

Trägerschaft:
Bayerische Gesellschaft für Verhaltenstherapie,
Verhaltensmedizin und Sexuologie e.V.
Nettelbeckstraße 14, 90491 Nürnberg
Tel.: 0911 – 599536 / Fax: – 5976700

I
V
S

Institut für Verhaltenstherapie
Verhaltensmedizin und
Sexuologie
- staatlich anerkannt -
- zertifiziert n. ISO 9001:2008 -

Erw.-Ambulanz : 0911 – 950991–11 Fax/–21
Verwaltung (R43) : 0911 – 950991–10 Fax/–20
KJ-Ambulanz : 0911 – 787272–8 Fax/–9
Verwaltung (N22) : 0911 – 787272–7 Fax/–9

www.ivs-nuernberg.de

Leitungsgremium:
Dr. phil. Wolfram Dormann
Dr. med. Johannes Kemper
Priv.-Doz. Dr. med. Dr. med. habil. Thomas Moesler
Dr. med. Sandra Poppek
Dipl.-Psych. Dr. phil. Andreas Rose

Achtsamkeitsbasierte Selbsterfahrung am IVS

Konzept, Definition, Ziele und Inhalte

Zusammengestellt von T. Mösler und S. Poppek

Zusammenfassung

In den vergangenen zwanzig Jahren hat sich Selbsterfahrung als fester Bestandteil der Verhaltenstherapie-Ausbildung etabliert. Im Gegensatz zum Theorieteil der Ausbildung, in welchem Kenntnisse über spezifische Störungsbilder, Therapiemethoden sowie deren Eignung und Wirksamkeit vor dem Hintergrund des aktuellen Standes der Therapieforschung vermittelt werden, zielt verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung auf „die Verbesserung der Gestaltung der therapeutischen Beziehung und den Erwerb selbstreflexiver Fähigkeiten“ (Tschuschke, Meier, & Theilacker, 2011, S. 254) ab. Selbsterfahrung wird von den Teilnehmern als wesentlicher Bestandteil des Erwerbs von Kompetenzen erlebt (vgl. z.B. Laireiter, 2000a) und zählt „zu den besonders zufrieden stellenden und als wichtig erlebten Ausbildungselementen“ (Strauß et al., 2009, S. 361). Die vielfältigen Ziele von Selbsterfahrung können unterschiedlichen Hauptfunktionen zugeordnet werden (vgl. Laireiter & Elke, 1994):

Selbsterfahrung soll (1.) durch systematische Auseinandersetzung mit dem eigenen Erleben und Verhalten die therapeutische Kompetenz der Ausbildungsteilnehmer fördern.

Im Zentrum steht dabei die Bewusstmachung und Auflösung „unbekannte[r] oder verdrängte[r], geleugnete[r] oder schlicht nicht bekannte[r] Seiten der eigenen Person, des eigenen Selbst“ (Tschuschke et al., 2011, S. 257) und die Bewusstmachung, wie sich biographische Einflüsse auf Therapiedurchführungen auswirken können (Kanfer, Reinecker, & Schmelzer, 2006). Neben dem Selbst-Erkennen eigener „blinden Flecken“ soll die psychotherapeutische Beziehungs- und Interaktionskompetenz durch die Auflösung beziehungshinderlicher Selbstanteile, wie z. B. ho-

her persönlicher Verletzlichkeit, und die Ausbildung therapieförderlicher Selbstanteile und Ressourcen, wie Mitgefühl, gestärkt werden. (→ *Therapeutische Funktion*)

Neben der „Reduzierung eigener Schwächen“ dient die Selbsterfahrung (2.) dem „Aufbau der eigenen Stärken“, und soll in einer Entfaltung der Therapeutenpersönlichkeit ihren Ausdruck finden. Eine stabile bzw. tiefe Arbeitsbeziehung mit dem Patienten zählt zu den wichtigsten Prädiktoren für die Wirksamkeit therapeutischer Maßnahmen (vgl. Grawe, 1998; Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996). (→ *Selbstreferenzielle Funktion*).

Erlangt der Teilnehmer (3.) ein größeres Bewusstsein über die eigenen verletzlichen Selbstanteile, reduziert sich die Wahrscheinlichkeit, dass sich diese – z.B. in Form von Projektionen oder Übertragungsphänomenen – negativ auf künftige Therapieprozesse auswirken können (→ *Präventive Funktion*).

Dies betrifft (4.) insbesondere „basale psychosoziale Helferkompetenzen“ (Laireiter, 1998, S. 29) wie Empathie, Echtheit, Wärme (sog. „Rogersvariablen“, Rogers, 1995), Akzeptanz, Selbstkongruenz oder Achtsamkeit. Zudem soll die Lebensqualität gesteigert und Stress, Burnout und übersteigertem Engagement entgegen gewirkt werden (→ *Edukative Funktion*).

Der Aufbau einer tragenden Therapeut-Patient-Beziehung setzt (4.) eine Reihe persönlicher und interaktioneller Kompetenzen voraus, die im Rahmen eines Universitätsstudiums nur unzureichend vermittelt werden können (Schmelzer, 1996). Im „Feedback der Gruppe“ werden Selbstwahrnehmung, Interaktionsfähigkeit und Konfliktumgang auf die Außen-Wirkung geprüft. Die angehenden Therapeuten lernen ihre eigenen Sig-

nalmuster kennen und erfahren (i.S. der Selbstwirksamkeit) neben einem Zuwachs an Selbstsicherheit auch eine Erweiterung ihrer psychotherapeutischen Interaktionsfähigkeit (→ *Interpersonelle Funktion*).

Weiterhin sollen (5.) Therapiemethoden gezielt eingesetzt, kritische Therapiepunkte bzw. Konfliktsituationen souverän gemeistert und für einen produktiven Fortgang der Behandlung genutzt werden können (→ *Didaktische Funktion*).

Das vorliegende Konzept der Selbsterfahrung am IVS wurde in den vergangenen 15 Jahren in insgesamt mittlerweile fast 100 Selbsterfahrungsgruppen mit mehr als insgesamt 900 Teilnehmern durchgeführt und wird vor dem Hintergrund regelmäßiger institutsinterner Prüfung und Evaluation kontinuierlich weiterentwickelt. Als „Schlüssel“ für den Erwerb personaler, interaktioneller wie psychotherapeutischer Fähigkeiten hat sich die Synchronizität von Selbsterkenntnis und Selbstentwicklung gezeigt. Alle Bestandteile der Selbsterfahrung wurden demnach stets mit der Zielsetzung des Erkenntnisgewinns bei gleichzeitiger Anleitung zur grundlegenden Veränderung bzw. Auflösung verletzlicher Selbstanteile konzipiert. So erfahren die Teilnehmer psychotherapeutische Entwicklungsprozesse (i.S. der Selbstmodifikation) am „eigenen Leibe“ und können für Patienten selbst zum authentischen Modell inneren Wandlungs- und Veränderungspotenzials werden.

Der Artikel führt in das Konzept, in die Definition sowie in Ziele und Inhalte der verhaltenstherapeutischen Selbsterfahrung am IVS ein. Folgende Fragen stehen dabei im Mittelpunkt: „Was ist Selbsterfahrung, wozu braucht man sie, was will man erreichen und wie wird sie eingesetzt?“ (Bruch, 1996, S. 8) Und: „Welche persönlichen Kompetenzen sind wichtig dafür, dass Psychotherapeuten möglichst gute Therapien durchführen können? Wie können diese Kompetenzen, sofern sie nicht schon vorhanden sind, möglichst wirksam ausgebildet werden?“ (Grawe, Donati, & Bernauer, 1994, S. 701) Im Literaturspiegel von Merkmalen wirksamer Psychotherapie wird der Prozess von Selbsterfahrung und -entwicklung, anhand einiger Beispiele skizziert.

Gliederung

**„Ein Spiegel spiegelt sich in allen Spiegeln, alle Spiegel spiegeln sich in einem Spiegel.
Das ist die Wirklichkeit der wirklichen Welt.“**

(Aus „Der Ochs und sein Hirte“, Seite 63, Verlag Günther Neske, ISBN 3-7885-0236-3, 8. Auflage, 1999)

1) Verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung – Ein Überblick	3
1.1) Definition von Selbsterfahrung und Verortung in der Psychotherapieausbildung	3
1.2) Quellen der Selbsterfahrung am IVS	4
1.3) Tradition und Evaluation von Selbsterfahrung am IVS	5
1.4) Vorteile des Gruppenselbsterfahrungskonzepts	5
2) Ziele der Selbsterfahrung am IVS	6
2.1) Wissensbasierte Ziele der Selbsterfahrung am IVS	7
2.1.1) Erhöhung der Bewusstheit	7
2.1.2) Erhöhung der Achtsamkeit	8
2.1.3) Lernen in der Selbsterfahrung	8
2.2) Selbstreferenzielle Ziele der Selbsterfahrung am IVS	9
2.2.1) Kennenlernen und Nutzen der eigenen Ressourcen	9
2.2.2) Reflexion und Bearbeitung verletzlicher Selbstanteile	10
2.2.3) Reflexion von Gefühlen und Bedürfnissen	10
2.2.4) Reflexion „blinder Flecken“	11
2.2.5) Reflexion über Projektionen und Übertragungsphänomene	11
2.3) Therapeutische Ziele der Selbsterfahrung am IVS	12
2.3.1) Therapeutische Methoden am „eigenen Leib“ erfahren	12
2.3.2) Auseinandersetzung mit dem Rollenverständnis des Psychotherapeuten	13
2.3.3) Auseinandersetzung mit der eigenen Biographie	13
2.4) Auseinandersetzung mit Lebensthemen	14
2.4.1) Klärung der Motive für die Verhaltenstherapie-Ausbildung	14
2.4.2) Auseinandersetzung mit Lebensthemen	15
2.5) Interpersonale/Edukative Ziele der Selbsterfahrung am IVS	16
2.5.1) Innere Haltung des Psychotherapeuten	16
2.5.2) Kommunikation in der Psychotherapie	18
2.5.3) Reflexion der Diagnostischen Kompetenz	20
2.6) Präventive Ziele der Selbsterfahrung am IVS	20
2.6.1) Selbstregulation, Stressmanagement und Burnoutprophylaxe	20
2.6.2) Nicht-Manipulierbarkeit durch Patienten	21
2.7) Didaktische Ziele von Selbsterfahrung am IVS	21
3) Inhalte und Methodik der Selbsterfahrung am IVS	22
3.1) Spiegel auf der Beziehungsebene	23
3.1.1) Herkunftsfamilie	23
3.1.2) Verliebtheiten und Partnerschaften	23
3.2) Spiegel der Unbeständigkeit und Tod	24
4) Didaktik und Rahmenbedingungen der Selbsterfahrung am IVS	25
4.1) „Feste Spiegel“ und die Rolle der „Hausaufgaben“ und Zwischenarbeiten	25
4.2) „Interventionspartner“	25
4.3) Rahmenbedingungen	25
4.4) Rolle der SE-Leitung	26
4.5) Vorstellung der Selbsterfahrungsgruppenleiter am IVS	27
5) Literaturverzeichnis	28

1) Verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung – Ein Überblick

Selbsterfahrung war schon weit vor der Entwicklung moderner Psychotherapie integraler Bestandteil vieler philosophischer und religiöser Traditionen. Die Inschrift „Gnothi seauton – Erkenne Dich selbst“ über dem Orakel von Delphi zeigt beispielhaft, welche bedeutsame Stellung „Selbsterfahrung“ und mit ihr verwandte Begriffe wie Selbsterkenntnis oder Selbstentwicklung innehaben.

Problemgeschichtlich stammt Selbsterfahrung als Psychotherapie-Ausbildungselement aus der Tiefenpsychologie (vgl. Laireiter, 1998; zur psychoanalytischen Sicht auf Selbsterfahrung siehe z.B. Caspar, 1994; Ringler, 1994). In der Psychoanalyse wie auch in tiefenpsychologischen Ausbildungen wird der Person des Therapeuten als Wirksamkeitsfaktor traditionell große Bedeutung beigemessen – ein Charakteristikum, das in der Verhaltenstherapie erst mit der „kognitiven Wende“ zu Beginn der 60er Jahre Berücksichtigung fand. Lange dienten tiefenpsychologisch orientierte Verfahren auch anderen psychotherapeutischen Strömungen als Orientierung. Erst nach Festlegung der „Richtlinienverfahren“, entstanden Mitte der 80er Jahre erste eigenständige Abhandlungen über Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie (vgl. Laireiter & Elke, 1994b). Seit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) im Jahr 1999 ist Selbsterfahrung ein verpflichtender Ausbildungsbaustein in der Verhaltenstherapie und wird im Einzel- oder Gruppen-Setting mit unterschiedlichen Inhalts-Schwerpunkten angeboten (vgl. Lieb, 1998).

Laut Psychotherapeutengesetz (PsychThG) soll Selbsterfahrung „die Ausbildungsteilnehmer zur Reflexion eigenen therapeutischen Handelns befähigen“ (vgl. § 1.3), „richtet sich nach dem wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren, das Gegenstand der vertieften Ausbildung ist [aus], und umfasst mindestens 120 Stunden. Gegenstand der Selbsterfahrung sind die Reflexion oder Modifikation persönlicher Voraussetzungen für das therapeutische Erleben und Handeln unter Einbeziehung biographischer Aspekte sowie bedeutsame Aspekte des Erlebens und Handelns im Zusammenhang mit einer therapeutischen Beziehung und mit der persönlichen Entwicklung im Ausbildungsverlauf“ (vgl. § 5).

1.1) Definition und Verortung

Psychotherapeutische Arbeit gründet sich in großen Teilen auf Persönlichkeitseigenschaften, Selbstanteilen, Verhaltens- und Erlebensweisen des Therapeuten. Diese werden wiederum von einer Vielzahl intrapsychischer Faktoren beeinflusst und gesteuert, die – je nach persönlicher Entwicklungsstufe – mehr oder weniger bewusst und kontrollierbar sind. Entsprechend beinhaltet Selbsterfahrung am IVS das „unmittelbare Erleben im Sinne einer Aktivierung aller Verhaltens- [und Erfahrungsebenen; Anm. der Verf.] (...) [sowie] die Reflexion und kognitive Verarbeitung des Erlebten“ (Schmelzer, 1998). „Selbst-Erfahrung“ zielt auf eine möglichst ganzheitlichen Reflexion und Erweiterung psychotherapeutisch relevanter Bewusstseinsprozesse ab und schließt daher möglichst viele Ebenen des Erlebens (z. B. die Bedürfnisebene vgl. Rosenberg, 2001 oder Prozesse des Unterbewusstseins) ein.

Die Betonung unterschiedlicher Aspekte von Selbsterfahrung spiegelt sich in einer Reihe von Begriffsbestimmungen. Laireiter und Elke definieren Selbsterfahrung als „direkt erlebte und kognitiv reflektierte Erfahrung mit sich selbst und entsprechende kognitive Strukturen und Wissen über sich selbst als Bestandteil des Selbstkonzepts“ (1994b, S. 2). Sie machen mit dieser Definition auf zwei Aspekte von Selbsterfahrung aufmerksam, die auch von anderen Autoren (z.B. Schmelzer, 1998) als wesentlich erachtet werden: (a) Selbsterfahrung setzt unmittelbares Erleben im Sinne einer Aktivierung aller Verhaltensebenen voraus. (b) Selbsterfahrung beinhaltet zudem die Reflexion und kognitive Verarbeitung des Erlebten. Für Bruch und Hoffmann (1996) folgt Selbsterfahrung „der Absicht, die unbewussten Wurzeln des eigenen Handelns kennenzulernen. Ziel ist hierbei, sich selbst zu erkennen und weiter zu entwickeln sowie die eigene Wirkung auf das soziale Umfeld, insbesondere auf Individuen, aber auch auf Gruppen, mit denen man in Interaktion tritt, zu verstehen“.

Aus diesen Definitionen können zwei Kernelemente der Selbsterfahrung am IVS abgeleitet werden: (1.) Selbsterfahrung ist nie Selbstzweck, sondern geht mit einer Entwicklung des Selbst (z. B. in Form therapeutischer Kompetenzerweiterung) einher. Erst in **Kombination von Selbsterfahrung und Selbstentwicklung** kann ein erfahrendes Bewusstsein für die Veränderbarkeit kognitiver, emotionaler und Persönlichkeitsstrukturen entstehen – eine Eigenschaft, die das kompetente Gestalten und Begleiten psychotherapeutischer

Prozesse grundlegend ist (vgl. z. B. Schmelzer, 1996). Selbsterfahrung setzt sich (2.) gleichermaßen mit der **intraindividuellen wie interaktionellen Ebene** auseinander. Was einem Therapeuten – an sich selbst und dem Patienten – nicht bewusst ist, kann in der Therapie auch nicht bearbeitet werden. Weiterhin wird die Wirksamkeit der Therapie durch unzureichende Bewusstheit und Sicherheit in der – verbalen wie nonverbalen – Kommunikation bzw. Signalsendung des Therapeuten beeinträchtigt.

Unterteilt man das Wort „Selbsterfahrung“, drängt sich die Frage auf, was unter „**Selbst**“ und was unter „**Erfahrung**“ verstanden wird. In der Fachliteratur finden sich zahlreiche Definitionen für beide Begriffsbestandteile, die unterschiedlich umfassend sind und häufig auf einen bestimmten Aspekt hin spezifiziert wurden. Grundsätzlich ist eine derartige Eingrenzung des Begriffes meist die einzige Möglichkeit der praktikablen Arbeitsgrundlage, geht jedoch immer zulasten nicht berücksichtigter Facetten.

