

POLYLOGE

Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“
(peer reviewed)

Materialien aus der „Europäischen Akademie für
biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien
und Kreativitätsförderung“

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. (emer.) **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

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

Prof. Dr. med. (emer.) **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Uni. 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

PD Dr. **Sylvie Petitjean**, Universität Basel

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

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Polyloge ISSN 2511-2732

Ausgabe 30/2020

Zu viele Therapien, zu wenig Integration *

Tilmann Moser, Freiburg (1994)

* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung, Hückeswagen (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper. Mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de, Information: <http://www.eag-fpi.com>). Vortrag zum Kongreß „Integrative Therapie - 20 Jahre Theorie und Praxis“, 25.-28.2.1993 in München. Erschienen in: *Integrative Therapie* 1-2/1994, 5. 5-22

Zusammenfassung: Zu viele Therapien, zu wenig Integration

Der Text analysiert die verwirrende sprachliche, theoretische und praktische Konkurrenzsituation zwischen den verschiedenen therapeutischen Schulen und diskutiert die Folgen für Therapeuten und Patienten. Anhand einer Fallgeschichte wird untersucht, wie eine Integration verschiedener Schulen in der Kooperation zugunsten eines Patienten, der mehrere Therapeuten braucht, aussehen könnte. Dabei wird analysiert, wie das mehrpolige Setting in der psychotherapeutischen Klinik auch in der psychotherapeutischen Ambulanz realisiert werden könnte.

Schlüsselwörter: *Integrative Psychotherapie*, integrierte Behandlung, Gestalttherapie, Körpertherapie, Psychoanalyse.

Summary: Too many therapies, too little integration

The paper analyzes the confusing situation of competition between the different psychotherapy schools in linguistic, theoretical and practical terms and it discusses the implications to therapists and clients. With a case history, it is explored how an integration of different therapy schools in cooperation would be like for the benefit of a patient, who needs different therapists. The question is how to realize the multi polar setting of therapeutic hospitals also in a therapist's practice.

Keywords: *Integrative psychotherapy*; therapy integration; Gestalt therapy; body therapy; psychoanalysis.

Sie alle kennen die zerklüftete Landschaft der therapeutischen Szene, die Verwirrung der Patienten, die Konkurrenz der Heiler wie der Schulen, das Monopoldenken der kassenrechtlich etablierten Verbände, die Ängste der Ärzteschaft um ihre Pfründen, die Schwierigkeiten der Kooperation, die babylonische Sprachverwirrung in Diagnostik und Technik, die psychohygienisch bedenkliche Isolierung vieler Therapeuten, die Ausuferung der Ausbildungsangebote, das pseudoinnovative Erfindungstempo, die vielen unseriösen Ausbildungspraktiken und Knebelungsverträge neuer Institute, den unübersichtlichen grauen Markt der Heiler und Gurus, den sexuellen, narzißtischen und finanziellen Mißbrauch, von dem wir immer wieder hören.

Inmitten dieser therapeutischen Vielvölkergemeinschaft gibt es nun diesen Titan der Integrativen Therapie, *Hilarion Petzold*, mit seiner vulkanartigen Kreativität und polyhistorischen Belesenheit. In seinem Reich geht die Sonne nicht mehr unter. Er gliedert ihm Therapieform um Therapieform an und ist dabei, seinem Denken durch die Fundierung der Integrativen Therapie auf die Erkenntnisse der Säuglingsforschung, zu der er außerdem auch noch beiträgt, eine neue und disziplinenübergreifende Basis zu geben. Sein Werk hat einen Zustand der Verbreitung und Vielfalt erreicht, der ihm das Recht zu geben scheint, demnächst nur noch sich selbst zu zitieren.

Und trotzdem ist es bei einer fundamentalen Spaltung des therapeutischen Kontinents geblieben. Soweit ich sehe, wird *Petzold* bei den analytischen und verhaltenstherapeutischen Monopolisten des Kassensystems kaum rezipiert, europäische Akademien und die Häufung der Titel und Ausbildungsformen hin oder her. Dies ist ein fast tragischer Konflikt, und ich möchte ihn mit einem ebenso tragischen sprachlichen Paradox bezeichnen, das die Unauflösbarkeit des Widerspruchs vereinfachend zusammenfaßt: *Hilarion Petzold* ist der Papst des integrativen Denkens, mit allen Vor- und Nachteilen, die das Papsttum mit sich bringt, vor allem dann, wenn die Rollen der heiligen Väter und Metropolen schon vergeben scheinen.

Wie in allen eher religiös organisierten Lagern funktioniert die Kommunikation der therapeutischen Schulen nicht nach dem Prinzip des kooperativen Austauschs, sondern nach dem des Ausbaus von Ausschließlichkeit. Wie in allen religiösen Frontensystemen gibt es aber, vor allem dann, wenn der Streit angesichts neuer therapeutischer Herausforderungen unsinnig zu werden droht, die Fraktionen des ökumenischen Denkens, die auf eine Integration hin arbeiten. Sie sind jedoch den Fundamentalisten verdächtig und werden eher ignoriert oder ins Abseits gestellt. Es scheint allerdings denkbar, daß etwa die wachsende Beschäftigung mit *Sandor Ferenczi* hier eine Wende einleiten könnte, weil er immerhin aus dem Lager der Freudianer stammt und diesen nicht in Zorn und Verachtung den Rücken gekehrt hat. Er ist zwar an *Freud* und seinen Buchhaltern und ihren kleinlichen Intrigen, vor allem an *Ernest Jones'* brüderlichem Vernichtungswillen gescheitert. Aber seine Größe als Integrationsfigur kann heute, mehr als ein halbes Jahrhundert nach seinem frühen Tod, wieder sichtbar und wirksam werden.

Die Analytiker kennen den Reichtum des *Petzoldschen* Werkes und seiner Schüler nicht. Deshalb gibt es bis heute keine Integration der Integrativen Therapie, auch wenn „an der Basis“ und durch individuelle Fortbildung schon viele kleine Brückenschläge erfolgen. Diese Kommunikationslosigkeit hat ihre ideologischen, menschlichen und soziologischen Ursachen. Die Erhellung mancher Gründe kann ich Ihrer eigenen Erfahrung und eigenem Wissen überlassen. Sie hängen mit den Prinzipien geistiger und geistlicher Territorialität und mit Universalitätsansprüchen auf allen Seiten zusammen. Deshalb versuche ich, eine Möglichkeit des Brückenschlags in einem persönlichen Wunsch an Hilarion Petzold gleich vorweg anzudeuten: Ich wünsche mir ein nicht-monumentales Buch aus seiner Feder mit dem Titel „Integrative Therapie für Psychoanalytiker“. In diesem Buch wären die Selbstzitate durch freiwillige Selbstkontrolle halbiert und die Psychologie der Analytiker wie der analytischen Institutionen berücksichtigt. Aber wenn sie schon im Wunsch-Titel angesprochen würden, so bin ich überzeugt, gibt es ein ausreichend günstiges Klima der Verunsicherung und also der Rezeptivität für einleuchtend vorgebrachte Erweiterungen der therapeutischen Kompetenz.

