

POLYLOGE

Materialien aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“ (peer reviewed)

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen,
Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Universität Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale
Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Dr. phil. **Sylvie Petitjean**, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale
Gesundheit, Rorschach

Prof. Dr. päd. **Waldemar Schuch**, M.A., Department für Psychosoziale Medizin, Donau-Universität Krems, Europäische
Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen

Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper**, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Ausgabe 05/2012

Grundorientierungen, Verfahren, Methoden

Berufspolitische, konzeptuelle und praxeologische Anmerkungen zu
Strukturfragen des psychotherapeutischen Feldes und psychothera-
peutischer Verfahren aus integrativer Perspektive

*Hilarion Petzold, Düsseldorf/Amsterdam**

* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Hückeswagen <mailto:forschung.eag@t-online.de>, oder: EAG.FPI@t-online.de, Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>).

Erschienen in: *Integrative Therapie*, 4/1993, 341-379

Grundorientierungen, Verfahren, Methoden

Berufspolitische, konzeptuelle und praxeologische Anmerkungen
zu Strukturfragen des psychotherapeutischen Feldes und psycho-
therapeutischer Verfahren aus integrativer Perspektive

*Hilarion Petzold, Düsseldorf/Amsterdam**

1. Das Feld der Psychotherapie — zersplittert in „scientific und professional communities“

Im Felde der Psychotherapie herrschen seit langem — bedingt durch unterschiedliche Traditionsbildungen — in vielen Bereichen Sprachverwirrung, Begriffsunsicherheit und vielfältige terminologische Divergenzen. Sprachregelungen zu finden, die wenigstens eine gewisse Verbindlichkeit haben, scheint schier unmöglich. Ich meine hier nicht Begrifflichkeiten, die „schulenspezifisch“ sind. Jedes Verfahren muß einen „spezifischen begrifflichen Apparat“ haben. Darin liegt ein wichtiges, identitätsstiftendes Moment. Außerdem drückt sich auf diese Weise die Vielfalt möglicher Sichtweisen auf das komplexe Phänomen „Mensch in Situationen und Lebensspanne“, „Subjekt in Kontext und Kontinuum“ aus. Aber es gibt übergreifende Konzepte, über die „Konsens“ hergestellt werden könnte und müßte. „Konsens“, ich habe dies ausführlich dargestellt (Petzold 1978c, 1991e), erfordert diskursive Auseinandersetzung, **Ko-respondenzprozesse** in Diskursgemeinschaften, die, sollten sie zu **Konsens** finden — und sei es nur der Konsens, daß man Dissens hat und diesen respektieren will —, zu „*Konsensgemeinschaften*“ werden. In diesen festigt sich der Konsens und wird zu **Konzepten** ausgearbeitet, die dann handlungsleitend werden können, zu **Kooperationen** führen — dies die Annahmen des „Ko-respondenz-Modells“ (ibid.). Gesprächs- bzw. Diskussionsgemeinschaften oder gar Konsensgemeinschaften im Gesamtfeld der Psychotherapie existieren bislang auf einer übergeordneten Ebene nicht. Die Psychotherapie ist noch keine umfassende „*scientific community*“ (Kuhn 1970), sie ist keine übergreifende „*professional community*“ (Petzold 1991g). Sie ist statt dessen in viele kleine Ko-respondenzgemeinschaften, Schulen, Gruppierungen, Interessengemeinschaften zersplittert, die miteinander eben *nicht* in Ko-respondenz stehen, zwischen denen keine oder nur wenige Diskurse laufen, und wenn, sind diese oft genug polemischer, abgrenzender, entwertender Art. Diese Situation hat sich einerseits durch Legislationsprozesse im europäischen Raum verschärft, zum anderen — wie in Österreich — haben die neuen Gesetze auch eine gewisse integrierende Kraft. In der Bundesrepublik steht zu befürchten, daß die gesetzlichen Regelungen die Gräben vertiefen. Auf der wissenschaftlichen Ebene beginnen sich erst allmählich — etwa im Bereich der Psychotherapieforschung — schulenübergreifende Perspektiven zu entwickeln, die auf integrierende Modelle hintendieren (Blaser et al. 1992; Prochaska, DiClemente 1984,1992; Frank 1971,1982; Garfield 1982; Norcross, Goldfried 1992; Petzold 1965, 1970c, 1974j, 1980b, 1991a, 1992a, 1993a). Im Felde professioneller Organisationsformen findet sich eine ähnliche, junge Entwicklung, etwa mit der „Europäischen Gesellschaft für Psychotherapie“ oder mit nationalen Psychotherapieverbänden, die versprechen, eine schulenübergreifende Ausrichtung zu haben.

Hier tut sich nun ein neues Problem auf: Hinter den einzelnen, schulenspezifischen *scientific* und *professional communities* stehen jeweils mächtige „Mega-communities“: die der Ärzte und — weniger einflußreich — die der Psychologen. Beide haben sehr unterschiedliche Interessenrichtungen. Weiterhin hat die Psychotherapie das Problem, daß sie nicht nur eine *wissenschaftliche* Disziplin, sondern auch eine *praxeologische* Disziplin ist und darüber hinaus eine *berufsständische* und damit *ökonomische* Interessengemeinschaft. Die Konsequenz ist, daß wissenschaftliche Wahrheit und Geltungsansprüche beständig mit den „Erfordernissen der Praxis“ und mit standespolitischen und berufspolitischen Interessen vermischt werden. Wissenschaft wird für die Effektivität therapeutischer „Interventionen“ (will heißen „heilender Beziehungen“) reklamiert, Wissenschaftlichkeit wird als Argument im Kampf um Anerkennung und die Sicherung von Territorien (Gniech 1983) verwandt — dies zum Teil recht arbiträr. Ein Diskurs über den *Wissenschaftsbegriff* hat nicht stattgefunden und kann natürlich nicht stattfinden, wenn die „communities“ miteinander nicht ins Gespräch kommen können, weil übergreifende Foren fehlen oder sich nicht oder nur vorübergehend als tragfähig erweisen (wie z. B. die „Spiegelkommission“); oder wenn sie nur einen Teil der „communities“ zusammenbringen wollen (wie die eben erwähnte Kommission) oder können, wie die Arbeitsgemeinschaft der Psychotherapieverbände (AGPF) in der BRD oder die Verbände, die

die Schweizer „Therapie-Charta“ erarbeitet und unterzeichnet haben (vgl. *Forum Psychotherapie*, Nr. 2).

Die ohnehin schwierigen Probleme des Verhältnisses von *Theorie* und *Praxis*, die in einer anwendungsbezogenen Wissenschaft wie der Psychotherapie auftauchen, können aber nur gelöst werden, wenn der Theorie-Praxis-Diskurs quer durch die Schulen geführt wird. Die großen Probleme zwischen den Schulen resultieren genau in den unterschiedlichen Positionen zum Theorie-Praxis- bzw. ForschungsPraxis-Problem. Weiterhin kann das Problem der gravierenden expliziten und mehr noch verdeckten Interessenkonflikte, die durch das Faktum der „two communities in one“ entstehen (der „scientific community“ und der „professional community“), nicht angegangen und bearbeitet werden. Einer Wissenschaftsgemeinschaft oder „community of scholars resp. researchers“ geht es darum, in einem spezifischen Feld wissenschaftliche Erkenntnisse zu sammeln und ihre Geltung zu vertreten. In einer professionellen Gemeinschaft geht es um die Sicherung der Interessen einer Profession. Ich habe „professional community“ definiert als eine:

»Makro- oder Mesogruppierung von Menschen, die einerseits im gesellschaftlichen Kontext als Ausübende einer bestimmten Profession mit einer gemeinsamen Interessenlage und -vertretung identifiziert werden [z. B. „die Ärzte“ und die sich andererseits mit ihrer Profession identifizieren, berufsständische Normen, Regeln und Organisationsformen herausbilden und ein „professionelles Bewußtsein entwickeln“ [z. B. „wir als Psychologen“]. Das Maß der „professionellen Identität“ des einzelnen wie der Gesamtgruppierung hängt von der Prägnanz der Gruppenbildung, also dem Grad ihrer Organisiertheit, Kohärenz, Interessenverfolgung, ab, weiterhin von den verbindenden Zielen, Werten und Konzepten sowie von der gesellschaftlichen, durch Wissen, Kapital, Einfluß, Tradition, Institutionalisierung gesicherten Macht, d. h. von ihrer Präsenz als „commercial community“ im Markt«.

Diese starke Bestimmung der psychotherapeutischen Interessengruppen durch ökonomische und durch Machtinteressen birgt die Gefahr, daß ein Diskurs verhindert wird, der sich auf wissenschaftliche Wahrheit und auf praktische Effektivität richtet. Hinter den genannten Gemeinschaften der Therapieschulen stehen — wie gesagt — die „Mega-communities“ der Ärzte und Psychologen. Ihnen stehen die „communities“ der Sozialwissenschaftler (Soziologen, Pädagogen, Sozialpädagogen etc.) gegenüber, die gleichfalls einen Anspruch auf das Feld der Psychotherapie anmelden und in diesem Feld seit den Anfängen der Psychotherapie auch mehr oder minder stark repräsentiert sind — in einigen Bereichen sogar recht prägnant, etwa dem der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (*Reiser* 1993) oder dem der Suchtkrankentherapie (*Petzold* 1993n). Im nachstehenden Diagramm soll exemplarisch die berufspolitische Situation, wie sie sich derzeit (1989-1993) in der BRD darstellt, visualisiert werden.

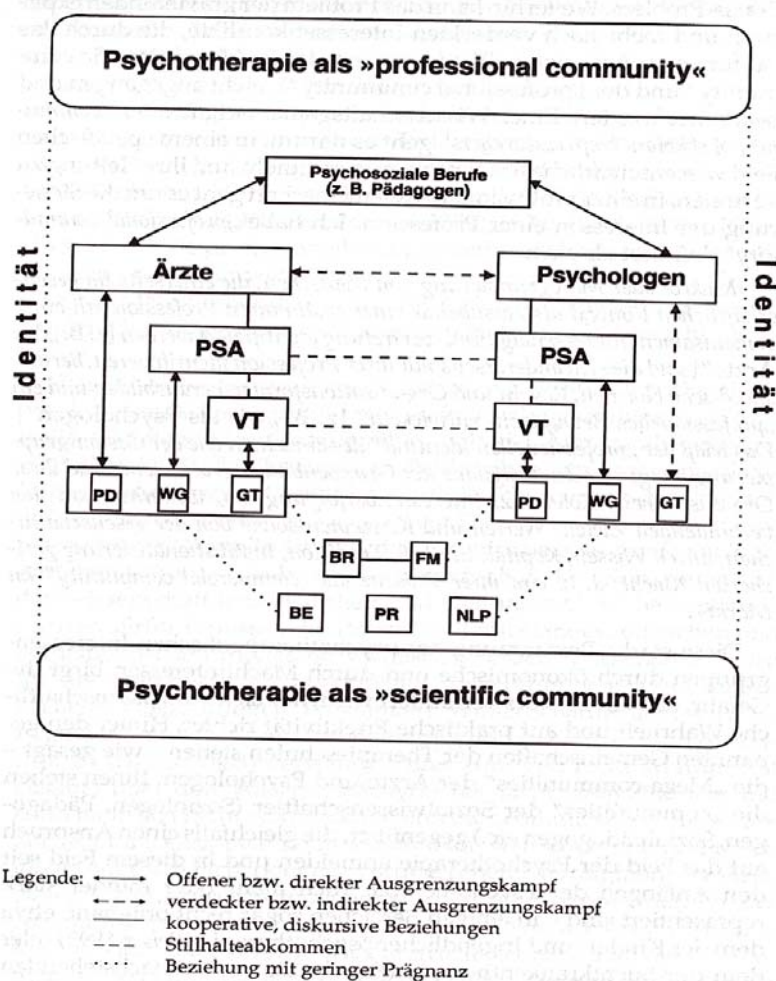


Abb 1: Konfliktherde und Ausgrenzungsbestrebungen im Felde der Psychotherapie in der BRD (1989-1993) zwischen den „professional communities“ und „scientific communities“ (aus Petzold 1992a, 1033)

Die derzeitige (1989 - 1993) berufspolitische Situation in der BRD in bezug auf die gesetzliche Regelung der *Psychotherapie* läßt einen offenen Ausgrenzungskampf der Ärzte und Psychologen gegen alle übrigen psychosozialen Berufe (Diplompädagogen, Sozialarbeiter etc.) erkennen. Dabei wird gleichzeitig ein überwiegend verdeckter Ausgrenzungskampf -- — zwischen Medizinern und Psychologen geführt. Beide Professionen sind sich indes mehr oder weniger einig in ihren Ausgrenzungsbestrebungen gegenüber den „wissenschaftlich“ nicht ausreichend „seriösen“ phänomenologisch-hermeneutischen bzw. humanistisch-interaktionalen Verfahren (Psychodrama = PD, wissenschaftliche Gesprächstherapie = WG und Gestalttherapie = GT). Diese kleinen Gruppen haben untereinander kooperative Beziehungen —. Sie sitzen in einem Boot. Auch die Ärzte und Psychologen dieser Gruppierungen sind kooperativ verbunden. Mit direktem Ausgrenzungskampf werden die „humanistisch-interaktionalen“ Verfahren von den berufspolitischen Funktionären der Psychoanalyse und der Verhaltenstherapie angegangen —. Hierzu haben diese ansonsten so unterschiedlichen, ja kontroversen Verfahren de facto ein Stillhalte- oder gar Kooperationsabkommen getroffen - - - . Sie haben die gleiche Interessenlage. Auch die beiden Professionen, die diese Verfahren praktizieren, halten still. Die „humanistisch interaktionalen Verfahren“ ihrerseits zeigen unklare Beziehungen oder Ausgrenzungstendenzen gegenüber den aus ihrer Sicht „nicht seriösen Verfahren“ wie z. B. Bioenergetik = BE, Primärtherapie = PR, Neurolinguistisches Programmieren = NLP. Diese Außenseiterverfahren stehen unverbunden und ohne Support oder Kooperation und Diskurs nebeneinander. Die Beziehung zwischen der Psychotherapie als „scientific community“ und als „professional community“ ist wenig prägnant und die Identität der Psychotherapie insgesamt folglich schwach. Die Einbettung von Familientherapie (FM) und Beratung (BR) wird in dem Bereich der Psychotherapien als nicht prägnant angesehen

Die Abb. 1 und der Erläuterungstext machen deutlich: Das Problem der Psychotherapie ist ihre Schulenvielfalt. Unterschiedlichste Verfahren und Methoden beanspruchen, Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen oder in Lebensschwierigkeiten effektiv helfen zu können. Im Felde der Hilfeleistung — sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich — sind vielfältige Ansätze vertreten, die aufgrund verschiedener Ausgangslagen, Anciennität, universitärer Einbindung, klinischer Verankerungen, Stütze durch die Mega-communities, empirische Absicherung usw. unterschiedlich gewichtige Positionen haben. In den deutschsprachigen Ländern sind Psychoanalyse/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapien, die Verhaltenstherapien, die humanistisch-psychologischen Therapieverfahren (z. B. klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie nach Rogers, Psychodrama, Gestalttherapie usw.) und die Familientherapien die bekanntesten (die Pluralformen sind bewußt gesetzt). Hinzu kommen die Körperpsychotherapien (Leib- und Bewegungstherapien, vgl. Petzold 1977n) sowie die kreativitätstherapeutischen Therapieformen (Musik-, Tanz-, Kunsttherapie usw., vgl. Petzold, Orth 1990a). Letztere werden zum Teil noch nach wie vor als „ancillarische Verfahren“ betrachtet (sicherlich zu Unrecht, vgl. Aissen-Crewett 1986; Petzold, Sieper 1990; Zuerling 1990).

