



Herausgegeben vom Herausgeberverein
Zeitschrift Psychotherapie-Wissenschaft

Psychotherapie Wissenschaft

 WWW.PSYCHOTHERAPIE-WISSENSCHAFT.INFO

Psychedelika unterstützte Psychotherapie

Herausgegeben von Peter Schulthess

15. Jahrgang

Heft 2 / 2025

eISSN 1664-9591

Heiner Dörfler

Psychedelika assistierte Therapie

Wirkfaktoren, Beziehungsgestaltung, ethische Herausforderungen und die Praxis in der Schweiz

Gregor Hasler

Der Helioskop-Effekt

Ein neues Konzept der Traumaverarbeitung in der Psychotherapie mit Psychedelika

Jean Schulthess Watt

**Experteninterview zum Thema psychedelisch unterstützte Psychotherapie (PAP)
bei Patienten mit behandlungsresistenter Depression (TRD)**

Freihart Regner

«Ich selbst bin meine wichtigste Therapeutin»

Dynamic Containing mit einer Geflüchteten

Eik Niederlohmman

Heilung ermöglichen statt Symptome managen

Ein integrativer schematherapeutischer Bezugsrahmen für die Behandlung schwerer psychischer Erkrankungen



Psychosozial-Verlag



Psychotherapie Wissenschaft

🌐 WWW.PSYCHOTHERAPIE-WISSENSCHAFT.INFO

Psychedelika unterstützte Psychotherapie

Herausgegeben von Peter Schulthess

15. Jahrgang
Heft 2 / 2025
eISSN 1664-9591



Psychosozial-Verlag

Impressum

Psychotherapie-Wissenschaft
ISSN 1664-9591 (digitale Version)
15. Jahrgang Heft 2/2025
<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2025-2>
info@psychotherapie-wissenschaft.info
www.psychotherapie-wissenschaft.info

Herausgeber

Herausgeberverein der Zeitschrift
Psychotherapie-Wissenschaft
Peter Schulthess
Zanggerweg 33
CH-8006 Zürich
Mobile + 41 76 559 19 20
E-Mail: pschulthess@icloud.com

Redaktion

Mara Foppoli, Lugano
Lea-Sophie Richter, Zürich
Mario Schlegel, Zürich
Peter Schulthess, Zürich
Jean Schulthess Watt, Zürich

Hinweise für AutorInnen befinden
sich auf der Homepage der Zeitschrift:
www.psychotherapie-wissenschaft.info

Verlag

Psychosozial-Verlag GmbH & Co. KG
Walltorstr. 10
D-35390 Gießen
+49 6421 96 99 78 26
info@psychosozial-verlag.de
www.psychosozial-verlag.de

Anzeigen

Anfragen zu Anzeigen bitte an den Verlag:
anzeigen@psychosozial-verlag.de

Es gelten die Preise der auf www.psychosozial-verlag.de
einsehbaren Mediadaten.

Gönnermitglieder des Herausgebervereins wenden sich bitte
direkt an die Redaktion: pschulthess@icloud.com

Datenbanken

Die Zeitschrift *Psychotherapie-Wissenschaft* wird regelmäßig
in der Abstract-Datenbank PsycInfo der American Psycho-
logical Association (APA), im Directory of Open Journals
(DOAJ) und in den Publikationsdatenbanken PSYINDEX und
PsychArchives des Leibniz-Institut für Psychologie/Leibniz
Institute for Psychology (ZPID) erfasst.



Die Beiträge dieser Zeitschrift sind unter der Creative Commons
Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 DE Lizenz lizenziert.
Diese Lizenz erlaubt die private Nutzung und unveränderte
Weitergabe, verbietet jedoch die Bearbeitung und kommerzielle
Nutzung. Weitere Informationen finden Sie unter:
creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/de

Inhalt

Editorial

Peter Schulthess

Titelthema:

Psychedelika unterstützte Psychotherapie

Psychedelika assistierte Therapie
Wirkfaktoren, Beziehungsgestaltung,
ethische Herausforderungen
und die Praxis in der Schweiz

Heiner Dörfler

Der Helioskop-Effekt

Ein neues Konzept der Traumaverarbeitung
in der Psychotherapie mit Psychedelika

Gregor Hasler

Experteninterview zum Thema psychedelisch
unterstützte Psychotherapie (PAP) bei Patienten
mit behandlungsresistenter Depression (TRD)

Jean Schulthess Watt

5 Originalbeiträge

«Ich selbst bin meine wichtigste Therapeutin» 27

Dynamic Containing mit einer Geflüchteten

Freihart Regner

7 Heilung ermöglichen statt Symptome managen 35

Ein integrativer schematherapeutischer

Bezugsrahmen für die Behandlung

schwerer psychischer Erkrankungen

Eik Niederlohm

15 Buchbesprechungen

Raile, Paolo & Geißler, Peter (2025).

KI in der Psychotherapie(-wissenschaft).

Erkenntnisse aus Forschung und Praxis

Peter Schulthess 41

23 Böckle, Markus & Kramer, Ueli (Hg.). (2025).

Deliberate Practice in der Psychotherapie.

Wege zu einer effektiveren therapeutischen Praxis 43

Kurt Greiner

Kongresskalender 44

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

mit grosser Freude lege ich Ihnen das erste Heft der *Psychotherapie-Wissenschaft* unter neuer Herausgeberschaft vor. In der letzten Ausgabe mussten wir Ihnen noch mitteilen, dass die Zukunft der Zeitschrift noch nicht gesichert ist, nachdem die ASP (Assoziation Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten) als Herausgeberin und Berufsverband die Zeitschrift aus finanziellen Gründen nicht weiter erscheinen lassen wollte. Wir informierten, dass seitens der Redaktion Bestrebungen im Gange sind, genügend GönnerInnen zu finden, um die Zeitschrift unter neuer Trägerschaft weiterzuführen. Dies ist uns gelungen! Vielen Dank allen, die sich als GönnerInnen beteiligen.

Eine neue Trägerschaft mit dem Namen «Herausgeberverein Zeitschrift Psychotherapie-Wissenschaft» wurde gegründet. Die Rechte wurden auf den neuen Herausgeber übertragen und mit dem Psychosozial-Verlag wurde ein neuer Vertrag geschlossen. So kann die Zeitschrift weiterhin erscheinen. Allerdings müssen wir leider auf die bisherige Mehrsprachigkeit verzichten. Wir können nur noch deutschsprachige Beiträge mit englischen Abstracts aufnehmen. Um längerfristig zwei Ausgaben pro Jahr herausgeben zu können (für die Jahre 2025 und 2026 ist dies gesichert), brauchen wir allerdings noch weitere GönnerInnen. Wir arbeiten weiter daran.

Das Thema dieses Hefts lautet *Psychedelika unterstützte Psychotherapie*. Dieses Thema verdient Aufmerksamkeit. Nach einem Boom in den 1970ern wurde der Einsatz psychotroper Substanzen als Therapeutikum in vielen Staaten verboten, entsprechend der damaligen Drogenpolitik und fehlender Studien. In der Schweiz ist es möglich, im Rahmen von Forschungsprojekten diese unter bestimmten Bedingungen in Psychiatrischen Kliniken ergänzend bzw. begleitend zu Psychotherapie einzusetzen, was in der Öffentlichkeit wenig wahrgenommen wurde. Verschiedene Studien aus mehrjährigen Forschungsprojekten weisen darauf hin, dass damit insbesondere bei der Behandlung schwerer Störungen Therapieerfolge möglich sind, die ohne den Einsatz psychotroper Substanzen kaum eintreten würden.

Einen ersten Übersichtsbeitrag von Jean Schulthess Watt zu diesem Thema haben wir in Heft 2/2025 publiziert.¹ Um das Thema vertiefter weiterzuführen, konnten wir für das vorliegende Heft zwei Autoren finden. Zudem führte Jean Schulthess Watt ein Interview mit zwei ForscherInnen, das wir als dritten thematischen Beitrag wiedergeben können.

Heiner Dörfler beleuchtet in seinem Beitrag den Stand der Forschung und der klinischen Praxis mit Fokus auf die Schweiz, integriert aktuelle Erkenntnisse zur Wirkweise psychedelischer Substanzen und analysiert zentrale

psychotherapeutische Wirkfaktoren wie die therapeutische Beziehung, Achtsamkeit, Integrationserfahrungen sowie die Rolle nonverbaler und körperbasierter Interventionen. Die Darstellung basiert auf aktuellen empirischen und theoretischen Arbeiten und gibt abschliessend Empfehlungen für eine verantwortungsvolle Implementierung in der therapeutischen Praxis.

Gregor Hasler entwickelte den sog. Helioskop-Effekt, der einen durch Psychedelika unterstützten Prozess der traumabezogenen Verarbeitung beschreibt, bei dem schwierige Erinnerungen unter Wahrung emotionaler Sicherheit zugänglich gemacht werden. Das vorliegende Konzept basiert auf qualitativen und quantitativen Studien mit Substanzen wie Psilocybin, LSD und MDMA. Es identifiziert drei zentrale Wirkfaktoren: erhöhte emotionale Zugänglichkeit, reduzierte Vermeidung und gleichzeitig verbesserter Schutz vor Retraumatisierung. Der Effekt wird durch spezifische Rahmenbedingungen begünstigt, insbesondere durch die therapeutische Vorbereitung und Begleitung, klare therapeutische Intentionen und ein sicheres Setting. Der Artikel diskutiert die neurobiologischen Grundlagen des Helioskop-Effekts und seine klinische Relevanz für die Traumatherapie sowie den Beitrag zur Psychotherapieprozessforschung.

Rainer Krähenmann und Anja Vandersmissen, beide ExpertInnen für psychedelisch unterstützte Psychotherapie bei behandlungsresistenten Depressionen, stellten sich Jean Schulthess Watt für ein Fachinterview zur Verfügung. Sie beschreiben ein dreimonatiges Behandlungsprogramm an der Klinik Münsterlingen, das mit einer naturalistischen Längsschnittstudie auf seine Wirksamkeit hin beforscht wird. Die Resultate zeigen, dass Psilocybin für sich allein keine Wirksamkeit zeigt, aber das Ergebnis einer Psychotherapie positiv beeinflusst.

Im Heft finden sich auch zwei Originalarbeiten:

Freihart Regner stellt unter dem Titel Dynamic Containing ein transdisziplinäres Prozessmodell vor, das er aus der Arbeit mit traumatisierten Geflüchteten entwickelt hat. Sein Modell stellt einen integrativen Bezugsrahmen zur Verfügung. Der Artikel leistet einen Beitrag zur aktuellen Debatte um evidenzbasierte Praxis, humanistische Ansätze und erkenntnistheoretische Pluralität in Psychotherapieforschung und -politik.

Eik Niederlohmann fokussiert in seinem Beitrag auf die Behandlung schwerer psychischer Erkrankungen wie schizophreniebezogener Syndrome. Trotz vielfältiger Interventionen fehlt häufig ein übergeordneter Bezugsrahmen, der therapeutische, institutionelle und gesellschaftliche Ebenen integriert. In diesem Beitrag wird ein schematherapeutisch fundiertes, metapsychologisch erweitertes Verständnis vorgeschlagen, das strukturorientiert denkt, neurobiologische Forschung berücksichtigt und zentrale Prinzipien emotionsfokussierter Psychotherapie (ISTDP, EDT) einbettet. Der Beitrag plädiert für ein koordiniertes, humanistisches und evidenzbasiertes Verständnis seelischer Heilung.

¹ Schulthess Watt, J. (2024). The Use of Psychedelics as an Adjunct to Psychotherapy. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 14(2), 51–57. <https://doi.org/10.30820/1664-9583-2024-2-51>.

Zum Abschluss des Hefts finden Sie zwei Buchrezensionen: *Peter Schulthess* bespricht das Buch *KI in der Psychotherapie(-wissenschaft)* von Paolo Raile und Peter Geißler, *Kurt Greiner* das Buch *Deliberate Practice in der Psychotherapie. Wege zu einer effektiveren therapeutischen Praxis* von Markus Böckle und Ueli Kramer.

Neu finden Sie auch einen Kongresskalender. Wir freuen uns darauf, auch wieder Kongressberichte publizieren zu können.

Ich wünsche Ihnen eine anregende Lektüre!

Peter Schulthess

Psychedelika assistierte Therapie

Wirkfaktoren, Beziehungsgestaltung, ethische Herausforderungen und die Praxis in der Schweiz

Heiner Dörfler

Psychotherapie-Wissenschaft 15 (2) 2025 7–14

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2025-2-7>

Zusammenfassung: Die psychedelika assistierte Psychotherapie erfährt aktuell eine wissenschaftlich fundierte Renaissance. Studien zeigen eine therapeutische Wirksamkeit von Substanzen wie Psilocybin, LSD und MDMA bei verschiedenen psychischen Störungsbildern, insbesondere bei therapieresistenter Depression, PTBS, Angst- und Suchterkrankungen. In der Schweiz nimmt diese Entwicklung eine besondere Stellung ein: Als eines der wenigen Länder weltweit ermöglicht sie über bewilligte Einzelfallanträge bereits seit einigen Jahren einen regulierten Zugang zu solchen Verfahren. Der Artikel beleuchtet den Stand der Forschung und klinischen Praxis mit Fokus auf die Schweiz, integriert aktuelle Erkenntnisse zur Wirkweise psychedelischer Substanzen und analysiert zentrale psychotherapeutische Wirkfaktoren wie die therapeutische Beziehung, Achtsamkeit, Integrationserfahrungen und die Rolle nonverbaler und körperbasierter Interventionen. Ein weiterer Fokus liegt auf ethischen Fragen – insbesondere im Umgang mit Berührung – sowie auf der Bedeutung von Supervision, Intervention und qualitativ hochwertiger Ausbildung. Die Darstellung basiert auf aktuellen empirischen und theoretischen Arbeiten und gibt abschliessend Empfehlungen für eine verantwortungsvolle Implementierung in der therapeutischen Praxis.

Schlüsselwörter: Psychedelika, Psychotherapie, Schweiz, therapeutische Beziehung, Integration, Achtsamkeit, MDMA, LSD, Psilocybin, Supervision, Ethik, Berührung

Psychedelische Substanzen, darunter LSD (Lysergsäurediethylamid), Psilocybin und MDMA (3,4-Methylendioxy-N-methylamphetamin) wurden über Jahrzehnte hinweg vor allem mit Gegenkultur, Illegalität und psychischen Risiken assoziiert. Ihre ursprünglich wissenschaftlich-therapeutische Nutzung in den 1950ern und 60ern wurde durch politische Entscheidungen wie das UN-Einheitsabkommen über psychotrope Stoffe von 1971 abrupt beendet. Seit den 2000ern bahnt sich, gestützt durch zunehmende Forschung, eine international sichtbare Renaissance an, verbunden mit dem Anspruch, Psychedelika unter kontrollierten Bedingungen für therapeutische Zwecke nutzbar zu machen (Jungaberle et al., 2018).

Die Schweiz nimmt im Bereich der Psychedelika assistierten Therapie (PAT) eine besondere Rolle ein: Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) erlaubt im Rahmen ärztlicher Einzelfallbewilligungen (§ 71 HMG) den Einsatz psychedelischer Substanzen in einem definierten therapeutischen Setting. Dadurch konnten über Jahre wertvolle Erfahrungen gesammelt werden, etwa durch die Pionierarbeit von Peter Gasser oder Studien an den Universitätskliniken Zürich und Basel. Die Forschung reicht dabei von neuropsychologischen Grundlagen bis zu klinischen Anwendungen bei therapieresistenter Depression, PTBS oder existenziellen Ängsten bei schwerer Krankheit (Liechti, 2019).

PAT findet stets in einem strukturierten Setting statt und sollte immer ergänzend zu einer laufenden Einzeltherapie durchgeführt werden. Substanzsitzungen werden

in der Regel nicht häufiger als alle drei Monate angesetzt, um eine sorgfältige Verarbeitung und Integration zu ermöglichen. Die Indikation setzt dabei eine nachgewiesene Behandlungsresistenz voraus. Jeder Einzelfall wird individuell durch das BAG geprüft. Mögliche Indikationen sind therapieresistente Depressionen, PTBS, Angsterkrankungen, Zwangsstörungen oder Suchterkrankungen. Entscheidend ist dabei jedoch nicht allein die Diagnose, sondern vor allem die Psychotherapiefähigkeit der Patientinnen und der Wille, sich aktiv und ernsthaft auf einen psychotherapeutischen Prozess einzulassen. Kontraindikationen wie psychotische Störungen oder schwere Persönlichkeitsstörungen müssen sorgfältig geprüft und in der Indikationsstellung berücksichtigt werden.

Psychedelika wirken nicht wie klassische Pharmaka. Ihre Effekte sind nicht linear dosierbar, sondern in hohem Masse kontextabhängig – beeinflusst durch die psychische Verfassung der Person («Set») und das äussere Umfeld («Setting»). Sie induzieren einen veränderten Bewusstseinszustand, der suggestibel, emotional intensiv, bisweilen regressiv und oft spirituell aufgeladen ist. Die Wirkung entfaltet sich in komplexer Wechselwirkung mit der therapeutischen Haltung, dem Beziehungsgeschehen und der inneren Bereitschaft zur Selbsterfahrung (Griffiths et al., 2006). Die aktuelle Bewegung in Richtung einer medizinischen Zugänglichkeit psychedelischer Substanzen erfordert eine fundierte, verantwortungsvolle Einbettung in psychotherapeutische Konzepte. Dazu gehören neben neuropharmakologischem Wissen auch

Kompetenzen in Achtsamkeit, Arbeit mit Traumata, körperorientierter Psychotherapie, ethischer Reflexion und Prozessbegleitung.

Neuropharmakologie und Bewusstseinsveränderung: Die psychedelische Öffnung

Psychedelische Substanzen beeinflussen das Bewusstsein vor allem durch Wirkung auf serotonerge Systeme des Gehirns. LSD und Psilocybin, klassische Psychedelika, wirken als partieller Agonist am 5-HT_{2A}-Rezeptor, was zu tiefgreifenden Veränderungen in der Wahrnehmung, im Denken und im Ich-Erleben führt. Die Aktivierung führt zu einer veränderten Informationsverarbeitung, enthemmter Netzwerkkonnektivität und einem temporären Verlust hierarchischer neuronaler Steuerung, was als «Entropie-Hypothese» des Gehirns beschrieben wurde (Carhart-Harris et al., 2014). Zentral für das psychedelische Erleben ist die Deaktivierung bzw. Desynchronisierung des sog. Default Mode Network (DMN), das eng mit Selbstbezug, autobiografischem Gedächtnis und Ich-Funktionen verknüpft ist.

MDMA hingegen zählt nicht zu den klassischen Psychedelika, sondern wird oft als Empathogen bezeichnet. Es wirkt primär durch eine Freisetzung von Serotonin, aber auch von Dopamin und Noradrenalin, wodurch es oft zu intensiven Gefühlen von Verbundenheit, Euphorie und reduzierter Angst kommt, allerdings mit weniger der typischen halluzinogenen Effekte von Psilocybin oder LSD. Eine vergleichende Studie von Schmid et al. (2020) zeigte, dass LSD deutlich stärkere psychedelische Effekte auslöst, während MDMA primär prosoziale und angstlösende Wirkungen entfaltet. Dies unterstreicht die unterschiedlichen neuropharmakologischen Profile beider Substanzen und ihre potenzielle Komplementarität in psychotherapeutischen Kontexten.

Griffiths (2006) konnte in Studien mit gesunden Probandinnen zeigen, dass psychedelische Erfahrungen im sicheren therapeutischen Rahmen als sehr bedeutsam empfunden wurden und nachhaltige Veränderungen im Selbstbild, in der Emotionsverarbeitung und im prosozialen Verhalten bewirkten. Ähnliche Resultate zeigten Studien mit Patientinnen mit behandlungsresistenter Depression, Alkoholabhängigkeit und PTBS (Kočárová et al., 2021). Im schweizerischen Kontext berichteten Patientinnen in einer Studie zu LSD unterstützter Psychotherapie von tiefgreifenden Einsichten, Rückverbindung zu verdrängten Inhalten, Versöhnung mit biografischen Traumata sowie einer veränderten Haltung zu Tod, Körper und Verbundenheit (Gasser et al., 2014). Gleichwohl sind solche Zustände anfällig für Destabilisierung. Ohne adäquates Setting, kompetente therapeutische Begleitung und sorgfältige Integration können sie auch zu psychischen Krisen führen. Dies verdeutlicht die Notwendigkeit einer fundierten Ausbildung, klarer ethischer Rahmenbedingungen und einer weitsichtigen therapeutischen Haltung.

Präsenz, Bindung und Bewusstseinsarbeit als Wirkfaktoren in der therapeutischen Beziehung

Die psychedelische Erfahrung entfaltet ihr therapeutisches Potenzial eingebettet in einen vielschichtigen zwischenmenschlichen Kontext. Zentrale therapeutische Wirkfaktoren, wie sie aus der allgemeinen Psychotherapieforschung bekannt sind, gelten hier in besonders verdichteter Form: Beziehung, Sicherheit, emotionale Regulation, Selbstmitgefühl, Achtsamkeit und das Erleben korrigierender Erfahrungen (Murphy et al., 2022; Aday et al., 2021). Gleichzeitig stellt das veränderte Bewusstseinsniveau unter Psychedelika besondere Anforderungen an die therapeutische Präsenz, Haltung und das Embodiment. Es erfordert eine verkörperte Achtsamkeit und ein mitfühlendes Dasein, das durch nonverbale Signale Sicherheit, Empathie und Zugewandtheit vermittelt. In der psychedelischen Therapie bedeutet Embodiment zudem, mit der eigenen Verkörperung einen stabilen «Anker» zu bieten.

Die therapeutische Beziehung bildet das psychische Sicherheitsnetz, das eine tiefere Öffnung erst ermöglicht. Die Patientinnen begeben sich in einen Zustand erhöhter Suggestibilität, emotionaler Entgrenzung und möglicher Regression. Ohne ein stabiles Beziehungsklima kann diese Offenheit rasch in Angst, Fragmentierung oder Retraumatisierung kippen. Therapeutinnen müssen daher bereits im Vorfeld Vertrauen aufbauen, über fein abgestimmte Resonanzfähigkeit verfügen und achtsam mit transpersonalen oder präverbalen Prozessen umgehen können (Bathje et al., 2022; Phelps, 2024).

Essenzielle Haltungen in der therapeutischen Beziehung bei psychedelisch unterstützter Therapie umfassen Präsenz und Gegenwärtigkeit, verstanden als stilles, urteilsfreies Mitsein, das Sicherheit vermittelt. Zentral ist auch Empathie, also das achtsame Spiegeln emotionaler Zustände ohne vorschnelle Interpretation. Der sog. Anfängergeist («Beginner's Mind») beschreibt eine offene, nicht-wissende Haltung gegenüber dem Prozess und der Unvorhersehbarkeit innerer Erfahrungen. Therapeutinnen benötigen zudem eine ausgeprägte Selbstregulationsfähigkeit, um eigene Affekte stabil zu halten, sowie eine verkörperte Präsenz, also bewusste Körperwahrnehmung und somatische Orientierung. Murphy et al. (2022) zeigen, dass der therapeutische Rapport, insbesondere erlebte Authentizität und emotionale Zugänglichkeit der Therapeutin, stark mit dem Behandlungserfolg bei Psilocybin unterstützter Therapie korreliert. Auch in der Schweiz betonen Pioniere wie Gasser (2014) und Schmid et al. (2020), dass das Vertrauen in die therapeutische Beziehung das zentrale strukturelle Element bildet und oft sogar bedeutsamer ist, als die pharmakologische Wirkung der Substanz selbst.

Das Konzept des «Holdings» nach Winnicott (1965) beschreibt eine schützende, emotional präsente Haltung, die einen sicheren Raum schafft, während «Containing» nach Bion (1962) die Fähigkeit meint, überwältigende innere Zustände aufzunehmen, zu verarbeiten und dem Gegenüber reflektiert zurückzugeben. In der psychedelischen Therapie gewinnen beide Prozesse besondere

Bedeutung, da die Substanzen intensive Emotionen, existenzielle Ängste oder archaische Inhalte auslösen können. Therapeutinnen übernehmen hier die Rolle von Resonanzkörpern, emotionalen Containern und stabilen Bezugspersonen, auch in nonverbalen oder mythisch gefärbten Erlebenszuständen. Zentral ist dabei die Fähigkeit, schwierige Prozesse nicht vorschnell zu deuten oder zu korrigieren, sondern präsent zu bleiben, Raum zu halten und Integration zu ermöglichen.

Achtsamkeit, Selbstmitgefühl und Perspektivenwechsel

Achtsamkeit als urteilsfreies Gewahrsein des gegenwärtigen Moments zeigt sowohl neurobiologisch als auch psychologisch enge Parallelen zum psychedelischen Erleben. Die Kombination aus Achtsamkeitspraxis und psychedelischer Erfahrung kann die Selbstbeobachtung, Emotionsakzeptanz und Perspektivenflexibilität deutlich stärken. Studien belegen, dass ein achtsamkeitsbasiertes Training vor einer Psilocybin-Sitzung die Integration erleichtert und die Selbstwahrnehmung langfristig verändert (Smigielski et al., 2019). Therapeutische Achtsamkeit bedeutet dabei, sowohl die eigene Innenwelt als auch äussere Signale des Gegenübers achtsam wahrzunehmen. Diese bifokale Aufmerksamkeit erfordert ein Pendeln zwischen Selbstwahrnehmung und empathischem Gewahrsein und ist geprägt von Offenheit, Neugier und Präsenz. Dieses Prinzip findet sich auch in körperorientierter Traumatherapie wieder.

Ein zentrales therapeutisches Ziel ist die Förderung von Selbstmitgefühl, insbesondere bei Menschen mit starker Selbstkritik, Scham oder Trauma. Unter dem Einfluss von Psychedelika berichten viele Patientinnen von Erlebnissen tiefer Selbstannahme, Vergebung oder transpersonaler Verbundenheit. Therapeutinnen können diesen Prozess unterstützen, indem sie bedingungslose Akzeptanz vermitteln und innere Widerstände achtsam begleiten. Diese Haltung schliesst auch prosoziale Werte wie Fürsorglichkeit, Berührbarkeit und emotionale Wärme ein. Das therapeutische Gegenüber wird so nicht nur zum Spiegel, sondern auch zum Katalysator heilender Beziehungserfahrungen.

Unter psychedelischen Substanzen kommt es häufig zu einem vorübergehenden Loslösen vom habitualisierten Selbstkonzept. Diese «Disidentifikation» erlaubt eine Neubewertung von Überzeugungen, ein Reframing biografischer Themen und die Wahrnehmung alternativer innerer Stimmen. Therapeutisch können hier Interventionen wie innere Dialoge, bildhafte Verankerung oder Arbeit mit inneren Anteilen (wie z. B. in der Ego States-Therapie oder dem IFS-Modell) hilfreich sein. Ziel ist es, dem Erlebten eine narrative, symbolische oder somatisch verankerte Bedeutung zu geben, ohne es vorschnell zu «verstehen» oder in das alte Ich-Modell zu integrieren. Die therapeutische Beziehung dient dabei als sicherer Hafen und Beobachtungsraum für die Erkundung neuer innerer Realitäten.

