

# Humanistische Psychotherapie im Kontext des deutschen Gesundheitssystems

Jürgen Kriz

Universität Osnabrück

**Zusammenfassung:** Vielen Leserinnen und Lesern<sup>1</sup> dieser Zeitschrift dürfte die Tatsache bekannt sein, dass die „Arbeitsgemeinschaft Humanistische Psychotherapie (AGHPT)“ im Oktober 2012 den Antrag an den „Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG“ (WBP) gestellt hat, die „Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung des Verfahrens Humanistische Psychotherapie“ vorzunehmen. Über die Gründe und tieferen Zusammenhänge dieses Schrittes herrscht allerdings, wie der Autor u.a. auf diversen Veranstaltungen von Kammern, Regionalgruppen, und anderen feststellen konnte, viel Unklarheit. Daher soll der folgende Beitrag mit zur Aufklärung beitragen – dabei aber nicht so sehr die administrativen Notwendigkeiten sondern die inhaltlichen Aspekte ins Zentrum stellen.

## Zu den Rahmenbedingungen

Klassifikationssysteme und Einteilungen aller Art spiegeln in der Regel mehr die Interessen und Motive der Ordnenen wider als eine ontologisch gegebene Struktur des Gegenstandes. So kann man sowohl von „Europäern“, „Asiaten“, „Afrikanern“ etc. sprechen, als auch, innerhalb Europas, z. B. zwischen „Franzosen“ und „Griechen“ unterscheiden – und sogar, quer zum geographischen Aspekt, die Unterschiede zwischen „Männern“ und „Frauen“, „Rentnern“ und „Berufstätigen“ oder „Christen“ und „Muslimen“ ins Zentrum der Betrachtungen rücken.

Nicht anders steht es mit der Klassifikation von psychotherapeutischen Grundüberzeugungen und Vorgehensweisen. Es gibt, beispielsweise, gute Gründe zwischen den Ansätzen von Freud, Adler oder Jung zu unterscheiden – allein schon, weil sich über Jahrzehnte hinweg Lehrbücher und Kurse dieser Richtungen vornehmlich mit diesen Abgrenzungen und Unterscheidungen beschäftigt haben. Und es gibt genauso gute Gründe, nicht nur diese drei, sondern weitere Ansätze insgesamt als „Psychodynamische Psychotherapie“ den ebenso unterscheidbaren Ansätzen der „Verhaltenstherapie“ (VT) insgesamt gegenüberzustellen bzw. diese voneinander abzugrenzen. Die Frage ist eben, welche Aspekte man für wichtig erklärt und was man damit beabsichtigt.

Als vor rund einem halben Jahrhundert Psychotherapie gegen den erbitterten Widerstand mancher anderer Ärztegruppen Leistung im System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wurde – und auch als rund zwei Jahrzehnte später sich die VT ebenfalls

gegen erbitterte Widerstände der Kräfte im System einen Platz erkämpfte – schien die Idee großer Richtlinienverfahren durchaus eine der angemessenen Klassifikationen für diesen Zweck zu sein. Zwar erwiesen sich die Vorstellungen der administrativen Fachleute in der Vorläuferorganisation des heutigen „Gemeinsamen Bundesausschusses“ (G-BA) immer weniger auf dem Stand der raschen Entwicklung der Psychotherapie: Die verkrustete reglementierenden Verbote jeglicher Integration der Richtlinienverfahren widersprach dem internationalen Trend. Aber de facto hatte man über das Instrument der Kostenerstattung einen guten Ausgleich geschaffen, den Anschluss an diese internationale Entwicklung nicht ganz zu verlieren, sondern eben auch andere Verfahren, deren Wirksamkeit nachgewiesen, international Bestandteil der Wissenschaft geworden waren und auch an deutschen Universitäten gelehrt und beforscht wurden, den Patienten nicht vorzuenthalten. Beispielsweise mussten für das Zertifikat „Gesprächspsychotherapeut“ im Rahmen der GwG mindestens fünf abgeschlossene Behandlungen mit jeweils Anamnese, Katamnese und in der Regel auch Zwischen-Tests (oft zu jeder Sitzung) mit sorgfältiger Dokumentation der Diagnostik und des Behandlungsverlaufs und der Evaluation von drei Bandmitschnitten der Behandlung erbracht werden. Eine solche hoch qualitative, umfassende Evaluation der Behandlung hat kein m.W. anderes Verfahren vorzuweisen – man darf allein in der BRD von über zehntausend so erbrachten Wirksamkeitsbelegen ausgehen.

Bekanntlich änderte sich dies drastisch mit dem PsychThG 1999. Obwohl es auf den ersten Blick gar nicht so wichtig schien, wer nun als erstes Verfahren zugelassen würde und wer nicht – denn die anderen „wissenschaftlich anerkannten“ Verfahren sollten aufgrund der Gutachten eines für diesen Zweck installierten „Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie“ (WBP) ja auch zugelassen werden – erwies sich diese Formulierung „wissenschaftlich anerkannt“ als Hebel, die Begutachtungen über Jahre zu verzögern und inzwischen ein in der Welt wohl einmaliges Regelwerk zu installieren, das de facto die berufs- und sozialrechtliche Wieder-Zulassung seit 15 Jahren verhindert hat.

Es soll hier aber nicht der Ort sein, die Entwicklung und Ausgestaltung dieses Regelwerks nachzuzeichnen – dazu sei u.a. auf die Anträge der AGHPT an den WBP verwiesen<sup>2</sup> bzw. auf Kriz (2011). Daraus geht hervor, dass die vom WBP und vom G-BA zu prüfenden „Verfahren“ definitorisch deutlich anders ausgestattet sein müssen als das, was klassisch unter „Verfahren“ zu ver-