Jedes der genannten Felder ist nun keineswegs homogen. Nicht nur in der humanistisch-psychologischen Therapieszene gibt es vielfältige Ansätze (obwohl sie hier wohl am zahlreichsten sind). Auch das Feld der Verhaltenstherapie ist keineswegs geschlossen. Unter ihm werden vielfältige, zum Teil sehr divergierende Ansätze subsumiert. Es reicht vom klassischen Konditionieren, von traditionellen Therapieansätzen (Wolpe, Rachmann), elaborierten Modellen (Kanter, Schulte), eklektischen Ansätzen (Lazarus) über das Bio-Feedback zum verhaltenstherapeutischen Rollenspiel auf der Grundlage der sociallearning-theory (Bandura) oder zu kognitiven Konzepten (Beck, Mahoney, Meichenbaum) usw. Im Bereich der Psychoanalyse steht es nicht anders. Von den orthodoxen Positionen über Vertreter der Ich-Psychologie, der Objektbeziehungstheorie, der Selbstpsychologie findet sich ein sehr weites, äußerst heterogenes Feld. Helmut Thomä führt dazu aus: „Für jeden wissenschaftlich denkenden Analytiker muß es beunruhigend sein, daß die Ideen und Theorien Freuds, Ferenczis, Eislers, Kleins, Kohuts, Lacans, Mahlers, Winnicotts, um nur einige der großen Namen zu nennen, in sich widerspruchsvoll, untereinander inkompatibel oder mit Beobachtungen und Theorien anderer Disziplinen unverträglich sind“ (Thomä 1992, 134). Adler und Jung, Rank und Perls werden schon gar nicht mehr erwähnt.

2. „Grundorientierungen“ — eine neue Ordnungskategorie?

Um dieses — für den Außenstehenden, aber auch für den Fachpsychotherapeuten — völlig unüberschaubare Feld etwas zu ordnen, hatte ich in verschiedenen Veröffentlichungen ein Strukturierungsschema vorgestellt (Petzold 1977c, 1988n, 1992a):

Metatheoretisches Makroparadigma
(Grundorientierung)

Klinisches Mesoparadigma
(Verfahren)

Klinisches Mikroparadigma
(Methode)

Dieses Schema soll auch hier die Leitlinie bilden, um Strukturfragen psychotherapeutischer Richtungen zu reflektieren.

In jüngster Zeit ist in der deutschsprachigen Psychotherapieszene ein neuer Ordnungsbegriff in Mode gekommen: „**Grundorientierung**“ — in Deutschland interessanterweise in Zusammenhang mit

den Vorbereitungen zu einem Psychotherapeutengesetz).¹ Dabei ist natürlich die Frage zu stellen, in welchem Sinne ein solches Konzept Ordnung stiften soll. Wenn es z. B. in „Umbrellafunktion“ nur dazu dienen soll, *Verfahren* oder *Methoden* zusammenzubringen, die sich z. B. ohnehin dem Felde der Psychoanalyse zugeordnet haben, weil historische Wurzeln vorhanden sind, so ist der Begriff wenig hilfreich. Was sagt er — so muß man fragen — in theoretischer Hinsicht über die Zuordnungen? Wird — um beim Beispiel der Psychoanalyse zu bleiben — als *theoretischer Ordnungsgesichtspunkt* (Petzold 1992a, 935 ff.) für die Zugehörigkeit zur „Grundorientierung“ der Tiefenpsychologie an die Positionen der triebdeterministischen Psychoanalyse im Sinne der Freudschen *Metapsychologie* gedacht oder an eine tiefenhermeneutische (Ricoeur, Lorenzer) oder an eine sprachtheoretisch-strukturalistisch orientierte Position (Lacan, Lagache)? Oder stellt man unter einem *methodologischen Ordnungsgesichtspunkt* auf die Standardtechnik ab, die bestimmte Theoriepositionen erfordert, oder auf die neuen Ansätze der Kurzzeittherapie z. B. (Davanloo 1978; Strupp, Binder 1991, Crits-Christoph, Barber 1991), die ihrerseits die klassische Theorie der Psychoanalyse in vielen Positionen in Frage stellen? Über derartige Probleme müßte im Felde der Psychoanalyse und der Tiefenpsychologie nachgedacht werden. Für die Verhaltenstherapie steht es nicht besser, denn auch hier kann man nicht mehr davon ausgehen, daß die „Lerntheorie“ noch den gemeinsamen Nenner bietet (sofern sie ihn je geboten hat). Das Konzept der „Grundorientierung“ oder ein vergleichbares Konzept findet sich mit gutem Grund in der angelsächsischen und französischen Literatur praktisch nicht, denn ob seiner fehlenden Trennschärfe und mangelnden Elaboration ist es keineswegs unproblematisch. In den älteren deutschsprachigen Übersichtswerken taucht es ohnehin nicht auf (Pongratz 1978; Strotzka 1978). Es werden aber immer wieder auch Gliederungsgesichtspunkte eingeführt:

Kriz (1991) nimmt die wohl verbreitetste Aufteilung in „Ansätze“, wie er vorsichtig (und ohne den Begriff „Ansatz“ zu bestimmen) formuliert, vor:

- I. Tiefenpsychologische Ansätze (Freud, Adler, Jung usw.),
- II. Verhaltenstherapeutische Ansätze (Konditionierung, lerntheoretische, kognitive, RET usw.),
- III. Humanistische Ansätze (Perls, Rogers, Moreno usw.),
- IV. Systemische Ansätze,
- V. Mehr-Ebenen-Ansätze.

Andere Autoren (z. B. Bastine 1990) unterscheiden statt Grundorientierungen „Modelle“, z. B.

1. Psychoanalytisches Modell,
2. Humanistisches Modell,
3. Konditionierungstherapeutisches Modell,
4. Kognitives Modell,
5. Interpersonales Modell.

Wieder andere Autoren listen „Verfahren“ auf (Heigl-Evers et al. 1993; Petzold 1992g; Bastine et al. 1982), weil Klassifizierungen offenbar zu problematisch sind.

Eine Definition von „Grundorientierung“ konnte ich übrigens nirgends finden, und doch scheint der Begriff derzeit im Feld der Psychotherapie so etwas wie eine „*représentation sociale*“ (Moscovici 1984; Jodelet

¹ Ich beziehe mich hier auf eine Fülle von „Papieren“ im Vorfeld des Referentenentwurfes für ein Psychotherapiegesetz, auf den Entwurf in seinen verschiedenen Versionen, auf Stellungnahmen zum Gutachten von Meyer et al. (1991), Äußerungen und Kommentare von Kommissionen, Verbänden, Vereinen, Interessensvertretungen — zwei Ordner Material. Der Begriff taucht immer wieder auf, meist mit abgrenzender Konnotation, und er wird gebraucht, als ob es sich um ein gängiges, gesichertes Konzept handle. Dabei ist es vielfach nicht mehr als eine standes- und berufspolitische Argumentationsfigur. Mit mehr Abstand zum Geschehen könnte sich eine Feinanalyse der vorliegenden „Papiere“ und der wohl noch kommenden über den Gebrauch scheinbar „wissenschaftlicher“ Argumentationsfiguren und „Fachbegriffe“ zum Gesetzgebungsprozeß (seit 1978) als äußerst interessant und fruchtbar erweisen. Der Begriff „Grundorientierung“ ist hier nur eine Facette, Begriffe wie „Richtlinienverfahren“, „Spiegelkommission“ und das, was sich dahinter verbirgt, sind andere. Die Stellungnahmen der Ärzteschaft, der Psychologen- und Psychotherapeutenverbände, die — wenig zur Kenntnis genommen — der Sozialarbeiter und Diplompädagogen, die der Therapieschulen, der Hochschullehrer, der freien Träger, der Kassen — all das wird eine sozialwissenschaftliche Dissertation wert sein.

1989), ein kollektives Strukturierungsmodell zu sein, wie unbestimmt er auch immer ist. Jeder stellt sich offenbar etwas unter dem Begriff vor, und das mit einem Prägnanzniveau, daß Kommunikation möglich wird.

Auf jeden Fall müssen die *Interessen* unter die Lupe genommen werden, die in der gegenwärtigen berufspolitischen Debatte hinter dem „promoting“ dieses Begriffes stehen. Für den Bereich der Psychoanalyse und Tiefenpsychologie, aber auch für den Bereich der Verhaltenstherapie fungiert er als „Integrationschiffre“, um doch recht heterogene Orientierungen zusammenzubinden. Es werden damit Territorien, Einflusssphären (Gniech 1983) abgesteckt, mit Ausgrenzungskonsequenzen für Verfahren, die diesen „Grundorientierungen“ nicht angehören. Das Problem wird noch prekärer, wenn man die Frage aufwirft, wer denn über die Zugehörigkeit zu einer „Grundorientierung“ entscheidet und aufgrund welcher Kriterien. Bislang regeln die „*professional communities*“, die Berufs- und Fachverbände der Psychoanalytiker und ein Teil der verhaltenstherapeutischen Verbände, diese Frage auf Verbandsebene. Ein Psychotherapiegesetz aber erfordert Institutionen, die diese Frage nach eindeutigen und rechtlich nachvollziehbaren Kriterien regeln werden (anerkennde Behörden, Psychotherapiebeirat, Gutachterverfahren etc.), wobei die Besetzung solcher Gremien wie auch die Auswahl von Gutachtern ein Problem darstellt, damit Unbefangenheit gewährleistet und Vorteilsnahme ausgeschlossen wird. Der Diskussionsstand in der „*scientific community*“ der Psychotherapie ist derzeit jedenfalls nicht so weit vorangeschritten, daß ein Konzept wie das der „Grundorientierung“ als gesicherte Basis dienen könnte, irgendwelche Entscheidungen zu fällen. Diese müßten nämlich *inhaltlich* unter Prüfung und Abgleichung theoretischer Positionen gefällt werden und empirisch unter Berücksichtigung von Forschungsergebnissen, die nicht nur in *einem* Forschungsparadigma — z. B. dem quantifizierenden, nomothetischen, positivistischen — stehen. Es dürfte also nicht nur aufgrund der Zugehörigkeit zu Fachverbänden *berufspolitisch* entschieden werden, ob man der tiefenpsychologischen Grundorientierung zugehört oder nicht, ob *Ferenczianer*, Gestalttherapeuten, Kleinianer, Daseinsanalytiker, Szondianer dem tiefenpsychologischen Paradigma auch „*de jure*“ zugeordnet werden, d. h. daß ihre Fachverbände und Ausbildungsstätten anerkannt werden; denn *theoretisch* sind sie — ausweislich der wissenschaftlichen Literatur — und *praxeologisch* sind sie — so die klinische Literatur und die Realität im klinischen Feld — „*de facto*“ der „Grundorientierung“ der Tiefenpsychologie zugeordnet. Ob diese De-facto-Zuordnungen im Rahmen von gesetzlichen Regelungen Bestand haben werden, wird sich erweisen müssen. Es steht zu bezweifeln, weil damit die derzeitigen „Territorienbesitzer“ Flächen abgeben oder ihre gemeinsame Nutzung zugestehen müßten.

Bei der Zahl der psychotherapeutischen Schulen, die von ihrer Theorie und Praxis mehreren „Grundorientierungen“ zuzuordnen wären — z. B. die Individualpsychologie der Tiefenpsychologie und der humanistischen Psychologie (Titze 1978, 1984) —, werden hier Schwierigkeiten auftauchen. Wird das „NLP“ der kognitiven Verhaltenstherapie zuzuordnen sein? Wo wird die moderne Hypnose (im Sinne *Milton Ericksons*) plaziert werden? Was spräche dagegen, die bioenergetische Analyse der klassischen Psychoanalyse zuzuordnen? In theoretisch konzeptueller Hinsicht könnte man sie durchaus der orthodoxen Orientierung zurechnen, auch wenn in behandlungsmethodischer bzw. praxeologischer Hinsicht die Auffassungen auseinanderklaffen. Was zählt nun: die Theorie oder die Praxeologie? Fragen über Fragen! Vielfach wird sich das Problem stellen: Handelt es sich — etwa beim „Katathymen Bilderleben“ oder beim „Autogenen Training“ — um eigenständige „Verfahren“? Ist das Faktum, daß die „systematische Desensibilisierung“, nur weil sie sich wie eine Reihe anderer verhaltenstherapeutischer *Techniken* in empirischen Untersuchungen als wirksam erwiesen hat, schon ein Grund, die Verhaltenstherapie als „Verfahren“ zu betrachten? Es wird unbestritten sein, daß die empirisch dokumentierte Wirksamkeit einer oder mehrerer probater *Techniken* nicht ausreichend sein kann, um eine solche Entscheidung zu rechtfertigen.

Ich habe immer wieder vertreten, daß ein „Verfahren“ in Metatheorie, klinischer Theorie und Praxeologie einen „kohärenten theoretischen Fundus von bewährten Konzepten“ vorweisen können müßte. Dabei werden immer wieder die einzelnen Positionen unterschiedlich gut ausgearbeitet sein. Nur, sie müßten grundsätzlich umrissen und vorgelegt werden können, und ihre „praktische Bewährung“ (Popper) müßte darstellbar sein.

Ich habe in dem von mir konzipierten Meta-Modell eines „Tree of Science“ die Wissensstruktur der Psychotherapie herausgearbeitet (Petzold 1975h, 9-11; 1988n, 175f; 1993a, 475-648). Diese Wissensstruktur umfaßt:

I. Metatheorien

Sie beziehen ein: 1. Erkenntnistheorie, 2. Wissenschaftstheorie, 3. Kosmologie, 4. Anthropologie, 5. Gesellschaftstheorie, 6. Ethik, 7. Ontologie.

II. Realexplikative Theorien

Sie umfassen: 1. Allgemeine Theorie der Psychotherapie, 2. Persönlichkeitstheorie, 3. Entwicklungstheorie, 4. Gesundheits- und Krankheitslehre, 5. Spezielle Theorie der Therapie.

III. Praxeologie

Sie umfaßt: 1. Prozeßtheorie, 2. Interventionslehre, 3. Methodenlehre, 4. Theorie der Institutionen und Praxisfelder.

Dieses Modell hat sich für den Vergleich verschiedener Psychotherapiemethoden bewährt, z. B. in dem von L. Pongratz und mir im Auftrage des „Bundesministeriums für Bildung und Wissenschaften“ durchgeführten Forschungs-, Medienverbund- und Fernstudienprojekt „Wege zum Menschen“ (Petzold 1984a). Daß es auch im Bereich der „professional community“ Akzeptanz gefunden hat, zeigt, daß es als *theoretische Metafolie* in der Schweizer Psychotherapie-Charta verwandt wurde (vgl. *Forum Psychotherapie* Nr. 2, Zürich 1993), nach der die verschiedenen Psychotherapieverbände, die der Charta beitreten wollten, ihre Theoriepositionen darzulegen hatten. Auch in den „Qualitätskriterien“ der „Arbeitsgemeinschaft Psychotherapeutischer Fachverbände“ (AGPF) wurde dieses Schema zugrunde gelegt (vgl. Petzold 1992a, 938).