Die Verpackung und kundengerechte Vermarktung von Wahrheit gehört, wie wir im fortgeschrittenen Stadium des Kapitalismus wissen, zu den Pflichten und Erfolgsbedingungen des Anbieters. In der Computerbranche und vielen anderen ist von der anwendergerechten oder anwenderbezogenen Auslegung von Soft- und Hardware die Rede. Beide müssen kompatibel werden angesichts eines doppelten Marktes: dem der Kassengelder und dem der privat finanzierten Therapie- und der Seelischen-Wachstums-Branche. Eine Integrative Therapie bleibt so lange Stückwerk, als sie die Gesetze des monopo-

listisch strukturierten Kassen-Marktes nicht berücksichtigt. Wahrheit, integrative Behandlungsmethoden und humanistische Gesinnung sind keine wirksamen Größen an sich, sie brauchen eine gesellschaftliche Basis von Anerkennung und Entfaltungschancen, sonst kommt es allenfalls zur Bildung von Reservaten und diaspora-ähnlichen Formen der Durchmischung. Ich selbst habe mich lange gewehrt, Macht- und Chancenstrukturen für die Entfaltung von Wahrheit oder Erkenntnis oder Humanität für wichtig zu halten. Der Konflikt im ehemaligen Jugoslawien und seine Behandlung durch die westliche Welt belehrt uns ebenso eines besseren wie der Umgang etwa der Kirchen mit innerbetrieblichen Reformern: Machtstrukturen sind immer Antipoden der Suche nach Wahrheit und Humanität. Deshalb ist es so wichtig, Machtkunde und die Lehre von den richtigen Zeitpunkten für die Fruchtbarkeit von Integrationsangeboten nicht zu vernachlässigen. Man muß in der Lage sein, zum richtigen Zeitpunkt dem Gegner oder Konkurrenten oder Nachbarn zu sagen, daß man ihn meint und ernst nimmt, nicht daß man ihn beseitigen oder ersetzen oder zurückdrängen will. Integration bedeutet immer auch: sich selbst und seine Strategien in Frage stellen.

Wenn ich das sage, blicke ich auch wehmütig auf die Zeiten zurück, wo ich vorwiegend missionarisch erleuchtet oder mit gesenkten Hörnern mit meinen Zielgruppen, also vorwiegend den Analytikern, umgegangen bin. Sie haben darauf eher verschlossen und abweisend reagiert, mindestens auf der Ebene der Institutionen. Inzwischen bin ich aus der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung ausgetreten und fühle mich freier in meinen Urteilen, Loyalitäten und Zielen. Ich kann auch den antidogmatischen Dogmatismus vieler Neuerer gelassener sehen, die sich in Zorn und Entwertung von der Psychoanalyse abgewandt haben, denken Sie nur an *Reich, Janow, Fritz Perls, Lowen, Casriel, Gerda Boyesen* und andere. Auch antidogmatischer Dogmatismus führt zu neuen Hierarchien, Lagerbildung und sich abgrenzender Schulenentwicklung. Zwar gibt es immer mehr Psychotherapeuten, die nach einer Grundausbildung in einer Schule sich in ständigem Wachstum und Fortbildung neues Wissen und neue Haltungen aneignen. Sie haben verstanden, daß ein Therapeut sich lebensgeschichtlich in einem ständigen Wandel und in ständiger Suche befindet und seine persönliche Gleichung sich verändert. Die Lindauer Psychotherapiewochen und andere analoge Veranstaltungen haben viel zu einer ständigen Neuorientierung beigetragen. Sie sind immer wieder als therapeutischer Supermarkt entwertet worden, aber selbst diese Entwertung zeigt schon auf, daß viele Schulen noch meinen, der Fortschritt könne nur durch die ständige Ausdifferenzierung einer einzigen Methode erfolgen. Dem wirkt *Hilarion Petzold* mit seinem Ziel der Integration kraftvoll entgegen, wenn ich auch immer wieder höre, daß sein integratives Handeln auf der Ebene

der Institutionen als besitzergreifend oder gar ausgrenzend erlebt wird.

Natürlich halte ich das Problem des Niveaus von Ausbildungen für zentral. Zwischen geduldiger Integration neuer Therapieformen in eine gewissenhaft erarbeitete therapeutische Identität und einem Eklektizismus, der ohne eine solide Grundausbildung auszukommen meint, gibt es viele Spielarten der therapeutischen Wanderschaft. Ich habe leider immer wieder erlebt, daß Kollegen meinten, das Wesentliche an Gestalttherapie oder Pesso-Arbeit ließe sich an einigen Wochenenden erlernen und rasch anwenden. Wenn ich die Selbstanpreisungen in den „Psychologie heute“-Annoncen oder in den Halbjahresprogrammen vieler Therapie-Zentren lese, dann erschüttert mich die Häufung von Techniken, mit denen knapp dreißigjährige Therapeuten meinen umgehen zu können. Ihr Angebot gleicht einer alternativen Psycho-Speisekarte, und die Gerichte tragen immer phantasievollere Namen. Als Qualitätsgarantie scheint oft ein strahlend gesundes Workshop-Foto im Kreise sonniger Jünger in esoterischer Landschaft mit Zypressen oder asiatischen Tempeln auszureichen. Integration wird hier gewaltig mißverstanden als ein Gemischtwarenladen von Eingriffs- und Mobilisationstechniken, die variiert werden, wenn Widerstand aufkommt oder der berühmte Fluß der Energie zu stocken beginnt. Was ich von der Mißachtung der Grundregeln des Umgangs mit Übertragung und Gegenübertragung auch durch berühmte Jet-Set-Therapeuten oder charismatische Wanderlehrer halte, habe ich in meinem Aufsatz über *Gerda Boyesen* in „Vorsicht Berührung“ aufzuzeigen versucht. Aber genug des vorsichtigen Moralisierens.

Integration neuer Therapieformen entweder in die eigene Identität oder als Fähigkeit zur Kooperation mit Therapeuten anderer Schulen oder als geistige Auseinandersetzung bedeutet: Kennenlernen, Selbsterfahrung, Austausch, Gedanken- und Seelenarbeit. Es bedeutet auf der individuellen Ebene eine langsame Aneignung neuer Möglichkeiten der therapeutischen Zuwendung, auf der institutionellen Ebene auch Überprüfung, Kontrolle, gemeinsame Forschung, systematisches Denken und die Arbeit an einer allgemeinverständlichen Sprache. Es mag durch meine Herkunft von der Psychoanalyse begründet sein, aber auch durch die Auseinandersetzung mit den Systemen der Neuerer, daß ich nach wie vor die Psychoanalyse als die geeignetste *lingua franca*, eine mögliche gemeinsame Verständigungssprache betrachte, weil ich glaube, daß sie das differenzierteste Begriffssystem und die ausgefeilteste Krankheitslehre anzubieten hat. Es sind aber auch andere Grundsprachen differenzierter Therapieformen denkbar, obwohl ich glaube, daß wichtige Sprachen in Abwandlung oder in Abgrenzung zur Psychoanalyse entstanden sind.