Nonverbale Prozesse, regressive Öffnung und biografische Tiefe

Die Wirkung psychedelischer Substanzen auf das menschliche Bewusstsein lässt sich nicht allein kognitiv oder sprachlich erfassen. Vielmehr öffnet sich unter ihrem Einfluss ein psychischer Erfahrungsraum, der Zugang zu präverbalen, somatischen und symbolischen Inhalten erlaubt, vergleichbar mit Träumen, regressiven Zuständen oder tiefer Meditation. In dieser Auflösung gewohnter mentaler Strukturen zeigt sich eine zentrale therapeutische Chance im Aufdecken und Neuverhandeln verdrängter, unintegrierter oder unbewusster psychischer Anteile. Viele Patientinnen berichten von plötzlichen, nicht rational hergeleiteten Erinnerungen an frühe Lebensereignisse. Diese können aus der vorsprachlichen Kindheit stammen oder sogar als körperlich-emotionale Zustände ohne klare biografische Einordnung auftreten. Solche Zustände sind oft mit intensiver emotionaler Ladung verbunden, wie etwa Angst, Hilflosigkeit, Wut, Scham oder tiefem Schmerz.

In der psychodynamischen Theorie spricht man hier von einer Regression im Dienst des Ichs, einer kontrollierten Rückkehr in frühere Bewusstseinszustände mit dem Ziel der Integration. Die psychedelische Substanz senkt dabei die Ich-Abwehr, hebt Verdrängungsmechanismen auf und verstärkt die Assoziationsfähigkeit. Therapeutinnen begegnen dann möglicherweise einer Patientin, die nicht mehr spricht, sondern weint, schreit, sich embryonal einkrümmt oder nach Nähe sucht – körperlich archetypische Ausdrucksformen unbewusster Prozesse. Hier ist grösste therapeutische Sorgfalt gefragt. Die nonverbale Resonanz, die Fähigkeit zum achtsamen Dabeibleiben und die klare innere Haltung von «Du darfst jetzt so sein» bilden den Container für diese tiefenpsychologischen Öffnungen. Verbalisierung ist nicht primäres Ziel, sondern achtsame Begleitung des Prozesses in seiner je eigenen Ausdrucksform.

Wie Robinson et al. (2024) zeigen, treten unter der Wirkung psychedelischer Substanzen häufig Erlebnisse auf, die sich der Sprache entziehen. Dies betrifft insbesondere präverbale Strukturen, wie sie in der frühen Mutter-Kind-Interaktion angelegt sind: Rhythmen, Blicke, Hautkontakt, Gerüche, Stimmelmelodie. Diese Erlebnisebenen erscheinen in der psychedelischen Sitzung oft in Form von Körperempfindungen, intensiven Affektzuständen oder symbolhaften Bildern. Sie sind «gefühltes Wissen», ein direktes Erleben von Bindung, Sicherheit oder Verletzung jenseits kognitiver Verarbeitung. Die Therapeutin wird hier zur «Stimmungsträgerin», zur verkörperten Bezugsfigur, deren feine Signale (Atmung, Blick, Stimme, Haltung) entscheidend sind. Dabei ist es essenziell, sich nicht auf eine kognitive «Deutung» zu stützen, sondern präsent zu bleiben und die Integration dieser präverbalen Erfahrung zu begleiten, oft in Stille oder mit wenigen, klaren Worten wie «Ich bin da» oder «Das darf jetzt da sein».

Ein weiteres Phänomen psychedelisch aufgedeckter Prozesse ist die verstärkte Symbolisierung innerer Zustände. Patientinnen berichten von visionären Erlebnissen,

archetypischen Bildern oder spirituellen Szenarien, die eine hohe subjektive Bedeutung besitzen. Solche Inhalte treten häufig als allegorische Szenen auf, z. B. als Begegnung mit einer «inneren Mutter» oder einem «Schattenwesen». Diese symbolischen Darstellungen ermöglichen einen kreativen, nicht-linearen Zugang zu psychischen Themen und stellen oftmals ein emotionales Korrektiv zu biografisch geprägten Selbstbildern dar. Therapeutinnen sind in solchen Momenten als achtsame Zeugen und Resonanzkörper gefragt. Es geht nicht primär um Bedeutung, sondern darum, wie es sich anfühlt und was es auslöst. So wird die innere Welt zu einem Spielraum für Bewusstseinsarbeit, Neuverhandlung und Transformation.

Die körperorientierte Psychotherapie hat seit Langem darauf hingewiesen, dass traumatische Erfahrungen sich nicht nur kognitiv, sondern insbesondere auch somatisch manifestieren, in Form von Muskelspannungen, vegetativen Mustern oder chronischen Schmerzsymptomen. Auch psychedelische Erfahrungen zeigen deutlich, dass der Körper nicht nur «mitbetroffen», sondern zentraler Austragungsort psychischer Prozesse ist. Während einer Sitzung kann es zu Zittern, spontanen Bewegungsimpulsen, Übelkeit, Hitzewellen oder Stimmäusserungen kommen. Solche körperlichen Entladungen sind oft Ausdruck innerer Heilungsprozesse, sogenannter somatischer Release-Reaktionen. In der Psychotherapiemethode der bioenergetischen Analyse (Lowen) oder dem Somatic Experiencing wird dies als physiologischer Ausdruck der Lösung von Traumaspannung verstanden. Die Aufgabe der Therapeutinnen besteht hier im Co-Regulieren. Durch die Präsenz kann das autonome Nervensystem der Patientinnen stabilisiert werden, ohne den Prozess zu unterbrechen. Körperliche Phänomene sind keine «Störungen», sondern potenzielle Schlüssel zu tiefer Integration. Wesentlich ist die Erkenntnis, dass nicht das kognitive Verstehen, sondern das Erleben der Weg der Heilung ist. Aufdeckende Prozesse können in eine neue innere Kohärenz führen, wenn sie eingebettet sind in Beziehung, Sicherheit und einen klar strukturierten Rahmen.

Integration der psychedelischen Erfahrung

Durch eine einmalige oder wiederholte Gabe von Psychedelika können strukturelle Veränderungen in der Persönlichkeit angestoßen werden, wobei nicht nur die Substanzerfahrung selbst, sondern vor allem ihre sorgfältige Integration eine zentrale Rolle spielt (Erritzoe et al., 2018). Die nachhaltige therapeutische Wirksamkeit psychedelischer Erfahrungen entfaltet sich nicht allein im Moment der Einnahme, sondern vor allem darin, das angestossene psychische Material bewusst zu verarbeiten, zu reflektieren und in den Alltag zu übertragen (Bathje et al., 2022). Der Begriff «Integration» leitet sich vom lateinischen «integrare» ab und beschreibt die Wiederherstellung eines Ganzen. Im psychotherapeutischen Kontext bedeutet dies, zuvor abgespaltene, verdrängte oder unbewusste Anteile der Persönlichkeit wieder in das Selbstbild und das psychische Funktionieren zu integrieren. Nach einer

psychedelischen Sitzung können dies neue Einsichten, emotionale Klärungen, biografische Erinnerungen oder spirituelle Erfahrungen sein, die verarbeitet und sinnvoll verankert werden müssen. In der anschliessenden Begleitphase werden diese inneren Prozesse in einer fortgeführten Psychotherapie im Einzel- und Gruppensetting aufgegriffen, analysiert und integriert. Solche Prozesse wirken sich auch auf die Übertragung aus. Neue Beziehungsmuster werden spürbar, Übertragungsphänomene treten hervor und finden in der therapeutischen Arbeit ihren Platz. All dies zeigt, dass PAT immer in ein tragfähiges Gesamtkonzept eingebettet sein muss, das Raum für Reflexion, Nachbereitung und Integration schafft und zugleich anerkennt, dass manche Fragen offenbleiben dürfen.

Ein zentraler Bestandteil ist die gesprächspsychotherapeutische Reflexion, bei der das Erlebte verbal verarbeitet und in biografische sowie psychodynamische Muster eingeordnet wird. Ergänzend dazu können körperorientierte Methoden wie somatische Achtsamkeit, Atemarbeit oder körperliche Ausdrucksformen zum Einsatz kommen. Auch können kreatives Malen, Schreiben oder Musizieren ermöglichen, dem oft schwer Sagbaren einen symbolischen Ausdruck zu verleihen. Wenn die Erfahrung mystische oder transpersonale Elemente beinhaltet, können Ritualarbeit oder spirituelle Begleitung eine sinnvolle Ergänzung darstellen. Zentral bleibt in jedem Fall der Bezug zur therapeutischen Beziehung. Die Integration geschieht im Dialog, im achtsamen Spiegeln und Validieren des inneren Erlebens.

Die Integrationsphase beginnt bereits beim Ausklingen der psychedelischen Sitzung, erstreckt sich jedoch häufig über Wochen oder sogar Monate. Viele Patientinnen berichten von verzögert auftretenden Effekten, wie aufkommenden Erinnerungen, Stimmungsschwankungen oder dem sich Stellen existenzieller Fragen, die nicht unmittelbar während der Sitzung, sondern erst im Nachhinein entstehen. Therapeutinnen sind daher gefordert, einen offenen und prozessorientierten Rahmen zu schaffen, der nicht vorschnell auf ein «Abschliessen» drängt, sondern die langfristige Entwicklung respektiert. Ein hilfreicher Ablauf kann ein erstes Nachgespräch noch am Tag der Sitzung oder am Folgetag zur Initialintegration beinhalten, gefolgt von einer fortlaufenden therapeutischen Begleitung zur Verarbeitung nachträglich auftauchender Themen, so lange, wie es individuell erforderlich ist. In der mittel- und langfristigen Prozessreflexion stehen Fragen im Vordergrund wie: Was hat sich verändert? Was bleibt bestehen? Ergänzend sollte gezielt an der Ressourcenstärkung gearbeitet werden, um neue Einsichten nachhaltig im Alltag zu verankern. Therapeutische Geduld und Offenheit sind essenziell, denn Integration verläuft nicht linear, sondern in Wellen. Sie erfordert Zeit, Raum und Vertrauen.

Der Integrationsprozess gewinnt im Gruppensetting besondere Bedeutung, wie es etwa Gasser (2021) für die Schweiz beschreibt. Gruppen bieten einen geschützten Raum, in dem individuelle Erfahrungen im Resonanzfeld anderer gespiegelt und dadurch normalisiert werden können. Dieser kollektive Rahmen wirkt stabilisierend,

inspirierend und fördert zwischenmenschliche Beziehungen. Die Gruppenintegration umfasst dabei verschiedene Formate, etwa das Teilen der Erfahrungen in geschützten Sharing-Runden, das Einholen von Feedback und Spiegelung durch die Gruppe sowie die Stärkung sozialer Kompetenzen für den Alltagstransfer. Damit wird deutlich, dass Integration nicht nur ein individueller, sondern auch ein zutiefst sozialer Prozess ist, bei dem das In-Beziehung-Treten mit anderen oft heilend wirken kann.

Vertrauen, Präsenz und korrigierende Erfahrungen im therapeutischen Kontext

Die therapeutische Beziehung ist das stabile Fundament Psychedelika assistierter Psychotherapie. Psychedelische Zustände gehen mit Kontrollverlust, Auflösung des Selbstgefühls und intensiven Gefühlen einher. Um diese Prozesse therapeutisch nutzbar zu machen, braucht es eine sichere Beziehung, die solche Erfahrungen hält. Vertrauen wird durch Transparenz, Empathie, Kongruenz und achtsame Präsenz aufgebaut. Studien zeigen, dass Patientinnen mit starkem Vertrauen in ihre Therapeutin eher bereit sind, sich auf tiefgehende innere Prozesse einzulassen, emotionale Risiken einzugehen und auch schmerzhaft Themen zuzulassen (Murphy et al., 2022).

Psychedelische Zustände erhöhen die Sensibilität für feine atmosphärische und zwischenmenschliche Schwingungen. Therapeutinnen werden in dieser Phase zu Bezugspersonen, deren Haltung und Präsenz sehr spürbar ist. Konzepte wie «therapeutische Präsenz» beschreiben eine Haltung, die von Einfühlung und Resonanzfähigkeit sowie von Gegenwärtigkeit, Offenheit und Nicht-Wissen geprägt ist. Solche Qualitäten erlauben es, auch in emotional überwältigenden Sitzungen «Halt zu geben, ohne zu halten». Dabei kann die innere Haltung «Ich bin da, egal, was kommt» oft heilsamer wirken als andere aktive Interventionen.

In psychedelischen Sitzungen, in denen es zu starken Affektausbrüchen und regressiven Zuständen kommen kann, ist die Fähigkeit zu «containen» essenziell. Die therapeutische Person muss hier nicht «lösen» oder «verstehen», sondern den emotionalen Raum offenhalten, Halt geben und wenn nötig Grenzen setzen, mit einer Haltung von liebevoller Klarheit. Dies gilt besonders für präverbale und somatisch gespeicherte Inhalte, die sich nicht sprachlich fassen lassen (Robinson et al., 2024).

Der therapeutische Kontext psychedelischer Prozesse ist besonders anfällig für Übertragungen, die sowohl positiv als auch problematisch sein können. Aufgrund der Intensität der Erfahrungen entwickeln Patientinnen häufig idealisierende Gefühle gegenüber den begleitenden Personen. Deshalb ist eine klare und professionell reflektierte therapeutische Rolle von grosser Bedeutung. Eine bewusste Rollenklärung beinhaltet Transparenz bezüglich Erwartungen und Grenzen sowie die Reflexion eigener Resonanzen und Gegenübertragungen. Wie Willison und Masson (1986) betonen, gewinnt die ethische Verantwortung in der therapeutischen Beziehung

besonders dann an Bedeutung, wenn Patientinnen sich in Zuständen erhöhter Suggestibilität und psychischer Offenheit befinden.

Die Anforderungen an Therapeutinnen in der PAT gehen weit über herkömmliche psychotherapeutische Kompetenzen hinaus. Essenziell sind fundierte Kenntnisse in transpersonaler Psychologie sowie grundlegende Fertigkeiten der Körperpsychotherapie. Ergänzend dazu sind Fortbildungen in traumasensibler Begleitung sowie eine Supervisionskultur und kollegiale Intervention notwendig. Deshalb sind kontinuierliche Schulung, ein ausgeprägtes Ethikbewusstsein und Demut gegenüber der Tiefe menschlichen Erlebens von besonderer Bedeutung.

Gruppensetting in der Psychedelika assistierten Therapie

Gruppensettings gewinnen in der PAT zunehmend an Bedeutung. Sie bieten nicht nur einen ressourcenschonenden Rahmen für die Durchführung, sondern eröffnen auch zusätzliche therapeutische Wirkfaktoren, die im Einzelsetting so nicht zugänglich sind. In der Schweiz wurde dieses Modell durch Peter Gasser (2021) und Kolleginnen erprobt und dokumentiert.

Die psychodynamischen und gruppentherapeutischen Prozesse, die durch psychedelische Substanzen angestoßen werden, entfalten in Gruppen eine besondere Wirksamkeit. Ein wesentlicher Vorteil liegt in der sozialen Resonanz und Spiegelung. Die Teilnehmenden erleben sich im Austausch mit anderen nicht mehr als «allein mit ihrem Leid», sondern erkennen gemeinsame Muster, was normalisierend, entlastend und verbindend wirkt. Zudem fördert das Gruppensetting Empathie und Perspektivenwechsel, da die Wahrnehmung unterschiedlicher Erfahrungswelten zu einem tieferen Verständnis, auch für das eigene Erleben, führen kann. Die Gruppe schafft ausserdem Gemeinschaft und Zugehörigkeit, indem sie ein soziales Gefäss bietet, das das durch die psychedelische Erfahrung geweckte Gefühl existenzieller Verbundenheit menschlich bestätigt. Gerade in einer individualisierten Gesellschaft wie der Schweiz, in der viele Menschen unter Vereinsamung und Entfremdung leiden, können solche Gruppenerfahrungen heilsame neue Beziehungen fördern.

Die Durchführung psychedelischer Gruppensitzungen ist trotz ihrer Vorteile mit komplexen therapeutischen Herausforderungen verbunden. Zu den Schwierigkeiten zählen unter anderem das unterschiedliche Tempo und die unterschiedliche Tiefe der Erfahrungen innerhalb der Gruppe. Scham, Exposition und Unsicherheit bei einzelnen Gruppenmitgliedern stellen weitere Herausforderungen dar. Die Gruppenleitung muss emotionale Sicherheit schaffen, Offenheit fördern, klare Strukturen etablieren und zugleich non-direktiv begleiten. Ein wirksames Gruppenformat gliedert sich typischerweise in mehrere Phasen. Die Vorbereitungsphase umfasst mehrere Sitzungen zum Kennenlernen, Vertrauensaufbau, Psychoedukation, Settingklärung und Sicherheitsvereinbarungen.

Die akute Sitzung beinhaltet die Substanzeinnahme, begleitet von mindestens zwei Therapeutinnen. Darauf folgt eine erste Integration in den nächsten Tagen, in der das Erlebte erzählt, zugehört und ohne Bewertung verarbeitet wird. Die längerfristige Integration erfolgt über fortlaufende Gruppensitzungen, mit vertiefter Reflexion, Alltagstransfer und Ressourcenstärkung. Dieses mehrphasige Modell ermöglicht sowohl individuelle Tiefe als auch kollektive Resonanz und Integration, wobei bei Bedarf auch eine wiederholte Teilnahme an mehreren Zyklen möglich ist.

Nicht alle Patientinnen eignen sich für Gruppensettings, weshalb bestimmte Ausschlusskriterien beachtet werden müssen. Dazu zählen ausgeprägte soziale Ängste oder paranoide Muster, dissoziative oder psychotische Neigungen, stark destruktive Interaktionsstile sowie aktive Substanzabhängigkeit oder schwere Selbstgefährdung. Um ein sicheres und förderliches Gruppenfeld zu gewährleisten, sind daher eine sorgfältige Indikationsstellung und vorbereitende Einzelgespräche unerlässlich.

Berührung in der Psychedelika unterstützten Psychotherapie: Zwischen Heilkraft und ethischer Grenzziehung

Die Kombination von intensiven Emotionen, regressiven Zuständen und einem tiefen Vertrauensverhältnis kann Berührung zu einem wichtigen Mittel machen, zugleich aber auch zu einem Risikofaktor, der grösste Sorgfalt und ethische Reflexion verlangt. Wohldosiert und bewusst eingesetzt, kann Berührung als nonverbale Form von Containment und Regulation dienen. Körperpsychotherapeutische Perspektiven betonen, dass viele traumatische Erfahrungen in präverbalen, nicht-narrativen Schichten gespeichert sind, die sich häufig erst im veränderten Bewusstseinszustand zeigen (vgl. Robinson et al., 2024). Aktuelle Übersichten heben hervor, dass Berührung in der körperorientierten Psychotherapie eine zentrale Rolle für Bindung, emotionale Integration und die Regulation des Nervensystems spielt, zugleich aber klare methodische und ethische Rahmenbedingungen erfordert (Röhrich, 2024).

Die Anwendung physischer Berührung im psychedelischen Setting ist aufgrund ihrer Chancen und Risiken umstritten. Positiv kann Berührung zur Affektregulation bei starken Emotionen beitragen, bspw. durch eine beruhigende Hand auf der Schulter bei Angst oder Erstarrung, sowie zur Verkörperung und Orientierung bei Dissoziation. Sie kann sichere Bindungserfahrungen fördern und regressiven oder frühkindlichen Erlebnissen durch «heilsame Berührung» Integration ermöglichen. Demgegenüber stehen jedoch Risiken wie Grenzverletzungen, die Reinszenierung von Trauma, Erotisierung der therapeutischen Beziehung, Abhängigkeit oder Idealisierung sowie mögliche Fehlinterpretationen durch die Patientinnen. Diese Gefahren werden durch die Wirkung psychedelischer Substanzen, etwa erhöhte Suggestibilität, Regression und psychische Offenheit,

noch verstärkt. Daher muss der Einsatz von Berührung sorgfältig vorbereitet, reflektiert und in einen klaren ethischen Rahmen eingebettet sein. Voraussetzungen für einen verantwortungsvollen Einsatz umfassen fachliche Schulungen in körperorientierten Methoden wie Bioenergetik, Somatic Experiencing oder Hakomi, eine explizite Vorbesprechung und Einwilligung vor der Sitzung mit der Möglichkeit, Berührung abzulehnen oder abubrechen. Zusätzlich sind Selbstreflexion der eigenen Motivation seitens der Therapeutinnen und kontinuierliche Supervision zur Verarbeitung von Übertragungsdynamiken unerlässlich. Phelps (2024) betont, dass physische Interventionen in psychedelischen Settings nur von speziell ausgebildeten Fachpersonen durchgeführt werden sollten, da jede körperliche Berührung ohne entsprechende Schulung eine potenzielle Gefährdung des therapeutischen Raums darstellt.

Wichtig ist die Schaffung eines reflexiven Rahmens, der auch das Thema Nicht-Berührung explizit behandelt. Denn: Das Erleben von unerfülltem Berührungswunsch – z. B. während eines regressiven Zustands – kann bei Patientinnen auch Gefühle von Verlassenheit oder existenzieller Not hervorrufen.

Der rechtliche Umgang mit Berührung im psychotherapeutischen Kontext ist in der Schweiz nicht ausdrücklich gesetzlich geregelt, wird jedoch durch die ethischen Richtlinien beruflicher Verbände wie der FSP, ASP oder SGPP mitgestaltet. Diese fordern eine klare berufsethische Haltung, die informierte Zustimmung der Patientinnen, den Respekt vor deren Autonomie und Integrität sowie die Wahrung professioneller Distanz. Gerade im Kontext psychedelischer Therapie, in dem körperliche Nähe besonders sensibel ist, ist die bewusste Reflexion dieser ethischen Prinzipien von zentraler Bedeutung.

Qualitätssicherung und ethische Reflexion

Die Durchführung von Psychedelika unterstützter Psychotherapie stellt besonders hohe Anforderungen an die therapeutische Haltung, emotionale Präsenz und fachliche Selbstreflexion. Supervision und Intervision sind eine ethisch-professionelle Notwendigkeit. Übertragungs- und Gegenübertragungspänomene können sich unter Substanzeinfluss intensivieren, eigene unbewusste Anteile wie Retterfantasien oder Unzulänglichkeitsgefühle können aktiviert werden. Themen wie Berührung und Bindung berühren dabei stets ethische und professionelle Grenzen. Supervision dient als externer Spiegel, macht unbewusste Dynamiken sichtbar, ordnet sie ein und unterstützt sowohl Patientinnen als auch Therapeutinnen selbst. Zentrale Themen sind Sicherheits- und Krisenmanagement, Dosis- und Settingreflexion, Grenzfragen (z. B. Nähe-Distanz, Berührung, Spiritualität), die Rolle der eigenen Person im therapeutischen Prozess sowie die Begleitung schwieriger Integrationsprozesse. Die Schweizerische Ärztesgesellschaft für Psycholytische Therapie (Säpt) bietet eine Plattform für Fortbildung, Intervision und Supervision.

Behandlungsempfehlungen: Praxisorientierte Leitlinien für die Schweiz

Basierend auf den bisherigen Erkenntnissen, Forschungsergebnissen und Erfahrungen aus der Praxis lassen sich konkrete Empfehlungen formulieren, um Psychedelika-assistierte Psychotherapie im klinischen und psychotherapeutischen Kontext sicher, wirksam und ethisch fundiert umzusetzen. Eine Übersichtsarbeit hierzu liefern Aicher et al. (2024).

Psychedelika sind kein Allheilmittel und nicht für jede Person geeignet. Ihre Anwendung erfordert eine sorgfältige diagnostische Einschätzung. Geeignete Indikationen umfassen therapieresistente Depressionen, posttraumatische Belastungsstörungen, Angststörungen und in manchen Fällen auch Abhängigkeitserkrankungen und Zwangsstörungen. Kontraindikationen hingegen bestehen bei akuten Psychosen, schweren Persönlichkeitsstörungen, instabiler Affektregulation, Suizidalität, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, aktivem Substanzmissbrauch sowie fehlender Integrationsfähigkeit.

Für die professionelle Ausübung psychedelisch begleiteter Psychotherapie sind qualifizierte Ausbildungen entscheidend. Eine abgeschlossene psychotherapeutische Grundausbildung bildet die Basis, ergänzt durch Zusatzausbildungen in traumasensibler, achtsamkeits- oder körperorientierter Therapie sowie spezifische Fortbildungen zu Psychedelika. Supervision, Intervention und idealerweise auch eigene substanzbegleitete Selbsterfahrung (sofern rechtlich möglich) sind integrale Bestandteile.

Schliesslich muss jede Anwendung psychedelischer Substanzen im therapeutischen Kontext einem klaren ethischen und rechtlichen Rahmen folgen. In der Schweiz sind Behandlungen derzeit nur im Rahmen bewilligter Studien oder über Ausnahmegewilligungen erlaubt. Unverzichtbar sind die Einhaltung berufsethischer Standards, informierte Einwilligung, Verantwortung für Nachsorge und Integration sowie die ständige Reflexion der eigenen Rolle und Grenzen im therapeutischen Prozess. Psychedelika unterstützte Psychotherapie eröffnet neue Wege zur Heilung. Doch sie verlangt ein ausserordentlich hohes Mass an Integrität, Ausbildung, Achtsamkeit und Verantwortungsbewusstsein. Die Zukunft dieser Therapieform in der Schweiz hängt massgeblich davon ab, wie sorgfältig und menschlich sie praktiziert wird.

Literatur

- Aday, J.S., Mitzkovitz, C.M., Bloesch, E.K., Davoli, C.C. & Davis, A.K. (2021). Exploring the interaction between mindfulness and psychedelics: A review of the literature. *ACS Pharmacology & Translational Science*, 4(2), 586–592. <https://doi.org/10.1021/acspsci.0c00194>
- Aicher, H., Schmid, Y. & Gasser, P. (2024). Psychedelika-assistierte Psychotherapie. *Psychotherapie*. <https://doi.org/10.1007/s00278-024-00711-y>
- Bathje, G.J., Majeski, E. & Kudowor, M. (2022). Psychedelic integration: An analysis of the concept and its practice. *Frontiers in Psychology*, 13, 824077. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.824077>
- Bion, W.R. (1962). *Learning from Experience*. Heinemann.
- Carhart-Harris, R.L. et al. (2014). The entropic brain: A theory of conscious states informed by neuroimaging research with psychedelic drugs. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, 20. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00020>
- Erritzoe, D., Roseman, L., Nour, M.M., MacLean, K., Kaelen, M., Nutt, D.J. & Carhart-Harris, R.L. (2018). Effects of psilocybin therapy on personality structure. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(5), 368–378. <https://doi.org/10.1111/acps.12904>
- Gasser, P. (2021). Psychedelic group therapy. *Journal of Psychedelic Studies*, 5(1), 41–46. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35091980>
- Gasser, P., Holstein, D., Michel, Y., Doblin, R., Yazar-Klosinski, B., Passie, T. & Brenneisen, R. (2014). Safety and efficacy of lysergic acid diethylamide-assisted psychotherapy for anxiety associated with life-threatening diseases. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(7), 513–520. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000113>
- Griffiths, R.R., Richards, W.A., McCann, U. & Jesse, R. (2006). Psilocybin can occasion mystical-type experiences having substantial and sustained personal meaning and spiritual significance. *Psychopharmacology*, 187(3), 268–283. <https://doi.org/10.1007/s00213-006-0457-5>
- Jungaberle, H., Thal, S., Zeuch, A., Rougemont-Bücking, A., von Heyden, M. & Ratsch, C. (Hg.). (2018). Therapie mit psychoaktiven Substanzen: Praxis und Kritik der Psychotherapie mit LSD, Psilocybin und MDMA. *Neuropharmacology*.
- Kočíárová, R., Horáček, J. & Carhart-Harris, R.L. (2021). Does psychedelic therapy have a transdiagnostic action and prophylactic potential? *Frontiers in Psychiatry*, 12, 661233. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.661233>
- Liechti, M.E. (2019). *Experten-Bericht: Stand und Entwicklungsszenarien in Bezug auf die medizinische Behandlung und klinische Forschung mit Halluzinogenen und MDMA*. Schweizerisches Heilmittelinstitut (Swissmedic), Fachbereich Klinische Forschung.
- Murphy, R., Kettner, H., Zeifman, R., Giribaldi, B., Kartner, L., Martell, J. et al. (2022). Therapeutic alliance and rapport modulate responses to psilocybin-assisted therapy for depression. *Frontiers in Pharmacology*, 12, 788155. <https://doi.org/10.3389/fphar.2021.788155>
- Phelps, J. (2024). The use of therapeutic touch in psychedelic therapy: Benefits, risks, and ethical training requirements. *Journal of Somatic Psychotherapy*, 9(1), 44–58.
- Robinson, K. et al. (2024). Preverbal and nonverbal processes in psychedelic therapy: A neurophenomenological perspective. *Consciousness Studies*, 31(2), 99–117.
- Röhrich, F. (2024). Berühren: Eine Annäherung an ein zentrales Thema in körperorientierter Psychotherapie. *körper – tanz – bewegung*, 42(1), 5–16.
- Schmid, Y., Gasser, P., Oehen, P. & Liechti, M.E. (2020). Acute subjective effects in LSD- and MDMA-assisted psychotherapy. *Journal of Psychopharmacology*, 35(4), 362–374. <https://doi.org/10.1177/0269881121998324>
- Smigielski, L., Scheidegger, M., Komater, M. & Vollenweider, F.X. (2019). Psilocybin-assisted mindfulness training modulates self-consciousness and brain default mode network connectivity with lasting effects. *NeuroImage*, 196, 207–215. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2019.04.018>
- Willison, B. & Masson, R.L. (1986). The use of touch in psychotherapy: The ethical dilemma. *Journal of Counseling & Development*, 64(6), 381–384. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1986.tb01269.x>
- Winnicott, D.W. (1965). *The Maturation Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*. Hogarth.