Schaut man nun auf den Katalog der aufgelisteten Bereiche, so wird deutlich, daß viele Verfahren — auch die großen und etablierten — sich schwertun werden, alle Positionen solide auszufüllen. Im Bereich der „Metatheorie“ (I) werden sich viele Lücken finden; aber gerade hier sind kleine Verfahren, wie z. B. die Daseinsanalyse oder die Logotherapie, recht stark. Weil ihnen aber die Forschungsinfrastruktur fehlt, sind sie in anderen Bereichen, nämlich den realexplikativen Theorien, nicht so gut ausgewiesen. Ein „Know-howexchange“ zwischen den psychotherapeutischen Schulen würde sich hier durchaus anbieten. Gerade im Hinblick auf die metatheoretischen Positionen wird es für die Mehrzahl der Schulen darum gehen, aus anderen Human- und Sozialwissenschaften geeignete „Referenztheorien“ auszuwählen, die mit den klinischen Theorien und der Praxeologie kompatibel sind und die auf die Erfordernisse des klinischen Feldes entsprechend zugepaßt werden müßten. Auch für die „klinischen Theorien“ wird man auf Referenztheorien nicht verzichten können. Nicht jedes Psychotherapieverfahren wird eine eigene Entwicklungspsychologie erarbeiten können, und wo dies (in weitgehender Isolierung von der *scientific community* der Entwicklungspsychologen) geschehen ist — etwa in der Psychoanalyse —, zeigt sich, daß es (wiederum aufgrund fehlender Forschungsinfrastruktur) zu gravierenden Fehleinschätzungen gekommen ist. Referenztheorien müssen hier also aus dem Felde der allgemeinen Entwicklungspsychologie mit ihren immensen Forschungsmöglichkeiten beigezogen werden, wiederum in entsprechender Zupassung. Weiterhin müssen Entwicklungspsychologen dazu angeregt werden, klinisch relevante Fragestellungen zu bearbeiten. Auf diese Weise entsteht dann aus der Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen eine „klinische Entwicklungspsychologie“ oder „developmental psychopathology“, die für Psychotherapie Relevanz hat (Achenbach 1982, 1990; Rutter, Rutter 1992; Petzold 1992c, d; Lewis, Miller 1990). Der Frage der Referenztheorien und ihrer Verarbeitung wird in der „scientific community“ der Psychotherapie noch große Beachtung zu schenken sein. Sie werden nämlich mit ihren „main streams“ sowohl mit Blick auf die Metatheorie als auch auf die realexplikativen Theorien bestimmend dafür sein, was als „Grundorientierung“ bezeichnet werden könnte. Das historische, genealogische Herkommen (vgl. z. B. Kutter 1993) einer Position — Stammbaum- oder ekklesiales Sukzessionsmodell („Er wurde noch von einem direkten Freud-Schüler analysiert!“) — wird dann nicht mehr sehr wichtig sein, sondern es zählt der Modelltypus (Herzog 1982), die theoretische Strömung, der man sich zuordnet, wobei eine solche

Zuordnung auch einer externen Überprüfung (vgl. meine Rezension zu *Ludwig-Körner*, dieses Heft) standhalten können muß. (Was spielt es für eine Rolle, daß z. B. *Paul Watzlawick* ursprünglich als Psychoanalytiker ausgebildet wurde? Seine derzeitige Theorieposition zählt! Vgl. *Becker* 1984). Andererseits scheint es besonders in der Psychoanalyse in der Tat einen „Primat der Behandlungspraxis“ zu geben, denn obwohl Bioenergetiker wie *A. Lowen* theoretisch überwiegend orthodoxe psychoanalytische Positionen vertreten, zählt man sie nicht zur „professional community“, weil sie zu stark von der psychoanalytischen „Standardtechnik“ abweichen. Für Neuentwicklungen (z. B. *Weiss, Sampson* 1986), insbesondere für die psychoanalytischen Kurzpsychotherapien (*Davanloo, Luborsky, Crits-Christoph, Kliwer, Strupp* u. a.), tauchen allerdings die gleichen Probleme auf (*Wallerstein* 1988), denn mit herkömmlicher psychoanalytischer Technik haben ihre Vorgehensweisen nicht mehr viel zu tun, wobei diese Autoren außerdem noch zentrale Theoriekonzepte der Freudschen Schule aufgeben oder sehr grundsätzlich modifizieren.

Es spricht vieles *dagegen*, „Grundorientierungen“ zum gegenwärtigen Zeitpunkt allein oder überwiegend an „Praxeologien“ festzumachen (sie sind z. B. weder ausreichend standardisiert noch theoretisch begründet), besonders wenn man sich klarmacht, daß hinter jeder Praxis, jeder Technik ein ihr impliziertes „Menschenbild“ steht, implizierte Wertorientierungen, erkenntnistheoretische Positionen, versteckte persönlichkeits-theoretische Annahmen oder Krankheitsmodelle (*Pritz, Petzold* 1992). Man kann durchaus die Position vertreten: „Grundorientierungen“ repräsentieren letztlich nichts anderes als „*main streams*“ der Psychologie mit den hinter ihnen stehenden philosophischen Traditionen, und damit kommt man schon nahe an den „*Paradigma-Begriff*“ von *Kuhn* (1970) heran.

Im folgenden soll eine kurze Definition versucht werden, die sich darum bemüht, das zusammenzufassen, was zum Konzept der Grundorientierung derzeit an Verwertbarem im Umlauf ist:

»**Grundorientierungen** sind historisch im Prozeß der wissenschaftlichen Theorienbildung im Felde der Psychotherapie und klinischen Psychologie gewachsene Makro- oder auch Mesoparadigmen, die für **Verfahren** der Psychotherapie bzw. **Methoden** der klinischen Psychologie metatheoretische Grundannahmen (Menschenbild, Erkenntnistheorie, Ethik etc.) und mit diesen kohärente psychologische Modellvorstellungen (Persönlichkeitstheorie, Entwicklungstheorie, Krankheitslehre etc.) für die Entwicklung einer konsistenten Praxeologie der Krankenbehandlung bereitstellen.«

Ich habe an anderer Stelle ausgeführt (*Petzold* 1992g, 945 ff.), warum der *Kuhnsche* „Paradigmbegriff“ mit seinen umfassenden Dimensionen für die klinische Psychologie und die Psychotherapie nicht sonderlich brauchbar ist, es sei denn, man definiert kleinere Bereiche des Wandels und spricht mit Blick auf *Reichweite* und *Ein-griffstiefe* der Veränderung durch wissenschaftliche Innovationen von *Makro-, Meso- und Mikroparadigmen*, um die *Kuhnsche* Gedankenlinie auf die Felder der Psychotherapie und klinischen Psychologie zuzupassen. Der inflationäre Gebrauch des Paradigmbegriffes würde so einer spezifizierenden Betrachtungsweise Platz machen, und die von einer konkreten „*scientific community*“ erlebten Umbrüche (wie etwa das Aufkommen der Ich-Psychologie, der Objekt-Beziehungs-Theorie oder der Selbstpsychologie in der Psychoanalyse) könnten dann als „Wechsel eines Mesoparadigmas“ gewertet werden, weil — obwohl einschneidend — die tiefenpsychologischen Basisperspektiven, das *konzeptuelle „Zentrum“* (z. B. das Konzept des Unbewußten oder der Übertragungs-/Gegenübertragungs-Konfiguration) nicht außer Kraft gesetzt wurden.

Als Beurteilungskriterien dafür, was Makro-, Meso- und Mikroparadigmen umfassen, müssen *internale Bewertungsparameter* aus der „*scientific und professional community*“ selbst herangezogen werden und dazu *externale Parameter* aus der Metaperspektive der klinischen Psychologie oder — einer noch zu etablierenden Disziplin — der „*vergleichenden Psychotherapiewissenschaft*“.

Für den Kontext wissenschaftlich begründeter, klinischer und psychosozialer Interventionsdisziplinen möchte ich den Begriff des „*klinischen Paradigmas*“ vorschlagen, weil neben den wissenschaftlichen immer auch praxeologische Perspektiven einbezogen werden müssen und berufs- und gesundheitspolitische Einflußgrößen zum Tragen kommen. Ich erachte dieses Konzept, obgleich es noch andere und weitergreifende Perspektiven umfaßt, als brauchbarer als das der „*Grundorientierung*“, zumindest wie dieses bislang verwendet wurde. Wenn „*Grundorientierung*“ aber als „*klinisches Makro- oder Mesoparadigma*“ gesehen wird, in dem Sinne, der voranstehend umrissen wurde, halte ich den Begriff für leidlich verwendbar. In diesem Text soll er jedenfalls auf diesem Hintergrund gebraucht werden, wobei folgende Definition gegeben wird:

»Als ein „**klinisches Paradigma**“ sehen wir fungierende, aus Praxiserfordernissen des Feldes formierte und aus informellen und formalen Korrespondenzprozessen bzw. Diskursen herausgebildete „Schemata“ des Wahrnehmens, Empfindens, Verstehens, Bewertens, Erklärens und Handelns, die mit unterschiedlicher Reichweite (Makro-, Meso-, Mikroparadigmen) und Geltungskraft für die Gesamtdisziplin ihren „body of knowledge“ (Forschungskonzepte und -methoden, Theorien), ihre Praxiskonzepte (Interventionsstrategien, Behandlungsmethoden bzw. -techniken), ihre Interessen und Werte umfassen. Klinische Paradigmen zeigen sich in „social worlds“ bzw. „sozialen Repräsentationen“, d. h. kollektiven, kognitiven Mustern und ihren Manifestationen (z. B. Kongressen, Journals, Gebühren- und Ausbildungsordnungen usw.), weiterhin in den wissenschaftlichen bzw. professionellen Konsensgemeinschaften und in dem von ihnen beeinflussten gesellschaftlichen Raum (Medien, Ministerien, Kostenträger, Fachverbände etc.).«

Den Begriffen der „sozialen Repräsentation“ (Moscovici 1984; Jodelet 1989) und der „social world“ (Strauss 1978; Petzold, Petzold 1991a, 880) als „kollektiven Stilen des Denkens und Bewertens“ kommt in diesem Zusammenhang ausschlaggebende Bedeutung zu (Thommen et al. 1988), denn was ein „klinisches Paradigma“ ist, erweist sich abhängig von auf verschiedenen Niveaus erfolgenden gesellschaftlichen Bewertungsprozessen. Legt man eine Definition wie die gegebene zugrunde, finden sich im Felde der Psychotherapie und klinischen Psychologie verschiedene *konkurrierende Paradigmen*, und sie konkurrieren keineswegs oder auch-nur vorwiegend im Bereich der wissenschaftlichen Wirklichkeitserklärung, sondern auch und besonders im Bereich der Einflußsphären, Territorien, Machtpositionen und Märkte.

Bei dem rapiden Wachstum des Wissens und dem beständigen Wandel der Erkenntnisse im Felde der Psychotherapie, der klinischen Psychologie und der allgemeinen Psychologie wird man meistens mit Meso- und Mikroparadigmen befaßt sein. „Grundorientierungen“ im Felde der Psychotherapie entstehen durch Adaptierungen allgemeinpsychologischer, -philosophischer und sozialwissenschaftlicher Kenntnisse für die Arbeit im klinischen Felde. Weil auf diesem Wege in „Grundorientierungen“ selbst schon vielfältige Theorieannahmen eingehen, sie also weder originär noch „reinblütig“ sind — auch Freud griff beim Konzept des Unbewußten auf vielfältige Vorläufertheorien zurück (Ellenberger 1973) —, wird es immer zu Unschärfen kommen, die dem Paradigmakonzept als dynamischem Modell immanent sind und die auch eine gewisse Fruchtbarkeit haben. Sie ermöglichen Wandel. An solcher mangelnden Trennschärfe aber werden sich im Hinblick auf die Beurteilung unterschiedlicher therapeutischer Schulen, z.B. bei Entscheidungen auf einer legislativen oder administrativen Ebene, die Trennschärfe erfordern, Schwierigkeiten entzünden: Ist z. B. die RET wirklich noch als verhaltenstherapeutisches Verfahren zu betrachten? Ist die Transaktionsanalyse noch eine Form der Psychoanalyse? Ist die Gestalttherapie eine Form tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie? usw. usw.

Aber schauen wir uns doch einmal zwei „Grundorientierungen“ an: Und da stellt sich schon die Frage, welche und wieviele es davon gibt — zwei oder drei oder ...? (Petzold 1992o).

2.1 Exkurs: Ist die Psychoanalyse eine Grundorientierung?

Als Grundorientierung werden des öfteren genannt: Psychoanalyse, Tiefenpsychologie, Verhaltenstherapie, phänomenologisch-hermeneutischer und humanistisch-psychologischer Ansatz. Hier beginnen die Schwierigkeiten. Ist Psychoanalyse eine *Grundorientierung* oder ein *Verfahren der Tiefenpsychologie*? Der Begriff „Tiefenpsychologie“ taucht um 1930 auf, einerseits als Integrationsbegriff, um die von der Freudschen Schule abgespaltenen Richtungen, die noch an den theoretischen Basisannahmen *Freuds* in bestimmter Weise festhielten, dem psychoanalytischen Lager zuzuschlagen, andererseits als Abgrenzungsbegriff, der kennzeichnet, daß die so benannten Ansätze keine „richtige Analyse“ mehr betreiben (was zumeist an praxeologischen, aber auch an theoretischen Parametern gemessen wurde). Aber bei *Grundorientierungen* geht es ja um „Grundkonzepte“, und diese teilt die Psychoanalyse nicht nur mit den tiefenpsychologischen Schulen, sondern sie werden durch diese Schulen wesentlich erweitert und ergänzt. Neue Konzepte kamen und kommen hinzu, so daß unter dem Begriff „Tiefenpsychologie“ ein erheblicher, wenn auch noch kaum systematisch ausgewerteter Fundus an Wissen zu sehen ist, der in seiner Gesamtheit den „body of knowledge“ der *Freudschen Psychoanalyse* bei weitem übersteigt, ihn aber dabei einbezieht und in Basispositionen auf ihm gründet. Ältere Ansätze wie die von *Alexander* und *French* und neuere Entwicklungen wie die Selbstpsychologie und ihre Ableger (*Kohut*, *Wolf*, *Basch* u. a.), aber auch die von der Metapsychologie abweichenden „Empiriker“ (*Luborsky*, *Strupp* u. a.) lassen sich bei strikter konzeptanalytischer Betrachtung der traditionellen Psychoanalyse *Freuds* nicht mehr zuordnen, wohl aber einer „tiefenpsychologischen Psychotherapie“. Entweder kann sich die „psychoanalytic scientific community“ dazu entschließen, all diese fruchtbaren Entwicklungen von *Adler*, *Jung*, *Rank*, *Reich* bis *Perls*, *Berne*, *Lowen* oder *Stolorow*, *Ornstein*, *Weiss* — um ein Spektrum von den Anfängen bis in die Gegenwart aufzuführen — als *Psychoanalyse* anzuerkennen (was sie kaum tun wird und was auch ein Teil der genannten Protagonisten als Repräsentanten von inzwischen eigenständigen Schulen auch nicht akzeptieren würde), oder sie muß sich damit begnügen, eine Schule bzw. ein Verfahren im Rahmen des umfassenderen „MesoParadigmas“ der *Tiefenpsychologie* zu sein. Und das ist wohl die adäquate Bewertung, denn die Psychoanalyse hat nichts an theoretisch Grundlegendem, was in der Tiefenpsychologie nicht eingeschlossen wäre, wohl aber verfügt die Tiefenpsychologie über Entwicklungen, die die Psychoanalyse nicht aufgenommen hat, ungeachtet der Bedeutung der

wissenschaftlichen Erkenntnisse (z. B. der Gestaltkreislehre *V. von Weizäckers* oder der Teleoanalyse *A. Adlers*). Wohlgermerkt, es geht nicht um Feinstrukturen, sondern es geht aus wissenschaftstheoretischer Sicht bei Grundorientierungen um *Grundkonzepte*, und deshalb verfängt auch der mögliche (letztlich nur praxeologische) Einwand nicht, den man mir entgegenhalten mag: Ich würde den Unterschied zwischen Psychoanalyse und psychoanalytischer Psychotherapie nicht beachten. Wird dennoch der Anspruch erhoben, die Psychoanalyse sei neben der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie eine eigene Grundrichtung, so kann dies nur als ein „Territorialanspruch“, als Sicherung einer Einflusssphäre gesehen werden — warum auch nicht? —, aber nicht als ein Geltungsanspruch, der dem Blick der Wissenschaftstheorie, der vergleichenden Psychotherapiewissenschaft und der Konzeptforschung standhalten kann.