stehen war – etwa Individualpsychologie nach Adler, „Rational Emotive Therapie (RET)“ nach Ellis oder „Emotionsfokussierte Therapie (EFT)“ nach Greenberg – und was in der internationalen Literatur als „approach“ etc. auftritt. Das vom WBP immer weiter ausgebauten „Methodenpapier“ für die Kriterien zur Zulassung<sup>3</sup> hat – in Verschränkung mit den Regeln des G-BA und Aspekten wie „Schwellenkriterium“ oder „Verfahrensbreite“ – zur Folge, dass überhaupt nur die vier großen psychotherapeutischen Cluster „Psychodynamische Psychotherapie“, „Verhaltenstherapie“, „Systemische Therapie“ sowie „Humanistische Psychotherapie“ in der Lage sind, jeweils ein „Verfahren“ gemäß diesem Methodenpapier sein zu können, das letztlich den in der BRD notwendigen Status eines Richtlinienverfahrens erlangen kann. Psychodynamische Psychotherapie, Verhaltenstherapie und Systemische Therapie haben entsprechende Adaptationsleistungen vollzogen. So wäre es wohl noch vor kurzem schwer vorstellbar gewesen, dass sich die Psychoanalyse, die sich international seit über hundert Jahren als umfassendes Psychotherapieverfahren versteht und für das gesamte Spektrum klinischer Störungen (sowie vieler Beratungsproblematiken) ausdifferenziert wurde, nun auf deutschem Boden selbst zu einer von 20 weiteren „Methoden“ des „Verfahrens“ „Psychodynamischen Therapie“ erklärt – gleichberechtigt neben anderen „Methoden“ wie „supportive-expressive Psychotherapie (SET)“, „Conversational Model nach Hobson und Meares“, oder „Cognitive analytic therapy (CAT) nach Tony Ryle“. Doch im Kontext des deutschen Gesundheitssystems erschien den Vertretern diese Anpassungsleistung zum Überleben notwendig.

Auch die Humanistische Psychotherapie muss eine solche Anpassungsleistung vollziehen – zumal die inhaltlich-konzeptionelle und theoretische Einheit der HP keineswegs geringer ist als die der Psychodynamischen Psychotherapie oder der Verhaltenstherapie. Nicht zuletzt aus diesem Grunde wurde Ende 2010 die „Arbeitsgemeinschaft Humanistische Psychotherapie (AGHPT)“ aus zehn humanistischen Verbänden<sup>4</sup> in der BRD gegründet. Dem war bereits ab 2008 eine Initiative „Großer Ratschlag“ von Heinrich Bertram vom VPP im BDP vorausgegangen.

Trotz des gewählten Begriffs „Anpassungsleistung“ – welcher die formalen Beweggründe der Entstehung der AGHPT abbildet – kommen in der HP nun aber nicht einfach unterschiedliche Strömungen der HP unter einem gemeinsamen Dach zusammen. Vielmehr ist die Logik andersherum zu beschreiben: die unterschiedlichen, konzeptionell ausdifferenzierten Ansätze der HP besinnen sich mit dem Bekenntnis zur AGHPT und zur HP endlich explizit ihrer gemeinsamen Wurzeln und – trotz Würdigung der jeweils unterschiedlichen Schwerpunkte und Perspektiven – der essentiellen Übereinstimmungen im Menschenbild, im Verständnis von leidvollen (pathischen) und therapeutischen Prozessen sowie der ohnedies vielfach verschränkten und metho-

denübergreifenden Vorgehensweisen, in denen sich das typische „learning from many masters“ der therapeutischen Profession widerspiegelt.

Den Fokus eher auf die essentiellen Gemeinsamkeiten zu legen, ist in einer auf differentielle Unterschiede (um nicht zu sagen: an Konkurrenz) orientierten Gesellschaft nicht immer selbstverständlich. Das gilt mindestens gleichermaßen für die Vielfalt der psychodynamischen und der verhaltenstherapeutischen Ansätze, die beispielsweise in der internationalen angelsächsischen Literatur überaus Wert darauf legen, jeweils ein eigenständiger „Approach“ zu sein – von denen aber kein einziger allein auch nur den Hauch einer Chance hätte, als „Verfahren“ vom WBP oder vom G-BA in Deutschland anerkannt zu werden. Im Folgenden sollen daher einige Aspekte referiert werden, die diese Gemeinsamkeit der HP hervorheben. Es ist klar, dass personenzentrierte Leser hoffentlich sehr viele, aber eben nicht alle Konzepte und Aspekte bisher für ihre Arbeit und ihr Verständnis therapeutischer Prozesse in Anspruch genommen haben.

### Essentielle Aspekte einer Humanistischen Psychotherapie<sup>5</sup>

Im Laufe der nun über hundertjährigen Gesamtgeschichte professioneller Psychotherapie – und mindestens sechs Jahrzehnten der großen vier Cluster – haben alle Ansätze voneinander gelernt, ihre Ansätze erweitert, Differenzierungen vorangetrieben, Prinzipien der jeweils anderen teilweise theoriespezifisch für sich reformuliert oder gar Vorgehensweisen integriert. Dies geschah allein schon durch die konkreten Menschen, die Psychotherapie ausübten und selten ihr ganzes Leben lang ausschließlich ein Verfahren – unberührt von anderen Kolleginnen und Kollegen – anwendeten. Vielmehr ist das bereits erwähnte „learning from many masters“ typisch für die gesamte Psychotherapie – wenn auch für die einzelnen Richtungen in unterschiedlichem Ausmaß.

Gleichwohl stellen die vier psychotherapeutischen Cluster Grundorientierungen dar, deren Vorgehensweisen und Methoden innerhalb eines Clusters insgesamt ähnlicher sind und die eine größere Homogenität im Menschenbild aufweisen als zwischen den Clustern. In der Zentrierung auf bestimmte Aspekte der überaus komplexen klinischen und therapeutischen Prozesse weisen die Cluster jeweils unterschiedliche Schwerpunkte auf.

Die HP unterschätzt keineswegs, dass konkrete Verhaltensweisen gelernt sind (wie in den kognitiv behavioralen Lerntheorien beschrieben), dass Kompromissbildungen zwischen den Entwicklungsaufgaben (z. B. Autonomie vs. Geborgenheit) oder spezifische Besetzungen evolutionär gegebener Strukturierungsmöglichkeiten der Umwelt (z. B. Bindungsverhalten) bedeutsam sind, und dass die Stabilisierung von kognitiv-emotiven und in-

teraktionellen (Er-) Lebensprozessmustern in sozialen Kontexten, besonders zunächst der Familie, erfolgt.

All diese, in den anderen drei Psychotherapieverfahren essentiellen Grundkonzepte sind auch für die HP wichtige Aspekte des Verständnisses von Entwicklungsprozessen, der Symptomentstehung und der daraus abzuleitenden Interventionen.