Psychedelic-assisted Therapy Effective factors, relationship building, ethical challenges, and practice in Switzerland

Abstract: Psychedelic-assisted therapy is undergoing a scientifically grounded resurgence. Numerous studies have demonstrated the therapeutic efficacy of substances such as psilocybin, LSD, and MDMA in treating various mental health conditions – particularly treatment-resistant depression, PTSD and anxiety disorders. Switzerland holds a special position in this development: as one of the few countries worldwide, it has allowed regulated access to such therapies through compassionate use and approved individual case applications for years. This article examines the current state of research and clinical application with a focus on Switzerland. It integrates recent findings on the mechanisms of action of psychedelic substances and explores central psychotherapeutic factors such as the therapeutic alliance, mindfulness, integration practices, and the role of non-verbal and body-oriented interventions. Ethical questions, especially around the use of touch, are critically discussed, alongside the importance of supervision, intervention,

and professional training. The article draws on empirical and theoretical sources and concludes with recommendations for responsibly incorporating psychedelic-assisted therapy into clinical practice.

Keywords: psychedelics, psychotherapy, Switzerland, therapeutic relationship, integration, mindfulness, MDMA, LSD, psilocybin, supervision, ethics, touch

Biografische Notiz

Dr. med. *Heiner Dörfler* ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH und arbeitet in selbstständiger Praxis in Zürich. Zu seinen Interessen und Forschungsgebieten zählen die indigene Medizin und der Einsatz psychedelischer Substanzen in der Psychotherapie.

Kontakt

E-Mail: heiner.doerfler@humanistische-psychotherapie.ch

Der Helioskop-Effekt

Ein neues Konzept der Traumaverarbeitung in der Psychotherapie mit Psychedelika

Gregor Hasler¹

Psychotherapie-Wissenschaft 15 (2) 2025 15–22

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2025-2-15>

Zusammenfassung: Der Helioskop-Effekt beschreibt einen durch Psychedelika unterstützten Prozess der traumabezogenen Verarbeitung, bei dem schwierige Erinnerungen unter Wahrung emotionaler Sicherheit zugänglich gemacht werden. Das vorliegende Konzept basiert auf qualitativen und quantitativen Studien mit Substanzen wie Psilocybin, LSD und MDMA. Es identifiziert drei zentrale Wirkfaktoren: erhöhte emotionale Zugänglichkeit, reduzierte Vermeidung und gleichzeitig verbesserter Schutz vor Re-Traumatisierung. Der Effekt wird durch spezifische Rahmenbedingungen begünstigt, insbesondere durch die therapeutische Vorbereitung und Begleitung, klare therapeutische Intentionen und ein sicheres Setting. Der Artikel diskutiert die neurobiologischen Grundlagen des Helioskop-Effekts und seine klinische Relevanz für die Traumatherapie sowie den Beitrag zur Psychotherapieprozessforschung.

Schlüsselwörter: Trauma, Psychotherapie, Exposition, Sicherheit, Nebenwirkungen

In den letzten Jahren hat das wissenschaftliche Interesse an der therapeutischen Anwendung psychedelischer Substanzen deutlich zugenommen. Wirkstoffe wie Psilocybin, LSD, MDMA oder Ketamin werden zunehmend im Zusammenhang mit der Behandlung psychischer Erkrankungen erforscht – insbesondere bei traumabezogenen Störungen, zu denen nicht nur die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), sondern auch viele Formen von Depressionen, Angst- und Zwangserkrankungen zählen (Zaretsky, 2024). Die therapeutische Nutzung dieser Substanzen unterscheidet sich grundlegend von konventionellen Pharmakotherapien: Ihre Wirkung setzt rasch ein – oft innerhalb weniger Stunden – und kann über Wochen oder sogar Monate anhalten, obwohl die Substanz selbst längst nicht mehr im Körper nachweisbar ist. Man geht davon aus, dass eine gesteigerte Neuroplastizität, Modulation der Angst- und Default-Mode-Netzwerke sowie komplexe Wechselwirkungen mit innerpsychischen Prozessen, autobiografischen Erinnerungen und Bedeutungszuschreibungen für diese anhaltenden Effekte verantwortlich sind (Calder & Hasler, 2022).

Vor diesem Hintergrund habe ich das Konzept des Helioskop-Effekts entwickelt – ein theoretisches Modell, das beschreibt, wie psychedelisch unterstützte Prozesse die Bearbeitung traumatischer Erinnerungen ermöglichen, ohne dabei eine Retraumatisierung auszulösen. Der Begriff lehnt sich metaphorisch an ein Instrument zur Sonnenbeobachtung an, das grelles Licht filtert und es ermöglicht, Gefährliches kontrolliert sichtbar zu ma-

chen. Übertragen auf die Psychotherapie beschreibt der Helioskop-Effekt einen Zustand, in dem schmerzhaft Erinnerungen emotional zugänglich werden, ohne das Ich-Gleichgewicht zu destabilisieren (Hasler, 2022a). Abbildung 1 illustriert die Helioskop-Metapher. Ziel dieses Artikels ist es, das Konzept des Helioskop-Effekts vorzustellen, seine zentralen Wirkfaktoren und psychodynamischen Korrelate zu beleuchten sowie seine Relevanz für die Psychotherapie – insbesondere im Rahmen traumafokussierter Verfahren – herauszuarbeiten.

Klinischer Kontext und therapeutische Rahmenbedingungen

Die in dieser Arbeit beschriebenen Erfahrungen mit psychedelisch unterstützter Psychotherapie (PAP) beruhen auf experimentellen Einzelbehandlungen, die gemäss den aktuellen rechtlichen und klinischen Vorgaben in der Schweiz durchgeführt wurden. Für jede Behandlung wurde beim Bundesamt für Gesundheit (BAG) eine Einzelfallbewilligung eingeholt, inklusive einer begründeten Indikationsstellung, Risikoabschätzung und Dokumentation der Therapieresistenz (Aicher et al., 2024). Patient:innen wurden ausgeschlossen, wenn sie die Therapie nicht nachvollziehen konnten, wenn keine tragfähige therapeutische Beziehung zustande kam, wenn sie überhöhte Erwartungen mitbrachten oder an einer psychotischen Erkrankung litten bzw. entsprechende familiäre Belastungen aufwiesen. Ebenso ausgeschlossen wurden Personen mit schweren bipolaren Störungen, instabilen Persönlichkeitsstörungen sowie schwangere oder stillende Frauen. Diese strengen Sicherheitsvorgaben und

¹ Meinen Kollegen Peter Oehen (Biberist) und Ulrich Schnyder (Zürich) danke ich herzlich für ihre wertvollen Anregungen und Hinweise zur Verbesserung dieses Artikels.

der erhebliche therapeutische Aufwand stellen zentrale Limitationen der psychedelischen Therapie dar.

Die behandelten Personen litten mehrheitlich an schwerer, chronischer Depression, häufig im Kontext belastender oder traumatischer Lebensereignisse. Daneben wurden auch Patient:innen mit PTBS, Angst- und Zwangsstörungen behandelt – jeweils mit Bezug zu einer traumatischen Vorgeschichte. Der Traumabegriff wird in diesem Zusammenhang bewusst weit gefasst, entsprechend der Definition der ICD-11, wonach ein traumatischer Stressor als ein «äusserst bedrohliches oder schreckliches Ereignis oder eine Abfolge solcher Ereignisse» verstanden wird (Calder et al., 2025). Da Patient:innen solche Erfahrungen sprachlich sehr unterschiedlich beschreiben, wurden im Fragebogen (Tab. 1) alternative Begriffe wie «herausfordernd», «belastend» und «schwer» in Kombination mit «Erfahrung», «Erinnerung» und «Gefühl» verwendet, um den subjektiven Zugang zu erleichtern. Es sei an dieser Stelle betont, dass die häufigsten Traumafolgestörungen nicht die klassische PTBS sind, sondern depressive und ängstliche Störungen. Der Helioskop-Effekt bezieht sich daher nicht auf ein PTBS-spezifisches Therapiekonzept, sondern auf die traumabezogene Verarbeitung in einem breiteren Spektrum psychischer Erkrankungen.

Verwendet wurden ausschliesslich vom BAG genehmigte Substanzen in folgenden Dosierungen: Psilocybin 15–25 mg, LSD 100–200 mg und MDMA 75–150 mg. Alle Behandlungen fanden ambulant in einem ruhigen, therapeutisch gestalteten Raum statt. Die Struktur der Behandlung umfasste jeweils eine Vorbereitungsphase, die

Substanzsitzung sowie begleitende Integrationsgespräche. Die Validierung des Helioskop-Fragebogens erfolgte im Rahmen einer Umfrage unter Personen, die psychedelische Substanzen in sehr unterschiedlichen Kontexten eingenommen hatten. Dies stellt eine wichtige Begrenzung der klinischen Aussagekraft dar: Die Ergebnisse beziehen sich auf experimentelle Interventionen ausserhalb der Regelversorgung. Eine pauschale Übertragung auf die klinische Praxis ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht gerechtfertigt. Jede Indikationsstellung muss individuell, sorgfältig begründet und ethisch verantwortet erfolgen.

Konzept

Der Helioskop-Effekt beschreibt eine veränderte Form der emotionalen Verarbeitung, die im Zustand psychedelischer Unterstützung auftreten kann. Im Zentrum steht die Erfahrung, dass unter dem Einfluss entsprechender Substanzen traumatische Inhalte erinnert und emotional durchlebt werden können, ohne dass es zu einer Überwältigung kommt. Diese besondere Qualität entsteht aus einem komplexen Zusammenspiel von aktiviertem autobiografischem Gedächtnis, verändertem Selbsterleben, emotionaler Offenheit, kontextueller Sicherheit sowie therapeutischer Fokussierung und Begleitung – Faktoren, die durch klassische Psychedelika, MDMA oder Ketamin gezielt gefördert werden (Halberstadt et al., 2019).

Das Konzept leitet sich aus Erfahrungen mit Patient:innen ab, die ich im Rahmen psychedelisch unterstützter Psychotherapie behandelt habe. Viele berichteten,

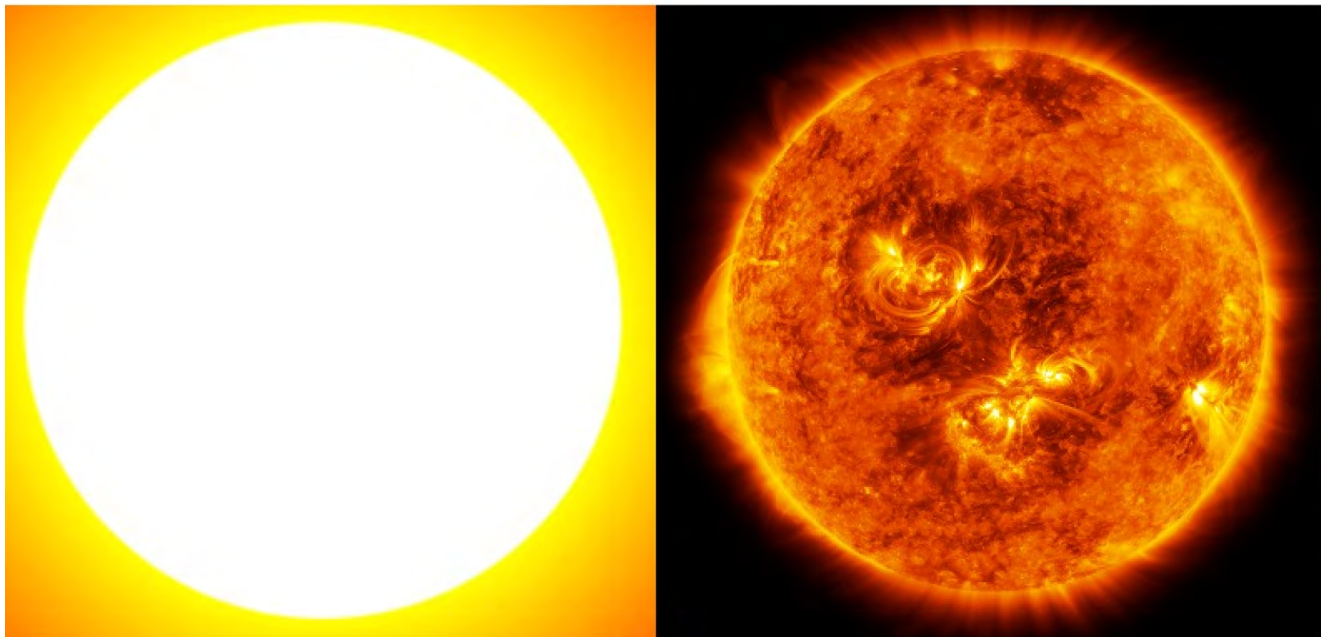


Abb. 1: Der direkte Blick auf die Sonne wird ohne Schutz durch ihre enorme Licht- und Wärmestrahlung unmöglich gemacht. Ein Helioskop mit Polarisationsfilter hingegen reduziert die Intensität des einfallenden Lichts so weit, dass feinere Strukturen der Sonnenoberfläche sichtbar und systematisch erforschbar werden. Analog erlaubt der psychedelische Helioskop-Effekt, sich direkt mit einer herausfordernden Erfahrung zu konfrontieren, mit allen Einzelheiten, ohne traumatisiert zu werden.

Wir bitten Sie, folgende Fragen zur letzten Sitzung zu beantworten. Bitte kreuzen Sie an, wie stark Sie den Aussagen jeweils zustimmen, wobei links gar keine Zustimmung und rechts völlige Zustimmung bedeutet. Ausserdem gibt es die Option, eine Aussage nicht zu beurteilen, falls dies nicht möglich ist. Einige der Aussagen beziehen sich auf schwierige oder traumatische Erfahrungen. Darunter verstehen wir stark belastende Ereignisse oder Situationen, welche Angst, Schmerz oder unangenehme Gefühle auslösen.

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	teils/teils oder neutral	stimme eher zu	stimme völlig zu
1. Während der Sitzung konnte ich traumatische oder herausfordernde Erinnerungen, Gefühle oder Gedanken besser aushalten als sonst.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Während der Sitzung konnte ich traumatische oder herausfordernde Erinnerungen, Gefühle oder Gedanken besser aushalten als sonst.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Während der Sitzung empfand ich ein Gefühl von Geborgenheit und Sicherheit, das es mir erlaubte, mich mit belastenden Themen auseinanderzusetzen.	☐	☐	☐	☐	☐
4. In der Sitzung erzeugten schwierige Gefühle oder Erinnerungen noch mehr Abwehr und Vermeidung als sonst.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Erinnerungen, Empfindungen oder Gedanken, die normalerweise bei mir unangenehme Gefühle auslösen, waren während der Sitzung besser aushaltbar.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Die Sitzung half mir, mich mit entscheidenden Lebensfragen zu beschäftigen, die ich sonst vermeide.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Die Sitzung verschaffte mir Zugang zu Erinnerungen oder Gefühlen, die mir vorher nicht ganz bewusst waren.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Während der Sitzung umgab mich ein Schutzmantel, der mich vor Verletzungen durch Erinnerungen und Gefühle bewahrte.	☐	☐	☐	☐	☐
9. In der Sitzung sah ich schwierige Situationen und Erlebnisse meiner Vergangenheit klarer und mit mehr Details.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Die Sitzung ermöglichte mir die Beschäftigung mit belastenden Erinnerungen, Gefühlen oder Gedanken, die ich vorher nicht aushalten konnte.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Während der Sitzung konnte ich schwierige körperliche Empfindungen besser aushalten als sonst.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Da die Sitzung mir erlaubte, den schwierigen und belastenden Aspekten meines Lebens in die Augen zu sehen, konnte ich diese besser verarbeiten.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Während der Sitzung erlebte ich Stress, der mir die Auseinandersetzung mit psychologisch wichtigen Themen erschwerte.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Nach der Sitzung gelang es mir besser, belastende Erinnerungen, Gedanken oder Gefühle auszuhalten.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Während der Sitzung konnte ich schwierige Emotionen oder Erinnerungen schlechter aushalten als sonst.	☐	☐	☐	☐	☐
16. In der Sitzung hatte ich das Gefühl, einen Schutzfilter zu besitzen, der es mir erlaubte, schwierige Emotionen oder Erinnerungen auszuhalten.	☐	☐	☐	☐	☐
17. In der Sitzung gelang es mir, mich negativen Erinnerungen zu stellen, ohne von ihnen überwältigt zu werden.	☐	☐	☐	☐	☐
18. Ich hatte das Gefühl, dass ich in der Sitzung zu denjenigen traumatischen Erfahrungen geführt wurde, die reif für die psychische Verarbeitung waren.	☐	☐	☐	☐	☐
19. Die Sitzung half mir, meine traumatische Geschichte besser zu verstehen.	☐	☐	☐	☐	☐
20. In der Sitzung bin ich schwierigen Themen und Erfahrungen noch mehr aus dem Wege gegangen als sonst.	☐	☐	☐	☐	☐
21. Die Entspannung während der Sitzung half mir, mich mit schwierigen Lebensereignissen auseinanderzusetzen.	☐	☐	☐	☐	☐

Tab. 1: Helioskop-Fragebogen (© Gregor Hasler, Universität Freiburg, Schweiz; Lake Lucerne Institute, Schweiz)

dass sie in der veränderten Bewusstseinslage mit stark belastenden Erinnerungen konfrontiert wurden, diese jedoch erstmals aushalten, benennen oder bearbeiten konnten. Typisch ist die Erfahrung, emotional «durch» die Erinnerung hindurchsehen zu können, ohne von ihr überwältigt oder traumatisiert zu werden. Diese Form der Verarbeitung erscheint besonders dort bedeutsam, wo klassische traumatherapeutische Verfahren an ihre Grenzen stossen – etwa bei starker Vermeidung, fragmentierten Erinnerungen oder ausgeprägter emotionaler Dissoziation. Der Helioskop-Effekt kann in solchen Fällen ein therapeutisches Korrektiv darstellen, indem er eine neue Form des Erlebens ermöglicht: nicht dissoziierend, aber auch nicht überfordernd.

Klinische und kulturelle Fundierung

Neurophysiologisch betrachtet ist das Gehirn kein passiver Wahrnehmungsempfänger, sondern ein aktiver Filterapparat. Es blendet konsequent Reize aus, die für kurzfristige Handlungsziele irrelevant erscheinen – eine überlebensdienliche Strategie. Unter dem Einfluss von Psychedelika verändert sich dieser Filter fundamental. Anders als Aldous Huxleys oft zitierte Metapher vom «Öffnen der Türen der Wahrnehmung» suggeriert, wird der Filter nicht entfernt, sondern ersetzt – durch einen anderen, durchlässigeren. Dieser neue Filter lässt auch jene Inhalte durch, die gewöhnlich ausgeblendet werden: emotional aufgeladene, existenziell bedrohliche, spirituell überformte oder traumatisch besetzte Wahrnehmungen. Ein treffendes Bild dafür ist das Helioskop – ein spezielles astronomisches Fernrohr zur direkten Sonnenbeobachtung. Es blockiert den Grossteil des Lichtstroms durch Spiegelung oder Polarisationsfilterung und ermöglicht so den sicheren Blick in eine Quelle, die ansonsten das Auge zerstören würde. Dabei werden nicht nur Blendungen reduziert, sondern Kontraste geschärft und feine Strukturen sichtbar gemacht. Übertragen auf psychedelische Erfahrungen bedeutet das: Diese Substanzen ermöglichen den Blick auf innerseelische «Sonnen» – auf Inhalte von so intensiver Leuchtkraft oder Schmerzhaftigkeit, dass sie im normalen Bewusstseinszustand unerträglich wären.

In der klinischen Praxis zeigt sich dieser Effekt besonders eindrücklich bei der Verarbeitung schwerer traumatischer Erfahrungen. Ein Fall, der mir in besonderer Erinnerung geblieben ist, ist jener einer Frau, die als Tochter marokkanischer Eltern in Frankreich aufwuchs. Schon als Kind spürte sie, dass sie lesbisch war – ein Wissen, das mit dem kulturellen Selbstverständnis ihrer Familie unvereinbar war. Als sie begann, mit Lastwagen statt Puppen zu spielen, beschlossen ihre Eltern, sie noch während der Pubertät gegen ihren Willen zu verheiraten. Was folgte, waren Jahre sexualisierter Gewalt durch ihren Ehemann – begleitet von Schweigen aus Angst, Scham und dem Wissen, dass ein Aufbegehren Isolation und Verfolgung bedeuten würde. Als sie schliesslich aus der Ehe floh, verlor sie ihre Familie, wurde bedroht und tauchte unter – bis sie in der Schweiz Asyl fand (Hasler, 2022b,

2025). Ihre Geschichte kannte ich aus behördlichen Akten und medizinischen Gutachten. Persönlich sprach sie lange nicht darüber. Auf meine vorsichtige Nachfrage sagte sie nur: «Es würde mich verbrennen – wie die Sonne.» Erst durch den gezielten therapeutischen Einsatz von MDMA, begleitet von einem sicheren und mitfühlenden Rahmen, war es ihr möglich, sich dem inneren Licht ihrer Erinnerung zu nähern, ohne davon zerstört zu werden. Der Helioskop-Effekt wurde in diesem Kontext zur Metapher für die gezielte Lichtfilterung in der Psyche: nicht zur Schonung, sondern zur präzisen Konfrontation.

Auch Irvin Yalom greift in seinem Buch *Staring at the Sun* (2020) auf die Sonnenmetapher zurück – als Sinnbild für die unausweichliche Konfrontation mit der Endlichkeit und den existenziellen Ängsten des Menschen. Und im *Rigveda* heisst es, dass Soma – die vermutlich psychedelische Substanz – dem Menschen erlaube, «in die Sonne zu schauen» (Jamison & Brereto, 2014). Diese Parallele verweist auf eine tiefe anthropologische Wahrheit: dass psychische Heilung oft dort beginnt, wo wir die Kraft finden, hinzusehen – nicht trotz, sondern wegen des Schmerzes. Psychedelika können, richtig eingesetzt, diesen Blick ermöglichen.

Neurobiologische Grundlagen

Der Helioskop-Effekt lässt sich neurobiologisch als eine koordinierte Veränderung der Aktivität zwischen Amygdala, präfrontalem Cortex (PFC) und Hippocampus verstehen – ein Muster, das in ähnlicher Weise auch unter dem Einfluss klassischer Psychedelika wie Psilocybin oder LSD, aber auch Ketamin und DMT beobachtet wird.

MDMA sowie in einem etwas geringeren Ausmass LSD und Psilocybin senken die Reaktivität der Amygdala bei der emotionalen Verarbeitung, was mit einer verminderten Angstreaktivität, erhöhter Entspannung und einer erhöhten emotionalen Offenheit einhergeht (Krediet et al., 2020). In einer klinischen Studien konnten wir grosse Bedeutung von Entspannung in der Psychotherapie mit Psychedelika nachweisen (Calder et al., 2024). Zudem erhöhen Psychedelika wie Psilocybin, LSD und DMT, aber auch Ketamin, die Neuroplastizität, was die Verarbeitung von traumatischen Erfahrungen zusätzlich fördert (Calder & Hasler, 2022). Gleichzeitig kommt es zu einer veränderten Konnektivität im sog. Default Mode Network (DMN), wobei insbesondere der mediale PFC als Zentrum der Selbstreferenz abgeschwächt, aber funktional reorganisiert wird. Dieser Effekt ist bei den serotonergen Psychedelika Psilocybin, LSD und DMT besonders stark ausgeprägt (Gattuso, 2023). Dies kann subjektiv als Auflösung starrer Ich-Grenzen, als Selbsttranszendenz und Selbstwahrnehmung von aussen aus der Dritt-Personen-Perspektive sowie als Öffnung zu einem erweiterten Bewusstseinsraum erlebt werden. Dies alles kann im Sinne des Helioskop-Konzepts als Schutz vor Retraumatisierung dienen und massgebend zur Integration herausfordernder Erfahrungen beitragen. Der Hippocampus spielt dabei eine doppelte Rolle: Einerseits bleibt die

Fähigkeit zur episodischen Verarbeitung erhalten, andererseits wird der Zugriff auf autobiografisches Material flexibilisiert, das mit mehr Details und unter MDMA mit mehr Positivität erinnert wird – ein Umstand, der in der psychedelischen Therapie gezielt zur emotionalen Neubewertung genutzt wird (Carhart-Harris et al., 2014).

Auch aus traumatherapeutischer Sicht zeigen sich bemerkenswerte Parallelen: Der Helioskop-Effekt scheint – ähnlich wie gut begleitete psychedelische Erfahrungen – eine temporäre Erweiterung des sog. Window of Tolerance zu ermöglichen. Dieser Begriff beschreibt einen Bereich optimaler autonomer Erregung zwischen extremer sympathischer Übererregung und parasympathischer Untererregung. Innerhalb dieses Fensters können Emotionen als regulierbar erlebt und Erfahrungen psychisch integriert werden. Der Helioskop-Effekt wirkt dabei potenziell protektiv, indem er aufgrund der erwähnten psychedelischen Wirkungen auf Amygdala, Hippocampus und dem DMN Überwältigung vorbeugt und die Tendenz zur Vermeidung reduziert – ein Zustand, der dem traumaverarbeitenden Prozess in idealer Weise entspricht (Corrigan et al., 2011).

Zentrale klinische Wirkfaktoren

Die aktuelle konzeptuelle und empirische Grundlage des Helioskop-Effekts identifiziert zwei zentrale, psychologisch präzise beschreibbare Wirkfaktoren. Beide lassen sich sowohl phänomenologisch, klinisch als auch instrumentell – etwa über den entwickelten Helioskop-Fragebogen – erfassen. Ein dritter Faktor wurde in qualitativen Daten zwar häufig beschrieben, ist aber derzeit noch nicht systematisch validiert und wird daher als Perspektive für künftige Forschung behandelt.

