der Mensch situiert in und mit seiner Welt. Der Psychiater Medard Boss (1903-1990) erweiterte den Anwendungsbereich der DA auf die Gebiete der Neurosenlehre, der Psychosomatik und der Traumlehre und begründete in intensiver Zusammenarbeit mit Heidegger die DA als eigene Richtung der Psychotherapie, die u.a. von Gion Condrau (geb. 1919) weiter geführt wurde.

Theoretische Grundlagen (inkl. Persönlichkeitstheorie, Krankheitslehre)

Im Zentrum steht das Sichverstehen des Menschen auf sein *Dasein* anstelle eines abstrakten Sichverstehens des Menschen als vernunftbegabtes Wesen (*animal rationale*), gespalten in einen Körper und in eine Seele (Psyche). Ausgangspunkt des daseinsanalytischen Krankheitsverständnisses ist das *Existieren* des Menschen. Existenz meint hier nicht primär das Vorhandensein von etwas Wirklichem bzw. etwas, das tatsächlich der Fall ist, sondern bezeichnet die besondere *Seinsweise* des Menschen: das »*Da-sein*«. Dieses besteht darin, dass wir leibhaftig *anwesend* (da) sind, und zwar *selbst* (persönlich) anwesend sind, indem wir jeweils mit- und füreinander einen Weltbereich offen halten und uns selbst *aus* ihm und *zu* ihm zu verhalten haben (Freiheit). Zu diesem Sichverhalten gibt es kein Gegenteil. Die Grundzüge (Wesenszüge) des Da-seins werden terminologisch *Existenzialien* genannt. Sie walten in jedem konkreten Existieren und Weltbezug. Diese sind unter anderem Offen- und Freisein für die Um- und Mitwelt, Geschichtlichsein, lebensweltliche Räumlichkeit und Zeitlichkeit, Gestimmtsein (Angst, Staunen usw.), Leiblich- und Sterblichsein (Sein zum Tode), Sprache, existenziales Schuldigsein und Sorgetragen um das Daseinsganze.

Daseinsanalytische Psychotherapie versteht die seelischen Leiden als Weisen *unfreien* Existierens in Bezug auf die jeweilige Um- und Mitwelt und aus ihr. Für die DA haben seelische Symptome einen Sinn, deren Klärung den Kranken zum Grund seines Leidens, zu sich selbst (dem eigentlichen »Selbst-sein«), zum Gewahren und zur Entbindung seiner konkreten Seinsmöglichkeiten führt.

Das Krank-sein wird als eine gesamt menschliche Privations-Erscheinung des Gesundseins verstanden (was einem »fehlt«). Das Wesen des gesunden Menschen kann als das freie Verfügenkönnen über sämtliche ihm mitgegebenen Beziehungsmöglichkeiten gegenüber solchem gekennzeichnet werden, das sich im Offenen seines Weltbereiches her zeigt.

Entsprechend einheitlich ist das Wesen alles Krankseins. Es kann nur in einer wie immer gearteten Einschränkung dieser menschlichen »Bewegungsfreiheit« bestehen. Deshalb die daseinsanalytische Frage: Auf welche Weise ist welche Beziehungsmöglichkeit gegenüber welchem Bereich von Begegnendem gestört? Dementsprechend dient die therapeutische Arbeit dazu, sich von wesensfremden, z.B. anezogenen Verhaltensweisen zu befreien und Verdecktes, Verschlossenes, Noch-nicht-Zugelassenes aufkommen zu lassen. So kann menschliches Kranksein nach der von Boss (1975) vorgestellten Klassifikation menschlichen Krankseins unterschieden werden:

1. Kranksein mit augenfälliger Beeinträchtigung im Vollzug des *Offenständig-seins* und der Freiheit des Da-seins.
2. Kranksein mit betonter Störung in den Vollzügen des wesensmäßigen *Gestimmtseins*.
3. Kranksein mit besonderer Beeinträchtigung des *Mitseins*.
4. Kranksein mit betonter Beeinträchtigung des Sicheinräumens und des Sichzeitigens des *In-der-Welt-seins*.
5. Kranksein mit augenfälliger Beeinträchtigung des *Leiblichseins* menschlichen Existierens.

Therapietheorie

Phänomene zeigen und enthüllen sich von ihnen selbst her und bedürfen keiner Rückführung auf hypothetisch dahinter angenommene Strebungen, die grundsätzlich nicht phänomenal gegeben wären. Das Wesen des Sichzeigenden ist gewöhnlich zunächst in seinem Sinn und Grund verborgen und muss hermeneutisch aus- und freigelegt werden. Es geht im menschlichen Dasein um den *faktischen Vollzug unseres In-der-Welt-seins*. Das gilt besonders innerhalb der therapeutischen Beziehung. Die dabei auftretenden Beziehungsmomente werden nicht gesehen als »Übertragung« von Gefühlen, die früheren Bezugspersonen gegolten haben, auf den Analytiker, sondern als zurückgebliebene Verhaltensweisen, die nun dem Analytiker selbst gelten. *Stimmungen* (der affektive Bereich) erschließen primär und unmittelbar (meist in Abkehr vom eigentlichen Selbstseinkönnen) wie es um einen im Verhältnis zur Mit- und Umwelt steht: die jeweilige Befindlichkeit. Beispielsweise zeigt sich in der *Angst* die »Möglichkeit« nicht mehr sein zu können: Angst vor dem Nichts und um die eigene Existenz. *Schuld* wird vormoralisch als ein existenziales Schuldigsein verstanden: was jemand seiner Existenz schuldig geblieben ist und welche Lebensbereiche noch nicht zum Zug kommen konnten. Der *Traum* ist ein wichtiges Therapeutikum, das keiner Umdeutung durch eine Annahme eines dahinter liegenden Wunsches bedarf, sondern die Traumphänomene werden so genommen wie sie sich von sich her zeigen. Dementsprechend wird nicht ein manifester Trauminhalt von einem dahinter vermuteten latenten unterschieden, sondern der verborgene und freizulegende Sinn ist dem Phänomen selbst zu entnehmen.

Therapieziel

Ziel der Therapie ist die Genesung von Beeinträchtigungen menschlichen Daseins in Bezug auf die ihm jeweils eigenen Vollzugsmöglichkeiten freien Sichverhaltens zu dem, was sich aus der Welt, in der wir uns miteinander aufhalten, zeigt und in Anspruch nimmt. Medium der erstrebten Veränderung ist vor allem das analytische (d.h. freilegende) Gespräch, welches eine vertiefte Einsicht und Auseinandersetzung mit der eigenen Existenzweise, insbesondere die Konfrontation mit bisher nicht zugänglichen Bereichen ermöglichen soll. Es geht insgesamt um eine Umstimmung im Selbstverständnis, um die Befreiung des Menschen zu optimaler (nicht maximaler) Offenheit und Weite im Sichverhalten allem Begegnenden gegenüber, das vor allem die Mitwelt (das zwischenmenschliche Bezogensein) einschließt und um die Selbstverantwortlichkeit in der Lebensführung.