Einige Autoren plädieren in diesem Kontext für eine Unterscheidung zwischen „praxis- oder berufsbezogener Selbsterfahrung“ und „personenorientierten Selbsterfahrung“. Erstere gehen dabei eher der Frage nach, „welche Einflüsse aus meiner Lebensgeschichte oder meiner aktuellen Lebenssituation [sich] derzeit mit bestimmter Regelmäßigkeit positiv oder negativ auf meine Art der Therapiedurchführung aus[wirken]“ (Kanfer et al., 2006, zit. nach Schön, 2001). Letztere nehmen eher folgende Frage in den Fokus: „Wie erfahre ich mich selbst als unverwechselbare Person durch mich und Andere, und wie wird dadurch meine Rolle als Therapeutin beeinflusst?“ (Hippeler, 1994 zit. nach Schön, 2001)

Nach Auffassung der Autoren ist eine Trennung zwischen beruflichem und privatem **Selbst** für den Selbsterfahrungsprozess ungeeignet, da gerade unbewusste oder verletzliche Selbstanteile privaten Ursprungs das beruflich-psychotherapeutische Verhalten und Interagieren beeinflussen. Jede Person und jeder angehende Therapeut verfügt über viele unterschiedliche „**Selbstanteile**“ von denen manche hilfreich, manche dysfunktional und wieder andere hoch verletzlich sind. Nach dieser Auffassung sind Selbstanteile „das, auf was sich eine Person im gegenwärtigen Moment [auf allen Erfahrungsebenen] als „Ich“ bezieht“ und dem zufolge Mittelpunkt von Erleben und Interaktion. Im Kontext der Selbsterfahrung am IVS wird „Selbst“ nicht nur auf intrapsychische Prozesse des Therapeuten bezo-

gen, sondern stets in seiner Wechselwirkung auf Realität und Realitätserfahrung verstanden. Je nach nachdem, welcher Selbstanteil im gegenwärtigen Erleben des Therapeuten dominant ist, verändert sich nicht nur dessen „Selbst-“, sondern auch dessen „Fremdwahrnehmung“ (des Patienten). Eine reflektierte Erfahrung des eigenen „**Selbst**“ **öffnet immer auch ein tieferes Verständnis von Realität und der wechselseitigen Abhängigkeit zwischen beiden.**

Der Lernprozess in der Selbsterfahrung erfolgt grundsätzlich erfahrungsorientiert und wenig theorielastig. „**Erfahrung**“ bezieht sich in diesem Kontext in erster Linie auf die Entwicklung **prozeduraler und impliziter Wissensstrukturen** (vgl. Seipel & Döring-Seipel, 1998, S. 52-54). Dieses Wissen kann sich beispielsweise in einem „knowing something by heart“ (ebd., S. 53) ausdrücken, einer nicht-verbalisierbaren Form des Erkennens, dem psychotherapeutische Interpretationen (z.B. eine diagnostische Einordnung) folgen. Durch die Reflexion „defizitärer, problematischer, verletzlicher Aspekte“ (Tschuschke et al., 2011, S. 257) bei gleichzeitiger Vertiefung gesunder und funktionaler Anteile des eigenen Selbst integrieren die Teilnehmer sowohl neue als auch bekannte Wissensselemente, erweitern so ihren eignen „Erfahrungsschatz“ und eignen sich auf diese Weise prozedurales und implizites Wissen an.

Selbsterfahrung wirkt über die Wechselbeziehung zwischen Subjekt (u.a. Reflexion und Veränderung eigener Selbstanteile und Bewusstseinsprozesse) und Objekt (die Erfahrung von Selbst-, Fremd- und anderen Realitäten) auf der einen und über den Aufbau prozeduralen und impliziten Wissens auf der anderen Seite auf den psychotherapeutischen Prozess ein.

1.2) Quellen der Selbsterfahrung am IVS

Selbsterfahrung am IVS will den Teilnehmern eine möglichst unmittelbare Erfahrung ihrer eigenen psychischen, emotionalen und interaktionellen Prozesse ermöglichen. Um diese umfassende „Selbsterfahrung“ zu ermöglichen, verwendet die Selbsterfahrung am IVS (1.) verhaltenstherapeutische (i.S. der Selbstmodifikation) und (2.) achtsamkeitsorientierte Komponenten. Durch die Kombination beider Elemente **eröffnen sich dem Therapeuten sowohl vielfältigere Möglichkeiten der Reflexion und Veränderungen eigener Selbstanteile** (mitsamt seiner psychischen Prozesse, Fähigkeiten und Kompetenzen) **als auch Veränderungen im Erleben und Interagieren mit Realität** (v.a. mit Patienten). Tiefere Be-

wusstseinssebenen können durch achtsamkeitsorientierte Elemente direkter kontaktiert, reflektiert und verändert werden, als dies allein durch klassisch-verhaltenstherapeutische Vorgehensweisen möglich wäre. Die verhaltenstherapeutische Ausrichtung erfährt durch das Kennenlernen neuer Reflexions- und Selbstentwicklungsmöglichkeiten **eine inhaltliche und methodische Erweiterung und gewinnt insgesamt an Reichhaltigkeit und Qualität**. Auf der Grundlage von Verhaltenstherapie und Achtsamkeit werden die Teilnehmer auch auf „**längerfristiges, strukturveränderndes Arbeiten**“ (Laireiter, 1998, S. 31) vorbereitet, welches „sehr viel stärker Prozess- und beziehungsorientiert [ist] und (...) vom Therapeuten (...) eine gute Kenntnis der eigenen Person und vor allem die Kontrolle eigener Gefühle und Beziehungsmuster“ (ebd., S. 32) voraussetzt.

Im Geist der „dritten Welle der Verhaltenstherapie“ beinhaltet die Achtsamkeitskomponente der Selbsterfahrung **z.B. die Schulung in Emotionsregulation, Akzeptanz und Empathie**. Die implementierten Verfahren orientieren sich hauptsächlich an dem „MBSR-Programm“ (Kabat-Zinn, 1990), an der „Dialektisch-Behavioralen-Therapie“ (Linehan, 1993), am „wissenschaftlichen Studium des Bewusstseins und der Phänomene“ weiterer fernöstlicher Traditionen (vgl. dazu auch Baumann & Linden, 2008) sowie an der „gewaltfreien Kommunikation“ (Rosenberg, 2001). Zahlreiche Elemente wurden bereits empirisch untersucht und als wirksam erwiesen (Übersicht siehe z.B. Heidenreich & Michalak, 2009; Germer, Siegel, & Fulton, 2009).

1.3) Tradition und Evaluation von Selbsterfahrung am IVS

In der Fachliteratur finden sich bis dato nur wenige empirische Studien zu der Wirksamkeit von Selbsterfahrung (vgl. Laireiter, 2011). Eine gute – wenngleich nicht mehr aktuelle – Übersicht zum Forschungsstand geben Schön (2001) und der Sammelband von Laireiter (2000b). Weitere Befunde konnten indes zeigen, dass sich im Laufe der Selbsterfahrung **das Gruppenerleben positiv verändert** (Roder, Dubuis, Lächler, & Hecht, 2001) und eine **Stabilisierung des Selbst** (Greve, 2007) eintritt. In der subjektiven Einschätzung der Teilnehmer wird Selbsterfahrung als **Gewinn für die berufliche Tätigkeit und der persönlichen Entwicklung** (Schön, 2001; vgl. auch Alte & Rey, 1998; Lieb, 1998) und **als wesentlicher Bestandteil des Erwerbs psychotherapeutischer Kompetenzen erlebt** (vgl. z.B. Laireiter, 2000a).

Weiterhin zählt es „zu den besonders zufriedenstellenden und als wichtig erlebten Ausbildungselementen“ (Strauß et al., 2009, S. 361).

Die verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung wird am IVS seit dem Jahr 2000 von Thomas Möslers und Sandra Poppek durchgeführt. Mit fast 100 abgeschlossenen Selbsterfahrungsgruppen (à 120 Stunden) haben über 900 Personen die Selbsterfahrung am IVS absolviert (der Teilnehmerkreis setzt sich aus Psychologen, Sozialpädagogen, Pädagogen, Lehrkräften sowie Ärzten zusammen). Damit bietet das IVS das am häufigsten durchgeführte Selbsterfahrungskonzept im deutschsprachigen Raum an. In institutsinterner Prüfung und Evaluation werden die Inhalte und Wirkungen der Selbsterfahrung regelmäßig überprüft und kontinuierlich weiterentwickelt. Zudem verfügen beide Gruppenleiter über große Erfahrungswerte in Selbsterfahrung und Selbstentwicklung, befinden sich selbst in kontinuierlicher Weiterbildung (Siehe Abschnitt 4.5) und verfügen zu den jeweiligen Zielen der Selbsterfahrung inzwischen über einen reichhaltigen Fundus geeigneter Verfahren.

1.4) Vorteile des Gruppenselbsterfahrungskonzepts

Die gesetzlich vorgeschriebenen 120 Stunden (vgl. PsychThG) werden im Gruppensetting absolviert. Obgleich sich in der Fachliteratur unterschiedliche Argumente gegen Gruppen- und für Einzelselbsterfahrung bzw. eine Mischung beider Settings finden (vgl. Laireiter & Elke, 1994c) überwiegen für die Autoren die Vorteile einer geschlossener Gruppe: Zentraler Pluspunkt ist das „**Prinzip der gegenseitigen Spiegelung**“. Jeder Selbsterfahrungsteilnehmer (aber grundsätzlich auch jede Erfahrung) ist ein Spiegel, der sich in allen Spiegeln (d.h. anderen Personen oder Phänomenen) spiegelt. Im Umkehrschluss spiegeln sich alle Spiegel wiederum gesammelt in einem Spiegel. Die Verschiedenheit der Bezugspersonen zeigt sich daher auch in unterschiedlichen Spiegelungen der eigenen Person. Deshalb kann neben den wichtigen Bezugspersonen auch jede Begegnung für die Selbsterfahrung wertvoll sein, da sie möglicherweise bislang unbemerkte Selbstanteile, Verhaltens- und Erlebensweisen spiegelt und für Veränderung öffnet. Weitere Vorteile der Gruppenselbsterfahrung sind:

- 1) Die Ausbildungsteilnehmer werden mit einer Vielfalt anderer Perspektiven konfrontiert, **können Fremd- und Selbstwahrnehmung vergleichen und Rückmeldungen kon-**

struktiv verarbeiten (vgl. Schmelzer 1998; Zimmer, Zimmer und Wagner, 1994). Phantasien über Andere, aber auch die Phantasien, die man über die Phantasien Anderer hat oder die diese über einen selber haben können reflektiert und, wenn nötig, korrigiert bzw. erweitert werden.

- 2) Die Gruppe dient als **Spiegel für individuelle Beziehungsmuster und als Experimentierfeld für neues Interaktionsverhalten**.
- 3) Das Gruppensetting bietet den Patienten dabei die Möglichkeit „(...) mit anderen Personen in Kontakt zu treten, damit sie Einsicht über die **aktuellen eigenen interaktionellen Muster gewinnt, um mit neuen experimentieren zu können**“ (Mayerson, 1984 in Dies, 2001).
- 4) Erhaltenes **Feedback** ist aufgrund der unterschiedlichen Auswahl der Gruppenteilnehmer und **wegen reichhaltiger und multipler Übertragungsaspekte direkt erfahrbar** (vgl. Tschuschke, 2010). Des Weiteren ist Feedbacklernen in Gruppen am wirksamsten (vgl. Tschuschke & Dies, 1997)
- 5) Die **Reflexion eigener Muster kann im Gruppensetting an vielen „Spiegeln“ verifiziert werden**. In der Folge ist die Auflösung von verletzlichen Selbstanteilen und dysfunktionalen Erlebens- und Verhaltensmustern **einfacher als in der Einzelselbsterfahrung, bei der Widerstandsmechanismen und Übertragungsphänomene aufgrund der fehlenden zusätzlichen „Spiegel“ leichter auftreten und konstruktive Selbstreflexion behindern können. Widerstand kann gemäß der verhaltenstherapeutischen Terminologie auch als „verdeckte Gegenmotivation“ bezeichnet werden**.

2.) Ziele der Selbsterfahrung am IVS¹

Selbsterfahrung ist ein kontinuierlicher, lebenslanger Prozess, der sich nicht auf einen bestimmten Zeitraum begrenzen lässt, in einem solchen wohl aber intensiviert werden kann. Im Grunde bietet **jede Situation und Interaktion die potenzielle Gelegenheit zur „Selbsterfahrung“**. Ob im psychotherapeutischen Setting, in der Familie

¹ Die nachfolgende Klassifikation der Funktionen von Selbsterfahrung ist der Arbeit von Laireiter und Elke (1994c, S. 262ff.) entlehnt. Für eine bessere Übersicht wurden einige Unterpunkte allerdings anderen Funktionen zugeordnet. In der Praxis verlaufen Prozesse unterschiedlicher Zielsetzungen häufig parallel, so dass eine derartige Unterteilung nur in der theoretischen Konzeption sinnvoll ist. Der konkrete Ablauf von Selbsterfahrung hängt stark von der Konstellation der Gruppe, ihrer Dynamik, den verschiedenen Persönlichkeitsprägungen ab. Zudem wird dies durch Quantität und Qualität der psychischen Konflikte der Teilnehmer beeinflusst und von der Bereitschaft jedes Einzelnen begrenzt, das Auslösen früherer Beziehungsmuster aus der eigenen Biographie durch andere Teilnehmer der Gruppe zu bearbeiten.

oder allein – alle Formen von Realität können nie „so wie sie tatsächlich sind“, sondern stets nur über die Filter des eigenen Wahrnehmungsprozess erfahren werden. Jede Erfahrung von Realität spiegelt daher immer individuelle Erlebensweisen wider, die wiederum u.a. von Selbstanteilen, Bedürfnissen und gegenwärtig aktiven Bewusstseinsarten abhängig sind. Erfahrungen eines Gegenübers oder einer Situation sind also immer auch eine „Selbst-Erfahrung“, da ohne die wechselbezügliche Abhängigkeit von Subjekt (des wahrnehmenden Bewusstseins) und Objekt (die eigene Wahrnehmung vom Anderen/von Realität) Perzeption gänzlich unmöglich wäre (vgl. Tarab Tulku, 2005).

Allerdings hängt das Maß an tatsächlich erlebter „Selbsterfahrung“ vom „Erwerb selbstreflexiver Fähigkeiten“ (Tschuschke et al., 2011, S. 254) ab. Wird eine Erfahrung nur im Rahmen der bisherigen Konditionierungen eingeordnet, bleibt auch die Erkenntnisspannweite auf diese Muster beschränkt. Vorrangiges Interesse der Selbsterfahrung am IVS ist es daher, die Teilnehmer in ein bewussteres und differenzierteres Selbst- und Realitätserleben zu führen und damit **verborgenes bzw. unterdrücktes Potenzial zur Gestaltung und Entdeckung von „Selbst“ und „Realität“ zu öffnen**.

Die Ziele von verhaltenstherapeutischer Selbsterfahrung sind so vielfältig wie es die Charakteristika eines „idealen Therapeuten“ sein würden (Überblick siehe z. B. Laireiter & Elke, 1994a, S. 262 ff.). Zudem lässt sich ein gewisser Interpretationsspielraum nicht vermeiden, da sich hinter den Zielen von Selbsterfahrung häufig komplexe psychologische Phänomene verbergen, die bislang nicht ausreichend erforscht wurden und daher eine genaue Spezifizierung und allgemein anerkannte Begriffsbestimmung vermissen lassen (z. B. Empathie oder Reflektiertheit). Orientierungspunkte zur Bestimmung von Zielen können daher nur **„aus ihrem tatsächlichen Nutzen für die Qualität der später von den Therapeuten durchgeführten Therapien abgeleitet werden“** (Grawe et al., 1994, S. 701). Zudem setzen jene Ziele meist grundlegende menschliche Charakterzüge voraus, deren Ausbildung eine Lebensaufgabe bleibt. Nicht zuletzt muss auch berücksichtigt werden, dass jeder Teilnehmer unabhängig von der Selbsterfahrung einen ständigen individuellen Entwicklungsprozess durchläuft. Dieser kann von Person zu Person sehr unterschiedlich sein und erfordert dementsprechend auch unterschiedliche Schwerpunkte in der Selbsterfahrung.

Im Folgenden werden die wichtigsten Ziele der verhaltenstherapeutischen Selbsterfahrung am IVS aufgelistet. Die Klassifikation orientiert sich dabei an dem Vorschlag von Laireiter (Laireiter, 1998), der Selbsterfahrung in fünf Funktionen kategorisiert: therapeutische, präventive, selbstreferenzielle, interpersonelle bzw. edukative und didaktische Funktionen. Mit den wissensbasierten Zielen steht den genannten eine weitere Funktion vor, welche zentrale Selbsterfahrungsprinzipien vermittelt. In der siebten Kategorie werden jene Selbsterfahrungsinhalte subsummiert, in denen eine Auseinandersetzung des Therapeuten mit wichtigen Lebensthemen erfolgt. Sie beschäftigt sich beispielsweise mit Sinnfragen oder der eigenen Sterblichkeit – Fragen, mit denen Therapeuten im Rahmen ihrer praktischen Tätigkeit häufig konfrontiert werden. Als Orientierung dienten die folgenden Fragen: **„Welche persönlichen Kompetenzen sind wichtig dafür, dass Psychotherapeuten möglichst gute Therapien durchführen können? Wie können diese Kompetenzen, sofern sie nicht schon vorhanden sind, möglichst wirksam ausgebildet werden?“** (Grawe et al., 1994, S. 701).

2.1) Wissensbasierte Ziele von Selbsterfahrung am IVS

2.1.1) Erhöhung von Bewusstheit

Bewusstheit (oder Luzidität) ist das Gewahrsein dass jede Realitätserfahrung (d.h. alles, was überhaupt innerlich und äußerlich erfahrbar ist), nicht aus sich selbst und durch sich selbst existent ist, sondern sich erst durch die wechselbezügliche Anhängigkeit des wahrgenommenen Objektes und des wahrnehmenden Subjektes (mit dessen spezifischen Bewusstseinsarten, Identifikationen und Gewohnheitsmustern) in jedem Moment neu konstituiert (vgl. Tarab Tulku & Handberg, 2005).

Realität – und damit auch die Realität einer Psychotherapie – stellt kein äußerlich fixiertes Phänomen dar. Vielmehr wird sie als Manifestation des sich wechselseitig bedingenden Zusammenspiels von wahrnehmendem Subjekt und wahrgenommenen Objekt verstanden. **Subjekt und Objekt** sind demnach nicht zu trennen **und ergeben in ihrem immerwährenden Wirken die Realität**. Alle Phänomene – innerlich und äußerlich – durchlaufen die Filter der verschiedenen Sinnesbewusstseinsarten, der unbewussten Vorstellungen usw., bevor sie sich zu einer Realitätserfah-

rung konstituieren. Entsprechend erfolgen **alle Veränderungsprozesse in der Selbsterfahrung unter Analyse der wechselbezüglichen Abhängigkeit von Subjekt und Objekt, also dem Einfluss der eigenen Wahrnehmung auf Selbst-, Fremd und andere Realitätskonzepte**. Intrapersonale Veränderungsprozesse können auf diese Weise **direkt auf die Beziehungsebene übertragen** und ihre Außenwirkung im „Spiegel der anderen Gruppenmitglieder“ erfahren werden. Weiß ein Therapeut um mögliche Auswirkungen seiner Konstitution auf den Patienten, kann er diese nicht nur leichter verändern, sondern kann auch die Auswirkung der Konstitution des Patienten auf ihn selbst und den Therapieprozess besser einschätzen. Zudem kann das Erleben der anderen Gruppenteilnehmer auch dazu dienen, die „Realitätserfahrung“ Anderer – also auch die der Patienten – besser nachvollziehen und leichter von eigenen Interpretations- bzw. Bewertungsmustern und Projektionen unterscheiden zu können. Selbsterfahrung kann „insgesamt als eine vielfältige, reflexive, diskursive und ggf. metareflektierte Lebenserfahrung des Subjekts in der Alltagswelt und in spezifischen „sozialen Welten“ angesehen werden - z. B. in klinischen Kontexten, Ausbildungssituationen usw. - als „produktive Realitätsverarbeitung“ in den Prozessen lebenslanger Sozialisation“ (Petzold & Steffan, 1999, S. 11).

