

Institut für Psychologie der Universität Würzburg
Fernstudienprojekt „Humanistische Psychologie“ (HP)
Projektleiter: Prof. Dr. Ludwig J. Pongratz
Stellvertretender Leiter: Prof. Dr. Hilarion Petzold

Wege zum Menschen

**Methoden und Persönlichkeiten
moderner Psychotherapie
Ein Handbuch
Band I**



**Herausgegeben von
Hilarion Petzold**



Junfermann-Verlag

Zu diesem Buch:

Dieses Handbuch informiert in zwei Bänden in kompakten Übersichtsartikeln über die bedeutendsten Verfahren moderner Psychotherapie. Die einzelnen Beiträge sind so aufgebaut, daß Menschenbild, Persönlichkeitstheorie, Krankheitsmodelle, Behandlungsmethodik, therapeutische Beziehung usw. in den verschiedenen Verfahren vergleichbar werden. Besonderer Schwerpunkt ist: das Verständnis von Psychotherapie als „Weg zum Menschen“, als Hilfe, Zugang zu sich selbst und zum Mitmenschen zu finden. Die beiden Bände sind das Begleitmaterial zu der 13teiligen Fernsehserie „Wege zum Menschen“, die mit Unterstützung des Bundesministers für Bildung und Wissenschaft als Forschungsprojekt vom Psychologischen Institut der Universität Würzburg unter der Projektleitung von Prof. Dr. L. Pongratz und Prof. Dr. H. Petzold erstellt wurde.

Im Medienverbund wurde durch die Filme eine einzigartige historische Dokumentation über Begründer und bedeutende Vertreter moderner Psychotherapie und durch das Handbuch eine umfassende Information über Theorie und Praxis der einzelnen Verfahren möglich.

Ein Nachschlagewerk für Psychotherapeuten, Angehörige psychosozialer Berufe, Studierende humanwissenschaftlicher Fächer und interessierte Laien.

Folgende Verfahren werden dargestellt:

Band I: Psychodrama · Gestalttherapie · Integrative Therapie · Gesprächspsychotherapie · Familientherapie · Logotherapie · Existentialpsychologisch-Meditative Therapie

Band II: Individualpsychologie · Psychoanalyse · Analytische Psychologie · Bioenergetik · Transaktionsanalyse · Kognitive Verhaltenstherapie · Therapeutische Gemeinschaften

Institut für Psychologie der Universität Würzburg
Fernstudienprojekt „Humanistische Psychologie“ (HP)
Projektleiter: Prof. Dr. Ludwig J. Pongratz
Stellvertretender Leiter: Prof. Dr. Hilarion Petzold

Wege zum Menschen

Methoden und Persönlichkeiten moderner
Psychotherapie

Ein Handbuch

Band I

Herausgegeben
von
Hilarion Petzold

Institut für Psychologie der Universität Würzburg
Fernstudienprojekt „Humanistische Psychologie“ (HP)

- Projektleiter: Prof. Dr. Ludwig J. Pongratz, Universität Würzburg
- Stellv. Leiter: Prof. Dr. Hilarion Petzold, Freie Universität Amsterdam
- Projektassistent: Theo Kellerhaus, Dipl.-Psych., Universität Würzburg
- Koordination: Ulla Schwarz, Dipl.-Volksw., Tübingen
- Projektbeirat: Prof. Dr. S. Ertel, Universität Göttingen
Werner O. Feißt, SWF, Baden-Baden
Wilhelm Heider, BMBW, Bonn
Min.Rat Dr. J. Laeverenz, München
Prof. Dr. O. Peters, Fernuniversität Hagen
Prof. Dr. K.-H. Rebel, DIFF, Tübingen
Prof. Dr. W. J. Revers, Universität Salzburg
Min.Rätin M. Schleicher, BMJFG, Bonn
Prof. Dr. D. Schulte, Universität Bochum
Prof. Dr. A. C. Wagner, PH Reutlingen

Das Fernstudienprojekt „Humanistische Psychologie“ (HP) – ein Medienverbund-Projekt zur psychologischen Aus-, Fort- und Weiterbildung – wurde gefördert durch den

BUNDESMINISTER FÜR BILDUNG UND WISSENSCHAFT.

Von der Tellux-Film München wurden in Zusammenarbeit mit dem Westdeutschen Rundfunk, dem Südwestfunk und dem Bayerischen Rundfunk, im Verbund mit diesem Handbuch, 13 Fernsehfilme, erhältlich auf allen gängigen Videosystemen, produziert.

Auskunft erteilt:

Universität Würzburg
Institut für Psychologie II
Projekt HP
Ludwigstraße 6
D-8700 Würzburg
Telefon: 09 31/318 71

Filmbezug:

Tellux-Film GmbH
Abteilung Videoversand
Giselastraße 3a
8000 München 40
Telefon: 089/34 70 24

Institut für Psychologie der Universität Würzburg
Fernstudienprojekt „Humanistische Psychologie“ (HP)
Projektleiter: Prof. Dr. Ludwig J. Pongratz
Stellvertretender Leiter: Prof. Dr. Hilarion Petzold

Wege zum Menschen

Methoden und Persönlichkeiten moderner
Psychotherapie

Ein Handbuch

Band I

Herausgegeben
von
Hilarion Petzold



JUNFERMANN-VERLAG · PADERBORN

1984

CIP-Kurztitelaufnahme der Deutschen Bibliothek

Wege zum Menschen:

Methoden und Persönlichkeiten moderner Psychotherapie; e. Handbuch / Inst. für Psychologie der Univ. Würzburg, Fernstudienprojekt Humanistische Psychologie (HP). Hrsg. von Hilarion Petzold. – Paderborn: Junfermann

NE: Petzold, Hilarion [Hrsg.]: Institut für Psychologie <Würzburg> / Fernstudienprojekt Humanistische Psychologie;
Bd. 1 (1984).

ISBN 3-87387-222-6

© Junfermannsche Verlagsbuchhandlung, Paderborn 1984

2. Auflage 1984

Einband-Gestaltung: Christof Gassner

Den Titel dieses Bandes entnehmen wir mit freundlicher Genehmigung des Verlages Vandenhoeck & Ruprecht der bei ihm im 36. Jahrgang erscheinenden gleichnamigen Zeitschrift „Wege zum Menschen. Monatsschrift für Arzt und Seelsorger, Erzieher, Psychologen und soziale Berufe“.

Alle Rechte, insbesondere das der Übersetzung in fremde Sprachen, vorbehalten.

Nachdruck oder Vervielfältigung des Buches oder von Teilen daraus nur mit ausdrücklicher Genehmigung des Verlages.

Gesamtherstellung: Junfermannsche Verlagsbuchhandlung und Verlagsdruckerei, Paderborn.

ISBN 3-87387-222-6

INHALTSVERZEICHNIS

Band I

Begriff und Funktion von Menschenbildern in Psychologie und Psychotherapie, <i>Heinrich Hagehülsmann</i>	9
Erkenntnisquellen und Methoden der Humanistischen Psychologie, <i>Oskar Lockowandt</i>	45
Psychodrama. Die ganze Welt ist eine Bühne, <i>Hilarion Petzold</i>	111
Gestalttherapie — Integrative Therapie. Leben heißt Wachsen, <i>Christiane Bünthe-Ludwig</i>	217
Gesprächspsychotherapie. Die Kraft des Guten, <i>Jürgen Howe, Wolf-Rüdiger Minsel</i>	309
Familientherapie. Fünf Freiheiten, <i>Gesa Jürgens, Heidi Salm</i>	387
Logotherapie. Auf der Suche nach Sinn, <i>Elisabeth Lukas</i>	451
Existenzialpsychologisch-Meditative Therapie. Das Tor zum Insgeheimen öffnen, <i>Aleš Wotruba, Sarka Wotruba</i>	523
Personenregister	599
Sachregister	615

Band II

Individualpsychologie. Ziel ist die Gemeinschaft, <i>Michael Titze</i>	7
Psychoanalyse. Am Anfang war die Couch, <i>Rudolf Bock</i>	101
Analytische Psychologie. Urbilder der Seele, <i>Lutz Müller, Theodor Seifert</i>	175
Bioenergetik. Verrat am Körper, <i>Waldemar Kufner</i>	245
Transaktionsanalyse. Tauschhandel der Gefühle, <i>Helmut L. Harsch, Fred M. Jessen</i>	309
Kognitive Verhaltenstherapie. Selbstmanagement-Therapie, Ich will mich ändern, <i>Christa Hecht</i>	397
Therapeutische Gemeinschaften. Das Heil in der Gruppe, <i>Gernot Vormann</i>	489
Personenregister	562
Sachregister	574

Vorwort

In diesem Buch werden Persönlichkeiten und Methoden moderner Psychotherapie vorgestellt, die unter dem Titel „Humanistische Psychologie“ zusammengefaßt sind. Diese Bewegung der Psychologie ist in den 60er Jahren gegen die herrschenden Strömungen des Behaviorismus und der Psychoanalyse als „dritte Kraft“ angetreten. Sie kritisierte an ihnen, daß sie den Menschen mechanistisch und deterministisch auszulegen versuchten. Sie selbst wollte den Menschen in seiner unmittelbaren Lebenswirklichkeit, seiner oft bedrohten Existenz erforschen, wollte ihn als eigenverantwortliches, selbstentscheidendes Wesen verstanden wissen.

Es ist kein Zufall, daß die „Humanistische Psychologie“ hier in Gestalt verschiedener Psychotherapien vorgestellt wird, denn die Vielfalt des menschlichen Wesens und gesellschaftlicher Lebensformen verbietet einen eingleisigen Ansatz und verlangt pluriforme Zugangsweisen, denn die Probleme menschlicher Existenz erfordern mehr als eine Antwort. Sie scheinen am grellsten auf, wenn der Mensch in Not und Angst, in Konflikt und Zweifel verstrickt ist, wenn sich ihm der Sinn des Lebens verdunkelt und kein Ausweg sich öffnen will.