Aber der zentrale Fokus der HP ist auf die besondere Fähigkeit des Menschen gerichtet, in diesen Prozessen jeweils einmalige, kreative Lösungen dadurch zu finden, dass er sich als potentiell selbstreflexives Wesen vor dem Hintergrund einer sinnvoll verstandenen Vergangenheit stets im Hier und Jetzt auf eine ebenso als sinnvoll zu verstehende Zukunft hin entwerfen kann und entwerfen muss. Das Menschenbild bzw. die Anthropologie der HP hebt also hervor, dass es zum Wesen des Menschen gehört – also wesentlich ist – sinnvolle Beziehungen zur Welt, zu anderen Menschen und zu sich selbst zu gestalten. Diese sinnhafte Ausgerichtetheit (Intentionalität) lässt bei unterschiedlich zu beschreibenden Störungsbildern in unterschiedlichem Ausmaß und in unterschiedlicher Weise auch existentielle Fragen mitschwingen („Wer bin ich eigentlich in dieser Welt?“ „(Wie) Darf ich sein?“ etc.). Dies kann nun bei ungünstigen Entwicklungskonstellationen zu vorläufigen „Antworten“ führen, welche zur Symptombildung bzw. -stabilisierung beitragen. Das nosologische Verständnis in der HP ist somit immer im Kern auf Sinn- und Existenzfragen bezogen – auch wenn dies dem Alltagsbewusstsein des Patienten ggf. selbst nicht explizit zugänglich ist.

Mit dem sehr umfassenden Konzept der „Aktualisierungstendenz“ werden in der HP (im Sinne moderner interdisziplinärer Systemtheorie) den selbstregulativen Prozessen auf allen Ebenen menschlichen (Er-)Lebens besondere Bedeutung beigemessen (und mit den Methoden der HP für den Therapieprozess nutzbar gemacht): Damit ist zunächst schlicht die Adaptation der Prozesse in ganzheitlicher Weise an die jeweiligen Gesamt-Bedingungen gemeint. Da sich Teilbereiche dieser Bedingungen ständig ändern – weil das Leben stets neue Entwicklungsaufgaben konstituiert – findet diese Adaptation unter hinreichend günstigen Bedingungen ständig im Sinne von Assimilation und Akkommodation statt. Genau dies meint das „Wachstum“ in der HP: Es geht also nicht um ein „immer mehr“ (im Verständnis des Wirtschaftswachstums), sondern eher um das „stirb und werde!“ in der Natur – nämlich um das Aufgeben inadäquat gewordener Prozessstrukturen zugunsten neuer, weniger leidvoller Organisation der Prozesse. Dabei werden entsprechend den Möglichkeiten die Potentiale in kreativer Weise entfaltet.

Unter weniger günstigen Entwicklungsbedingungen können sich auf einzelnen Prozessebenen solche Muster (oder Schemata<sup>6</sup>) aktualisieren, die als Not- oder nur Partial-Lösungen zur Bewäl-

tigung der Herausforderung dienen, die aber dysfunktional zu den anderen Prozessebenen und/oder nicht adaptiv für weitere Entwicklungen sind. So können beispielsweise die Strukturen des Selbstverstehens (also des reflexiven Bewusstseins) weniger das *organismische* Erleben oder gespürte Bedürfnisse symbolisieren als vielmehr *Deutungen und Verstehensweisen der sozialen Umwelt* repräsentieren („Introjekte“). Oder der Körper kann muskuläre Strukturen aktualisieren, welche die Atmung und damit ein intensives Erleben von Gefühlen eher behindern. In Aktualisierung solcher dysfunktionalen (Teil-)Lösungen kommt es somit ggf. zur Symptombildung.

Die HP geht aber davon aus, dass der Mensch unter günstigen Bedingungen – zu denen neben den differentiellen Methoden der HP vor allem eine spezifische therapeutische Beziehung gehört, wie sie von Carl Rogers untersucht und beschrieben wurde – in kreativer Weise seine Ressourcen aktivieren kann, was zu einer verbesserten Adaptation an die Gegebenheiten durch Aktualisierung von besseren Strukturierungsmöglichkeiten führt. Da zu den „Gesamt-Gegebenheiten“ z.B. auch genetische Prädispositionen oder somatisch dauerhafte Beeinträchtigungen etc. gehören können, ist damit keineswegs immer eine volle Reversibilität aller Störungen und Symptome gemeint – sondern eben nur eine Neuanpassung im Rahmen der Gesamtmöglichkeiten der bio-psycho-sozialen Gesamtheit „Mensch“ in seiner Beziehung zur „Welt“ (die ihm ebenfalls ggf. mit ungünstigen und krankmachenden Strukturen begegnet).

Die Ausrichtung der HP am inneren Bezugsrahmen des Menschen, an seinen Verstehens- und Erlebensweisen, an seinen Werten und Zielen, betont den Aspekt der Einmaligkeit, der ein Kern des Menschenbildes der HP darstellt. Diese Betonung der Einmaligkeit steht aber *nicht* im Widerspruch dazu, dass z.B. für diagnostische Betrachtungen und Untersuchungen im Rahmen von Wissenschaft und Forschung *Kategorien* gebildet werden können bzw. sogar gebildet werden müssen, um bestimmte Fragen zu beantworten. Allerdings wird der Mensch damit nicht als eine Realisation solcher Kategorien verstanden (wie z. B. ein Dackel *wesentlich* als Realisation der Rasse „Dackel“ zu sehen ist). Sondern *wesentlich* für die konkrete *therapeutische Arbeit* wird dann wieder die Einmaligkeit des Patienten (vor dem Hintergrund allgemeiner Regeln sowie therapeutischen Wissens incl. diagnostisch-prototypischer Verläufe) und die Tatsache, dass sich der Patient trotz aller kategorieller Beschreibungen in einer ihm spezifischen, für ihn sinngebenden Weise in die Welt einordnen und sein Handeln auf eine (für ihn sinnvolle) Zukunft hin ausrichten muss. Diese existentielle Perspektive ist dem Menschen aus Sicht der HP wesentlich – auch wenn ihm diese Perspektive selbst nicht im Fokus steht bzw. aus diesem geraten sein kann.