Ermöglichte Exposition – Konfrontation ohne Vermeidung: Ein zentrales Charakteristikum des Helioskop-Effekts ist die Möglichkeit zur direkten, nicht-abwehrenden Konfrontation mit traumabezogenem Material. Dieser Wirkfaktor ist vor dem Hintergrund klassischer therapeutischer Kontexte besonders bemerkenswert: In gesprächstherapeutischen Verfahren werden traumatische Inhalte häufig – teils bewusst, teils implizit – vermieden, da ihre Aktivierung mit massiver affektiver Überforderung einhergehen kann. Auch in traumafokussierten Verfahren, die gezielt mit Exposition arbeiten, ist die Reaktivierung des traumatischen Gedächtnisses oft ein heikler Prozess. Die Konfrontation mit Triggern kann zu Re-Traumatisierungen führen oder komplexe Abwehrmechanismen wie emotionalen Rückzug, Dissoziation oder intellektualisierte Ablenkung aktivieren. Im Unterschied dazu ermöglicht der psychedelische Zustand eine sanftere, intern gesteuerte Form der Exposition. Die traumatischen Inhalte drängen sich nicht auf, sondern entfalten sich häufig im Rahmen einer inneren «Reise», die vom Patienten selbst geführt wird. Diese Form der Auseinandersetzung ist durch eine erhöhte emotionale Durchlässigkeit gekennzeichnet: Belastende Erinnerungen werden spürbar – aber nicht überwältigend. Sie erscheinen

eingebettet in ein verändertes Bewusstseinsmilieu, das sowohl affektive Resonanz als auch symbolische Distanz zulässt. Der Zugang zu traumatischem Material wird so nicht als bedrohlich, sondern als tragbar und oft sogar als befreiend erlebt.

Gewährter Schutz – keine Retraumatisierung: Gleichzeitig wird dieser Zustand nicht als gefährlich, sondern als geschützt erlebt. Die Betroffenen berichten von einem inneren oder äusseren Gefühl der Sicherheit und Entspannung, welche die Konfrontation mit Schmerz und Angst ohne Retraumatisierung ermöglicht. Der Schutz kann durch mehrere Komponenten entstehen: die Wirkung der Substanz selbst (z. B. die affektstabilisierende Wirkung von MDMA), das vorbereitete therapeutische Setting, die Begleitung durch den Therapeuten oder die mentale Rahmung der Erfahrung. Entscheidend ist, dass das Ich-Erleben intakt bleibt – es entsteht keine fragmentierende Überforderung, sondern ein Zustand kontrollierter Offenheit. Diese Kombination aus Exposition und Schutz ist das zentrale Kennzeichen des Helioskop-Effekts. Es ist anzunehmen, dass die durch klassische Psychedelika und MDMA induzierte Abnahme der Amygdala-Reaktivität, die Veränderung im DMN, die Modulation des autobiografischen Gedächtnisses sowie die veränderte Bedeutungszuschreibung infolge einer Beeinflussung des orbitofrontalen Kortex (Vollenweider & Preller, 2020) gemeinsam zu diesem schützenden Effekt beitragen.

Erweiterte Selbstwahrnehmung (zukünftige Forschungsperspektive): In vielen Fallberichten wird zusätzlich von einer veränderten Selbstwahrnehmung berichtet – etwa in Form von Selbstmitgefühl, transpersonalen Einsichten oder tiefgreifender Verbundenheit mit anderen. Auch wenn diese Erfahrungen therapeutisch wertvoll sein können, sind sie bislang nicht systematisch operationalisiert und stellen daher eine zukünftige Forschungsrichtung dar. Ihre Rolle im Rahmen der Integration oder nachhaltigen Veränderung nach der Erfahrung bleibt Gegenstand weiterer Untersuchungen.

Korrelate und Bedingungen

Um das Konzept des Helioskop-Effekts empirisch zu untersuchen, habe ich einen Fragebogen zur Selbsteinschätzung des Erlebens während psychedelischer Sitzungen entwickelt. Meine Mitarbeitenden an der Universität Fribourg Vincent Diehl und Abigail Calder haben diesen in einer Umfragestudie mit über 400 Teilnehmenden eingesetzt, die über eigene Erfahrungen mit psychedelischen Substanzen berichteten. Die anschliessende faktoranalytische Auswertung ergab eine klare empirische Unterstützung für die beiden hypothetisch angenommenen Wirkfaktoren (Diehl et al., 2025): Exposition ohne Vermeidung und emotionale Sicherheit ohne Retraumatisierung. Darüber hinaus identifizierte die Analyse einen dritten Faktor, der als Vermeidung/Stressreaktivität interpretiert wurde. Dieser deutet darauf hin, dass der Helioskop-Effekt nicht in allen Fällen auftritt, sondern

vielmehr von entscheidenden Kontextfaktoren abhängt – insbesondere von Set, Setting und Substanz.

Set – psychische Ausgangslage: Unter dem Begriff Set werden psychische Faktoren zusammengefasst, die die Wirkungserfahrung stark beeinflussen: Persönlichkeitsmerkmale, aktuelle psychische Stabilität, Vorerfahrungen sowie die Intention, mit der eine psychedelische Sitzung begonnen wird. Eine offene, explorative Grundhaltung und ein klares inneres Ziel (z. B. Verarbeitung traumatischer Erlebnisse) scheinen den Helioskop-Effekt zu begünstigen. Personen mit starker Angst, Misstrauen oder unzureichender Vorbereitung erleben dagegen häufiger Stress oder Abwehrreaktionen, was den therapeutischen Prozess beeinträchtigen kann.

Setting – soziale und strukturelle Rahmung: Das therapeutische Setting – insbesondere die einfühlsame Begleitung durch eine erfahrene Fachperson – erweist sich als zentraler Wirkfaktor im Kontext psychedelisch unterstützter Therapie. Dieser Befund konnte auch in unserer Studie empirisch gestützt werden. In zahlreichen Erfahrungsberichten zeigt sich, dass die wahrgenommene Präsenz, emotionale Verfügbarkeit und Fürsorglichkeit der begleitenden Person massgeblich dafür sind, ob sich bei Patient oder Patientin ein tiefes Gefühl von Sicherheit und Schutz entfalten kann. Neben dieser personalen Dimension spielen auch strukturelle Aspekte eine wesentliche Rolle: Die Gestaltung des Raums, der gezielte Einsatz von Musik, das Gefühl körperlicher Sicherheit sowie eine sorgfältig geplante Nachbetreuung wirken unterstützend und stabilisierend. Das Zusammenspiel dieser Faktoren schafft ein Milieu, das die Integration auch intensiver Erfahrungen begünstigt und dysregulierende Prozesse abfedern kann.

Substanz – pharmakologische Modulation: Schliesslich beeinflusst auch die verwendete Substanz den Verlauf des Erlebens. Während z. B. Psilocybin zu tiefen Einsichten, aber auch zu Desorientierung und Ängstlichkeit führen kann, zeigt MDMA eine deutlich affektpuffernde Wirkung: Emotionale Öffnung wird mit starker Selbstwirksamkeit und positiver Affektlage kombiniert. In der Befragung zeigte sich, dass insbesondere bei MDMA der Schutzfaktor besonders ausgeprägt war – ein Hinweis darauf, dass MDMA-basierte Sitzungen besonders geeignet sein könnten, den Helioskop-Effekt gezielt therapeutisch zu nutzen.

Bedeutung für die Psychotherapie

Der Helioskop-Effekt bietet neue Perspektiven für die psychotherapeutische Behandlung von traumatisierten Patient:innen, insbesondere dort, wo herkömmliche Methoden nicht angenommen oder nicht wirksam sind. Ein erheblicher Teil traumatisierter Menschen lehnt klassische traumafokussierte Verfahren wie Prolonged Exposure, EMDR oder kognitive Therapien ab. Selbst unter denjenigen, die eine Behandlung beginnen, brechen bis zu 50 % die Therapie vorzeitig ab (Rutt et al., 2018). Häufige Gründe sind Angst vor Überforderung, das Gefühl,

emotional nicht stabil genug zu sein, oder frühere negative Therapieerfahrungen. Demgegenüber zeigen Studien und klinische Beobachtungen, dass psychedelisch unterstützte Therapien auf deutlich höhere Akzeptanz stossen – auch bei schwer belasteten Patient:innen. Ein zentraler Grund dafür scheint gerade der Helioskop-Effekt zu sein: Er ermöglicht eine individuell abgestimmte Konfrontation mit traumatischem Material, die nicht forciert, sondern aus dem inneren Erleben heraus erfolgt – und dabei durch eine erlebte Schutzwirkung abgefedert wird.

Diese Dualität aus Exposition und Schutz ist ein Alleinstellungsmerkmal der psychedelischen Therapie. Die therapeutische Konfrontation wird nicht nur intensiv, sondern auch sinnhaft und tragbar erlebt. Patient:innen berichten häufig, dass sie sich zum ersten Mal bereit fühlten, sich dem Schmerz zu stellen, weil sie wussten: «Ich muss da nicht allein durch – und es wird mich nicht zerstören.» Die Bedeutung für die psychotherapeutische Praxis ist weitreichend: *Die Hürde für einen Therapieeinstieg sinkt, insbesondere bei Personen mit hoher Vermeidung. Das therapeutische Bündnis wird gestärkt, weil sich Patient:innen nicht gedrängt oder überfordert fühlen. Die Erfahrung wird als eigenständig und befähigend erlebt, ein zentraler Faktor für nachhaltige Veränderung.* Psychedelisch unterstützte Therapie kann so – gerade durch den Helioskop-Effekt – Zugang zu Patient:innen ermöglichen, die sonst schwer oder gar nicht erreichbar wären.

Beitrag zur Psychotherapieprozessforschung

Der Helioskop-Effekt bietet nicht nur neue Impulse für die Praxis, sondern stellt auch einen konzeptionellen Gewinn für die Psychotherapieprozessforschung dar. Er macht sichtbar, wie tiefgreifende Veränderung entstehen kann, wenn sich emotionale Öffnung und Schutzfunktion nicht ausschliessen, sondern ergänzen. Die Kombination aus kontrollierter Exposition und subjektiv erlebter Sicherheit stellt einen dynamischen Raum bereit, in dem emotionale Integration überhaupt erst möglich wird. In der klassischen Psychotherapieforschung werden therapeutische Effekte oft entlang von Kategoriensystemen (z. B. Manualtreue, Interventionstypen, Dosiswirkung) beschrieben. Der Helioskop-Effekt hingegen verweist auf eine prozessuale Logik, die sich aus der inneren Dynamik des Erlebens ergibt – und gerade deshalb individuell unterschiedlich ausfällt. Er eröffnet damit eine mikrophänomenologische Perspektive auf Wirkfaktoren, die sowohl state- als auch trait-abhängig sein können.

Individuelle Erlebnisverläufe statt standardisierter Abläufe: Ein zentrales Merkmal psychedelischer Therapie ist die Individualisierung des Prozesses: Kein Trip gleicht dem anderen, keine Einsicht folgt einem festgelegten Schema. Der Helioskop-Effekt bildet ein theoretisches Modell, das dieser Heterogenität gerecht wird, ohne dabei in Beliebigkeit zu verfallen. Die beiden Kernfaktoren – Exposition und Schutz – lassen sich differenziert erfassen, operationalisieren und klinisch einordnen.

Neues Wirkmodell für emotionale Verarbeitung: Darüber hinaus schlägt der Helioskop-Effekt eine Brücke zwischen unterschiedlichen therapeutischen Schulen: Er integriert Aspekte der kognitiven Verhaltenstherapie (Exposition), der tiefenpsychologischen Symbolisierung (Erinnerung im Schutzraum) und der achtsamkeitsbasierten Akzeptanz. Damit bietet er ein transdiagnostisches Modell emotionaler Veränderung, das sowohl in der Forschung als auch in der Ausbildung als metatheoretisches Gerüst dienen kann.

Empirische Anschlussfähigkeit: Mit der Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung des Helioskop-Effekts wurde ein wichtiger Schritt zur empirischen Prüfung des Modells getan. Erste Ergebnisse sprechen für die Konsistenz und Relevanz der Faktorenstruktur, mit guter Differenzierung von Exposition, Schutz und stressbezogener Vermeidung. Weitere Studien könnten das Modell auf verschiedene Störungsbilder, Substanzen und Settings ausweiten und damit zur Differenzierung therapeutischer Prozesse beitragen – sowohl innerhalb als auch ausserhalb psychedelischer Kontexte. Das Instrument ist zwar anhand der Therapie mit Psychedelika entwickelt worden, hat aber selbst keinen direkten Bezug zu Psychedelika und kann ebenso für andere Therapieformen verwendet werden, die das Ziel haben, traumatische Erfahrungen zu verarbeiten, einschliesslich die klassischen Expositionstherapien, die interpersonale Psychotherapie, humanistische und achtsamkeitsbasierte Therapieverfahren. Aus diesen Überlegungen scheint mir das Konzept des Helioskop-Effekts und der dazugehörige Fragebogen geeignet, verschiedene Therapieverfahren in Bezug auf Traumaverarbeitung zu vergleichen.

Fazit

Der Helioskop-Effekt beschreibt ein spezifisches emotionales Erleben in psychedelisch unterstützten Therapien, das durch die *Kombination von Konfrontation und Schutz* therapeutisch wirksam wird. Die wachsende Zahl von Menschen, die klassische traumafokussierte Verfahren ablehnen, macht deutlich: Es braucht neue Wege, um schwer zugängliches Material erreichbar zu machen – ohne Überforderung, aber auch ohne Ausweichen. Psychedelische Therapien scheinen hier nicht trotz, sondern wegen ihrer Intensität eine tragfähige Option zu sein. Der Helioskop-Effekt liefert dafür eine erste systematische Beschreibung eines veränderungswirksamen Erlebensmodus – klinisch relevant, subjektiv nachvollziehbar und empirisch anschlussfähig.

Literatur

- Aicher, H.D., Schmid, Y. & Gasser, P. (2024). Psychedelika-assistierte Psychotherapie. *Die Psychotherapie*, 69(2), 98–106.
- Calder, A.E., Diehl, V.J. & Hasler, G. (2025). Traumatic Psychedelic Experiences. *Curr Top Behav Neurosci*, Apr. 29. https://doi.org/10.1007/7854_2025_579
- Calder, A.E. & Hasler, G. (2022). Towards an understanding of psychedelic-induced neuroplasticity. *Neuropsychopharmacology*, Sept. 19. <https://doi.org/10.1038/s41386-022-01389-z>
- Calder, A.E., Rausch, B., Liechti, M.E., Holze, F. & Hasler, G. (2024). Naturalistic psychedelic therapy: The role of relaxation and subjective drug effects in antidepressant response. *J Psychopharmacol.*, 38(10), 873–886.
- Carhart-Harris, R.L., Wall, M.B., Erritzoe, D. et al. (2014). The effect of acutely administered MDMA on subjective and BOLD-fMRI responses to favourite and worst autobiographical memories. *Int J Neuropsychopharmacol.*, 17(4), 527–540.
- Corrigan, F.M., Fisher, J.J. & Nutt, D.J. (2011). Autonomic dysregulation and the Window of Tolerance model of the effects of complex emotional trauma. *J Psychopharmacol.*, 25(1), 17–25.
- Diehl, V., Calder, A. & Hasler, G. (2025, i.V.). The Helioscope Effect: A New Framework for Evaluating Trauma-Related Memory Processing in Psychedelic Experiences.
- Gattuso, J.J., Perkins, D., Ruffell, S. et al. (2023). Default Mode Network Modulation by Psychedelics: A Systematic Review. *Int J Neuropsychopharmacol.*, 26(3), 155–188.
- Halberstadt, A.L., Vollenweider, F.X. & Nichols, D.E. (2019). *Behavioral Neurobiology of Psychedelic Drugs*. Springer.
- Hasler G. (2022a). Toward the «helioscope» hypothesis of psychedelic therapy. *European Neuropsychopharmacology*, 57, 118–119.
- Hasler, G. (2022b). *Higher Self. Psychedelika in der Psychotherapie*. Klett-Cotta.
- Hasler, G. (2025). *Higher Self. Psychedelics in Psychotherapy*. Sentient.
- Jamison, S.W. & Brereto, J.P. (2014). *The Rigveda. The earliest religious poetry of India (Translation)*. Oxford UP.
- Krediet, E., Bostoen, T., Brecksema, J., van Schagen, A., Passie, T. & Vermetten, E. (2020). Reviewing the Potential of Psychedelics for the Treatment of PTSD. *Int J Neuropsychopharmacol.*, 23(6), 385–400.
- Rutt, B.T., Oehlert, M.E., Krieschok, T.S. & Lichtenberg, J.W. (2018). Effectiveness of Cognitive Processing Therapy and Prolonged Exposure in the Department of Veterans Affairs. *Psychol Rep.*, 121(2), 282–302.
- Vollenweider, F.X. & Preller, K.H. (2020). Psychedelic drugs: neurobiology and potential for treatment of psychiatric disorders. *Nat Rev Neurosci.*, 21(11), 611–624.
- Yalom, I. (2020). *Staring At The Sun. Being at peace with your own mortality*. Piatkus.
- Zaretsky, T.G., Jagodnik, K.M., Barsic, R. et al. (2024). The Psychedelic Future of Post-Traumatic Stress Disorder Treatment. *Curr Neuropsychopharmacol.*, 22(4), 636–735.

The helioscope effect

A new concept of trauma processing in psychotherapy with psychedelics

Abstract: The helioscope effect refers to trauma-related memory processing, facilitated by psychedelic substances, in which difficult memories become accessible without compromising emotional safety. The concept is grounded in both qualitative and quantitative research involving substances such as psilocybin, LSD, and MDMA. It identifies three core therapeutic mechanisms: enhanced emotional accessibility, reduced avoidance, and simultaneously increased protection against retraumatization. This effect is supported by specific contextual factors – most notably, therapeutic preparation and integration, clearly defined therapeutic intentions, and a safe, contained setting. The article explores the neurobiological underpinnings of the helioscope effect, its relevance for trauma therapy and its contribution to psychotherapy process research.

Keywords: trauma, psychotherapy, exposure, safety, side effects

Biografische Notiz

Dr. med. *Gregor Hasler* ist verbunden mit dem Molecular Psychiatry Lab, Faculty of Science and Medicine, University of Freiburg, Villars-sur-Glâne, dem Freiburg Mental Health Network, Villars-sur-Glâne, und dem Lake Lucerne Institute, Vitznau.

Kontakt

Prof. Dr. med. Gregor Hasler
Molecular Psychiatry Lab, University of Freiburg, FNPG
Chemin du Cardinal-Journet 3
1752 Villars-sur-Glâne
E-Mail: gregor.hasler@unifr.ch

Experteninterview zum Thema psychedelisch unterstützte Psychotherapie (PAP) bei Patienten mit behandlungsresistenter Depression (TRD)

Jean Schulthess Watt

Psychotherapie-Wissenschaft 15 (2) 2025 23–26

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2025-2-23>

Zusammenfassung: Eine Gruppe von Patienten, die schlecht auf Psychotherapie und Medikamente ansprechen, sind Patienten mit der Diagnose einer behandlungsresistenten Depression (TRD). Ein relativ neuer und erfolgreicher Psychotherapieansatz, der auch an der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen unter der Leitung von Dr. Krähenmann (Ärztlicher Direktor der Psychiatrischen Dienste Thurgau) umgesetzt wird, ist das spezialisierte Psychotherapieprogramm im stationären Setting, das Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP). Es wurde speziell für diese Patientengruppe entwickelt und wird in bestimmten Fällen mit psycholytischen Psilocybin-Dosen von 10–35 mg oral kombiniert, um die Wirksamkeit zu erhöhen. Parallel zu diesem Behandlungsplan wird eine naturalistische Längsschnittstudie durchgeführt, bei der verschiedene psychologische Bewertungsmethoden angewandt werden, um die Wirksamkeit dieses dreimonatigen Programms zu bewerten. Ich hatte die Gelegenheit, mit Dr. Krähenmann und Frau Vandersmissen, einer Doktorandin auf dem Gebiet der psychedelisch unterstützten Psychotherapie (PAP), über dieses Programm zu sprechen.

Schlüsselwörter: Therapieresistente Depression (TRD), Psilocybin, kognitiv-behaviorales Analysesystem der Psychotherapie (CBASP), psychedelisch unterstützte Psychotherapie (PAP)

Dieser Beitrag schließt an meinen früheren Artikel in der *PTW* (Schulthess Watt, 2024) an. Darin habe ich einen Überblick über die Geschichte des Konsums von Psychedelika und das derzeitige erneute Interesse an der Verwendung von Psychedelika in der Behandlung bestimmter Patientengruppen gegeben. Ein professionelles Interview mit Dr. Krähenmann (Ärztlicher Direktor der Psychiatrischen Dienste Thurgau und Chefarzt für Erwachsenenpsychiatrie) und Frau Vandersmissen (Doktorandin im Bereich der Psilocybin-gestützten Psychotherapie; PAP) wurde mit dem Ziel geführt, einen Einblick in die Einzelheiten der Psilocybin-Behandlungen als «Zusatz» zur Psychotherapie für Patienten mit behandlungsresistenten Depressionen (TRD) zu erhalten.

Dr. Krähenmann ist ein bekannter Psychiater und Mitglied der Ständigen Kommission für Fort- und Weiterbildung (SKWF) der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP). Dieses Gremium hat ein detailliertes Arbeitspapier erstellt, das die Anforderungen und notwendigen Bedingungen für die Verabreichung von Psychedelika umreißt: «Schweizerische Behandlungsempfehlungen für die psychedelische Therapie (Krähenmann, 2023). Darin werden u. a. folgende Themen behandelt: Verweis auf die wissenschaftliche Forschung, die ihre Empfehlungen stützt, die Klassen von Psychedelika und ihre neurologischen Wirkungen, Behandlungsempfehlungen zur Gewährleistung der Sicherheit und Wirksamkeit sowie die Rolle des Psychotherapeuten. Dr. Krähenmann hat wissenschaftliche Artikel über die Behandlung von

TRD-Patienten mit Psilocybin veröffentlicht (Krähenmann et al., 2015). In einer seiner Studien (Krähenmann, 2015), die mit gesunden Probanden durchgeführt wurde, zeigten die Ergebnisse, dass Psilocybin die negative Emotionalität abschwächt. Dies ist für die Behandlung von TRD- und MMD-Patienten von Bedeutung. Sein Hauptaugenmerk liegt auf der Anwendung als Zusatztherapie für TRD-Patienten. Der Besuch in Münsterlingen bot eine ideale Gelegenheit, um die praktische Anwendung der psychedelisch unterstützten Psychotherapie und ihre longitudinale, naturalistische wissenschaftliche Studie über ihre Wirksamkeit zu diskutieren. Am 27. Mai 2025 fand das Interview mit Herrn Dr. Krähenmann und Frau Vandersmissen in Form eines professionellen Interviews mit einem vorbereiteten Fragenkatalog statt. Der Fragebogen wurde Herrn Dr. Krähenmann im Vorfeld zugesandt. Frau Vandersmissen half bei der Verfeinerung der Fragen.

In der Vorbereitung auf das Treffen habe ich mich auf Themen konzentriert, die für die Psychotherapiewissenschaft relevant sind, und Fragen formuliert, die darauf abzielen, einen Einblick in den Prozess der Behandlung von Patienten mit Psilocybin-Dosen als «Add-on» zur Psychotherapie zu geben. In der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen hat man das evidenzbasierte Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP; das für die Psychotherapie mit TRD-Patienten entwickelt wurde) und Aspekte der psychodynamischen Psychotherapie mit der psychedelischen Therapie auf eine sehr spezifische Weise kombiniert. Dieser Ansatz wird in

einer kürzlich erschienenen Veröffentlichung dargelegt (Grimmer et al., 2025). Ich fragte nach der Möglichkeit, Psychotherapeuten in privater Praxis einzubeziehen. Ein Teil der Diskussion drehte sich um die naturalistische Längsschnittstudie, die parallel zum Therapieprogramm läuft. Abschließend fragte ich Dr. Krähenmann nach seiner Meinung zur Zukunft der Verabreichung von Psychedelika als «Add-on» zur Psychotherapie im Allgemeinen und für niedergelassene Psychiater und ob Psychedelika auch bei Patienten mit anderen psychiatrischen Diagnosen eingesetzt werden könnten.

Behandlungsprozess/Integration von PAP in die stationäre Psychotherapie

Ich bedanke mich bei Herrn Dr. Krähenmann und Frau Vandersmissen, dass sie sich für das Interview Zeit genommen haben. Es fand eine sehr lebhaft Diskussions statt, in der die Themen des Fragebogens angesprochen wurden, aber es war keine Frage-und-Antwort-Runde mehr.

Der erste wichtige Punkt, den Dr. Krähenmann ansprach, war, zu betonen, dass der Schwerpunkt der Arbeit auf der Wirksamkeit des Psychotherapieprogramms mit TRD-Patienten lag und wie die Verabreichung von Psilocybin in zwei bis drei Sitzungen über einen Zeitraum von drei Monaten zur psychotherapeutischen Wirksamkeit bei TRD-Patienten beitrug. Die Psychotherapie steht im Vordergrund und nicht die Durchführung von Grundlagenforschung. Die wegen TRD behandelten Patienten werden für drei Monate stationär aufgenommen und der leitende Psychotherapeut arbeitet mit ihnen im Rahmen des von James McCullough entwickelten strukturierten Therapieprogramms: CBASP, in Kombination mit psychodynamischen Elementen. Es ist eines der wenigen Psychotherapiemodelle, die speziell für die Behandlung schwer depressiver, behandlungsresistenter Patienten entwickelt wurden, und hat sich als therapeutisch wirksam erwiesen (Negt et al., 2016; Schramm et al., 2017). Es handelt sich um ein theoretisch gemischtes Modell, und es ist unklar, welche Faktoren zu seinem Erfolg beitragen. Wie Wampold (2001) betonte, ist die Psychotherapie im Allgemeinen wirksam, aber es ist nicht leicht zu bestimmen, welche therapeutischen Elemente für den therapeutischen Prozess und den Erfolg der Psychotherapie wesentlich sind.

Ein Teil der erwähnten Patientengruppe mit der Diagnose TRD erhält Psilocybin im Rahmen der dreimonatigen CBASP-Therapie in Münsterlingen. Das Psilocybin wird während zwei bis drei Dosierungstagen (mit 10 bis 35 Milligramm) im Laufe des Aufenthalts der Patienten verabreicht. Bei Patienten, die Psilocybin erhalten, findet vor der Verabreichung ein Gespräch mit Dr. Krähenmann, dem Psychotherapeuten des Patienten und einem Mitglied des Pflegepersonals statt. Dabei werden Themen wie die Dosierung und die Erwartungen des Patienten besprochen. Das gleiche Team nimmt auch an der Nachbesprechung am Tag nach der Psilocybin-Verabreichung teil.

Auf der Grundlage von Forschungsergebnissen und der Erfahrung von Personen, die mit der Verabreichung von Psychedelika arbeiten, spielen das sog. Set und Setting eine wichtige Rolle (Golden et al., 2022). Das *Set* oder Mindset bezieht sich auf die Erwartungen des Patienten hinsichtlich der wahrscheinlichen Wirkungen von Psilocybin. Dr. Krähenmann und Frau Vandersmissen betonten, dass die Bewertung der Erwartungen bei Patienten mit TRD besonders wichtig ist, da die Hoffnungslosigkeit berücksichtigt und das Suizidrisiko eingeschätzt werden muss. Wenn ein Patient bspw. hohe Erwartungen an die psychedelische Erfahrung hat und enttäuscht wird, könnte dies die Gefühle der Hoffnungslosigkeit und das Suizidrisiko verstärken. Aus diesem Grund sind ein Psychiater, der Psychologe des Patienten und eine Krankenschwester (da das Psychedelikum somatische Wirkungen hat) bei der Vorbesprechung anwesend. Das *Setting*, d.h. der Ort, an dem der Patient die psychedelische Droge erhält und sich während des Wirkungszeitfensters von Psilocybin aufhält, wurde sorgfältig geplant. In der Klinik Münsterlingen steht ein separater Raum mit einer eigenen Toilette in einem ruhigen Teil der Klinik zur Verfügung. Nach der Einnahme des Psilocybins liegt der Patient auf einem Bett, die Augen sind abgedeckt, und es läuft speziell ausgewählte Musik. Frau Vandersmissen hat ein Poster erstellt, das den Prozess der Psilocybin-Verabreichung in Münsterlingen beschreibt und online verfügbar ist (Vandersmissen et al., 2024).