Orientierung bieten hierbei die Fragen: **„Was kann mir diese Selbsterfahrungsübung etc. über meine Wahrnehmungsmuster zeigen?“; „Was wähle ich aus der unendlichen Summe möglicher Betrachtungsweisen für meine Wahrnehmung aus?“** Folgende Aspekte der Wechselbeziehung von Bewusstsein und Realität werden thematisiert (Auswahl):

- Unterscheidung zwischen „Realität“ und „selektiver Realitätserfahrung“ (z.B. Chabris & Simons, 2010).
- Charakteristika „konzeptueller Realität“ im Vergleich zur Sinnesrealität (vgl. z.B. Handberg, 2005)
- Unterscheidung „bewusste Wahrnehmung“ und „konditionierte Reaktionen/ Bewertungen“
- Untersuchung von Natur, Entwicklung und Auswirkung von „Projektion“

2.1.2) Erhöhung von Achtsamkeit

Achtsamkeit heißt, alles, was im gegenwärtigen Moment geschieht, bewusst wahrzunehmen, ohne es zu beurteilen oder anderweitig zu etikettieren und dabei so wenig gewohnheitsmäßig reaktiv und so offen wie möglich zu sein (vgl. Kabat-Zinn, 1990).

Regelmäßige Achtsamkeitspraxis führt zu tieferen und länger anhaltenden Erfahrungen von **innerem Wohlbefinden, innerer Ruhe sowie zu einem Anstieg des Selbstwertes** und der Selbstachtung (vgl. z.B. Kabat-Zinn, 1993). Aus den Untersuchungen von Shapiro und Walsh (2003) lässt sich eine **erhöhte Kontrolle über mentale Prozesse** ableiten – ein Effekt durch den Therapeuten beispielsweise unerwünschten Gedankenketten in der Therapie wirksam entgegen treten können. Achtsamkeitspraxis führt zu einer **nichtreaktiven Aufmerksamkeit auf eigene mentale Zustände und Prozesse** (vgl. z.B. Grossman, Niemann, Schmidt, & Walach, 2004) und fördert „(...) die Fähigkeit, die Realität des gegenwärtigen Augenblicks zu akzeptieren“ (Kabat-Zinn, 2009).

In der Selbsterfahrung werden alle Therapieinhalte durch **achtsamkeitsorientierte Umstrukturierung dysfunktionaler Gewohnheitsmuster auf den Ebenen Kognition, Emotion, Bedürfnis, Volition und Handlung durchgeführt** (vgl. z.B. Kabat-Zinn, 2008). Damit korrelierende **verletzliche Selbstanteile** werden durch ressourcenorientierte Selbstentwicklung **transformiert** und „**gesunde Selbstanteile**“ **gezielt gestärkt**.

Achtsamkeit „macht uns die Tatsache bewusst, dass unser Leben aus einer Folge von Augenblicken besteht. Wenn wir in vielen dieser Augenblicke nicht völlig gegenwärtig sind, so übersehen wir nicht nur das, was in unserem Leben am wertvollsten ist, sondern wir erkennen auch nicht den **Reichtum und die Tiefe unserer Möglichkeiten zu wachsen und uns zu verändern**. (...) Achtsamkeit ist eine einfache und zugleich hochwirksame Methode, uns wieder in den Fluss des Lebens zu integrieren, **uns wieder mit unserer Weisheit und Vitalität in Berührung zu bringen**“ (Kabat-Zinn, 1990). Weitere Faktoren von Achtsamkeit für Selbsterfahrung sind (Auswahl):

- Differenziertes Erkennen und Einordnen dysfunktionaler Gewohnheitsmuster und Abschätzen von deren möglichen Auswirkungen auf der Beziehungsebene.

- Steigerung der Selbstwirksamkeit und gezielter Stressabbau (u.a. effektive Nutzung der der Freizeit zur Kultivierung von Zufriedenheit) (Kabat-Zinn, & Kesper-Grossman, 1999)
- Bewusste Veränderung der eigenen „verletzlichen“ Realitätserfahrung und Veränderung des Selbsterlebens durch die Verbindung mit Heilungsressourcen.
- Befreiung von Leid erzeugenden Geisteszuständen und für die Beziehungsebene hinderlichen Vorstellungen und Kultivieren eines größeren Freiraums in der Begegnung mit Anderen
- Anwendungsmöglichkeiten von Achtsamkeit im psychotherapeutischen Setting (Grepmaier, 2007)

2.1.3) Lernen in der Selbsterfahrung

Tschuschke, Meier und Teilacker (2011) konnten aus ihrer Untersuchung zur Erfassung relevanter Dimensionen der Selbsterfahrung substanzielle Niveaus auf drei Faktoren feststellen:

- **Feedbacklernen** ist ein „**Lernen über Rückmeldungen durch andere Gruppenmitglieder** bezüglich der eigenen Person, eine oftmals diskrepante Sicht zur eigenen Selbstwahrnehmung. Hierbei handelt es sich um einen spezifischen, sehr hilfreichen Wirkfaktor des Gruppensettings, der in Einzelsettings nicht auftreten kann (Yalom & Leszcz, 2006; Tschuschke, 2010, zit. nach Tschuschke et al., 2011, S. 256). Feedbacklernen bezieht sich nicht nur auf Anregungen und Spiegelungen Anderer. Nach Stadler stellt sich der „der Übende (...) der Aufgabe, mit Hilfe des Begleiters **sich selbst als außerordentlich wichtiges Feedbackinstrument kennenzulernen**. Das Feedback liegt in den zahllosen propriozeptiven Botschaften aus dem eigenen Inneren, aus Gefühl, Phantasie, aus dem Körper mit seinen mannigfaltigen Reaktionen, aus Symptomen usw.“ (1996, S. 42).
- **Übertragungslernen** „ist ein **Lernen über unbewusste Mechanismen**, die bewirken, anderen Menschen etwas zu unterstellen, etwas auf sie zu projizieren, das mit den eigenen vergangenen Lernerfahrungen mit anderen Menschen, jedoch nicht mit den aktuellen Sozialpartnern zu tun hat - ein **Lernen quasi über eigene blinde Flecke in Beziehungsgestaltungen mit anderen Menschen**, ein enorm wichtiger Bereich für angehende Psychotherapeuten.“ (Tschuschke et al., 2011, S. 256)

- **Selbsterkenntnis:** Das **Entdecken bislang unbewusster Selbstanteile**; Einsichten bezüglich eigener Regungen und der eigenen Selbstwahrnehmung usw. (vgl. ebd.)

In der Selbsterfahrung wird versucht, aus Feedbacklernen, Übertragungslernen oder Selbsterkenntnis **Implikationen für den künftigen Umgang mit therapeutischen Herausforderungen abzuleiten**. Lernen vollzieht sich in der konkreten Durchführung **(1.) retrospektiv**: Es erfolgt eine persönliche Auswertung der Erfahrungen, insbesondere bezüglich der Relevanz für die Tätigkeit als Therapeut. Idealerweise kommt es in der Folge zu einer **(2.) prospektiven Selbstreflexion**: „Welche Schlussfolgerungen ergeben sich aufgrund der gemachten und reflektierten Erfahrungen für die Zukunft?“, „**Woran muss ich arbeiten?**“, „Wo sollte ich vorsichtig sein?“, „**Welche Probleme können sich in der Therapieführung für mich ergeben?**“

Es liegt auf der Hand, dass angehende Therapeutinnen und Therapeuten während ihrer Ausbildung nicht alle Fertigkeiten erwerben können, um jedes therapeutische Problem erfolgreich zu lösen. Ein weiteres Anliegen verhaltenstherapeutischer Selbsterfahrung ist es daher, die **Bereitschaft und Fähigkeit zu lebenslangem Lernen** zu fördern. „In seiner konkreten Umsetzung wäre Selbsterfahrung als ein Prozess zu verstehen, der von Psychotherapeuten das gesamte professionelle Leben über betrieben werden soll“ (Laireiter & Fiedler, 1996, S. 103).

2.2) Selbstreferenzielle Ziele von Selbsterfahrung am IVS

2.2.1) Kennenlernen und Nutzen eigener Ressourcen

Psychotherapie möchte nicht nur störungsspezifische Symptome und die dahinter liegenden Erkrankungsbilder behandeln, sondern auch die Entwicklung salutogenetischer Erlebens-, Kommunikations- und Verhaltensmuster fördern. Wesentliche Therapieorientierung ist dafür das ressourcenorientierte Arbeiten (vgl. Fiedler, 2007; Frank, 2007), welches den Patienten wieder mit denjenigen Lebensaspekten in Verbindung bringt, die zu einer Steigerung der Lebensqualität und einer Stabilisierung der psychischen Konstitution beitragen. Die **Umsetzung ressourcenorientierter Psychotherapie wird dabei durch die Fähigkeit des Psychotherapeuten beschränkt, eigene Ressourcen zu kontaktieren**. Ebenso wie eine Person wohl kaum einen schwer Übergewichtigen um eine Diätberatung bittet, würde ein „schlecht gelaunter“ Therapeut mit Hang zu Selbstvorwürfen sicher nicht zur ersten Wahl eines Patient gehören, der „Ressourcen“ auffinden möchte, um ein zufriedeneres und glücklicheres Leben anzustreben.

Schmelzer (1994) zählt „**das Registrieren, Weiterentwickeln und gezielte Nutzen eigener Stärken und Ressourcen**“ zu den Hauptzielen von Selbsterfahrung. Angehende Therapeuten sollen sich ihrer persönlichen Fähigkeiten und Stärken bewusst werden und gezielt in ihre therapeutische Arbeit einbringen können (vgl. Grawe, 2000). Der Selbsterfahrungsprozess bietet den Teilnehmern fortwährend Möglichkeiten, **bisher unbekannte Ressourcen aufzufinden und bereits etablierte „Kraftquellen“ zu verstärken**. Durch diese kontinuierliche Verstärkung der eigenen Ressourcen soll deren **wirksamer und zuverlässiger Einsatz im psychotherapeutischen Setting ermöglicht werden**. Die Einführung in das Modell der „Heilungsressourcen“ erweitert dabei die Einsatzfähigkeit und Implementierbarkeit von Ressourcen. Durch **Heilungsressourcen können positive Geistes- und Gefühlszustand selbstständig kontaktiert und unabhängig von äußeren Umständen aufrechterhalten werden**. Eine Wiederherstellung der Heilungsressource im Außen ist dafür nicht notwendig. Imaginationsübungen ermöglichen die Ressourcenkontaktierung ohne physisch präsenten Objekt und befähigen den Therapeuten dazu, **Gefühlsqualitäten wie Liebe, Empathie, Stärke oder Geborgen-**

Wissensbasierte Ziele	
Erhöhung der Bewusstheit	Subjekt-Objekt-Wechselbezüglichkeit der eigenen Wahrnehmung verstehen Subjekt-Objekt-Wechselbezüglichkeit auf die psychotherapeutische Beziehungsebene übertragen
Erhöhung der Achtsamkeit	Achtsamkeitsorientierte Umstrukturierung dysfunktionaler Gewohnheits- und Interaktionsmuster Auflösung verletzlicher Selbstanteile Stärkung „gesunder Selbstanteile“ durch ressourcenorientierte Selbstentwicklung Steigerung von Lebensfreude, innerem Wohlbefinden und Ausgeglichenheit Integration der Achtsamkeit in Psychotherapie und Alltag
Lernen in der Selbsterfahrung	Feedbacklernen, Übertragungslernen und Selbsterkenntnis Lebenslanges Lernen

heit jederzeit fühlbar präsent zu machen. Durch die Arbeit mit Heilungsressourcen lernt der Therapeut „gegründete Selbstgefühle“ zu kultivieren und zu vertiefen und „verletzliche Selbstgefühle“ zu transformieren (vgl. Meyer-Kahlen, 2010). Diese Form der Ressourcenarbeit bewirkt **Steigerungen in Selbstwirksamkeit und Selbstkontrolle** und deckt mit der Zunahme an **emotionaler Stabilität** ein wichtiges Ziel der Selbsterfahrung ab (vgl. Zimmer, Zimmer, & Wagner, 1994).

2.2.2) Reflexion und Bearbeitung verletzlicher Selbstanteile

Ein Selbstanteil (auch „Selbstreferenz“; Anm. d. Verf.) ist „das, was [auf allen Ebenen des gegenwärtigen Erlebens] als „Ich“ oder „Selbst“ erfahren wird“ (Das Spektrum reicht dabei von „gegründeten“ bis hin zu hochverletzlichen Selbstanteilen, die – je nach Situation und Konstitution – das Erleben, Interagieren und Verhalten in der Therapie maßgeblich bestimmen, dem Therapeuten als solches jedoch nur selten bewusst sind. Je nachdem, welche kognitive und emotionale Prägung die momentane „Selbst-Erfahrung“ aufweist, verändert sich – aufgrund der Wechselbezüglichkeit – auch die Erfahrung von Anderen und der gesamten äußeren Realität. Wird das Ich-Erleben eines Therapeuten beispielsweise durch eine verletzliche Selbstreferenz bestimmt, werden häufig entsprechend dysfunktionale Interaktions- und Verhaltensweisen aktiv. In der Therapie kann sich dies z. B. durch unbewussten Rückzug oder Mangel an Empathie gegenüber dem Patienten äußern. Aktualisierte verletzliche Selbstanteile sind – wenn nicht als solche erkannt – nicht nur während der Therapie, sondern generell im sozialen Umfeld des Therapeuten Nährboden für negative Emotionen und dysfunktionale Erlebens- und Verhaltensweisen. **Erst wenn verletzliche Selbstanteile reflektiert werden, können sie auch verändert bzw. aufgelöst werden.** Erweitert sich das Erleben des Therapeuten durch die Kultivierung positiver Selbstanteile, fällt es ihm auch leichter, den Facettenreichtum des Patienten wahrzunehmen und hilfreiche Interaktionsschemata anzubieten.

2.2.3) Reflexion von Gefühlen und Bedürfnissen

Im Rahmen unseres Austausches und eigenen Erfahrungen in der Supervision von Ausbildungskandidaten konnten wir feststellen, dass die Ver-

minderung der auf dysfunktionalen Emotionen beruhenden unbewussten Reaktionsmuster bei den Therapeuten einen Schlüssel für das Gelingen der Beziehung zum Klienten darstellt. Diese Sichtweisen werden durch die Arbeit von Berking (Berking, 2015) unterstützt, die er in seinem Buch „Training emotionaler Kompetenzen“ (Matthias Berking, Training emotionaler Kompetenzen, 3. Auflage, Springer Verlag 2015, ISBN: 978-3-642-54016-5) zusammengefasst hat: „Da affektive Faktoren in den Störungskonzepten fast aller psychotherapeutischen Ansätze eine Rolle spielen, widmen sich auch nahezu sämtliche Therapieansätze mehr oder weniger intensiv dem Umstand mit belastenden Affekten. (...) In der **kognitiven Verhaltenstherapie (KVT)** arbeiten Therapeuten häufig explizit und systematisch an der Verbesserung der Emotionsregulation. Der Fokus liegt dabei jedoch oft auf denjenigen Emotionen, die sich im Rahmen der behandelten Störung manifestieren und in der Regel vor allem unter Einsatz prototypischer KVT-Methoden. Hier stellt sich die Frage, ob bei bestimmten Problemstellungen bzw. Patienten ein Fokus auf emotionsübergreifende Regulationskompetenzen von Vorteil wäre und inwieweit dazu auch Techniken aus anderen Verfahren (wie beispielsweise die 2-Stuhl-Technik oder mitgeföhlsbasierte Ansätze) genutzt werden könnten.“

Nach Rosenberg (2001) kann eigenes oder fremdes Verhalten zwar Auslöser negativer Emotionen nicht jedoch deren Ursache sein. Emotionen entstehen durch Bewertungen und erfüllte bzw. unerfüllte Bedürfnisse und sind **demnach gleichermaßen Ausdruck wie Indikator für Bedürfnisse**. Werden negative Emotionen – Ärger, Traurigkeit, Neid, usw. – unbewusst ausagiert, unterdrückt oder ignoriert, verlieren sie auch ihre Indikatorfunktion für die ursächliche Ebene und können nicht bleibend aufgelöst bzw. verändert werden – die Perspektive auf eigene wie fremde Probleme wird eingeschränkt. In der Selbsterfahrung lernen die Teilnehmer, **ihre eigenen Gefühlszustände frei von innerem Widerstand spüren und differenzierter einordnen zu können**. Die gesteigerte **Sensibilität gegenüber den eigenen Gefühlen geht mit einer größeren Bewusstheit für die eigenen Bedürfnisse einher**. Damit ist die Grundlage zur „Selbsterfahrung“ derjenigen Bewusstseinssebenen hergestellt, die – über kognitive Prozesse (z.B. Bewertungen, Urteile) und Gefühle – wesentlich zur Qualität des Erlebens, Kommunizierens und Verhaltens im psychotherapeutischen Setting beitragen.

2.2.4) Reflexion „blinder Flecken“

Jede Person hat Erlebens-, Kommunikations- und Verhaltensweisen, die sich unbewusst auf den therapeutischen Prozess auswirken. **Unbewusste Selbstanteile spiegeln bestimmte Persönlichkeitsfacetten**, die dem betreffenden Therapeuten ebenfalls nicht bewusst sind. Durch diesen „**blinden Fleck**“ ergibt sich eine **Diskrepanz zwischen Selbsterleben und den tatsächlich im Erleben und Verhalten „aktiven“ Selbstanteile**. Einige dieser „blinden Flecken“ finden ihren Ursprung in verletzlichen Selbstanteilen und wirken verschiedenartig – je nach Situation und psychischer Konstitution – dysfunktional bzw. schädlich auf die therapeutische Beziehung ein. **Blinde Flecken wirken dann in Form von Zurückweisung und emotionaler Kälte auf den Patienten ein und verstärken wiederum dessen Verletzlichkeiten**. Ist sich der Therapeut seiner blinden Flecken nicht bewusst, können solche Interaktionsmuster – ob dominant oder sehr subtil – leicht in einem „Teufelskreises“ führen und den Therapieprozess insgesamt gefährden.