Die konkreten Methoden der HP haben somit immer auch die Passung zwischen regelhaft-Allgemeinem und individuell-Ein-

maligem zu beachten: Bei den Regeln und Gesetzmäßigkeiten der „Welt“ geht es u.a. um interaktionelle, soziale und kulturelle Muster und Regeln, materielle Strukturen und Gegebenheiten, biosomatische Prädispositionen und Entwicklungen. Beim individuell-Einmaligen geht es um die zwar in einer *regelmäßigen* Welt entwickelten aber mit *personalen* kreativen Sinnstrukturen versehenen Lösungen. Diese sind im Therapieprozess der HP zu berücksichtigen; entsprechende Verstehensprozesse sind zu fördern und daraus resultierende Handlungsoptionen sowie die Erprobung ihrer Umsetzung sind zu begleiten. (Wobei nochmals betont werden soll, dass auch Symptome stets „Lösungen“ darstellen vor der Gesamtheit der gegebenen und wahrgenommenen Bedingungsgefüge – die also unter ungünstigen Bedingungen und Verläufen erheblich aus der Norm „verrückt“ sein können. Oft werden sie zunächst auch vom Menschen selbst keineswegs in ihrer Gesamtheit und Wirkung verstanden: Eben dies zu fördern ist auch eine wesentliche Aufgabe des therapeutischen Prozesses der HP).

Unter diesem Fokus der HP auf Entwicklungsvorgänge und deren symptomhafte Störungen zielen die konkreten Vorgehensweisen der HP darauf, die Ressourcen in den selbstregulierenden Aktualisierungsprozessen zu fördern. Die dysfunktional gewordenen „Lösungen“ – in Form von Erlebensausblendungen, nicht gelebten Existenzbereichen, körperlichen, emotiven, kognitiven und/oder sozialen Mustern mit Eigendynamiken, die nicht zu den aktuellen Entwicklungsaufgaben und Lebensanforderungen des Menschen passen – werden also einer Transformation zugänglich gemacht. Diese bessere adaptiven Aktualisierung an die Gesamtbedingungen (also auch bisher vermiedene und ausgeblendete Aspekte) wird in der Literatur der HP oft mit „Wachstum“ bezeichnet. Allein schon deshalb, weil bei diesem Übergang alte, vertraute (wenn auch leidvolle) Muster aufgegeben werden müssen, während neue zunächst noch nicht verlässlich erscheinen, bedarf es einer von Kongruenz, Empathie und „unconditional positive regard“ getragenen therapeutischen Beziehung, die der Patient auch so erfahren muss um davon zu profitieren. Da diese Teilkonzepte nicht selten (in nicht-HP Literatur) recht entstellend referiert werden, sei zumindest darauf hingewiesen, dass das „unconditional positive regard“ (= „Unbedingte Wertschätzung“) z.B. durchaus auch einen recht konfrontativen Aspekt enthält, in dem nämlich die (oft dysfunktionalen) Bedingungen, unter denen der Mensch meinte, allein seine Wertschätzung erreichen zu können, erfahrbar, aufgedeckt und hinterfragt werden (was etwas völlig anderes ist, als z.B. „Freundlichkeit“). Wenn der Therapeut dabei den Blick auf tiefere Strukturen persönlicher Lebensgestaltung des Patienten richtet und beispielsweise seine „Skriptmuster“ deutlich werden, so wird dies in der Regel einen Konflikt mit den aktuellen Verhaltensweisen des Patienten auslösen.

Die Beziehungs- und Einstellungsmuster des Patienten im Hier und Jetzt vor dem Hintergrund der biographischen Bezüge und



Zukunftsorientierungen werden also in den Vorgehensweisen der HP einer fortgesetzten Erkundung bzw. Selbsterkundung des Fühlens, Denkens, Wollens und Handelns deutlich. Hierbei spielt auch die Förderung der Achtsamkeit insbesondere für Prozesse, Anteile und Schichten, die an der Grenze oder noch jenseits des Gewahrseins liegen, also unbewusst sind, in einem kooperativen Dialog mit dem Psychotherapeuten (bzw. in Therapiegruppen im Polylog auch mit den anderen Gruppenteilnehmern) eine wichtige Rolle.

Die ganzheitliche Sicht auf den Menschen seitens der HP mit den unterschiedlichen aber vernetzten Prozessebenen der Selbstregulation gibt dem *körperlichen* Geschehen als grundlegender Basis aller Er-Lebens-Prozesse eine besondere Bedeutung. Schon das zentrale Konzept der Aktualisierungstendenz von K. Goldstein wurde zunächst als ein organismisches Prinzip formuliert (und an hirnerkrankten Soldaten des Ersten Weltkrieges sowie sogar in Tierversuchen validiert) – und begründete in den USA eine organismische Psychologie. Für die HP ist allerdings bedeutsam, dass körperliche Prozesse nur im Lichte und Kontext sinnhaft-geistiger Verstehensprozesse thematisiert werden können, während andersherum auch die kognitiv-emotive Basis von „Verstehen“ durch Körperprozesse erheblich moduliert wird. Dies ergibt eine besondere Verschränkung – die historisch schon von den Pionieren W. Reich und A. Lowen mit der Komplementarität von „Körperstrukturen“ und „Charakterstrukturen“ thematisiert wurde. Es sei aber auch beachtet, dass viele Strukturierungsprinzipien, mit denen sich der Mensch intentional der Welt zuwendet, zunächst vorsprachlich im Körper repräsentiert sind (z.B. Bindungsmuster, Muster der Affektabstimmung, Ordnungsmuster zur Reduktion der phänomenalen Welt – wie „Kausalität“ etc.). Nicht zuletzt in psychodramatischen Rollenspielen (besonders in reduzierter Pantomime oder der Skulptur-Technik) wird deutlich, dass die Haltung zur Welt mit der Haltung des Körpers einhergeht. Ebenso zeigt sich die psychosomatische Verschränktheit in der körperlichen Verankerung von innerpsychischen Prozessen der Affektabwehr z.B. durch den dauerhaften Verlust der natürlichen Atembeweglichkeit sowie einer Rückwirkung der eingeschränkten Atmung auf den emotionalen Prozess.