Wirksamkeit der Psilocybin unterstützten Therapie

In der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen, parallel zum therapeutischen Programm für TRD-Patienten, erfolgt eine naturalistische Längsschnittstudie, in der verschiedenen psychologischen Dimensionen wie kognitive und psychologische Flexibilität, die Landschaft der Abwehrmechanismen und Kreativität gemessen werden. Es handelt sich um eine naturalistische Beobachtungsstudie, d.h., es gibt keine forschungsbezogenen Interventionen in den Psychotherapieprozess oder irgendeine Form der Behandlungsmanipulation. Es gibt jedoch eine Kontrollgruppe, die das gleiche psychotherapeutische CBASP-Programm durchläuft, aber kein Psilocybin erhält. Die Ergebnisse der Studie werden voraussichtlich gegen Ende 2025 veröffentlicht werden. Frau Vandersmissen analysiert derzeit die PAP-Therapiesitzungen und Interviews über die Erfahrungen der Patienten mit PAP in der Klinik mit der qualitativen Methode der «reflexiven thematischen Analyse».

Die vielleicht wichtigste Frage, die man sich stellen muss, ist: Was ist an den Wirkungen von Psilocybin, das sich positiv auf den psychotherapeutischen Prozess in der genannten Gruppe auswirkt, dran? Als ich diese Frage Dr. Krähenmann stellte, sagte er, es sei wichtig, die Wirkung von Psilocybin im Zusammenhang mit der Wirksamkeit der CBASP-Psychotherapie zu untersuchen. Laut des Entwicklers des CBASP-Programms, James

P. McCullough, weisen schwer depressive Patienten eine gewisse Trennung zwischen Kognition und Emotion auf, sind in einer negativ getönten Weltsicht gefangen, neigen dazu, sich von anderen zu isolieren, haben Schwierigkeiten, Beziehungen zu knüpfen, und haben Probleme mit der Empathie. Sie lassen sich auch nicht von rationalen Überlegungen beeinflussen und ihre Kommunikation hat oft die Form eines Monologs. Psilocybin kann diese starren inneren Muster lockern, eine stärkere Selbstreflexion fördern und die Intensität negativer Emotionen verringern, was die Psychotherapie erleichtert und zum therapeutischen Erfolg beiträgt (Krähenmann et al., 2015; Krähenmann, 2015).

Dr. Krähenmann und Frau Vandersmissen präsentierten konkrete Beispiele von Patientenrückmeldungen über ihre Erfahrungen mit Psilocybin. Frau Vandersmissen beschrieb, wie einige Patienten lebhaftere innere Bilder erlebten, die die Probleme des Patienten darstellten, und dass diese Erfahrung starke Gefühle auslöste und neue Perspektiven eröffnete. Dr. Krähenmann beschrieb, wie sich einige Patienten an bestimmte prägende Erinnerungen an Schlüsselszenen erinnerten, die sie deutlich visualisierten und damit neue Erkenntnisse über diese frühen Erfahrungen lieferten. In diesem speziellen Fall sagte der Patient, er habe das Gefühl, dass er in der Rolle eines Schauspielers war, als er die Erinnerungen abrief. Dies würde eine gewisse Distanzierung und die Einnahme einer Beobachterposition implizieren. Einige Patienten wurden sich infolge der Psilocybin-Erfahrung bestimmter Aspekte ihres Verhaltens bewusster.

Frau Vandersmissen gab ein weiteres Beispiel für einen Fall, in dem die Patientin hohe Erwartungen an die Psilocybin-Erfahrung hatte und im Vergleich zu den anderen Patienten recht gut über PAP im Allgemeinen informiert war. Sie hatte viele verschiedene Formen der Psychotherapie ausprobiert und aus seiner Sicht hatte sie alle anderen therapeutischen Möglichkeiten ausgeschöpft. Nach den Psilocybin-Sitzungen hatte diese Patientin das Gefühl, dass sie sowohl zu neuen als auch zu alten Themen mit größerer Intensität Zugang gefunden hatte, was sie in die Lage versetzte, diese in der Psychotherapie weiter zu bearbeiten. Dies gab ihr ein neues Gefühl der Hoffnung, das vorher nicht vorhanden war.

Passie et al. (2022) haben die Ergebnisse zahlreicher Forschungsstudien zur Wirkung der psycholytischen Therapie zusammengefasst. Einige der Ergebnisse decken sich mit den Beobachtungen, die bei der genannten Patienten-Gruppe in der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen gemacht wurden, wie z. B. die lebhaftere Erinnerung an frühe Erinnerungen, auch an solche, die verdrängt wurden, eine grössere Reflexionsfähigkeit mit neuen Einsichten, eine grössere Introspektion und mehr Optimismus und Handlungsbereitschaft.

Ein allgemeiner Befund in Bezug auf die Wirkung von Psychedelika auf neurologischer Ebene ist ihre Auswirkung auf die Steigerung der Neuroplastizität (Grieco, 2022). Neuroplastizität wurde definiert als «die Fähigkeit des Gehirns, sich neu zu organisieren und neuronale Verbindungen herzustellen» (Jones, 2025). Es hat sich gezeigt,

dass die neuronale Plastizität mit dem psychologischen Wohlbefinden korreliert (Cozolino, 2002, 2014).

Eine weitere Frage betraf die Beteiligung von niedergelassenen Psychotherapeuten an der therapeutischen Anwendung von Psychedelika, insbesondere von Psilocybin. Auch niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater können beim Bundesamt für Gesundheit (BAG) die Verabreichung von Psilocybin an einen bestimmten Patienten beantragen. Dies könnte in Zusammenarbeit mit dem Psychotherapeuten des Patienten geschehen. Dr. Krähenmann ist jedoch der Ansicht, dass diese Form der Behandlung aufgrund ihrer Komplexität höhere Risiken birgt, wenn sie ambulant durchgeführt wird.

Bezüglich der Frage, ob für das Team, das an der Verabreichung von Psilocybin beteiligt ist, eine spezielle Ausbildung erforderlich ist, verwies Dr. Krähenmann (2024) auf die Richtlinien der SGPP, deren Mitglied er ist. Das Dokument trägt den Titel: «Behandlungsempfehlungen der SGPP für die ärztliche Behandlung psychischer Erkrankungen mit Psychedelika». Dr. Krähenmann erläuterte die Gründe für ein multidisziplinäres Team, das aus einem Psychiater, einem Psychotherapeuten/Psychologen und dem Pflegepersonal besteht und an der Verabreichung von Psilocybin beteiligt ist. Das Fachwissen des Psychiaters ist bspw. erforderlich, um die Wechselwirkungen zwischen den Medikamenten, die der Patient derzeit einnimmt (was bei TRD-Patienten meist der Fall ist), und der psychedelischen Substanz zu kennen. Außerdem muss der Psychiater in der Lage sein, potenzielle kontraindizierte Symptome von Psilocybin zu erkennen, wie z. B. zugrunde liegende psychotische Merkmale und Selbstmordgedanken. Der Psychotherapeut ist für die therapeutische Kontinuität und die emotionale Unterstützung des Patienten zuständig. Medizinisches Fachwissen zur Überwachung der somatischen Wirkungen von Psychedelika ist ebenfalls erforderlich. Aus diesem Grund ist ein Mitglied des Pflegeteams während der gesamten Dosierungssitzung anwesend.

Schlussfolgerung

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Verabreichung von Psilocybin allein nicht therapeutisch ist, aber seine Wirkung das Ergebnis der Psychotherapie positiv beeinflusst. Die therapeutische Arbeit in Münsterlingen bestätigt dies. TRD-Patienten, die die Klinik nach den drei Monaten des PAP-Programms verlassen, zeigen deutliche Anzeichen einer Verbesserung. Dr. Krähenmann: «Im Verlauf einer Substanzsitzung ist die Dichte und Intensität des inneren Erlebensprozesses extrem hoch. Man könnte es auch bildlich ausdrücken, dass die Patienten in kurzer Zeit sehr viel von der psychedelischen Therapie profitieren und ein beachtliches Stück ihres Genesungsweges zurücklegen können. Im Vergleich zu vielen Jahren des relativen Stillstands ist dies ein enormer Gewinn. Dies ist jedoch erst der Anfang der eigentlichen Reise, nämlich die langwierige und nicht minder anstrengende psychotherapeutische Arbeit an den entsprechenden Themen.» Dies wurde von Jones (2025, S. 8) gut zusammengefasst:

«Building on established psychotherapy techniques, psychedelic assisted therapies offer a novel and promising approach to mental health treatment by harnessing the power of neuroplasticity. By opening up a «window of opportunity» for change, psychoplastogen-assisted therapy can help individuals deliberately break free from entrenched patterns of thought, emotion, and behavior, allowing a path forward towards enduring healing and growth.»

Psychoplastogen ist ein von Olson (2018) entwickelter Begriff zur Klassifizierung von Substanzen, einschließlich Psychedelika, die innerhalb eines kurzen Zeitraums (24–72 Stunden) eine messbare Veränderung der neuronalen Plastizität bewirken, einschließlich Veränderungen des Neuritenwachstums, der dendritischen Stacheldichte, der Synapsen Anzahl, der intrinsischen Erregbarkeit usw.

Literatur

- Cozolino, L. (2002). *The Neuroscience of Psychotherapy: Building and rebuilding the human brain*. W.W. Norton & Comp.
- Cozolino, L. (2014). *The Neuroscience of Human Relationships: Attachment and the developing social brain* (2. Aufl.). W.W. Norton & Comp.
- Daws, R.E., Timmermann, C., Giribaldi, B. et al. (2022). Increased global integration in the brain after psilocybin therapy for depression. *Nat. Med.*, 28, 844–851. <https://doi.org/10.1038/s41591-022-01744-z>
- Golden, T.L., Magsamen, S., Sandu, C.C., Lin, S., Roebuck, G.M., Shi, M. & Barrett, F.S. (2022). Effects of Setting on Psychedelic Experiences, Therapies, and Outcomes: A Rapid Scoping Review of the Literature. In F.S. Barrett & K.H. Preller (Hg.), *Disruptive Psychopharmacology* (S. 35–70). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-9298-2_298
- Grimmer, B., Krähenmann, R. & Seifritz, E. (Hg.). (2025). *Psychodynamische Psychiatrie*. Kohlhammer.
- Jones, J.L. (2025). Harnessing neuroplasticity with psychoplastogens: the essential role of psychotherapy in psychedelic treatment optimization. *Front. Psychiatry*, 16, 1565852. <http://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1565852>
- Krähenmann, R. (2015). The Effect of Serotonin Receptor Manipulation On Brain Networks and Its Impact On Emotion Regulation. *European Psychiatry*, 30(Suppl. 1), 28–31. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(15\)30016-X](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(15)30016-X)
- Krähenmann, R., Bachmann Heinzer, R.F., Brühl, A., Hättenschwiler, J., Hasler, M., Herdener, M., Herwig, U., Hubl, D., Kemter, A., Müller, F., Olbrich, M., Rota, F., Vogel, M., Walther, S. & Seifritz, E. (2024). Treatment guidelines Treatment recommendations of the SGPP for the treatment of mental illnesses with psychedelics. https://www.researchgate.net/publication/384898943_Treatment_guidelines_Treatment_recommendations_of_the_SGPP_for_the_treatment_of_mental_illnesses_with psychedelics
- Krähenmann, R., Schmidt, A., Friston, K., Preller, K.H., Seifritz, E. & Vollenweider, F.X. (2015). The mixed serotonin receptor agonist psilocybin reduces threat-induced modulation of amygdala connectivity. *NeuroImage: Clinical*, 11, 53–60. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2015.08.009>
- Negt, P., Brakemeier, E.-L., Michalak, J., Winter, L., Bleich, S. & Kahl, K.G. (2016). The treatment of chronic depression with cognitive behavioral analysis system of psychotherapy: a systematic review and meta-analysis of randomized-controlled clinical trials. *Brain Behav.*, 6(8), e00486. <http://doi.org/10.1002/brb3.486>

- Olson, D.E. (2018). Psychoplastogens: a promising class of plasticity-promoting neurotherapeutics. *J Exp Neurosci.*, 12, <http://doi.org/10.1177/1179069518800508>
- Passie, T., Guss, J. & Krähenmann, R. (2022). Lower-dose psycholytic therapy. A neglected approach. *Front. Psychiatry*, 13.
- Schramm, E., Kriston, L., Zobel, I., Bailer, J., Wambach, K., Backenstrass, M., Klein, J.P., Schoepf, D., Schnell, K., Gumz, A., Bausch, P., Fangmeier, T., Meister, R., Berger, M., Hautzinger, M., Härter, M. (2017). Effect of Disorder-Specific vs Nonspecific Psychotherapy for Chronic Depression: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 74(3), 233–242. <http://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.3880>
- Schulthess Watt, J. (2024). The Use of Psychedelics as an Adjunct to Psychotherapy. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 14(2), 51–51. <https://doi.org/10.30820/1664-9583-2024-2-51>
- Vandersmissen, A., Fisler, P., Fillipi, M. & Krähenmann, R. (2024). Psilocybin assisted Psychotherapy for Treatment-Resistant Depression-Clinical Approach and Research at the Psychiatric Clinic Münsterlingen October 2024. <http://doi.org/10.13140/RG.2.2.35995.48166>
- Wampold, B.E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate. Models, Methods and Findings*. Lawrence Erlbaum.

Expert interview on psychedelic-assisted psychotherapy (PAP) for patients with treatment-resistant depression (TRD)

Abstract: A group of patients who respond poorly to psychotherapy and medication are patients diagnosed with treatment-resistant depression (TRD). A relatively new and successful psychotherapy approach, also being implemented at the Münsterlingen Psychiatric Clinic under the direction of Dr. Krähenmann (Medical Director of the Thurgau Psychiatric Services), is the specialized psychotherapy programme in an inpatient hospital setting; Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP). It was developed specifically for this patient group and, in certain cases, is combined with psycholytic 10–35 mg oral doses of psilocybin to enhance its effectiveness. Parallel to this treatment plan, a naturalistic longitudinal study is being conducted applying various psychological assessment methods, to evaluate the effectiveness of this three-month programme. I had the opportunity of interviewing Dr. Krähenmann and Ms. Vandersmissen, a doctoral student in the field of psychedelic-assisted psychotherapy (PAP), to discuss this programme.

Keywords: Therapy-resistant Depression (TRD), Psilocybin, Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP), Psychedelic-assisted Psychotherapy (PAP)

Biografische Notiz

Jean Schulthess Watt, MA, ist klinische Psychologin und staatlich anerkannte Schweizer Psychotherapeutin. Sie ist Inhaberin eines Diploms in Analytischer Psychologie des C. G. Jung Instituts, arbeitet in privater Praxis und unterrichtet am C. G. Jung Institut in Küsnacht/Zürich.

Kontakt

E-Mail: jean.watt@bluewin.ch

«Ich selbst bin meine wichtigste Therapeutin»

Dynamic Containing mit einer Geflüchteten¹

Freihart Regner

Psychotherapie-Wissenschaft 15 (2) 2025 27–34

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2025-2-27>

Zusammenfassung: Der Beitrag stellt *Dynamic Containing* vor, ein ontotherapeutisches Prozessmodell, das aus der integrativen und klinisch-philosophischen Psychotherapie mit geflüchteten Menschen hervorgegangen ist. Es wurde als Antwort auf die zunehmende Fragmentierung und Standardisierung der Psychotherapielandschaft entwickelt und benennt vier wesentliche Komponenten des therapeutischen Geschehens: 1. *Self-Containing*: die Fähigkeit zur inneren Selbstregulation, 2. *Therapeutic Containing*: die haltende Funktion der therapeutischen Beziehung, 3. *Psychotherapeutische Interventionen* spezifischer und unspezifischer Art sowie 4. *Therapeutische Selbstorganisation*: autonome Heilungsprozesse der Klientin. Veranschaulicht wird das Modell anhand einer ausführlichen Fallstudie einer geflüchteten Frau aus Afrika, die nach traumatischen Erfahrungen im Rahmen eines gestuften Versorgungsmodells psychosoziale und psychotherapeutische Hilfe erhielt. Über Traumaedukation, körperorientierte Empowerment-Übungen, Ego-State-Arbeit, narrative Exposition und andere Methoden entwickelte sie zunehmend Selbstwirksamkeit und schloss mit den Worten: «Ich selbst bin meine wichtigste Therapeutin.» Das Modell ist eingebettet in eine *Vier-Rahmen-Konzeption*, die individuelle Heilung mit gesellschaftlicher Teilhabe (Normatives Empowerment) verbindet. *Dynamic Containing* bietet einen transdisziplinären, integrativen Bezugsrahmen, insbesondere für die Arbeit mit Geflüchteten, und leistet einen Beitrag zur aktuellen Debatte um evidenzbasierte Praxis, humanistische Ansätze und erkenntnistheoretische Pluralität in Psychotherapie-Forschung und -politik.

Schlüsselwörter: Dynamic Containing, Flüchtlingspsychotherapie, Therapeutische Beziehung, Selbstorganisation, Empowerment, Narrative Exposition, Humanistische Psychotherapie

Psychotherapie wirkt im Allgemeinen recht gut und in umfassender Weise gesundheitsförderlich (Barkham & Lambert, 2021), auch wenn es – wie bei jeder Heilbehandlung – Risiken gibt und Nebenwirkungen auftreten können (Strauß et al., 2012). Nach wie vor unzureichend geklärt ist jedoch, was genau die Wirkfaktoren sind, die die therapeutischen Effekte hervorrufen (Wampold et al., 2018). Die frühe Psychotherapieforschung sprach hier vom «Vogel-Dodo-Verdikt», benannt nach einer Figur aus Lewis Carrolls *Alice im Wunderland*: Da alle Therapieschulen gleichermassen positive Wirkungen zeitigen, haben sie alle gewonnen und müssen einen Preis erhalten (Rosenzweig, 1936). Dabei ist dieser Befund durchaus merkwürdig, widersprechen sich die jeweils postulierten Wirkfaktoren doch zum Teil diametral («Äquivalenzparadoxon»; Luborsky et al., 1975). So meint etwa die klassische Psychoanalyse, dass gestörtes Erleben und Verhalten hauptsächlich herrühre von schwierigen Primärbeziehungen, die in der «Übertragung» reinszeniert und durchgearbeitet werden müssen – verhaltenstherapeutisch

bewirkte Veränderungen dürften daher eigentlich gar nicht stattfinden oder könnten nur oberflächlicher Art sein («Symptomverschiebung»). Umgekehrt vertritt die klassische Verhaltenstherapie, gestörtes Verhalten sei gelernt worden und könne entsprechend auch wieder umgelernt werden, weshalb therapeutisch induzierte «regressive Prozesse» nicht erforderlich und unter Umständen sogar schädlich seien. Nun ist zwar richtig, dass die dominierende Ausrichtung der Psychotherapieforschung in den letzten Jahren weitaus differenzierter geworden ist, dass sie anhand des «Goldstandards» von randomisierten Kontrollgruppen (Randomized Controlled Trials, RCTs) die Effektstärken verschiedener Therapieansätze für verschiedene Störungsbilder miteinander vergleicht, nach dem medizinischen Modell der Psychopharmakaforschung auf Evidenzbasierung setzt und die entsprechenden Befunde in Metaanalysen zusammenfasst (David et al., 2018) – jedoch ändert all das nichts am reduktionistischen und fragmentarischen Prinzip des Gegenüberstellens und Vergleichens einer Vielzahl von Therapiemodellen und -varianten (Kriz, 2019). So führt nicht zuletzt die Ungeklärtheit über die therapeutischen Wirkfaktoren dazu, dass die Psychotherapielandschaft mittlerweile völlig unüberschaubar geworden und in eine Vielzahl von teils identitätsgeprägten «Glaubensrichtungen» zerfallen ist (Petzold, 1992): Es lassen sich mindestens acht Paradigmen – tiefenpsychologisch, lerntheoretisch-kognitiv,

¹ Die ausführliche Fassung dieses Textes, der hier insbesondere bei der Falldarstellung stark gekürzt wurde, kann hier heruntergeladen werden: www.inter-homines.org/dynamic-containing.pdf; darin finden sich auch weitere Literaturangaben mit ausführlichen Zitaten. Das betreffende Projekt wird aus Mitteln des europäischen Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds und des Landes Brandenburg kofinanziert.

humanistisch, systemisch, existentialistisch, transpersonal, körperorientiert, integrativ – und innerhalb dieser mehr als 400 Therapievarianten ausmachen (Norcross & Lambert, 2019).

Das 1999 in Kraft getretene deutsche Psychotherapeutengesetz ist zwar mit dem prinzipiell nachvollziehbaren Anspruch angetreten, jenen «Wildwuchs» zu beschneiden und – jedenfalls was gesetzliche Krankenkassenleistungen anbetrifft – auf eine Reihe von wissenschaftlich rigoros auf ihre Wirksamkeit hin überprüfte «Richtlinienverfahren» zu begrenzen (derzeit Verhaltenstherapie, Psychoanalyse, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, zuletzt auch systemische Therapie). Allerdings geschah und geschieht dies um den sehr hohen Preis, bei einer allgemeinen strukturellen Unterversorgung nicht nur einzelne, international seit Jahrzehnten bewährte Psychotherapieschulen wie bspw. die Gesprächspsychotherapie oder die Gestalttherapie mit durchaus fragwürdiger wissenschaftlicher Argumentation aus der psychotherapeutischen Regelversorgung auszuschliessen², sondern gleich ganze Paradigmen wie etwa den humanistischen Ansatz, der doch seine unbestreitbaren und unverzichtbaren Verdienste in der Psychotherapieentwicklung vorzuweisen hat (Kriz, 2018). Bedeutet solcher wissenschaftsgläubige regulatorische Rigorismus nun aber, dass etwa die Gestalttherapie keine Rolle mehr in der deutschen Regelversorgung spielen würde? Nein, denn durch die Hintertür einer sog. «Dritten Welle der Verhaltenstherapie», mit der – und ganz entgegen den vorangegangenen «Wellen» – verstärkt auf Beziehung, Gefühle und Achtsamkeit abgehoben wird, werden auf einmal therapeutische Prinzipien anerkannt und abrechenbar, die seit Jahrzehnten vor allem in der Gestalttherapie praktiziert und kultiviert werden (vgl. Egger, 2024). Hierzu gehört auch die der kognitiven Verhaltenstherapie zuordenbare und somit über die Kassen abrechenbare Schematherapie, die letztlich ein Amalgam aus verhaltenstherapeutischen, psychodynamischen und gestalttherapeutischen Konzepten darstellt.

Aus der Sicht und in der Tradition einer *Klinischen Philosophie* nach Hilarion G. Petzold (1998), dem Begründer der Integrativen Therapie, bei der es um eine umfassende theoretische Reflexion der psychotherapeutischen Praxis geht, ist die beschriebene Lage in hohem Masse unbefriedigend, da die Profession sich damit als inkohärent und inkonsistent, dabei nicht selten einseitig bis ideologisch, szientistisch, profilorientiert und polemisch ausweist und der eigentliche Wesensgehalt der psychotherapeutischen Kommunikation darüber ungeklärt bleibt (Orth et al., 2014). Vor diesem kontroversen Hintergrund soll im Folgenden ein *ontotherapeutisches Prozessmodell* vorgestellt und anhand einer Falldarstellung illustriert werden. Dabei bedeutet «onto-therapeutisch» (von griech. «ontos»: Sein, Wesen, und «therapeutein»: pflegen, dienen, heilen) gerade nicht, dass der Legion von therapeutischen Modellvarianten damit einfach eine weitere hinzugefügt wird. Ebenso wenig werden in dem Prozessmodell

eine Vielzahl von empirischen Einzelstudien aus der Psychotherapieforschung zu einem generischen Modell zusammengeführt (Orlinsky & Howard, 1986) oder eine statistische Metaanalyse zur Identifizierung schulengreifender Wirkfaktoren vorgenommen (Grawe, 1994). Vielmehr soll *mittels systemisch-phänomenologischer Reflexion der Wesenskern und das Grundgeschehen des psychotherapeutischen Prozesses erfasst und beschrieben* werden, von dem die verschiedenen therapeutischen Ansätze jeweils eine spezifische Ausformung und konzeptuelle Überformung darstellen. Wir bezeichnen dieses ontotherapeutische Modell als *Dynamic Containing* und es besteht – bei bewusst einfacher, anschaulicher und praxisorientierter Gestaltung – aus einem *Doppelcontainer* mit einer darin enthaltenen *Doppelhelix*. Es handelt sich mithin um zwei-mal-zwei-gleich-vier aufeinander bezogene Modellbestandteile, die im Folgenden zunächst grafisch dargestellt und dann inhaltlich erläutert werden.



Dynamic Containing

1. Self-Containing. Der Mensch kann im Sinne der klinischen Philosophie als ein bio-psycho-soziales Wesen aufgefasst werden – bestehend aus den fünf Schichten Körper, Seele, Verstand, Geist und Gemeinschaft –, das sich in ständiger Wechselwirkung mit seiner äusseren und inneren Umwelt befindet. Diese extreme Komplexität macht anspruchsvolle Anpassungsprozesse erforderlich, die in der klinischen Psychologie weithin als *Selbstregulation* bezeichnet werden. Um das Modell jedoch der psychotherapeutischen Praxis zuzuführen, wird hier

2 S. diverse kritische Stellungnahmen auf: www.dvg-gestalt.de/wissenschaftliche-erkennung

stattdessen von *Self-Containing* gesprochen (vgl. Bion, 1962). Gemeint ist damit, dass die – teils belastenden, spannungsreichen, konfliktären – psychischen Bestandteile, Zustände, Vorgänge und (Flieh-)Kräfte vom Ich umfasst und zusammengehalten, eben *contained* werden müssen, um ein stabiles, kohärentes und gesundes Selbsterleben aufrechtzuerhalten. Aus verschiedensten Ursachen heraus kann die Psyche dabei jedoch überfordert werden, und es kommt zu belastenden Problemen bis hin zu psychischen Symptomen aus dem gesamten Spektrum der Psychopathologie. Bildhaft gesprochen: Das Fass des Self-Containers oder Selbstgefässes läuft vor Problemen, Beschwerden und Symptomen über.