Entscheiden wir uns nun gegen die Psychoanalyse und für die *Tiefenpsychologie* als „übergeordnete Richtung“, so können wir damit davon ausgehen, daß diese als Referenztheorie für die „Grundorientierung der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapieformen“ gilt, so, wie die *Verhaltenspsychologie* bzw. *-theorie* als Referenztheorie für die „Grundorientierung der verhaltenstheoretisch fundierten Psychotherapieformen“ zu betrachten ist. Es stellt sich allerdings die — beim derzeitigen Stand der Dinge — sehr prekäre Frage, was denn die „Tiefenpsychologie“ sei, welche „wissenschaftliche Substanz“ sie habe und welchen Grad der Elaboration? Der Frage kann an dieser Stelle nicht in der erforderlichen „Tiefe“ (*Levy* 1963) nachgegangen werden (vgl. aber *Petzold* 1988a). Deshalb nur ein Hinweis. Blickt man z. B. auf das Standardwerk von *Dieter Wyss* über „Die tiefenpsychologischen Schulen“, so läßt es den Leser im Hinblick auf die etwaige Erwartung, ein geordnetes, konsistentes System wissenschaftlicher Annahmen zu erhalten, enttäuscht zurück. Man findet eine Vielfalt von zum Teil recht und zum Teil schlecht verbundenen Konzepten, begegnet durchaus einem Reichtum theoretischen und klinischen Wissens, aber auch Annahmen mit erheblichen Problemen in der Axiomatik. Das ist auch die Auffassung des gelehrten Autors, die sich über die vielen Auflagen dieses „Klassikers“ offenbar nicht geändert hat. Bis heute steht eine konsistente Darstellung dessen, was Tiefenpsychologie denn (jenseits der Irrtümer der Freudschen Metapsychologie) ist, aus. Die Aufgabe, eine „Grundlegung der Tiefenpsychologie“ zu schreiben, wäre faszinierend, wenn sie gelänge. Es wäre der Gesamtstoff, den Wyss dargestellt hat, nebst Einbezug der Neuentwicklungen konzeptanalytisch zu durchdringen und metahermeneutisch auszuwerten. Im übrigen würde eine konsistente Darstellung der Psychoanalyse, die die Positionen von *Freud, Ferenczi, Lacan, Klein, Winnicott, Guntrip, Bion, Erikson, Fromm, Schulz-Henke, Schaffer, Gill, Gedo, Kernberg, Sandner, Lorenzer* — um nur ein Spektrum von divergenten Positionen bei „eindeutiger“ psychoanalytischer Identität der Autoren zu nennen — *konsolidiert* und integriert, ein Jahrhundertwerk (sofern es gelänge).

2.2 Und die Verhaltenstherapie?

Aber auch die *verhaltenstheoretisch fundierte* „Grundorientierung“ tut sich schwer. Ein Werk, das dem von Wyss vergleichbar wäre, gibt es nicht. Der gewichtige Band von *Kanfer* und *Phillips* (1975) oder das Handbuch von *Christoph Kraiker* (1974) können, wenn man mit dem Oeuvre von Wyss in einem Publikationszeitraum bleiben will, eine ähnliche Aufgabe erfüllen wie dessen Überblick über die tiefenpsychologischen Schulen. Auch *Kanfer* vermag keine einheitliche, konsistente Basis für die „Verhaltenstherapie“ im Sinne *eines* Modells zu geben, an denen sich alle wesentlichen verhaltenstherapeutischen Richtungen zu orientieren hätten, um sich auf diese Weise einer „Grundorientierung“ zuordnen zu können; und das Handbuch von *Kraiker* mit seinen Darstellungen äußerst heterogener Theorie- und Praxisansätze unterstreicht diese Lage der Dinge. Dabei stand man damals erst an der Schwelle der „kognitiven Wende“, die mit neuer Modellvielfalt aufwarten sollte und für die vor allem der Verhaltensbegriff „zu eng“ wurde, so daß die „Kognitivisten“ — wohl zu Recht — nach der Auffassung einiger Autoren (z.B. *Bastine, Beck, Mahoney*) einen eigenen „main stream“ bilden und nicht unter die „behaviorale Grundorientierung“ subsumiert werden sollten. Sowohl für die tiefenpsychologische als auch für die verhaltenstheoretische „Grundorientierung“ ist die Situation seit dem Erscheinen dieser Standardwerke nicht besser geworden — eher schlechter. Die Diversifizierung der Konzepte und die Vielfalt der Methoden und Praxisstrategien hat sowohl innerhalb der beiden genannten bzw. sogenannten „Grundorientierungen“ als auch im Gesamtfeld der Psychotherapie noch erheblich zugenommen. Man hat hier von „fragmentation and chaotic diversity“ gesprochen (*Mahrer* 1989) oder gar von einer „Balkanisierung des Feldes“ (*Bevan* 1991).

Ich habe vertreten, daß die Psychotherapie sich in einer „paradigmatischen Phase der Differenzierung“ befindet und befinden muß und daß jetzt eine „paradigmatische Phase der Integration“ angezeigt sei (*Petzold* 1992g, 930 ff.), wobei jede Polarisierung an der Dynamik des Feldes vorbeigehe. Selbst *wo differenziert* wird und dies die vorherrschende Orientierung ist, wird immer auch von einigen Autoren *integriert* (*Mowrer, Dollard/Miller, Alexander/French, Thome* u. a. sind hierfür frühe Beispiele). Andererseits: Immer, wo das Integrieren Vordergrund wird, werden noch genügend Differenzierungsbestrebungen wirksam bleiben. Die dialektische Bewegung von Differenzierung und Integration, Detailwissen und Ganzheitsvisionen ist also zu sehen (*Petzold* 1989a), und das gilt für jedes einzelne Verfahren im Felde der Psychotherapie. Sowohl für die Psychoanalyse bzw. die Tiefenpsychologie als auch für die Verhaltenstherapie sind derzeit Integrationsbemühungen angesagt, und sie sind mehr oder weniger intensiv im Gange (vgl. z. B. das Handbuch von *Heigl-Evers* et al. 1993). Da solche Bewegungen von den Orthodoxen oftmals nicht mitvollzogen werden, verbleibt das Feld insgesamt dennoch recht heterogen.

23 Grundorientierung — Globalität und Unschärfe

Blickt man in andere „Grundorientierungen“, etwa die „systemische“, finden wir eine ähnlich chaotische Situation (*Ludewig* 1992; *Böse, Schiepeck* 1989), etwa im Hinblick darauf, was denn eigentlich „systemisch“ sei. Auch hier stellt sich als „Grundorientierung“ so etwas wie „ein Ensemble mehr oder weniger zueinander passender *representations sociales*“ (*Moscovici* 1984; *Jodelet* 1989) heraus, grobe soziale Kognitionen professioneller Gemeinschaften über das, was das systemische Konzept in der Psychotherapie bzw. Familientherapie denn sei. Die professionellen Gemeinschaften (der Psychotherapeuten, Psychiater, Psychologen) unterscheiden sich hier kaum von den „social worlds“ breiterer Bevölkerungsschichten (die *Professionals* sind allenfalls thematisch spezifischer), wie die berühmte Untersuchung von *Serge Moscovici* (1961) über die sozialen Repräsentationen der Psychoanalyse gezeigt hat.

Als Fazit kann man ziehen: *Grundorientierungen* als Makro- oder zuweilen auch nur als

„Mesoparadigmen“ im psychotherapeutischen Feld sind beim derzeitigen wissenschaftlichen „*state of the arts*“ eher als grobe, nicht sehr ausgearbeitete Globalkonzepte und Konzeptbündel zu sehen, die recht unscharf und unpräzise ein Terrain abstecken oder eine Richtung angeben, der man psychotherapeutische Verfahren und Methoden zuordnen könnte. Mit Blick auf die wissenschaftliche Substanz dieses Konzeptes wie auch auf den Stand der Elaboration in den sogenannten „Grundorientierungen“ ergibt sich zur Zeit nur eine Konklusion:

Für die „wissenschaftliche“ Begründung von administrativen Entscheidungen, ob die eine oder andere „Schule“ diesem oder jenem „Makro- bzw. Mesoparadigma“ zuzuordnen sei, mit der Konsequenz, daß sie anerkannt wird oder nicht, ist das Konzept „Grundorientierung“ derzeit gänzlich ungeeignet.

Dabei wird keineswegs übersehen, daß sich viele psychotherapeutische Schulen, Verfahren und Methoden im Sinne einer Identitätssicherung (z. B. durch „Mitgliedsrollen“, vgl. *Luhmann*) auch „Grundorientierungen“ zuordnen und sich dieses Konzeptes bedienen. Will man *Grundorientierungen* in der zuletzt angesprochenen Funktion als Fundus für metatheoretische und theoretische Konzepte verwenden, dann müssen sie solide ausgearbeitet werden, oder man muß sie aufgeben. Ansonsten würde der Fortschritt in der Psychotherapie behindert. Will man — aller Vorbehalte ungeachtet — auf den Begriff „Grundorientierung“ rekurrieren, so kann man mit Blick auf die Forschungsliteratur und die vorhandenen wichtigen theoretischen und praxeologischen Ansätze im Feld der Psychotherapie, klinischen Psychologie und Psychiatrie folgende Gruppierungen unterscheiden, die man im Sinne unserer Definition des „klinischen Mesoparadigmas“ als *Grundorientierungen* bezeichnen könnte:

(1) Grundorientierung der tiefenpsychologisch fundierten Therapieverfahren

Zu ihr sind folgende *Verfahren* oder *Methoden* zu rechnen:

- Formen der Psychoanalyse
- Individualpsychologie nach *Adler*
- Jungsche Tiefenpsychologie
- Daseinsanalyse
- Transaktionsanalyse
- Bioenergetische Analyse
- Neoreichianische Verfahren der Körperpsychotherapie
- tiefenpsychologisch fundierte Verfahren künstlerischer Psychotherapie (analytische Musik-, Kunst-, Tanztherapie) usw.
- tiefenpsychologisch fundierte Gestalt- und Psychodramatherapie

(2) Grundorientierung der verhaltenstheoretisch fundierten (behavioralen) Therapieformen

Zu ihr sind folgende *Verfahren* oder *Methoden* zu rechnen:

- klassische Verhaltenstherapie
- kognitive Verhaltenstherapie
- interaktionale Verhaltenstherapie
- Rational-emotive Therapie
- modellgestütztes Rollenspiel usw.

(3) Grundorientierung der phänomenologisch-hermeneutisch fundierten Therapieverfahren

Zu ihr gehören u. a. die häufig als „humanistisch-psychologisch“, „experientiel“ oder „existentialpsychologisch“ bezeichneten *Verfahren* oder *Methoden* wie:

- klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie
- Gestalttherapie
- Psychodrama
- Logotherapie
- Integrative Bewegungstherapie (auch als tiefenpsychologische Richtung)
- Konzentrierte Bewegungstherapie (auch als tiefenpsychologische Richtung)
- phänomenologisch orientierte Verfahren der Leibtherapie
- phänomenologisch-humanistisch fundierte Verfahren künstlerischer Psychotherapie (Musik-, Drama-, Kunstpsychotherapie) usw.

(4) Grundorientierung der systemisch fundierten Therapieverfahren Zu ihr gehören

- systemische Formen der Einzel- und Gruppentherapie (*Ludewig*)
- systemische Psychose- und Schizophrenietherapie (*Ciampi*)
- systemische Formen der Familientherapie (*Reiter*)

(5) Integrative Grundorientierung, Mehr-Ebenen-Konzepte

Zu ihr gehören theoriegeleitete Integrationsmodelle oder Modelle eines „systematischen Eklektizismus“, Positionen, denen sich die Mehrzahl der Psychotherapeuten und klinischen Psychologen (USA über 50 %, BRD über 40 %) zuordnen:

- schematheoretische Psychotherapie (*Grawe*)
- problemorientierte Psychotherapie (*Blaser*)
- Integrative Therapie (*Petzold*)
- eklektische Psychotherapie (*Garfield*) usw.

Wichtige Vertreter dieser Grundorientierung sind *Blaser, Grawe, Petzold, Garfield, Prochaska, Goldfried, Mahrer, Norcross, Wachtel, Bastine, Heim, Wyss, Kriz, Plaum* u. a.

(6) Klinisch-entwicklungspsychologische Grundorientierung

Diese auf der Longitudinalforschung und „*clinical developmental psychology*“ bzw. „*developmental psychopathology*“ fußenden Richtungen sind wegen ihrer theoretischen und empirischen Absicherung äußerst zukunftsreich:

- karrierebegleitende Entwicklungstherapie (*Rutter, Petzold, Garmezy*)
- beziehungsorientierte Entwicklungstherapie (*Samenoff, Emde*)
- entwicklungspsychologische Psychotherapie (*Basch, Thomas*)

Für jede der genannten „Grundorientierungen“ läßt sich ein „Set“ metatheoretischer, klinisch-theoretischer und praxeologischer Basiskonzepte erarbeiten, die allerdings in den unterschiedlichen „Verfahren“ (sie wurden nur exemplarisch aufgeführt) unterschiedlich gewertet und verarbeitet werden. Außerdem sind die *Verfahren* mit ihren verschiedenen Strömungen, Ausbildungsstätten etc. auch nicht unbedingt in sich kohärent. So wurde Autoren wie *Alexander* oder *French* von der eigenen psychoanalytischen Schule vorgeworfen, sie seien ja eigentlich schon Behavioristen. Andererseits wurden *Mowrer* oder *Dollard* und *Miller* von Behavioristen als Psychoanalytiker stigmatisiert. Weiterhin ist der konzeptuelle Rahmen verschiedener Therapien so angelegt, daß sie nicht eindeutig zuzuordnen sind. Die Individualpsychologie nach *Adler* könnte ohne weiteres auch der phänomenologisch-hermeneutischen bzw. „humanistisch-psychologischen“ Grundorientierung zugerechnet werden (*Titze 1978*), die Gestalttherapie ohne weiteres auch der tiefenpsychologischen. *Perls* selbst hatte gelegentlich seinen Ansatz als „behavioristische Phänomenologie“ bezeichnet. *Moreno* hatte sich mit seinem Psychodrama als ein Integrator von Psychoanalyse und Behaviorismus verstanden (und es lassen sich hierfür durchaus gute Gründe beibringen). Sowohl *Perls* als auch *Moreno* haben sich dezidiert gegen eine Zuordnung zur „humanistisch-psychologischen“ Richtung gewandt. Sie hatten gute Gründe dafür, obwohl sie — gegen ihren Willen also — heute von der Mehrzahl der Autoren dieser Grundorientierung zugerechnet werden. Schulen sind in ihrer historischen Entwicklung nicht stabil. Setzten sich *Perls* und die erste Generation der Gestalttherapeuten in seiner Nachfolge sehr dezidiert von der Psychoanalyse ab (auch aus Gründen der eigenen Identitätsfindung), so findet man seit Anfang der 80er Jahre bei vielen gestalttherapeutischen Autoren eine deutliche Annäherung an psychoanalytische Konzepte (insbesondere der Objektbeziehungstheorie), bis hin zum Auftauchen von Begrifflichkeiten wie „psychoanalytische Gestalttherapie“ (*Walter 1987*), ja bis zu Schulen-Neugründungen unter diesem Namen. Andererseits gibt es aber auch „orthodoxe Perlsianer“, die eine rigorose Ablehnung der Psychoanalyse in Stereotypen, die natürlich in keiner Weise ihrer heutigen klinischen Realität entsprechen, fortschreiben (*Rosenblatt 1986*).

3. Verfahren und ihre Feinstrukturen

Da „*Verfahren*“ auf metatheoretische Konzeptualisierungen nicht verzichten können, werden sie sich, wenn sie durch Referenztheorien aus den Grundorientierungen keine Unterstützung erhalten, selbst um die Ausarbeitung entsprechender Positionen bemühen müssen bzw. um die Beziehung und Verarbeitung von kompatiblen Referenztheorien. Auch was ein Verfahren ist, sei kurz in einem Definitionsversuch umrissen:

»Verfahren sind im Feld der klinischen Praxis entwickelte, theoretische Modellvorstellungen (klinische Mesoparadigmen) über die gesunde und die gestörte Entwicklung der menschlichen Persönlichkeit in ihrem Kontext und über die Möglichkeiten der Beeinflussung ihrer kognitiven, emotionalen, sensumotorischen und sozialen Stile und Verhaltensweisen durch ein systematisch erarbeitetes und überprüftes Repertoire von Interventionsmethoden.