Die Zahl der psychotherapeutischen „Wege zum Menschen“ und der Hilfen in Lebensschwierigkeiten ist groß. Von ihnen wurden für dieses Projekt dreizehn besonders bekannte Therapieformen von unterschiedlicher methodischer Fundierung und Ausrichtung ausgewählt. Unter diesen sind auch solche, die nominell nicht zur „Humanistischen Psychologie“ im engeren Sinne zählen, wie die Psychoanalyse und die Verhaltenstherapie. Beide sind nach ihrem heutigen Stand im Kreise der humanistisch-orientierten Therapieformen keine Fremdlinge mehr. Die Psychoanalyse ist von ihrem anfänglichen Triebdeterminismus abgerückt und hat sich zu einer Psychologie des autonomen und personalen Ich fortentwickelt. Die Verhaltenstherapie auf der anderen Seite hat seit der sogenannten „kognitiven Wende“ das Maschinenmodell des Menschen aufgegeben und setzt nun in ihren Behandlungen auf die Fähigkeiten zur Selbstkontrolle und Eigensteuerung. Adlers Indivi-

dualpsychologie und Jungs analytische Psychologie können in vielem als Wegbereiter humanistisch-psychologischen Denkens gelten.

Die in diesem Band dargestellten dreizehn Therapieformen stehen im Verbund mit einer Reihe von dreizehn Filmen, die am „Institut für Psychologie“ der Universität Würzburg von einer Projektgruppe unter Leitung von Prof. Dr. Ludwig J. Pongratz konzipiert und in Zusammenarbeit mit der Tellux Filmproduktion, dem Bayrischen Rundfunk, dem Südwestfunk und dem Westdeutschen Rundfunk unter dem Titel „Wege zum Menschen“ erstellt worden sind. Beides — Buch und Film — sind als Materialien für die Aus- und Weiterbildung in Klinischer Psychologie gedacht. Da für die Filme die Begründer oder deren unmittelbare Schüler gewonnen werden konnten, hat das Projekt auch den Wert einer historischen Dokumentation. Darüber hinaus kann das systematisch gesammelte, authentische Material der Filmaufzeichnungen zur vergleichenden Psychotherapieforschung einen Beitrag liefern.

Das schriftliche Begleitmaterial unter der redaktionellen Betreuung von Prof. Dr. Hilarion G. Petzold ist so aufgebaut, daß ein Vergleich der wesentlichsten theoretischen und behandlungsmethodischen Positionen der einzelnen Verfahren möglich wird. Dabei wird deutlich, daß die unterschiedlichen Sichtweisen nicht als unversöhnbare Divergenzen eines unüberschaubaren Feldes, der Psychotherapie, dastehen, sondern daß sie einen Reichtum an Differenzierung ermöglichen und Wege zu einem Verständnis des Menschen als ganzem aufweisen. Es wird weiterhin erkennbar, daß die Formen der Psychotherapie eine kulturelle Leistung sind, Ausdruck des konkreten Bemühens der jeweiligen Gründerpersönlichkeit, sich, seine Lebenswelt, seine Mitmenschen, seine Zeit zu begreifen. Die Entwürfe der Psychotherapie als Hilfen, sich selbst — nicht nur in Schwierigkeiten und Konflikten — besser verstehen zu können, müssen deshalb immer aufs neue konzipiert werden, um den Menschen in einer konkreten historischen Situation Möglichkeiten der Heilung und der Selbstverwirklichung zu bieten.

Wir möchten an dieser Stelle all denen danken, die zum Zustandekommen dieses Projektes beigetragen haben, den Protagonisten der Filmteile und den Autoren der Fachbeiträge, insbesondere aber Herrn Wilhelm Heider vom Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft für seinen Einsatz und seine Förderung, Frau Ulla Schwarz vom Deutschen Institut für Fernstudien für ihre umsichtige Koordinationsarbeit und Herrn Theo Kellerhaus für die Projektassistenz.

Prof. Dr. H. G. Petzold

Prof. Dr. L. J. Pongratz

Begriff und Funktion von Menschenbildern in Psychologie und Psychotherapie:

Wissenschaftstheoretische Überlegungen am Beispiel der
Humanistischen Psychologie

Heinrich Hagehülsmann

Das Vorhaben, die „Humanistische Psychologie“ in einer von methodologischem Bewußtsein geprägten, vergleichbaren Form darzustellen und somit eine innere Ordnung innerhalb der vorfindbaren, oft unstrukturierten Vielfalt psychologisch-therapeutischer Schulen und Methoden herzustellen, ein Fundament, von dem aus Theorien und Methoden beurteilt werden können, erinnert in seiner Zielsetzung an *Karl Jaspers* „gegliederte Ordnung“ (Vorwort für die 2. und 3. Auflage, 1923), wie er sie in seiner „Allgemeinen Psychopathologie“ dargelegt hat. Eine gegliederte Ordnung des vorhandenen Wissens, will sie sich nicht der Verabsolutierung dieses Wissens aussetzen, erfordert Philosophie (*Jaspers* 1973, S. 643f). Sie erfordert zumindest eine wissenschaftstheoretisch orientierte Explikation des „philosophisch Unbewußten“, d. h. jener „verborgenen metaphysischen Prämissen, die allen wichtigen Formen der psychologischen Theorien zugrundeliegen“, wie es *Watts* (1961; dt. Ausgabe 1981, S. 27) ausdrückt.

Diesen, oftmals unter dem Terminus „Menschenbilder“ abgehandelten „metaphysischen Prämissen“ nachzuspüren, sowie ihre fundamentbildenden Auswirkungen für psychologische Theorien und klinisch-therapeutisches Handeln aufzuzeigen, ist Gegenstand und Aufgabe dieses Beitrags.

Menschenbilder als Grundlage autochthoner Wissenschaftstheorie der Psychologie und Psychotherapie

Bei genauerer Betrachtung liefert die Teildisziplin „Klinische Psychologie“ mit ihren Dimensionen klinisch-beratenden und klinisch-therapeutischen Handelns¹⁾ ein getreues Spiegelbild der (Gesamt)Psychologie: „ein Chaos an Theorien und Teil-Theorien, das ihre Identität mittlerweile dominiert“ (*Herzog* 1984, S. 4). Von den einen wird dieser Zustand als spezifische „Krise“ der Psychologie (z. B. *Watts* 1961, *Bakan* 1966, von *Bertalanffy* 1967, *Koestler* 1968, *Arnold* 1976, *Day* 1976, *Mischel* 1976, *Görres* 1978, *Irlé* 1979), von anderen als „allge-

meine Krise bürgerlichen Wissenschaftsverständnisses in der Psychologie“ (Keiler u. Holzkamp 1978, S. 250) apostrophiert. Nach Auffassung von Herzog resultiert sie aus einer mangelhaften Reflexion und unverbindlichen Definition des psychologischen Gegenstandes, der aus historischen Gründen lediglich rein methodologisch begründet, nicht aber erkenntnistheoretisch durchdrungen sei (1984, S. 36, 287). Die wenig kontroverse Definition der Psychologie als Wissenschaft vom (menschlichen) Verhalten und Erleben „ist vermutlich nur deshalb so konsensfähig, weil sie ebenso umfassend wie unverbindlich ist“ (Schneewind 1977, S. 16; ähnlich MacLeod 1965).

In der Klinischen Psychologie offenbart sich der krisenhafte Zustand sowohl in einer Inflation neuer Psychotherapieformen, dem sogenannten „Psychoboom“ (Bach u. Molter 1976), als auch in den grundlegenden Auseinandersetzungen über Fragen des Krankheitsbegriffs, des Einsatzes und Stellenwerts von Diagnostik und der Wirkung von Therapeutenverhalten (z. B. Frank 1961). Keupp (1974) spricht in diesem Zusammenhang unter Verwendung der Kuhnschen Begrifflichkeit (Kuhn 1967) sogar von einer „Paradigmakrise“ in Teilbereichen der Psychotherapie. Dieses krisenhafte Unbehagen trifft die Klinische Psychologie und den in ihrem Feld tätigen Praktiker trotz ihrer immer schon geübten und propagierten alternativen Forschungsmethode (Herzog 1982, 1984), ihre Theorien bevorzugt aus der praktischen Erfahrung zu entwickeln (Hagehülsmann 1982). Gerade die dadurch mitbewirkte Vielzahl oft heterogener Theorien mit zumeist universalem Erklärungs- und Gültigkeitsanspruch führt jedoch angesichts des Mangels gesicherter Kriterien ihrer Vergleichbarkeit allzuleicht zu Eklektizismus „privatisierter Forschung“ oder verstärkter Anbindung an eine jener therapeutischen Schulen, die das Dilemma mitverursacht haben.

Verstärkt wird die in der gesamten Psychologie wie in ihren Teilbereichen bestehende Irritation durch verschiedene Erkenntnisse, die auch den klinisch-psychologischen Bereich betreffen: Die lange Zeit vor allem in Anlehnung an wissenschaftstheoretische Positionen des logischen Empirismus, des kritischen Rationalismus und/oder der analytischen Wissenschaftstheorie (Herzog 1982, S. 9; 1984, S. 58) genährte Hoffnung einer ausschließlich methodologischen Begründbarkeit wissenschaftlicher Erkenntnisse erweist sich gleicherweise als nicht tragfähig, wie die damit zusammenhängende Idee der Schlichtung von Meinungsverschiedenheiten divergierender Theorien durch empirische Prüfung der aus ihnen deduzierten Hypothesen (Groeben u. Westmeyer 1975, Herrmann 1976, Herzog 1984). Auch die bisher

von der Psychologie zur Krisenbewältigung bevorzugte externe Orientierung an Nachbardisziplinen wie Philosophie, Physik oder in jüngerer Zeit Ethologie, Ökologie etc. erweist sich als eine wenig geeignete Strategie, das Unbehagen mangelhafter psychologischer Gegenstandsbestimmungen aufzuheben (Herzog 1982, 1984). Außerdem blieb die Rezeption der Wissenschaftstheorie, die laut Herzog zum „Mutterersatz“ für die metaphysische Philosophie und die direkten Anleihen an die Physik geworden war (1984, S. 58) in der Psychologie allgemein (z. B. Westmeyer 1977, Herzog 1982) und innerhalb der Klinischen Psychologie im besonderen (z. B. Innerhofer u. Gottwald 1977) stets mangelhaft. Dennoch hat gerade die Wissenschaftstheorie in jüngerer Zeit in ihrer „new philosophy of science“ (Shapere) mit den Konzepten von Wissenschaft als Institution und Handlung (Kuhn 1967, 1977, Feyerabend 1976, 1979, Hübner 1978) Anlaß zum Verlust der Über-Ich-Funktion und des Leitschnurcharakters gegeben. „Die Psychologie gewinnt damit eine Chance, sich ihre Identität selbst zu erarbeiten, aus sich selbst heraus zu entwickeln, was Wissenschaft ist, und damit freier und selbstreflexiver zu werden“ (Herzog 1984, S. 67).