Dieser kurze Hinweis auf bestehende zentrale Zusammenhänge macht deutlich, warum gerade bei erlebniszentriertem und erfahrungsaktivierendem Arbeiten – welches für die HP typisch ist – eine Förderung der Achtsamkeit für körperliche Prozesse, deren Musterbildungen und Begrenztheiten und für die Korrelationen zu internem wie interaktivem Geschehen ein wichtiges Agens darstellt. Das Einbeziehen des Körpers – was konflikt-, lösungs- oder auch potenzialorientiert geschehen kann – ermöglicht eine vertiefte, sinnliche Selbst-, Fremd- und Weltwahrnehmung, so dass sowohl einschränkende als auch reifungsfördernde Muster der Person erlebbar und verstehbar werden können.

Typischerweise kommt es gerade bei der Einbeziehung körperlicher Prozesse in die HP zu *Kombinationen* von Methoden: So ist etwa das „Focusing“ von E. Gendlin i. W. eine Kombination von personenzentriertem (dt.: „gesprächspsychotherapeutischem“) und körperzentriertem Vorgehen; der psychomotorische Ansatz (PBSP) von A. Pesso ist i. W. eine Kombination aus psychodramatischem, personenzentriertem und körperorientiertem Vorgehen; der multimodale, körperzentrierte Ansatz (IKP) von Maurer verbindet gestalttherapeutische, phänomenologische und daseinsanalytische Herangehensweisen mit einem affektiven Einbezug des Körpers als Ressource; oder die „Integrative Therapie“ von H. Petzold ist als eine Kombination aus gestalttherapeutischen, körperpsychotherapeutischen, psychodramatischen und weiteren humanistischen Methoden zu sehen. Unter einer transaktionsanalytischen Perspektive in der Methodik der Vorgehensweise werden z.B. Traumatisierungen mit den Konzepten der Ich-Zustände als Ich-Zustands-Fixierungen beschrieben, die sich sowohl körperlich als auch psychisch im Verhalten, Denken und Fühlen durch (Körper)Skriptmuster aktualisieren. Im Sinne von Überlebensschlussfolgerungen (Skriptentscheidungen) werden diese in der therapeutischen Beziehung sichtbar und bearbeitbar. Auch in der Gestalttherapie ist der Körperansatz von Anfang an enthalten, da Fritz Perls und Wilhelm Reich Ende der 20er Jahre bereits zusammen körperpsychotherapeutisch-bioenergetisch gearbeitet hatten - und ferner, weil Lore Perls ihre Erfahrungen ihrer Arbeit bei Elsa Gindler u.a. in die Gestalttherapie mit einbrachte.

Diese mannigfaltige Einbeziehung körperlicher Prozesse erfolgt bekanntlich auch in den anderen drei Verfahren (z.B. Entspannungstechniken). Allerdings sind die Vorgehensweisen im Rahmen der HP klar *diesem* Verfahren in der o. a. Charakterisierung seinen Methoden zuzuordnen (während z.B. bestimmte Entspannungstechniken – etwa Jacobsen – nicht originär in diesem Verfahren entwickelt wurden und bei Indikation in die spezifischen humanistischen Methoden eingepasst werden, gibt es auch Entspannungstechniken, die eher der konzentrativen Körperarbeit entstammen).

Eine Vielfalt von *erlebensaktivierenden* Techniken der HP ermöglicht, dass im Hier und Jetzt des psychotherapeutischen Prozesses also besonders die leidvollen Aktualisierungen (d.h. die nicht adaptiven Muster in den körperlichen, emotiven, kognitiven und sozialen Er-Lebensprozessen) erfahrbar, verstehbar und transformierbar werden. Der Patient wird ermutigt, seine zunächst noch unklaren oder unbewussten inneren Prozesse körperlich zu spüren, emotional zu erleben, kognitiv zu integrieren, zu verstehen, der Symbolisierung und (sofern möglich) der Verbegrifflichung zugänglich zu machen und zu kommunizieren. Es sei aber nochmals betont, dass bei diesen Vorgehensweisen stets die Beachtung und Förderung von Ressourcen-Aktivierung, Autonomie und Selbstverantwortung des Patienten sowie die Einbettung allen Geschehens in (dessen!) Sinnzusammenhänge und existenti-

elles Ausgerichtet-Sein auf die „Welt“ (deren Teil er ist) eine wesentliche Basis der therapeutischen Arbeit darstellt.

## Die Vielfalt der Humanistischen Psychotherapie

Die folgende synoptische Aufreihung zentraler Psychotherapiemethoden des Verfahrens *Humanistische Psychotherapie* steht unter der bereits mehrfach betonten Schwierigkeit, dass die Vorgehensweisen in ihrer konkreten Ausgestaltung typisch kombiniert und/oder überlappend auftreten und zudem in der deutschen und internationalen Literatur unterschiedliche Schwerpunkts- und Begriffsbildungen entstanden sind. So heißt beispielsweise die deutsche „Gesprächspsychotherapie“ in Österreich und der Schweiz „Personzentrierte Psychotherapie“ oder auch „Klientenzentrierte Psychotherapie“ während sich international eher „Person Centred and Experiential Psychotherapy“ durchgesetzt hat – die aber Focusing (Gendlin) und Emotionsfokussierte Therapie (Greenberg) umfasst, während diese Methoden hier getrennt aufgeführt sind – schon um die Arbeiten von Greenberg nicht nur für *eine* der Methoden zu vereinnahmen. Viele der genannten Methoden sind eher als (mit anderen überlappende) Methodencluster aufzufassen – wie aus den Untergliederungen zur „Gesprächspsychotherapie“, „Gestalttherapie“ den Körperpsychotherapien oder der Transaktionsanalyse besonders deutlich wird.<sup>7</sup>

Unter Berücksichtigung dieser zahlreichen integrativen Überschneidungen nur künstlich trennbarer Methoden zählen zur Humanistischen Psychotherapie insbesondere:

- Personzentrierte /Klientenzentrierte /Gesprächspsychotherapie, die in zahlreichen Ausdifferenzierungen verbreitet ist und in der BRD insbesondere umfasst: eine Klassische Gesprächspsychotherapie (nach Rogers, 1951), Ziel- und Klärungsorientierte Gesprächspsychotherapie (Sachse et al., 2009), Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie (Swildens, 1991), Personzentrierte Spieltherapie (Axline, 1972; Behr et al., 2009), Differentielle inkongruenzbezogene Vorgehensweisen der Gesprächspsychotherapie (Speierer, 1994), hierzu gehört auch ein Spektrum spezifisch störungsbezogener Vorgehensweisen);
- Methoden, die wegen noch stärkerer Integration von personzentrierten, gestalttherapeutischen und körper-erfahrungsbezogenen Aspekten in keine der „Methoden-Kategorien“ eindeutig einordbar sind, wie: Emotionsfokussierte Therapie, EFT (Greenberg, 2006) bzw. „Process Experiential Therapy“ (Greenberg, Rice & Elliot, 1993), Experiencing und Focusing (nach Gendlin, 1978), Experienzielle Psychotherapie (van Balen, 2002);
- Gestalttherapie (nach Perls et al., 1951; Hartmann-Kottek, 2012) – diese umfasst ein besonders großes Spektrum an weiteren Methoden und spezifischen Techniken, mit denen von

potentialentfaltend und strukturaufbauend bis hin zu konfliktlösend und konfrontierend vorgegangen wird. Spezifische Perspektiven, wie der gesellschaftskritische Ansatz (Blankertz, 2000), der transpersonale Ansatz (Frambach, 1994) und der selbstorganisationstheoretische Ansatz (Portele, 1989) ergänzen dabei den Klinisch-gestalttherapeutischen Ansatz (Hartmann-Kottek, 2012).

Zudem wurden differentielle Vorgehensweisen für unterschiedliche Settings entwickelt, u.a. Gestalt Play Therapy, (Oaklander, Schoeman, Grobler u.a.), Gestalt-Paarsynthese (Cöllen), Gestalt-Familientherapie (Bosch, Kemper u.a.), Gestalt- Gruppentherapie (Ronall & Feder, Hartmann-Kottek, 2012).

- Integrative Therapie (nach Petzold) – obwohl hier ebenfalls gestalttherapeutische Methoden bedeutsam sind, werden in sehr systematischer Weise körper-, psychodramatische und weitere Vorgehensweisen der HP integriert;
- Psychodrama (Bender & Stadler, 2011); diese Methode beinhaltet ebenfalls ein Spektrum an unterschiedlich kombinierbaren Techniken, wie z.B. szenisch-handelnde Darstellung salutogener wie maladaptiver sozialer Netzwerke, Skulpturen und Aufstellungen, Rollentrainings und -spiele, Stegreifspiele; jeweils im Einzel- und Gruppensetting (Schacht, 2009; Stadler & Kern, 2010);
- Pessó-Boyden System Psychomotor (PBSP) als methodische Integration von körperlichen und (spezifischen) psychodramatischen Techniken (Pessó & Perquin, 2008) mit einer spezifischen Umsetzung der PBSP für Kinder und Jugendliche (Bachg, 2010);
- Logotherapie (Frankl, 1959) wird häufig mit anderen Methoden der HP kombiniert, wenn die Arbeit an Sinnfragen in besonderer Weise indiziert ist;
- Existenzanalyse (Längle, 2008). Besonders mit der Methode der „Personalen Existenzanalyse“ (PEA, 2000) wurde Frankls Logotherapie zu einer umfassenden Psychotherapiemethode ausgeweitet, mit methodenspezifischer Diagnostik und speziellen Erhebungsinstrumenten für die Forschung. Die Vorgehensweisen differenzieren weiter in: strukturell orientierte Ressourcenarbeit, strukturell orientierte Bearbeitung von Defiziten, prozessorientierte Vorgangsweise und weitere spezifische Techniken.
- Körperpsychotherapie (Übersicht: Marlock & Weiss, 2006), die in vielfacher Kombination von Methoden und Techniken im Rahmen der HP eingesetzt werden. Hierbei wird mit affektmotorischen, somatopsychischen Mustern und deren Veränderung mittels körperfokussierter Achtsamkeit, Körperwahrnehmung, Atemübungen, Körperausdruck, Körpersprache, körperorientierten Handlungsdialogen und entsprechenden Körpertechniken gearbeitet (wie z.B. Bioenergetik, Biodynamik, Biosynthese, Hakomi) oder mit erfahrungsorientierten bzw. an Körperfunktionen orientierten Herange-

hensweisen (wie z.B. Konzentrierte Bewegungstherapie und Funktionelle Entspannung).

Wegen der typischen Kombinationen kann man auch hier eher von Clustern als von „Methoden“ und „Techniken“ sprechen, die sich nicht sauber trennen lassen.

- Transaktionsanalyse, die u.a. die psychoedukative Perspektive in die HP einbringt. Neben den übergreifenden Techniken wie Strukturanalyse, Skriptanalyse, Transaktionsanalyse und Spiel- bzw. Racketanalyse, lassen sich drei methodische Vorgehensweisen in folgenden Aspekten differenzieren (die je nach Störungsbild angewandt werden):
  - klassische TA (nach Berne) Schwerpunkt ist die Stärkung des Erwachsenen-Ichs als Symptomkontroll-Instanz (spezifische Technik: Enttrübungsarbeit). (G. Hennig & G. Pelz, 2007; E. Berne, 2006)
  - Cathexis-TA (nach J. Schiff): Schwerpunkt ist die Veränderung der Introjekte/ Eltern-Ich-Zustände, um frühe Störungen behandeln zu können (Technik: Beelerungsarbeit und Erlaubnisarbeit). (M. Kouwenhoven u.a., 2002)
  - Neuentscheidungs-TA (nach Gouldings): Schwerpunkt ist die Aktivierung dysfunktionaler Skriptentscheidungen (Kind-Ich-Zustände) auf der Ebene emotional-kognitive Neuentscheidungen / Umstrukturierungen. (Technik: Arbeit mit Persönlichkeitsanteilen des inneren Kindes durch Gestalttechniken/Stuhlarbeit) (M. und B. Goulding, 2005)

Es gibt weitere Ansätze, die international zu den humanistische Psychotherapieverfahren gerechnet werden – etwa die Daseinsanalyse nach Ludwig Binswanger und Medard Boss, oder die für die USA bedeutsamere Existenzielle Therapie nach Rollo May und Irvin D. Yalom. Obwohl diese viele Essentials mit der HP teilen – und dem humanistischen Cluster deutlich besser zuzuordnen sind als dem psychodynamischen, dem verhaltensthera-

peutischen oder dem systemischen – werden hier diese dennoch nicht in ihren auch spezifischen Beiträgen zur HP berücksichtigt und auch nicht bei den „Methoden“ der HP mit aufgeführt. Sie spielen – zumindest gegenwärtig – auch bei dem, wie HP in Deutschland durchgeführt wird (im Rahmen der beschnittenen Möglichkeiten) keine relevante Rolle. Es wurden also nur jene Ansätze als „Methoden“ aufgeführt, die tatsächlich in Deutschland auch in einer HP integriert sind.