Durch diese Modellvorstellungen, die in der Regel unter Rückgriff auf „Referenztheorien“ (d. h. auf philosophisches, psychologisches und klinisches Grundlagenwissen aus ‚main streams‘ bzw. ‚Grundorientierungen‘) erarbeitet werden, wird die Praxeologie des Verfahrens, durch welche Krankheiten, Störungen und Leidenszustände von Patienten in/mit ihrem Kontext behandelt werden, auf den Boden wissenschaftlich konsistenter Theorien (z. B. zur Salutogenese und Pathogenese) gestellt, werden weiterhin klar formulierbare Therapieziele möglich und können Methoden, Formen und Techniken der Beeinflussung von Befindlichkeiten, Leidenszuständen und Krankheiten im Rahmen therapeutischer Beziehungen und supportiver Agenturen der Hilfeleistung (Ambulatorien, Kliniken usw.) systematisch klinisch erprobt und empirisch überprüft werden.«

Die Definition des Konzeptes „Verfahren“ zeigt die unlösbare Verschränkung von Theorie und Praxis. Modellvorstellungen werden eben nicht nur für den Bereich der Metatheorie ausgearbeitet oder für den der klinischen Theorien, sondern eben auch im Hinblick auf das Repertoire von Interventionen. Interventions- bzw. Methodenlehre ist Gegenstand der „Praxeologie“, d. h. der Theorie über die Praxis. Dabei wird das Spektrum des Interventionskonzeptes nicht nur auf die Einzelperson als solche — den Patienten — bezogen, sondern auch auf ihren *Kontext* (d. h. die sozialen und ökologischen Dimensionen), weiterhin auch auf sensumotorisches Verhalten — d. h. die leibliche Realität —, womit über die Mehrzahl der gängigen psychotherapeutischen Verfahren (die systemischen und die körperpsychotherapeutischen ausgenommen) hinausgegangen wird, was darin begründet liegt, daß „Verfahren“ hier unter „integrativ-therapeutischer Perspektive“ definiert wurde und die „Integrative Therapie“ ja neben der spezifisch psychotherapeutischen auch eine starke leibtherapeutische und soziotherapeutische Ausrichtung hat (Petzold, Petzold 1993a; Petzold, Orth 1993e), sich als eine „Integrative Humantherapie“ versteht (idem 1988n). Außerdem wird, was unterstrichen werden muß, nicht nur auf Pathogenesetheorien abgestellt, sondern auch auf salutogenesetheoretische Konzepte. Verhalten — gesundes wie krankes — muß als Interaktion von „positive and adverse events“, von protektiven und Risikofaktoren angesehen werden (Antonovsky 1987; Petzold et al. 1993).

Die in der Definition angesprochenen „Modellvorstellungen“ müssen u. a. deshalb die gesamte Wissensstruktur von Psychotherapie, den gesamten Bereich des „Tree of Science“ (idem 1992 a, 457 ff.) abdecken, weil es notwendig ist, die unabänderlich vorhandenen *impliziten* erkenntnistheoretischen und anthropologischen Annahmen *explizit* zu machen, ansonsten kommen gegebenenfalls dysfunktionale Konzepte und Prozeduren in der Praxis zur Anwendung, die bei einer adäquaten anthropologischen und ethiktheoretischen Reflexion niemals eingesetzt worden wären. Denn selbst in der kleinsten therapeutischen Technik sind die impliziten metatheoretischen Konzepte präsent.

Deutlich wird dies etwa an der Technik des „bioenergetischen Bocks“ (Lowen, Lowen 1977), einem gepolsterten Hocker, über den der Patient/die Patientin, in der Regel nur mit einem Slip bekleidet, gelegt wird, während der Bioenergetiker, der diese Technik benutzt (nicht alle benutzen sie), Verspannungszustände diagnostiziert und durch Interventionen auf die Muskulatur „blockierte Energien“ zum Fließen bringen will (Sollmann 1984). Hier wird also ein Mensch in einer eklatant *undialogischen* Situation „aufgebockt“, wie ein Wagen, der einer autoelektrischen Inspektion unterzogen wird. Das phallisch-aggressive und phallisch-penetrierende Moment (*the lad ready for castration, the lady ready for defloration*) dieser Situation wird nicht gesehen, weil offensichtlich eine Symboltheorie fehlt bzw. eine symboltheoretische Reflexion ausgeblendet wurde. Wo sie stattfindet, wird diese und werden andere Techniken der Bioenergetik von bioenergetischen Analytikern fallengelassen. Bei einer dialogisch bzw. intersubjektiv fundierten Anthropologie und einer auf die Integrität des Subjekts und seine Selbstbestimmtheit abstellenden Ethiktheorie könnte eine solche Technik niemals verwendet werden.

Ähnliche Problematik zeigt sich in verhaltenstherapeutischen Prozeduren der „Aversionsbehandlung“ von Fetischisten, Transvestiten, Homosexuellen, Alkoholikern (Feldman 1966) und bettnässenden Kindern (Marks, Gelder 1967; Lovibond 1964; Mowrer 1938; Feldman, McColloch 1971; Franks 1966), bei denen Elektroschock-UCS oder Schreckgeräusche oder Übelkeit auslösende Stoffe (Apomorphin, Emetin) als UCS verabreicht wurden. In der „Behandlung von Homosexuellen“ z. B. hat man, wenn durch sexuelle Phanatasien (Bancroft 1966) oder Bilder von sexuell erregenden Szenen ein bestimmter Grad der Peniserektion — gemessen mit einem Plethysmographen — erreicht wurde, einen schmerzhaften Stromstoß auf das Glied appliziert. „Behandlungen“ von Menschen (Fetischisten, Transvestiten, Homosexuellen oder Kindern) mit Stromstößen zeigen nicht nur ein Fehlen von empathischen Qualitäten oder *Herz*, sie zeigen auch eine völlige Abwesenheit metatheoretischer Reflexionen anthropologischer oder ethischer Art

(vgl. aber *Wilson, Davison* 1974). Auch die gestalttherapeutische „Hot Seat“-Technik (*Perls* 1969) oder die psychoanalytische „Grundregel“, nach der der Patient sich dem Analytiker rückhaltlos offenbaren muß, müßte unter anthropologischer und ethiktheoretischer Perspektive kritisch reflektiert werden. Und so geht es mit den Methoden und Techniken der verschiedensten, psychotherapeutischen Verfahren, man denke z. B. an *Szondis* (1963, 140-190; *Beeli* 1993) „Psychoschock“ und „Hammerschlagtechnik“ oder die Techniken des „psychodramatischen Schocks“ oder z.B. des „behind your back“ (*Schützenberger* 1970, 97 f) oder die teilweise sehr demütigende „Übertreibungstechnik“ (*Perls* 1969, 207 ff.) oder das „making the rounds“ (idem 1980, 199) in der Gestalttherapie oder gewisse hypnotische Manipulationen *Milton Ericksons*, bei denen von einem „informed consent“ (*Robitscher* 1978) nicht die Rede sein kann. *Davanloos* ruppige Deutungstechnik, *Farelis* z. T. verletzende „provocative therapy“, *Bandlers* (1987, 66, 114, 1770 menschenverachtende Manipulationen, *Casriels* (1972, 500 pushen, *Janovs* riskante „Intensivphasen“ ... die Aufzählung ethisch und klinisch höchst bedenklicher Ansätze, die alle an einem gravierenden Theoriedefizit leiden, ließe sich leicht vermehren.

Ist ein psychotherapeutisches Verfahren anhand der mit dem „Tree of Science“ aufgezeigten Wissensstruktur ausgearbeitet, so hat es die Chance, zu einer fundierten *Praxeologie* zu finden, die nicht nur die Applikation von *Methoden* oder einzelner vordergründig effektiver *Techniken* darstellt (auch die E-Schock-Behandlungen von *Feldman* [1966] waren ja effektiv) und die nicht nur die methodische Umsetzung „therapiewirksamer Faktoren“ (vgl. *Petzold* 1992g, 992) ist, sondern in der Theorie- und Praxiskonzepte abgestimmt sind und in einer Gesamtschau verortet werden können.

4. Methoden — zur „Praxeologie“ von Verfahren

Wir kommen damit zum Konzept der *Methode*, das ich beim Versuch, eine sprachliche Regelung für die verschiedenen, im Felde der Psychotherapie gebrauchten praxeologischen Begriffe zu finden, seinerzeit definiert hatte als „in sich konsistente Strategien des Handelns, die durch ein theoretisches Konzept abgesichert sind, zusammenhängen und über ein Repertoire von Handlungstechniken und spezifischen Medien verfügen“ (*Petzold* 1977c, 101). Inzwischen haben wir unser Verständnis von Methoden weiter differenziert und definieren:

»In der Psychotherapie sind "Methoden" (griech. = Weg auf ein Ziel hin) an übergeordneten, theoretischen Prinzipien, d. h. an einem „klinischen Mesoparadigma“ bzw. „Verfahren“ ausgerichtete Wege theoriegeleiteten, systematischen Handelns in der Praxis. „Methode“ als klinisches Mikroparadigma verstandenes Gesamt konsistent abgestimmter Praxisstrategien (Interventionsformen, Techniken, Medien, Behandlungsstile, Settings usw.) ermöglicht es, übergeordnete und spezifische therapeutische Zielsetzungen zu erreichen, wie sie einerseits im Rahmen eines Verfahrens erarbeitet werden (Globalziele von Therapie etwa) und wie sie sich andererseits aus der Anwendung eines Verfahren in der Praxis ergeben (Grob- und Feinziele). Methode macht es weiterhin möglich, die Inhalte einer Therapie mit einem konkreten Menschen in seiner Situation systematisch zu bearbeiten.«

Mit Blick auf unsere bisherigen Ausführungen und auf diese Definition wird deutlich: Im Felde der Psychotherapie haben wir es meistens mit „Methoden“ zu tun, und damit reduziert sich die inflationäre Menge sogenannter „eigenständiger“ Verfahren und Schulen auf doch relativ wenige. In der theoretischen Ausarbeitung und praxeologischen Elaboration erfüllen nur einige Ansätze und Schulen die Anforderungen, die man an ein „Verfahren“ stellen muß, was nicht heißt, daß „Methoden“ nicht durchaus auch effektive Wirkung haben können.

Als die wichtigsten „Verfahren“ im Feld der Psychotherapie können auf dem Hintergrund der vorausstehenden Überlegungen und konzeptanalytischer Vergleiche (*Petzold* 1984a) derzeit genannt werden: Die Main-stream-Orientierung der „Psychoanalyse“, die der „Verhaltenstherapie“, weiterhin konsistente Modelle der Methodenintegration, wie z. B. die „Integrative Therapie“, weiterhin das „Psychodrama“, die „klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie“, die individualpsychologische Therapie nach *Adler*. Die Mehrzahl der anderen Richtungen bewegt sich auf der Ebene von „Methoden“, etwa das „katathyme Bilderleben“, die „Rational-Emotive Therapie“, die „Konzentrierte Bewegungstherapie“, um einige zu benennen. Andere Ansätze, z. B. die „Transaktionsanalyse“ von *E. Berne* oder die „Psychosynthese“ von *R. Assagioli* sind nicht eindeutig zu klassifizieren. Bei den *Methoden* werden bei näherem Hinsehen natürlich die impliziten oder expliziten Anschlußstellen zu den übergeordneten *Verfahren* bzw. zu sogen. „Grundorientierungen“ erkennbar, wobei derartige Anbindungen den Vertretern so mancher *Methode* nicht oder nur mäßig bewußt sind, so daß sie die Erträge elaborierter Metapositionen nicht nutzen können und

damit in all die Probleme hineinlaufen, die aus solcher Unkenntnis erwachsen können. In ihrer Praxeologie haben therapeutische *Verfahren* in der Regel methodische Hauptorientierungen und Nebenrichtungen. In der Psychoanalyse praktiziert die Hauptorientierung die Bearbeitung des Materials des Patienten im „therapeutischen Gespräch“ (die „*talking cure*“), das in der Übertragungs-/Gegenübertragungskonstellation bzw. im Rahmen des „Arbeitsbündnisses“ stattfindet und durch *Techniken* strukturiert wird. *Techniken können definiert werden als Instrumente zur Strukturierung von Situationen und zur Erreichung spezifischer Zielsetzungen im Rahmen der Methode*“ (vgl. Petzold 1977c, 101). In der Psychoanalyse nehmen besonders die verschiedenen Techniken der Deutung oder des Umgangs mit der Übertragung und mit Widerständen den zentralen Platz ein (Greenson 1975; Glover 1955). Neben diesem methodischen Hauptstrang haben sich aber im *Verfahren* der Psychoanalyse (oder vielleicht wäre es besser zu sagen „neben“ ihm und z. T. unbeachtet und ungewollt von den Vertretern des Hauptstroms) andere *Methoden* entwickelt: etwa die psychoanalytische Kunsttherapie (Naumburg 1966), Tanztherapie (Siegel 1987) oder Musiktherapie (Priestly 1975). In diesem Fall wird Psychoanalyse als Verstehenshintergrund, als theoretische Basis verwendet, also der gesamte Teil I und II des „Tree of Science“ benutzt. Es handelt sich also um Formen „angewandter Psychoanalyse“, auch wenn das von methodenfixierten (d. h. am Couchsetting und der Verbalisation festhaltenden) Psychoanalytikern nicht zugestanden wird, weil sie einen „Primat der Behandlungstechnik“ vertreten, und das heißt natürlich der „klassischen Technik“, in unangemessener Überschätzung der praxeologischen Konsistenz, der theoretischen Begründungen und der praktischen Auswirkung einer „main stream-Technik“, die es als solche, wie die Diskussion dieser Frage in der Psychoanalyse eingeständenermaßen zeigt, nicht gibt (Rangell 1954; Greenson 1975, 15; Cremerius 1979, 1984; Thomä, Kächele 1985); denn *Freuds* technische Schriften repräsentieren weder seine Praxis (Cremerius 1981) noch die Praxis der Psychoanalytiker. Es wirken die unterschiedlichsten psychoanalytischen Vorgehensweisen: die fast behavioristische Praxis von T.M. French, die warmherzige Haltung von D.W. Winnicott, die abwartende Orientierung von M.M.R. Kahn, die „Analysen im Liegen“ wie die „Analysen im Sitzen“, die „aktive und elastische Technik“ von Ferenczi (1927/28) und die strukturierenden Modelle der analytischen Kurzzeittherapie (Luborsky, Davanloo, Strupp u.a.). Warum sollten also die kreativitätstherapeutischen Formen der Psychoanalyse oder zumindest doch psychoanalytischen Therapie geringer gewertet werden als die verbalen Orientierungen? Auch hier geht es nicht um theoretische Konsistenz oder empirisch nachweisbare Effizienz, beides ist ja gegeben (vgl. die umfangliche Bibliographie von Aissen-Crewett 1986), es geht um die Wahrung von *Territorien* einer „*professional community*“ gegenüber anderen „*communities*“, und seien sie selbst theoretisch aufs engste verwandt.