Weiterhin **schränken Blinde Flecken des Therapeuten seine Wahrnehmung des Patienten ein**. Steckt ein Therapeut beispielsweise noch stark in eigenen narzisstischen Tendenzen fest, können ähnliche Tendenzen des Patienten nicht wahrgenommen und folglich nicht zum Gegenstand der Therapie gemacht werden. Schließlich sind „**blinde Flecken**“ **auch ein Hindernisse für die Selbstentwicklung** des Therapeuten, da nur bewusste Selbstanteile, Erlebens- und Verhaltensweisen veränder- und steuerbar sind. Die Auseinandersetzung mit den eigenen „blinden Flecken“ führt insgesamt zu **einer höheren Bewusstheit und Kontrolle im therapeutischen Prozess**, verhindert negative Interaktionsmuster und senkt so die Wahrscheinlichkeit, dass Verletzlichkeiten des Patienten vom Therapeuten unbewusst verstärkt werden. Gleichzeitig setzt die Konfrontation mit blinden Flecken persönliche Entwicklungschancen frei und führt zu einer **Erweiterung psychotherapeutischer Selbstregulations- und Interaktionsfähigkeiten**.

2.2.5) Reflexion über Projektionen und Übertragungsphänomene

Grundlegendes Kennzeichen aller psychischen Erkrankungen ist eine mangelnde **Bewusstheit über Einflussfaktoren und Ursachen der eigenen Psyche**. Häufig kann daher schon eine größere Klarheit in den eigenen psychischen Prozes-

sen zu einer Symptomverbesserung führen und die Bereitschaft zu weiteren psychotherapeutischen Behandlungsschritten fördern. Um einen Patienten professionell zu einer höheren Bewusstheit führen zu können, ist es seitens des Therapeuten unabdingbar, **selbst fundiertes Wissen über und direkte Einsicht in die Charakteristika psychischer Prozesse zu erlangen**. In der Selbsterfahrung werden psychische Prozesse differenziert eingeordnet und in ihrer Auswirkung auf die Realitätserfahrung untersucht.

Für therapeutische Interaktion ist entscheidend, genau unterscheiden zu können, **welche Selbstanteile, Verhaltens- und Interaktionsmuster dem Patienten und welche dem Therapeuten zugeordnet werden können**. Besteht darüber keine ausreichende Klarheit, kann es zu einem „**Nachaußenverlegen subjektiver Qualitäten**“ kommen. Diese **Projektionen** spiegeln eigene Gefühlszustände, Charaktereigenschaften und Persönlichkeitsanteile des Therapeuten, die verdrängt und auf das Gegenüber abbildet, also „projiziert“ werden und selbst verinnerlichte oder als besonders tiefgreifend erlebte Gefühlszustände aktualisieren. Die **Signale des Patienten werden in der Folge verzerrt** und gemäß der eigenen Projektion in ein bestimmtes Muster „gepresst“. In der Folge können unbewusste Projektionen beispielsweise zu einer Beschädigung der „gemeinsamen Bezugsebene“, zu unangemessenen Interaktionsweisen oder einer emotionalen Entfremdung vom Patienten führen. Die Selbsterfahrung gibt den angehenden Therapeuten Anleitung im **Erkennen, Verstehen und Auflösen von Projektionen**. Künftige Therapeut-Patient-Beziehungen sollen durch das Auftauchen eigener Projektionen künftig nicht belastet, verantwortungsvoll eingeordnet und zuverlässig aufgelöst werden können.

Neben Projektionen treten in der Psychotherapie häufig **Übertragungsphänomene** auf. Dieser ursprünglich aus der Psychoanalyse stammende Begriff bezeichnet **während der Therapie entstehende Projektionen frühkindlicher Einstellungen, Wünsche und Gefühle zu Vater, Mutter oder anderen Personen auf den Therapeuten** (bzw. auf den Patienten). Übertragungen können – vorausgesetzt der Therapeut ist sich ihrer bewusst – ein wichtiges Medium des psychotherapeutischen Prozesses sein. Besteht hingegen keine Bewusstheit über die Übertragungsphänomene kann dies gravierende Einwirkungen auf die Beziehungsebene haben, da frühkindliche Einstellungen, Wünsche und Gefühle des Therapeuten

aktualisiert und unbewusst auf den Patienten übertragen werden können. Übertragungsmuster sollen im Rahmen der Selbsterfahrung soweit bearbeitet und reflektiert werden, dass sie weder für Patienten noch für die eigene Psychohygiene Stör- und Gefahrenquellen darstellen.

Die Gruppenleitung prüft im Laufe der Selbsterfahrung kontinuierlich, **ob die angehenden Therapeuten Interaktionsmuster besser durchschauen und den Eigenanteil an der Beziehungsdynamik reflektieren lernen.** Das Bewusstmachen eigener und das Erleben fremder Übertragungen der anderen Gruppenteilnehmer

soll ein breites und vielfältiges Erfahrungswissen für die psychotherapeutische Tätigkeit generieren. In der Selbsterfahrung bemühen sich die angehenden Therapeuten daher „um eine Doppelrichtung der Aufmerksamkeit: Ganz bei mir und ganz beim Anderen [sein zu können]. (...) Das setzt aus Seiten des Therapeuten eine differenzierte Selbstwahrnehmung wie auch die klare Selbstdarstellung voraus. **Je präziser er sich wahrnimmt und darstellt, ein umso informativeres Feedback wird er für den Patienten**“ (Stadler, 1996, S. 59).

Selbstreferenzielle Funktionen	
Reflexion von Gefühlen und Bedürfnissen in ihrem Einfluss auf die Beziehungsebene	Gefühlszustände frei von innerem Widerstand einordnen können (Steigerung der Gefühlssensibilität) Gefühle als Ausdruck und Indikator der Bedürfnisseebene Bewusstmachen der unerfüllten Bedürfnisse hinter den verletzlichen Selbstreferenzen
Reflexion und Bearbeitung „blinder Flecken“	Diskrepanz zwischen Selbsterleben und den tatsächlich im Erleben und Verhalten „aktiven“ Selbstanteile Einfluss auf die Wahrnehmungs- und Einschätzungsfähigkeit von Patienten Höhere Bewusstheit und Kontrolle im therapeutischen Prozess Erweiterung psychotherapeutischer Selbstregulations- und Interaktionsfähigkeiten
Kennenlernen und Aufbau persönlicher Ressourcen/Reflexion bzw. Bearbeitung verletzlicher Selbstanteile	Registrieren, Weiterentwickeln und gezielter Nutzen eigener Stärken und Ressourcen Wirksamer und zuverlässiger Einsatz von Ressourcen im psychotherapeutischen Setting Positive Geistes- und Gefühlszustände selbstständig kontaktieren und unabhängig von äußeren Umständen aufrechterhalten können „gegründete Selbstgefühle“ kultivieren und „verletzliche Selbstgefühle“ transformieren Steigerungen in Selbstwirksamkeit, Selbstkontrolle und emotionaler Stabilität
Erwerb einer differenzierten Selbstbeobachtungsfähigkeit	Reflexion, Erkennen und Auflösen von Projektionen als „Nachaußenverlegen subjektiver Qualitäten“ Reflexion, Erkennen und Auflösen bzw. Nutzen von Übertragungen in der Therapie

2.3) Therapeutische Funktionen der Selbsterfahrung am IVS

2.3.1) Therapeutische Methoden „am eigenen Leib“ erfahren

Die Teilnehmer wechseln in einigen Abschnitten der Selbsterfahrung die Perspektive und erfahren therapeutische Prozesse von der Patientenseite. **„Druck, Scham, Not und Widerstand gegen das sich Offenbaren gegenüber einer anderen Person (dem Psychotherapeuten und damit natürlich auch gegenüber sich selbst) [werden] quasi „am eigenen Leibe“** (Tschuschke et al., 2011, S. 257) **erfahren.** Innere Widerstände gegenüber Veränderung, Rückfälle in alte Verhaltensmuster, Ängste, aber auch Erfolgserlebnisse im Therapieprozess können so leichter nachempfunden und genauer eingeordnet werden.

den. Die Selbstanwendung psychotherapeutischer Methoden (i.S. der Selbstmodifikation) verfolgt das Ziel **therapeutische Prozess-, Beziehungs-, und Methodenkompetenz zu erwerben.** Darüber hinaus wird die **„Entwicklung eines positiven therapeutischen Selbstkonzeptes und [die] Überzeugung der Wirksamkeit und Veränderungskapazität von Psychotherapie“** (Laireiter, 2011, S. 26) gestärkt. Erst durch erfahrungsorientiertes Modelllernen (vgl. Bruch, 1996, S. 14) können verhaltenstherapeutische Methoden und Modelle vom Teilnehmer internalisiert und zum integralen Bestandteil des eigenen Erlebens werden.

„Kein noch so detailliertes Lehrbuch, keine noch so gute therapeutische Lehrdemonstration (...) kann (...) zudem so anschaulich, lebensnah und überzeugend vermitteln wie die Erfahrung am eigenen Leibe, welche enormen Ängste es auslösen kann, sich in Therapie zu begegnen, sich einem fremden Menschen, dem Therapeuten, anzuvertrauen, seine intimsten Probleme, Gedanken und Gefühle aufzudecken und auszusprechen; welche Überwindung und Mühe es kosten kann, gewohnte Einstellungen und Verhaltensweisen in Frage zu stellen, zu überprüfen und zu verändern; welche Schwierigkeiten und Widerstände bei solchen Veränderungsbemühungen auftreten können“ (Seiderer-Hartig, 1980, S. 179/180)

2.3.2) Auseinandersetzung mit dem Rollenverständnis des Psychotherapeuten

Das eigene **Rollenverständnis** des Psychotherapeuten bietet gleichermaßen Chance wie Risiken für den Erfolg des therapeutischen Prozesses. Auf der einen Seite eröffnet die Rolle durch die professionelle Distanziertheit bei gleichzeitiger Empathie und Wärme neue Interaktionspielräume, in denen therapeutische Fortschritte leichter erzielt werden können. Auf der anderen Seite kann ein unflexibles Rollenverständnis auch zum Hindernis für authentische Kommunikation werden und die Selbstöffnung und Bereitschaft zur Veränderung des Patienten einschränken. In der Selbsterfahrung sollen die Teilnehmer ihr eigenes **Rollenverständnis auf Elemente prüfen, die der Aufrechterhaltung eigener Verletzlichkeiten, Ängste etc. dienen, und von therapieförderlichen Elementen trennen.** „Störungsfreie Interaktion erfordert, dass sich ein Mensch klar wahrnimmt. Und das wiederum setzt voraus, dass er sich selbst klar sieht“ (Stadler, 1996, S. 41). Die Auseinandersetzung mit eigenen und fremden Rollenmodellen (der Leitung und der anderen Gruppenteilnehmer) soll die **Herausbildung eines authentischen Rollenbildes fördern**, das sich nicht auf Konventionen, sondern auf Charakterstärken gründet.

Weiterhin werden eigene Werthaltungen und Normen in ihren Einfluss auf die Therapie und ihrem Ursprung untersucht. Im Fokus steht dabei die Funktionalität der eigenen Werte und Normen. Oftmals finden diese in eigenen unbewussten Verletzlichkeiten ihren Ausgangspunkt und unterliegen in der Therapie entsprechend starken Schwankungen. Im Laufe der Selbsterfahrung sollen die angehenden Therapeuten **ein authentisches Wertesystem ausbilden und es vor dem Hintergrund des konkreten Nutzens für die Psychotherapie begründen können.**

Im Rahmen der Selbsterfahrung werden daher (z.B. bei Fallbesprechungen) Orientierungspunkte geschaffen werden, die bei der **Identifikation und Modifikation eigener Stärken und Schwächen** helfen. Selbsterfahrung möchte die Teilnehmer **langfristig auf die berufliche Tätigkeit des Psychotherapeuten vorbereiten** und gibt Anregung zur Einschätzung der Auswirkung langjähriger Therapieschwerpunkte auf den Teilnehmer ein. Psychotherapeutische Arbeit soll idealerweise **dauerhaft mit Freude und Entwicklung einhergehen** und nicht durch ein zur eigenen Persönlichkeit und zum persönlichen Therapiestil gänzlich unpassendes Spezialgebiet bzw. berufliches Umfeld belastet werden. Im Bewusstsein der eigenen Stärken gelingt es leichter, künftige Tätigkeitsbereiche grob einzugrenzen, ohne dabei die Offenheit für Kompetenzerweiterung zu verlieren. Der Abbau bzw. die Reduzierung eigener „Schwächen“ zielt darauf ab, dem **vielfältigen Anforderungsprofil der Psychotherapie mit einer entsprechend umfassenden Kompetenz begegnen zu können.** Daher werden die Teilnehmer durch die Anregungen und Spiegelungen der Leitung und der Gruppe dazu ermutigt, ihre psychotherapeutischen Stärken weiter auszubilden und in der praktischen Tätigkeit bewusst anzuwenden.

Thematisiert werden auch Ursachen und Hintergründe für die **Bevorzugung und Ablehnung bestimmter Patienten bzw. Störungsbilder.** In diesem Kontext werden auch mögliche **Vorlieben und Abneigungen für bzw. gegen bestimmte verhaltenstherapeutische Methoden** reflektiert. Der Einfluss eigener projizierter Selbstanteile auf Sympathie und Antipathie ist dabei ebenso Gegenstand der Betrachtung wie deren Modifikation. Diese führt weiterhin zu einer **genaueren Einschätzungsfähigkeit über Anwendbarkeit und Wirksamkeitsfaktoren verhaltenstherapeutischer Methoden** (vgl. auch Schmelzer, 1996, S. 158-161). Ziel ist es, im „Spiegel der Gruppe“ eine **umfassendere Perspektive auf die Wirkmechanismen psychotherapeutischer Verfahren anzuregen** und damit einer vorurteilsbedingten Einschränkung auf einige wenige Verfahren entgegen zu wirken.

Thematisiert werden auch Ursachen und Hintergründe für die **Bevorzugung und Ablehnung bestimmter Patienten bzw. Störungsbilder.** In diesem Kontext werden auch mögliche **Vorlieben und Abneigungen für bzw. gegen bestimmte verhaltenstherapeutische Methoden** reflektiert. Der Einfluss eigener projizierter Selbstanteile auf Sympathie und Antipathie ist dabei ebenso Gegenstand der Betrachtung wie deren Modifikation. Diese führt weiterhin zu einer **genaueren Einschätzungsfähigkeit über Anwendbarkeit und Wirksamkeitsfaktoren verhaltenstherapeutischer Methoden** (vgl. auch Schmelzer, 1996, S. 158-161). Ziel ist es, im „Spiegel der Gruppe“ eine **umfassendere Perspektive auf die Wirkmechanismen psychotherapeutischer Verfahren anzuregen** und damit einer vorurteilsbedingten Einschränkung auf einige wenige Verfahren entgegen zu wirken.

2.3.3) Auseinandersetzung mit der eigenen Biographie

Die „**Bearbeitung biographischer Aspekte**“

und überdauernder kognitiv-affektiver und interaktioneller Schemata“ (Laireiter, 2011, S. 29) zählt zu den zentralen Schwerpunkten der Selbsterfahrung. Die Auseinandersetzung mit der Herkunftsfamilie und Kindheitserfahrungen führt in eine Reflexion tief verwurzelter Erlebens- und Verhaltensweisen und bietet wichtige Referenzpunkte zur Erforschung möglicher Ursachen. Schlüsselerlebnisse in der Herkunftsfamilie liefern Anhaltspunkte für die Entstehung lebensprägender u.a. Interaktionsmuster, Persönlichkeitstendenzen, Grundüberzeugungen, Berufswünsche, Lebensträume, Beziehungsauffassungen und Selbstkonzepte. Grund für diesen Zusammenhang ist die – häufig unterschätzte – Prägung durch die Eltern, die sich in der Übernahme bzw. Entwicklungsgeschichte zentraler kognitiv-affektiver und interaktioneller Schemata zeigt. Die Bearbeitung biographischer Aspekte geht mit Reflexion verletzlicher Selbstanteile und der dazu gehörigen Schemata einher und führt dadurch zu einer Klärung und Entfaltung auf der Beziehungsebene. Reflexion in der Beziehung bzw. Haltung und Perspektive auf die eigene Herkunftsfamilie führt zu einer Auflösung von Interaktionshindernissen mit Patienten und kann als „Schlüssel“ für die Entwicklung der psychotherapeutischen Beziehungskompetenz angesehen werden.

Der zweite wichtige Zugang zur Entwicklung der Beziehungsfähigkeit ist die Identifikation biografischer Wendepunkte. Unabhängig von vordergründigen Bewertungen in „positive“ oder „Negative“ Erlebnisse, enthalten biografische Wendepunkte immer Selbsterfahrungs- und damit Lern- und Erkenntnispotenzial. Dieses drückt sich in einer höheren Bewusstheit über intrapsychische und interaktionelle Prozesse und in der Freilegung wertvoller Ressourcen aus. So können beispielsweise erfolgreich angewandte Copingstrategien identifiziert und für die Bewältigung künftiger Herausforderungen psychotherapeutischer Arbeit verfügbar gemacht werden. Strategien, die „geholfen haben schwierige Lebensphasen durchzustehen“ generieren darüber hinaus Sensibilität, unbewusste biografische Wendepunkte von Patienten zu erkennen und als wichtiges verhaltenstherapeutisches Prinzip in den Therapieprozess einzubringen. Die Reflexion problematischer Beziehungen kann weiterhin durch die Anregung neuer Konfliktbewältigungsstrategien eine Beziehungsverbesserung in Familie, Partnerschaft, Freundes- oder Kollegenkreis bewirken.

Unversöhnlichkeitsstrukturen sind aufgrund ihrer multiplen Spiegelungsfunktion ein wichtiges Reflexionsobjekt in der Selbsterfahrung. Erstens repräsentiert jede Unversöhnlichkeit einen verletzlichen Selbstanteil und spiegelt dysfunktionale Schemata und Verhaltensweisen. Unabhängig von sachlichen Problemen oder Meinungsverschiedenheiten kann diese Verletzlichkeit durch Selbstentwicklung aufgelöst, seiner „leiderschaffenden“ Funktion entledigt werden und Ressourcen für die Entfaltung positiver Umgangsformen freilegen. Zweitens lassen Unversöhnlichkeitsstrukturen Rückschlüsse auf grundlegende Selbst-, Fremd- und andere Realitätsauffassungen zu. In der Reflexion über ihre Auswirkungen auf die Realitätserfahrung können alternative Perspektiven und Beziehungsmuster leichter angeeignet werden und bei künftigen Unversöhnlichkeitszuständen wirksamen Schutz vor dysfunktionalen Realitätsauffassungen (z.B. Externalisierungen, Fehlattributitionen etc.) bieten.