„Selbstreflexion“ liefert das Stichwort für jenen Prozeß der Bewußtwerdung, daß psychologische Wissenschaft sinnvollerweise nicht durch die Übernahme externer Verfahrensvorschriften konstituiert wird (Silverman 1971), sondern ihre eigenen erkenntnistheoretischen Probleme hat, auf die nur eine dem eigenen Gegenstand verpflichtete Wissenschaftstheorie Antworten geben kann. Anstelle der Über-Ich-Funktion der Wissenschaftstheorie hat eine autochthone Wissenschaftstheorie der Psychologie zu treten (Watts 1961, Vogler 1972, Herzog 1982), die sich selbst, d. h. ihre eigenen Inhalte und Methoden in Forschung, Lehre und Praxis, ihre institutionelle Basis und organisatorische Struktur, ihr Selbstverständnis und ihre politische Funktion einschließlich ihrer eigenen Geschichte zum Gegenstand ihrer Erkenntnis macht. Sie könnte entweder mit den allgemeinen Methoden der Wissenschaften wie z. B. analytischem und dialektischem Denken, Logik, Mathematik oder auch mit „den spezifischen Mitteln der Psychologie selbst erfolgen“, was Herzog als Psychologie-Psychologie bezeichnet (1984, S. 73, 76). Auf jeden Fall wäre eine autochthone, selbstreflexive Wissenschaftstheorie gleichermaßen auf den Gegenstand der Erkenntnis, den anderen Menschen, wie auch den Erkennenden selbst, also den Psychologen als Mensch, Wissenschaftler und/oder Praktiker anzuwenden. Außerdem bietet sie die Chance einer widerspruchsfreien und einheitlichen Weltsicht, in der die in psychologischen wie in manchen klinisch-therapeutischen Theorien und Prakti-

ken vorhandene Trennung von „wir“ und „die anderen“ (Little 1972) aufgehoben ist. Damit kommt sie jenem, auch von der Humanistischen Psychologie vertretenen Erkenntnispostulat nahe, für das hier beispielhaft die Formulierung von *Hampden-Turner* stehen kann: „Jede Darstellung des Erkannten, die den Erkennenden ausschließt, ist notgedrungen unvollständig“ (1982, S. 8). Daß eine daraus resultierende Psychologie, die Wissen immer auch als Wissen von sich selbst versteht, der natürliche Kontrahent jeder verdinglichten Konzeption des Menschen ist, d. h. im wahrsten Sinne „humanistisch“ ist (Herzog 1982, S. 76), soll an dieser Stelle nur am Rande erwähnt werden.

Ansetzen kann und muß eine auf reflexiver Psychologie begründete, eigene Wissenschaftstheorie der Psychologie an der anthropologischen Ebene, die jeder Wissenschaft vom Menschen zugrunde liegt (z. B. *Watts* 1961, *Vogler* 1972, *Israel* 1977, *Hübner* 1978, *Herzog* 1982, 1984, *Hagehülsmann* 1984). Daß es auch und vor allem in der Psychologie keine Theorien ohne anthropologische Basis gibt (z. B. *Revers* 1962, 1979; *Vogler* 1972; *Pongratz* 1973, 1977; *Westmeyer* 1973; *Scheerer* 1983), seien deren anthropologische Grundannahmen nun explizit ausgesprochen (z. B. *Bühler* u. *Allen* 1972, *Jaspers* 1973, *Wyss* 1977, *Völker* 1980, *Linster* 1980, *Hagehülsmann* 1982, 1983, 1984, *Bischof* 1983) oder als „philosophisch Unbewußtes“ oder „verborgene metaphysische Prämissen“ enthalten (*Watts* 1961, *Rogers* 1964, *Holz-kamp* 1972a), ist in der Psychologie allgemein, besonders aber in der Klinischen Psychologie unbestritten. Unter dem neohumanistischer Sprache entnommenen Terminus ‚Menschenbild‘ (*Vogler* 1973, S. 17) oder ‚Menschenmodell‘, wie sie *Herzog* (1982, 1984) in ihrer explizierten Form nennt, sind die anthropologischen Vorannahmen über die „Eigenart“, die „Natur“ oder das „Wesen“ und das „Ziel“ des Menschen auch bereits mehrfach hinsichtlich ihrer modellhaften Vorstellungen erörtert, analysiert und besonders im Bereich Klinischer Psychologie und Psychotherapie einander gegenübergestellt worden (so z. B. *Rogers* u. *Skinner* 1956; *Urban* u. *Ford* 1960; *Ford* u. *Urban* 1967; *Reese* u. *Overton* 1970). In Gestalt der Schulkämpfe durchziehen sie „die Wissenschaftsgeschichte bis in die Gegenwart der Klinischen Psychologie hinein“ (*Pongratz* 1977, S. 50). Obwohl „Anthropologie und Menschenbild“, *Vogler* (1972, S. 3) zufolge, gegenwärtig eine Renaissance erleben, wurden sie jedoch erst in jüngster Zeit zum Gegenstand eingehenderer Analysen in Richtung einer psychologie-eigenen Wissenschaftstheorie (z. B. *Herrmann* 1976, *Herzog* 1982, 1984, *Hagehülsmann* 1984).

Im Hinblick auf den nach allgemeiner Auffassung grundlegenden Einfluß von Menschenbildern auf psychologische Theorienbildung wie auch die Vergleichbarkeit von Theorien wäre es durchaus wünschenswert, wenn das jeweilige Menschenmodell eines Wissenschaftlers und/oder einer Wissenschaftlergemeinschaft zumindest ihren grundlegenden Veröffentlichungen vorangestellt oder durch entsprechenden Literaturhinweis kenntlich gemacht würde (*Madsen* 1970, zitiert nach *Bühler* u. *Allen* 1973, S. 72). (Für den wissenschaftlichen Praktiker würde das eine vergleichbare Offenlegung für den jeweiligen Handlungskontext bedeuten.) Daß die Humanistische Psychologie diesen Vorschlag aufgreift, kann anhand von zwei ihrer grundlegenden Veröffentlichungen im deutschsprachigen Raum (*Bühler* u. *Allen* 1974, S. 6, 48ff, *Völker* 1980, S. 6, 15ff) leicht nachvollzogen werden.

Die Funktion von Menschenbildern

Betrachtet man die inhaltlichen und funktionalen Aussagen zum Begriff des Menschenbildes (z. B. *Westmeyer* 1973, S. 136; *Groeben* u. *Westmeyer* 1975, S. 14; *Clauss* et al. 1976, S. 336; *Pongratz* 1977, S. 48ff; *Dorsch* 1982; *Scheerer* 1983, S. 123), lassen sich neben der gemeinsamen Aussage, daß psychologische Theorien durch je verschiedene Menschenbilder bestimmt werden, folgende Zusätze eruieren: „Menschenbilder sind essentialistisch“, sie beinhalten „philosophische Voraussagen“ (*Westmeyer* 1973, S. 136), eine „über jede Empirie hinausgehende metaphysische Einstellung“ sowie „empirietranszendente Aussagen“ (*Scheerer* 1983, S. 122, 123), ein „übersummatives Bild ... die persönliche Antwort auf die Frage, was ist der Mensch“ (*Dorsch* 1982, S. 413), „alle in einer bestimmten historisch-gesellschaftlichen Epoche vorherrschenden Auffassungen und Vorstellungen“ des Menschen über sich selbst und über das Wesen des Menschen (*Clauss* et al. 1976, S. 336), einen Begriff des Menschen, der „sich in einer bestimmten kulturellen Epoche und deren geistigem Klima entwickelt hat“ (*Bühler* u. *Allen* 1973, S. 11; ähnlich *Vogler* 1972, S. 17). Nach *Thomae* sind es „jeweils spezifische, kognitive und nicht kognitive, bewußte wie unbewußte Voraussetzungen, Voreinstellungen und Haltungen, welche letztlich die ein bestimmtes Menschenbild konturierende Figurgrundbildung unter den zur Verfügung stehenden Informationen bestimmen“ (zitiert nach *Vogler* 1972, S. 15). „Daß mit dem Menschen ein Menschenbild gegeben ist, kennzeichnet eine Qualität des Humanen“ (*Vogler* 1972, S. 16).

Die Inhalte solcher „Aussagen über das ‚Wesen des Menschen‘ (oder die wesentlichen Elemente menschlicher Existenz)“ (Scheerer 1983, S. 122) umfassen Fragen wie: „Was ist dem Menschen körperlich/geistig/seelisch möglich zu leisten, was kann er unmöglich leisten, was hilft ihm sicher, und was taugt für ihn auf keinen Fall, was kann man ihm zumuten, ohne ihn im Kern anzugreifen?“ (Vogler 1972, S. 18). Daneben beinhalten sie Aussagen zu Verantwortlichkeit, Freiheit, Entscheidungsfähigkeit, Wille, also Wertaussagen, die aus den bisherigen Menschenbildern zumindest experimenteller Psychologie herausfallen.

Die das Menschenbild konstituierenden Sätze, die nach Watts (1961) Axiomen vergleichbar sind, werden direkt oder indirekt gewählt und festgelegt. „Sie bilden die Basis, auf der Theorien entwickelt werden und haben in diesem Sinne *regulative Funktionen*“ (Herzog 1984, S. 81). Sie beeinflussen die Sprache, in der ihre Anhänger über Psychisches sprechen, die Theorien, in denen sie Psychisches erklären und die Methoden, mittels derer sie Psychisches erforschen (Herzog 1982, S. 12). Darüber hinaus haben sie „wichtige Zielfunktionen“, sie beeinflussen die Wahl und Priorität bestimmter Problemsichten sowie das Ausmaß, in dem konkrete Theorien für Mensch und Gesellschaft relevant werden (Westmeyer 1973, S. 136). D. h., sie treten in der Regel „als Leitlinie für die Praxis auf“ und können vice versa, selbst wenn sie nicht explizit formuliert sind, auch aus bestimmten Merkmalen der Praxis erschlossen werden (Scheerer 1983, S. 123). Dabei ist dieser Rückschluß aus der Praxis jedoch nur dann möglich, wenn die wissenschaftlichen, die ideologischen und technologischen Aspekte einer psychologischen Theorie als kompakte Einheit aufgefaßt werden (S. 125).