4.1 Methodische Differenzierungen, dargestellt am Beispiel der Integrativen Therapie

Auch im *Verfahren* „Integrativen Therapie“ gibt es eine Hauptströmung als *Methode* der Behandlung. Diese zentriert in folgenden Elementen: (1) dem „erlebnisaktivierenden Gespräch“ als „narrativer Praxis“ (Petzold 1991a, 374ff), (2) den emotionsintensiven „Fokalsitzungen“ (idem 1993p) sowie (3) in leibtherapeutischen (idem 1988n) und (4) kreativ-medialen Arbeitsformen (Petzold, Orth 1990), bei (5)

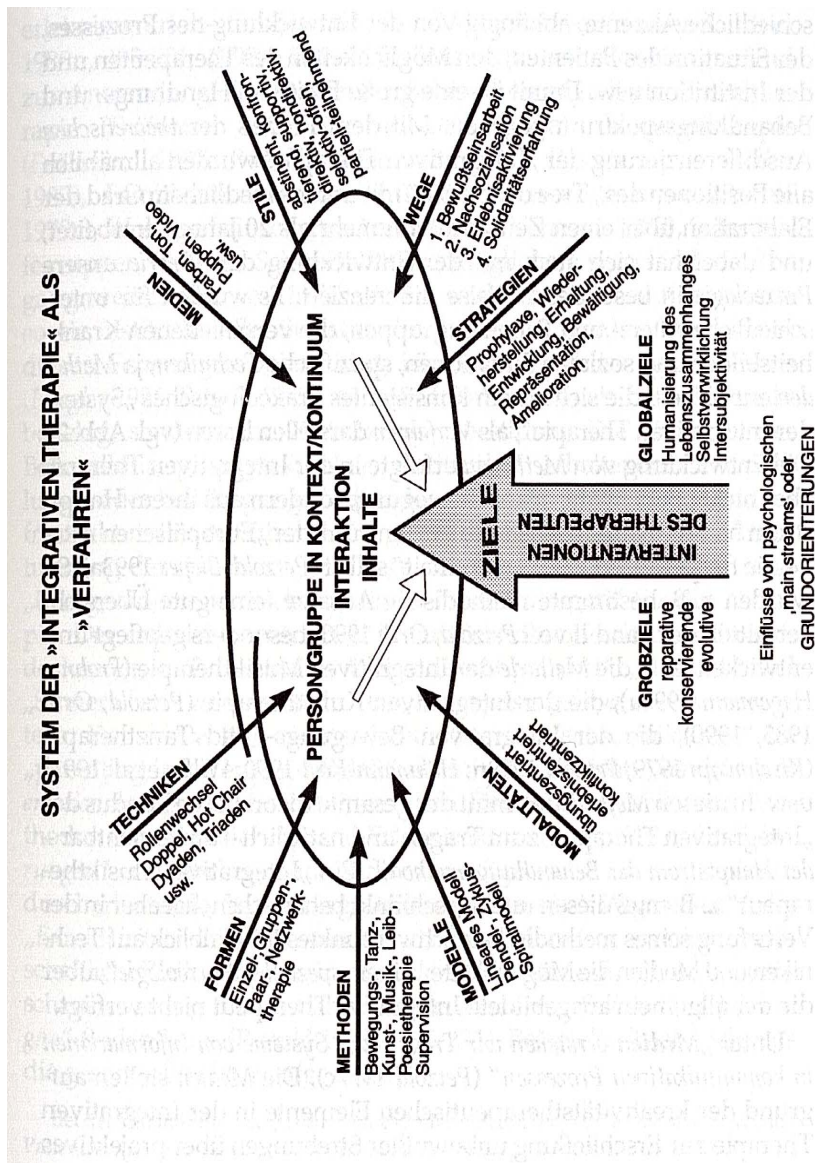


Abb. 2: System der Integrativen Therapie als Verfahren (Graphik: Tjalke Hatermann)

flankierenden soziotherapeutischen Maßnahmen (Petzold, Petzold 1993). Dies alles wird in einem *korespondierenden intersubjektiven Prozeß* (er bezieht Übertragungs-, Gegenübertragungs-, Widerstands- und Abwehrgeschehen ein) organisch verbunden, d. h. integriert eingesetzt. Dieser *Hauptstrom* der Methode ermöglicht also unterschiedliche Akzente, abhängig von der Entwicklung des Prozesses, der Situation des Patienten, den Möglichkeiten des Therapeuten und der Institution usw. Damit ist eine große Breite im Handlungs- und Behandlungsspektrum gegeben. Mit dem Prozeß der *theoretischen* Ausdifferenzierung der „Integrativen Therapie“ wurden allmählich alle Positionen des „Tree of Science“ mit unterschiedlichem Grad der Elaboration über einen Zeitraum von mehr als 20 Jahren erarbeitet, und dabei hat sich auch mit der Entwicklung der *Theorie* unsere *Praxeologie* in besonderer Weise differenziert. Es wurden für unterschiedliche Alters- und Patientengruppen, die verschiedenen Krankheitsbilder und sozialen Situationen, spezifische *Techniken*, ja *Methoden*

entwickelt, die sich als ein konsistentes praxeologisches „System der Integrativen Therapie“, als *Verfahren* darstellen lassen (vgl. Abb. 2). Die Entwicklung von *Methoden* erfolgte in der Integrativen Therapie aber nicht „neben“ der Hauptbewegung, sondern aus ihrem Hauptstrom heraus in ihrem Ausbildungszentrum, der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ selbst (Petzold, Sieper 1993a). So wurden z. B. bestimmte methodische Ansätze (eine gute Übersicht vermittelt der Band II von Petzold, Orth 1990) besonders gepflegt und entwickelt: z. B. die *Methode* der Integrativen Musiktherapie (FrohneHagemann 1990a), die der Integrativen Kunsttherapie (Petzold, Orth 1985, 1990), die der Integrativen Bewegungs- und Tanztherapie (Kirchmann 1979; Petzold 1988n; Höhmann-Kost 1990; Willke et al. 1991) usw. In diesen *Methoden* kommt der gesamte theoretische Fundus der „Integrativen Therapie“ zum Tragen und natürlich — unverzichtbar — der *Hauptstrom der Behandlungsmethodik*. Ein „Integrativer Musiktherapeut“ z. B. muß diesen uneingeschränkt beherrschen, hat aber in der Vertiefung seines methodischen Schwerpunktes im Hinblick auf Techniken und Medien die Möglichkeiten einer „speziellen Praxeologie“, über die der allgemein ausgebildete Integrative Therapeut nicht verfügt.

Unter „Medien verstehen wir Träger oder Systeme von Informationen in kommunikativen Prozessen“ (Petzold 1977c). Die *Medien* stellen aufgrund der kreativitätstherapeutischen Elemente in der Integrativen Therapie zur Erschließung unbewußter Strebungen über projektives Material ein besonderes Charakteristikum dieses Ansatzes dar. Die Entwicklung einer eigenen Medientheorie, die verschiedene *Sachmedien* und *personale Medien* unterscheidet, trägt diesem Faktum Rechnung (idem 1977c; Petzold, Orth 1990b; Wolff 1989).

Es gibt aber auch eine übergreifende „allgemeine Praxeologie“, was z. B. die „*Stile* des Arbeitens“ anbelangt, die in einem Spektrum von *Abstinenz* bis zur *Selbstoffenbarung* indikations- und situationsspezifisch variieren können (Petzold 1980g, 248 ff.), wobei die *Stile* des „partiellen Engagements“ und der „selektiven Offenheit“ (ibid. 253 ff.) die Hauptform bilden. Auch die *Modalitäten*, in denen Behandlungen durchgeführt werden können (übungsorientiert-funktional, erlebnisorientiert-stimulierend, konfliktorientiert-aufdeckend, idem 1988n, 495-501; 1993a, 1234-1250) kommen methodenübergreifend zur Anwendung. Die *Formen* der Behandlung: dyadische Einzeltherapie (Frühmann 1993; Petzold, Orth 1993a), Gruppentherapie (Frühmann 1987; Petzold, Schneewind 1986), Paartherapie (Coellen 1987), Familientherapie (Heini 1988), Netzwerktherapie (Petzold 1979c), Wohngemeinschaftsarbeit (Petzold, Vormann 1980), Selbsthilfegruppen (Petzold, Schobert 1991) ermöglichen verschiedene Zugangsweisen, die von Indikationen und persönlicher Kompetenz sowie institutioneller Situation her bestimmt werden. Wie nun in diesen *Formen* gearbeitet wird, hängt von *Modellen* des Prozesses (Fengler 1986; Petzold 1992a, 616, 621 ff.) ab, und auch diese sind nicht beliebig, sondern von Zielsetzungen bestimmt. Die *Strategien* der Behandlung prophylaktischer, restitutiver, erhaltender, entwicklungs- oder bewältigungsfördernder, gesundheitspolitischer und in frastruktureller Art (ibid. 1273) geben die Stoßrichtung und Akzentuierung der Arbeit an. Die *Wege* der Behandlung schließlich sind „übergeordnete klinisch-praktische Orientierungen“ für die Therapie. Der *erste Weg* zentriert z. B. auf Bewußtseinsarbeit, ist in aufdeckender, z. T. deutender Weise darauf gerichtet, „*Einsicht*“ und „*Sinnerleben*“ zu vermitteln, die „*Sinnerfassungskapazität*“ zu erweitern. Der *zweite Weg* zielt auf „emotionale Nachsozialisation“ im „parenting/ reparenting-Modell“ ab, mit der Absicht, „*korrigierende emotionale Erfahrungen*“ bereitzustellen. Der *dritte Weg* soll durch Methoden der Stimulierung und Erlebnisaktivierung „*alternative Erfahrungen*“ ermöglichen, ohne daß notwendigerweise ein biographisch durcharbeitender Bezug hergestellt wird. Der *vierte Weg* versucht, die „*Exzentrizität*“ des Patienten zu erweitern, damit er etwaige gesellschaftliche Bedingungen seiner Krankheit oder seines Leidens zu durchschauen vermag und mit anderen Menschen zu „*Solidaritätserfahrungen*“ finden kann (Petzold 1988n, 214-275). Beispielhaft sei nochmals die gesamte Struktur aufgezeigt:

Bei der Behandlung — sagen wir — eines frühgeschädigten, verbalisationsschwachen Patienten mit dem *Verfahren* der „Integrativen Therapie“ entscheidet man sich nach Diskussion der Indikation im Team, die *Methode* der „Integrativen Musiktherapie“ in der *Form* der Einzeltherapie einzusetzen, wobei die *Technik* des „instrumentalen Dialogisierens“ unter Verwendung von ausdrucksfördernden Percussion-Instrumenten als *Medien* besonderes Gewicht gewinnt und mit einem zugewandten, stützenden *Stil* der Behandlung im Rahmen der erlebnisaktivierenden *Modalität* vorgegangen wird, weil der erste, der „*aufdeckende*“ *Weg der Heilung* nicht indiziert ist, sondern der *dritte Weg* mit der Zielsetzung, „*alternative Erfahrungen*“ zu vermitteln, angezeigter scheint.

Es wird in dieser kursorischen Aufstellung, die hier exemplarisch stehen sollte, schnell sichtbar, wie stark im „System der Integrativen Therapie“ Theorie und Praxis verschränkt sind. Methoden, Techniken, Medien werden nicht arbiträr, sondern theoretisch begründet eingesetzt.

Eine praxeologische Einteilung, wie sie hier am Beispiel des *Verfahrens* der „Integrativen Therapie“ vorgestellt wurde, fällt natürlich für die verschiedenen therapeutischen Verfahren unterschiedlich aus: für die Psychoanalyse anders als für die Verhaltenstherapie oder für die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, wobei die Praxeologien keineswegs stabil sind. So hat sich die Gesprächstherapie durch die Aufnahme der Ansätze von *Eugene Gendlin* der erlebnisaktivierenden und körperbezogenen Dimension geöffnet. Sie beginnt, sich weiterhin durch die kunst- und kreativitätstherapeutischen Entwicklungen von *Nathalie Rogers*, der Tochter des Begründers der *client centered therapy*, auch das kreativtherapeutische Methodenrepertoire zunutze zu machen. Es wäre viel gewonnen, wenn sich die einzelnen psychotherapeutischen Verfahren bzw. Schulen intensiver über ihre Praxeologien austauschen würden. Die Psychoanalyse z. B. täte gut daran, wenn sie die von ihr wenig beachteten oder sogar von ihr abgelehnten kreativitäts- und körpertherapeutischen Ansätze, die sich auf psychoanalytischer Grundlage entwickelt haben oder sich zumindest auf diese Grundlage berufen, stärker in ihre Praxeologie einbeziehen würde. Sie würde sich damit einen Reichtum erschließen, den sie bislang nicht erkannt und ausreichend gewürdigt hat.

5. Einige Überlegungen und Konzepte zur „Integrationsarbeit“ in der Psychotherapie

Die einzelnen Schulen werden heute explizit vor die Aufgabe und die Probleme der Integrationsarbeit gestellt, denn „integrieren“ tun sie ja alle, wie man allenthalben hört! Aber was heißt denn integrieren? Angliederung fremden Materials an die eigenen Konzepte (bis hin zur Entschärfung möglicher fruchtbarer Korrekture)? Übernahme von Theorieversatzstücken oder Techniken, ohne zu fragen, ob die von ihnen implizierten Konzepte zu den eigenen Grundannahmen passen? Jeder, der integriert, muß die *Wissensstruktur* seines *Verfahrens* kennen und die des Verfahrens, aus dem er konzeptuelle oder praxeologische Elemente übernehmen will, um deren Implikationen beurteilen zu können und um sie mit seinem eigenen Ansatz zu einer guten „Passung“ zu bringen. „*Mismatches*“ sind nicht nur in der zwischenmenschlichen Interaktion störend und zuweilen fatal. Voraussetzung für jede Art von Integrationsbemühungen ist damit die Elaboriertheit der eigenen Theorie. Dabei ist *eine Theorie so gut oder so schlecht wie das Wissen des Theoriebenutzers 'der Theoriebenutzerin um ihre Stärken, Schwächen und weiße Flecken.*

Integration setzt voraus, daß es *Vielfalt, Differenzierungen* gibt und daß man überzeugt ist, die eigene Position sei keine endgültige, ja könne sogar in grundlegenden Prinzipien verändert werden. Nur wer dieses „heraklitische Prinzip“ (*Petzold, Sieper* 1988) verstanden hat, hat die Chance, zu differenzieren und zu integrieren, und vermeidet bloße Angliederung oder Konzeptnivellierung. *Freud* hat eine solche Position explizit vertreten, etwa in seiner „Zwischenbilanz“ von 1919: „Wege der psychoanalytischen Therapie“:

»Sie wissen, wir waren nie stolz auf die Vollständigkeit und Abgeschlossenheit unseres Wissens und Könnens; wir sind, wie früher, so auch jetzt immer bereit, die Unvollkommenheiten unserer Erkenntnis zuzugeben, Neues dazuzulernen und an unserem Vorgehen abzuändern, was sich durch Besseres ersetzen läßt.«

Bis in seine letzten Lebensjahre hat sich *Freud* an diese Maxime —zumindest im Hinblick auf sein eigenes Schaffen — gehalten. Querdenken in seiner Schule allerdings gab er keinen Raum. Auch *Perls* (1969c, 1) vertritt eine solche heraklitische Position, die *transformatives Wissen* ermöglicht statt dogmatischer Fixierung: „*Therapien sind Landkarten, Orientierungshilfen. Man kann sie brauchen, solange sie genau sind, und man muß sie ändern oder neue erfinden, wenn sie nicht mehr genügen. Auf geschlossene Gestalten folgen neue. Das ist das Wesen der Gestalttherapie*“ (ihid.). Ich habe stets eine derartige Position affirmiert: „Der Entwurf der Integrativen Therapie vertritt konsequent eine prinzipielle Unfertigkeit. Darin liegt die Fülle seiner Möglichkeiten und seine Lebensnähe“ (*Petzold* 1970c, 1).

Das Neue kann beunruhigend sein, weil es sich dem kontrollierenden Zugriff letztlich entzieht — aber darin liegt auch die Chance der Freiheit, zugleich jedoch auch das Risiko der Gefährdung von Identität. Deshalb sind viele „Integrationen“ nur halbherzige Assimilationen: Man macht sich die Materialien ähnlich. Grundsätzliche Infragestellungen gibt es nicht! Natürlich beinhaltet nicht jede „Integration“ eine identitätsgefährdende Konfrontation von Grundpositionen (zuweilen bleiben sie indes unbemerkt, z. B. in der „Integration“ von „Gestalttherapie und Bioenergetik“, von „Gesprächstherapie und Verhaltensmodifikation“, wie sie in der Psychotherapieszene oft ausgeschrieben werden). Deshalb ist es gut, sich seiner Grundpositionen gewiß zu sein und von ihnen *Leitkonzepte* für das Integrieren abzuleiten. Ich

habe solche Konzepte „**Integratoren**“ genannt. Sie müssen für jedes **Verfahren** spezifisch erarbeitet werden, wenn man „systematisch“ integrieren will und keinem „pragmatischen Eklektizismus“ oder gar einer wilden Polypragmasie anheim fallen will.