Praxis

Im Zentrum steht das *analytische Gespräch*, in dem es um die Freilegung verborgener und noch verschlossener Seinsmöglichkeiten geht, wobei die *Lebensgeschichte* des Analysanden (die Vergegenwärtigung der eigenen Vergangenheit) sowie die *Beziehung* zwischen Analytiker und Analysanden zur Sprache kommen. Im gemeinsamen Gespräch schildert der Leidende was ihn beschäftigt, seine spontanen Einfälle, Gefühle, Träume, körperlichen Schmerzen usw. Aus dem, was ihn da beschäftigt und sich ihm von sich selbst her zeigt, den konkreten Phänomenen, werden krankmachende Anlässe sichtbar und werden Erstantworten entnommen, insoweit das Gewesene seine Anwesenheit in der Gegenwart bekundet. Mit ihrem Grundverständnis von Krankheit eignet sich die DA für die Behandlung aller seelischen und psychosomatischen Störungen, wenn der Kranke motiviert und bereit ist sich mit der eigenen Existenz und deren Konflikten auseinander zu setzen. Die DA eignet sich für Einzeltherapie (im Liegen oder im Sitzen), Kindertherapie, Paar- und Familientherapie, Gruppentherapie, Körpertherapie, aber auch Sterbebegleitung. Technisch-praktisch ist die DA eine Weiterentwicklung der klassischen Psychoanalyse, deren Grundelemente (Setting, analytische Beziehung, Übertragung, Widerstands- und vor allem Traumanalyse usw.) sie daseinsgemäß interpretiert. Sie verzichtet innerhalb des psychotherapeutischen Geschehens weitgehend auf die traditionellen genetisch-kausalen Deutungen, um dafür intensiver phänomenologisch-hermeneutisch orientiert nach dem Sinn und Bedeutungsgehalt der in der Therapie beobachtbaren Phänomene zu forschen.

Begründer

Viktor Frankl; KZ-Erfahrungen; Anliegen: "sinnzentrierte Psychotherapie" (Logos = Sinn, Wort) als dritte Wiener Schule; gegen Psychologismus, Triebreduktion und Determinismus (durch soziale, biologische oder psychologische Faktoren).

Wurzeln

Existenzphilosophie (Jaspers, Heidegger), Phänomenologie, Wertephilosophie Max Schelers, Buber; Betonung von Verantwortlichkeit und Freiraum der Person sowie von Leiden, Tod und Schuld ("tragische Trias"); das "geistig Unbewusste" wird dem "triebhaft Unbewussten" entgegengestellt.

Existenzanalyse und Logotherapie

Existenzanalyse: Erhellung der Möglichkeiten für eine sinnvolle Existenz ("Klärung der Lebensumstände auf lebenswerte Möglichkeiten hin"), um das "existentielle Vakuum" zu füllen → "Ja zum Leben sagen!"

Logotherapie: schließt im klassischen Ansatz an die Existenzanalyse an und ist die Behandlung der Störung durch konkreten Beistand in der Sinnrealisierung, bei Sinnverlust, bei der Bewältigung schwieriger Lebenssituationen ("sinnzentrierte Psychotherapie"; "sinnvolle Lebensgestaltung") → "Trotzdem ja zum Leben sagen!"

In der Weiterentwicklung zu einer *personorientierten Existenzanalyse* nach Alfred Längle werden ausgehend von vier Grundmotivationen auch noch andere Methoden als nur logotherapeutische eingesetzt, vor allem die *Personale Existenzanalyse* und die *Arbeit an den Grundmotivationen* inkl. biographischer Aufarbeitung.

Menschenbild/Weltbild

Im klassischen Ansatz nach Frankl: Grundlegende Motivationskraft bzw. primärer Antrieb: Sinnstreben, Motivation nach Sinn, "Mensch im Grunde ein Wesen auf der Suche nach Sinn" ("Wille zum Sinn" vs. "Wille zur Lust" bzw. "Wille zur Macht"); "Werte der Welt" ziehen uns an! Menschenbild der Logotherapie beruht auf der "*Dimensionalontologie*", die die biologische, psychologische (sozial-emotionale) und geistige (noetische) Dimension im Menschen unterscheidet;

Grundsätzliche Dialogfähigkeit des Menschen und auf andere (Mitwelt) Bezogenheit. In der Weiterentwicklung nach Längle ist das Sinntheorem eines, das auf drei anderen Grundmotiven, nämlich Beziehung zur Welt, zum Leben (und zu anderen) und zu sich selbst aufbaut.

Persönlichkeitstheorie

3 Dimensionen: Geist (noetisch, personal-existential), Körper und Seele; Primat der Dimension des Geistigen, der personalen Dimension als das eigentliche, erste Ich; demgegenüber "degeneriert" das emotionale Ich bei Frankl zu einem "Es" im Sinne von Attributen dessen, was wir haben, aber nicht dessen, wer wir sind. "Über-Ich" wäre demgegenüber das "Noch-nicht-ich", ein "Soll" (Ethik, Sinnstreben). ("Über-Ich-Psychologie"); es geht nicht um die "Freiheit von etwas" sondern um die "Freiheit zu etwas". "Person ist das, was sich frei verhalten kann, Persönlichkeit das Statische".

Person: "Geistige Kraft, die den Menschen sowohl auf Welt hin öffnet, zugleich aber auch von dieser abgrenzt". Mit sich selber sprechen (Selbst-Distanzierung) steht das "Über-sich-Hinaus-Sein" (zum anderen, zur Mitwelt sprechen, in einer Sache oder Aufgabe aufgehen, sich an andere Personen oder auch Unabänderlichem wie z.B. dem Tod Hingeben gegenüber (Selbst-Transzendenz));

Existenz: vollzogenes, ganzes Leben; der freie Geist ist gefordert, das Leben ganz zu leben (existentielle Dimension); der Mensch hat "Antworten auf die Lebensfragen" zu geben (das Leben fragt, wir haben zu antworten); jede Situation bietet Sinnmöglichkeit! Sinn existiert! Frankl kennt den "Übersinn" als letzten Sinn; "Höhenpsychologie".

Selbstdistanzierung: Selbstbetrachtung von außen, damit Möglichkeit der Relativierung u.a. mithilfe von Humor (siehe auch "paradoxe Intention")

Selbst-Transzendenz: Relativierung des unmittelbaren Selbstbezugs; "wer sich von seinen Gefühlen distanzieren kann, ist ihnen nicht hilflos ausgeliefert" (Lukas 1984, 465); Ziel: "geistige Freiheit" („Begegnung des Menschen mit dem Sinncharakter seines Lebens"; über "So-Sein" des Individuums hinaus das "bestmögliche Sein" und "Erziehung zur Verantwortlichkeit");

Wiederaufwertung der Emotionalität in der Existenzanalyse Längles.