Mit dieser Forderung nach konzeptuellen Voraussetzungen einer möglichen Integration der vielen Therapien befinde ich mich in bester Gesellschaft. *Hilarion Petzold* und *Ilse Orth* heben in ihrem zweibändigen Werk über die „Neuen Kreativitätstherapien“ gleich in der Einführung hervor, was die Basis der „Eigenständigkeit“ einer Kunst-Therapie ausmacht, und dies gilt wohl für alle die „zu vielen“ Therapien, die uns die Orientierung so schwer machen. Eigenständigkeit als Voraussetzung zu einer verstehbaren Integration besagt, „daß solche Ansätze über einen eigenen anthropologischen Entwurf, eine an dem kreativen Vermögen des Menschen ausgerichtete Persönlichkeitstheorie ... und ... über eine spezifische Krankheitslehre verfügen. Weiterhin wäre eine ausgearbeitete Prozeßtheorie und Interventionslehre erforderlich“ (Bd. I, S. 21). Die Autoren nennen, neben ihrem eigenen phänomenologischen und tiefenhermeneutischen Ansatz, die Modelle von Psychoanalyse, Tiefenpsychologie, Gestalt und anderen humanistischen Verfahren. Schon aus rein institutionellen Gründen – angesichts des bei den Kassen etablierten Gutachter-systems – scheinen mir die Begründungsmodelle für tiefenpsychologische Therapie ein guter pragmatischer Ansatz.

Das bedeutet nicht, daß die Sprache der Tiefenpsychologie und Psychoanalyse fertig und anwendungsbereit wäre. Es gibt weite Bereiche neuer Therapieerfahrung, zum Beispiel im Bereich von Kontakt, Regression und Interaktion, aber auch der Einbeziehung von kreativen Medien, die erst formuliert werden müßten. Die Säuglingsforschung und ihre therapeutischen Konsequenzen und neuen theoretischen Begründungen für unser Handeln ist für mich *das* kommende Zentrum für die Ausbildung einer annähernd gemeinsamen oder integrativen Theorie- und Behandlungssprache, zu der viele Schulen ihre spezifischen Erkenntnisse und Erfahrungen beitragen können.

Ich komme vom allgemeinen nun zu einem spezielleren Thema von Integration der „zu vielen Therapien“ in einen gemeinsamen Fundus, der uns die Ortung dessen erlaubt, was der Kollege von nebenan oder die Schule oder das Institut mit dem noch unbekanntem Namen oder Angebot machen. In einer Arbeit zum Thema „Wenn ein Patient mehrere Therapeuten braucht“ (ebenfalls in „Vorsicht Berührung“) habe ich auf die kommenden Probleme von therapeutischer Kooperation bei Patienten mit bestimmten Spaltungs-Störungen aufmerksam gemacht. Ich bin ausgegangen von einem relativen Scheitern der Kooperation bei einem eigenen komplizierten Fall, an dem nacheinander oder gleichzeitig neben mir fünf verschiedene Therapeuten beteiligt waren, alle von methodisch unterschiedlichem Ansatz her kommend. (Ich verspreche auch, daß dies die letzte Selbstzitation in diesem Vortrag sein wird.)

Ausgehend von der selbstverständlichen Praxis in psychotherapeutischen Kliniken, wo dem Patienten mehrere Therapieangebote

gemacht werden, die in den Konferenzen in ihrer Wirkung und ihrem Verlauf integriert werden, verweise ich auf eine große Zahl von schwierigen Patienten auch in der ambulanten Praxis: Ihre Störungen sind leichter oder gründlicher anzugehen, wenn die in ihren Seelen wie in ihrem Leben quasi institutionalisierten Spaltungen bzw. ihre Desintegration auf ein Setting stoßen, das die Reinszenierung der Spaltungen erlaubt und bei ihrer Integration durch die Kooperation der Therapeuten hilft. Ich nenne das Setting den „interkollegialen Raum“, der ganz neuen Gesetzmäßigkeiten folgt, in Analogie zum innerfamiliären Raum, der ja auch mehr darstellt als die Summe der Einzelbeziehungen. Die Vorarbeit in den Kliniken stellt eine reiche Erfahrung dar. Da die kassenrechtlichen Probleme dort aber global gelöst werden, hilft diese Erfahrung wenig bei der Bewältigung der wichtigen Finanzierungsfragen in der ambulanten kooperativen Therapie.

Die theoretische Begründung für ein mehrpoliges Setting möchte ich hier nicht wiederholen, nur schlagwortartig noch einmal umreißen. Es ist extrem kompliziert und langwierig, innerfamiliäre oder sogar innerpersönliche (etwa bei einer dominanten oder alleinerziehenden Mutter) Spaltungen, vor allem bei kumulativer Traumatisierung, an einer einzigen therapeutischen Person zu kurieren, die durch die Rollenvielfalt überfordert sein kann. Sie soll Halt geben, ein positives Arbeitsbündnis bewahren, negative Übertragungsperson sein und ein neues Idealobjekt werden, Vater- wie Mutterübertragungen samt ihrer komplizierten Spannung annehmen und außerdem Orientierung geben können bei der Verwirrung der Geschlechtsidentität. Sehr viele Psychoanalysen scheitern an diesem Problem. Die entsprechenden Erfahrungen werden Sie aus Ihren Disziplinen mühelos beisteuern können. Deshalb die Notwendigkeit einer therapeutischen *Funktionsteilung* bei bestimmten Störungen und das Postulat einer immer genaueren diagnostischen Bestimmung ihrer klinischen Anwendung.

Es erweist sich sogar als zweckmäßig, wenn der zweite Therapeut, der in der psychoanalytischen Theorie den wichtigen „Dritten“, den Vater, die Mutter, eine rettende weitere Person darstellt, die die Symbiose, oft sogar eine negative Symbiose, aufzulösen hilft, andere therapeutische Verfahren anwendet als der primäre Therapeut. Die gängigste Kooperationsform dürfte die zwischen tiefenpsychologischer Therapie und Körper- oder szenischer oder Kreativ-Therapie sein. Dies einfach deshalb, weil durch die Kassenregelung der Großteil von PatientInnen, die eine längere Behandlung brauchen, zum Tiefenpsychologen gehen *müssen*. Dieser finanzielle und institutionelle Aspekt darf nicht übersehen werden.

Die therapeutische Kooperation bei einem Einzelpatienten – es kann sich oft auch um die Kooperation zwischen Einzeltherapie und

einer Gruppenerfahrung handeln – bringt nun, durch die Neuinszenierung aller Spaltungserfahrungen und -wiederholungen, eine komplizierte Beziehungs- und Lernsituation mit sich, die mir aber als exemplarisch und fast zentral für das Problem der fälligen Integration der unübersichtlichen Therapieszene erscheint. Um dies zu verdeutlichen, gehe ich von einer Fallgeschichte aus, die mich zur Zeit beschäftigt und mein Nachdenken über Integration vorantreibt.