2. Therapeutic Containing. Ein Mensch mit unzureichendem Self-Containing kann schliesslich psychosoziale und psychotherapeutische Hilfe aufsuchen und über seine oder ihre psychischen Probleme und Beschwerden sprechen (oder sie nonverbal zum Ausdruck bringen). Das überlaufende Selbstgefäss wird sodann von einem therapeutischen Container umfasst und zusammengehalten, daher der Ausdruck *Doppelcontainer*. Der Fachbegriff *Containing* stammt ursprünglich von dem Psychoanalytiker Wilfred Bion und beschreibt das stellvertretende «Verdauen» und Verarbeiten früher und roher Affekte («Beta-Elemente») durch die Analytikerin, die diese dann in emotional reifer und symbolisierungsfähiger Form («Alpha-Elemente») wieder an den Analysenden zurückgibt (ebd.). Damit konzeptuell verwandt ist das *Holding* nach Donald Winnicott (1965), womit ein therapeutischer Prozess des psychischen und emotionalen Haltgebens, ähnlich wie in der frühen Kindheit, beschrieben wird. *Im Dynamic Containing wird der Begriff jedoch im allerweitesten Sinne des Auffangens, Umfassens und Zusammenhaltens sämtlicher von der Klientin in die Psychotherapie eingebrachten Probleme, Beschwerden und Symptome verstanden.* Das *ontotherapeutische Verständnis von der therapeutischen Beziehung als Containment* unterscheidet sich somit kategorial etwa von dem der klassischen Psychoanalyse (Arbeitsbeziehung/Durcharbeiten der Übertragung), der klassischen Verhaltenstherapie (u. a. Lehrer/Schüler), der Gestalttherapie (Kontaktzyklus), der transpersonalen Therapie (spiritueller Führer/Suchender) oder auch der Integrativen Therapie (Ko-responzenz). Vielmehr werden diese und weitere Konzepte der therapeutischen Beziehung hier als Varianten und Spezialisierungen einer ihnen *wesenhaft zugrundeliegenden ontotherapeutischen Beziehung, des Dynamic Containments*, betrachtet.³

3. Psychotherapeutische Interventionen. Innerhalb des Dynamic Containers oder Doppelgefässes kommt nun der erste Strang der Doppelhelix zur Anwendung, das sind gezielte psychologische Interventionen, um bestimmte therapeutische Effekte zu bewirken. Die Therapieschulen gehen hier von jeweils *spezifischen Wirkfaktoren* aus (Kriz, 2014a): So soll etwa mittels der psychoanalytischen Traumdeutung unbewusstes konfliktreiches Material

bewusst gemacht werden, «aus Es soll Ich werden»; mit dem verhaltenstherapeutischen Verstärkerplan soll eine erwünschte Konditionierung erreicht werden; und mit dem Gestaltexperiment soll persönliches Wachstum stimuliert werden. Die derzeit dominierende Psychotherapieforschung untersucht in erster Linie diese spezifischen Wirkfaktoren, indem sie dazu, wie schon beschrieben, RCTs durchführt und deren Ergebnisse in Metaanalysen zusammenfasst. Darüber hinaus werden eine Reihe von *unspezifischen oder allgemeinen Wirkfaktoren* angenommen, wie soziale Unterstützung, regelmässige Aufmerksamkeit, Anerkennung, Fürsorge, Vermitteln von Hoffnung, Entlastung, Problemklärung, Realitätsprüfung, psychologisches Empowerment, um nur einige zu nennen. Diese sind jedoch aufgrund ihrer Individualität, Subtilität und Komplexität von experimentell-quantitativer Psychotherapieforschung nur schwerlich zu erfassen und werden stattdessen eher von der qualitativen Psychotherapieforschung untersucht, die indes weniger verbreitet und anerkannt ist (Krüger & Frommer, 2020).

4. Therapeutische Selbstorganisation. Weder von den Therapieschulen noch von der vorherrschenden quantitativen als auch der qualitativen Psychotherapieforschung hinreichend berücksichtigt wird der vierte Bestandteil des Dynamic Containing: die selbstorganisatorischen Prozesse, die, durch das therapeutische Containing katalysiert, im Self-Container oder Selbstgefäss ablaufen (Bohart & Tallman, 1999, S. VII). Derlei autonome Prozesse werden vom Ansatz der unspezifischen Wirkfaktoren zwar gestreift, verdienen aber eine durchaus eigene Betrachtung, da sie nicht – wie die dritte Komponente des Dynamic Containing – einer interventiven Logik folgen, sondern vielmehr einer Logik der *autopoietischen Selbstorganisation*, für die der therapeutische Container lediglich eine anregende Umwelt darstellt (vgl. Kriz, 2014b). Es wird also nicht interventiv von der Therapeutin her auf den Klienten gedacht, sondern rezeptiv-autonom von der Klientin her auf den Therapeuten. Dementsprechend verlaufen jene autotherapeutischen Prozesse nicht nach einem linearen Ursache-Wirkungs-Prinzip, sondern sie gestalten sich autopoietisch, zirkulär, emergent, sprunghaft, oft unerwartet, überraschend, spontan und kreativ, gemäss den intrinsischen Selbstheilungskräften des Klienten (Bohart & Tallman, 1999). Gleichzeitig ist die Selbstheilung aber untrennbar mit den therapeutischen Interventionen verschränkt, weshalb sie im DC-Modell als spiralförmig nach oben verlaufende Doppelhelix dargestellt wird.

Falldarstellung⁴

Frau N., eine psychologisch vorgebildete Frau mittleren Alters aus Afrika, wurde von einer kirchlichen Organisation an unsere Einrichtung vermittelt. Sie hatte bereits in ihrem Heimatland über Jahre psychotherapeutische Erfahrungen gesammelt. Auf der Flucht vor politischer

3 Demnach sind drei Begrifflichkeiten zu unterscheiden: *Containing* als Prozess, *Container* als Zustand, *Containment* als Beziehung.

4 Die Falldarstellung ist aus Anonymisierungsgründen an verschiedenen Stellen verfremdet.

Verfolgung ihres Ehemanns brachte sie unter schwierigen Bedingungen ihr erstes Kind in einem Transitland zur Welt und erhielt nach Monaten ein Visum für Deutschland. Zum Erstgespräch erschien sie gemeinsam mit ihrem Mann. Sie berichtete von schweren psychischen Beschwerden – traumatisch, depressiv, ängstlich, erschöpfungsbedingt –, die sich seit der Geburt deutlich verschärft hatten. Auch die Ehe war stark belastet. Die folgende Falldarstellung beschreibt fünf Phasen ihrer psychosozialen und psychotherapeutischen Begleitung im Rahmen des Konzepts Dynamic Containing.

1. Phase (8 Monate): Muttersprachliche psychosoziale Gesundheitsberatung. In unserer Einrichtung wenden wir ein *gestuftes Versorgungsmodell (stepped care)* an: Nach dem Erstgespräch erfolgt zunächst eine *mittelschwellige muttersprachliche Beratung*, es sei denn, der Fall ist von Anfang an gravierend. So wurde auch Frau N. an eine Kollegin vermittelt und nahm mehrere Entlastungsgespräche zur emotionalen Stabilisierung in Anspruch. Sie berichtete zunächst von kleinen Verbesserungen, war sich allerdings bewusst, dass es sich nicht um eine Psychotherapie handelte. Nach einem belastenden chirurgischen Eingriff und wiederholter häuslicher Gewalt, die anfangs nicht zur Sprache gekommen war, verschlechterte sich ihr Zustand deutlich. Schliesslich äusserte sie Unzufriedenheit mit der aus ihrer Sicht unzureichenden Massnahme, recherchierte Alternativen im Ausland und stellte unsere Begleitung grundsätzlich infrage.

Im Sinne des ontotherapeutischen Modells des Dynamic Containing war Frau N.s Fähigkeit zum Self-Containing angesichts von Flucht, Gewalt, familiären Konflikten und Erschöpfung überfordert. Sie suchte unsere Einrichtung auf, um externen Halt und professionelles Containment zu finden. Die muttersprachliche Beratung vermochte anfänglich, entlastend zu wirken (Doppelhelix Strang 1), reichte jedoch nicht aus, als weitere Belastungen hinzukamen (Strang 2, Abwärtsspirale). Dies macht deutlich, dass beide Interventionsformen – mittelschwellige psychosoziale Beratung und hochschwellige Psychotherapie – zwar dem gleichen Prinzip des Dynamic Containing folgen, sich jedoch in Reichweite, Intensität und klinischer Tiefe erheblich unterscheiden.

2. Phase (2 Monate): Das Haus der Gesundheit. Nachdem die mittelschwellige Massnahme nicht ausgereicht hatte, wurde Frau N. eine hochschwellige Psychotherapie angeboten – was sie trotz vorheriger Unzufriedenheit bereitwillig annahm. Grundlage der Therapie war unser praxeologisches Modell *Haus der Gesundheit*, das Beratung und Psychotherapie gemeinsam strukturieren hilft. Es basiert auf vier Pfeilern: 1. *Medikation*: Frau N. wurde an unsere Allgemeinärztin überwiesen, um mögliche körperliche Ursachen ihrer Erschöpfung abzuklären. 2. *Selbstfürsorge*: Die Anti-Stress-Übung Empowerment Dancing wurde erneut vermittelt und in ihrer Relevanz hervorgehoben. 3. *Tagesstruktur*: Hier zeigten sich bei Frau N. keine nennenswerten Defizite. 4. *Zukunftsperspektive*: Trotz ehelicher Probleme sah sie ihre Zukunft gemeinsam mit ihrem Mann, der sich mittlerweile in einem polizeilichen Verfahren verantworten musste, aber

als Entwicklungsfähig galt. Beide wollten ihre Abschlüsse anerkennen lassen. Weitere Bausteine der Therapie waren Psycho- und Traumaedukation sowie Reflexion patriarchaler Rollenmuster. Frau N. zeigte sich motiviert, übte regelmässig und berichtete über spürbare Fortschritte – auch im Verhalten ihres Ehemanns.

Der therapeutische Container lässt sich als die Wände und Dach des *Hauses der Gesundheit* vorstellen, in dessen Räumen sich psychosoziale Interventionen und Selbstorganisation entfalten. Containing bedeutet also nicht einfach bloss Haltgeben, sondern bedarf einer praxisnahen Struktur, die sich aus der konkreten Lebenslage der KlientInnen ergibt – hier: geflüchtet, seelisch belastet, traumatisiert. Dieses Haus steht nicht isoliert, sondern eingebettet in eine symbolische «Gemeinde»: die demokratisch-rechtsstaatliche Gesellschaft. Unsere Arbeit gründet daher auf dem Konzept des *Normativen Empowerments (NE)*, das psychosoziale Hilfe als menschenrechtlich fundierte Selbstermächtigung versteht. NE unterscheidet fünf gesellschaftspolitische Dimensionen – Macht, Recht, Wahrheit, Freiheit, Öffentlichkeit – und leitet daraus fünf therapeutische Strategien ab: Ermächtigung, Er-rechtigung, Er-schliessung von Wahrheit, Er-freierung und Er-öffentlichung. Auch Frau N.s Weg lässt sich nach dieser Konzeption als Balance zwischen individueller Selbstermächtigung und gesellschaftlicher Teilhabe deuten.

3. Phase (2,5 Monate): Stabilisierung nach häuslicher Gewalt. Als Frau N. nach der ersten Stabilisierungsphase zurückkehrte, war sie sichtlich gezeichnet: Ihr Mann war erneut gewalttätig geworden – zwar nicht schwer, aber sichtbare Spuren hinterlassend. Da er bereits polizeibekannt war, mussten wir zum Schutz von Frau N. und dem Kind umsichtig reagieren. Sie bat indes, keine offiziellen Schritte einzuleiten, da sie ihren Mann als Opfer patriarchaler Prägung sah, der sich einsichtig und veränderungsbereit zeige. Daraufhin fand ein moderiertes Paargespräch mit dem psychosozial-rechtlichen Berater des Mannes statt. Der Klient zeigte sich offen und bemüht, vor allem im Hinblick auf das gemeinsame Kind. Es wurden psychologische und kulturelle Hintergründe seiner Gewaltbereitschaft thematisiert und konkrete Präventionstechniken vermittelt.

Diese Phase zeigt beispielhaft, wie NE gesellschaftliche Dynamiken aufgreift: Statt die Familie dem Automatismus rechtlicher und institutioneller Prozesse zu überlassen, konnte der psychosoziale Raum als vermittelnde Instanz wirken. So wurde eine vorläufige Stabilisierung erreicht – mit der Möglichkeit tieferer Veränderung durch externe therapeutische Weiterarbeit des Ehemanns.

4. Phase (3 Monate): Self-Empowerment. Nach der Paarberatung gelang es dem Ehemann, seine aggressiven Impulse besser zu kontrollieren und Verantwortung für das Kind zu übernehmen. Frau N. konnte sich emotional etwas distanzieren («Ich bin gerade nicht mehr auf ihn angewiesen») und sich stärker auf sich selbst konzentrieren. Da sie sich oft mit verschiedenen inneren Zuständen identifizierte, wurde sie psychoedukativ in das Modell der Ego-State-Therapie eingeführt. Sie ver-

tiefe das Thema selbstständig und entwickelte Pläne für ihre inneren Anteile. Besondere Bedeutung gewann das Deutschlernen: Mit einer befreundeten Migrantin übte sie regelmässig, machte rasche Fortschritte und konnte Teile der Therapie schliesslich auf Deutsch führen. Auf die Frage, wer ihr bester Deutschlehrer sei, antwortete sie: «Ich selbst.» Diese Erkenntnis übertrug sie auch auf die Therapie: «Ich selbst bin meine wichtigste Therapeutin.» Sie arbeitete konsequent an ihrer Gesundung, gewann an Gewicht, überwand ihre Erschöpfung, praktizierte regelmässig Körperübungen, schloss die B1-Prüfung erfolgreich ab und berichtete von einer subjektiven Verbesserung um 65 %.

Diese vierte Phase verweist auf den vierten Aspekt des Dynamic Containing: die klientenbezogene therapeutische Selbstorganisation. Frau N. übernahm aktiv Verantwortung für ihren inneren Heilungsprozess – ein bemerkenswerter Akt psychologischer Selbstermächtigung. In der Sprache von Ego-State-, Gestalt- oder Psychodynamisch-Imaginativer Traumatherapie lässt sich dies als Aktivierung der «Inneren Therapeutin» deuten. Die Aufgabe des realen Therapeuten besteht darin, als äusseres Modell diesen inneren Anteil zu stärken. Eigene Katamneseerhebungen legen nahe, dass der therapeutische Dialog auch lange nach Therapieende innerlich weiterwirkt – wenngleich sich in der letzten Phase zeigen sollte, dass Self-Containing nicht immer ausreicht.

5. Phase (2 Monate): Narrative Exposition. Trotz spürbarer Fortschritte litt Frau N. weiterhin unter einer zentralen Belastung: Sie konnte ihrem Ehemann nicht verzeihen, dass er sie zur Zeit der Geburt im Stich gelassen hat. Diese Erinnerung quälte sie besonders in einsamen Momenten, löste heftigen Zorn und anhaltende Vorwürfe aus und belastete die Beziehung nachhaltig. Körperlich äusserte sich dies als schmerzhafter Druck in der Stirn. Frau N. stellte selbst einen Zusammenhang zu ihrer Kindheit her, in der sie früh hatte Verantwortung übernehmen müssen. Daraufhin wurde ihr im Rahmen psychoedukativer Aufklärung eine narrative Exposition angeboten, was sie bereitwillig annahm. Beim ersten Durchgang zeigte sich starke emotionale Erregung, mit Trauer, Schmerz und intensiven Körperempfindungen. Eine kurze, vereinfachte Form des *Empowerment Dancing* half zur Spannungsregulation. Nach der Sitzung fühlte sich Frau N. deutlich entlastet. Beim zweiten Durchgang zwei Wochen später war die Anspannung deutlich geringer und der Bericht konnte überarbeitet werden, worauf sie sich erleichtert und stabiler fühlte.

Diese Intervention verweist auf den dritten Bestandteil des Dynamic Containing: die psycho(trauma)therapeutische Konfrontation im geschützten Rahmen. Der belastende Inhalt wird punktuell zugelassen, aufgefangen und integriert, ohne die Selbststruktur zu überfordern. Die narrative Exposition ist dabei Teil einer *Vier-Rahmen-Konzeption*: Sie wird therapeutisch «abgewogen» (Waage), auf ein tragendes Fundament gestellt (Haus der Gesundheit) und gesellschaftlich rückgebunden (Normatives Empowerment). Im *Testimonio*, dem dokumentierten Zeitzeugenbericht, konkretisieren sich die fünf

Strategien Normativen Empowerments, in Frau N.s Fall etwa als Stimme gegen patriarchale Gewalt. Ihr Bericht steht symbolisch für zivilgesellschaftliche Ermächtigung, rechtlichen Schutz, Wahrheitsarbeit, Befreiung aus Unterdrückungsmustern und Veröffentlichung von Verfolgungserfahrungen.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Bei der letzten Therapiesitzung, in der immer ein Evaluationsinterview durchgeführt wird, berichtete Frau N. von einer subjektiv erlebten Verbesserung um mindestens 90 % verglichen mit dem Therapiebeginn. Sie fühle sich jetzt ruhig und ausgeglichen, singe hin und wieder und habe neulich sogar spontan auf der Strasse getanzt. Im Vergleich zu früheren Massnahmen habe sie diese Psychotherapie als besonders tiefgehend empfunden, vor allem die narrative Exposition am Ende, und sie überlege nun, diese Methode auch selbst zu erlernen und später vielleicht einmal anzuwenden (Schauer et al., 2017). Auf die erste, *allgemeine Auswertungsfrage*, was ihr bei der deutlichen Verbesserung am meisten geholfen habe, antwortete sie dankbar, dass man sich stets ausreichend Zeit für Gespräche mit ihr genommen habe, wodurch sie einen Lebensplan in Deutschland entwickeln konnte, den sie zuvor nicht gehabt hatte. Ansonsten habe sie den zweiten Durchgang der narrativen Exposition, bei dem sie ihre belastende Erinnerung aus einer distanzierten Perspektive wie einen Film betrachten konnte, als besonders hilfreich erlebt.

Es folgten Fragen zu Veränderungen auf verschiedenen psychologischen Ebenen. Die *Kognition* betreffend sagte Frau N., sie habe sich früher bisweilen wertlos und einsam gefühlt, wisse nun aber, dass man über seine Probleme mit anderen sprechen sollte und dass man nicht nur für sein Kind, sondern auch für sich selbst lebt (Neff, 2011). Ihrem Mann gegenüber habe sie vor der Therapie überwiegend negative *Emotionen* gehabt, während sie nun auch wieder positive Gefühle für ihn empfinde. Insgesamt fühle sie sich stärker und mutiger. *Physiologisch* habe sie früher unter Schlafstörungen und Alpträumen gelitten, heute könne sie gut durchschlafen (Dumser et al., 2023). Der Druck und Schmerz in ihrer Stirn seit der von schwierigen Umständen begleiteten Geburt des Kindes trete nur noch bei entsprechenden Assoziationen auf und habe sich stark verringert. Im *sozialen Bereich* habe sich die familiäre Situation deutlich verbessert und auch ihr Mann führe nun motiviert eine Therapie durch. Ihr *Gedächtnis* betreffend habe sich der traumatische Komplex in Bezug auf die Geburt ihres ersten Kindes weitgehend aufgelöst; ein weiteres belastendes Thema sei erträglich und sie werde sich selbst noch um dessen Aufarbeitung kümmern (vgl. Elbert et al., 2006). *Selbstfürsorgliche Körperübungen*, insbesondere das Empowerment Dancing, praktiziere sie regelmässig und zeige es mittlerweile auch anderen (vgl. Levine, 2012). Als *Zukunftsperspektive* wünsche sie sich, für eine Kinderhilfsorganisation in Deutschland zu arbeiten und selbst psychosoziale

Unterstützung zu leisten. Ein katamnestisches Nachgespräch über ein halbes Jahr nach Therapieende ergab, dass das Behandlungsergebnis sich gehalten und sogar noch weiter verbessert hatte. Häusliche Gewalt war ab der beschriebenen vierten Therapiephase nicht mehr aufgetreten und das Eheleben gestaltete sich nach Auskunft der Klientin mittlerweile liebevoll und partnerschaftlich. Für den Krisenfall wurden ihr nachsorgliche Beratungsgespräche angeboten.

Die achtmonatige psychosoziale Gesundheitsberatung und anschliessende zehnmonatige Psychotherapie mit Frau N. verliefen nach dem ontotherapeutischen Prozessmodell des Dynamic Containing. Das *Self-Containing (Modellbestandteil I)* der Klientin war aufgrund ihrer vielfältigen Belastungen und Herausforderungen nicht mehr hinreichend, um ein gefestigtes Selbsterleben und eine zukunftsgerichtete Lebensführung zu gewährleisten. Auch vor dem Hintergrund früherer psychotherapeutischer Erfahrungen suchte sie daher *psychosozial-therapeutisches Containing (Modellbestandteil II)* auf, um von aussen gestützt, umfasst und zusammengehalten zu werden. Innerhalb des therapeutischen Containers erfolgten zunächst psychosoziale, dann *psychotherapeutische Interventionen (Modellbestandteil III)*, und zwar sowohl spezifischer als auch unspezifischer Art. All dies zusammen katalysierte und stimulierte die *psychosozial-therapeutische Selbstorganisation und Selbstermächtigung von Frau N. (Modellbestandteil IV)*, kulminierend in dem Satz: «Ich selbst bin meine wichtigste Therapeutin.»

Die psychotherapeutischen Interventionen basierten auf einer Vielzahl von Paradigmen. Hinzu kommen eine Reihe von in ihrer Wirkung keinesfalls zu unterschätzenden unspezifischen Interventionen (z. B. «Wir können hier regelmässig über Ihre Lebensprobleme sprechen, ich werde Ihnen stets geduldig zuhören, und wenn etwas ganz Besonderes ist, können Sie jederzeit bei mir oder unserer Allgemeinärztin anrufen»). Es ist nicht nur nicht möglich, diese ganzen Paradigmen, Verfahren, Schulen, Methoden und Techniken und vor allem ihr höchst komplexes Ineinandergreifen im Sinne eines kreativen psychologischen Kunsthandwerks (Tschuschke, 2015) zu «evidenzbasieren» (im reduzierten Sinne, Kriz, 2023) und auf «Richtlinienverfahren» festzulegen (Kriz, 2014c), sondern es ist auf lange Sicht sogar abträglich bis schädlich, da die Psychotherapie als Profession damit übermässig fragmentiert, szientistisch zerfasert und gleichzeitig in starre Verfahrensblöcke zementiert wird, derweil die lebensweltliche Praxis ohnehin ihren eigenen (intuitiv-eklektischen) Regeln folgt (Tschuschke et al., 2016). Für eine adäquate *allgemeine Psychotherapie der Zukunft* ist es vielmehr erforderlich, mittels klinischer Philosophie, Praxeologie und Phänomenologie zunächst den *ontotherapeutischen Wesenskern* des kurativen Prozesses zu erfassen und sich von diesem aus mit *transversaler Vernunft* (Welsch, 1995) in die verschiedenen therapeutischen Paradigmen hineinzubewegen, um damit einerseits die vielfältige und reichhaltige, über 120-jährige Tradition psychotherapeutischer Theorie-

und Praxisbildung wertzuschätzen und diese zugleich auf ein gemeinsames therapeutisches Grundgeschehen rückbeziehen zu können. Innerhalb dieses klinisch-philosophischen Rahmens wäre vor allem die empirische integrative Psychotherapieforschung weiter voranzubringen (Jacobi & Brodrück, 2021), so etwa auf Grundlage des wegweisenden *Kontextuellen Metamodells* von Bruce E. Wampold und Zac E. Imel, mit dem Dynamic Containing eine weitgehende Übereinstimmung, wenn auch gewisse Unterschiede aufweist.⁵ Quantitativ-experimentelle Forschung gemäss dem «medizinischen Modell» sollte freilich weiterhin betrieben, aber unter dem metawissenschaftlichen Gesichtspunkt der Gegenstandsangemessenheit nicht als einzig dominierender «Goldstandard» gewertet, sondern vielmehr einem integrativen sozialwissenschaftlichen Forschungsprogramm ein- und untergeordnet werden (Petzold & Märtens, 1999). Jener geforderte Wesenskern der Psychotherapie wurde hier als *Dynamic Containing* beschrieben, im Sinne eines allgemeinen ontotherapeutischen Grundthemas, von dem die einzelnen Therapieschulen als Variationen und spezifische Ausformungen, zum Teil auch als psychoideologische Überformungen betrachtet werden können. Das Schaubild zeigt, wie Dynamic Containing in unserer Einrichtung in eine *Vier-Rahmen-Konzeption speziell für die psychosozial-therapeutische Praxis mit geflüchteten Menschen* integriert wird.



5 Das kontextuelle Metamodell von Wampold et al. (2018) geht von drei Wirkmechanismen in der Psychotherapie aus: 1. echte Beziehung, 2. Erwartungen, 3. Behandlungsdurchführung. Die *echte Beziehung* lässt sich im Dynamic Containing dem zweiten Modellbestandteil, dem *Therapeutic Containing* zuordnen, wobei im DC aber die *asymmetrische systemische Funktion* des Umfassens und Zusammenhaltens viel stärker betont wird als die humanistisch verstandene *Person* des Therapeuten. Die *Erwartungen* vonseiten der Klientin lassen sich dem ersten DC-Modellbestandteil *Self-Containing* und dem vierten Modellbestandteil *therapeutische Selbstorganisation* zuordnen, wobei im DC die proaktiven Selbstheilungskräfte und das Self-Empowerment deutlich stärker gewichtet werden. Der *Behandlungsdurchführung* entspricht im DC der dritte Modellbestandteil *psychotherapeutische Interventionen*, die mittels *transversaler Vernunft* aufeinander abzustimmen sind.

Literatur

- Barkham, M. & Lambert, M.J. (2021). The efficacy and effectiveness of psychological therapies. In M. Barkham, W. Lutz & L.G. Castonguay (Hg.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change: 50th anniversary edition* (7. Aufl., S. 135–189). Wiley.
- Bion, W.R. (1962). *Learning from Experience*. Heinemann.
- Bohart, A.C. & Tallman, K. (1999). *How Clients Make Therapy Work: The Process of Active Self-Healing*. APA.
- David, D., Lynn, S.J. & Montgomery, G.H. (Hg.). (2018). *Evidence-Based Psychotherapy: The State of the Science and Practice*. Wiley.
- Dumser, B., Werner, G.G. & Koch, T. (2023). *Behandlung von Schlafstörungen nach Flucht- oder Migrationserfahrung: STARS – das Manual: Sleep Training adapted for Refugees*. Schattauer.
- Egger, J.W. (2024). «Verhaltenstherapie» heute – eine Kurzcharakteristik. *Psychotherapie Forum*, 28, 37–42.
- Elbert, T., Rockstroh, B., Kolassa, I., Schauer, M. & Neuner, F. (2006). The Influence of Organized Violence and Terror on Brain and Mind – a Co-Constructive Perspective. In *Lifespan development and the brain: The perspective of biocultural co-constructivism* (S. 326–363). Cambridge UP.
- Grawe, K. (1994). *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession*. Hogrefe.
- Jacobi, F. & Brodrück, D. (2021). Integrative Psychotherapie: Ideengeschichtliche Darstellung der grundlegenden Theorien und Konzepte. In B. Strauß, M. Galliker, M. Linden & J. Schweitzer (Hg.), *Ideengeschichte der Psychotherapieverfahren: Theorien, Konzepte, Methoden* (S. 86–106). Kohlhammer.
- Kriz, J. (2014a). *Grundkonzepte der Psychotherapie: Eine Einführung*. Hogrefe.
- Kriz, J. (2014b). Personenzentrierte Systemtheorie. In Eberwein, W. & Thielen, M. (Hg.), *Humanistische Psychotherapie: Theorien, Methoden, Wirksamkeit* (S. 283–296). Psychosozial-Verlag.
- Kriz, J. (2014c). Sinn und Unsinn von Richtlinien-therapie – Grundlagen der Humanistischen Psychotherapie. *Gestalt-Zeitung*, 27, 54–58.
- Kriz, J. (2018). Gutachten zur Humanistischen Psychotherapie tendenziös und voller Mängel: Wie der «Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie» gegen zentrale Standards der Wissenschaft verstößt. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 1, 44–48.
- Kriz, J. (2019). «Evidenzbasierung» als Kriterium der Psychotherapie-Selektion? Über ein gutes Konzept – und seine missbräuchliche Verwendung. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 9(2), 42–50.
- Kriz, J. (2023). Wie evident ist Evidenzbasierung? *Psychotherapie*, 28(2), 33–54.
- Krüger, J. & Frommer, J. (2020). Qualitative Psychotherapieforschung. In: Mey, G. & Mruck, K. (Hg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 431–441). Springer.
- Levine, P.A. (2012). *Sprache ohne Worte: Wie unser Körper Trauma verarbeitet und uns in die innere Balance zurückführt*. Koesel.
- Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapy: is it true that «everybody has won and all must have prizes»? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995–1008.
- Neff, K.D. (2011). *Self-Compassion: The Proven Power of Being Kind to Yourself*. HarperCollins.
- Norcross, J.C. & Lambert, M.J. (Hg.). (2019). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based therapist contributions* (3. Aufl.). Oxford UP.
- Orlinsky, D. & Howard, K. (1986). Process and Outcome in Psychotherapy. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Hg.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (3. Aufl., S. 311–384). Wiley.
- Orth, I., Petzold, H.G. & Sieper, J. (2014). *Mythen, Macht und Psychotherapie: Therapie als Praxis kritischer Kulturarbeit*. Aisthesis.
- Petzold, H. (1992). *Mythen der Psychotherapie*. Junfermann.
- Petzold, H. (1998). *Integrative Therapie: Klinische Philosophie, Bd. 3*. Junfermann.
- Petzold, H.G. & Märtens, M. (1999). *Wege zu effektiven Psychotherapien: Psychotherapieforschung und Praxis*. Leske & Budrich.
- Rosenzweig, S. (1936). Some Implicit Common Factors in Diverse Methods of Psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6(3), 412–415.
- Schauer, M., Elbert, T. & Neuner, F. (2017). Narrative Expositions-therapie (NET) für Menschen nach Gewalt und Flucht: Ein Einblick in das Verfahren. *Der Psychotherapeut*, 62(4), 306–313.
- Strauß, B., Linden, M., Haupt, M.-L. & Kaczmarek, S. (2012). Unerwünschte Wirkungen, Nebenwirkungen und Fehlentwicklungen: Systematik und Häufigkeit in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 57, 385–394.
- Tschuschke, V. (2015). Psychotherapiewissenschaft: ein Kommentar. Interview. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 5(1), 94–100.
- Tschuschke, V., von Wyl, A., Koemeda-Lutz, M., Cramer, A., Schlegel, M. & Schulthess, P. (2016). Bedeutung der psychotherapeutischen Schulen heute: Geschichte und Ausblick anhand einer empirischen Untersuchung. *Psychotherapeut*, 61, 54–64.
- Wampold, B.E., Imel, Z.E. & Flückiger, C. (2018). *Die Psychotherapie-Debatte: Was Psychotherapie wirksam macht*. Hogrefe.
- Welsch, W. (1995). *Vernunft: Die zeitgenössische Vernunftkritik und das Konzept der transversalen Vernunft*. Suhrkamp.
- Winnicott, D.W. (1965). *The Maturation Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*. Hogarth.