Krankheitsbegriff

Geist kann nicht krank sein, er kann nur zwischen sinnvoll und sinnlos, richtig und falsch orientiert sein; er kann nur seinen Sinn verfehlen; "Trotzmacht des Geistes"; aber auch: gestörter Austausch mit der Welt.

Ätiologiekonzeption

Mangel an "Willen zum Sinn" konstituiert unerwünschte Entwicklungen; partielle Isolierung (gestörter Dialog und Austausch); Verfälschung des menschlichen Wesens; Verzicht auf Personalität und Existentialität; Stellungnahmen und Expressivität fehlen; psychogen-somatogen-noogen.

Therapieziele

Sinnvolle Gestaltung der eigenen Existenz bzw. Personsein (Offenheit, dialogisch, Verantwortung, Freiheit) und Existenz (Authentizität, vollzogenes Leben, Sinn) realisieren;

Sinn: "die wertvollste Möglichkeit in einer Situation", wobei "Wert" auf die eigene Emotionalität, "Möglichkeit" auf Freiheit und Verantwortung im Gegensatz zu Zwang und Pflicht sowie "Situation" auf die auf Zukunft gerichtete gegenwärtige Realität verweist; "optimale Ausschöpfung der geistigen Kapazitäten einer menschlichen Existenz"; Füllen des "existentiellen Vakuums", Herstellen eines sinnvollen Weltbezugs statt "Selbstverwirklichung"; anstelle der Vergangenheitsbewältigung tritt die "Vergänglichkeitsbewältigung", die aber immer eine Zukunftsorientierung hat;

nach Längle: „den Klienten befähigen, mit innerer Zustimmung zum Dasein und zum eigenen Handeln leben zu können“, dabei Bezugnahme auf (primäre) Emotionalität.

Praxis/Techniken

Grundsätzlich: In Beziehung treten (auch des Klienten mit sich selbst), Verweilen und Verstehen (phänomenologisch und dialogisch);

paradoxe Intention: zur Förderung der Selbstdistanzierungsfähigkeit durch humorvolle Übertreibung, die aber bereits Relativierung impliziert; zur "Ausschaltung der Wirkung von Erwartungsängsten", wobei immer der Gegenstand der Angst intendiert werden soll, der nicht immer identisch mit dem Symptom sein muss; daher anders als Symptomverschreibung in der syst. Richtung (Angst- und Zwangsneurosen).

Dereflexion: zur Förderung der Selbsttranszendenz; Ignorieren der Hyperreflexion; Ablenken und Hinlenken auf Sinngebung (Sexualneurosen, psychosomatische Störungen)

Einstellungsmodulation: a) zur Bewältigung von ("negativen") Traumata (Schicksalsschläge, Krisen, Krankheiten), Förderung der "Trotzmacht des Geistes"; b) zur Bewältigung von Sinnkrisen, Förderung von "positiven" Einstellungen: Förderung des "Willens zum Sinn".

Weitere eher kurzzeittherapeutische Methoden: *Willensstärkung*, *Sinnerfassung*, *Personale Positionsfindung*;

Langzeittherapeutische Perspektive: *Arbeit an den Grundmotivationen* (mit biografischem Durcharbeiten) sowie *Personale Existenzanalyse* (nach Längle) mit 4 Aktualisierungsstufen (als Säulen des Dialogs):

- 1.) Deskription
- 2.) Ansprechen (phänomenologischer Eindruck) = Anfrage an Ich, vor allem Wertberührung und Bergen der primären Emotionalität
- 3.) Verstehen (innere Stellungnahme)
- 4.) Antworten auf Zukunft hin (Ausdruck, Verhaltens- und Problemlösungsorientierung) = "Realisierung der Existenz".

Damit wird verstärkt die Emotionalität als personales Moment einbezogen, insoferne Relativierung der "noetisch-geistigen" Dimension bei Frankl, die dort als das eigentliche personale Element angesehen wird. Dies führt zur fundamentalen Aufwertung der *Selbstannahme* als primärer Aktualisierung, an die sich *Selbst-Distanz* und *Selbst-Transzendenz* erst anschließen. Setzt somit bei Person in einem anderen Sinn an und nicht bei Selbsttranszendenz, ja zunächst auch noch nicht bei Selbstdistanz, sondern eben bei der Selbstannahme.

Allgemein: auch appellative bzw. konfrontative Züge; mit rationaler Ausrichtung in der klassischen (persuasiven) Ausprägung Nähe zur Verhaltenstherapie.

Verhaltenstherapie

Ausgerichtet nach naturwissenschaftlichem Paradigma (empirisch-positivistisches Wissenschaftsverständnis); im Zentrum steht die Anwendung der experimentellen Psychologie auf die klinische Praxis, das beobachtbare Verhalten (Behaviorismus) unter (streng) kontrollierten Untersuchungsbedingungen aus Gründen der Überprüfbarkeit der relevanten Variablen; Black Box-Modell bei Skinner (Reiz-Reaktions-Psychologie); Zurückweisung des Konzepts des Unbewussten; später: S-O-R;

- "Verhalten ist gelernt und kann verlernt werden"
- geändertes Verhalten (Rollenspiel) bewirkt veränderte Einstellungen
- Beziehungsverständnis: transparente Arbeitsbeziehung

Grundprinzipien der VT (nach Margraf: Lehrbuch der Verhaltenstherapie)

- * Orientierung an der empirischen Psychologie (Erfahrungsorientierung)
- * gegenwärtige Problematik (Problemorientierung)
- * Berücksichtigung der Problembedingungen
- * Zielorientierung
- * Handlungsorientierung (Erproben und Einüben alternativer Verhaltensweisen, aktive Beteiligung der Klienten, statt Einsichtsorientierung)
- * nicht nur auf Therapiesetting beschränkt (Hausaufgaben, Generalisierung im Alltag)
- * Transparenz (z.B. in der gemeinsam geplanten Ableitung des therapeutischen Vorgehens = Veränderungsmodells aus gemeinsamer Problemanalyse und Störungsmodell; demokratische Komponente)
- * Hilfe zur Selbsthilfe (Anregung zur Selbständigkeit)
- * ständige Weiterentwicklung

Historische Phasen und Grundmodelle

- a) Vorläufer und "Fundamentleger": Pawlow (klassische Konditionierung; "Assoziation"; "bedingter Reflex"); Bechterew (Reflexologie), Watson (Behaviorismus), Thorndike (Effekt-Gesetz);
- b) 30-er Jahre: Hull (Reiz-Reaktions-Schema), Tolman (latentes Lernen = Lernen ohne Belohnung; kognitive Variable), Skinner (operante Konditionierung); Guthrie (Kontiguitätstheorie: räumlich-zeitliche Nähe von Reiz und Reaktion nach dem Alles oder Nichts-Prinzip)
- c) eigentlicher Beginn der VT (1953-59): vor allem instrumentelle oder operante Konditionierung (Skinner, Hull, Wolpe, Eysenck): Verstärkung (reinforcement);
- d) Lernen am Modell (Bandura): abhängig von Macht und Sympathie des Modells
- e) kognitive Wende: Mahoney; Meichenbaum; Kanfer; Beck ("Kognitive Therapie"); Lazarus ("Multimodale VT"); Rational-Emotive Therapie (Ellis); Aufwertung von Kognitionen, Emotionen, Motiven (sozusagen O-Ebene)