Victoria ist eine zweiunddreißigjährige Ökonomin, deren Vater, in der Finanzverwaltung eines Konzerns führend tätig, plötzlich ums Leben kam, als sie sieben Jahre alt war. Sie hat einen jüngeren Bruder, der als Rechtsanwalt arbeitet, und eine ebenfalls jüngere Schwester, die Psychologie studierte. Die Mutter versuchte, die drei Kinder allein großzuziehen, und hielt an einer gewissen gesellschaftlichen Arroganz fest, auch wenn dies in eine beträchtliche soziale Isolierung führte. Victoria selbst wurde zur parentifizierten Ersatzpartnerin der Mutter, der diese viel zu früh ihre Sorgen anvertraute. Die ihr vom Vater angetragene Prinzessinnenrolle, in der sie zu PR-Zwecken vorgeführt wurde, verwandelte sich so in eine frühreife Beraterrolle für die Mutter. Die Entwicklung eines lebendigen Selbst blieb auf der Strecke, sie nahm gleich einem Medium die Ideale der Mutter auf und fühlte sich für die Geschwister, die sie später im Studium überholten, verantwortlich. Im Laufe der drei Jahre, die sie nun in Therapie zu mir kommt, hat sie sich stark abgegrenzt von der Familie, sucht ihre eigene Identität und spürt, wie sehr ihre Rolle in der Familie einem Mißbrauch gleichkam. Der Vater erscheint in ihren Erinnerungen als sehr narzißtisch und gegenüber den Kindern als brutal, uneinfühlsam und demütigend. Hinter der nach außen aufrechterhaltenen Fassade sozialen Erfolges und Untadeligkeit gab es tiefe Spannungen zwischen den Eltern. Die Mutter scheint den Tod des Mannes dennoch nur schwer verwunden zu haben und klammerte sich an ihren sozialen Stolz. Sie hatte nie einen Beruf erlernt. Aber Victoria idealisierte sie bis hin zu göttlichen Dimensionen und wäre bereit gewesen, sich für sie zu opfern. Die hochgradige Ambivalenz über eine ungeniert vor den Kindern gelebte mehrjährige sexuelle Affaire hatte Victoria tief verdrängt, war aber seit der Pubertät massiven psychosomatischen Erkrankungen ausgeliefert, die eine Fülle von gynäkologischen Eingriffen zur Folge hatten. Sie geriet in eine tiefe Krise, als sie nach zwei Jahren Therapie nicht mehr verleugnen konnte, wie sehr sie sich von der Mutter und ihrer doppelten Moral verraten fühlte.

Es gab also nicht nur tiefe Spaltungen zwischen den Eheleuten, Spaltungen im Bild des lebenden wie des toten Vaters, sondern auch Spaltungen im Bild der Mutter, die keine einheitliche Selbst-Entfaltung der Patientin zuließen. Der wichtigste Halt im Leben der Patientin war eine Identifizierung mit den gesellschaftlichen Idealen der Mutter, die sie aber nicht zu realisieren vermochte und die gleich-

zeitig in einen tiefen Zynismus eingebettet waren. Die Entwicklung eines falschen Selbst zum Überleben hinterließ eine latente Depression mit Panikzuständen und eine tiefe Mutlosigkeit. In einer einzigen längerdauernden Beziehung zu einem Mann hatte sie die Vaterbeziehung mit Demütigungen, Entwertung und gegenseitiger Verachtung in einer Weise wiederholt, über die sie sich bis heute schämt.

Nach einem Jahr einstündiger analytischer Einzeltherapie nahm ich sie zusätzlich in eine Pesso-Gruppe, in der sie, nach mühsamer Eingewöhnung, den Umgang mit Geschwistern lernte, die sie nicht betreuen mußte, sondern wo sie auch Schutz und Auseinandersetzung fand.

Ihr Körper wie ihre Seele waren in einem Ausmaß erotisiert, wie ich es noch nie gesehen hatte: Sie war der Hysterie der Mutter wie deren erotischen Inszenierungen als frühe Vertraute fast wehrlos ausgeliefert gewesen und hatte sich damit vollgesogen. Männer waren zugleich faszinierend wie ängstigend brutal für sie, aber doch die ausschließliche Quelle von Selbstwert. Dies führte zu berechnender Sehnsucht wie zu einem latenten Dauerhaß, dem sie inzwischen mit feministischem Kampfgeist, vielleicht als Durchgangsphase, zu begegnen versucht. Körperliche Selbstverteidigung spielt in ihren Phantasien eine große Rolle. Auf die Vergewaltigungen in Bosnien reagierte sie, wenn sie es in ungeschützten Momenten an sich heranließ, mit einer schockartigen Lähmung und Verzweiflung.

Die Mutter blieb lange Zeit dominante Person. Sie hatte mich auch angerufen und für die Tochter ausgesucht. Lange Zeit berichtete Victoria, ohne daß ich davon wußte, bei Wochenendbesuchen der Mutter über die Arbeit bei mir. Sie mußte ihre therapeutischen „Erlebnisse“ bei der Mutter quasi abliefern, die daran gierig teilnahm. Die Mutter konnte durch überraschende Anrufe die Patientin immer wieder aus ihrem mühsam gewonnenen Gleichgewicht bringen: einerseits durch überschwemmendes Reden über ihre eigenen Schwierigkeiten; andererseits durch Ratschläge, denen sich die Patientin nur schwer entziehen konnte. Es war immer wieder auch für mich schwer zu ertragen, wie ein keimendes eigenes Selbst in sich zusammenfiel, wenn Mutter und Tochter, von beiden Seiten provoziert, in ihre alten Verstrickungen in schwer durchschaute Rollen zurückfielen. Die Beziehung hatte von beiden Seiten etwas Parasitäres. Beide versuchten, Belastungen und Konflikte, Unsicherheiten und Verwirrung jeweils an den anderen abzugeben, und zwar mit erheblichem Druck. In der Psychoanalyse würde von man einer intensiven wechselseitigen Nutzung der projektiven Identifizierung sprechen, die natürlich auch in der Therapie massiv auftauchte. Sie konnte lange Zeit kein einheitliches Bild von mir halten. Fast möchte ich von einem schwer entwirrbaren Taumel der Übertragungen sprechen, die mit massiven und rasch wechselnden Nebenübertragungen auf Vorge-

setzte, Freundinnen, Lehrer usw. einhergingen. Trotzdem ist eine allmähliche Stabilisierung eingetreten, und es hat sich ein weniger permanent von Panik und Zerfall bedrohtes Kernselbst entwickelt. Auf der Basis dieser Stärkung des inneren Zusammenhaltes und der Selbstachtung ist nun eine neue Entwicklung eingetreten, die das Thema der Integration des therapeutischen Prozesses wie verschiedener Therapieformen neu aufwirft.

Bevor ich aber mit der Therapiegeschichte fortfahre, möchte ich zum Thema der Integration noch einige Bemerkungen einflechten. Integration der Methoden läßt sich nämlich auf drei Weisen verstehen:

(1) Die psychoanalytische Borderline-Therapie geht davon aus, daß der Analytiker inmitten des Übertragungsschaos und der ständig neu inszenierten Spaltungen allein ein quasi noch utopisches Bild der späteren integrierten Person des Patienten entwickelt. Er versucht, einen Überblick über den jeweils aktuellen Stand der Ichkräfte wie der Spaltungen und Fragmentierungen zu behalten und sich vor der Gefahr zu hüten, die jeweils in der Übertragung nicht aktualisierten Teile zu vergessen oder ihren latenten Zustand zu vernachlässigen. Dazu gehört aber viel Erfahrung und eine Art Akrobatik der Erhaltung der noch fiktiven Kohärenz des Patienten in seinem eigenen Inneren.