Insgesamt gesehen kann man die Aussagen der jeweiligen ‚Menschenbilder‘ auch als ‚Modelle des Menschen‘ oder ‚Menschenmodelle‘ kennzeichnen, die unser Verhalten als Menschen und Psychologen steuern. Eine funktions-orientierte Analyse des Modell-Begriffs, der in der Wissenschaft inzwischen fast synonym mit dem Begriff „Theorien“ verwandt wird, eröffnet nunmehr Möglichkeiten, die Vielzahl obiger Aussagen näher zu kennzeichnen und in eine bestimmte Ordnung zu bringen. Dabei lassen sich in Anlehnung an Herzog (1982/1984) folgende Funktionen von Modellen unterscheiden:

1. Modelle sind erkenntnisleitend, nicht begründend (Jaspers 1955). Alle „Erkenntnis wurzelt in einem subjektiven Akt, der Vorstellung des Seienden, d. h. der Konstituierung des Gegenstandes der Erkenntnis“ (Herzog 1984, S. 84).

Realität erkennen bedeutet, der Realität mehr oder weniger isomorphe Transformationen zu konstruieren (Piaget 1973, S. 23). Modelle

sind solche Transformationssysteme, Hilfsmittel, um solche Vorstellungen zu bilden.

2. Modelle haben repräsentierende und selegierende Funktionen. Sie sagen nichts darüber aus, wie die Wirklichkeit tatsächlich beschaffen ist (Herzog 1984, S. 295). Sie sind immer Vereinfachungen der Realität, indem sie eine bestimmte Perspektive einführen, unter der Wirklichkeit gesehen wird. Diese Perspektive unterliegt in der Regel Kriterien der Nützlichkeit. Insofern sind Modelle nur selektive Abbilder der Realität.

Aus einem solchen Modell gewonnene (empirische) Erkenntnisse sind nicht Erkenntnisse über *die* Realität, *den* Menschen, sondern immer Erkenntnisse relativ zum implizierten Modell und den daraus bezogenen Theorien (Herzog 1984, S. 296).

3. Modelle haben eine heuristische Funktion. Sie strukturieren die Denk- und Fragerichtung des Erkennenden. Sie sind „Mittel, um längst bekannte Tatsachen in einem neuen Licht zu sehen“ (Herzog 1984, S. 86; Hervorhebung weggelassen: H. H.). Dadurch lassen sie häufig neue Beziehungsmuster der im Modell abgebildeten Realität erkennen.

Als Heuristiken dienen häufig Analogien und Metaphern. Während Analogien „die strukturellen Gemeinsamkeiten zweier Bedeutungsfelder zum Ausdruck bringen, die auch *ohne* Verwendung der Analogie einsehbar sind, schaffen Metaphern geradezu solche Gemeinsamkeiten“ (Herzog 1984, S. 88). Dazu bedürfen sie einer minimalen Gemeinsamkeit der metaphorisch zu verknüpfenden Gegebenheiten.

4. Modelle haben eine illustrierende Funktion. Das gilt für „konkrete Modelle als Replikationen der Wirklichkeit (unter der Perspektive des Problems, zu dessen Lösung sie dienen sollen)“ (Herzog 1984, S. 87), das gilt auch für „bildliche (symbolische) Modelle“, die der Veranschaulichung eines Sachverhalts dienen.

Zur veranschaulichenden Funktion gehört auch die Sprache, in der ein Modell dargestellt wird bzw. die es benutzt. Dabei ist gerade im Hinblick auf die Sprache zu fragen, inwieweit sie die im Modell gewählten Implikationen tatsächlich zum Ausdruck bringen kann oder diese sprachlich (veranschaulichend) verfälscht.

5. Modelle haben konstituierende Funktion. „Die heuristische Funktion von Modellen geht im Bereich der Psychologie fast unmerklich über in die konstituierende Funktion“ (Herzog 1982, S. 13). Der psychologische Gegenstand ist zwar bekannt, aber noch nicht erkannt. Er muß erst durch „Interpretation und gedankliche Bear-

beitung“ (Herzog 1984, S. 91) zu einem für die Psychologie tauglichen Gegenstand gemacht werden. Er muß mittels metaphorischer Modelle geschaffen werden. „Die Menschenmodelle in der Psychologie sind weniger Abstraktionen oder Selektionen von Wirklichkeit; vielmehr schaffen sie Wirklichkeit, indem sie eine Sichtweise freilegen, unter der das Psychische für Theorie und Forschung ‚griffig‘ wird“ (Herzog 1982, S. 13). Deshalb haben psychologische Modelle im wesentlichen einen Als-ob-Charakter. Von daher realisiert und analysiert der Forscher und Praktiker die psychische Wirklichkeit im Sinne der Metapher.

Modelle sind „damit nicht bloß ein Hilfsmittel der Theoriebildung und Erkenntnisfindung, wie dies der Fall wäre, wenn Modelle bloß heuristische und/oder illustrierende Funktionen hätten. Modelle sind vielmehr notwendige Bestandteile des Erkenntnisprozesses und gehören daher zur „Logik der Forschung“ (Herzog 1984, S. 93). Diese Tatsache verweist wissenschaftstheoretisch auf eine konstruktivistische Position psychologischer Modelle.

6. Modelle lassen sich nicht empirisch belegen. Ihre konstituierenden Sätze sind nicht nach den Kriterien der Wahrheit zu beurteilen. Sie können einzig hinsichtlich ihrer Wünschbarkeit und Nützlichkeit (oder Relevanz) beurteilt werden. Dabei ist „nicht nur die Frage zu berücksichtigen, *wovon* etwas Modell ist, sondern auch, *für wen, wann und wozu* bezüglich seiner je spezifischen Funktionen es Modell ist“ (Stachowiak 1973, S. 133). Modelle beinhalten immer aus dem Erkenntnisinteresse des Wissenschaftlers, einer Wissenschaftlergemeinschaft oder einer sozialen Gemeinschaft stammende Wertsetzungen und schaffen damit ein „normatives Fundament“ für wissenschaftliches Handeln.

Der nicht-empirische Charakter von Modellen nötigt dazu, die Reflektion auf den Zweck des wissenschaftlichen Handelns in der Wissenschaft selbst vorzunehmen. „Die einzige Möglichkeit, Modelle infrage zu stellen, sind andere Modelle. ... Modellkonkurrenz ist daher eine notwendige Bedingung, um die psychologische Forschung voranzutreiben“ (Herzog 1984, S. 95).

Aus dem nicht-empirischen Charakter von Modellen ergibt sich die Gefahr, daß Theorien, die ihre Modellannahmen nicht ausreichend explizieren, „etwas als empirische Erkenntnis ausgeben, was tatsächlich eine bloße Deduktion aus den Modellannahmen ist“ (Herzog 1984, S. 96). Daher ist die Explikation der Modellannahmen eine notwendige Bedingung wissenschaftlichen Handelns.

Das zuvor Dargelegte gilt auch für den Raum klinisch-psychologischer bzw. psychotherapeutischer Theorien. Menschenbilder als Modellvorstellungen vom Menschen legen auch hier den anthropologischen Rahmen fest, innerhalb dessen sich die anderen Wissens Ebenen entwickeln und ausgestalten können. Sie beeinflussen sowohl die psychologische Theorie als auch die entsprechende Therapietheorie und Praxeologie sowie die Aussagen und Annahmen zur Theoriegenese und Praxisevaluation. Menschenbild, Psychologie und Psychotherapie (Therapietheorie und Praxeologie) zusammengenommen bilden das Ganze einer Therapieform, dessen Teile sich letztlich nur in ihrer wechselseitigen Abhängigkeit begreifen lassen (Pongratz 1977, S. 53; Hagehülsmann 1982, S. 276, 1983, S. 1320; Herzog 1982, S. 19).

Grundelemente klinisch-psychologischer bzw. psychotherapeutischer Theorien

Eine wissenschaftstheoretische Analyse von Psychotherapien hat auch jene Grundkomponenten des spezifischen Feldes einzubeziehen, das in der Psychotherapie gegeben ist. Ein erster Parameter des therapeutischen Feldes ist dessen „interaktive Natur“ (Herzog 1982, S. 15). Da Psychotherapien eine spezielle Form sozialer Interaktionen (Haley 1978) darstellen, hat ein entsprechendes Modell ‚Menschen im Plural‘ (Herzog 1982, S. 15) vorauszusetzen sowie deren soziale Verflochtenheit (und unter Umständen) auch soziale Verantwortlichkeit anzusprechen. Gleichzeitig hat es die Interaktionsprozesse zwischen den Beteiligten, insbesondere zwischen Klient und Therapeut, und deren spezifische Verantwortlichkeit zu thematisieren.

Soziale Interaktion setzt *Kommunikationsfähigkeit* der Beteiligten voraus. Ein Therapiemodell hat daher auch Kommunikation als eine Grundbedingung des therapeutischen Feldes zu thematisieren. Dabei wird die Gestaltung konkreter Kommunikationsprozesse der Verschiedenheit der Modelle entsprechend verschieden ausfallen. Sie muß jedoch in jedem Falle kompatibel mit den Annahmen über die interaktive Natur des Feldes sein.

Eine dritte Grundbedingung des therapeutischen Feldes ist die „Annahme der *Veränderbarkeit* des Menschen. Das therapeutische Handeln wäre sinnlos, wenn es nicht vom Glauben an die Modifizierbarkeit des Menschen getragen wäre“ (Herzog 1982, S. 16). Einzelne Schulen der Therapie unterscheiden sich nicht in der Annahme oder Ablehnung dieser Voraussetzung, sondern lediglich im ‚Wie‘ der Veränderbarkeit. „Dieses ‚Wie‘ ist als Modellimplikation zu sehen“ (S.

16). Dementsprechend sollte das jeweilige Modell beispielsweise Annahmen darüber beinhalten, ‚wie‘ diese Veränderungen initiiert werden: ob sie freiwillig oder auf Anordnung oder Zwang hin, selbstverantwortlich oder unter Aufsicht und Kontrolle eines Therapeuten oder einer Institution zu geschehen haben und ob Veränderungen lediglich als Änderungen kognitiver Prozesse oder als Persönlichkeitsveränderung angesehen werden. Dazu bedarf es zusätzlicher Annahmen über die Genese psychischer Störungen (Krankheitslehre) sowie einer Modellannahme des störungsfreien (gesunden) Individuums.

Als spezifisches Element von Therapie ist auch jene Eingebundenheit des therapeutischen Feldes anzusehen, die von *Jaspers* wie folgt formuliert wird: „Therapie und Psychotherapie und das gesamte praktische Verhalten ... stehen unter den Bedingungen der Staatsmacht, der Religion, der soziologischen Zustände, der herrschenden geistigen Tendenzen eines Zeitalters, dann erst, aber keineswegs allein, unter den Bedingungen der anerkannten wissenschaftlichen Erkenntnis“ (1955, S. 16).