Ätiologiemodell

Im Wesentlichen werden 3 Ursachenklassen angenommen (3-Faktoren-Modell):

- 1.) Prädispositionen (Vulnerabilitätsfaktoren)
- 2.) Auslösende Bedingungen (Ereignisse, belastende Erfahrungen)
- 3.) Aufrechterhaltende Bedingungen (Reaktionen, die eine Chronifizierung begünstigen); sind für die VT-Praxis am wichtigsten (auch hier spielt Generalisierung eine Rolle)

Methoden und Techniken (neben den sogenannten Basisfertigkeiten wie Gesprächsführung, Beziehungsgestaltung, Motivationsarbeit)

Konkrete Ausformulierung findet sich recht häufig in Therapiemanualen; am Beginn steht zuerst Problemanalyse: hypothesenartige Beschreibung und Erklärung der Probleme auch in Hinblick auf Zielvorstellungen! (inkl. Erhebung der Lebensbedingungen, Selbstkontrollversuche, Ressourcen und subjektiven Erklärungsmuster bzw. Laienätiologie)

Verstärkungsverfahren

- * Verstärkustraining (Belohnung für erwünschtes Verhalten; Ignorieren unerwünschter Verhaltensweisen = negative Verstärkung); Shaping (Aufbau von Verhaltensmustern in kleinen Schritten), Chaining (Einlernen von komplexen Handlungsketten), Fading (Ausblenden der Verstärkung); "Token-economy"; externe Kontrolle
- * Aversionstherapie: Bestrafung für unerwünschtes (aber attraktives) Verhalten
- * negative Übung: Ähnlichkeit zu paradoxer Intention (vgl. Frankl und systemische Symptomverschreibung); = Löschung (aufgrund ausbleibender Verstärkung)
- * Modell-Lernen (Modeling)

Konfrontationsverfahren (in sensu; in vivo)

- * Habituation: Gewöhnung an Situationen und Vorstellungen (Entängstigung durch allmähliches Vertrautwerden)
- * Flooding (Implosionstherapie): den angstausslösenden Reizen (in der Vorstellung oder in der Realität) voll (und nicht schrittweise) aussetzen (Reizüberflutung);
- * systematische Desensibilisierung (Wolpe, Dunlap): Angsthierarchie, Entspannung, Inkompatibilität von Entspannung und Angst! (Verhaltenstraining als Ich-Stärkung)

Entspannungsverfahren (eigentlich zu Konfrontationsverfahren)

- * Progressive Muskelentspannung (PME): Diskrepanz von Spannung und Entspannung
- * Autogenes Training (AT): Prinzip der Einflussnahme auch auf autonomes NS
- * Biofeedback: Prinzip der Trainierbarkeit des autonomen NS; über apparative Rückmeldung von Körperfunktionen (wie Atemfrequenz, Puls, Blutdruck, Hautdurchblutung, Muskelspannung, EEG,

Kognitive Therapien (ausgerichtet auf Bewertungen und Interpretationen des Klienten)

Neubewertungen von irrationalen Verhalten

- * Kognitive Umstrukturierung (Reattribution, Neubewertung): Rational-emotive Therapie (RET); Meichenbaum; Beck; Betonung auf rationalem Verhalten
- * Gedankenstop (zur Verhinderung zwanghafter Gedanken; gekoppelt mit Selbstinstruktionen)
- * Problemlösungstraining (Selbstkontrolltraining): Alternatives Verhalten ausprobieren, Entscheidungen treffen
- * Stressimpfungstraining: Vorbereitung auf Stress-Situation oft in Form von Selbstinstruktionen
- * Training sozialer Kompetenz ("self-assertiveness-training"): Selbstsicherheitstraining; Übung in Form von Rollenspielen (Vermittlung neuer Fertigkeiten)

Störungsspezifische Methoden (oft Kombinationen von mehreren Verfahren): z.B. Angstbewältigungstraining (Infos, Entspannung, Ablenkung, Selbstinstruktion, Aufbau von Selbstvertrauen)

- 1.) Theorie und Praxis häufig nicht deckungsgleich
- 2.) störungsspezifische Therapieverfahren vernachlässigen unspezifische Beschwerden
- 3.) allgemeines Vorgehen wenig entwickelt
- 4.) zu starke Betonung von Veränderungsprozessen
- 5.) Vernachlässigung des Erlebens (gilt für klassische VT)

Integrative Therapie (nach Hilarion Petzold)

Seit den 1970er-Jahren von Hilarion Petzold (*1944) und Mitarbeiterinnen (Hildegund Heintz, Johanna Sieper, Ilse Orth) entwickelt; Petzold selbst studierte (1963-71) in Paris (Rezeption u. a. von Merleau-Ponty, Marcel, Ricoeur, Foucault, denen er wesentliche metatheoretische Bausteine u. a. der anthropologischen und ethischen Basis seines Ansatzes verdankt); diverse eigentherapeutische Erfahrungen und Ausbildungen: klassische Psychoanalyse, Analyse bei V. Iljine in der Tradition Ferenczis, Psychodrama (bei J. Moreno), Gestalttherapie (bei F. Perls und Price), Verhaltenstherapie, Körpertherapie (u.a. bei Ola Raknes, Anhänger Wilhelm Reichs).

Hauptanliegen: Auf der Grundlage philosophischer Meta-Theoreme (und damit eines eigenständigen, nicht-eklektischen anspruchsvollen Entwurfes) schulübergreifende Konzeptualisierung und konnektivierende (vernetzende) Integration von unterschiedlichen (klinischen) Theorien (real-explikative Theorien, z. B. Persönlichkeits- und Entwicklungstheorie, ätiologische Modelle), die sich als konsistent und überzeugend darstellen, und - darauf aufbauend – von Praxeologien bzw. von Praxis, deren Nützlichkeit sich auch empirisch belegen lässt.

Petzold sieht sich – neben z. B. Lazarus, Norcross, Grawe - als wesentlichen Vertreter eines „*neuen Integrationsparadigmas*“ (demgegenüber „*altes Integrationsparadigma*: z. B. Reil, P. Janet, Iljine, French & Alexander), jedoch nicht als Begründer einer neuen Schule!

Petzolds Integrationsansatz ist eine disziplinüberschreitende (transversale, polylogische), mehrperspektivische *Orientierung* mit sehr gut ausgewiesener philosophischer Grundlegung und einer übergreifenden Therapietheorie im Rahmen bzw. auf dem Boden von (klinischer) Psychologie, aber auch der Bio- und Sozialwissenschaften.