Der rasche Wechsel der Ichzustände ist und bleibt oft verwirrend. Der Therapeut muß die latente Panik, die Desorientierung und die tiefe Resignation aushalten, oft übernehmen und mittragen, weil der Patient sie nicht allein aushalten kann. An der Fülle von gescheiterten Analysen mit solchen Patienten, in die ich Einblick erhalten habe, kann ich ermessen, wie schwer diese Arbeit ausschließlich mit dem Instrument der Übertragungsanalyse sein kann. Die Versuchung ist riesig, sich mit Fragmenten des Patienten zu verbünden oder die Kohärenz auf der Ebene eines *Theoriemodells* herzustellen. Ist dieses Modell die Triebtheorie mit den entsprechenden Konzepten der Instanzenkonflikte, dann sind die beiden Partner des verwirrenden Dialogs oft rasch verloren. Ein Teil der Seele geht, wie vor allem *Winnicott* gezeigt hat, in die Emigration. Die Therapie ist in Gefahr, erneut ein falsches Selbst beim Patienten zu konstellieren. Geht ein solcher Patient später, nach der Katastrophe oder einem unbefriedigenden Ergebnis, zu einem anderen Therapeuten, vielleicht sogar anderer theoretischer Ausrichtung oder Praxis, dann staunt er, sich als eine ganz andere Persönlichkeit wiederzufinden und unbekannte Anteile zu mobilisieren. Entsprechendes gilt natürlich für jede andere Form einer strukturierten Therapie. Die Gefahr der Übertragungsverwirrung hat ja manche Schulen gerade dazu geführt, die Wucht und Wirkung von Übertragung und Gegenübertragung überhaupt zu verleugnen und auf Führung, Charisma, Techniken oder eine nur noch im Transpersonalen auffindbare Identität zu vertrauen.

(2) Der Therapeut versucht, die Methodenintegration selbst durch Fortbildung zu lernen, um ein variables Instrumentarium zur Verfügung zu haben, das es erlaubt, aus der Übertragungsverstrickung auszusteigen und durch Elemente von Gestaltarbeit, Rollenspiel, Körper- oder Kreativitätsarbeit mit den inneren Objekten und Brüchen in Beziehung zu treten. Diese Erweiterung des eigenen Instrumentariums kann sehr viel bringen. Sie setzt beim Analytiker die Lösung vom Prinzip der ausschließlichen Arbeit am Widerstand und an Übertragung und Gegenübertragung voraus. Bei manchen anderen Therapien erfordert sie umgekehrt den ursprünglich nicht erlernten Umgang mit Übertragung und Gegenübertragung, was zunächst in erhebliche Loyalitätsprobleme und Identitätskonflikte führen kann. In der Diskussion mit Atemtherapeuten einiger Schulen etwa kann man staunend erleben, wie eine hohe Sensibilität in der Erfassung von psychosomatischen Spannungs- oder Behinderungszuständen einhergeht mit einer schulmäßig antrainierten Ahnungslosigkeit hinsichtlich der Entwicklung der unbewußten Beziehungen zwischen Therapeuten und Patient, etwa bei *Ilse Middendorf* mit deutlich antianalytischem Affekt. Integration bedeutet in diesem zweiten Verständnis also: Methodenintegration in der Persönlichkeit des Therapeuten.

(3) Aber auch diese Lösung kann, je nach Patient und Erfahrungsstand des Therapeuten, an Grenzen kommen. Es gibt viele Patienten, die die Integrationsfähigkeit eines einzelnen Menschen überfordern. Ein Teil der Hospitalisierungen von Borderline-Patienten hat unter anderem damit zu tun, daß eine Integration, wie sie die Klinik bietet, im ambulanten Bereich noch nicht funktioniert. Da die Klinikaufenthalte selten über drei Monate hinausgehen, findet dort zwar häufig eine Stabilisierung statt, aber Sie alle kennen das Problem der ambulanten Weiterversorgung von entlassenen Patienten. Das methoden- und rollenintegrierende Setting der Klinik ist noch nicht zu einer inneren Struktur beim Patienten geworden.

Die vielen Rezidive nach einer an sich hoffnungsvollen Entwicklung in der Klinik hängen mit dieser Rückkehr in die ambulante Therapie zusammen, bei der oft der Therapeut nicht mit den Modellen der Klinik vertraut ist und bei der er auch nicht das notwendige Maß interaktioneller Integration anbieten kann. Die durch das Team angebotene Integration in der Aufteilung der Verantwortung und der Streuung der Übertragungen zerfällt wieder, und die Spaltungstendenz hält erneut Einzug in die ambulante Einzeltherapie. Deswegen postuliere ich die Entfaltung einer mehrpoligen integrativen Therapie auch in der Ambulanz, mit allen Konsequenzen, die das für eine Neuorientierung unserer professionellen Fähigkeiten zur Kooperation einschließlich einer kassentechnischen Absicherung hat. Einige

der Probleme, die sich dabei auf mehreren Ebenen ergeben, möchte ich am Beispiel von Victoria näher erläutern.

Seit einigen Monaten tauchte in der Therapie mit ihr immer wieder die Frage von ihrer Seite auf: „Wie finde ich zusätzlich zu dir (das „du“ stammt aus der parallelen Gruppentherapie) eine weibliche Therapeutin. Ich will endlich eine Mutter, ich mache mir noch die Beziehung zu den Freundinnen kaputt, weil ich immer das Kind sein will. Ich weiß, daß das dort nicht hingehört. Ich will auch ein Vorbild haben. Und du bist mir zu mächtig, du bildest dir viel zu viel ein, was du für mich bedeutest. Außerdem kannst du als Mann viele Dinge sowieso nicht verstehen“ usw.

Eine leichte Irritation bei mir darüber, Kompetenz und Bindung zu verlieren, schwand rasch, als ich mir klar machte, wie sehr diese Suche ein Zeichen der Reifung und Differenzierung war. Sie wußte auch von anderen Frauen in der Gruppe, wie wichtig eine weitere weibliche Therapeutin für sie war. Sie fing an zu drängen, ich möge ihr endlich jemanden empfehlen, so wie ich es bei anderen Gruppenmitgliedern, Frauen und Männern, schon gemacht hatte, die allerdings nicht bei mir in Einzeltherapie waren. Ihr Drängen ging aber auf mehr als auf „Nennung“ von Namen, sie sagte fordernd: „Besorg‘ mir endlich eine!“, was mich eher zögern ließ, weil ich die Abtretung der Verantwortung als zu groß empfand. „Sie muß aber auch etwas vom Körper verstehen und mich auch mal halten. Und sie muß mir imponieren“, fügte sie hinzu. Ich dachte aber darüber nach und telefonierte schließlich mit einer Körpertherapeutin, um sie vorzubereiten. Diese freute sich über die „Überweisung“ und fühlte sich in gewisser Weise geehrt.