### Definition des Verfahrens Humanistische Psychotherapie

Abschließend soll eine Definition des Verfahrens HP gegeben werden, wie sie auch im Antrag der AGHPT an den WBP formuliert ist:

Humanistische Psychotherapie als heilkundliches Verfahren behandelt krankheitswertige Störungen. Dabei fokussiert sie auf die nur dem Menschen eigene Verschränkung von organismischen und psychosozialen Prozessen mit der besonderen Perspektive einer selbstregulativen, sinn-orientierten, intentional-motivierten, selbst-verantwortlichen, auf Zukunft ausgerichteten Aktualisierung kreativer Potentiale in Adaptation an diese Gesamtgegebenheiten.

Zur Vermeidung von Missverständnissen: Mit „Gesamtgegebenheiten“ sind hier also keineswegs nur äußere (materielle und soziale) Faktoren, sondern eben auch die bio-psycho-sozialen Strukturen im Laufe der bisherigen Biographie, sowie essentiell auch die nach selbstbestimmter, intentionaler, sinnorientierter Entfaltung drängenden vital-kreativen Kräfte und Potenziale des Menschen gemeint.

### Anmerkungen

- 1 Ich bin mir der Unzulänglichkeit unserer Sprache bewusst, zwischen geschlechtsunspezifischen und sog. „männlichen“ Bezeichnungen zu differenzieren. Trotz Bemühen um eine neutrale Ausdrucksweise (z.B. „Angehörige beratender Berufe“), ist dies nicht überall möglich, weshalb auch hier gelegentlich von „Beratern“, „Klienten“ etc. gesprochen bzw. geschrieben wird. Alle mir bekannten Alternativen – von denen ich bisweilen Gebrauch mache – erscheinen mir gestelzt und gekünstelt. „Berater“, „Klienten“ etc. sind als geschlechtsneutrale Bezeichnungen gemeint – d. h. „Frauen“ sind nicht „mitgemeint“, weil eben auch keine „Männer“ gemeint sind (und es geht auch um keine anderen, nicht genannten, biologischen, sozialen, ökonomischen oder sonstigen Eigenschaften, Rassen oder Ethnien): Es geht um Menschen, die Bestimmtes tun, denken, meinen und dabei ggf. bestimmte Rollen einnehmen – oder eben auch nicht.
- 2 Die Anträge der AGHPT an den WBP sind zu finden unter [www.aghpt.de/images/Antrag%20der%20AGHPT%20an%20den%20WBP\\_2011-11-10.pdf](http://www.aghpt.de/images/Antrag%20der%20AGHPT%20an%20den%20WBP_2011-11-10.pdf) und [www.aghpt.de/images/aghpt-antrag%20an%20den%20wbp\\_%281%29-antragstext\\_2012-10-12.pdf](http://www.aghpt.de/images/aghpt-antrag%20an%20den%20wbp_%281%29-antragstext_2012-10-12.pdf)
- 3 Das Methodenpapier des WBP kann eingesehen werden unter <http://www.wb-psychotherapie.de/downloads/Methodenpapier28.pdf>

- 4 Die Verbände bzw. Mitglieder der AGHPT sind zu finden unter [www.aghpt.de/index.php/mitglieder](http://www.aghpt.de/index.php/mitglieder)
- 5 Dieser Abschnitte hätte entweder – korrekt – mit einer überaus großen Fülle an Literaturweisen versehen werden müssen, was aber zu einem faktisch unlesbaren Text geführt hätte, oder eben zu einer Darstellung mit weitgehendem Verzicht auf explizite Hinweise auf die Urheber der (Teil-)Konzepte und der entsprechenden Literatur. Dies geschieht somit nicht in Ignoranz sondern vielmehr in Demut vor der Fülle an Konzepten und ihren Darstellungen. Hinweise auf zumindest zentrale Werke folgen im nächsten Abschnitt (bei der Kurzdarstellung der „Methoden“ der HP).
- 6 Auch der Schema-Begriff wurde in Nähe zur Gestaltpsychologie von Bartlett in den 1930er Jahren entwickelt und intensiv experimentell untersucht (Hauptwerk: „Remembering“ 1932) – dann später von Piaget übernommen (wie nach dessen Tod zunehmend auch B. Inhelder zugestand) und hat u.a. Grawe sowie Young (für die VT) oder auch Greenberg (emotionale Schemata) in der HP als wesentliche Grundlage von deren Konzepten gedient.
- 7 Auch hier gilt z.B. für die Verhaltenstherapie Ähnliches – so wird z.B. in dem o.a. Antrag der BPTK an den G-BA bei der Auflistung der Techniken betont: „...die Zuordnung von verhaltenstherapeutischen Techniken zu den Überschriften folgt heuristischen Erwägungen und erhebt keinen Allgemeingültigkeitsanspruch“.



Nosologisch gesehen können diese Gesamtgegebenheiten in der Entwicklung des Menschen auf materieller, somatischer, psychischer oder interaktioneller Ebene zur Herausbildung von Mustern in den Lebensprozessen (wozu auch Erleben und Verhalten gehört) geführt haben, die besonders für neue Entwicklungsaufgaben und Bedingungen nicht adaptiv sind. So können beispielsweise organismische Erfahrung und Selbstwahrnehmung bzw. verinnerlichte Werte und Selbstkonzept inkongruent zueinander sein. Die internen Repräsentationen biographischer Gegebenheiten auf körperlicher oder kognitiv-emotionaler Ebene, pathogene Symbolisierungsprozesse, aktuelle Lebensereignisse und äußere Belastungsfaktoren können hier also ungünstig symptomatisch zusammenspielen. Die differentiellen Formen dieser Inkongruenz eignen sich als Diagnostikum unterschiedlicher Krankheitsbilder und entsprechend differentieller Vorgehensweisen.