2.4) Auseinandersetzung mit Lebensthemen

2.4.1) Klärung der Motive für eine Verhaltenstherapie-Ausbildung

Die Klärung der Motive für eine Verhaltenstherapie-Ausbildung ist ein wesentlicher Bestandteil von Selbsterfahrung (Laireiter, 2011). Eine positive Motivation ist Grundlage für die Bewältigung der vielfältigen fachlichen wie menschlichen Herausforderung der psychotherapeutischen Profession. Als Grundlage der Motivation können die eigenen Bedürfnisse angesehen werden, die in der therapeutischen Tätigkeit erfüllt werden. Häufig wird Psychotherapie als vielfältige und sinnvolle Tätigkeit erlebt, in der eigene Fähigkeiten zur Unterstützung des Patienten eingesetzt werden. Weiterhin ist Psychotherapie – für Patient wie Therapeut – auch ein Entwicklungs- und Erkenntnisfeld, in dem trotz oder gerade aufgrund der professionellen Distanz ein tiefer zwischenmenschlicher Austausch möglich ist. Auch kann in der Psychotherapie das Bedürfnis das „Leben Anderer zu bereichern“ (Rosenberg, 2001) vielfältigen Ausdruck finden. Diese und viele weitere Facetten der Berufsmotivation können in der Therapie nur ihre positive Wirkung entfalten, wenn sich der Therapeut ihrer bewusst ist und sich mit Ihnen verbinden kann. In der Regel spiegelt die Motivation neben der Bedürfnisebene auch verletzliche Selbstanteile des angehenden Therapeuten. Diese können sich beispielsweise als „Helfer-

syndrom“, narzisstische und vielen weitere problematische Persönlichkeitstendenzen mit den entsprechend negativen Auswirkungen auf der Therapeut-Patient-Beziehungsebene zeigen. In diesem Verständnis sieht Selbsterfahrung zwei Hauptaufgaben in der Herausbildung therapieförderlicher Berufsmotivation: Erstens sollen die **Bedürfnisse bewusst und für die Herausforderungen des Berufsstandes bewusst werden**. Reflektiert und bearbeitet werden zweitens schädliche Persönlichkeitstendenzen (z. B. Helfersyn-drome) sowie deren zugrunde liegende Bedürfnisse. In dieser Kombination sollen **schädliche Auswirkungen auf den Patienten reduziert und durch eine bewusstere Motivation Freude, Souveränität und Ausgeglichenheit in der täglichen praktischen Arbeit gestärkt werden**. Schließlich werden mögliche dysfunktionale Motive (tabellarische Übersicht siehe Schmelzer, 1996 S. 145) sowie schädigende und destruktive interpersonale Strategien (Kanfer et al., 2006) analysiert und reflektiert.

2.4.2) Auseinandersetzung mit „Lebensthemen“

In einem Großteil psychotherapeutischer Behandlungen sehen sich Patienten früher oder später großen **Lebensthemen** konfrontiert. Viele Erkrankungsformen, Krankheitssymptome oder Krisensituationen gehen nicht nur mit gravierenden Lebensveränderungen einher, sondern stellen auch überdauernde Sinnzuschreibungen, Überzeugungssysteme in Frage. Zu den am häufigsten vorkommenden Lebensthemen in der Psychotherapie zählen neben **Sinn- und Lebensführungsfragen** auch **Krankheit, Vergänglichkeit, Alter und Tod**. Psychotherapeuten treffen regelmäßig auf Patienten, die verzweifelt nach Antworten auf ihre Lebensfragen suchen. Nach dem psychotherapeutischen Rollenverständnis besteht die Aufgabe des Therapeuten nicht darin, bestimmte philosophische Standpunkte einzunehmen oder zu verteidigen. Vielmehr wird der Patient in seiner individuellen Suche begleitet und in den damit korrelierenden Verhaltens- und Erlebensmustern bzw. -auswirkungen gespiegelt. Je nach Behandlung ergeben sich noch zahlreiche weitere Aufgaben des Psychotherapeuten, deren Fundament trotz der inhaltlichen Zurückhaltung, im eigenen Verständnis von Lebensthemen besteht. Der Therapeut kann den Patienten nur dann kompetent begleiten, **wenn er selbst auf ausreichend Erfahrungswerte in der Auseinandersetzung mit Lebensthemen zurückgreifen kann**. Er

braucht jedoch nicht nur die Erfahrungen des „eigenen Weges“, sondern zudem ein umfassendes theoretisches wie methodisches Repertoire an psychotherapeutischen Verfahren, die dem Patienten Orientierungspunkte bieten können.

Auseinandersetzung mit "Lebensthemen"	
Klärung der Motive für den Beruf des Psychotherapeuten (Welche Bedürfnisse werden dadurch erfüllt?)	Bedürfnisse bewusst machen und in tragende Ressourcen für die Herausforderungen der Psychotherapie gemacht werden. Reflexion und Bearbeitung schädlicher Motive (z. B. Helfersynndrome) für die Psychotherapie
Auseinandersetzung mit Lebensthemen (u. a. Unbeständigkeit und Tod; Sinnfragen etc.)	Bearbeitung verletzlicher Selbstteile und Öffnung neuer Selbst-, Fremd- und andere Realitätssichtweisen Auffinden von hochwirksamen Heilungsressourcen Reflexion und Modifikation eigener Lebensprioritäten Sinn des Lebens

Therapeutische Funktionen	
Therapeutische Methode „am eigenen Leib erfahren“	Selbstmodifikation zum Erwerb therapeutischer Prozess-, Beziehungs- und Methodenkompetenz Erwerb therapeutischer Prozess-, Beziehungs- und Bewältigungskompetenz durch erfahrungsbezogenes Modelllernen Kennenlernen von Widerständen gegen Veränderung Überzeugung der Wirksamkeit und Veränderungskapazität von Psychotherapie
Auseinandersetzung mit der professionellen Rolle und der therapeutischen Tätigkeit	Identifikation therapieförderlicher und schädlicher Aspekte Ausbildung eines authentischen Rollenbildes Ausbildung eines authentischen Wertesystems mit konkretem Nutzen für die Psychotherapie Identifikation und Modifikation psychotherapeutischer Stärken und Schwächen Bevorzugung/Ablehnung bestimmter Patienten und deren Ursachen Vorbereitung auf das vielfältige Anforderungsprofil der Psychotherapie Vorlieben und Abneigung für bzw. gegen bestimmte verhaltenstherapeutische Methoden
Auseinandersetzung mit der eigenen Biographie	Auseinandersetzung mit Herkunftsfamilie und Kindheitserfahrungen Klärung und Entfaltung auf der Beziehungsebene durch Reflexion verletzlicher Selbstteile und Schemata Identifikation biographischer Wendepunkte als Ressourcen für künftige Herausforderungen psychotherapeutischer Arbeit Reflexion und Bearbeitung von Unversöhnlichkeitsstrukturen

Beispielsweise kann die Konfrontation mit dem Tod (z. B. in einer Trauerphase) eine depressive Symptomatik verstärken, wenn Vergänglichkeit dauerhaft mit Endgültigkeit, Sinnlosigkeit oder Bedeutungslosigkeit assoziiert wird. Rückt jedoch der Wandlungsaspekt jeder Veränderung ins Blickfeld, **können auch die zugrunde liegenden verletzlichen Selbstteile bearbeitet werden und neue Selbst-, Fremd- und andere Realitätssichtweisen öffnen.** Die Auseinandersetzung mit dem Tod kann so **ungeahnte Ressourcen freisetzen**, da Vergehen und Entstehen selbst integraler Bestandteil jeder psychotherapeutischen Veränderung sind (vgl. z.B. Kornfield, 2008; Tolle, 2005). Weiterhin können Vergänglichkeit und Tod **„eigene Lebensprioritäten“ spiegeln** und lang andauernden bzw. chronifizierten Behandlungsprozessen entscheidende Wandlungsimpulse geben. Jedes Lebensthema kann völlig unabhängig von Bedeutungszuschreibungen oder philosophischen Standpunkten zu einer Transformation von Selbst und Realität führen und wertvoller Gegenstand psychotherapeuti-

scher Behandlung sein.

2.5) Interpersonelle und Edukative Ziele von Selbsterfahrung am IVS

Wissensbasierte, selbstreferenzielle und therapeutische Ziele sowie die Auseinandersetzung mit Lebensthemen bilden das Fundament für die interpersonellen und edukativen Ziele von Selbsterfahrung. Zentrales Anliegen dieses Bereichs ist „eine Verbesserung der Beziehungsfertigkeiten der angehenden Therapeutinnen und Therapeuten“ (Grawe, 1998; Übersicht siehe Lambert & Barley, 2008). Diese notwendige Bedingung für die Wirksamkeit therapeutischer Maßnahmen (vgl. Kanfer et al., 2006) hängt in hohem Maße davon ab, wie sich der Therapeut mit sich selbst und seinen Ressourcen verbinden und beziehungshinderliche Selbstteile auflösen bzw. kontrollieren kann. In der Selbsterfahrung werden Selbstentwicklung und Beziehungsfähigkeit immer im Wechselspiel betrachtet, da die eigene „Selbst-Konstitution“ gleichermaßen Möglichkeiten wie

Grenzen therapeutischer Interaktion bestimmt. Effektive Therapeuten „zeichnen sich dadurch aus, dass sie spezifische Methoden anwenden, **tragfähige Beziehungen anbieten und sowohl unterschiedliche Methoden als auch Beziehungsangebote differenziert an der individuellen Person und am jeweiligen Rahmen ausrichten**“ (Norcross, 2002) können.

2.5.1) Innere Haltung des Psychotherapeuten

Der Wert jeder therapeutischen Intervention wird entscheidend durch die Beziehungsqualität zwischen Therapeut und Patient bestimmt. Orlinsky und Kollegen (1994) konnten in einer Meta-studie zeigen, dass bei 60% der ausgewerteten Einzelbefunde ein positiver Zusammenhang zwischen therapeutischer Beziehung und Behandlungserfolg bestand. Engagiertes, **glaubwürdiges und sicheres Auftreten zählt demnach ebenso zu den wesentlichen Merkmalen erfolgreicher Psychotherapie, wie eine warme und wertschätzende Haltung und Empathie und Verständnis für die Anliegen des Patienten** (vgl. Eckert, 2008). Ein Therapeut kann einem Patienten nur schwer vermitteln, gegenüber sich selbst Empathie zu entwickeln, wenn er selbst keine Empathie für sich und für Andere empfinden kann. Patienten können nicht dabei unterstützt werden, in sich Frieden und Ruhe zu kontaktieren, wenn der Therapeut selbst keinen inneren Frieden halten kann. In der Selbsterfahrung ist jeder Gruppenteilnehmer, jede Interaktion und jede Übung ein einzigartiger „**Spiegel**“, **in dem Ausmaß und Grenzen von u.a. Empathie, Authentizität, Offenheit, Verständnis für andere gemeinsam reflektiert werden**. Dieses Feedback kann direkt – z. B. über eine Rückmeldung eines Teilnehmers bzw. der Leitung – oder indirekt – z.B. über das Bemerkte eigener Bewertungen, Urteile und Interaktionsmuster – erfolgen. Ziel der Selbsterfahrung ist es dabei, hilfreiche Umstände (z.B. in Form von Übungen, Spiegelungen und Anregungen) für eine möglichst realistische Selbsteinschätzung der eigenen Haltung und Interaktionsfähigkeiten zu schaffen und gleichzeitig Wege und Methoden für deren Entwicklung anzubieten. Im Folgenden werden mit Offenheit und Empathie zwei Faktoren psychotherapeutischer Basisqualitäten exemplarisch ausgeführt.

Offenheit gegenüber Patienten

Authentische Offenheit gegenüber Patienten

setzt die Bereitschaft und Fähigkeit des Therapeuten voraus, kognitive, emotionale Prozesse sowie den damit verbundenen Selbstanteile „so wie sie sich gerade zeigen“ wahrnehmen, kontaktieren und ihnen Raum zur Entfaltung geben zu können. Offenheit ist durch eine „unkonditionierte, vorurteilsfreie Aufmerksamkeit“ (vgl. Kabat-Zinn, 1990) gekennzeichnet, die das gegenwärtige „So-Sein“ des Patienten wahrnimmt, ohne zu bewerten, zu interpretieren oder zu diagnostizieren. Offenheit lässt automatisierte Wahrnehmungs- und Konzeptualisierungsprozesse in den Hintergrund treten, um sich dem Gegenüber mit „ungeteilter Aufmerksamkeit“ zuzuwenden. In der Regel fällt es angehenden Therapeuten schwer, Offenheit aufrechtzuerhalten, da ihre Aufmerksamkeit stark von eigenen Unsicherheiten, Einordnungsprozessen, Ängsten usw. vereinnahmt ist. Angesichts der Fülle an zu beachtenden therapeutischen und diagnostischen Aspekten von Psychotherapie kann es leicht zu einer **kognitiven Überlastung des Therapeuten** kommen. In der Folge kann die Gesamterscheinung angehender Therapeuten auf Patienten leicht künstlich und aufgesetzt wirken. Angst, in der Diagnose etwas „Wichtiges übersehen zu haben“, Bedenken „sich nicht genau genug am Therapiemanual orientiert zu haben“ oder Selbstzweifel, „nicht genug über ein bestimmtes Störungsbild Bescheid zu wissen“, etc. stehen beispielhaft für kognitive Überlastungszustände, die mit mangelnder Offenheit gegenüber dem Patienten, aber auch gegenüber dem Behandlungsprozess insgesamt einhergeht. In der Selbsterfahrung lernen die Teilnehmer, wie sie sich auch in schwierigen Phasen der Therapie **kognitiv beherrschen und ihr Verhalten regulieren können, um dem psychotherapeutischen Prozess Raum zur Entfaltung geben und therapeutische Methoden flexibel auf die Bedürfnisse des Patienten anpassen können** (vgl. Laireiter & Fiedler, 1996, S. 103).

Empathie und Akzeptanz

Agiert der Therapeut – wenn auch nur innerlich – unbewusst seine eigene Verletzlichkeit aus (z.B. in Form von dysfunktionalen Selbstkonzepten oder Projektionen), kann dies vom Patienten als Zurückweisung empfunden werden und zu einem (häufig unbewussten) Verschließen gegenüber der Behandlung führen. In einem solchen Fall wird das Erleben und Verhalten von Therapeut und Patient von akut unerfüllten Bedürfnissen gesteuert. Solange sich der Therapeut selbst im Zustand dieser „inneren Bedürftigkeit“ befindet,

kann er auch nicht empathisch auf die Bedürfnisse des Anderen eingehen (siehe auch Eckert, 2008). **Empathie heißt „sich mit den Gefühlen und Bedürfnissen [des Patienten] in diesem Moment verbinden zu können“** (Rosenberg, 2001); sehen zu können, was der andere braucht, ohne sich dabei in [dessen konzeptueller] Geschichte zu verlieren und diese unbewusst zu verstärken. In der Selbsterfahrung lernen die Teilnehmer, wie sie Nähe zu sich selbst kultivieren und dadurch eigene Bedürfniszustände bereits im Entstehensprozess bemerken können.

Weiterhin wird geprobt, wie sie sich mit Ressourcen verbinden, **ihr aktuell unerfülltes Bedürfnis selbst befriedigen und dann wieder in einen empathischen Kontakt mit dem Gegenüber treten können.** Im Umkehrschluss erzielen Patienten, die motiviert und aktiv mit dem Therapeuten zusammenarbeiten, offen ihre Gefühle ausdrücken und Sympathie für den Therapeuten empfinden, meist bessere Therapieergebnisse als Patienten, die sich defensiv verhalten, ein hohes Maß an Widerstand zeigen und denen es nicht gelingt, sich dem Therapeuten gegenüber zu öffnen (vgl. Orlinsky et al., 1994). **Auch hier gilt die Richtlinie, dass sich ein Patient nur so weit öffnet, wie der Therapeut es zulassen und aushalten kann.** Solange ein Therapeut nur wenig Einblick in seine eigene Gefühls- und Bedürfnisrealität hat, wird es ihm schwerfallen, selbige bei Patienten wahrnehmen und entsprechend empathisch würdigen zu können.

2.5.2) Kommunikation in der Psychotherapie

Die Qualität jeder psychotherapeutischen Interaktion hängt stark von der „Bewusstheit“ und dem Grad an verwirklichter „Selbstentwicklung“ des Therapeuten ab. Diese wurden im vorliegenden Artikel bislang u.a. auf verschiedenen Interaktionsebenen (z.B. Veränderung verletzlicher Selbstanteile, innere Haltung usw.) angewandt und auf den therapeutischen Nutzen geprüft. Damit sich die Effekte von Selbsterfahrung auch in der Therapie vollständig entfalten können, müssen Bewusstheit und Achtsamkeit auch in die Kommunikationsebene integriert werden (vgl. Karstädt & Kahlau, 2011). Die Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Interaktionsschemata wird dabei über höhere **Authentizität, Genauigkeit, Bewusstheit und Flexibilität** in der Kommunikation gesteigert. Auf Basis der Gewaltfreien Kommunikation (Rosenberg, 2001) werden Methoden vorgestellt, „mit Hilfe derer wir lernen können, unsere Gefühle und Bedürfnisse auszudrücken, oh-

ne den Anderen zu beschuldigen oder zu bewerten, unsere Bitten klar zu formulieren, ohne zu drohen oder zu manipulieren sowie kritische und feindselige Aussagen des Anderen nicht persönlich zu nehmen, sondern dessen unausgesprochene Gefühle und Bedürfnisse, die hinter diesen Aussagen stehen, wahrzunehmen. Anstelle von gewohnheitsmäßigen, automatischen und gedankenlosen Reaktionen versuchen wir uns mit dem anderen und mit uns selbst zu verbinden. Es geht dabei um Aufrichtigkeit, Klarheit und um eine gegenseitige respektvolle und mitfühlende Aufmerksamkeit. Damit durchbrechen wir unsere bisherigen Denk- und Verhaltensmuster des Sich-Rechtfertigens, Sich-Zurückziehens oder Angreifens. Gewaltfreie Kommunikation wird dann mehr als ein Prozess oder eine Sprache, sie wird Ausdruck unserer Empathie“ (Herold, 2008). Ziele sind dabei (Auswahl):

- 1) Unterscheidung Eigenverantwortung ↔ Schuldvorwürfe
- 2) Zusammenhang Beziehung zu sich selbst und Beziehung zu Anderen und Nähe bzw. Empathie zu sich selbst und Offenheit bzw. Empathie zu Anderen
- 3) Unterscheidung eindimensionale ↔ „bewusste“ Selbstdefinition d.h.: nur wenige selbst ausgewählte bzw. projizierte Aspekte ↔ die eigenen Verzerrung der Wahrnehmung und die Multidimensionalität jeder Person erkennende „Selbstdefinition“
- 4) Unterscheidung: Schuldvorwürfe gegen sich selbst ↔ Empathisches Hören/Verbindung mit eigenen Gefühlen und Bedürfnissen
- 5) Unterscheidung Schuldvorwürfe gegenüber Anderen ↔ Empathisches Hören/Verbindung mit den Gefühlen und Bedürfnissen des Anderen
- 6) Unterscheidung Bitte ↔ Forderung
- 7) Unterscheidung Bedauern und Verantwortungsübernahme ↔ Selbstanklage, Leugnung

„Instead of being habitual, automatic reactions, our words become conscious responses based firmly on an awareness of what we are perceiving, feeling, and wanting. We are led to express ourselves with honesty and clarity, while simultaneously paying others a respectful and empathic attention. In any exchange, we come to hear our own deeper needs and those of others. NVC (Gewaltfreie Kommunikation; Anm. der Verf.) trains us to observe carefully, and to be able to specify behaviors and conditions that are affecting us. We learn to identify and clearly articulate what we are concretely wanting in a given situation“ (Rosenberg, 2001).