Die konkrete wissenschaftstheoretische Analyse eines bereits bestehenden klinisch-therapeutischen Modells hat darüber hinaus gleichzeitig die Geschichte der spezifischen Modellentwicklung zu berücksichtigen, da sie sonst allzuleicht in den Fehler verfällt, das Gesamt einer therapeutischen Schule oder Richtung mit den ursprünglichen Annahmen ihres Begründers gleichzusetzen. Auch Modellannahmen entwickeln sich im Laufe ihrer Handhabung durch die Benutzer des Modells.

Bereits dieser kurze Überblick über spezifische Charakteristika von Psychotherapie bzw. des therapeutischen Feldes zeigt die Notwendigkeit und wechselseitige Verflochtenheit von Grundannahmen, die ein Modell klinischer Psychologie, das zugleich ein therapeutisches Handlungsmodell sein will, bereitzustellen hat. Daß mit diesen Grundannahmen auch immer mögliche Zielvorstellungen therapeutischer Prozesse mit angesprochen, sozusagen vorentschieden werden, ist unübersehbar.

Veranschaulichung der Wechselbeziehung zwischen Menschenmodell und Psychotherapie an Beispielen der Humanistischen Psychologie

Vor einer konkretisierenden Veranschaulichung der wechselseitigen Verflochtenheit von Menschenmodell, psychologischer Theorie, Therapietheorie und Praxeologie am Beispiel ‚Humanistischer Psychologie‘ ist zu fragen: Gibt es überhaupt *die* ‚Humanistische Psychologie‘?

„Eine eindeutige Definition der Humanistischen Psychologie, über die Konsens besteht, gibt es ... nicht“ (Portele 1980, S. 53). In die 1962 als ‚dritte Kraft‘ „gegenüber der behavioristischen und psychoanalytischen Psychologie“ (Bühler u. Allen 1973, S. 7) gegründete ‚Humanistische Psychologie‘ (genauer: American Association for Humanistic Psychology) ist neben existentialistischen (z. B. Camus, Heidegger, Jaspers, Marcel, Merléau-Ponty, Sartre) und humanistischen Ideen (Graumann 1980) sowie gestaltpsychologischen Vorstellungen (Wertheimer, Koffka, Köhler, Goldstein, Lewin) auch psychoanalytisches und/oder behavioristisches Gedankengut eingeflossen. Man rechnet beispielsweise Cohen, Fromm, Horney, Perls, alle von Haus aus auch Psychoanalytiker, ebenso zu den ‚Humanistischen Psychologen‘ wie beispielsweise Allport, Bugenthal, Maslow, May, Moreno, Murphy, Murray oder Rogers. Außerdem versteht sich die Humanistische Psychologie nicht primär oder ausschließlich als ‚Klinische Psychologie‘ oder ‚Psychotherapie‘, sondern als ein umfassender Ansatz der gesamten Psychologie.

Angesichts dieser Breite und Heterogenität kann man Völker (1980) zustimmen: „Die Humanistische Psychologie ist eine intellektuelle und soziale Bewegung innerhalb der Psychologie, die eine Erneuerung des psychologischen Denkens im Geiste des Humanismus und Existentialismus anstrebt. Sie kann nicht den Anspruch erheben, eine eigenständige Schule zu sein, da es bis heute nicht gelungen ist, eine einheitliche Theorie zu entwickeln. Das Fehlen einer theoretischen Fundierung hat zu Unklarheiten, Mißverständnissen und einseitigen Entwicklungen geführt, so daß immer wieder bestimmte Spielarten der humanistischen Bewegung mit der Humanistischen Psychologie identifiziert werden“ (S. 13).

Dieser „Definition“ einer ‚Humanistischen Bewegung‘ wird auch von anderen Autoren beigepllichtet (z. B. Bühler u. Allen 1973, Graumann 1980, Knohl 1980, Portele 1980). Für unsere Zwecke ergibt sich daraus der Hinweis, daß es sich bei der ‚Humanistischen Psychologie‘ nicht um ein einheitliches Theoriengebilde im Sinne einer bestimmten psychologischen und/oder psychotherapeutischen Theorie handelt, sondern um eine Idee, ein Anliegen, dem sich verschiedene psychologische, aber auch nichtpsychologische Schulen und Richtungen mit unterschiedlich akzentuierten und unterschiedlich komplexen Theorien und Teiltheorien hinsichtlich einer gemeinsamen Zielvorstellung zugehörig fühlen. Unabhängig von der sich aus den übrigen Artikeln dieses Buches ergebenden Klärung, ob das Menschenbild dieser Bewegung so einheitlich ist, wie es vorgibt, wäre es daher im Hinblick einer

begrifflichen Präzision wünschenswert, von *den* ‚Humanistischen Psychologien‘ anstelle ‚der‘ Humanistischen Psychologie zu sprechen.

Zur nachfolgenden Illustration der wechselseitigen Verflochtenheit von Menschenmodell und Psychotherapie werden daher auch Beispiele aus unterschiedlichen Schulen und Richtungen der Humanistischen Psychologien zitiert. Dabei wird weder das gesamte Menschenbild der Humanistischen Bewegung aufleuchten, noch jede Modellposition durch eine entsprechende Aussage veranschaulicht werden. Vollständigkeit ist in diesem Zusammenhang nicht beabsichtigt. Als Folge der generellen Fragwürdigkeit eines allen Richtungen und Schulen gemeinsamen Menschenbildes sowie der Unvollständigkeit und mangelnden Kontextbezogenheit der einzelnen, hier zitierten Aussagen wird auch auf eine Kritik des ‚Humanistischen Menschenbildes‘ verzichtet. (Zur kritischen Auseinandersetzung siehe u.a. die Beiträge von *Graumann* 1980, *Jaeggi* 1980, *Portele* 1980; alle in *Völker* (Hrsg.) 1980).

Analysiert man die zuvorgenannte wechselseitige Verflochtenheit, lassen sich beispielsweise folgende Topoi differenzieren:

1. Grundzüge des Menschenbildes

Menschenbilder enthalten, wie bereits ausgeführt, erkenntnisleitende Annahmen, wie z. B. „Zentrales Theorem der Humanistischen Psychologie“ ist „die Idee vom Menschen als einem aktiven Gestalter seiner eigenen Existenz“ (*Bühler* u. *Allen* 1973, S. 57). Die wie Axiome behandelten philosophischen, psychologischen, soziologischen und ethischen Grundannahmen eines Menschenbildes zur Natur, zum Wesen und Ziel des Menschen enthalten immer auch Glaubensmomente und Hoffnungen, die beispielsweise darüber mitentscheiden, ob der Mensch als ein reaktives, aktives oder sogar proaktives Wesen konstituiert wird. Daß darin immer auch propagandistische Anteile enthalten sind, zeigt beispielsweise der Aufbruch des Renaissance-Menschen, wie er von *Bloch* (1972) beschrieben wird. Als Beispiel hierfür mag folgende Aussage dienen: „Jeder Mensch ist von Natur aus auf Autonomie angelegt, d. h. „daß es ein stark ausgeprägtes Streben des Organismus gibt, sich selbst und die Umwelt zu beherrschen und dadurch unabhängig von äußerer Kontrolle zu werden“. ... Aus dem Autonomie-Postulat „läßt sich die Verantwortlichkeit des Einzelnen für sein Leben ableiten. Das Bewußtsein von der Eigenverantwortlichkeit wirkt als befreiende Kraft, denn nur ein Individuum, das für sich selbst verantwortlich ist, kann Verantwortung für die Gemeinschaft

übernehmen. . . Die Nichtanerkennung der Autonomie und der Eigenverantwortlichkeit führt zu einer resignativen Grundeinstellung und zu einer passiven Haltung gegenüber dem Leben“ (Völker 1980, S. 16f).

1.1 Menschenbild und persönliche Biographie

Annahmen und Aussagen zur persönlichen Biographie des Menschen dienen in der Regel zur Präzisierung von Wertaussagen und Zielvorstellungen, zur Kennzeichnung der Dimensionen menschlicher Natur einschließlich ihrer sozialen Einbezogenheit sowie zur Thematisierung der Veränderbarkeit menschlichen Lebens. Beispiel: Humanistische Psychologen „gehen von der Grundannahme aus, daß der Mensch sein Leben bewußt oder unbewußt an bestimmten Werten ausrichtet und es mit Sinn zu erfüllen sucht. Sie bemühen sich um eine ganzheitliche Erfassung des menschlichen Lebens, indem sie Erlebnisse (subjektive Daten), Verhaltensweisen (objektive Daten) und Leistungen (Produkte) in einen Zusammenhang bringen“ (Völker 1980, S.28). Oder: „Jedes Endziel kann das Verhalten des Menschen erklären“ (Adler, zitiert nach Bischoff 1983, Bd. 1, S. 218).

1.2 Menschenbild und Weltbild

Menschenbilder enthalten immer auch ein Weltbild, in dem die Stellung des Menschen zu seiner organischen und materiellen Umwelt sowie die Interaktionen innerhalb dieses Feldes thematisiert werden. Neben Aussagen und Annahmen zu den von menschlichem Verhalten unabhängigen Gesetzmäßigkeiten der Umwelt und dem wünschenswerten Umgang mit ihr sind damit Annahmen zu den interaktiven und kommunikativen Anteilen des Menschen sowie seinen kulturellen und gesellschaftlichen Bezügen zu verstehen. Beispiel: „Selbst wenn alle primären Bedürfnisse befriedigt sind, ist der menschliche Organismus lebendig, aktiv und unternehmungslustig: Er zeigt die Tendenz, sich selbst und seine Umwelt zu erforschen, nach Wissen zu streben und schöpferische Fähigkeiten zu entfalten. Selbstverwirklichung kann sich nur in ständigem Austausch mit der sozialen Umwelt vollziehen.“ D.h. „das Selbst erfährt also in dem Maße eine günstige Entwicklung, wie es über sich hinaus auf andere bezogen ist“ (Völker 1980, S. 17 f).