«I am my own most important therapist» Dynamic Containing with a refugee

Abstract: This article presents *Dynamic Containing*, an on-totherapeutic process model that emerged from integrative and clinical-philosophical psychotherapy with refugees. It was developed in response to the increasing fragmentation and standardization within the field of psychotherapy and identifies four essential components of the therapeutic process: 1. *Self-Containing* – the capacity for internal self-regulation, 2. *Therapeutic Containing* – the holding function of the therapeutic relationship, 3. *Psychotherapeutic Interventions* – both specific and non-specific, and 4. *Therapeutic Self-Organization* – the client's autonomous healing processes. The model is illustrated by a detailed case study of a refugee woman from Africa who, following traumatic experiences, received psychosocial and psychotherapeutic support as part of a stepped-care approach. Through trauma education, body-oriented empowerment exercises, ego-state work, narrative exposure and other methods, she gradually developed a sense of agency and concluded with the words: «I myself am my most important therapist.» The model is embedded in a four-frame structure that links individual healing to social participation (*Normative Empowerment*). *Dynamic Containing* offers a transdisciplinary, integrative framework – particularly suited for work with refugees – and contributes to current debates on evidence-based practice, humanistic approaches, and epistemological pluralism in psychotherapy research and policy.

Keywords: Dynamic Containing, refugee psychotherapy, therapeutic relationship, self-organization, empowerment, narrative exposure, humanistic psychotherapy

Biografische Notiz

Dr. phil. *Freihart Regner* ist Klinischer Psychologe und Heilpraktiker für Psychotherapie. Er hat eine Ausbildung in Gestalttherapie/Musiktherapie, praktiziert indes integrative Verhaltenstherapie. In seiner praktischen und theoretischen Arbeit hat er sich langjährig auf politische Traumatisierung spezialisiert, etwa bei Geflüchteten und SED-Verfolgten. Seit 2015 ist er psychologischer Leiter des Projekts für traumatisierte Flüchtlinge INTER HOMINES > BRANDENBURG.

Kontakt

E-Mail: regner@inter-homines.org

Heilung ermöglichen statt Symptome managen

Ein integrativer schematherapeutischer Bezugsrahmen für die Behandlung schwerer psychischer Erkrankungen

Eik Niederlohm

Psychotherapie-Wissenschaft 15 (2) 2025 35–40

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2025-2-35>

Zusammenfassung: Schwere psychische Erkrankungen wie schizophreniebezogene Syndrome stellen hohe Anforderungen an Behandlung, Versorgung und Prävention. Trotz vielfältiger Interventionen fehlt häufig ein übergeordneter Bezugsrahmen, der therapeutische, institutionelle und gesellschaftliche Ebenen integriert. In diesem Beitrag wird ein schematherapeutisch fundiertes, metapsychologisch erweitertes Verständnis vorgeschlagen, das strukturorientiert denkt, neurobiologische Forschung berücksichtigt und zentrale Prinzipien emotionsfokussierter Psychotherapie (ISTDP, EDT) einbettet. Der Fokus liegt auf der Förderung des gesunden Erwachsenenmodus als therapeutisches Ziel. Neben der klinischen Behandlung wird auch die präventive Dimension beleuchtet – unter Bezug auf ACEs, ICF und transdiagnostische Versorgungsperspektiven. Der Beitrag plädiert für ein koordiniertes, humanistisches und evidenzbasiertes Verständnis seelischer Heilung.

Schlüsselwörter: Schematherapie, schwere psychische Erkrankungen, gesunder Erwachsenenmodus, Beziehungsgestaltung, ISTDP, integrative Psychotherapie

Schwere psychische Erkrankungen wie Schizophrenie, affektive Psychosen oder komplexe Persönlichkeitsstörungen stellen eine tiefgreifende Herausforderung für Gesundheitssysteme, Therapeut:innen und Betroffene dar. Die Krankheitsverläufe sind oft langwierig, von Rückfällen und sozialen Einschränkungen geprägt und führen nicht selten zu Arbeitsunfähigkeit, sozialer Isolation oder Chronifizierung. Trotz einer Vielzahl an manualisierten Therapieangeboten, sektorspezifischen Programmen und pharmakologischen Behandlungsleitlinien bleibt die subjektiv erlebte Wirksamkeit häufig begrenzt. Betroffene berichten über fragmentierte Versorgung, wechselnde Bezugspersonen und mangelnde individuelle Passung therapeutischer Angebote. Diese Versorgungskritik verweist auf ein tieferliegendes Problem: Es fehlt ein übergreifendes, integratives und partizipatives Modell, das sowohl psychotherapeutische Methoden, sozialpsychiatrische Massnahmen als auch gesellschaftliche und präventive Ansätze sinnvoll verbindet. Stattdessen dominiert häufig ein «Flickenteppich» paralleler Angebote, die ohne ein gemeinsames metapsychologisches Verständnis operieren und strukturelle wie funktionale Unterschiede zwischen Patient:innen unzureichend berücksichtigen. Die gegenwärtige Orientierung an kategorialen ICD-Diagnosen wird zunehmend infrage gestellt (van Os et al., 2023; Goodkind et al., 2015) und erschwert die Entwicklung individualisierter, transdiagnostisch wirksamer Konzepte.

Vor diesem Hintergrund plädiert der vorliegende Beitrag für einen integrativen schematherapeutischen Bezugsrahmen, der das Modusmodell als klinisch anschlussfähige Metapsychologie nutzt, um schwer psy-

chisch erkrankte Menschen besser zu verstehen und zu begleiten (Roediger & Valente, 2025). Dieser Rahmen erlaubt es, strukturelle Einschränkungen differenziert zu erfassen und Interventionen am tatsächlichen Funktionsniveau auszurichten – unabhängig von der diagnostischen Etikettierung. Dabei werden zentrale Konzepte emotionsfokussierter Psychotherapien (Abbass, 2022; Frederickson, 2020) integriert, um innerpsychische und zwischenmenschliche Prozesse in Echtzeit zu erfassen und therapeutisch zu nutzen. Ziel dieses Beitrags ist es, aufzuzeigen, wie ein integrativer, neuro-bio-psycho-sozial fundierter Ansatz – mit dem gesunden Erwachsenenmodus als therapeutischem Ziel – sowohl Heilungsprozesse begünstigen als auch präventive und gesellschaftspolitische Implikationen berücksichtigen kann. Damit soll ein Beitrag geleistet werden zur Weiterentwicklung einer menschlicheren, erfahrungsbasierten und evidenzfundierten Versorgung schwer psychisch erkrankter Menschen.

Begriffsklärung und theoretischer Hintergrund

Schizophrenie ist keine klar abgrenzbare Krankheitseinheit, sondern eine Sammelbezeichnung für sehr unterschiedliche psychische und soziale Phänomene. Der Begriff wird diagnostisch verwendet, obwohl seine definitorischen Kriterien unscharf und ätiologisch heterogen sind. Fachlich besteht weitgehend Konsens darüber, dass es sich bei Schizophrenien eher um ein Spektrum handelt – mit fließenden Übergängen zu anderen Störungsbildern, darunter schizoaffektive, bipolar-affektive und komplexe

Persönlichkeitsstörungen (Murray et al., 2021; van Os et al., 2023). Entsprechend kritisch wird der Anspruch diskutiert, mit manualisierten Interventionen alle unter diese Kategorie fallenden Personen gleich behandeln zu wollen.

Im Sinne der *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* bietet sich eine funktionale Perspektive an: Nicht die Diagnose, sondern das tatsächliche Funktionsniveau einer Person ist entscheidend für Planung und Evaluation von Therapie und Teilhabe. Die Schematherapie stellt dafür ein praxistaugliches Modell bereit: Sie erlaubt eine differenzierte Analyse aktueller Modusaktivierungen (z. B. verletztes Kind, strafender Elternmodus, dissoziierter Bewältigungsmodus), die unabhängig von Diagnosen bei verschiedenen Personen in unterschiedlicher Kombination auftreten können (Roediger & Valente, 2025; Akers et al., 2025). Diese individuelle Variabilität ist auch das Resultat unterschiedlicher Entwicklungspfade. Besonders bedeutsam sind dabei *Adverse Childhood Experiences (ACEs)*, also frühe interpersonelle Traumatisierungen, Bindungsverletzungen und chronischer Stress in der Kindheit. Die hohe Korrelation zwischen ACEs und späterer psychischer Erkrankung ist inzwischen gut dokumentiert (Hughes et al., 2017; Misiak et al., 2017; Pries et al., 2018). Je früher und intensiver die Belastungen, desto wahrscheinlicher ist eine strukturelle Beeinträchtigung von Affektregulation, Selbstzugang und Realitätsprüfung.

Neurobiologische Studien zeigen, dass chronischer Stress in der Kindheit sowohl die neuronale Reifung als auch epigenetische Schaltkreise beeinflusst (Cozolino, 2024; Kandel, 2021). Dabei kommt es zu einer veränderten Konnektivität zwischen präfrontalem Kortex, limbischem System und Default Mode Network (Chen et al., 2023). Im Sinne des *Active Inference Framework* (Friston, 2025) kann man Schizophrenie als eine Form gestörter Informationsverarbeitung verstehen: Das Gehirn aktualisiert seine Erwartungen über die Welt nicht mehr flexibel, sondern klammert sich an rigide Vorhersagen – selbst bei widersprüchlicher sensorischer Evidenz. Symptome wie Wahn oder Derealisation lassen sich als kompensatorische Versuche verstehen, Kohärenz in einem instabilen inneren Modell zu erzeugen (Cheadle et al., 2024; Read et al., 2014).

Dieser neurobiologische Erklärungsansatz widerspricht nicht psychodynamischen Theorien, sondern ergänzt sie: Auch in der modernen Tiefenpsychologie wird angenommen, dass sich psychotische Symptome aus massiver innerer Inkohärenz und einem Mangel an integrierter Selbststruktur ergeben (Shepherd, 2008). Schematherapeutisch betrachtet lassen sich diese Symptome als dysfunktionale Bewältigungsmodi deuten, mit denen die Psyche versucht, basale Bedürfnisse wie Sicherheit, Bindung und Autonomie auf indirektem Weg zu erfüllen. Die Symptome sind damit nicht Ausdruck von «Defekt», sondern von Notwendigkeit – als einziger verfügbarer Weg, das innere Gleichgewicht aufrechtzuerhalten. Derartige Perspektiven eröffnen neue Zugänge zur therapeutischen Arbeit: weg von der reinen Symptomkontrolle, hin zur tiefenpsychologisch und neurobiologisch fundierten Förderung von

Reifung und Selbststruktur. Genau hier setzt das Modusmodell der Schematherapie an – als Brücke zwischen Lebensgeschichte, psychodynamischer Bedeutung und konkretem Erleben im Hier und Jetzt.

Metapsychologie: Der gesunde Erwachsenenmodus als Zielrahmen

Im Zentrum des vorgestellten Bezugsrahmens steht ein metapsychologisches Verständnis schwerer psychischer Erkrankungen, das strukturelle Integration statt Symptomreduktion fokussiert. Dieses Verständnis ist in der Schematherapie verankert, geht aber über eine rein manualisierte Anwendung hinaus. Die zentrale Idee ist die Förderung und Reaktivierung des gesunden Erwachsenenmodus, verstanden als integrative Instanz im innerpsychischen Geschehen. Dieser Modus ermöglicht Realitätsprüfung, Affektdifferenzierung, Perspektivübernahme, Empathie, Selbstfürsorge und dialogische Beziehungsgestaltung.

Schwere psychische Erkrankungen – insbesondere aus dem Psychosespektrum – sind durch eine eingeschränkte Verfügbarkeit oder Fragmentierung dieses Modus gekennzeichnet. Stattdessen dominieren rigide, stark affektbesetzte Modi, die aus biografischen Notlagen entstanden sind: verletztes Kind, verängstigtes Kind, wütendes Kind, strafende Elternanteile oder dissoziative Bewältigungsmodi. Die Symptome entstehen oft nicht willentlich, sondern als automatische Reaktion auf innere Konflikte und als Schutzmechanismus gegen nicht regulierbare Affekte. Eine zentrale therapeutische Aufgabe besteht darin, diese Prozesse nicht zu pathologisieren, sondern als sinnvolle, jedoch nicht mehr hilfreiche Lösungsversuche zu verstehen.

Der Bezug zur psychodynamischen Metapsychologie erfolgt über Konzepte wie Übertragung, Abwehr und das Selbst. Frederickson (2020) und Abbass (2015) haben in ihren Arbeiten eindrücklich gezeigt, dass psychische Symptome häufig sekundär zur Abwehr emotionaler Wahrheiten entstehen – oft infolge unbewusster Konflikte zwischen Bindung und Selbstbehauptung. In der ISTDP steht die präzise Auflösung solcher Abwehrketten im Zentrum: Abwehr, Angst, Gefühl, Bedürfnis, Selbst. Schematherapeutisch lassen sich diese Schritte als Moduswechsel beschreiben – vom Bewältigungsmodus über das verängstigte Kind hin zum wahren Bedürfnis. Die therapeutische Beziehung dient dabei als «sicherer Dritter», der emotionale Differenzierung ermöglicht und Integrationsprozesse moderiert.

Die Integration beider Ansätze erlaubt eine erweiterte Perspektive: Während die *Schematherapie* über das Modusmodell anschauliche Orientierung bietet, liefern die *Experiential Dynamic Therapies (EDT)* tiefgehende Prozessdiagnostik und Interventionslogik. Beide verfolgen das Ziel, das implizite emotionale Erleben ins Bewusstsein zu holen und dabei die strukturelle Integration zu fördern. Der gesunde Erwachsenenmodus ist damit nicht nur ein Modellbestandteil, sondern ein dynamischer Zielzustand – das wachsende Ich, das in der Beziehung

zwischen Therapeut:in und Patient:in wiederentdeckt und gestärkt wird. Zentral für diesen Prozess ist die Annahme, dass jeder Mensch – auch mit schwerer psychischer Erkrankung – über ein inneres Potenzial zur Reifung verfügt. Das Selbst ist nicht «kaputt», sondern verschüttet, fragmentiert, nicht zugänglich. Therapie bedeutet deshalb nicht Korrektur, sondern Befreiung: Das Wiederfinden und Verkörpern des gesunden Selbst jenseits von Symptomen, Diagnosen und Abwehrstrukturen. Es geht nicht um Funktionsanpassung, sondern um authentische Existenz.

Gerade bei chronifizierten Verläufen ist diese Haltung von zentraler Bedeutung: Statt resignativer Etikettierung als «schwer krank» oder «austherapiert» tritt eine Haltung der realistischen Hoffnung. Psychische Erkrankung wird nicht als statisches Defizit verstanden, sondern als dynamische Ausdrucksform eines Menschen, der bisher keine andere Möglichkeit zur Selbstorganisation finden konnte. Der Modus des gesunden Erwachsenen steht damit exemplarisch für die therapeutische Haltung insgesamt: dialogisch, ressourcenorientiert, beziehungs-fokussiert – und zutiefst menschlich.

Therapeutische Haltung und Beziehungsgestaltung: Co-Regulation, Undoing Aloneness

Ein zentrales Wirkprinzip der schematherapeutischen Behandlung schwer psychisch erkrankter Menschen liegt in der Gestaltung eines sicheren interpersonellen Raums, in dem bisher unbewusst oder isoliert erlebte Anteile in Beziehung treten können. Dabei kommt der therapeutischen Haltung eine Schlüsselrolle zu – sie ist nicht bloss Trägermedium von Techniken, sondern der eigentliche Wirkfaktor, insbesondere bei strukturell eingeschränkten Patient:innen. Die Beziehung wird zum Ort der Co-Regulation, Spiegelung, Differenzierung und Integration.

Für viele Patient:innen mit Psychosen oder schweren Persönlichkeitsstörungen war Beziehung in ihrer Lebensgeschichte keine Ressource, sondern Auslöser von Schmerz, Beschämung, Bedrohung oder Vernachlässigung. Die therapeutische Beziehung stellt daher ein potenziell traumareaktivierendes, aber auch transformierendes Feld dar. Therapeut:innen sind gefordert, diesen Spannungsraum achtsam zu gestalten – präsent, emotional resonant und reflektiert. Frederickson (2020) beschreibt dies als «Healing through relating»: Die Beziehung selbst wird zum Ort der Veränderung, nicht nur zum Kontext für Interventionen.

Zentral ist dabei das Konzept des *Undoing Aloneness*, wie es Diana Fosha (2021) in der AEDP formuliert: Menschen heilen nicht allein, sondern im Angesicht eines Anderen. Diese Haltung impliziert nicht nur Mitgefühl, sondern auch Mut zur echten Begegnung (Pando-Mars & Fosha, 2025). Die Therapeutin ist kein neutraler Beobachter, sondern ein mitfühlendes Gegenüber, das sich mit seinen emotionalen Resonanzen in den Prozess einbringt – wohlwollend, transparent und professionell gehalten.

Dies bedeutet auch, die eigene Reaktion auf projektive und interaktionelle Angebote wahrzunehmen und als diagnostisches und therapeutisches Material zu nutzen.

Die Begegnung findet nicht in einem affektneutralen Raum statt, sondern im Spannungsfeld von Übertragung und Gegenübertragung, das sich im Modusmodell intersubjektiv denken lässt: Die Modi der Therapeutin treffen auf die Modi der Patientin. In der Arbeit mit schwer erkrankten Menschen zeigt sich hier oft eine Aktivierung von elterlichen oder beschämenden Modi auf beiden Seiten, was zu wechselseitigen Abbrüchen führen kann – in Therapie wie in Versorgungssystemen. Eine bewusste Metareflexion dieser Prozesse – wie sie auch Barsness (2021) in der relationalen Psychoanalyse beschreibt – ist zentral für eine haltende Beziehungsgestaltung.

Therapeutische Beziehung bedeutet auch, innere Prozesse sichtbar und sagbar zu machen – in Worten, Gesten, Blicken. Der «unverfügbare Affekt» (Mentzos, 1988) wird durch Co-Regulation in einen «gemeinsamen Raum» gebracht, wo er sich differenzieren und verändern kann. Dies erfordert vom therapeutischen Gegenüber Präsenz, Geduld, aber auch die Bereitschaft, sich irritieren zu lassen, und den Mut, klare Grenzen zu setzen, wenn destruktive Muster die Beziehung bedrohen. Gerade in Momenten intensiver Übertragung (z. B. Parentifizierung, Idealisierung oder Devaluation) ist es hilfreich, über das Modusmodell zu externalisieren und damit gemeinsam zu mentalisieren.

Diese Haltung steht im Gegensatz zu einer reinen Defizit- oder Funktionsorientierung. Sie erfordert, die Person in ihrer ganzen existenziellen Komplexität zu sehen – jenseits von Symptomen, Diagnosen und funktionalen Zuschreibungen. Viele Patient:innen erleben sich durch diese Haltung erstmals als «gesehen» – als jemand, der nicht defekt, sondern verletzt ist. In der therapeutischen Begegnung kann sich ein neues Selbstbild entwickeln: nicht das alte, pathologisierte Ich, sondern ein wachsendes, integratives Selbst, das sich selbst mitfühlend und differenziert wahrnehmen kann. Ein solcher Zugang stellt hohe Anforderungen an Therapeut:innen – emotional, konzeptionell, institutionell. Es braucht daher eine Kultur der Selbstreflexion, kollegialen Unterstützung und strukturellen Anerkennung dieser komplexen Arbeit. Die Institutionen, in denen diese Prozesse stattfinden, sollten dies ermöglichen, nicht erschweren. Wenn – wie Lakoff (2014) beschreibt – der Staat als «strenger Vater» agiert, drohen autoritäre, standardisierte Prozesse. Wenn er als «fürsorgliche Elternfigur» denkt, kann er Bedingungen schaffen, unter denen Beziehung heilsam wird – auch institutionell.

Die Gestaltung der therapeutischen Beziehung in diesem Sinne ist nicht beliebig, sondern fundiert: neurobiologisch (Cozolino, 2024), entwicklungspsychologisch, metapsychologisch. Sie ist das verbindende Element zwischen Schematherapie, ISTDP, AEDP und relationalen Ansätzen. Sie ist nicht Methode, sondern Haltung. Eine Haltung, die Beziehung nicht als Technik, sondern als existenzielle Begegnung versteht – und als Chance für gemeinsame Reifung.

Therapie und Prävention im transdiagnostischen Framework: Empowerment, gesellschaftliche Angebote

Die Behandlung schwer psychisch erkrankter Menschen erfolgt in einem fragmentierten System: Zwischen verschiedenen Berufsgruppen, Versorgungssettings, Bundesländern und Gesetzesgrundlagen bestehen Brüche, Zuständigkeitslücken und Widersprüche. Häufig gleicht die Versorgung einem Flickenteppich, in dem Kliniken, Praxen, Rehaträger, Sozialdienste und Angehörige jeweils eigene Sichtweisen, Methoden und Erwartungen vertreten – oft ohne ein gemeinsames Bezugsmodell. Ein integratives, neuro-bio-psycho-soziales Rahmenkonzept ist daher nicht nur ein theoretisches Ideal, sondern eine praktische Notwendigkeit.

Psychotherapie kann innerhalb dieses Systems eine verbindende Rolle einnehmen – vorausgesetzt, sie wird nicht auf Manualtreue und Symptombehandlung reduziert. Der hier vorgeschlagene schematherapeutische Bezugsrahmen ist nicht identisch mit einem klassischen ST-Protokoll, sondern dient als integratives Metamodell. Er vereint Aspekte aus Schematherapie, ISTDP und AEDP, um Bedürfnisse, Abwehr und Beziehung dynamisch zu erfassen und zu bearbeiten. Schizophrenie wird dabei nicht als homogene Diagnose verstanden, sondern als «umbrella term» für verschiedenste Pathomechanismen und Lebensgeschichten (van Os et al., 2023). Entscheidend ist ein individuumszentriertes und kontextsensibles Verständnis psychischer Gesundheit. Die ICF bietet dafür eine hilfreiche Perspektive: Nicht Symptome allein sind entscheidend, sondern die Einschränkungen in der Teilhabe und die Barrieren in Umwelt und Institution. Therapeutische Angebote sollten daher nicht standardisiert, sondern adaptiv sein – geleitet von der Frage: Was braucht diese Person in diesem Moment, um wieder in Beziehung zu treten, sich zu regulieren, zu verstehen und sich selbst zu erfahren?

Eine so verstandene Therapie geht über Techniken hinaus. Sie ist eine Form der gemeinsamen Bedeutungsgebung – und damit auch eine Form der politischen Praxis. Sie wirkt empowernd, wenn sie Patient:innen hilft, ihre Symptome als Ausdruck von Bedürfnissen, biografischen Traumata und sozialen Zuschreibungen zu verstehen. Sie ersetzt das Stigma durch Narrativ, das Defizit durch Sinn. Das bedeutet auch, dass gesellschaftliche und kulturelle Angebote (z. B. Rituale der Trauer oder Initiation, religiöse Räume, Gemeinschaften, kreative Räume) präventive und regulierende Funktionen erfüllen können (Malbrancke, 2020). In einer zunehmend säkularen, digitalen und individualisierten Welt fehlt es vielen Menschen an Halt. Staatliche Institutionen können hier als «nährende Eltern» wirken – oder, wie Lakoff (2014) warnt, als «strenge Väter», die mit Kontrollfantasien auf Komplexität reagieren. Die Ausgestaltung von Sozialpolitik, Schulstrukturen, Wohnungslosenhilfe oder Präventionsprogrammen ist daher nicht neutral, sondern Ausdruck einer gesellschaftlichen Haltung zum Menschenbild: autoritär-defizitorientiert

oder partnerschaftlich-ressourcenorientiert. Programme wie das isländische Präventionsmodell (Meyers et al., 2023) oder gemeindenähe Interventionsmodelle (Deuschle et al., 2020) zeigen, dass nachhaltige Veränderung möglich ist, wenn Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden wird. Werbung, Schulpolitik, Raumgestaltung, Familienförderung – all dies beeinflusst psychische Gesundheit, weit über das medizinische System hinaus.

Psychotherapie muss sich in diesen Kontext einfügen, ohne sich funktionalisieren zu lassen. Sie bleibt ein besonderer Ort: ein Beziehungsraum, in dem Verletzlichkeit gezeigt werden darf, ohne sofort «behandelt» zu werden. Zugleich kann sie Wegweiser sein – für einen humaneren Umgang mit Unterschiedlichkeit, Irritation, Leiden. Das bedeutet auch: Bücher, Biografien und Erfahrungsberichte können wichtige Ressourcen sein – nicht nur zur Psychoedukation, sondern zur Identifikation und Hoffnung. Werke wie *Morgen bin ich ein Löwe* (Lauveng), *Hidden Valley Road* (Kolker) oder *Die Lügen, die wir uns selbst erzählen* (Frederickson) geben Einblicke in Innenwelten und machen Veränderung vorstellbar. Ein transdiagnostischer, integrierter Ansatz bedeutet nicht, alle gleich zu behandeln. Im Gegenteil: Er achtet auf Unterschiede, Kontext, Struktur. Er betont Beziehung vor Technik, Haltung vor Protokoll. Und er sieht Therapie nicht als Reparaturmechanik, sondern als Mitgestaltung eines sinnvollen Lebens. In diesem Verständnis wird Psychotherapie zum Bindeglied: zwischen Selbst und Welt, Vergangenheit und Zukunft, Leiden und Entwicklung.