Grundkonzepte: Der Mensch als „*bio-psycho-soziales Wesen*“, das in seinem sozio-ökologischen *Kontext* und zeitlichem *Kontinuum* zu sehen ist; daher auch Abstand vom Terminus „Psychotherapie“ bzw. von „Körpertherapie“;

phänomenologische (Merleau-Ponty und H. Schmitz: Mensch mit seiner „(Zwischen-)Leiblichkeit“, als „*Leibsubjekt*“; „*informierter Leib*“ als mit den Erkenntnissen der modernen Neurowissenschaften abgestimmter Kernbegriff), hermeneutische (Ricoeur) und existenzphilosophische Fundierung (mit Bezugnahme vor allem auf Gabriel Marceles Intersubjektivitätsverständnis, aber auch auf Levinas, Buber und Bahktin): Mensch als Mit-Sein, also intersubjektiv Eingeborener („*Ko-existenz*“ und „*Ko-respondenz*“ als Herzstück von Theorie und Praxis);

der Mensch wird als „*schöpferisch*“ (in Opposition zur Triebkonzeption der klassischen Psychoanalyse) betrachtet; *Persönlichkeitstheorie*: Selbst, Ich und Identität (Wechselspiel von Fremd- und Selbstattributionen) konstituieren Persönlichkeit; entwicklungstheoretisch ist die gesamte „*Lebensspanne*“ von eminenter Bedeutung („*life span developmental approach*“)

Praxeologie und Praxis: Geprägt von einem Einbezug der *tiefenpsychologischen Orientierung* (vor allem aktive, elastische psychoanalytische Tradition nach Sandor Ferenczi) (konfliktzentriert-aufdeckend), der Berücksichtigung der *humanistisch-erlebnisorientierten Dimension* (Therapeutisches Theater nach V. Iljine, Psychodrama und Gestalttherapie) (erlebniszentriert-stimulierend) und *verhaltenstherapeutischer Elemente* (übungsorientiert-funktional, Neuorientierung und Transfer im tetradischen Prozess als abrundende Größen nach Initial-, Aktions- und Integrationsphase), jeweils mit einer Fülle von methodischen Zugängen (verbal, non-verbal, körper- und bewegungsorientiert, kreative Medien, ...). Die tiefenpsychologische Komponente kommt vor allem in der kognitiv-hermeneutischen Aufarbeitung unbewusster (biografischer) Zusammenhänge zum Tragen (hermeneutische Spirale: Wahrnehmen, Erfassen, Verstehen, Erklären); ausdrückliche Ablehnung der Abstinenz des Psychotherapeuten als Entfremdung fördernde Haltung.

Settings: Neben der Arbeit im Einzelsetting *Soziotherapie* (inkl. Paar-, Familien- und Gruppentherapie sowie Netzwerkarbeit), wobei aus historischer Sicht und konzeptuell vor allem die Arbeit in und mit Gruppen reichlich ausgearbeitet ist; Erfahrungen mit verschiedensten Patientengruppen (u.a. mit alten und schwerkranken Menschen, drogenabhängigen und traumageschädigten Personen); über kurative Ausrichtung an psychopathologischen Phänomenen, d.h. der Beachtung von Defiziten, Traumata, Störungen und Konflikten, hinaus auch gesundheitsfördernde („*Salutogenese*“, *protektive Faktoren, Ressourcen*), persönlichkeitsentwickelnde (emanzipatorische) und kulturkritische (an Würde und Souveränität des Menschen sowie Wertschätzung für den Anderen gemahnende altruistisch-ethische und gesellschaftskritisch-politische Position).

Methoden: 4 „Wege der Heilung und Förderung“:

1. Bewusstseinsarbeit und Einsicht: konfliktlösend, aufdeckend, klärend (Arbeit an kognitiven Schemata), sinnerhellend (durch Sinnerfassung, -verarbeitung und –schöpfung)
2. Defizitfüllende Perspektive (vor allem bei schwerwiegenden Beeinträchtigungen): Nach- und Neusozialisierung („Parenting“), korrigierende Erfahrungen, Differenzierung emotionaler Schemata (konflikt- bzw. erlebniszentriert)
3. Erlebnisaktivierung sowie Aktivierung von Ressourcen und Handlungsalternativen (erlebnis- und übungszentriert): Förderung von Ressourcen, Einsatz kreativer Medien, Einbeziehung des Alltagslebens als Experimentierfeld
4. (Alltags-)Praktische Lebenshilfe: Solidaritätserfahrungen unterstützende Methoden, soziotherapeutische Maßnahmen bei akuten Belastungen und in prekären Lebenslagen (netzwerkorientiert);

ein sehr elaborierter Strang des gesamten Entwurfes ist die „*Integrative Bewegungs- und Leibtherapie*“ (vormals: „Thymopraktik“); so ist Petzold denn auch zu den Pionieren der „neuen Körpertherapien“ in Europa zu zählen.

Anerkannte psychotherapeutische Fachausbildungen in Österreich

(Arbeitspapier Stumm, Stand 2009; **Stand 2010** Angaben ohne Gewähr)

	Methoden	Ausbildungseinrichtung	Voraussetzungen bzw. Aufnahmemodus	Mind. Dauer in J.	Lehrtherapie / Selbsterfahrung Einzel / Gruppe	Theorie	eigene Praxis	Supervision der eigenen Praxis Einzel / Gruppe	Praktikum	Praktikum-supervis.	Sonstiges	Abschluss	Mindestkosten in €
1	Analytische Psychologie	ÖGAP	3 x 2 Gespräche mit LehranalytikerInnen	5-6	300 bei männl. u. weiblichen Lehranalytikern	300	600	120 > 100 / 20	550	30	Falldokumentation Referate Prüfungen	Diplomarbeit Abschlussvortrag	>35.000
2	Analytische Psychologie	SGTP	dzt. keine Ausbildung										
3	Autogene Psychotherapie	ÖGATAP	1 Einführungsseminar, 1 Aufnahmegespräch	4-6	100 / 390	300	600	120	550	30		1 Fallbeschreibg. Abschlusskoll.	>20.000
4	Daseinsanalyse	ÖDAI	2 Gespräche, Selbsterfahrung (Lehranalyse mind. 100 Std.)	5	400 Lehranalyse	360	900	125 Kontrolle in der Gruppe 125 Einzelkontrolle	550	30	2 Arbeiten, die im Seminar vorgestellt werden (1 theoret., 1 prakt.)	Klausurarbeit Abschluss- kolloquium	>36.850
5	Dynamische Gruppenpsychotherapie	ÖAGG	2 Gespräche 1 Gruppentraining (4-5-tägig, 40 Std.)	5-7	120 / 440	300	600	>50 / >50 (20 frei wählbar)	550	30		Abschlussarbeit, Fall- od. Gruppenverlaufsdarstellung	>25.500
6	Existenzanalyse	GLE-Ö	2-tägiges Auswahlseminar, 2 Gespräche	5-6	50 / 245	420	600	-/150 (5 Th.verl. + 5 Themen-SV)	550	30	3 schriftl. Prüfungen, 60 Std. Fortb. GLE	Abschlussarbeit	>16.000
7	Existenzanalyse	Schloss Hofen	2-tägiges Auswahlseminar, 2 Gespräche	4-5	50 / 245	420	600	-/150 (5 Th.verl. + 5 Themen-SV)	550	30	3 schriftl. Prüfungen, 60 Std. Fortbildung	Abschlussarbeit	>17.000
8	Logotherapie und Existenzanalyse	ABILE	1 Auswahlseminar	4-5	60 / 190	300	600	120	550	30	4 mündl.-schriftl. Prüfg., Falldoku, Live-Superv.	Abschlusskoll. Praktikumsarbeit	>18.870
9	Gestalttheoretische Psychotherapie	ÖAGP	Aufnahmegespräch mit 2 Lth 2x jährl. Einstieg in Gruppe	5-6	60 / 514	428	600	48 / 314	550	30	Theorieprüfung, Fachvorträge, div. schriftl. Arbeiten	Abschlussarbeit	>22.610
10	Integrative Gestalttherapie	ÖAGG in Kooperation mit der Donau-Universität Krems	Zulassungssseminar (3-tägig bzw. 18 Std.) 2 Gespräche	5-6	150 / 216 (2 J.)	604	600	60 / 60	550	30	-	Schriftliche Abschlussarbeit	>30.000 (inkl. Studiengebühren von 13.230 für 7 Sem.)