1.3 Menschenbild und gesellschaftliche Dimension

Die hier angesprochene Beziehung verdeutlicht, „daß ein Begriff vom Menschen ohne ein Vorverständnis von Gesellschaft nicht

gedacht werden kann, ebensowenig ein Begriff von Gesellschaft ohne ein Vorverständnis vom Menschen“ (Geulen 1977, S. 17). Zudem haben wissenschaftliche (philosophische, psychologische, soziologische etc.) Aussagen über den Menschen auch deswegen immer eine politische Dimension, weil sie die bestehenden Verhältnisse entweder zu bestätigen oder zu verändern suchen. Da sich, wie bereits angesprochen, die gleichen Implikationen quasi anthropologischer Faktoren wie bei den Wissenschaften auch in der Gesellschaft, Wirtschaft und Politik auffinden lassen (Vogler 1973, S. 16), müssen entweder die Unterschiede und deren angestrebte Veränderungen thematisiert oder aber Kompatibilität zwischen den Grundzügen des Menschenbildes und den Aussagen über Gesellschaft und gesellschaftliche Positionen hergestellt werden. Beispiel: „In dem Bewußtsein, daß individuelle und gesellschaftliche Veränderungen sich wechselseitig bedingen, akzentuiert die humanistische Bewegung also den Gedanken einer Veränderung der Gesellschaft vom Individuum her“ (Völker 1980, S. 30).

2. Menschenbild und psychologische Theorie

Die Grundannahmen eines Menschenmodells beeinflussen die psychologische Theorie im Sinne einer Akzentuierung oder sogar Vorentscheidung der Denk-, Frage- und Suchrichtung (z. B. Forschung). „Die psychologischen Theorien artikulieren ein Wissen um allgemeinere Faktoren des psychischen Geschehens, ein Wissen also, das nicht auf das psychotherapeutische Handeln und die psychotherapeutische Situation beschränkt ist, sondern für jeden menschlichen Verhaltenskontext gültig sein soll. Dazu gehören Wahrnehmungs-, Lern-, Motivations-, Persönlichkeits- und Interaktionstheorien, aber auch speziellere Theorien, die etwas über die Genese psychischer Störung, das Traumgeschehen, die künstlerische Kreativität etc. erklären wollen“ (Herzog 1982, S. 19). Im einzelnen lassen sich folgende Bezüge differenzieren:

2.1 Grundverständnis der Person

Das meint zunächst einmal psychologische Aussagen zur Persönlichkeit des Menschen. Nach Allport ist die Persönlichkeit der „natürliche Gegenstand der Psychologie“ (1960, S. 5). Eine „Persönlichkeitstheorie (als Terminus) sollte die Bemühungen des Menschen, sich selbst zu verstehen, freisetzen und nicht einengen“ (Bischoff 1983, Bd. 1, S. 17). Sie sollte, „will sie es wert sein, überhaupt beachtet zu werden, für das

gesamte Kontinuum menschlicher Existenz einen sinnvollen Raum bieten" (Feifel 1963, zitiert nach Bischoff 1983, Bd. 1, S. 149). Das gilt auch und besonders für klinisch-therapeutische Persönlichkeitstheorien, die sich oft in Form eines sog. „Persönlichkeitsmodells“ niederschlagen. Neben dem bereits erwähnten Wissen um allgemeine Faktoren psychischen Geschehens gehören zum Inhalt solcher Persönlichkeitstheorien oftmals auch formale Aussagen darüber, ob die Persönlichkeit als ‚offenes‘ oder ‚geschlossenes System‘ und ihre Zielbestrebungen als homöostatische oder dynamische Prozesse begriffen werden. Eine entsprechende Annahme aus den ‚Humanistischen Psychologien‘: „Ziel der humanistischen Persönlichkeitspsychologie sollte sein, umfassende Modelle von Persönlichkeit zu entwickeln und den Menschen zu unterstützen, sein Leben zu bewältigen und seine Möglichkeiten zu entfalten.“ Dabei sollte diese Entfaltung „den Menschen umfassender begreifen — als Teil des Kosmos, in dem er lebt“ (Clemens-Lodde u. Schäuble 1980, S. 153 f).

Zu den Aussagen über die Persönlichkeit des Menschen, werden sie mit dem Begriff der Autonomie verbunden, gehören in der Regel auch Annahmen zum „störungsfreien (gesunden) Individuum“, wie sie sich z. B. in der „reifen Persönlichkeit“ von Allport (1961), der „sich voll entfaltenden Persönlichkeit“ (fully functioning person) von Rogers (1977), dem „selbstverwirklichten Menschen“ von Maslow (1950, 1962) oder der „autonomen Person“ von Berne (1964, 1972) niederschlagen. Beispiel: „Autonomie manifestiert sich in der Freisetzung oder Wiedergewinnung von drei Fähigkeiten: Bewußtsein, Spontanität und Intimität“ (Berne 1964, dtsh. Ausg. 1970, S. 244). Dabei meint ‚Bewußtheit‘ eine unmittelbare sinnliche Offenheit für Wahrnehmungen im Hier und Jetzt sowie ungehemmte Intensität der gegenwärtigen Empfindungen und Gefühle, ‚Spontanität‘ die Freiheit und Fähigkeit, diese Gefühle und Empfindungen unmittelbar auszudrücken, und ‚Intimität‘ schließlich die Möglichkeit, eine offene, aufrichtige, liebevolle und gleichwertige Beziehung zu einem Mitmenschen einzugehen. Eine solche Person ist wahrnehmungsfähig, spontan und freudig sowie unabhängig und eigenständig in ihren Urteilen, Entscheidungen und Handlungen. Unter gleichzeitiger Berücksichtigung ihrer Grundbedürfnisse und der Realität kann sie anderen nahe kommen, ohne von irgendeiner anderen Person oder Institution vereinnahmt zu werden“ (Hagehülsmann u. Hagehülsmann 1983, S. 1321)²⁾.

Alle Aussagen zusammengenommen beinhalten bereits Implikationen für die Auffassung der Persönlichkeit des gestörten Menschen.

2.2 Grundausrüstung der Person

Annahmen zur Grundausrüstung klären beispielsweise die Frage ‚angeboren‘ versus ‚erworben‘ sowie Fragen angenommener Potenzen, Fertigkeiten, Grundbedürfnisse, des in die Person verlegten Ortes der Gefühle oder der Hauptsteuerungsmechanismen menschlichen Denkens, Erlebens und Verhaltens. Auch in diesen Annahmen sind bereits Ziel-aussagen sowie Aussagen zur gestörten Persönlichkeit impliziert. Beispiel: „Das ‚natürliche Kind‘ (K1) ist ... der Sitz der drei psychischen Grundbedürfnisse, die nach Auffassung der TA ebenso wie die Grundgefühle angeboren sind: des ‚Hungers nach Stimulierung‘, des ‚Hungers nach Zuwendung‘ und des ‚Hungers nach Zeitstruktur‘“ (Hagehülsmann u. Hagehülsmann 1983, S. 1325). Oder: „Alles, was wir erleben, wird durch unseren Körper vermittelt“ (Völker 1980b, S. 219).

2.3 Konzepte zur Lebensspanne (Entwicklungstheorien)

Annahmen zur Entwicklung sollten überindividuell gültige Zusammenhänge in der Ontogenese beschreiben und die qualitativen Besonderheiten verschiedener Etappen der Ontogenese erklären können (Scheerer 1983). Darüberhinaus haben sie Entwicklungs- und Lernkonzepte für den gesamten Lebensverlauf einschließlich des menschlichen Todes zu thematisieren. Entwicklungstheoretische Ansätze haben dabei auch soziale Systeme wie Familie, Vereine und Gruppen zu berücksichtigen, die dem Einzelnen bei der Befriedigung seiner Bedürfnisse und bei der Bewältigung seiner Lebensprobleme helfen und damit für sein psychosoziales Wohlbefinden wesentlich sind. Außerdem sollten sie Aussagen zur Verzahnung des Individuums mit Welt und Gesellschaft, zum Bereich der Arbeit sowie Aussagen zur Erziehungsdimension beinhalten. — Beispiel: „Alle frühen Erfahrungen bei der Suche nach Zuwendung, die als Grundpositionen und Grundentscheidungen in wesentlichen Teilen den Lebensplan bestimmen, legen letztlich die Art und Weise fest, wie wir im späteren Leben denken, fühlen und handeln“ (Hagehülsmann u. Hagehülsmann 1983, S. 1327).

2.4 Persönlichkeit des gestörten Menschen

Das Menschenbild und die Annahmen zur Persönlichkeit beeinflussen die Aussagen über Art, Funktionsweise, Umfang und Ursachen von Störungen, die sich in der sog. Krankheitslehre eines Therapiemodells niederschlagen. Daß die in der Krankheitslehre implizierten Entscheidungen, welche Äußerungen persönlichen Leidens als seelische oder Geisteskrankheiten klassifiziert werden sollen und welche Form

bzw. welcher Grad von Heilung angestrebt oder erreicht werden kann, auch von Einstellungen und Werten der jeweiligen Zeit und Gesellschaft mitgeprägt werden, ist unbestritten. Als Beispiel kann folgende Aussage dienen: „Durch die Betonung der idealtypisch verstandenen ‚Autonomen Person‘ als für alle Menschen, d.h. für ‚psychisch Gesunde‘ wie ‚psychisch Kranke‘ anstrebenwertes Ziel menschlicher Selbstverwirklichung und die bloße Benennung verschiedener Beeinträchtigungsformen dieses Idealzustandes unterläßt die Transaktionsanalyse — hierin dem Adlerschen Konzept sowie Konzepten vieler Humanistischer Psychologien verwandt — bewußt jede exakte Grenzziehung zwischen dem, was ‚normal‘ oder ‚gesund‘ bzw. in der Umkehrung ‚krank‘ oder ‚anormal‘ genannt wird. Stattdessen nimmt sie fließende Übergänge an und betont die Fähigkeit jedes Menschen zu Wachstum und Selbstverwirklichung“ (Hagehülsmann u. Hagehülsmann 1983, S. 1322). — Oder: „Jeglicher Ansatz zur Wiederherstellung der psycho-physischen Gesundheit und zur Förderung der Lebensenergien wird die körperliche Seite in seine Bemühungen einbeziehen müssen, wenn er auf Dauer wirkungsvoll sein soll. Es ist das Verdienst der Humanistischen Psychologie, dieser Forderung erneut Geltung verschafft zu haben“ (Völker 1980b, S. 223).