Reflexion von Signalmustern auf der Beziehungsebene

Im Prozess der Selbsterfahrung erhalten die Teilnehmer einen immer stärkeren Eindruck davon, wie stark die Bedeutung und Auswirkung der Signale Anderer von den persönlichen Erlebnismustern abhängen. Deren Ursprung ist wiederum u.a. in Selbstanteilen, Überzeugungen, Stimmungen, aber auch familiären und kulturellen Prägungen zu finden. Im Spiegel der anderen Gruppenteilnehmer wird deutlich, wie gering die Übereinstimmung zwischen eigenem Erleben und tatsächlichem Selbst des Gegenübers oftmals ist. Wahrnehmung erfolgt demnach nie als „passgenaues Abbild“ der anderen Signale, sondern wird maßgeblich über die eigenen Phantasien, Interpretationen und die Grenzen der Sinneswahrnehmung gesteuert. **Im Laufe der Selbsterfahrung wird immer deutlicher, dass eigene Signale sich nicht direkt, sondern erst im Zusammenspiel mit den Phantasien des Gegenübers zu einer Wahrnehmung formen.** Umgekehrt werden auch die Signale der Anderen nicht unverfälscht, sondern über die eigenen Phantasien mosaikartig zu Eindrücken verarbeitet. **Jedes bewusste Erkennen der eigenen Wahrnehmungseinschränkung steigert die Fähigkeit zur Erfassung fremder Signalmuster und öffnet dabei weitere Facetten und Dimensionen der anderen Person.** Beispielsweise relativieren sich statische Bewertungen in „angenehme und unangenehme“ oder „kompetente und inkompetente“ Gruppenteilnehmer im Laufe des Selbsterfahrungsprozesses und weichen einer differenzierteren und damit psychotherapeutisch angemesseneren Einschätzung. Zum Ende der Selbsterfahrung hat sich die eigene Perspektive schließlich für die Vielfältigkeit, Einzigartigkeit und Schönheit der anderen Gruppenteilnehmer erheblich geweitet und damit die Grundlage für tiefe zwischenmenschliche Begegnung geschaffen.

Verzerrungen in der Wahrnehmung zeigen sich weiterhin in der scheinbar unveränderlichen Statik von Eigen- und Fremdzuschreibungen, die jedes Potenzial zu Veränderung und Entwicklung negiert. Der unausgesprochene Glaube „Der Andere ändert sich nicht!“ steht beispielhaft für tief verwurzelte Überzeugungen, die von einem unveränderlichen und eigenständigen Selbst ausgehen (und stehen damit der Unbeständigkeit als häufigster Erfahrung im Selbst- und Fremderleben diametral entgegen). In der Selbsterfahrung **werden Selbstkonzepte gespielt, auf unbewusste Fehlschlüsse geprüft und vor dem Hinter-**

grund psychologischer Erkenntnisse über „Selbst“ und „Realität“ erweitert. Was im Spiegel der Gruppenteilnehmer „selbst erfahrbar“ wird, kann dann leichter auf Patienten (aber auch Freunde, Partner, Eltern usw.) übertragen werden. Diagnose und Intervention gründen sich dann auf ein ganzheitliches Menschenbild und können entsprechend präziser durchgeführt werden.

Die Erweiterung des eigenen Wahrnehmungsspektrums für die Signale Anderer dient in der Selbsterfahrung darüber hinaus dem Zweck, **Sensibilität für mögliche Erlebensweisen des Patienten** zu entwickeln, um die **eigenen Signale entsprechend steuern und anpassen** zu können. Die Schulung differenzierter Einschätzung der Signale Anderer soll die Teilnehmer darauf vorbereiten, künftig Signalmuster von Patienten genauer einordnen zu können. Gerade in der Behandlung schwerer psychischer Erkrankungen ist diese Fähigkeit mitentscheidend über den Therapieerfolg, da viele Signale der Patienten Vermeidungs-, Manipulations- bzw. Widerstandsmuster und eben kein Abbild innerer Befindlichkeit spiegeln. Beispielsweise kann ein Lachen auf teils völlig unterschiedliche Einschätzungen treffen – als Signal für Abwehr und Unsicherheit, als Zeichen innerer Freude oder Ausdruck höhnischen Triumphes. Ohne ein sicheres Erkennen und Spiegeln erkrankungsstützender Signale, bleiben wertvolle Entwicklungs- und Heilungspotenziale des Patienten ungenutzt. Durch die Spiegelung eigener und fremder Reaktionen auf gleiche Signale, kann das persönliche Erleben stets mit dem Fremderleben verglichen werden. **Die Gruppe nimmt somit die Funktion eines „Korrektivs“ für die Wahrnehmungsfähigkeit des einzelnen Teilnehmers ein und entkräftet über Spannweite möglicher Interpretationen ein und desselben Signals eindimensionale Bewertungsschemata oder Stereotype.** Lieb et al. (1998) legen Wert darauf, dass Ausbildungsteilnehmer in der Auseinandersetzung mit schwierigen Therapie-Situationen Klarheit darüber verschaffen, was sie selbst zum Entstehen eines Problems beigetragen haben bzw. beitragen. **Umso genauer der Therapeut um den Einfluss der eigenen Wahrnehmungsmuster weiß, umso seltener wird er auch Botschaften des Patienten ursächlich falsch zuordnen.** Im Laufe der Selbsterfahrung lernen die Teilnehmer die Wirkung ihrer eigenen Signale auf Andere immer besser kennen. Darüber hinaus wird dem Teilnehmer **„ein realistisches Feedback über seine**

interaktionellen Kompetenzen und Fähigkeiten, aber auch Probleme und Defizite [ge]geben, [die] dazu beitragen, diese zu verbessern“ (Laireiter, 1998, S. 30).

2.5.3. Reflexion der diagnostischen Kompetenz

Wahrnehmung konstituiert aus einem Mix vieler, unterschiedlicher Wahrnehmungsebenen. So prägen konzeptuelle Vorstellungen, mentale Bilder oder Gefühle das eigene Erleben. Diese „Verzerrung“ kann in Form von Projektionen oder Übertragungsphänomenen, aber auch in Interpretationen oder Bewertungen äußern, die – wenn nicht als solche erkannt – falsche Einschätzungen aber auch Fehldiagnosen zur Folge haben können. Die **Wahl geeigneter Interventionsmaßnahmen findet also bereits in der Wahrnehmung und Einschätzung des Patienten, d.h. im diagnostischen Prozess ihren Ursprung**. Moderne Testverfahren leisten zwar einen wichtigen Beitrag für die Diagnostik, doch obliegt es der Verantwortung des Therapeuten, die Testergebnisse auf die individuelle Situation des Patienten zur übertragen. Das Level an Bewusstheit über die verschiedenen Wahrnehmungsebenen schützt den Therapeuten nicht nur vor unbewussten Projektionen etc., sondern gewährt auch ein differenzierteres Verständnis für das persönliche Erleben des Patienten. Angehende Verhaltenstherapeuten sollen in der Selbsterfahrung die Fähigkeit erwerben, **eine große Bandbreite störungsspezifischer Methoden und Strategien patientengerecht umzusetzen, allgemeine psychotherapeutische Wirkprinzipien (Grawe et al., 1994) zu realisieren und die therapeutische Beziehung veränderungsförderlich zu gestalten**.

2.6) Präventive Ziele von Selbsterfahrung am IVS

2.6.1) Selbstregulation, Stressmanagement und Burnout-Prophylaxe

Stress und emotionale Überlastung gehören für viele Therapeuten zu den schwierigsten Herausforderungen ihrer beruflichen Tätigkeit. Sich täglich unter dem Druck knapper zeitlicher Ressourcen auf das seelische Leid der Patienten empathisch einlassen zu können oder schwierige therapeutische Prozesse mit vielen Rückschlägen zu begleiten, sind Beispiele für mögliche Belastungsfaktoren des Psychotherapeuten. Diese zu bewältigen – ohne Einbußen bei der Therapiequalität,

der inneren Ausgeglichenheit, der Lebensfreude hinnehmen zu müssen –, ist für viele angehende Therapeuten eine andauernde Herausforderung, deren Bewältigung Erfahrung und den Aufbau eines ganzen Systems an Ressourcen und Strategien erfordert. Kann der Therapeuten den Belastungen der psychotherapeutischen Profession dauerhaft nicht entgegenwirken, können chronischer Stress und Burnout mit erheblichen Nebenwirkungen für die behandelten Patienten die Folge sein. Nach Reimer (1996, 1997, zit. nach Schön, 2001) ergeben sich Belastungen bei der psychotherapeutischen Arbeit auch aus den Besonderheiten der Therapeut-Patient-Beziehung (z. B. Bedrohung der Grenzen und Integrität des Therapeuten durch grenzgestörte Patienten; Verpflichtung, eine kooperative Arbeitsbeziehung gegen Widerstände aufrechtzuerhalten; begrenzte Erfolgserlebnisse). In der Selbsterfahrung lernen die Therapeuten **„Grenzen der eigenen Belastbarkeit rechtzeitig wahrzunehmen, eigene Bewältigungsressourcen angemessen einzuschätzen und sich bei Bedarf professionelle Unterstützung (fachlicher Austausch mit Kollegen, Supervision, Eigentherapie) und/oder soziale Unterstützung außerhalb des beruflichen Kontextes zu verschaffen“** (Schön, 2001, S. 18).

Selbsterfahrung stellt aufgrund der konfrontativen Auseinandersetzung mit verletzlichen Selbstanteilen etc. auch selbst eine Belastung dar und eignet sich **daher gut zur realistischen Prüfung eigener Ressourcen und Bewältigungsstrategien** (Ruggaber, 2005). Ziel ist es, durch die Reflexion subjektiv bedeutsamer Erfahrungen und das Experimentieren mit neuen Denk- und Verhaltensmöglichkeiten **die Selbstregulationsfähigkeit der angehenden Therapeuten zu verbessern**. Zur Erweiterung und Vertiefung von Bewältigungsstrategien, **Selbstregulationsfähigkeiten** und Ressourcen werden verschiedene Achtsamkeitsverfahren und deren Anwendung in Stressperioden eingeübt. Der **reduzierende Einfluss auf Anspannung, Überlastung und Stress** (Carlson, Speca, Patel, & Goodey, 2004; Orsillo & Roemer, 2005; Speca, Carlson, Goodey, & Angen, 2000) zählt dabei ebenso zum Curriculum der Selbsterfahrung wie das **Induzieren tieferer und länger anhaltender Erfahrungen von innerem Wohlbefinden, innerer Ruhe oder eines Anstieges in Selbstwertgefühl und Selbstachtung** (vgl. z.B. Kabat-Zinn, 1993).

Interpersonelle und Edukative Funktionen	
Haltung des Therapeuten	Erlernen von Selbstöffnung Beziehungsangebote differenziert an der individuellen Person und am jeweiligen Rahmen ausrichten können Entwicklung eines glaubwürdigen und sicheren Auftretens Entwicklung von Sensibilität und Empathie für die Bedürfnisse und Erwartungen des Patienten Entwicklung einer wertschätzenden Haltung, Empathie und Verständnis für die Anliegen des Patienten
Kommunikation in der Psychotherapie	Authentizität durch Gewaltfreie Kommunikation Schulung der Fähigkeit fremde Signalmuster „richtig“ zuzuordnen Sensibilität für Erlebensweisen des Patienten entwickeln und eigene Signale entsprechend steuern und anpassen können Reflexion und Bearbeitung eindimensionaler Bewertungsschemata oder Stereotype
Verbesserung analytischer und diagnostischer Fähigkeit	Wahl geeigneter Diagnoseinstrumente und Interventionsmaßnahmen Störungsspezifische Methoden und Strategien patientengerecht anwenden lernen Erwerb der Fähigkeit, eigene Gefühle, Gedanken und Verhaltensweisen und Verhaltensmuster als Hinweisreize und Signale im therapeutischen Prozess zu verstehen

2.6.2) Nicht-Manipulierbarkeit durch Patienten

Je nach Persönlichkeitsakzentuierung, Erfahrung und Intelligenz können Patienten den Therapeuten unbemerkt manipulieren und so den Behandlungsprozess sabotieren (häufig z.B. bei Narzissmus oder Borderline-Störungen). In der Selbsterfahrung lernen die Therapeuten solche Situationen leichter zu erkennen, sich wirksam davor zu schützen und die Versuche des Patienten zum Gegenstand seiner therapeutischen Selbstreflexion zu machen. Dies setzt voraus, dass verletzbare Selbstanteile (z. B. narzisstische Kränkungsneigungen) überwunden wurden bzw. nicht mehr handlungsbestimmend sind. Im günstigsten Fall sollte **jede besondere Empfindlichkeit bzw. Kränkungsneigung vom Therapeuten soweit bearbeitet bzw. kontrolliert werden können, dass die Empathie im Falle einer Aktualisierung verletzlicher Selbstreferenzen nicht gestört und eine Manipulation und unbewusste Reaktion des Therapeuten ausgeschlossen wird.**

Präventive Funktionen
Schutz vor Manipulationsversuchen des Patienten
Steigerung der Selbstregulationsfähigkeit und Prävention von Burnout
Grenzen der eigenen Belastbarkeit rechtzeitig wahrnehmen, eigene Bewältigungsressourcen angemessen einschätzen und sich bei Bedarf professionelle Unterstützung holen zu können
Abbau von therapeutischem Überengagement

2.7) Didaktische Ziele von Selbsterfahrung am IVS

In vielen Punkten ähneln sich der Verlauf einer Selbsterfahrungsgruppe und der einer Psychotherapie, auch wenn Ausrichtung und Inhalt zwischen den beiden Settings teils deutlich differieren. So orientieren sich viele Übungen und Interaktionsprozesse in der Selbsterfahrung an verhaltenstherapeutischen Prinzipien und können mögliche Umsetzungsformen modellhaft zeigen (vgl. Bruch, 1996, S. 14). Auf diese Weise werden Orientierungspunkte für die eigene therapeutische Tätigkeit geschaffen und in der multiplen Anwendung bei vielen Gruppenteilnehmern Erfahrungswerte generiert. **Selbsterfahrung durchläuft ähnliche Phasen wie eine Psychotherapie und kann daher Chancen und Risiken in deren Gestaltung und Verlauf anhand konkreter Ereignisse in der Gruppe thematisieren.** Die Selbsterfahrungsleitung vermittelt weiterhin „berufliche Standards, ethische Grundhaltungen, Einstellungen zur Verhaltenstherapie und die Handhabung der Therapeut-Patient-Beziehung“ (Laireiter & Fiedler, 1996, S. 101).

Im Kontext von Selbsterfahrung orientieren sich Zimmer, Zimmer und Wagner (Zimmer et al., 1994) in der Bestimmung therapeutischer Kompetenzziele an den Anforderungen, welche die unterschiedlichen Therapiephasen mit sich bringen.

Zu den zentralen Aufgaben der **Anfangsphase der Therapie** zählen der Aufbau einer vertrauensvollen und empathischen Beziehung, die Entwicklung einer realistischen Zielsetzung, Diagnostik sowie das Bekräftigen von Zuversicht und

Hoffnung. Um in späteren Therapiephasen Widerstände und Krisen bewältigen zu können, muss die Therapeut-Patient-Beziehung gleichermaßen Kooperationsbereitschaft wie Kritikfähigkeit ermöglichen. Alle exemplarisch genannten Ziele der Anfangsphase sind Gegenstand der Selbsterfahrung, mit dem wichtigen Unterschied, dass die Teilnehmer diesen **aus unterschiedlichen Perspektiven erleben**: Sie bekleiden die Rolle des Patienten, der den therapeutischen Prozess (i.S. des Selberfahrungsprozesses) „am eigenen Leibe“ erfährt und können dessen Gestaltung am Vorgehen der Gruppenleitung beobachten. Zudem erleben sie zahlreiche Interaktionsprozesse zwischen Gruppenleitung und den anderen Selbsterfahrungsteilnehmern. Diese „Beobachter-Position“ kann wiederum unbewusste Erlebens- und Reaktionsmuster öffnen, verletzte Selbstanteile aktualisieren und damit neue Selbsterfahrungsinhalte generieren.

Die **Hauptphase der Therapie** kann durch Interventionen, Konfrontation, aber auch durch Symptomverschlechterung, Krisen oder „Durchhänger“ gekennzeichnet sein. Durch Selbsterfahrung werden die „angehenden Therapeuten (...) in die **Führung der therapeutischen Beziehung, die Gestaltung des therapeutischen Prozesses und die Anwendung therapeutischer Methoden [eingeführt]**“ (Laireiter, 1998, S. 30/31). „Manche der theoretischen Modelle und Begriffe der Verhaltenstherapie sowie der damit zusammenhängenden Methoden (...) sind dem Therapeuten erst versteh- und erlernbar, wenn er sie und ihre Wirkung in der Selbsterfahrung kennengelernt hat“ (Laireiter & Fiedler, 1996, S. 100).

Am **Ende der Therapie**, zieht der Therapeut seine Unterstützung immer weiter zurück und akzeptiert Trennungen und Abschied – wie erfolgreich auch immer die Therapie verlaufen ist. Hierzu ist es notwendig, **die Möglichkeiten der Verhaltenstherapie zu schätzen und ihre Grenzen zu respektieren**. In der Selbsterfahrung stehen die Teilnehmer häufig in dem Spannungsfeld, in sich fast grenzenloses menschliches Entwicklungspotenzial zu erahnen und sich doch nur innerhalb der gegenwärtigen – wenn auch genuid unbeständigen – Demarkationslinien ihrer eigenen Kapazitäten bewegen zu können. Hoffnung und Geduld – zwei wesentliche Qualitäten eines Psychotherapeuten – finden auf diese Weise ihr natürliches Gleichgewicht.