	Methoden	Ausbildungseinrichtung	Voraussetzungen bzw. Aufnahmemodus	Mind. Dauer in J.	Lehrtherapie / Selbsterfahrung Einzel / Gruppe	Theorie	eigene Praxis	Supervision der eigenen Praxis Einzel / Gruppe	Praktikum	Praktikum-supervis.	Sonstiges	Abschluss	Mindestkosten in €
11	Integrative Gestalttherapie	IGW	1 Auswahlseminar	5-6	120/366	606	600	280 >50 / >180	550	30	-	Abschlussarbeit Abschlusskoll.	>27.900
12	Gruppen-psychoanalyse	ÖAGG	Aufnahmegespräche mit 2 LehrtherapeutInnen	4-6	300 / 250	300	600 (300 Gruppe)	80 / 80	550	30	Referate für Theorieseminare Fallbeschreibungen (für Supervision)	Abschlusskoll.	>35.600
13	Hypnose-psychotherapie	ÖGATAP	1 Einführungsseminar, 1 Aufnahmegespräch	4-5	100 / 300	300	600	120	550	30		1 Fallbeschreibung Abschlusskoll.	>19.000
14	Individualpsychologie	ÖVIP	5 Vorstellungsgespräche	4-5	300 / 30	300	600 3 längerfristige Fälle	120 Kontrollanalyse (3 Fälle, mind. 2 Erwachsene)	550	30	50 Std. Schwerpunkte	schriftl. u. mündl. Vortrag	>31.500
15	Integrative Therapie	Donau-Uni Krems (DUK)	3 Aufnahmegespräche	4-6	80 / 250	370	600	120 <30 / 90	550	30	Inskription an der Donau-Uni Krems	Schriftl. Abschlussarbeit / Master Thesis Kommissionelle Abschlussprüfung	>25.500 (inkl. Teilnahmegebühren 13.230 für 7 Sem.)
16	Katathym-Imaginative Psychotherapie	ÖGATAP	1 Einführungsseminar, 1 Aufnahmegespräch	5-6	100 / 390	300	600	120	550	30		1 Fallbeschreibg. Abschlusskoll.	>20.000
17	Klientenzentrierte Psychotherapie	ÖGWG in Kooperation mit der Donau-Universität Krems	1 Auswahlgespräch, Auswahlseminar (20 Std.)	4-6	100 / 253	342	600	120 ca. 80 / 40	550	30	Teilnahme an regionaler AG (160 Std.)	Schriftl. Arbeit (Masterthese) Abschlusskoll.	>25.500 (inkl. Studiengebühren von 13.230 für 7 Sem.)
18	Konzentrierte Bewegungstherapie	ÖAKBT in Kooperation mit der Donau-Universität Krems	25 Std. Erfahrung in KBT (inkl. 15 Std. Auswahlseminar) 3 Auswahlgespräche	5-7	150 / 225	350	600	120 >30 / 90	550	30	Beobachtung 30 Std. Co-Leitung 60 Std.	Schriftl. Falldarstellung, prakt. Prüfung Master-Thesis	>27.700 (inkl. Studiengebühren von 13.230 für 7 Sem.)
19	Personenzentrierte Psychotherapie	APG	4-tägiges Entscheidungsseminar 2 Gespräche 30 Std. meth.spezif. SE	4-5	300 80-140 / 220-160	320	600 (davon 300 Einzel)	220 >50 / > 110 (mind. 3 Fälle) 60 nach freier Wahl	550	30	Schriftl. Arbeit	Abschlussreflexion über einen Fall	Forum: >19.300 IPS: >18.100
20	Personenzentrierte Psychotherapie	VRP	Auswahlseminar, 2 Gespräche, 30 Std. SE	4	300 >120 / >50	370	600	120 > 50 / > 70	550	30	-	Abschlussprüfung	>18.000