Wie in diesem Beitrag schon bei der Darstellung der Praxeologie als Beispiel die „Integrative Therapie“ herangezogen wurde, sei auch das Konzept der **Integratoren**, wie wir es entwickelt haben, anhand des eigenen Verfahrens exemplifiziert: Beim Integrieren kann man nicht wahllos „Anleihen“ machen, ohne zu riskieren, die eigenen Proprien zu verlieren und bei einem „russian salad“ zu enden. Es ist vielmehr notwendig, im eigenen erkenntnistheoretischen Paradigma (bei der Integrativen Therapie im phänomenologisch-hermeneutischen und sozialwissenschaftlichen) zu verbleiben und anhand von *Integratoren* (z. B. Intersubjektivität, komplexe Bewußtheit, Lebenslaufperspektive usw.), die Selektionshilfen bieten, Konzepte, Methoden und Techniken auszuwählen, welche mit den Positionen der Integrativen Therapie in Theorie und Praxeologie kompatibel, d. h. *konzeptsynton* sind. Kontrollanalyse und Supervision sind hier in besonderer Weise gefordert. Ist die *phänomenologisch-hermeneutische Grundlage*, die - „von den Phänomenen zu den Strukturen und zu den Entwürfen“ kommend - die Erkenntnisprozesse unterfängt, bei Verfahren oder Methoden gegeben, so können Integrationsprozesse ohne Schwierigkeiten greifen, ansonsten müssen theoretische Angliederungs- oder Transformationsschritte erfolgen (und natürlich ist nicht alles zu integrieren oder es lohnt der Mühe nicht). Supervision muß evident machen: Von bewußten und unbewußten leiblichen *Wahrnehmungen* ausgehend, wird ein in mnestischen Prozessen gründendes *Erfassen* und ein an interagierende symbolische Systeme -vornehmlich an sprachliche Ko-respondenz, aber auch an „ikonische Narrationen“ (Petzold, Orth 1993a) - gebundenes *Verstehen* möglich sowie ein *Erklären* in intersubjektiven, verbalen und aktionalen Kommunikationsprozessen, eine „*hermeneutische Spirale*“ (Petzold 1988b, 1991a, 123 ff.), durch die *Sinn* und *Bedeutung* gewonnen werden können. Damit werden schon einige aus der Metatheorie abgeleitete *Integratoren*, d. h. Leitkonzepte für Kompatibilitäten deutlich:

- Orientierung auf Bewußtseinsprozesse,
- Orientierung auf unbewußte Prozesse,
- Orientierung auf Leiblichkeit,
- Orientierung auf Ganzheitlichkeit,
- Wahrnehmungszentriertheit,
- Orientierung auf symbolische Interaktion,
- Orientierung auf Sinn und Bedeutung,
- Orientierung auf Intersubjektivität und Ko-respondenz

Konzepte und Modelle aus dem theoretischen Fundus sowie Praxisstrategien und Behandlungstechniken aus dem Praxisrepertoire verschiedener psychotherapeutischer, psychologischer und sozialwissenschaftlicher Praxeologien sind integrierbar, sofern sie zu den genannten Integratoren keine Inkompatibilität aufweisen, also „*konzeptsynton*“ sind. Weitere Integratoren werden aus der Ethiktheorie und aus realexplicativen Theorien der Integrativen Therapie gewonnen. Einige seien genannt:

- Zentrierung auf die Integrität des Subjekts,
- Kontextorientierung (systemische und ökologische Perspektive), — Kontinuumsorientierung (Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft), — Orientierung am „life span developmental approach“,
- Orientierung auf Pathogenese und Salutogenese,
- Orientierung auf Heilung und Entwicklung.

Schließlich finden sich auch praxeologische Integratoren:

- Orientierung auf Relationalität (Konfluenz, Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung),
- Orientierung auf die Pathologie von Relationalität (Übertragung, Gegenübertragung, Widerstand, Abwehr),
- Orientierung auf Erlebnisaktivierung,

- Orientierung auf Prozesse des Durcharbeitens,
- Orientierung auf Prozesse der Kreativierung.

Die *Integratoren* müssen untereinander einen hohen Grad an *Konnectierung* auf dem Niveau theoretischer Begründungen haben. Ihre *Kompatibilität* und *Kohärenz* müssen beständig unter den Kriterien der „praktischen Bewährung“ (*Popper*), „konzeptuellen Stimmigkeit“ und „korrektiven Valenz“ (d. h. der Möglichkeit des Ausgleichs von Einleisigkeiten) reflektiert werden. Wiederum: Es können Verfahren kombiniert werden, wo die Kompatibilität derartiger Leitkonzepte gegeben ist. Dabei muß darauf geachtet werden, daß es durch die Aufnahme neuer Konzepte und Praktiken zu keinen Unausgewogenheiten im Gesamtverfahren kommt. Dies kann z. B. drohen, wenn in der Praxeologie *zu viele* Methoden und Techniken aufgenommen werden, die eine eher direktive Ausrichtung haben, oder wenn in der Theorie *zu viele* Konzepte assimiliert werden, die eine sozialtechnologische bzw. sozialbehavioristische Konnotation haben (z. B. kontrolltheoretische, ressourcen- und copingtheoretische Überlegungen), ohne daß Korrektive gesetzt werden, etwa durch die Betonung der zumeist auch vorhandenen phänomenologischen Konnotationen oder durch die akzentuierende Parallelstellung anderer *Integratoren*, z. B. dem der „Sinnorientierung“. Eine solche *Balancierung* ist eine wichtige Aufgabe von Kontrollanalyse und Supervision.

Auf Dauer wäre es nützlich, von den verschiedenen Schulen sowohl den „Tree of Science“ spezifiziert zu erhalten als auch ihre praxeologische Struktur und ihre Integratoren, d. h. ihre integrationsleitenden Konzepte vorliegen zu haben. Dies würde Dialoge und Diskurse erleichtern. Ein *ko-respondierendes* psychotherapeutisches Feld, in dem Diskurse zwischen den *Schulen*, den *Verfahren*, den Vertretern spezifischer *Methoden* stattfinden würden, böte die Möglichkeit, daß in theoretischer wie in praxeologischer Hinsicht die Elaboration aller Verfahren wächst, weil sie voneinander lernen und füreinander *wechselseitig Korrektive* sein könnten. Vor allen Dingen hätten *Methoden* die Möglichkeit, einerseits den theoretischen Fundus der *Verfahren* besser zu nutzen und andererseits ihre eigene theoretische Substanz so zu entwickeln, daß sie gegebenenfalls die Qualität eines *Verfahrens* gewinnen können. Eine intensivere Beschäftigung mit den Ergebnissen der theoretischen und klinischen Erträge der anderen Ansätze aus einer Position der Offenheit, des Interesses und aus dem Wissen, daß nicht nur die eigene Methode wirksam und theoretisch kohärent ist (also ohne Überlegenheitsattitüde), könnte die Wertschätzung der Verfahren und Methoden untereinander fördern, Möglichkeiten wechselseitiger Anregung und Kooperationen bieten und vor allen Dingen das Spektrum differenzierter Indikationen für die Patienten verbreitern, denn man muß davon ausgehen, daß die *Verfahren* in ihrer Vielzahl nicht nur im Sinne „unspezifischer Faktoren“ eine allgemeine Wirkung haben, sondern daß sie auch sehr spezifische Wirkungen zeigen. Die ganze Breite des psychotherapeutischen Spektrums hätte sich ansonsten nicht entwickeln und im Felde — sowohl dem der Klinik als auch dem der freien Praxis — behaupten können.

Denn eines sollte man bei allen Flügelkämpfen zwischen den Schulen in der gegenwärtigen berufspolitischen Situation doch nicht vergessen: Was hilft und womit man sich wohlfühlt, darüber entscheiden nicht allein die Wissenschaftler, z. B. mit ihrer Festlegung des „wissenschaftlich Anerkannten“. Die Aufhebung der Wissenschaftlichkeitsklausel, die sich gegen alternative Therapieverfahren richtete, durch das Bundesverwaltungsgericht [BGH, Urteil vom 23. Juni 1993 — IV ZR 135/92 — OLG Stuttgart] zeigt dies. Was hilft, legen auch nicht die Psychotherapieforscher aufgrund der von ihnen erarbeiteten, diskutierbaren Effizienzkriterien fest, das bestimmen auch die standespolitischen Initiativen mächtiger Interessengruppen nur zu einem Teil (Ärzte, Kassenpsychologen, Psychoanalytiker usw.), das verfügen selbst die gesetzlichen Regelungen und Restriktionen unter dem Diktat der Kostendämpfung nicht in ultimativer Weise. Vielmehr entscheiden darüber letztendlich die Patienten, und die werden auch im Hinblick auf die Formen der Psychotherapie, die sie weiterbringen, immer sachkundiger, kompetenter und mündiger. Ihre freie Wahl des einen oder anderen *Verfahrens* sollte respektiert werden.

Zusammenfassung: Grundorientierungen, Verfahren, Methoden - Berufspolitische, konzeptuelle und praxeologische Anmerkungen zu Strukturfragen des psychotherapeutischen Feldes und psychotherapeutischer Verfahren aus integrativer Perspektive

Anhand ausgewählter Themen werden Strukturprobleme des psychotherapeutischen Feldes auf der berufspolitischen, theoretisch-konzeptuellen und praxeologischen Ebene behandelt. Es wird die Vermischung der Einflüsse von Interessengruppen und „wissenschaftlicher“ Argumentation aufgezeigt, bis hin in die Ausbildung theoretischer Ordnungsgesichtspunkte, wie an dem problematischen Begriff der „Grundorientierung“ aufgezeigt wird. Anhand der Definition der Konzepte „professional community“, „Grundorientierung“, „klinisches Paradigma“, „Verfahren“, „Methode“, „Technik“ werden Ordnungsgesichtspunkte entwickelt, und es wird die Binnenstruktur von psychotherapeutischen Verfahren mit ihren Methoden anhand des Beispiels der Integrativen Therapie aufgezeigt, womit auch ein strukturelles Schema psychotherapeutischer Praxeologie geboten wird.

Schlüsselwörter: Berufspolitik, Grundorientierungen, psychotherapeutische Verfahren und Methoden, Integrative Therapie, Theorie und Praxis, Praxeologie

Summary: *Basic orientations, approaches, methods. Professional politics, theoretical concepts and praxeology concerning structural issues in the field of psychotherapy and therapeutic approaches with an integrative perspective.*

By means of selected themes structural problems of the psychotherapeutic field are discussed under the perspective of professional politics, theoretical concepts and praxeology. It is shown how influences of powerful interest groups and „scientific“ arguments are intermingled up to the conceptualization of theoretical models of structuring as exemplified with the problematic concept of „Grundorientierungen“ (basic orientations). Departing from definitions of the following concepts „professional community“, „basic orientation“, „clinical paradigm“, „approach“, „method“, „technique“, structural categories are developed. The internal structure of psychotherapeutic *approaches* with their *results* are delineated using Integrative Therapy as an example and offering at the same time a structural pattern for praxeology in psychotherapy.

Keywords: Professional politics; basic orientations; psychotherapeutic approaches and methods; integrative therapy; theory and practice; praxeology.

Literatur

- Achenbach, T.M., Developmental psychopathology, Wiley, New York 1982. Achenbach, T.M., What is „developmental“ about developmental psychopathology? in: Rolf et al., Risk and protective factors in the development of psychopathology, Cambridge University Press, Cambridge 1990, 29-48.
- Aissen-Crewett, M., Kunsttherapie. Kunst — Psychotherapie — Psychiatrie — (Sozial-)Medizin — Pädagogik, C. Richter, Köln 1986.
- Antonovsky, A., Unraveling the mystery of health, Jossey Bass, London 1987. Bancroft, J.H.J., The aversion therapy, Diss. Univ. London, London 1966.
- Bancroft, J.H.J., Marks, I.M., Electrical aversion therapy of sexual deviations, *Proceedings Royal Soc. Med.* 61 (1968) 796-799.
- Bandler, R., Veränderung des subjektiven Erlebens, Junfermann, Paderborn 1987. Bastine, R. et al., Klinische Psychologie, Kohlhammer, Stuttgart, Bd. 1, 1980, 2. überarb. Aufl. 1990, Bd. 2, 1992.
- Bastine, R., Fiedler, P. A., Grawe, K., Schmittchen, S., Sommer, G., Grundbegriffe der Psychotherapie, Edition Psychologie, Weinheim 1982.
- Becker, H., Die Bedeutung der subjektiven Krankheitstheorie des Patienten für die Arzt-Patienten-Beziehung, *Psychother. med Psychol.* 34 (1984) 313-321.
- Beeli, A., Die Rolle der Lehranalyse im schicksalsanalytischen Verfahren Leopold Szondis, in: *Frühmann, Petzold* (1993).
- Bevan, W., A sermon of sorts in three plus parts, *American Psychologist* 37 (1991) 1303-1322.
- Blaser, A., Heim, E. et al., Problemorientierte Psychotherapie. Ein integratives Konzept, Huber, Bern 1992.
- Böse, R., Schiepek, D., Systemische Theorie und Therapie. Ein Handwörterbuch, Asanger, Heidelberg 1989.
- Casriel, D., Die Wiederentdeckung des Gefühls, Bertelsmann, Gütersloh 1972.
- Coellen, M., Integrative Paar- und Sexualtherapie: Paarsynthese (IPS), in: *Petzold, Sieper* (1993a).
- Cremerius, J., Gibt es zwei psychoanalytische Techniken? *Psyche* 33 (1979) 577-599. Cremerius, J., Freud bei der Arbeit über die Schulter geschaut-seine Technik im Spiegel von Schülern und Patienten, in: *Ehebal, U., Eickhoff, F. W., Jahrbuch der Psychoanalyse* 6, Huber, Bern 1981, 128-158.
- Cremerius, J., Die psychoanalytische Abstinenzregel. Vom regelhaften zum operativen Gebrauch, *Psyche* 9 (1984) 769-800.
- Crits-Christoph, P., Barber, L.P., Handbook of short-term dynamic psychotherapy, Basic Books, New York 1991.
- Davanloo, H. (ed.), Short-term dynamic psychotherapy, Jason Aronson, New York 1978. Ellenberger, H.F., Die Entdeckung des Unbewußten, 2 Bde., Huber, Bern 1973; 2. Aufl. Diogenes, Zürich 1985.
- Feldman, M.P., Aversion therapy for sexual deviations: a critical review, *Psychol. Bull.* 65 (1966) 65-79
- Feldman, M.P., McColloch, M.J., Homosexual behaviour: theory and assessment, Pergamon Press, Oxford 1971.
- Fengler, J., Soziologische und sozialpsychologische Gruppenmodelle, in: *Petzold, Frühmann* (1986) 33-108.
- Ferenczi, S., Die Elastizität der psychoanalytischen Technik (1927/28), Bausteine zur Psychoanalyse, Huber, Bern 1964, Bd. III, 380-398.