Und da fangen die seelischen Kraftfelder längst an zu wirken. Die Therapeutin ist von Hause aus Sozialpädagogin, gut 20 Jahre jünger als ich und betreibt auf privater Basis, ohne Kassenzulassung, Einzeltherapie mit Atem, Massage, Gestalt und haltender Berührung. In einem längeren Gespräch einige Monate vorher erlebte ich sie als differenziert und kompetent und mit einer sicheren therapeutischen Identität. Die Patientin hatte zwei Termine, die Therapeutin war ihr sympathisch, sie nahm aber doch Abstand von einer Therapie, es war eher zu eine Schwesterübertragung gekommen. Sie war froh, daß ich ihr Nein akzeptierte mit dieser Erklärung.

Erst einige Wochen später gab sie ihre Phantasien preis, nachdem sie aus eigener Initiative Kontakt mit einer etwa 50jährigen Therapeutin aufgenommen hatte, die ihr eine Freundin empfahl. Sie sagte nämlich, frei projizierend und doch ein Körnchen Wahrheit ausbauend: „Die ist ja total abhängig von dir, die ruft dich später an und fragt, wie sie mich behandeln soll. Ich brauche jemand total von dir Unabhängigen.“ Außerdem habe sie ihr so ausführlich erklärt, wie sie arbeite, als müsse sie sich anpreisen oder sich bewähren.

Ich war leicht gekränkt, nicht wegen der gesuchten Unabhängigkeit, eher wegen der von mir phantasierten Empfindlichkeit der Kollegin. Denn Victoria kann sehr entwertend sein. Ich teilte der Kollegin also später in einem kurzen Brief mit, die Patientin habe sie sehr sympathisch gefunden, aber wegen der Schwesterübertragung die Therapie nicht begonnen. Victoria hatte uns also zwar, auf meine Empfehlung hin, nahe zusammengeführt, dann aber die gemeinsame Elternschaft doch abgelehnt.

Einige Wochen später kam sie aufgewühlt und stolz in die Stunde: Sie habe jemanden gefunden, ein große, starke, mütterliche Frau mit einer phantastischen Ausstrahlung. Sie sei schon richtig verliebt. Es sei ihr ganz egal, wie die arbeite, zu ihr wolle sie auf jeden Fall. Nur mit der Bezahlung sei es schwierig. Nach einer weiteren Stunde spricht sie von einer fast religiösen Andacht und Geborgenheit, die sie in ihrer Nähe überkomme. Am liebsten hätte sie sich gleich in ihre Arme geworfen und nur noch geweint. Sie habe ihr auch sofort und ungefragt ein Taschentuch gereicht, ganz anders als ich, den sie manchmal darum bitten müsse.

Nur wenig später kommt eine tragische Note in die Berichte: Die Therapeutin habe keine Kassenberechtigung. Die Patientin ist zu diesem Zeitpunkt noch überzeugt, daß ich ihr einfach Stunden „abtreten“ könne, die ich abrechne und dann der Kollegin überweise. Aber dann fällt ihr ein, daß ich die Therapeutin ja gar nicht kenne. Sie will also auf die Gruppe verzichten, sparsam leben, sich einschränken. Aber vierhundert Mark im Monat erscheinen ihr doch nicht zu finanzieren. Sie ruft gegen meinen Rat in diesem frühen Zeitpunkt der Triangulierung den ärztlichen Therapeuten an, der die Behandlung an mich delegiert hat, und bedrängt ihn, eine Kassenlösung zu finden, fast als sei er der Weihnachtsmann, der es möglich machen kann. Sie idealisiert ihn, in Anlehnung an die Mutter, die früher bei ihm in Therapie war. Er reagiert, unvorbereitet, sehr klassisch, deutet den Gang zur Therapeutin als ein Agieren in einer Krise der Beziehung zu mir. Victoria ist empört und verliert ein Idol. Sie sagt: „Der gehört jetzt endgültig ins Lager der Mutter.“

Die bewunderte Therapeutin reagiert, ebenfalls unvorbereitet, klassisch: Victoria scheint, neben der Erklärung der Muttersuche zusätzlich zur laufenden Therapie beim väterlichen Therapeuten, sich vertrauensvoll über eine Eigenheit von mir beklagt zu haben, ein Grundrecht des Kindes in einer gut funktionierenden Familie. Sie konnte den Ton der Anklage aber offensichtlich nicht richtig dosieren. Die Therapeutin reagierte kritisch und sagte ernst: „Der spinnt ja wohl auch!“ Das erschreckte die Patientin. Dies jedenfalls berichtet mir Victoria und induziert damit natürlich sofort eine Irritation bei mir. Denn ich denke: „Au weh, mit einer so vorschnell urteilenden Kuh muß ich jetzt irgendwie kooperieren! Sie scheint von Familien-

dynamik keine Ahnung zu haben. Wie soll man da gemeinsame Übertragungsortung machen und die von Victoria mit Sicherheit inszenierte Spaltung und Entwertung auffangen, von der sie ja Heilung sucht?“

Victoria beginnt allmählich zu begreifen, in welches Abenteuer sie sich da gestürzt hat. Sie bekommt plötzlich Angst, ob ich ihr das alles übel nehme. Sie beruhigt sich, als ich ihr die Wiederholung der Familiendynamik aufzeige und mich als nicht gekränkt erweise, sondern sage, ich sei neugierig auf die Dramaturgie der Inszenierung und unsere Fähigkeit, daraus eine Art Familienintegrationstherapie zu machen.

Bei der Analyse der Wiederholungen fällt es ihr wie Schuppen von den Augen: Der Vater verdiente (mit Kassen-/=Beamten-Status) das Geld, die Mutter hat ein höchst unsicheres Einkommen, muß das Haushaltsgeld eventuell vom Vater bekommen, falls die Stundenabtretung, die ich sowohl therapeutisch wie emotional, bei ausreichendem Ducharbeiten, für richtig hielte, zustandekäme. „Aber dann wäre sie ja von dir abhängig“, sagt die Patientin erschrocken. Trotzdem erscheint ihr die Unterdelegierung angesichts ihrer großen Verarmungsängste als die einzige reale Möglichkeit. Sie will einfach eine der beiden Wochenstunden bei mir zur Therapeutin bringen, der ich dann das Geld gebe. Affektiv wie diagnostisch neige ich zu dieser Lösung, kassentechnisch habe ich zunächst Bedenken, um so mehr, als die Patientin bei einem Absturz in die negative Vaterübertragung durchaus Vernichtungsphantasien produzieren kann. Sie hätte mich also quasi in der Hand, ich hätte die Therapeutin in der Hand, was die Dauer der abgetretenen Therapie angeht, die Therapeutin hätte mich in der Hand, weil ich etwas Heimliches, rechtlich nicht Abgesichertes mache. Der delegierende ärztliche Therapeut müßte wohl zustimmen, ich brächte ihn damit vielleicht in Schwierigkeiten. Und dann phantasie ich Kollegen und Funktionäre, die mir aus der ganzen Geschichte am liebsten einen Strick drehen würden, so als würde ich endlich bei einem sexuellen Mißbrauch erwischt.