Zu den didaktischen Zielen von Selbsterfahrung zählt auch die bewusste und reflektierte **Identifikation mit der eigenen Therapiemetho-**

de (vgl. Laireiter, 2011). Selbsterfahrung schafft Bewusstsein für die Fülle an Möglichkeiten und Freiheitsgraden, die die Verhaltenstherapie zur wirksamen Heilung psychisch kranker Menschen bietet und legt das Fundament für deren kritische Selbstreflexion, Prüfung und Weiterentwicklung. Laireiter (1996) betont zurecht, dass verhaltenstherapeutische **Selbsterfahrung „die Grundlage für ein persönliches Selbstverständnis von Verhaltenstherapie und verhaltenstherapeutischer Praxis“** (S. 119) sei.

Didaktische Funktionen
Kennenlernen des therapeutischen Settings und Prozesse (Chancen und Risiken)
Reflexion therapeutischer Prozesse aus verschiedenen Rollen (Patient, Therapeut, Beobachter)
Vermittlung beruflicher Standards, ethischer Grundhaltungen, Einstellungen zur Verhaltenstherapie und die Handhabung der Therapeut-Patient-Beziehung
Identifikation mit der Verhaltenstherapie als Therapiemethode (Möglichkeiten und Grenzen)

3.) Inhalte und Methodik der Selbsterfahrung am IVS

Viele Inhalte der Selbsterfahrung am IVS wurden bereits im Kontext ihrer Zielsetzungen erläutert. Für weitere mögliche Inhalte von Selbsterfahrung wird auf die tabellarische Übersicht von Schmelzer verwiesen (1996, S. 178-180). Im Folgenden werden nun mit **(1.) den Reflexionen der bisher am stärksten erlebten Beziehungen** (Herkunftsfamilie mit den Eltern, die großen Liebesbeziehungen und ihre Komplikationen etc.) sowie **(2.) der Auseinandersetzung mit Krisen und Konflikte im Zusammenhang mit Krankheit, Angst, Depression, Umgang mit Selbst- und Fremdaggressionen, Hoffnungslosigkeit, Krankheitsverarbeitung und Todesphänomene** zwei zentrale Inhalte der Selbsterfahrung exemplarisch ausgeführt. Diese beiden Themenbereiche sind die wesentlichen Spiegel, anhand derer Selbstanteile, therapeutische Fähigkeiten, Prozesse usw. reflektiert und entwickelt werden.

3.1) Spiegel auf der Beziehungsebene

3.1.1) Herkunftsfamilie

Konflikte im emotionalen Umgang mit Eltern bzw. mit einem Elternteil können in Beziehungen oder in der Therapie aktualisiert werden. Ohne entsprechende Analyse in ihren belastenden Wahrnehmungen und Verarbeitungen können sie mit unvorhersehbaren Hindernissen in zwischenmenschlichen Beziehungen und erheblichen Einbußen in der Lebensqualität sowohl für den Betroffenen, wie auch seine Bezugspersonen und für Patienten einhergehen. Dies betrifft Konflikte aus Kindheit, Jugend und Adoleszenz und kann sich im Wiederholen generationsübergreifender Beziehungsmuster ausdrücken.

In der Selbsterfahrung werden problematische Beziehungsaspekte bzw. bestimmte Konflikte, die exemplarisch für die Beziehungsmuster in der Herkunftsfamilie stehen bzw. die innerfamiliären Verhaltensmuster gut darstellen, exploriert. Wesentlich sind dabei die **Reflexion der zugrunde liegenden Wahrnehmungs- und Verhaltensmuster sowie deren Entstehungsgeschichte und deren Nebenwirkungen auf das persönliche Verhalten**.

Beschrieben werden unter Berücksichtigung biographischer Aspekte (z. B. Phasen von Krankheit, Leistungseinbußen und erhöhter Erschöpfbarkeit usw.) Beziehungsmuster in der Familie, die auf das Gruppenmitglied übertragen wurden (Wie sind die Eltern selbst von den Großeltern behandelt worden?) und die dieses möglicherweise auf seine eigenen Kinder übertragen hat oder übertragen könnte. „Die Rolle“ des anderen Elternteiles, die Reaktionen der anderen Familienmitglieder sowie der Freunde/Freundinnen und der anderen "Berater" werden dargelegt. Untersucht wird, wie der Betreffende seine Beziehungsebene zu seiner Herkunftsfamilie bzw. auch zu sich selbst erwei-

tern und entfalten bzw. diesbezügliche Hindernisse auflösen könnte. Orientierungspunkte sind dabei u.a. die Wunderfrage (de Shazer, 1989), imaginativen Dialoge, der „persönliche Schmerzkörper“ (Tolle, 2005) sowie die Naikan-Erfahrung (Bölter, 2004; Krech, 2007; Steinke & Müller-Ebeling, 2003). Folgende Fragen werden dabei diskutiert (Auswahl):

- Was hat das betreffende Elternteil "falsch" gemacht, bzw. was ist der konkrete Konflikt? (Falls kein Konflikt eruierbar ist, wird die Beziehungsebene in der Herkunftsfamilie nach den beziehungsfeindlichen Kommunikations-

mustern exploriert, s. unten)

- Was ist und/oder was war "die Rolle" des anderen Elternteiles, die Reaktionen der anderen Familienmitglieder sowie der Freunde/Freundinnen und anderer "Berater" auf den Konflikt?
- Wann oder wo hatten die Eltern in der Kindheit des Selbsterfahrungsgruppenteilnehmers die Möglichkeit, es anders zu machen, als sie es gemacht haben?
- Welche Vorgehensweisen liegen dem Selbsterfahrungsgruppenteilnehmer mehr (z.B eskalierende, deeskalierende oder verdrängende)?
- Wie war das Verhalten des Gruppenmitgliedes und die Reaktion in der Herkunftsfamilie in den verschiedenen Lebensphasen (besonders Verhalten in der Pubertät)?
- Was hätte – rein hypothetisch – ein anderer Umgang des Gruppenmitgliedes, eine andere Reaktion oder Bewältigungsstrategie gegenüber dem Konflikt und dem Konfliktpartner/n für den weiteren Verlauf für Folgen gehabt?
- Was waren und was sind die Auswirkungen dieses Konfliktes auf die Denkmodelle zu den Partnerschaften, die dafür geltenden Wertevorstellungen und ihre jeweiligen Regeln und Begrenzungen?
- Wie statisch ist das Bild von dem betroffenen Elternteil und wie ist die Einstellung zu einer Bearbeitung des Konfliktes im Sinne „eines Haftens“ an dem Konflikt (z.B. einer schlechten „Selffulfilling Prophecy“)?
- Welche Heilungsressourcen stehen dem zu besprechenden Gruppenmitglied zur Verfügung, um Verletzlichkeiten im Zusammenhang mit den Eltern zu überstehen?
- Eigene Therapiestrategien sowohl gescheiterte, wie auch durch die jetzige Bearbeitung für aussichtsreich gehaltene schließen die Eigenbearbeitung der persönlichen Herkunftsfamilie ab.
- Wunderfrage: „Angenommen, es würde eines Nachts, während Sie schlafen, ein Wunder geschehen, und Ihr Problem wäre gelöst. Wie würden Sie das merken? Was wäre anders? Wie wird Ihr Ehemann davon erfahren, ohne dass Sie ein Wort darüber zu ihm sagen?“ (de Shazer, 1989, S. 46)

3.1.2) Verliebtheiten und Partnerschaften

Verliebtheitserfahrungen verdeutlichen den Eigenanteil der gewohnheitsbedingten Wahrneh-

mungs- und Denkprozesse, Reaktions- und Verhaltensmuster. In einer Verliebtheitsphase (aber auch generell) spiegeln sich die eigenen Selbstanteile in der anderen Person und werden mit ihr gleichgesetzt. Alle Wünsche und Bilder, alle Gefühle und Gedanken sowie jede Erfahrung (des bisherigen Lebens) werden auf diese Person projiziert. Obgleich sich eine Person demzufolge in der Verliebtheit größtenteils „selbst begegnet“, ist sie nicht selten der Überzeugung, dass die eigene Wahrnehmung bzw. Bewertung und „die Wahrheit“ identisch seien. Es gibt keinen „wahrheitsgemäßen“ Eindruck von einem anderen Menschen, sondern lediglich eine subjektive und unbeständige Projektion, die aus der Vielschichtigkeit und Komplexität des Anderen lediglich einige wenige Aspekte und diese auch nur teilweise erfassen kann. **Die Person, wie sie gesehen und erlebt wird, existiert als solches nicht.** Die „Verliebtheitsübung“ macht deutlich, wie intensiv und über welche – teilweise jahrelangen – Zeitschnitte die eigenen Vorstellungen mit „Wahrheit“ bzw. einzig möglicher Wirklichkeit verwechselt werden. In der Selbsterfahrung dient die Arbeit mit Verliebtheiten zwei Zielen: Zum einen sollen **eigene Projektionen hinterfragt und in ihrem Entstehungsprozess reflektiert werden**, um sie in der Therapie rechtzeitig identifizieren und auflösen zu können. Zum anderen **sind Therapeuten selbst häufig die „Projektionsfläche“ für Selbstanteile und Bedürfnisse der Patienten. Folglich brauchen sie Erfahrungswerte und Methoden, um diese Projektionen einordnen und zum Bestandteil des Behandlungsprozesses machen zu können.** Durch den unterschiedlichen Umgang der Gruppenteilnehmer mit der Verliebtheitsübung entsteht ein Spektrum möglicher Ausprägungen von Verliebtheiten und zahlreiche Umgangsformen. Folgende Aspekte werden dabei untersucht (Auswahl):

- Analyse der Veränderung der Wahrnehmung auf physischer und psychischer Ebene wie Veränderungen im Selbstbild/Fremdbild bzw. Veränderung der Selbstwahrnehmung und Selbstbewertung in der ersten Verliebtheit
- Welche persönlichen Besonderheiten im Erleben und Verhaltensweisen kamen damals zum Ausdruck?
- Was waren die entscheidenden Einflussgrößen? Was ist und/oder was war "die eigene Rolle", die Reaktionen der "Berater" auf die Verliebtheit? (eskalierend vs. nicht-eskalierend, entzweiend, verletzend, Falschaussagen bzw. feste Vorstellungen, wie eine

Partnerschaft zu sein hätte, Konzepte, z.B. in Abgleich auf die Beziehung und Sichtweisen der Eltern; Projektionen und Übertragungen)

- Was waren die Folgen dieser Verliebtheit für die folgenden Verliebtheiten und Beziehungen? Sind bleibende Muster zu erkennen?
- Wie ist das „Bild“ von dem ehemals geliebten Menschen heute?
- Wie groß ist der Prozentanteil der eigenen Wahrnehmung am Höhepunkt der ersten Verliebtheit zu bewerten, der sich rückblickend als Illusion bzw. Täuschung gezeigt hat?

3.2) Spiegel von Unbeständigkeit und Tod

Die Teilnehmer werden in einer „Imaginationsreise in den eigenen Sterbeprozess“ nach Freund (2008) angeleitet. Ein positiver Nebeneffekt dieser Imaginationsreise ist eine Steigerung der Gruppenkohäsion. Die Teilnehmer werden durch die gemeinsame Erfahrung als Gruppe „zusammengeschweißt“ – ein produktiveres Miteinander etabliert. Anschließend beantworten die Teilnehmer in Einzelarbeit Fragen der „Thanatologischen Anamnese“, spiegeln ihre Erfahrungen in der Großgruppe und leiten mögliche Implikationen für ihr weiteres privates wie therapeutisches Leben ab. Folgende Therapieziele werden u.a. intendiert:

- Sich selbst, sowie eigene Wert- und Zielvorstellungen aus einer „neuen“ Perspektive „selbsterfahren“ und kritisch hinterfragen können (Erfahrung neuer Sichtweisen auf Motive und Lebensziele);
- Selbst überprüfen können, inwieweit die bislang erworbenen Ressourcen, Coping-Strategien und Lebenseinstellungen auch durch Krisen und Konflikte „übertragen“ und zu einer tatsächlichen Veränderung der Lebensgewohnheiten und Handlungsmuster beitragen können;
- Benennen konkreter Ressourcen und Coping-Strategien (was im Sterben hilft, kann potenziell auch in allen anderen Situationen des Lebens unterstützen; vgl. Tarab Tulku, 2005);
- Erfahrung einer deutlichen Erweiterung und Vertiefung der empathischen Verbundenheit mit den anderen Teilnehmern der Gruppe sowie mit Angehörigen und Patienten.
- Der „Tod“ als „Spiegel“, um eigene Erlebens- und Verhaltensweisen, sowie Prioritäten zu reflektieren und darüber hinaus die Anwendbarkeit ihrer Ressourcen in Extremsituationen überprüfen zu können.

4) Didaktik und Rahmenbedingungen

4.1) „Feste Spiegel“ und die Rolle der „Hausaufgaben“ und „Zwischenarbeiten“

Bei der Besprechung sensiblerer Inhalte (wie z. B. Feedback zur eigenen Wirkung auf der Beziehungsebene durch die Gruppe oder Anregungen zu einem erweiterten Umgangsrepertoire mit der Herkunftsfamilie) werden die „Spiegelungen“ durch die Gruppe schriftlich fixiert. Werden gespiegelte Inhalte lediglich als Erinnerungen im Gedächtnis behalten, verunreinigen Konditionierungen Projektionen das Gespiegelte – der Erkenntnisgewinn verblasst. Erst in der **retrospektiven Rückschau auf das schriftlich Festgehaltene** können damalige Selbstanteile, sowie Wahrnehmungs- und Erlebensmuster „aus der Distanz“ betrachtet und beurteilt werden.

Hausaufgaben sind ein fester Bestandteil verhaltenstherapeutischen Selbsterfahrung. Sie dienen u.a. dazu, **die Gruppe „auf einen gemeinsamen Erfahrungs-Nenner zu bringen“**. Weiterhin werden die gesammelten Erfahrungen im darauf folgenden Seminar als Referenzpunkt genutzt, **um die Erweiterung und Vertiefung der eigenen Realitätswahrnehmung im Verhältnis zu den bisher weniger funktionalen Perzeptionsmustern besser erkennen zu können**. Zwischen jedem Selbsterfahrungstreffen werden die Teilnehmer dazu angehalten „Therapeutenwahlen und -Abwahlen“ zu erstellen (Zu welchen Gruppenmitgliedern würde ich selbst am ehesten in psychotherapeutische Behandlung gehen und zu welchen nicht?). Die regelmäßige **Therapeutenwahl gibt den angehenden Therapeuten einen Einblick in die Unbeständigkeit ihrer Projektionsmuster**.

In den Hausaufgaben finden sich stets **Anregungen zur Integration der vermittelten Inhalte in den Alltag**. Auf diese Weise sollen eigene dysfunktionale Gewohnheitsmuster des Handelns, Fühlens und Denkens in der Interaktion mit anderen abgelegt werden. Alle angebotenen Denkmotive und Hypothesen der Hausaufgaben können von den Bearbeitenden entweder bestärkt oder verworfen werden. In der Selbsterfahrung muss nichts geglaubt oder übernommen werden, was sich durch die persönlichen Erfahrungen nicht bestätigt. Schon die alleinige Durchführung, wie auch immer sie ausfallen mag, ist für den gewünschten Effekt der „Spiegelung“ für eine Erweiterung des einzelnen Teilnehmers in der Gruppe und eine Erweiterung der Sichtweisen von der Gruppe ausreichend. Die Bearbeitung führt man

also nicht nur für sich selbst sondern für die ganze Gruppe durch. **Schließlich werden die Erweiterungen der Sichtweisen** (wie z.B. die Bewusstheit über die Nebenwirkungen der eigenen dysfunktionale Gefühle und Geisteszustände) **durch Hausaufgaben leichter in die Gewohnheitsmuster des Alltags integrierbar**.

4.2) „Intervisionspartner“

Jedem Gruppenmitglied wird als flankierende Maßnahme für die Gruppeninteraktion ein „Intervisionspartner“ aus der Gruppe zugeteilt. Intervisionspartner haben die **Funktion, ihren jeweiligen Intervisionspartner zu beraten und bei der Erklärung von Differenzen in der Selbst- und Fremdwahrnehmung zu unterstützen**. Die Zusammenstellung ergibt sich nicht nach Sympathie/Antipathie-Gesichtspunkten, sondern richtet sich daran aus, welche Konstellationen am meisten interaktionelle wie therapeutische Umgangsstrategien erproben und erweitern können. Der Intervisionspartner dient auch als **Kommunikationsbrücke** zwischen dem ersten Widerstand einer aktualisierten Verletzlichkeit (z. B. „Du greifst mich an“) und der Selbstreflexion (z. B. „Was soll ich daraus lernen?“). Zu seinem Aufgabenbereich zählt es weiterhin, **Überforderungssituationen** bei Gruppendiskussionen anzuzeigen und **Vorschläge für einen fruchtbareren Umgang mit seinem Intervisionspartner** anbieten. Der Intervisionspartner ist somit **Indikator** für Überforderungssituationen, **Katalysator** (der die Reaktion erleichtert) und **Übersetzer** des Gruppenfeedbacks (sofern diese von ihm geteilt und von seinem Intervisionspartner nicht verinnerlicht werden kann).

4.3) Rahmenbedingungen

- Um jedem Teilnehmer einen gleichgeschlechtlichen Ansprechpartner zu ermöglichen wird die Selbsterfahrung von zwei gegengeschlechtlichen Leitern geführt.
- Die Gruppengröße ist auf 8 bis 10 Personen beschränkt, um jedem Teilnehmer ausreichend Zeit für seinen Selbsterfahrungsprozess geben zu können
- Die gesetzlich vorgeschriebenen 120 Stunden Selbsterfahrung werden in sechs Blockveranstaltungen á 2 Tagen (jeweils von 09.00-19.00 Uhr) durchgeführt
- Auf Grund der interdisziplinären Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen im IVS bestehen die SE-Gruppen aus Psycholo-

gen, Ärzten, Sozialpädagogen und Pädagogen, was für die Weiterentwicklung der Kooperation dieser Berufsgruppen sehr dienlich ist.

- Die Gruppen werden geschlossen begonnen und auch geschlossen beendet und können berufsbegleitend durchgeführt werden.
- Die Wirkungen der SE werden regelmäßig durch Teilnehmerbefragungen überprüft und wissenschaftlich begleitet. Übungen und Inhalte werden regelmäßig auf ihre positive Wirksamkeit überprüft und ständig weiterentwickelt.