3. Menschenbild und therapie-theoretische Aussagen

Therapie-theoretische Aussagen beinhalten Annahmen und „Wissen um die spezifischen Bedingungen, Prozesse, Wirkfaktoren etc. des therapeutischen Feldes ... Sie thematisieren nicht nur jenes Wissen, das der Psychotherapeut in seinem Handeln unmittelbar einsetzen kann, sondern auch allgemeineres Wissen, das beispielsweise ökologische oder institutionelle Einflüsse auf die Therapiesituation, den Prozeß der klinischen Urteilsbildung ... etc. betrifft“ (Herzog 1982, S. 18 f). Auch diese Annahmen werden von den Grundannahmen des Menschenbildes bzw. Menschenmodells wesentlich beeinflusst. Im einzelnen lassen sich folgende Spezifika benennen:

3.1 Spezifische Bedingungen des therapeutischen Feldes (wissenschaftstheoretische Analyse)

Da diese Bedingungen bereits zuvor analysiert wurden (cf. S. 19f), sollen sie hier nur mit einem Beispiel aus den Humanistischen Psychologien illustriert werden. Es läßt besonders gut die Verflechtung zum übergeordneten Modell, einem systemtheoretischen Ansatz erkennen: „Wenn man die Familie als Ganzes zu erforschen und verstehen versucht und unter systemtheoretischem Blickwinkel betrachtet, wird

einem sehr bald klar, daß jedes undurchschaubare Symptom, sofern es innerhalb der Familie produziert wird, seinen Sinn in diesem Kontext besitzt“ (Schneider 1980, S. 255).

3.2 Ziele, Inhalte und Dimensionen therapeutischer Behandlung

„Das Ziel der psychotherapeutischen Bemühungen... sonst benannt als Gesundheit, als Arbeitsfähigkeit, als Leistungsfähigkeit und Genußfähigkeit (Freud), als Eingliederung in die Gemeinschaft (Adler), als Schaffensfreude, als Glücksfähigkeit“, zeigt in der Unbestimmtheit und Vielfachheit der Formulierungen (Jaspers 1955, S. 34) die enge Bezogenheit von Menschenbildern und therapeutischer Zielsetzung. Beispiel: „Ziel der (Gestalt)Therapie ist ein autonomer Mensch, dessen Widersprüche in einem integrierten Ganzen aufgehoben sind“ (Völker 1980, S. 32; Klammerzufügung: HH.) Wie am Autonomie-Postulat der Humanistischen Psychologien beispielhaft deutlich wird, ist mit dem Menschenbild einer therapeutischen Richtung eine bestimmte Perspektive eingeführt, unter der die Wirklichkeit des Menschen gesehen wird. Durch die Grundannahmen der psychologischen Theorien (Persönlichkeitsmodell, Grundausstattung, etc.) wird dieser Wirklichkeitsausschnitt durch konkrete modelltheoretische Inhalte gefüllt, zugleich aber auch im Hinblick auf die Varianz möglicher Zielvorstellungen eingeengt. Das klingt in folgendem Beispiel an: „Therapie wird ... nicht mehr nur als Heilungsprozeß verstanden, sondern als der Versuch zur permanenten ‚allseitigen Entfaltung der Persönlichkeit‘ ... Das Besondere an den humanistischen Therapien ist, daß sie ihre Aufgabe nicht mehr in der Heilung von Kranken oder sich als krank Definierenden sehen, sondern in personal growth für jeden“ (Portele 1980, S. 55).

Eine solche Definition eröffnet einen breiten Raum möglicher Ansatzpunkte, die unterschiedliche Dimensionen therapeutischer Behandlung ins Blickfeld treten lassen: die intraindividuelle Dimension, d.h. den einzelnen Menschen mit den Aspekten somatisch, emotional, kognitiv und spirituell, die interindividuelle Dimension, d.h. die interaktiven und kommunikativen Anteile menschlichen Denkens, Erlebens und Verhaltens mit den Aspekten autoritär, demokratisch, kooperativ und/oder die kulturelle Dimension mit den Aspekten magisch, mythisch, mental, integral (Gebser 1978). Ob eine, mehrere oder alle dieser Dimensionen als mögliche Ansatzpunkte gelten, wird wiederum durch das Menschenbild, die Persönlichkeitstheorie und die Zielvorstellungen einer konkreten Therapietheorie bestimmt. Beispiel:

In der Transaktions-Analyse „sollte der Prozeß der Heilung in der Regel alle Ebenen menschlichen Lebens umfassen: seine Körperlichkeit, sein Verhalten (als beobachtbare Äußerungen seiner Person), sein Denken und Fühlen (als vermittelte Äußerungen seiner Person) wie auch sein Hoffen, Ahnen oder Glauben (oder wie immer die konkrete Person die Äußerungen ihrer spirituellen Dimension oder Suche nach eigener Identität bezeichnet)“ (Hagehülsmann u. Hagehülsmann 1983, S. 1337).

Insgesamt werden durch diese Vorentscheidungen auch die Inhalte des therapeutischen Prozesses beeinflußt. Das geschieht u.a. durch Beschränkung auf bestimmte Störungen und meist indirekten Ausschluß anderer Störungsformen. Das wird z. B. in der folgenden Definition des Gesamtbereichs ‚Klinische Psychologie‘ offensichtlich: „Klinische Psychologie ist jener Zweig der Psychologie, der die Diagnostik, Modifikation und Prävention von sozialbedingtem und sozialrelevanten Störungen des Erlebens und Verhaltens in Forschung, Lehre und Praxis zum Gegenstand hat“ (Pongratz 1977, S. 44). Selbst durch die Hinzufügung der Definition von Hellpach (1949): „Gegenstand der klinischen Psychologie sind alle Arten seelischen Verhaltens bei körperlichen Erkrankungen“ (zt. nach Pongratz 1977, S. 38) bleiben noch viele der angesprochenen Dimensionen therapeutischer Ansatzmöglichkeiten ausgeschlossen.

Daß sich weitere Einschränkungen der Inhalte und Ziele aus den bereits oben genannten Bedingungen der Staatsmacht, der Religion, der soziologischen Zustände und der herrschenden geistigen Tendenzen eines Zeitalters (Jaspers 1955) ergeben, soll hier nur nochmals angemerkt werden. Einen Aspekt dieser Einschränkungen erfaßt das folgende Zitat aus einer kritischen Auseinandersetzung mit Humanistischen Psychologien: „Die Gefahren einer erlebniszentrierten Psychotherapie sehe ich dort, wo über der Konzentration auf den persönlichen Sinn in agnostizistischer Weise vergessen wird, auch die objektive Bedeutung zu reflektieren“ (Jaeggi 1980, S. 299).

Inwieweit die konkreten Zielvorstellungen und Inhalte des Klienten in diesen durch Vorannahmen und Einschränkungen begrenzten Raum einzuordnen sind, bleibt einem (je nach Menschenbild gemeinsamen) Übersetzungsprozeß von Therapeut und Klient vorbehalten, um so der klinischen Urteilsbildung und dem Entwurf praxeologischer Strategien zugänglich werden zu können.

3.3 Diagnostische Konzepte

Die diagnostischen Konzepte und Methoden sind einerseits Hilfsmittel zur Präzisierung und Differenzierung der zuvor besprochenen

Inhalte und Zielfindungsprozesse, d. h., sie sind Methoden zur Ausdifferenzierung des durch Menschenbild und psychologische Theorie konstruierten Realitätsausschnitts. Da es unterschiedliche Konzepte und Methoden der Diagnostik gibt, die wie alle Methoden auf eigenen modelltheoretischen Voraussetzungen basieren, muß darauf geachtet werden, daß die jeweils gewählten Diagnostika mit dem Menschenbild einer psychotherapeutischen Richtung kompatibel sind. Das folgende Beispiel entstammt der „Humanistischen Familientherapie“ (Schneider 1980): „Die beste Diagnose ist die prägnante Beschreibung des Beobachtbaren. ... Die Sprache der Diagnostik ist die der Familie selbst, sie bleibt immanent zu deren Sprachgewohnheiten. Die Denkstruktur der Diagnostik ist dagegen dynamisch und zieht die Regelmäßigkeit und Interdependenz der ablaufenden Prozesse in Betracht. Die Sequenz als Folge von Mitteilung, Antwort und Gegenantwort bildet die Beobachtungseinheit. Alles wird im Kontext gesehen, niemals bleibt ein Teilprozeß ohne Bezug zum System ... Jeder diagnostische Schritt enthält schon einen Hinweis auf nächste Maßnahmen“ (S. 265).

Menschenbild und diagnostische Konzepte einer Psychotherapie werden andererseits darüber mitentschieden, was Jaspers so ausdrückt: „Zu jeder psychotherapeutischen Schule mit bestimmten weltanschaulichen, technischen, psychologischen Ansichten gehören die für sie typischen Patienten“ (1955, S. 16).

3.4 Spezifische Krankheitslehre

Die theoretischen wie handlungsrelevanten Aussagen zu Art, Funktionsweise, Umfang, Ursachen und Behandlungsansatz spezifischer Störungen — in Anlehnung an das medizinische Modell bisher im allgemeinen ‚Psychopathologie‘ genannt — sind zum einen hinsichtlich ihrer Art und Ursachen durch das Menschenmodell und die psychologische Theorie, zum anderen hinsichtlich ihrer Funktionsweisen und ihres Bedeutungsumfanges durch die Definition der Ziele und Dimensionen therapeutischen Handelns, zum dritten insgesamt durch die Annahmen zur Persönlichkeit des gestörten Menschen mitbeeinflusst. Dieser Verflochtenheit kann in der Regel nur durch eine dem jeweiligen Menschenbild konforme eigene Krankheits- bzw. Störungslehre entsprochen werden. Wird diese Verflochtenheit nicht beachtet, kommt es schnell zum Streit zwischen den Anhängern der verschiedenen Modelle — in der Psychologie als Streit zwischen dem medizinischen und dem psychologischen Krankheitsmodell bekannt —, der deswegen so lange währt, weil seine Verfechter an den Resultaten, nicht aber den

Voraussetzungen der jeweiligen Modelle entlangdiskutieren. Im Hinblick auf eine psychologieeigene, möglichst unbelastete Terminologie erscheint es von daher zweckmäßig, die o.g. wechselseitige Bedingtheit mit dem neutralen Begriff ‚psychologische Pathologie‘ (bzw. ‚Psychologische Krankheitslehre‘) zu kennzeichnen, statt weiterhin die modell- und bedeutungsmäßig vorbelasteten Begriffe ‚Psychopathologie‘ (Medizinisches Krankheitsmodell), Neurosenlehre (Psychoanalytisches Modell) oder Verhaltensstörung (Mechanistisches Modell der Verhaltenstherapie) zu gebrauchen. — Um wenigstens Teile des aufgezeigten Verbunds sichtbar werden zu lassen, wird das Beispiel in Anlehnung an die zuvor erörterte Unterscheidung zwischen ‚gesund‘ und ‚krank‘ (cf. S. 20) wiederum der Transaktions-Analyse entnommen: „Viele der bisher beschriebenen Erlebens-, Denk- und Verhaltensmuster bewirken beobachtbare und/oder berichtbare Einschränkungen der Persönlichkeit. Diese lassen sich unter Rückverweis auf die als fließend angenommenen Übergänge zwischen ‚gesund‘ und ‚krank‘ im Hinblick auf die Struktur der Person in Termini ‚struktureller Pathologie‘ (...), im Hinblick auf die im Handlungsvollzug sichtbar werdenden Störungen in Termini ‚funktionaler Pathologie‘ (...) beschreiben, wobei sich beide Störungsbilder wechselseitig durchdringen“ (Hagehülsmann u. Hagehülsmann 1983, S. 1333).