Zentral für die Humanistische Psychotherapie ist daher die Unterstützung von intensiven selbstexplorativen Erfahrungen körperlicher, emotionaler, kognitiver und interaktiver Prozesse im Rahmen einer spezifischen therapeutischen Beziehung, wie sie von C. Rogers beschrieben worden ist. Die Ausgestaltung der darin abstrakt formulierten Prinzipien erfolgt durch die Methoden der Humanistischen Psychotherapie in Passung zwischen dem Störungsbild, den Ressourcen, den Lebensumständen und situativen Variablen. Beziehungsgestaltung und das Spektrum therapeutischer Methoden der Humanistischen Psychotherapie dienen dazu, dass der Patient die hinterfragend-verstehende Konfrontation mit seinen eigenen Sinn-, Wert- und Zielvorstellungen in ihren Inkongruenzen aushalten kann, ausgesparte, ungelebte Bereiche seiner Existenz seinem eigenverantwortlichen Entscheidungsbereich wieder unterstellt werden und somit eine selbstregulative, ressourcen-aktivierende Aktualisierung relativ zu den realen Lebensbedingungen und Entwicklungsaufgaben möglich wird.

## Literatur

Axline, V. (1972/1997). *Kinder-Spieltherapie im nicht direktiven Verfahren*. München: Reinhardt.

Bachg, M. (2010). Der Entwicklung eine Chance geben – Feeling-Seen – Einführung in eine körperorientierte Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und ihre Eltern. In S. Sulz, S. Höfling (Hrsg.), ... und er entwickelt sich doch! *Entwicklung durch Psychotherapie*. CIP-Medien.

Behr, M., Hölldampf, D. & Hüsson, D. (Hrsg.), (2009). *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen - Personzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte*. Göttingen: Hogrefe.

Bender, W. & Stadler, C. (2011). *Psychodramatherapie. Grundlagen, Methodik und Anwendungsgebiete*. Stuttgart: Schattauer.

Berne, E. (2006). *Die Transaktions-Analyse in der Psychotherapie: Eine systematische Individual- und Sozialpsychiatrie*. Aus dem Englischen von Ulrike Müller. Paderborn: Junfermann.

Blankertz, S. (2000). *Gestalt begreifen*. Wuppertal: Peter Hammer.

Eberwein, W. (2009). *Humanistische Psychotherapie. Quellen, Theorien und Techniken*. Stuttgart: Thieme

English, F. (2008). *Transaktionsanalyse: Gefühle und Ersatzgefühle in Beziehungen*. Salzhäusen: Iskopress

Frambach, L. (1994). *Identität und Befreiung in Gestalttherapie, Zen und christlicher Spiritualität*. Petersberg: Vianova

Frankl, V. E. (1959). Grundriß der Existenzanalyse und Logotherapie. In V. Frankl, V. v. Gebattel, J.H. Schultz (Hrsg.), *Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie*. München/Wien: Urban & Schwarzenberg, Bd. III, 663-736

Gendlin, E. T. (1978). *Focusing*. New York: Bantam.

Goulding, M. & Goulding, R.L (2005). *Neuentscheidung*. Aus dem Englischen von Ursula und Friedemann Pfäfflin., Stuttgart: Klett-Cotta

Greenberg, L. S. (2006). *Emotionsfokussierte Therapie. Lernen, mit den eigenen Gefühlen umzugehen*. Tübingen: DGVT.

Greenberg, L. S., Rice, L.N. & Elliott, R. (1993/2003). *Emotionale Veränderung fördern. Grundlagen einer prozeß- und erlebensorientierten Therapie*. Paderborn: Junfermann

Hartmann-Kottek, L. (2012). *Gestalttherapie*. Berlin, Heidelberg: Springer (3. Aufl.)

Hennig, G., Pelz, G. (2007). *Transaktionsanalyse: Lehrbuch für Therapie und Beratung*. Paderborn: Junfermann

Kepner, J.L. (1988). *Körperprozesse*. Köln: EHP

Kouwenhoven, M., Kiltz, R. & Elbing, U. (2002). *Schwere Persönlichkeitsstörungen. Transaktionsanalytische Behandlung nach dem Cathexis-Ansatz*. Wien: Springer

Kriz, J. (2011). „Humanistische Psychotherapie“ als Verfahren. Ein Plädoyer für die Übernahme eines einheitlichen Begriffs. *Psychotherapeutenjournal 4/2011*, 332-338.

Längle, A. (2000) (Hrsg.), *Praxis der Personalen Existenzanalyse*. Wien: Facultas.

Längle, A. (2008). Existenzanalyse. In A. Längle & A. Holzhey-Kunz (Hrsg.), *Existenzanalyse und Daseinsanalyse*. (S. 29-180) Wien: UTB (Facultas).

Marlock, G. & Weiss, H. (Hrsg.), (2006). *Handbuch der Körperpsychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.

Perls, S. F., Hefferline, R. F. & Goodman, P. (1974). *Grundlagen der Gestalttherapie*. Stuttgart: Klett.

Pesso, A. & Perquin, L. (1989). *Die Bühnen des Bewusstseins*. München: CIP-Medien.

Portele, H. (1989). *Autonomie, Macht, Liebe*. Frankfurt: Suhrkamp.

Rogers, C. R. (1951). *Client – Centered Therapy*. Boston: Houghton Mifflin Company.

Sachse, R., Fasbender, J., Breil, J. & Püschel, O. (2009). *Grundlagen und Konzepte Klärungsorientierter Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

Schacht, M. (2009). *Das Ziel ist im Weg. Störungsverständnis und Therapieprozess im Psychodrama*. Wiesbaden: VS.

Speierer, G.-W. (1994). Das Differentielle Inkongruenzmodell (DIM). *Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung*. Heidelberg: Assanger.

Stadler, C. & Kern, S. (2010). *Psychodrama. Eine Einführung*. Wiesbaden: VS.

Swildens, H. (1991). *Prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie*. Köln: GwG.

Van Balen, R. (2002). Die Entwicklung des Experienziellen Ansatzes. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der personzentrierten Psychotherapie* (S. 209-230). Berlin: Springer.



Prof. Dr. Jürgen Kriz

Emeritus am Institut für Psychologie, Fachbereich Humanwissenschaften, Fachgebiet: Psychotherapie und Klinische Psychologie, Psychologischer Psychotherapeut, Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat der GwG.

Kontakt: [juergen.kriz@uni-osnabrueck.de](mailto:juergen.kriz@uni-osnabrueck.de), [www.jkriz.de](http://www.jkriz.de)