Zwischen mir und der mir unbekanntem Therapeutin beginnt es sozusagen zu flimmern. Victoria hat uns zu therapeutischen Eltern gemacht, und wir sollen das nun durcharbeiten, familiendynamisch wie auf der Ebene der Verständigung und Integration von zunächst einander vermutlich fremden theoretischen Konzepten und Arbeitsformen. Um es mit Kategorien aus meiner eigenen Familiengeschichte zu benennen: Ich weiß nicht einmal, ob sie katholisch oder evangelisch ist, Flüchtling oder Einheimische, arm oder wohlhabend, gebildet oder doof, musikalisch oder stumpf, kooperativ oder narzißtisch-kämpferisch, von alleinerziehender Philosophie durchdrungen oder ansprechbar für Probleme der Triangulierung.

Familiendynamische wie methodische Integration sind also noch fraglich, aber Victoria hat sich und uns in diese Verwicklung gestürzt, die ich trotz allem als progressiv und wachstums- und autonomie-suchend erlebe. Da die unbekannte Kollegin „irgendeine“ Art von Körpertherapie betreibt – aus Angst vor ihrer möglichen Entwertung durch mich hat die Patientin mir noch nichts genaues mitgeteilt –, kommt also erst einmal Sprach- und Beziehungsintegration auf uns zu, falls wir uns bei einer möglichen Begegnung, sei es am Telefon oder real, soweit Victoria das will, zu orten versuchen. Die Patientin ist sehr aufgewühlt in diesen Tagen, sie schwankt zwischen der Panik, „nie“ einen weiblichen Rückhalt und ein Familienmodell zu finden, das sie ihre Identität finden läßt, und einem kämpferischen Willen, diesen Weg zu gehen, koste es, was es wolle. Angesichts einer eher negativen, lebenslänglichen Fusion oder Symbiose mit der Mutter kann ich diese verzweifelte Suche nach einer ihre Gefühle verstehenden mütterlichen Figur nur zu gut begreifen. Familiendynamisch befindet sich die Therapeutin in der Situation eines neuen Partners, der ein „Kind mit Elternteil“ übernimmt, eine Konstellation, die in der Familiensoziologie, allerdings eher nach dem Schema: Single heiratet Familie, angesichts der hohen Scheidungsraten als zunehmend normal angesehen wird.

Sie werden vielleicht denken, ich hätte meine Thema: „Zu viele Therapien, zu wenig Integration“ sehr einseitig ausgelegt. Zugegeben, ich liefere keinen direkten Beitrag zu einer theoretischen oder behandlungstechnischen Integration der Therapieszene. Aber indirekt spreche ich bei der schwierigen Therapie von Borderline-Patienten doch von Modellen der Integration und gemeinsamen Orientierung in der täglichen Praxis, die allerdings im kleinen verlaufen, dafür aber vermutlich bald massenhaft vorkommen werden, wenn die zu erwartenden Widerstände und das Befremden erst einmal überwunden sind. Die Kassen jedenfalls müßten schon aus finanziellen Gründen ein Interesse an diesem Modell haben, das ihnen auf die Dauer Kosten sparen dürfte, selbst wenn sie sogar die gemeinsamen Sitzungen der beiden Therapeuten, mit oder ohne den Patienten, die der Integration dienen, zu finanzieren hätten.

Daß ich dieses weniger theoretische oder ausbildungspolitische als praktische Modell der Integration mit Ihnen durchdenke, hängt mit den finanziellen und rechtlichen Gegebenheiten auf dem Psycho-Markt zusammen. Gleichzeitig glaube ich aber, daß viele Therapeuten der neueren Therapieformen für den Gedanken der integrierenden Kooperation offener und auch aus finanziellen Gründen eher bereit sind zur Mitarbeit. Es eröffnet ihnen vielleicht eine Chance, kreativ einbezogen zu werden dort, wo noch immer das exklusive Ideal der psychoanalytischen Dyade mit methodischem Monopolsanspruch besteht.

Eine solche triangulierende Kooperation zwingt zur persönlichen Reifung und zu methodenintegrativem Denken. Es stellt eine große Herausforderung an die Bereitschaft zu gemeinsamem Lernen dar, auch auf der Ebene des Verstehens verschiedener methodischer Ansätze. Das Modell muß, auch hinsichtlich der Schulung und der Supervision, weiter durchdacht werden. Erfahrungen mit Kollegen und Kolleginnen in solchen mehrpoligen Konstellationen machen auch vorsichtig: Wie in angespannten Familien droht die Rivalität dem als integrierend gedachten Setting manchen Streich zu spielen. Aber diese Phänomene sind seit einigen Jahrzehnten aus den Kliniken bekannt. Gemeinsame Supervision ist dort selbstverständlich und von den Kassen auch selbstverständlich in der Globalfinanzierung mitbedacht.

Damit komme ich zu dem schwierigen Problem des Übergangs zur kassenrechtlichen Anerkennung, der ja lange dauern kann und der vielleicht auch gar nicht sofort kommen sollte. Ich verdeutliche es am Beispiel der Finanzierung von Familientherapie: Sie ist keine Kassenleistung, obwohl uns unser therapeutisches Wissen sagt, daß Einzeltherapie bei pathogenen Familiensystemen nicht die Methode der Wahl sein muß. Also machen manche Kollegen, aus eigener therapeutischer Verantwortung, aber ohne rechtliche Absicherung, Familien- oder Partnertherapie, obwohl kassenrechtlich nur für einen einzelnen Patienten begutachtet und bezahlt wird. Solche Grauzonen der kreativen Innovation muß es immer geben. Bei wachsender Genauigkeit der Indikation wird das bipolare oder sogar pluripolare Modell für viele Patienten auch in der Ambulanz immer unabweisklicher werden: Die Patienten verändern auf der Schwelle zur Klinik ja vielleicht ihre Diagnose, nicht aber ihren Aggregatzustand. Ihr Befinden hat sich höchstens einige Jahre lang in vergeblicher Einzeltherapie so verschlechtert, daß sie in die Klinik gehen müssen. Andere sind vielleicht nicht rechtzeitig aufgefangen worden.

Deshalb wird es auch für einige Zeit die Arbeit an stillen und einvernehmlichen Lösungen brauchen, die sowohl theoretische wie kooperative Erfahrungen etablieren. Es liegt also, von privat bezahlten Initiativen abgesehen, in der Hand derer, die abrechnen dürfen, zugunsten ihrer Patienten Modelle zu erproben, die den Reichtum neuer Erkenntnisse und Methoden integrieren und neue kooperative Therapieformen erschließen. Wer wann wen zur Integration heranzieht, ist zunächst ein individueller, später auch ein rechtlich-institutioneller Prozeß. Aber ein individueller Verantwortungsspielraum sollte immer gegeben bleiben.

Ein früherer Deutschlehrer, dem ich viel Anregung verdanke, nannte uns für das Abfassen von Aufsätzen eine alte Kompositionsregel, die angeblich „die Chrie“ hieß (vielleicht kann mir jemand helfen, sie wieder zu finden). Ich erinnere mich nur an die letzten

beiden Zeilen, die, nach dem Rat, mit anschaulichen Beispielen zu arbeiten, so lauteten: „Fügst du noch manch Zitätlein an, so hast du wahrlich wohlgetan.“ Also stärke ich mich und Sie auf dem schwierigen Weg zur Integration mit Hinweisen auf kraftspendende Vordenker. Angemessen wären jetzt natürlich *Petzold*-Zitate. Aber Sie kennen seine Werke sicher besser. Deshalb wende ich mich ratsuchend an einen Integralisten im eigenen Lager, nämlich an *Peter Fürstenau*, dessen jüngste Aufsatzsammlung „Entwicklungsförderung durch Therapie“ (München 1992) ich aufs herzlichste empfehle für eine Begründung der Schulen- und Methodenintegration.