- Frank, J. D., Therapeutic factors in psychotherapy, *Am. J. of Psychother.* 25 (1971) 350-361.
- Frank, J. D., Therapeutic components shared by all psychotherapies, in: *Harvey, J.H., Parks, M. M.* (eds.), *The master lecture series I: Psychotherapy research and behavior change*, APA, Washington 1982.
- Franks, C. M., Conditioning and conditioned aversion therapies in the treatment of the alcoholic, *International Journal of Addictions* 1 (1966) 61-98.
- Freud, S., *Gesammelte Werke (GW)*, chronologisch geordnet, hrsg. v. *Freud, A., Hoffer, W., Kris, E., Isakower, O.*, Imago Publishing Co., London 1940 ff.; deutsche Ausgabe, Fischer, Frankfurt 1952 ff.
- Frohne-Hagemann, I., Integrative Musiktherapie als Form kreativer Therapie und symbolischen Ausdrucks, in: *Petzold, Orth* (1990a) 807-830.
- Frühmann, R., Die Bedeutung der Gruppe in der Integrativen Therapie, Diss. Phil. Fak. Univ. Salzburg, Salzburg 1987.
- Frühmann, R., Weiterbildung von Lehrtherapeuten an FPI und EAG, in: Frühmann, *Petzold* (1993a).
- Frühmann, R., *Petzold, H. G.*, Lehrjahre der Seele, Junfermann, Paderborn 1993a. *Garfield, S. L.*, *Psychotherapy: An eclectic approach*, Wiley, New York 1980; dtsh. *Psychotherapie: Ein eklektischer Ansatz*, Beltz, Weinheim 1982.
- Garfield, S. L.*, Eclecticism and integration in psychotherapy, *Behavior Therapy* 5 (1982) 610-623.
- Glover, E., *The technique of psycho-analysis*, International Univ. Press, New York 1955. *Gniech, G.*, Über Reviere in der akademischen Psychologie, *Gestalt Theory* 4 (1983) 293-305.
- Greenson, R.*, *Technik und Praxis der Psychoanalyse*, Klett, Stuttgart 1975. *Heigl-Evers, H., Heigl, I., Ott, J.*, *Lehrbuch der Psychotherapie*, Fischer, Stuttgart 1993.
- Heimi, P.*, Kontext und Kommunikation: Koordination des Genogramms (Familienstammbaums), *Integrative Therapie* 4 (1988) 365-375.
- Herzog, W., Die wissenschaftstheoretische Problematik psychotherapeutischer Methoden, in: *Petzold* (1982g) 9-30.
- Hölmann-Kost, A.*, Integrative Bewegungstherapie in der Psychiatrie, Graduiierungsarbeit am Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1990, als: *Bewegung ist Leben*, Junfermann, Paderborn 1991.
- Jodelet, D.*, Les reprdsentations sociales, Presse Universitaire Frailis, Paris 1989a. *Jodelet, D.*, Folies et reprdsentations sociales, Presse Universitaire Franpis, Paris 1989b. *Kanfer, F., Phillips, J. S.*, *Lerntheoretische Grundlagen der Verhaltenstherapie*, Kindler, München 1975.
- Kraiker, C.*, *Handbuch der Verhaltenstherapie*, Kindler, München 1974.
- Kriz, I.*, *Grundbegriffe der Psychotherapie*, Urban & Schwarzenberg, München 1985, 1991.
- Kuhn, T.*, *The structure of scientific revolutions*, Chicago University Press, Chicago 1970; dtsh. *Die Struktur der wissenschaftlichen Revolution*, Suhrkamp, Frankfurt 1976, 1979.
- Kutter, P.*, Zur Theorie und Methodik von Kontrollanalysen, in: *Frühmann, Petzold* (1993a).
- Levi, L.H.*, *Psychological Interpretation*, New York 1963.
- Lewis, M., Miller, S. M.*, *Handbook of developmental psychopathology*, Plenum, New York 1990.
- Lovibond, S. H.*, *Conditioning and enuresis*, Pergamon Press, New York 1964. *Lowen, A., Lowen, L.*, *The way to vibrant health*, Harper Colophon, New York 1977.
- Ludewig, K.*, *Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis*, Klett-Cotta, Stuttgart 1992.
- Mahrer, A. R.*, *The integration of psychotherapies*, Human Sciences Press, New York 1989.
- Marks, I. M., Gelder, M. G.*, Transvestism and fetishism: Clinical and psychological changes during faradic aversion, *British Journal of Psychiatry* 113 (1967) 711-729.
- Meyer, A. E., Richter, R., Grawe, K., Graf, J. M., Schulenburg, D. von, Schulte, B.*, Gutachten zu einem Psychotherapeuten-Gesetz, Bundesministerium für Gesundheit, Bonn 1991.
- Moscovici, S.*, La psychanalyse, son image et son public, Presses Universitaires de France, Paris 1961, 1967.
- Moscovici, S.*, The phenomenon of social representations, in: *Farr, R. M., Moscovici, S.* (eds.), *Social representations*, Cambridge University Press, Cambridge 1984. *Mowrer, O. H.*, Apparatus for the study and treatment of enuresis, *American J. Psychol.* 51 (1938) 163-166.
- Naumburg, M.*, *Dynamically oriented art therapy. Its principles and practice*, Grune & Stratton, New York 1966.
- Norcross, J. C., Goldfried, M. R.* (eds.), *Handbook of psychotherapy integration*, Basic Books, New York 1992.
- Perls, F. S.*, Cowichan lecture an Gestalt Therapy and integration, Lake Cowichan 1969a. *Perls, F. S.*, *Gestalt Therapy Verbatim*, Real People Press, Lafayette 1969b; dtsh. *Gestalttherapie in Aktion*, Klett, Stuttgart 1974.
- Perls, F. S.*, In and out the garbage pail, Real People Press, Lafayette 1969c; dtsh. *Gestalt-Wahrnehmung. Verworfenes und Wiedergefundenes aus meiner Mülltonne*, Verlag f. Humanistische Psychologie, W. Flach, Frankfurt 1981.
- Perls, F. S.*, *Gestalt, Wachstum, Integration*, Junfermann, Paderborn 1980, 1987. *Petzold, H. G.*, *Thdrapie du mouvement, training rdaxatif, thymopratique et dducation corporelle comme integration*, Paris 1970c.
- Petzold, H. G.* (Hrsg.), *Psychotherapie und Körperdynamik*, Junfermann, Paderborn 1974j, 3. Aufl. 1979.
- Petzold, H. G.*, *Integrative Therapie ist kreative Therapie*. Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1975h.
- Petzold, H. G.*, Die Rolle der Medien in der integrativen Pädagogik 1977c, in: *Petzold, Brown* (1977) 101-123.

Petzold, H. G. (Hrsg.), Die neuen Körpertherapien, Junfermann, Paderborn 1977n; Taschenbuchausgabe dtv, München 1992.
Petzold, H. G., Das Ko-responzenzmodell in der Integrativen Agogik, *Integrative Therapie* 1 (1978c) 21-58.
Petzold, H. G., Zur Veränderung der sozialen Mikrostruktur im Alter - eine Untersuchung von 40 „sozialen Atomen“ alter Menschen, *Integrative Therapie* 1/2 (1979c) 51-78.
Petzold, H. G., Modelle und Konzepte zu integrativen Ansätzen der Therapie, *Integrative Therapie* 4 (1980b) 323-350; auch in *Petzold* (1982g) 83-112.

- Petzold, H. G., Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung, Junfermann, Paderborn 1980f.
Petzold, H. G., Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der Integrativen Therapie, 1980g, in: *Petzold* (1980f) 223-290.
Petzold, H. G., Methodenintegration in der Psychotherapie, Junfermann, Paderborn 1982g¹.
Petzold, H. G. (Hrsg.), Wege zum Menschen. Methoden und Persönlichkeiten moderner Psychotherapie. Ein Handbuch, 2 Bde., Junfermann, Paderborn 1984a.
Petzold, H.G., Integrative Therapie als intersubjektive Hermeneutik bewußter und unbewußter Lebenswirklichkeit, Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1988a; erw. in: *Petzold* (1991a) 153-332.
Petzold, H. G., Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke Bd. I/1 und I/2, Junfermann, Paderborn 1988n.
Petzold, H. G., Gestalt und Rhizom - Marginalien zu Einheit und Vielheit in der Integrativen Therapie, *Gestalt & Integration, Gestalt-Bulletin* 1 (1989a) 34-50.
Petzold, H. G., Konzept und Praxis von Mehrperspektivität in der Integrativen Supervision, dargestellt an Fallbeispielen für Einzel- und Teambegleitung, *Gestalt und Integration* 2 (1990o) 7-37.
Petzold, H. G., Integrative Therapie. Ausgewählte Werke, Bd. II / 1: Klinische Philosophie, Junfermann, Paderborn 1991a.
Petzold, H. G., Das Ko-responzenzmodell als Grundlage der Integrativen Therapie und Agogik, 1991e, in: *Petzold* (1991a) 19-90.
Petzold, H. G., Therapeutische Identität und plurale therapeutische Kultur-Überlegungen am Beispiel Gestalttherapie/Integrative Therapie, *Gestalt* 11 (1991g) 14-34; erw. in: *Petzold, Sieper* (1993a) 51-93.
Petzold, H. G., Integrative Therapie. Ausgewählte Werke, Bd. 11/2: Klinische Theorie, Junfermann, Paderborn 1992a.
Petzold, H. G., Bemerkungen zur Bedeutung frühkindlicher Gedächtnisentwicklung für die Theorie der Pathogenese und die Praxis regressionsorientierter Leib- und Psychotherapie, *Gestalt und Integration* 1 (1992c) 100-109.
Petzold, H. G., Empirische Baby- und Kleinkindforschung und der Paradigmenwechsel von psychoanalytischer Entwicklungsmythologie und humanistisch-psychologischer Unbekümmertheit zu einer „mehrperspektivischen, klinischen Entwicklungspsychologie“, *Integrative Therapie* 1/2 (1992d) 1-10.
Petzold, H. G., Das „neue“ Integrationsparadigma in Psychotherapie und klinischer Psychologie und die „Schulen des Integrierens“ in einer „pluralen therapeutischen Kultur“, 1992g, in: *Petzold* (1992a) 927-1040.
Petzold, H. G., Nur zwei Grundorientierungen oder eine plurale Psychotherapie? - *Integrative Therapie* 4 (1992o) 467-471.
Petzold, H. G., Regelungen für Suchtkrankentherapeuten? *Integrative Therapie* 4 (1992p) 471-475.
Petzold, H. G., Integrative Therapie. Gesammelte Werke, Bd. 11/3: Klinische Praxeologie, Junfermann, Paderborn 1993a.
Petzold, H. G., Zur Frage nach der „therapeutischen Identität“ in einer pluralen therapeutischen Kultur am Beispiel von Gestalttherapie und Integrativer Therapie - Überlegungen (auch) in eigener Sache, 1993n, in: *Petzold, Sieper* (1993a) 51-93.
Petzold, H. G., Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik - Prinzipien, Methoden und Techniken, in: *Petzold, Sieper* (1993) 267-340.
Petzold, H. G., Goffin, I. I. M., Oudhof, I., Protektive Faktoren und Prozesse - die „positive“ Perspektive in der longitudinalen, „klinischen Entwicklungspsychologie“ und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie, in: *Petzold, Sieper* (1993) 173-266.
Petzold, H.G., Brown, G. (Hrsg.), Gestaltpädagogik, Pfeiffer, München 1977.
Petzold, H.G., Orth, I., Die neuen Kreativitätstherapien, 2Bde., Junfermann, Paderborn 1990a.
Petzold, H.G., Orth, I., Die neuen Kreativitätstherapien - Formen klinischer Kunsttherapie und Psychotherapie mit kreativen Medien, 1990b, in: *Petzold, Orth* (1990a) 15-30.
Petzold, H.G., Orth, I., Integrative Leibtherapie - Thymopraktik, Ausbildung am Fritz Perls Institut und an der EAG, 1993e, in: *Petzold, Sieper* (1993a) 519-536.
Petzold, H.G., Petzold, Ch., Lebenswelten alter Menschen, Vincentz Verlag, Hannover 1991a.
Petzold, H.G., Petzold, Ch., Soziotherapie als methodischer Ansatz in der Integrativen Therapie, 1993a, in: *Petzold, Sieper* (1993a) 459-482.
Petzold, H.G., Schneewind, U., Konzepte zur Gruppe und Formen der Gruppenarbeit in der Integrativen Therapie und Gestalttherapie 1986a, in: *Petzold, Frühmann* (1986) Bd. 1, 109-254.
Petzold, H.G., Schobert, R., Selbsthilfe und Psychosomatik, Junfermann, Paderborn 1991. *Petzold, H.G., Sieper, J.*, Die FPI-Spirale - Symbol des „heraklitischen Weges“, *Gestalttherapie & Integration, Gestalt-Bulletin* 2 (1988b), 5-33.
Petzold, H.G., Sieper, J., Kunst und Therapie, Kunsttherapie, Therapie und Kunst - Überlegungen zu den Begriffen, Tätigkeiten und Berufsbildern, 1990a, in: *Petzold, Orth* (1990a) 169-186.
Petzold, H.G. Sieper, J., Die neuen - alten - Kreativitätstherapien. Marginalien zur Psychotherapie mit

- kreativen Medien, 1990b, in: *Petzold, Orth* (1990a) 519-548. *Petzold, H. G., Sieper, J.*, Integration und Kreation, Junfermann, Paderborn 1993. *Petzold, H.G., Vormann, G.*, (Hrsg.), Therapeutische Wohngemeinschaften, Erfahrungen - Modelle - Supervision, Pfeiffer, München 1980.
- Petzold, H.G., Vormann, G.* (Hrsg.), Therapeutische Wohngemeinschaften, Erfahrungen - Modelle - Supervision, Pfeiffer, München 1980.
- Pongratz, L.J.*, Klinische Psychologie, Handbuch der Psychologie, Bd. 8, 2, Verlag für Psychologie, Hogrefe, Göttingen 1978.
- Priestley, M.*, Music therapy in action, Constable, London 1975.
- Priestley, M.*, Musiktherapeutische Erfahrung, G. Fischer, Stuttgart 1982.
- Prochaska, I.O., DiClemente, C.C.*, The transtheoretical approach. Crossing the traditional boundaries of therapy, Dow Jones-Irwin, Homewood 1984. *Prochaska, I.O., DiClemente, C.C.*, Theoretical integration. The transtheoretical approach, in: *Norcross, Goldfield* (1992) 292-325.
- Rangell, L.*, Similarities and differences between psychoanalysis and dynamic psychotherapy, *J. Amer. Psychoanal. Assn.* 2 (1954) 734-744.
- Reiser, C.*, Die kinder- und jugendpsychotherapeutische Ausbildung, Ernst Reinhardt, München 1993.
- Reiter, A.*, Theorie und Praxis der systemischen Familientherapie, Facultas Univ. Verlag, Wien 1986.
- Reiter, A., Brumer, Reiter-Theil, S.*, Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive, Springer, Berlin 1988.
- Robitscher, J.*, Informed consent for psychoanalysis, *J. Psychiatry and Law* 6 (1978) 409-415.
- Rosenblatt, D.O.*, Türen öffnen. Was geschieht in der Gestalttherapie? Edition Humanistische Psychologie, Köln 1986.
- Rutter, M., Rutter, M.*, Developing minds. Challenge and continuity across the life span, Penguin Books, London 1992.
- Schützenberger, A.A.*, Précis de psychodrame, Edition Universitaires, Paris 1970. *Siegel, E.*, Psychoanalytische Tanztherapie, Klett, Stuttgart 1987.
- Sollmann, U.*, Bioenergetische Analyse, Synthesis, Essen 1984.
- Stern, D.N.*, The interpersonal world of the infant, Basic Books, New York 1985; dtsh. Die Lebenserfahrung des Säuglings, Klett-Cotta, Stuttgart 1992.
- Strauss, A.L.*, A social world perspective, in: *Denzin, M.K.*, Studies in symbolic interaction, Vol. I, JAI Press, Greenwich 1978, 119-128.
- Streeck, U., Werthmann, H.-V.*, Lehranalyse und psychoanalytische Ausbildung, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1992.
- Strotzka, H.*, Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen, Urban & Schwarzenberg, München 1978.
- Strupp, H.H., Binder, J.L.*, Kurzpsychotherapie, Klett-Cotta, Stuttgart 1991. *Szondi, L.*, Schicksalsanalytische Therapie, Huber, Bern 1963.
- Thomas, R.M.*, Counseling and life-span development, Sage Publ. Newbury Park 1990.
- Thomii, H.*, Die unendliche Lehranalyse als Supertherapie, in: *Streeck, Werthmann* (1992) 131-161.
- Thomä, H., Kächele, H.*, Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Bd. I, Springer, Berlin 1985; 2. korr. Nachdruck 1989.
- Titze, M.*, Die „konspirative Methode“ der Teleoanalyse, *Partnerberatung* 15 (1978a) 222-230.
- Titze, M.*, Alfred Adler und die Grundlagen der Humanistischen Psychologie, *Integrative Therapie* 3/4 (1978b) 222-230.
- Titze, M.*, Lebensziel und Lebensstil, Grundzüge der Teleoanalyse.
- Titze, M.*, Individualpsychologie. Ziel ist die Gemeinschaft, in: *Petzold* (1984a) II, 7-100. *Wallerstein, R.S.*, One psychoanalysis or many? *International Journal of Psychoanalysis* 5 (1988) ⁵⁻²³.
- Walter, R.* (Hrsg.), Aufbrüche. Arbeit an seelischer Reife, Bock + Herchen, Bad Honnef 1987. *Walter, R.*, Psychoanalytische Gestalttherapie, in: idem (1987) 25-56.
- Weiss, J., Sampson, H. & The Mount Zion Psychotherapy Research Group*, The psychoanalytic process: Theory, clinical observations, and empirical research, Guilford Press, New York 1986.
- Willke, E., Hölter, G., Petzold, H.G.* (Hrsg.), Tanztherapie. Theorie und Praxis. Ein Handbuch, Junfermann, Paderborn 1991.
- Wilson, G.T., Davison, G.C.*, Behaviour therapy and homosexuality: a critical perspective, *Behaviour Therapy* 5 (1974) 16-28.
- Wolff, W.*, Die Medien, das sind wir selbst, Rowohlt, Reinbek 1989.
- Zwerling, I.*, Die Therapien der „kreativen Künste“ als Formen der Psychotherapie, in: *Petzold, Orth* (1990a) 63-72.