Schlussbetrachtung: Integration, Heilungsperspektive, Zukunft

Schwere psychische Erkrankungen stellen das Gesundheitssystem ebenso wie die therapeutische Haltung auf die Probe. Oft sind es Patient:innen, die institutionell zwischen die Raster fallen – zu gesund für die Psychiatrie, zu «schwierig» für die ambulante Psychotherapie. Ihr Leid verweist auf ein Systemproblem, aber auch auf die Chance, neue Wege zu denken: verbindend statt trennend, sinnstiftend statt defizitorientiert. Der vorgeschlagene schematherapeutische Bezugsrahmen ist kein dogmatischer Ansatz, sondern eine integrative Perspektive. Er erlaubt es, bestehende Therapien, Präventionsmassnahmen und Versorgungsangebote in einem gemeinsamen, neuro-bio-psycho-sozialen Verständnis zu verorten. Indem Symptome als Ausdruck eines Kampfes um Beziehung, Autonomie, Sicherheit und Sinn gedeutet werden, können sie als Ausgangspunkt eines individuellen Reifungsprozesses verstanden werden – statt als endgültige Etiketten. Der gesunde Erwachsenenmodus fungiert dabei als Metapher für psychische Integration: ein Zustand, in dem Emotionen reguliert, Bedürfnisse erkannt, Affekte differenziert und Beziehungen reflektiert gestaltet werden können. Dieser Modus ist nicht immer verfügbar, aber kultivierbar – durch therapeutische Beziehung, körperliche Erfahrung, soziale Einbettung, sinnvolle

Tätigkeit. Je nach strukturellem Ausgangsniveau braucht es hierfür mehr Zeit, mehr Begleitung, mehr Raum. Aber das Ziel bleibt: nicht Anpassung an Symptome, sondern Entwicklung des Selbst.

Ansätze wie die Experiential Dynamic Therapy (EDT) und die Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) zeigen, dass auch schwere und chronifizierte Störungen veränderbar sind, wenn Abwehrmechanismen als Schutz verstanden und auf tieferliegende Bedürfnisse hingearbeitet wird (Abbass & Town, 2025; Frederickson, 2020). Heilung wird dabei nicht als «Zurück zur Norm» verstanden, sondern als ein «Vorwärts zu mehr Selbst». Psychotherapie allein kann nicht alle gesellschaftlichen Probleme lösen. Aber sie kann Resonanzraum sein für die Fragen, die Menschen mit sich tragen: Wer bin ich? Was macht mich aus? Wofür lohnt es sich zu leben? In einer Zeit der Verunsicherung, Polarisierung und Systemüberlastung braucht es solche Räume – professionell, zugewandt, verstehend. Therapie wird so nicht zur Reparaturwerkstatt, sondern zur Einladung, gemeinsam Mensch zu sein.

Literatur

- Abbass, A. (2022). *Widerstände überwinden. Fortgeschrittene psychotherapeutische Techniken*. Kohlhammer.
- Abbass, A., Bernier, D., Kisely, S., Town, J. & Johansson, R. (2015). Sustained reduction in health care costs after adjunctive treatment of graded intensive short-term dynamic psychotherapy in patients with psychotic disorders. *Psychiatry Research*, 228(3), 538–543. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.05.001>
- Abbass, A. & Town, J. (2025). Intensive short-term dynamic psychotherapy for complex, chronic, and treatment-resistant conditions. *American Journal of Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20240024>
- Akers, N., Berry, K. & Taylor, C.D.J. (2025). Do cognitive behavioural therapy interventions lead to schema change in people with psychosis? A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 32(2), e70049. <https://doi.org/10.1002/cpp.70049>
- Barnes, R. (2017). *Core competencies of relational psychoanalysis: A guide to practice, study and research*. Routledge.
- Cheadle, J.E., Davidson-Turner, K.J. & Goosby, B.J. (2024). Active inference and social actors: Towards a neuro-bio-social theory of brains and bodies in their worlds. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 76, 317–350. <https://doi.org/10.1007/s11577-024-00936-4>
- Chen, X., Song, X., Öngür, D. et al. (2023). Association of default-mode network neurotransmitters and inter-network functional connectivity in first episode psychosis. *Neuropsychopharmacology*, 48, 781–788. <https://doi.org/10.1038/s41386-023-01546-y>
- Cozolino, L. (2024). *The neuroscience of psychotherapy: Healing the social brain* (4. Aufl.). W. W. Norton & Company.
- Deuschle, M., Scheydt, S., Hirjak, D. et al. (2020). Track-Behandlung in der Psychiatrie: das ZI-Track-Modell zur Überwindung von Sektorengrenzen. *Nervenarzt*, 91, 50–56. <https://doi.org/10.1007/s00115-019-0704-8>
- Fosha, D. (2021). *Undoing aloneness & the transformation of suffering into flourishing: AEDP 2.0*. The AEDP Institute Press.
- Friston, K.J. (2025). Can a single brain cell be surprised? *Nature communications*, 16(1), 3178. <https://doi.org/10.1038/s41467-025-57975-4>
- Frederickson, J. (2020). *Co-creating safety: Healing the fragile patient*. Seven Leaves Press.
- Goodkind, M., Eickhoff, S.B., Oathes, D.J. et al. (2015). Identification of a common neurobiological substrate for mental illness. *JAMA Psychiatry*, 72(4), 305–315. <https://doi.org/10.1001/jama.psychiatry.2014.2206>
- Hughes, K., Bellis, M.A., Hardcastle, K.A. et al. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), e356–e366. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)
- Kandel, E.R., Koester, J.D., Mack, S.H. & Siegelbaum, S.A. (2021). *Principles of neural science* (6. Aufl.). McGraw Hill.
- Lakoff, G. (2014). Mapping the brain's metaphor circuitry: Metaphorical thought in everyday reason. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, 958. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00958>
- Malbrancke, A.-S. (2020). *Rituels du monde: Carnet de tournage* (Éd. illustrée). Arthaud.
- Mentzos, S. (1988). *Interpersonale und institutionalisierte Abwehr*. Suhrkamp.
- Misiak, B., Krefft, M., Bielawski, T. et al. (2017). Toward a unified theory of childhood trauma and psychosis: A comprehensive review of epidemiological, clinical, neuropsychological and biological findings. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 75, 93–120. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.02.015>
- Murray, R.M., David, A.S. & Ajnakina, O. (2021). Prevention of psychosis: Moving on from the at-risk mental state to universal primary prevention. *Psychological Medicine*, 51(2), 223–227. <https://doi.org/10.1017/S003329172000313X>
- Pando-Mars, K. & Fosha, D. (2025). *Tailoring treatment to attachment patterns: Healing trauma in relationship*. The AEDP Institute Press.
- Pries, L.K., Guloksuz, S., Ten Have, M., de Graaf, R., van Dorsselaer, S., Gunther, N., Rauschenberg, C., Reininghaus, U., Radhakrishnan, R., Bak, M., Rutten, B.P.F. & van Os, J. (2018). Evidence That Environmental and Familial Risks for Psychosis Additively Impact a Multidimensional Subthreshold Psychosis Syndrome. *Schizophrenia bulletin*, 44(4), 710–719. <https://doi.org/10.1093/schbul/sby051>
- Read, J., Fosse, R., Moskowitz, A. & Perry, B.D. (2014). The traumatic neurodevelopmental model of psychosis revisited. *Neuropsychiatry*, 4(1), 65–79. <https://doi.org/10.2217/np.13.89>
- Roediger, E. & Valente, M. (2025). *Schematherapie: Kontextuell – prozessbasiert – interpersonal*. Klett-Cotta.
- Shepherd, M. (2008). The silent revolution in psychoanalysis: Hyman Spotnitz and the reversibility of schizophrenia. *Modern Psychoanalysis*, 33B, 3–22.
- van Os, J., Pries, L.K., Ten Have, M. et al. (2023). Context v. algorithm: Evidence that a transdiagnostic framework of contextual clinical characterization is of more clinical value than categorical diagnosis. *Psychological Medicine*, 53(5), 1825–1833. <https://doi.org/10.1017/S0033291721003445>

Enabling healing instead of managing symptoms An integrative schema therapy framework for the treatment of severe mental illness

Abstract: Severe mental illnesses such as schizophrenia-related syndromes pose significant challenges to treatment, care, and prevention. Despite a wide range of available interventions, a unifying framework that integrates therapeutic, institutional, and societal levels is often lacking. This article proposes a schema therapy-based and metapsychologically expanded understanding that incorporates a structure-oriented perspective, current neurobiological research, and key principles of emotion-focused psychotherapy (ISTDP, EDT). The central focus is on strengthening the Healthy Adult Mode as a therapeutic goal. In addition to clinical treatment, the paper highlights the importance of preventive approaches – with reference to

ACEs, the ICF framework, and transdiagnostic perspectives on care. The article advocates for a coordinated, humanistic, and evidence-based understanding of psychological healing.

Keywords: Schema Therapy, severe mental illness, healthy adult mode, therapeutic relationship, ISTDP, Integrative Psychotherapy

Biografische Notiz

Dr. *Eik Niederlohm* ist Facharzt für Psychiatrie und ärztlicher Psychotherapeut und in eigener Praxis in Leipzig sowie klinisch im Bereich der Psychosomatischen Medizin tätig. Er arbeitet zusätzlich als Dozent, Supervisor und Selbsterfahrungsleiter in der psychotherapeutischen Weiterbildung. Seine Arbeitsschwerpunkte liegen in der integrativen Behandlung schwer psychisch erkrankter Menschen, insbesondere unter Einbezug schematherapeutischer, psychodynamischer und neurowissenschaftlicher Perspektiven.

Kontakt

E-Mail: kontakt@praxis-niederlohm.de

Buchbesprechungen

Raile, Paolo & Geißler, Peter (2025).
KI in der Psychotherapie(-wissenschaft).
Erkenntnisse aus Forschung und Praxis
 Waxmann, 241 S., 36.70 CHF, 29.90 EUR,
 ISBN: 978-3-8188-00119-2

Psychotherapie-Wissenschaft 15 (2) 2025 41–42
www.psychotherapie-wissenschaft.info
 CC BY-NC-ND
<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2025-2-41>

Auf dem Gebiet der KI geschieht seit einigen Jahren viel, auch im Feld der Psychotherapie. Noch ist der Diskurs zur Anwendung von Künstlicher Intelligenz geprägt von einer Polarisierung: Der Ersatz von menschlichen PsychotherapeutInnen, also realen Personen, durch künstliche Computerprogramme, die sich als virtuelle PsychotherapeutInnen verstehen, ist ein grosses Schreckgespenst für unsere Berufsgattung. Wie auch immer: Der Einsatz von KI in der Psychotherapie in Praxis, Wissenschaft und Forschung ist längst erfolgt und wird weiter zunehmen. Besser, man macht sich damit vertraut, was KI in unserem Berufsfeld kann, was sie nicht kann und wo Gefahren lauern. Raile und Geißler legen ein Buch vor, das genau das will: aufzeigen, wo und wie KI eingesetzt werden kann und wo Grenzen liegen.

Die Autoren verstehen KI als Werkzeug, das nicht die menschliche Expertise ersetzen soll, aber durch kompetente und reflektierte Anwendung erhebliche Vorteile bieten kann. Mit dem Buch bieten sie eine Einführung in das Wesen der KI und ihre Anwendung in Chatbots. Es folgen Kapitel über «KI in der Psychotherapiewissenschaft und -ausbildung» und «KI in der Psychotherapieforschung». Den Hauptteil stellt das Kapitel «KI in der Psychotherapiepraxis» dar. Den Abschluss bildet ein Kapitel zu «KI in der Verwaltung einer Psychotherapiepraxis».

Für Laien ist Kapitel 2 über «Künstliche Intelligenz und Chatbots» eine wertvolle Fortbildung und Einführung. Seit den 1950ern wird KI entwickelt. Ihr ist also keineswegs neu. ChatGPT ist vielen ein Begriff; hier wird erläutert wie das Modell funktioniert. Werkzeuge wie ChatGPT eignen sich zur Beantwortung komplexer Fragestellungen in Windeseile und erstellen Texte, Literaturrecherchen, ja sie zeichnen als Vorschlag ganze Modelle für Forschungsprojekte. ChatGPT kann nur wiedergeben, was ihm «gefüttert» wurde. Er rechnet nach einem Wahrscheinlichkeitsmodell, was die folgerichtigen Antworten sind. Er denkt also nicht selbst, sondern rechnet Wahrscheinlichkeiten aus aufgrund eingegebener Daten und formuliert diese in Texte. Eine Schwäche ist, dass er auch «halluzinieren» kann. Das heisst, er kann folgerichtige oder überzeugend klingende Aussagen machen, die aber falsch sind. Es braucht menschliche Intelligenz und kritische Aufmerksamkeit, solche Fehler zu entdecken.

Auf dem Gebiet der Psychotherapie sind Anwendungen entwickelt worden für personalisierte Selbsthilfeprogramme, zur Erkennung von Frühwarnzeichen von psychischen Erkrankungen, für die Diagnostik, Psychoedukation, literaturbasierte Analysen und vieles mehr.

In Kapitel 3 zu «KI in der Psychotherapiewissenschaft und -ausbildung» wird anhand von Praxisbeispielen gezeigt, wie ChatGPT als «Gesprächspartner» zur Vorbereitung von Ausbildungsmodulen eingesetzt werden kann, etwa im Therapieschulendialog, wie er in der experimentellen Psychotherapiewissenschaft an der SFU Wien entwickelt wurde. Auf dem Gebiet der Psychotherapie-Integration kann er grosse Dienste bei Literaturrecherchen und dem Durchsuchen von Datenbanken bieten. Je ausführlicher Fragende ihre Problemstellung beschreiben, desto ausführlicher und personalisierter erhalten sie KI generierte Antworten. Das liest sich manchmal wie interessante Fachdiskussionen. Es wird auch gezeigt, wie ChatGPT zur Vorbereitung von Seminaren hinzugezogen werden kann. Es ist beeindruckend zu lesen, wie detailliert solche Fachdiskussionen erfolgen können. Auch die Anwendung als PatientInnensimulator wird beschrieben und die Übungsmöglichkeit für angehende PsychotherapeutInnen präsentiert, erste TherapeutInnenerfahrungen zu machen, ohne reale PatientInnen dem Risiko einer Fehlbehandlung auszusetzen.

Das Kapitel «KI in der Psychotherapieforschung» zeigt auf, wie enorme Datenmengen effizient gesammelt und bearbeitet werden können. KI bietet Hilfe bei der Erstellung von Drittmittelanträgen, der automatisierten Datenaufbereitung, der Strukturierung von Rohdaten. Ja, KI kann ganze Forschungsdesigns generieren, deren Forschungsablauf zeichnen und die Budgetierung vornehmen. Die Autoren sehen auch ein Potenzial der KI im Projekt- und Qualitätsmanagement von Forschungsprojekten. Grosse Dienste kann KI bei der Literaturrecherche anbieten, auch zur Eruiierung von Forschungslücken. Eine grosse Herausforderung ist jedoch die Validierung der mit KI erzeugten Ergebnisse. Die Autoren sprechen sich für regulatorische Rahmenbedingungen aus beim Einsatz von KI in der Forschung, etwa die Nennung von verwendeten KI-Programmen in einer vorgelegten Arbeit (Zitierung, Offenlegung der Quellen). Die Verantwortung für Inhalt und wissenschaftliche Qualität liegt beim Menschen. ChatGPT agiert lediglich als sprachlicher Assistent, der Formulierungslücken schliesst und verschiedene Versionen von Texten generieren kann, die dann der Beurteilung durch WissenschaftlerInnen obliegen.

Das Kapitel «KI in der Psychotherapiepraxis» zeigt die Reise eines der Autoren von anfänglicher Skepsis zur alltäglichen Nutzung in der Praxis. Erst wird gezeigt, wie ChatGPT zu befragen ist, um Antworten auf das zu bekommen, was man wirklich herausfinden will. KI kann eine Orientierungshilfe sein für laufende Therapien, kann für die Diagnosestellung herangezogen werden, in der Reflexion von langen Therapien behilflich sein, als Erinnerungshilfe dienen und zur Vorbereitung hilfreicher Interventionen beigezogen werden. Die Diskussionen lesen sich wie Supervisionsdiskurse oder Fachgespräche

unter KollegInnen. Es werden gar Details zu Theorie und Praxis von Körperberührungen als therapeutische Intervention auf hohem Wissensniveau diskutiert.

Was mir in diesem Teil des Buchs auffällt, ist, dass wiederholt auch zur Vorsicht und kritischen Prüfung der KI-Antworten durch den Menschen aufgefordert wird, da KI nur aufgrund von Wahrscheinlichkeitsrechnungen antwortet und auch fehlerhafte Aussagen schlüssig präsentieren kann. Das würde eigentlich erwarten lassen, dass die Antworten der KI zum Schluss des jeweiligen Textes kritisch diskutiert würden. Das geschieht aber nicht. Viele Unterkapitel schliessen ab mit KI-Texten, als wäre sie die letzte Wahrheit. Das ist schade und zeigt zugleich die Gefahr der routinemässigen Verwendung von KI in der Praxis auf: Man scheint sich daran zu gewöhnen und billigt der KI einen Expertenstatus zu, der nicht mehr hinterfragt wird.

Zweifellos kann «KI in der Verwaltung einer Psychotherapiepraxis» (Kapitel 6) grosse Erleichterung und Effizienzsteigerungen bringen. Als Themen seien angeführt: Terminplanung, Unterstützung in der Kommunikation, Erstellen von Webseiten, Dokumentation und Verrech-

nung, Berichtswesen. Zu beachten sind hier die Einhaltung von Datenschutzrichtlinien insbesondere bei externer Lagerung von persönlichen Daten in einer Cloud.

Zusammenfassend schreiben die Autoren, dass bei allen Chancen der KI im Hinterkopf zu behalten sei, «dass KI nie menschliche Intuition, Empathie und Fachkenntnis ersetzen kann. Vielmehr sollte sie als ein Werkzeug verstanden werden, das den professionellen Alltag erleichtert und ergänzt, ohne dabei den Kern der psychotherapeutischen Arbeit zu gefährden» (S. 226). Sie fordern TherapeutInnen auf, «nicht nur die Grundlagen der Technologie zu verstehen, sondern auch die Fähigkeit zu entwickeln, ihre Grenzen und potenziellen Fehler zu erkennen» (S. 228).

In diesem Sinne empfehle ich dieses Buch gern als Fortbildungslektüre. Es bietet eine umfassende Einführung in Grundlagen von KI und in mögliche Anwendungen von KI in der Psychotherapie(-wissenschaft), deren Vorteile und Gefahren den LeserInnen zur Beurteilung überlassen werden.

Peter Schulthess

Böckle, Markus & Kramer, Ueli (Hg.). (2025). *Deliberate Practice in der Psychotherapie. Wege zu einer effektiveren therapeutischen Praxis* Schattauer, 210 S., 53.00 CHF, 39.00 EUR, ISBN: 978-3608400816

Psychotherapie-Wissenschaft 15 (2) 2025 43

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2025-2-43>

Das von Markus Böckle und Ueli Kramer herausgegebene Werk *Deliberate Practice in der Psychotherapie. Wege zu einer effektiveren therapeutischen Praxis* stellt auf nur gut 200 Seiten einen bemerkenswerten Beitrag zur deutschsprachigen Psychotherapieliteratur dar, der sich einem bisher vergleichsweise wenig beachteten Thema widmet: der gezielten, strukturierten Übung zur Verbesserung psychotherapeutischer Kompetenzen.

Der Band vereint Fachautor*innen aus unterschiedlichen psychotherapeutischen Schulen, die das Konzept der *Deliberate Practice* (DP) aus ihren jeweiligen theoretischen und praktischen Perspektiven beleuchten. Bereits die Einleitung verortet den Ansatz im Kontext der Society for the Exploration of Psychotherapy Integration (SEPI) und zeigt, dass DP nicht nur ein technisches Verfahren ist, sondern eine Haltung, die Integration und kontinuierliche Professionalisierung fördert. Die Herausgeber betonen, dass DP – ursprünglich aus Sport und Musik stammend – im Kern auf zielgerichtetem Üben, unmittelbarem Feedback und reflektierter Anpassung basiert. Ziel ist es, dass Psychotherapeut*innen nicht nur durch Erfahrung, sondern durch bewusstes, strukturiertes Training ihre Wirksamkeit verbessern resp. optimieren. Inhaltlich beeindruckt das Buch durch seine Bandbreite. Es spannt den Bogen von grundlegenden theoretischen Einführungen (Franz Caspar) über modellspezifische Anwendungen in Psychodynamischer Psychotherapie (Hanna Levenson), Systemischer Therapie (Elisabeth Wagner, Theresia Gabriel), Verhaltenstherapie (Ulrike Willutzki, Paul Geilenberg) und Emotionsfokussierter Therapie (Martina Belz) bis hin zur Behandlung chronischer Depression mit Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP; Anne Guhn, Jan Philipp Klein) oder zu spezifischen Kontexten wie E-Mental-Health (Markus Böckle et al.). Besonders wertvoll sind die praxisnahen Beispiele, die zeigen, wie DP-Übungen konkret gestaltet und in Ausbildung, Supervision und Praxisalltag integriert werden können. Herausragend ist die konsequente Verbindung von Theorie und Praxis. Viele Kapitel illustrieren die DP-Prinzipien anhand von Fallbeispielen,

Rollenspielen oder Übungsformaten, was den Transfer in die eigene psychotherapeutische Arbeit erleichtert. Die Integration wissenschaftlicher Evidenz überzeugt: Die Autor*innen stützen ihre Argumente durchgehend auf empirische Befunde, wodurch das Werk nicht nur inspirierend, sondern auch methodisch wohlfundiert ist. Die abschließende Diskussion der Herausgeber fasst die Kernprinzipien von DP pointiert zusammen: Zielgerichtetheit, Übungsfokus, Feedback-Kultur und Wiederholung.

Das Buch bleibt erfreulich selbstreflexiv, doch ergeben sich aus der Lektüre auch weitergehende kritische Überlegungen. Folgende drei Risiken gilt es anzusprechen: Zum einen besteht nämlich die potenzielle Gefahr einer Übertechnisierung psychotherapeutischer Arbeit. Die isolierte Einübung spezifischer Fertigkeiten kann zu einem mechanistischen Verständnis führen, das die situative, relationale Komplexität von Psychotherapie nur unzureichend erfasst. Zum anderen ist mit DP ein gewisses Risiko der Überforderung in der Ausbildung verbunden. DP verlangt von Lernenden hohe Selbstdisziplin, Offenheit für Feedback und die Bereitschaft, eigene Defizite konsequent zu bearbeiten. Gerade bei weniger erfahrenen Psychotherapeut*innen kann dies zu Unsicherheit oder gar Rückzug aus dem Lernprozess führen, wenn die Unterstützung nicht ausreichend ist. Nicht zuletzt könnte die starke Orientierung an empirisch überprüfbaren Leistungsparametern zu einer tendenziellen Standardisierung therapeutischer Kompetenzen führen. Damit besteht das Risiko, individuelle Stile und kreative, situationsspezifische Lösungsansätze zugunsten «messbarer» Fertigkeiten zu vernachlässigen.

Nichtsdestotrotz ist *Deliberate Practice in der Psychotherapie* ein vielseitiger, fundierter und praxisnaher Sammelband, der Psychotherapeut*innen aller Schulen wertvolle Impulse zur gezielten Weiterentwicklung ihrer Kompetenzen bietet. Er verbindet theoretische Fundierung mit methodischer Konkretisierung, zeigt vielfältige Anwendungsmöglichkeiten und verschweigt auch nicht die praktischen Hürden. Der Band besticht durch seine wissenschaftliche Solidität und seine praxisnahen Beispiele, bleibt aber zugleich realistisch in der Einschätzung der Grenzen. Besonders für Ausbilder*innen, Supervisor*innen und erfahrene Praktiker*innen dürfte dieses Werk zu einer wichtigen Referenz werden. Die Lektüre lädt dazu ein, das eigene professionelle Handeln kritisch zu reflektieren und die Qualität psychotherapeutischer Arbeit durch strukturiertes, reflektiertes Üben nachhaltig zu steigern – vorausgesetzt, die Rahmenbedingungen und die notwendige Lernkultur sind gegeben.

Kurt Greiner

Kongresskalender

10.–12. Oktober 2025

SEPI Jahreskonferenz:

Integrative Foundations of Psychotherapy

Istanbul, Türkei

Org: Society for the Exploration
of Psychotherapy Integration

<https://www.sepiweb.org/Annual-Meeting>

1.–3. Mai 2026

GLE Internationaler Kongress:

Es gibt doch (noch) Hoffnung

Lindau, Deutschland

Org: Gesellschaft für Logotherapie
und Existenzanalyse

<https://www.glekongressinternational.org>

24.–27. Juni 2026

SPR Jahreskonferenz

Ibaraki, Japan

Org: Society for Psychotherapy Research

<https://www.psychotherapyresearch.org>

8.–12. Juli 2026

PCE Konferenz: A Changing World

Köln, Deutschland

Org: GWG Gesellschaft für
Personzentrierte Psychotherapie und Beratung

<https://www.pce-europe.org>

3.–6. September 2026

EABT Konferenz: Body Psychotherapy on the Edge
Cork, Irland

Org: European Association for Body Psychotherapy
<https://eabp.org/what-we-do/eabp-congresses>

18./19. September 2026

Jahreskongress SGPP: Psyche, Mensch, Gehirn –
die Psychiatrie im Zentrum

Basel, Schweiz

Org: Schweizerische Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie

[https://www.psychiatrie.ch/sgpp/ueber-uns/
veranstaltungen/sgpp-kongress](https://www.psychiatrie.ch/sgpp/ueber-uns/veranstaltungen/sgpp-kongress)

22.–25. Oktober 2026

EAGT Konferenz: Bridges of Difference

Dubrovnik, Kroatien

Org: European Association for Gestalt Therapy

<https://www.eagt2026dubrovnik.com>



Themen 2025:

Heft 1: Grenzen –

Erkennen. Aushandeln. Setzen

Heft 2: Vier Wände, große Wirkung –

Die Rolle der Räume in der Beratung

Heft 3: Was ist zu tun?

Heft 4: Fallverstehen III (Arbeitstitel)



<https://psychosozial-verlag.de/abo-sv-angebot>

Jetzt Prämienabo
bestellen und
35%
sparen!

Erscheint viermal im Jahr
Einzelheft 22,90 € | Abonnement: 65,90 €

Hochaktuell und praxisnah recherchierte Fachzeitschrift zu den Themenfeldern Organisationsberatung, Sozialwissenschaften und Supervision. Mit ihrem Konzept praxisnaher Wissenschaftlichkeit, fachlicher Methodenvielfalt und berufspolitischer Positionierung ist die **supervision** die führende Fachzeitschrift auf diesem Gebiet. Die Zeitschrift leistet einen wichtigen Beitrag für den Dialog zwischen Sozialwissenschaften und praktischer Beratung in Beruf und Organisationen.

Wir bieten Ihnen das Jahresabo mit 35 % Rabatt zum Preis von 42,84 € statt 65,90 € an, zusätzlich können Sie eine dieser wertvollen Buchprämien wählen.

Wird das Prämienabo nicht bis acht Wochen vor Ablauf des Bezugszeitraums gekündigt, verlängert es sich zum regulären Preis von 65,90 €.



IHRE PRÄMIEN

- Pühl/Obermeyer (Hg.): *Beratung als Kunst?*
- Lüdemann/Feil/Rodriguez-Drescher (Hg.): *Systemisch-psychodynamische Organisationsberatung*
- Heltzel: *Grundlagen psychodynamischer Organisationsberatung*