	Methoden	Ausbildungseinrichtung	Voraussetzungen bzw. Aufnahmemodus	Mind. Dauer in J.	Lehrtherapie / Selbsterfahrung Einzel / Gruppe	Theorie	eigene Praxis	Supervision der eigenen Praxis Einzel / Gruppe	Praktikum	Praktikum-supervis.	Sonstiges	Abschluss	Mindestkosten in €
21	Psychoanalyse	WPV	4 Aufnahmegespräche	6-8	600 Lehranalyse (mind. 4E/Wo, mind. 4 Jahre)	300 + wiss. Veranst.	600 mind. 2 Fälle mit 4E/Wo über je 2 Jahre, 2. Fall teilbar	160 Kontrollanalyse + kontinuierl. Fallsem.	550 (auch Beratungsstelle)	30	Impulsreferate in Seminaren	Abschlussvortrag bzw. schriftl. Arbeit	>42.000
22	Psychoanalyse	WAP	lfd. Analyse im fortgeschr. Stadium (mind. 4E/Wo), 4 Gespräche	6-9	300 Lehranalyse (Ø 600-800) (mind. 4E/Wo)	440	600 (davon 2 Fälle mit 4E/Wo)	120 Kontrollanalyse (1E/Wo, 2 Fälle, je 1 Jahr)	550 (psychoanal. / psychiatr.)	30	Schriftliche Arbeit 3 Ausb.-veranst.	Abschlussvortrag (im Allg. Sem.)	>31.600
23	Psychoanalyse	SAP	400 Std. Einzelanalyse, 3 Gespräche 2 J. Berufspraxis	7-10	400 / 100 (mind. 3E/Wo)	318	600 (dav. 2 F. m. mind. 3E/Wo u. 200 E)	120 (bei 2 versch. SV, davon mind. 60 Einzel)	550 (dav. 320 Psychiatrie)	30	Ausb.-WE, Symposien (4 Veranstaltungen)	Schriftl. Arbeit, Falldarst., Abschlusskomitee	>40.000
24	Psychoanalyse	IAP	3 Gespräche	5-6	400 / 60	600	600 (1 Fall mit 2-3E/Wo, u. 200E)	>120 / >120	550	30	2 Kolloquien, 6 Tagungen (4x davon 4 Ausb.-WE)	Abschlusskoll., schriftl. Falldarstellung	>44.500
25	Psychoanalyse	APLG (Arb.kreis Psa. Linz/Graz)	wissenschaftl. Vorbildung, 2 J. Praxis im Berufsfeld, 3 Gespräche	6	400 / 120	300	600 (3E/Wo, 1 Analyse > 200 E)	150 (Einzel bzw. Gruppe)	550	30	30 Std. Kasuistik-Sem.	schriftl. Falldarst. Abschlusskoll. Abschlussvortrag	>40.000
26	Psychoanalyse	WKPS	3 Gespräche 50 Std. Gruppen-SE	6	400 Lehranalyse (mind. 4 J.) Gruppe empf.	350	600 (davon mind. 400 im Einzelsetting)	120 / 90	550	30	Teilnahme an wiss. Veranst. d. Kreises	Schriftliche Arbeit, Abschlussvortrag	>40.400
27	Psychoanalyse	P.S.I.	nach Mögl. Studium (Psychol., Päd., Med.), 1-jähr. Berufspraxis, 3 Gespräche	5-6	300 Lehranalyse (2-3 Wochenstd.)	640 + 200 Eigenstudium	600	170 100 / 50 (mind. 2 Langzeitth.)	550	30	SV v. 20 biograph. Anamnesen WE-Sem., Vereinstagungen	Abschlusskoll., Abschlussarbeit	>40.500
28	Psychodrama	Uni Innsbruck	2-tägiges Sem. + 1 Gespräch	4-5	90 / 240	625	600	120	550	30		Abschlussarbeit Abschlussprüfung	>20.300
29	Psychodrama	ÖAGG in Kooperation mit der Donau-Universität Krems	30 Einzel od. 80 Gruppe, 1 Gespräch, Zulassungsseminar	4-7	100 / 240	334	600 (80 Co-Leitg., 80 G., 100 E., 180 frei, 180 SV-Gruppe)	120 >40 / >40	550	30	160 Übungen Schriftl. Arbeit 2 Evaluationen	Abschlusskoll.	>27.900 (inkl. Studiengebühren von 13.230 für 7 Sem.)
30	Systemische Familientherapie	ÖAS	1-täg. Auswahl-Sem., 1-2 Gespräche	4	80 / 150	436 (Wien) sonst 400	600	160 Gruppensuperv. + 60 Kleingruppe bzw. 220 Gruppe	550 (150 klin., 200 system.)	30	2 Live-SV mit Klienten oder Videos von eig. Klienten	2 Therapieprotokolle, theoret. Arbeit	Wien: >23.300 Graz, Sbg. und Innsbruck: >20.800

	Methoden	Ausbildungseinrichtung	Voraussetzungen bzw. Aufnahmemodus	Mind. Dauer in J.	Lehrtherapie / Selbsterfahrung Einzel / Gruppe	Theorie	eigene Praxis	Supervision der eigenen Praxis Einzel / Gruppe	Praktikum	Praktikum-supervis.	Sonstiges	Abschluss	Mindestkosten in €
31	Systemische Familientherapie	la:sf	2-täg. Auswahltagung, 2 Gespräche	4-4,5	80 / 120	420	600	220 Klein-Gruppe (incl. Live-SV)	550	30	200 Std. Peer-Gruppenarbeit, 20 Std. Ethik und Religion, 40h Literaturstudium, 3 Kolloquien	Abschlusskolloquium (inkl. Live-SV) Abschlussarbeit (inkl. schriftlicher Falldarstellung)	>24.800
32	Systemische Familientherapie	ÖAGG	2 Aufnahmegespräche 1-tägiges Auswahlseminar	4	80 / 165 + 30 in einer anderen Methode	350	600	200 (davon 40 Einzel oder Kleingruppe)	550	30	3 Live-SV Peergruppenarbeit	Abschlussarbeit (theoret.-method. Arbeit) und Abschlusskoll.	>21.500
33	Transaktionsanalytische Psychotherapie	ÖATA in Kooperation mit DUK	3 Gespräche	6	200 160 Einzel	325	600	120 (davon max. 30 in der Gruppe)	550	30	Übungsseminare + Live-SV, Referat und Live-SV zum Kontrollstadium	schriftliche Falldarstellung, Kolloquium	>32.290 (inkl. Studiengebühren von 13.230 für 7 Sem.)
34	Transaktionsanalytische Psychotherapie	ITAP	Ausw.sem. (2-tägig) + 2 Gespräche	5	200 120 Einzel	325	600	120 (Einzel-, Gruppen- od. Live-SV)	550	30	Literaturstudium, Fallstudie (Theorie + Technik)	Koll., 1 Falldarst. (schriftl.+ Tonband)	>25.000
35	Transaktionsanalytische Psychotherapie	WITA	Aufnahmeseminar, 2 Gespräche, 10 Std. Selbsterfahrung	5	250 davon 180 Einzel	300	600	150 (50 Einzel, mind.100 Gruppe)	550	30	Literaturstudium, Fallstudie Theorie+Praxis	Kolloquium, 2 Falldarst.	>28.000
36	Verhaltenstherapie	ÖGVT	2-tägiges Aufnahmeseminar, 2 Gespräche	4-6	356 80 / 150+126	340	600	150 1 x 30 / 2 x 60	550	30	Teilnahme an Falldisk. (40 Std.)	Evaluation, schriftl. Falldarst., Abschlussvortrag	>18.500
37	Verhaltenstherapie	AVM	2-tägiges Aufnahmeseminar (inkl. 3 Gespräche)	4-6	200 (> 50 / > 100)	610	700	120 > 50 / 70 Kl.gruppe	550	30	Literaturstudium 2 Zwischen und 1 Endprüfgen.	Abschlusskoll., 4 Falldarst.	>20.000

Die angeführten Werte sind grundsätzlich Mindestwerte!

Abkürzungen: Aufn.=Aufnahme, Ausw.=Auswahl, Darst.=Darstellung(en), E=Einheit(en), Gespr.=Gespräch(e), Grpp.=Gruppe(n), J.=Jahr, k. I.=keine Information verfügbar, Koll.=Kolloquium, SE=Selbsterfahrung, Sem.=Seminar(e), SV=Supervision, WE=Wochenende, Wo=Woche

!