4.4) Rolle der Selbsterfahrungs-Leitung

Aufgabe der Leitung ist es, Teilnehmer **vor nicht korrigierbaren oder nicht konstruktiven Interaktionen zu schützen** und sie bei der Auflösung von beziehungshinderlichen Erlebnis- und Handlungsmustern zu unterstützen. Die therapeutische Abstinenz – die Zurückhaltung von offener Wertung und Deutung der Leitung – **gibt der Gruppe Gelegenheit, Selbsterfahrungsprozesse selbstständig zu deuten, zu hinterfragen bzw. sich gegenseitig unbefangen zu "therapieren", ohne durch hierarchisch höher stehende Interpretationen oder Eingriffe manipuliert zu werden.** Der Gruppenverlauf wird von der Leitung nur unterbrochen, wenn einem Gruppenmitglied durch die Gruppe zu starke oder zu schwache Signale gegeben werden. Darüber hinaus wird die Leitung versuchen, **dysfunktionale Diskussionen abzuwenden**, die in der Regel „Abwehrverhalten“ bzw. „Widerstand gegen die Selbsterfahrung“ darstellen.

Selbsterfahrungsgruppenleiter sind nicht fehlerfrei und werden ihrerseits mit verletzlichen Selbstanteilen konfrontiert. Allerdings können Selbsterfahrungsgruppenleiter **aktualisierte Verletzlichkeiten durch ihre eigene Selbstentwicklung zeitnah auflösen, so dass Unversöhnlichkeiten oder andere Arten von mangelndem Wohlwollen gegenüber den Teilnehmern ausgeschlossen werden können.**

4.5) Vorstellung der Selbsterfahrungsgruppenleiter für die achtsamkeitsbasierte Selbsterfahrung am IVS:



Priv.-Doz. Dr. med. Dr. med. habil. Thomas Möslers

wurde 1955 in München geboren. Nach einem Doppelstudium der Humanmedizin und der Geisteswissenschaften mit den Schwerpunkten Philosophie und Psychologie (bei Prof. Matussek, Psychoanalyse; bei Prof. Brengelmann, Verhaltenstherapie) spezialisierte er sich als Arzt in den drei Fachdisziplinen Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin. 1991 erfolgte die Habilitation über das Thema suizidale Handlungen. Wissenschaftlich weitete er das Spezialgebiet seiner Habilitation über selbstaggressive Handlungen auf fremdaggressive Handlungen aus. Thomas Möslers arbeitete viele Jahre als Oberarzt an der Psychiatrischen Universitätsklinik Erlangen und errichtete die einzige universitäre Sexualmedizinische Ambulanz in Bayern.

Seit Beginn seiner Tätigkeit als Arzt vor mehr als 20 Jahren betätigt er sich in der medizinischen Behandlung und psychotherapeutischen Begleitung von Schwerstkranken, Sterbenden und ihren Angehörigen. Seit 1980 und der Zusammenarbeit mit Prof. Stanislav Grof Forschungen zu Sucht, psychoaktiven Substanzen und den entsprechenden ambulanten Heilverfahren.

Thomas Möslers ist lehrbefugt für Psychiatrie, Verhaltenstherapie, Psychotherapeutische Medizin, Sexualmedizin, Sexualtherapie und Psychoonkologie. Er forscht und hält an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen – Nürnberg über „Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie“ eine Vorlesung.

Er hat das wissenschaftliche Studium zu Selbstentwicklung und Bewusstseinsaufbau, „Unity in Duality - Philosophie /Wissenschaft vom Bewusstsein - Persönliche Entwicklung und Psychotherapeutische Anwendung“ abgeschlossen und beforscht weiter Achtsamkeitspraktiken und meditative Geistesschulen auf ihre psychotherapeutische Anwendbarkeit.

Seit Januar 2000 leitet er das staatlich anerkannte Institut für Verhaltenstherapie, Verhaltensmedizin und Sexuologie in Nürnberg (seit Januar 2006 zertifiziert n. ISO 9001:2008), dessen Gründungsmitglied er ist. Er ist zudem auch in freier Praxis tätig.



Dr. med. Sandra Poppek

Geboren 1968 in Gelsenkirchen, ist Selbsterfahrungsgruppenleiterin am staatlich anerkannten Institut für Verhaltenstherapie, Verhaltensmedizin und Sexuologie Nürnberg. Sie arbeitet als ärztliche Psychotherapeutin im IVS und der Nervenarztpraxis von Priv.-Doz. Dr. med. Dr. med. habil. Thomas Möslers und ist durch die Bayerische Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Verhaltensmedizin und Sexuologie e. V. lehrbefugt für Sexualmedizin, Sexual- und Paartherapie sowie Psychoonkologie. Sie hat das wissenschaftliche Studium zu Selbstentwicklung und Bewusstseinsaufbau, „Unity in Duality - Philosophie/Wissenschaft vom Bewusstsein - Persönliche Entwicklung und Psychotherapeutische Anwendung“ abgeschlossen.

5.) Literaturverzeichnis

- Alte, C., & Rey, E. R. (1998). Evaluationsinstrumente für Theorieseminare und Selbsterfahrung. *Verhaltenstherapie*, 8(4), 246–253.
- Baumann, K. & Linden, M. (2008). *Weisheitskompetenzen und Weisheitstherapie: Die Bewältigung von Lebensbelastungen und Anpassungsstörungen* (1. Auflage): Pabst Science Publishers
- Bergin, A. E., & Garfield, S. L. (Eds.). (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change (4th ed.)*: Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Berking, M., (2015). *Training emotionaler Kompetenzen* (3. Auflage): Springer Verlag
- Bölter, D. (2004). *Drei Fragen, die die Welt verändern: Die Naikan-Methode im Kontext von Spiritualität und Psychotherapie*. Bielefeld: J. Kamphausen.
- Bruch, M. H. (1996). Selbsterfahrung in der Ausbildung - Fragen zur Standortbestimmung. In M. H. Bruch & N. Hoffmann (Eds.), *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie?* (pp. 3–23). Berlin: Springer.
- Bruch, M. H., & Hoffmann, N. (Eds.). (1996). *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie?* Berlin: Springer.
- Carlson, L. E., Speca, M., Patel, K. D., & Goodey, E. (2004). Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress and levels of cortisol, dehydroepiandrosterone sulfate (DHEAS) and melatonin in breast and prostate cancer outpatients. *Psychoneuroendocrinology*, 29, 448–474.
- Caspar, F. (1994). Selbsterfahrung aus Sicht des Psychoanalyse-Ansatzes. In A.-R. Laireiter & G. Elke (Eds.), *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie* (pp. 109–120). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Chabris, C., & Simons, D. (2010). *The Invisible Gorilla: And Other Ways Our Intuitions Deceive Us*. New York: Crown Archetype.
- Dies, R. R. (2001). Die Rolle des Therapeuten in der Gruppenpsychotherapie (Teil 1) - Vorbereitungen der Bedingungen für therapeutische Veränderung. In V. Tschuschke (Ed.), *Gruppenpsychotherapie. Von der Indikation bis zu Leitungstechniken*. Stuttgart ; New York: Thieme.
- Eckert, J. (2008). Empathie. In M. Hermer & B. Röhrle (Eds.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung* (pp. 435–457). Tübingen: Dgvt-Verl.
- Fiedler, P. (2007). Ressourcenorientierte Psychotherapie: Therapieziel Wohlbefinden. In R. Frank (Ed.), *Therapieziel Wohlbefinden* (pp. 19–31). Springer Berlin Heidelberg.
- Frank, R. (Ed.). (2007). *Therapieziel Wohlbefinden*: Springer Berlin Heidelberg.
- Freund, L. (2008). Die Reise durch den Tod (CD-Track 4). Berlin: 70MM.Studio.Berlin (produziert von Frank Nennemann).
- Germer, C., Siegel, R., & Fulton, P. (Eds.). (2009). *Achtsamkeit in der Psychotherapie*. Freiburg: Arbor-Verlag.
- Grawe, K. (2000). *Psychologische Therapie* (2nd ed.). Göttingen [etc.]: Hogrefe.
- Grawe, K., Donati, R., & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession* (3rd ed.). Göttingen ;, Seattle: Hogrefe, Verlag für Psychologie.
- Grepmaier, L. J. (2007). *Achtsamkeit des Psychotherapeuten*. Wien: Springer.
- Greve, G. (2007). *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapieausbildung. Inhalt und Prozess*, Lengerich.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(1), 35–43.
- Handberg, L. (2005). Tendrel - Einheit in der Dualität: Implikationen und Anwendung. In Tarab Tulku & L. Handberg (Eds.), *Einheit in der Vielfalt - Moderne Wissenschaft und östliche Weisheit im Dialog* (pp.177–216). Bielefeld: Theseus-Verlag.
- Heidenreich, T., & Michalak, J. (2009). Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie: Ein Handbuch (3rd ed.). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Herold, G. (2008). *Einführungsmappe Gewaltfreie Kommunikation*, München.
- Hippler, B. (1994). Personorientierte Selbsterfahrung in der Ausbildung zur VerhaltenstherapeutIn: Theoretische Grundlagen. In A.-R. Laireiter & G. Elke (Eds.), *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie* (pp. 32–44). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living -*

- Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness: How to Cope with Stress, Pain and Illness Using Mindfulness Meditation.* New York: Delacorte.
- Kabat-Zinn, J. (1993). Mindfulness meditation: Health benefits of an ancient Buddhist practice. In D. Goleman & J. Gurin (Eds.), *Mind, body medicine. How to use your mind for better health* (pp. 259–275). Yonkers, N.Y.: Consumer Reports Books.
- Kabat-Zinn, J. (2008). Zur Besinnung kommen: Die Weisheit der Sinne und der Sinn der Achtsamkeit in einer aus den Fugen geratenen Welt. Freiamt im Schwarzwald: Arbor-Verlag.
- Kabat-Zinn, J. (2009). Die heilende Kraft der Achtsamkeit: Buch & 2 CDs. Freiamt im Schwarzwald: Arbor-Verlag.
- Kabat-Zinn, J., & Kesper-Grossman, U. (1999). Stressbewältigung durch die Praxis der Achtsamkeit. Freiamt im Schwarzwald: Arbor-Verlag.
- Kabat-Zinn, J., & Santorelli, S. (Eds.) 2007. *Fortbildung Mindfulness Based Stress Reduktion (MBSR)*. Holzkirchen.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H., & Schmelzer, D. (2006). *Selbstmanagement-Therapie*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Karstädt, K., & Kahlau, F. (2011). *Trainerausbildung in Gewaltfreier Kommunikation*, Starnberg.
- Kornfield, J. (2008). *Das weise Herz: Die universellen Prinzipien buddhistischer Psychologie*. München: Goldmann.
- Krech, G. (2007). *Die Kraft der Dankbarkeit: Das Praxisbuch für innere Zufriedenheit*. München: Knauer-Taschenbuch.
- Laireiter, A.-R. (1998). Funktionen und Modelle von Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie. In H. Lieb (Ed.), *Selbsterfahrung für Psychotherapeuten. Konzepte, Praxis, Forschung* (pp. 21–44). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Laireiter, A.-R. (2000a). Selbsterfahrung in der Psychotherapie: 2. Evaluation: Effekte von Eigentherapie und Selbsterfahrung auf die Person des Therapeuten, seine therapeutische Kompetenz und die Prozeß- und Ergebnisqualität der Psychotherapie. In A.-R. Laireiter (Ed.), *Selbsterfahrung in Psychotherapie und Verhaltenstherapie. Empirische Befunde* (pp. 89–233). Tübingen: dgvt-Verl.
- Laireiter, A.-R. (2011). Selbsterfahrung. In M. Linden (Ed.), *Verhaltenstherapiemanual* (7th ed., pp. 25–31). Berlin: Springer Berlin.
- Laireiter, A.-R. (Ed.). (2000b). *Selbsterfahrung in Psychotherapie und Verhaltenstherapie: Empirische Befunde*. Tübingen: dgvt-Verl.
- Laireiter, A.-R., & Elke, G. (1994a). Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie: Resümee und offene Fragen. In A.-R. Laireiter & G. Elke (Eds.), *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie* (pp. 229–242). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Laireiter, A.-R., & Elke, G. (1994b). Zur Bedeutung von Selbsterfahrung für die Verhaltenstherapie: Einleitung und Überblick. In A.-R. Laireiter & G. Elke (Eds.), *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie* (pp. 1–13). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Laireiter, A.-R., & Elke, G. (Eds.). (1994c). *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Laireiter, A.-R., & Fiedler, P. (1996). Selbsterfahrung und Eigentherapie. In M. H. Bruch & N. Hoffmann (Eds.), *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie?* (pp.82–124). Berlin: Springer.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2008). Die therapeutische Beziehung und der Psychotherapieeffekt - Eine Übersicht empirischer Forschungsergebnisse. In M. Hermer & B. Röhrle (Eds.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung* (pp.109–141). Tübingen: Dgvt-Verl.
- Lieb, H. (1998). Veränderungen und Wirkvariablen in der Selbsterfahrung aus Sicht der Teilnehmer: Resultate einer Evaluationsstudie. *Verhaltenstherapie*, 8(4), 270–278.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Meyer-Kahlen, A. (2010). *Die Kunst sich mit dem Gegenüber (Schwerstkranken, Sterbenden und deren Bezugspersonen) in Beziehung zu setzen*. Curriculum Klinische Thanatologie, IVS, Fürth.
- Norcross, J. C. (Ed.). (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*: New York, NY, US: Oxford University Press.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy: Noch einmal. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.) (pp. 270–376). Oxford, Eng-

- land: John Wiley & Sons.
- Orsillo, S. M., & Roemer, L. (2005). *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment*. New York: Springer.
- Petzold, H. G. & Steffan, A. (1999). *Ausbildung, Selbsterfahrung und Selbstmodelle in der Integrativen Therapie: Hintergründe, Konzepte und Forschungsergebnisse zu einer "transversalen" Weiterbildungskultur*.
- Ringler, M. (1994). Ein Blick über den Gartenzaun: Lehranalyse und Selbsterfahrung in der Psychoanalyse. In A.-R. Laireiter & G. Elke (Eds.), *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie* (pp. 126–135). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Roder, V., Dubuis, C., Lächler, M., & Hecht, H. (2001). Selbsterfahrung in der Weiterbildung von Verhaltenstherapeuten: Überblick, Darstellung und erste Evaluation eines Konzepts. *Verhaltenstherapie*, 11(2), 94–103.
- Rogers, C. (1995). *On becoming a person - A Therapist's View of Psychotherapy*. Mariner Books.
- Rosenberg, M. B. (2001). *Gewaltfreie Kommunikation: Aufrichtig und einfühlsam miteinander sprechen: neue Wege in der Mediation und im Umgang mit Konflikten*. Paderborn: Junfermann.
- Ruggaber, G. (2005). Psychotherapieausbildung in Deutschland fünf Jahre nach Einführung des Psychotherapeutengesetzes. In A. R. Laireiter & U. Willutzki (Eds.), *Ausbildung in Verhaltenstherapie* (pp. 429–438). Göttingen: Hogrefe.
- Schmelzer, D. (1994). Berufszentrierte Selbsterfahrung: Das Konzept der Zielorientierten Selbstreflexion. In A.-R. Laireiter & G. Elke (Eds.), *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie* (pp. 45–56). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Schmelzer, D. (1996). Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie - Grunderfordernis, Luxus oder notwendiges Übel? In M. H. Bruch & N. Hoffmann (Eds.), *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie?* (pp. 125–196). Berlin: Springer.
- Schmelzer, D. (1998). Berufsbezogene Selbsterfahrung/Selbstreflexion nach dem Selbstmanagement-Ansatz. In H. Lieb (Ed.), *Selbsterfahrung für Psychotherapeuten. Konzepte, Praxis, Forschung* (pp. 57–68). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Schön, K. (2001). *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie-Ausbildung: Prozess- und Ergebnisqualität aus Sicht der Teilnehmer/innen* (Dissertation). Justus-Liebig-Universität, Gießen.
- Seiderer-Hartig, M. (1980). *Beziehung und Interaktion in der Verhaltenstherapie: Theorie, Praxis, Fallbeispiele. Leben lernen: Vol. 48*. München: Pfeiffer.
- Seipel, K. H., & Döring-Seipel, E. (1998). Wem oder was nützt Selbsterfahrung? Von den Schwierigkeiten mit der Lernzielkontrolle. In H. Lieb (Ed.), *Selbsterfahrung für Psychotherapeuten. Konzepte, Praxis, Forschung* (pp. 45–55). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Shapiro, S., & Walsh, R. (2003). An analysis of recent meditation research and suggestions for future directions. *The Humanistic Psychologist*, 31(2), 86–114.
- Shazer, S. de. (1989). *Wege der erfolgreichen Kurztherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Specia, M., Carlson, L. E., Goodey, E., & Angen, M. (2000). A Randomized, Wait-List Controlled Clinical Trial: The Effect of a Mindfulness Meditation-Based Stress Reduction Program on Mood and Symptoms of Stress in Cancer Outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 62(5), 613–622.
- Stadler, E. (1996). Reflektierte Selbsterfahrung: Ein Ausbildungskonzept für Psychotherapeuten. In M. H. Bruch & N. Hoffmann (Eds.), *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie?* (pp. 36–63). Berlin: Springer.
- Steinke, G., & Müller-Ebeling, C. (2003). *Naikan: Versöhnung mit sich selbst - Erfahrungsberichte zur Anwendung von Naikan in Alltag, Beruf und Gesellschaft* (1st ed.). Bielefeld: Kamphausen.
- Strauß, B., Barnow, S., Brähler, E., Fegert, J., Fliegel, S., Freyberger, H.J. (2009). *Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen*.
- Tarab Tulku. (2005). Einheit in der Dualität - Tendrel. In Tarab Tulku & L. Handberg (Eds.), *Einheit in der Vielfalt - Moderne Wissenschaft und östliche Weisheit im Dialog* (pp. 24–90). Bielefeld: Theseus-Verlag.
- Tolle, E. (2005). *Eine neue Erde: Bewusstseinsprung anstelle von Selbstzerstörung* (2nd ed.). München: Goldmann.
- Tschuschke, V. (2010). Gruppen- versus Einzel-

- therapie – Setting und Wirkfaktoren. In V. Tschuschke (Ed.), *Gruppenpsychotherapie. Von der Indikation bis zu Leitungstechniken* (pp. 13–17). Stuttgart; New York: Thieme-Verlag.
- Tschuschke, V., & Dies, R. (1997). The contribution of feedback to outcome in longterm group psychotherapy. *Group*, 21(1), 3–15.
- Tschuschke, V., Meier, U., & Theilacker, M. (2011). Gruppenselbsterfahrung in der psychotherapeutischen Ausbildung. *Psychotherapeutenjournal*, (3), 253–259.
- Zimmer, F. T., Zimmer, D., & Wagner, W. (1994). Selbsterfahrung in der verhaltenstherapeutischen Weiterbildung. In A.-R. Laireiter & G. Elke (Eds.), *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie* (pp. 17–31). Tübingen: DGVT-Verlag.