Ich gehe bei der verkürzten Wiedergabe des Ansatzes aus von seinem Bild der Patienten, die uns zu dieser Integration nötigen. Sie bleiben sonst auf der Strecke angesichts der eigentümlichen „Psychologie des frühen pathologischen Ich...“, das sich Schritt für Schritt durch den Aufbau einer eigenen Struktur von der Mutter und den weiteren Bezugspersonen abzugrenzen sucht und dabei scheitert: die archaischen Prozesse der Projektion und Introjektion, der Spaltung, des Zusammensetzens und Wiederzerstückelns, des Aufbaus und Zerfalls, des Erlebens innerer Prozesse als äußerer und äußerer als innerer, der Angst vor Verfolgung von außen und innen durch Teilobjekte..., des Aufbaus und der ...Besetzung eines ganzen (Mutter-)Objekts und der Besorgtheit über mögliche Beschädigung oder Zerstörung dieses Objekts durch eigene Aggression ...“ (S. 15).

Fürstenau, von Hause aus Soziologe, sieht die unheilvolle Verkürzung der therapeutischen Möglichkeiten in der gegenwärtigen Kasernenregelung und des durch sie zementierten Settings: „Jedenfalls sind sozialwissenschaftlich orientierte Therapiekonzepte ... unbeschadet berufsrechtlicher und versicherungsrechtlicher Einschränkungen außerhalb, aber auch innerhalb ... der Medizin entwickelt worden. Dies ... hat zu dem Ergebnis geführt, daß die konzeptuellen und methodischen Ansprüche innerhalb der Psychotherapie als Praxis wesentlich gewachsen sind.“ Er hebt vor allem den „klinischen Entscheidungsspielraum des Psychotherapeuten“ in der Gestaltung des bestmöglichen Settings hervor (S. 29). Dabei steht nicht mehr so sehr die Wiederholung der Traumata in der Übertragung im Vordergrund, sondern ein Setting, das neue Erfahrungs- und Wachstumsmöglichkeiten eröffnet. Das Modell eines einzigen Therapeuten wird hierbei ebenso fragwürdig wie das eines einzigen Patienten innerhalb eines pathogenen Systems. Vorbild ist auch für *Fürstenau* das Team der Klinik. Er verweist auch für die Ambulanz auf Settings mit neuen Variablen: „z. B. Anzahl der in die Behandlung einbezogenen Personen auf der Patientenseite, Zielsetzung, Behandlungsetting, zeitliche Gestaltung ..., Anzahl der an der Behandlung beteiligten Personen auf der Analytikerseite, Einbeziehung von Aktion, Gestaltung und Leiberfahrung ...“ (S. 40). Und weiter: „Die unbefan-

gene Selbstverständlichkeit, mit der manche psychotherapeutischen Schulen ohne Berücksichtigung des Systemgesichtspunkts bis heute Standardsettings propagieren und praktizieren, läßt sich unter diesen Umständen wissenschaftlich nicht mehr aufrechterhalten“ (S. 41). „Die Vorstellung, daß sich die gesamte psychogene Problematik eines bestimmten Patienten in einer einzigen Behandlung in einem einzigen Setting mit einem einzigen Therapeuten in der Regel und im wesentlichen erschöpfend aufarbeiten lasse, muß angesichts der klinischen Erfahrung aufgegeben werden ...“ (S. 43).

Bei so viel theoretischer wie erfahrungsreicher Begründung dürfte sich das Risiko des Experimentierens zugunsten der Patienten in Grenzen halten, zumal *Fürstenau*, meiner Meinung nach zu Recht, die völlige Ausblendung der neueren Therapieverfahren in die Nähe von unterlassener Hilfeleistung rückt: „Die Institutionalisierung der analytischen Psychotherapie ist mit fachlicher Unflexibilität und Rückständigkeit erkaufte und erfüllt ihren Zweck, jeden Versicherten zu der nach heutigem Erfahrungsstand angemessenen und noch dazu wirtschaftlichen Behandlung zu verhelfen, nicht: Wichtige Behandlungssettings wie die Paar- und Familientherapie, und wichtige Zugangsweisen zum Patienten wie die Körpertherapie, kreative und psychodramatische Verfahren fehlen völlig“ (S. 47).

Und als letzten Hinweis, mit dem ich mich vollkommen identifizieren kann: „Die Zukunft wird wohl denen gehören, die in reflektierter Form psychodramatische, körperorientierte und gestaltungstherapeutische Methodik mit verbaler psychoanalytischer Arbeit ... ambulant verbinden. Wir wissen, daß eine kontrollierte Regression zu traumatischen frühkindlichen Situationen für die Überwindung der Fixierung daran notwendig ist, zögern aber, die diesbezüglichen behandlungsmethodischen Konsequenzen zu ziehen“ (S. 125).

Liebe Kollegen, ich habe versucht, das Problem der Integration von „zu vielen“ Therapien von der Seite der Bedürfnisse der Patienten, von der kassenrechtlichen Situation und den Problemen der Kooperation her anzugehen. Diese Integration erfordert Mut und Pioniergeist. *Hilarion Petzold*, seinen Mitarbeitern und Schülern wie den Veranstaltern dieses Kongresses gratuliere ich zu der von ihnen geleisteten Arbeit wie der therapeutischen und integrativen Haltung, die sie trägt. Ich danke Ihnen.

Zusammenfassung

Der Text analysiert die verwirrende sprachliche, theoretische und praktische Konkurrenzsituation zwischen den verschiedenen therapeutischen Schulen und diskutiert die Folgen für Therapeuten und Patienten. Anhand einer Fallgeschichte wird untersucht, wie eine Integration verschiedener Schulen in der Kooperation zugunsten eines Patienten, der mehrere Therapeuten braucht, aussehen könnte. Dabei wird analysiert, wie das mehrpolige Setting in der psychotherapeutischen Klinik auch in der psychotherapeutischen Ambulanz realisiert werden könnte.

Summary: *Too many therapists, too little integration*

The paper analyzes the confusing situation of competition between the different psychotherapy schools in linguistic, theoretical and practical terms and it discusses the implications to therapists and clients. With a case history, it is explored how an integration of different therapy schools in cooperation would be like for the benefit of a patient, who needs different therapists. The question is how to realize the multipolar setting of therapeutic hospitals also in a therapist's practice.

Key words: *Integrative psychotherapy; therapy integration; Gestalt therapy; body therapy; psychoanalysis.*

Literatur

- Fürstenau, P. (1992): Entwicklungsförderung durch Therapie. Grundlagen psychoanalytisch-systemischer Therapie. München: Pfeiffer.
- Moser, T. (1989): Körpertherapeutische Phantasien. Psychoanalytische Fallgeschichten neu betrachtet. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- (1992): Vorsicht Berührung. Über Sexualisierung, Spaltung, NS-Erbe und Stasi-Angst. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Petzold, H., Orth, I. (1990): Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie. 2 Bde., Paderborn: Junfermann.