**Psychotherapeutisches Fachspezifikum: Ausbildungseinrichtungen
geordnet nach Zahl der Ausbildungsteilnehmer/innen** (Stand: 1. Juni 2006)

Österr. Ges. für angewandte Tiefenpsychologie und allgemeine Psychotherapie (ÖGATAP) – Katathym Imaginative Psychotherapie	308
Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse (GLE-Ö)	227
Österr. Arbeitsgemeinschaft für Systemische Therapie und Systemische Studien (ÖAS)	199
Arbeitsgemeinschaft Personenzentrierte Psychotherapie, Gesprächsführung und Supervision (APG)	155
Österr. Gesellschaft für Verhaltenstherapie (ÖGVT)	128
Österr. Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG) - Fachsektion für Psychodrama, Soziometrie und Rollenspiel	125
Österr. Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG) - Fachsektion Integrative Gestalttherapie	120
Österr. Verein für Individualpsychologie (ÖVIP)	119
Österr. Ges. für angewandte Tiefenpsychologie und allgemeine Psychotherapie (ÖGATAP) – Autogene Psychotherapie	100
Institut für Integrative Gestalttherapie Wien (IGW)	89
Österr. Gesellschaft für wissenschaftliche, klientenzentrierte Psychotherapie und personorientierte Gesprächsführung (ÖGWG)	86
Österr. Ges. für angewandte Tiefenpsychologie und allgemeine Psychotherapie (ÖGATAP) – Hypnosepsychotherapie	85
Arbeitsgemeinschaft für Verhaltensmodifikation (AVM)	84
Lehranstalt für Systemische Familientherapie (LSF)	81
Österr. Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG) - Fachsektion Systemische Familientherapie	60
Arge Transaktionsanalyse (Arge TA) → ITAP + ÖATA	51
Ausbildungsinstitut für Logotherapie und Existenzanalyse (ABILE)	50
Wiener Arbeitskreis für Psychoanalyse (WAP)	41
Österr. Arbeitskreis für Konzentrierte Bewegungstherapie (ÖAKBT)	40
Österr. Arbeitsgemeinschaft für Gestalttheoretische Psychotherapie (ÖAGP)	38
Wiener Psychoanalytische Vereinigung (WPV)	34
Österr. Gesellschaft für Analytische Psychologie (ÖGAP)	33
Salzburger Arbeitskreis für Psychoanalyse (SAP)	32
Wiener Kreis für Psychoanalyse und Selbstpsychologie (WKPS)	20
Institut für Kommunikation im Berufsleben und Psychotherapie der Uni Innsbruck	19
Vereinigung Rogerianische Psychotherapie (VRP)	18
Arbeitskreis für Psychoanalyse Linz/Graz	16
Psychoanalytisches Seminar Innsbruck (P.S.I.)	15
Österr. Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG) - Fachsektion Gruppendynamik und Dynamische Gruppenpsychotherapie	15
Österr. Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG) - Fachsektion Gruppenpsychoanalyse	10
Innsbrucker Arbeitskreis für Psychoanalyse (IAP)	8
Österr. Daseinsanalytisches Institut für Psychotherapie, Psychosomatik und Grundlagenforschung (ÖDAI)	4
Salzburger Gesellschaft für Tiefenpsychologie - C.G. Jung-Institut	3*
Universitätslehrgang „Psychotherapie“ an der Donau-Universität Krems, Zentrum für Psychosoziale Medizin (Integrative Therapie)	0**
[Schloss Hofen, Zentrum für Wissenschaft und Weiterbildung (Existenzanalyse)	0***]
[Österr. Trainingszentrum für NLP und Neurolinguistische Psychotherapie (ÖTZNLP)	0***]

dzt. nicht ausbildungsaktiv, ** Ende 2005 anerkannt, *** 2007 anerkannt

**Anzahl der eingetragenen Psychotherapeuten in den einzelnen Methoden
Vergleich 2005 mit 2009 (Stand: 4/2009)**

Zusatzbezeichnung	Anzahl 2005	Anzahl 2009	Zunahme (in %)
Analytische Psychologie	57	73	28,1
Autogene Psychotherapie	59	66	11,9
Daseinsanalyse	3	12	nicht aussagekräftig
Dynamische Gruppenpsychotherapie	183	188	2,7
Existenzanalyse	73	136	86,3
Existenzanalyse und Logotherapie	161	215	33,5
Integrative Gestalttherapie	334	419	25,4
Integrative Therapie	-	86	nicht aussagekräftig
Gruppenpsychoanalyse	77	87	13,0
Gestalttheoretische Psychotherapie	42	60	40,0
Hypnosepsychotherapie	55	80	45,4
Individualpsychologie	162	181	11,7
Katathym Imaginative Psychotherapie	313	386	23,3
Klientenzentrierte Psychotherapie	575	615	6,9
Konzentrierte Bewegungstherapie	36	44	22,2
Personenzentrierte Psychotherapie	222	299	34,7
Psychoanalyse	330	388	17,6
Psychodrama	225	287	27,6
Systemische Familientherapie	1111	1364	22,8
Transaktionsanalytische Psychotherapie	93	115	23,6
Verhaltenstherapie	570	691	21,2
insgesamt	5885	6896	17,2

Die Anzahl der insgesamt eingetragenen PsychotherapeutInnen ist jeweils höher, da bis 30.6.1993 aufgrund der Übergangsbestimmungen gemäß § 26 Abs. 1 PthG eine Eintragung in die Psychotherapeutenliste ohne fachspezifischen Abschluss möglich war.

Zusatzbezeichnungen (BMG, Stand: 27. 4. 2009)	Anzahl*	%
Systemische Familientherapie	1364	19,8%
Verhaltenstherapie	691	10,0%
Klientenzentrierte Psychotherapie	615	8,9%
Integrative Gestalttherapie	419	6,0%
Psychoanalyse	388	5,6%
Katathym Imaginative Psychotherapie	386	5,6%
Personenzentrierte Psychotherapie	299	4,3%
Psychodrama	287	4,2%
Existenzanalyse und Logotherapie	215	3,1%
Dynamische Gruppenpsychotherapie	188	2,7%
Individualpsychologie	181	2,6%
Existenzanalyse	136	2,0%
Transaktionsanalytische Psychotherapie	115	1,7%
Gruppenpsychoanalyse	87	1,3%
Integrative Therapie	86	1,2%
Hypnosepsychotherapie	80	1,2%
Analytische Psychologie	73	1,1%
Autogene Psychotherapie	66	1,0%
Gestalttheoretische Psychotherapie	60	0,9%
Konzentrierte Bewegungstherapie	44	0,6%
Daseinsanalyse	12	0,2%
Neurolinguistische Psychotherapie	-	-

* Obwohl eine Reihe von Personen mehr als eine Zusatzbezeichnung hat, ist die Summe kleiner als die Gesamtzahl der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Österreich, weil in dieser auch jene Personen eingerechnet sind, die keine Zusatzbezeichnung aufweisen.