3.5 Allgemeine Anwendungsmöglichkeiten

Durch die zuvor erörterten, modellbezogenen Einschränkungen ergeben sich bereits Vorentscheidungen hinsichtlich der generellen Anwendungsbereiche und -möglichkeiten von Psychotherapie, die von (reaktiver) Modifikation und Rehabilitation über Prävention und personal growth bis zur Position ‚Therapie ist Politik‘ von Rogers reichen können. Für viele der konkret vorliegenden psychotherapeutischen Theorien ließe sich im Hinblick auf den Zusammenhang zwischen explizit ausformulierten psychologischen und therapietheoretischen Theorien und dem jeweiligen Anwendungsanspruch in entsprechender Abwandlung der von diagnostischen Verfahren bekannte Vergleich zwischen Bandbreite (Anwendungsanspruch) und Genauigkeit (Theorien) heranziehen, der oftmals zuungunsten letzterer ausfallen würde. — Im Hinblick auf die folgenden Beiträge dieses Buches wird auf ein veranschaulichendes Beispiel verzichtet.

4. Behandlungsmethodik (Praxeologie)

Annahmen und Aussagen zur Behandlungsmethodik stellen „einen handlungsnahen Raster bereit, der die Arbeit des Therapeuten durch

möglichst konkrete Entscheidungshilfen erleichtern soll“ (Herzog 1982, S. 18). Solche Hilfen können in Regeln für die Gestaltung der Klient/Therapeut-Beziehung, Hinweisen zum therapeutischen Setting und/oder spezifischen Anwendungshinweisen (Indikationsregeln) bestehen. Im einzelnen sollen folgende Punkte ausführlicher angesprochen werden:

4.1 Die therapeutische Beziehung

Über die Beziehung zwischen Klient und Therapeut, die zuvor in Anlehnung an Haley (1978) als spezifische Form sozialer Interaktion bezeichnet worden war, ist viel geschrieben, analysiert und geforscht worden (cf. z. B. Frank 1961; Haley 1978). Das hat sicherlich mehrere Gründe: Abgesehen von der Tatsache, daß der Anteil des Therapeuten an der aufklärbaren Varianz untersuchter Effektivität von Therapie in der Regel am größten ist, ist der Therapeut sozusagen der sichtbare und in der Wirklichkeit oftmals einzig greifbare Repräsentant einer Psychotherapierichtung. Er bildet die menschliche Schaltstelle des durch psychologische Theorie und Therapietheorie vermittelten Menschenbildes. Das manifestiert sich in seiner persönlichen Haltung als Mensch ebenso wie in seiner Kompetenz als praktizierender Wissenschaftler oder in seinem möglicherweise professionalisierten Umgang mit den Klienten. Ob die u. U. im Menschenbild postulierte Autonomie des Menschen tatsächlich auch innerhalb der therapeutischen Beziehung für den Klienten erhalten bleibt, also dialogisches Reden (Buber 1979) stattfindet, oder zu einem durch mangelnde Transparenz gekennzeichnetem Über- und Unterordnungsverhältnis von Wissendem (‘Gutem’, ‘Normalem’) und Ratsuchendem (‘Kranken’, ‘Anormalen’) verkommt, ist eng, wenn nicht ausschließlich mit dem persönlichen Menschenbild, der ethischen Haltung und der fachlichen Kompetenz des Therapeuten verbunden (cf. ausführlicher z. B. Jaspers 1955). Daher finden sich auch bei fast allen psychotherapeutischen Schulen entsprechende Annahmen, Aussagen und Anweisungen (Regeln) zum Klient-/Therapeuten-Verhältnis sowie bei vielen therapeutischen Richtungen die zusätzliche Verpflichtung für eine sog. Eigenanalyse des Therapeuten. Ob die genannten Regeln, seien sie nun in Form kollektiven, persönlichen oder analogischen Wissens kodiert und weitergegeben, und die persönliche Art und Weise, wie sie vom konkreten Therapeuten umgesetzt werden, jedoch immer den tatsächlichen Gegebenheiten des konkreten Einzelfalles (z. B. den persönlichen Bedingungen eines auf richterlichen Beschluß zur Therapie beorderten Menschen

oder den institutionellen und gruppodynamischen Bedingungen der „Knastgruppe der Therapeuten Th.“) entsprechen, bleibt meines Erachtens fraglich, soll jedoch nicht weiter diskutiert werden. — Als Beispiel einer mit dem Menschenbild kompatiblen Beschreibung der Stellung des Therapeuten mag folgendes dienen: „Der Humanistische Psychologe ist klientenzentriert (oder sollte es nach den Vorstellungen der Theoretiker sein). Die Eigenverantwortung des Klienten wird betont, und die dem Klienten innewohnenden Fähigkeiten. Der Therapeut versteht sich als ‚Hebamme‘, ‚gebären‘ kann und muß der Klient selbst. ‚Personal growth‘, ‚Selbstaktualisierung‘, ‚Eigenverantwortlichkeit‘ und andere Begriffe machen deutlich, daß der Mensch in der Humanistischen Psychologie aus sich heraus aktiv wird. Die Ursache des Handelns liegt wesentlich beim Klienten. Er ist Subjekt, nicht Objekt der Therapie“ (Portele 1980, S. 55).

Dennoch soll auch hier zum Schluß ein Zitat von *Jaspers* zum Nachdenken anregen: „Die Kunst des therapeutischen Handelns, des Umgangs, der Form, der Gebärde und der Haltung ist nicht auf Regeln zu bringen“ (1955, S. 38 f).

4.2 Hinweise zum therapeutischen Setting

Diesbezügliche Aussagen stehen in einem engen Zusammenhang zur zuvor erörterten Stellung und Rolle des Therapeuten. Das Setting ist sozusagen die situative Schaltstelle einer Psychotherapie. Zum Setting gehört einerseits die Form der Anwendung als Einzel-, Gruppen-, Paar-, Familien- und/oder Institutionstherapie in Situ oder im Quasi-Labor der therapeutischen Praxis. Zum Setting gehört andererseits das konkrete örtlich-situative Arrangement (einschl. aller Materialien), das zur Durchführung einer bestimmten Therapie notwendig ist oder als notwendig angesehen wird. Auch das zu Setting-Fragen notwendige Wissen findet sich nur in beschränktem Umfang in den Lehrbüchern einer Psychotherapie, sondern wird in der Regel als kollektives oder persönliches Wissen im Aus- und Fortbildungsprozeß zum Therapeuten weitergegeben. Außerdem hängt seine Umsetzung in starkem Maße von der Kompetenz und dem persönlichen Stil des Therapeuten ab. — Das Beispiel für einen Teilaspekt des Erörterten stammt wiederum aus der Transaktions-Analyse: „Gegenwärtig kommt TA als Einzel-, Gruppen-, Paar- und Familientherapie sowohl im ambulanten als auch im stationären und teilstationären Bereich zur Anwendung“ (Hagehülsmann u. Hagehülsmann 1983, S. 1343).

4.3 Spezifische Formen und Techniken

Die hier angesprochenen Annahmen und Aussagen meinen die spezifischen therapeutischen Instrumente, mit denen eine konkrete Psychotherapie ihren durch das Menschenbild konstituierten und durch die psychologische Theorie präzisierten und differenzierten Vorstellungen vom Menschen und lebenswertem Leben zur praktischen Verwirklichung verhelfen will. — Als Beispiel soll wiederum die Transaktions-Analyse dienen: „Zur Unterstützung menschlichen Wachstums und Wohlbefindens sowie zur Klärung und Veränderung von Störungen bietet die TA eine Reihe spezifischer Verfahren wie z. B. die ‚Strukturanalyse‘ zur Erhellung der Ich-Zustände, die ‚Transaktionsanalyse‘ zur Erhellung der Kommunikationsprozesse, die ‚Racket- und Spielanalyse‘ zur Erhellung des spezifischen Umgangs mit Gefühlen oder die ‚Skriptanalyse‘ zur Erhellung des individuellen Lebensplanes. Grundlage ihrer Anwendung ist der zwischen Klient und Berater / Therapeut geschlossene ‚Beratungs- oder Behandlungsplan‘“ (Hagehülsmann u. Hagehülsmann 1983, S. 1315f).

5. Menschenbild, Forschung und Praxisevaluation

Das Menschenbild, das hinter der Entscheidung für ein psychotherapeutisches Verfahren steht, kommt in den gegenwärtigen Untersuchungen zur Therapieforschung gar nicht vor. Bestenfalls werden einige Symptome oder Personengruppen in Beziehung zu einem Verfahren gebracht, um „dann festzustellen, wie gut es in der Lage ist, bestimmte Symptome zu beseitigen oder bei bestimmten Personengruppen eine Beseitigung ihrer stigmatisierten Symptome zu bewirken“ (Pauls u. Walter 1980, S. 183). So erhält sich nicht nur nach Auffassung Humanistischer Psychologen die Gefahr, „daß mit Hilfe der Psychotherapie immer mehr generalisierte, aus individuellen Sinnzusammenhängen herausgelöste „Wenn-dann-Daten“ angesammelt werden und — sinnlos angewendet — in der Praxis zu unübersehbaren Risiken geraten“ (ebenda, S. 185), „Nicht wenige praxeologische und theoretische Konzepte verschiedener psychotherapeutischer Schulen werden durch Wissenselemente gestützt, deren Qualität zumindest fragwürdig ist und die daher eher den Charakter von *Mythen* als von echten Erkenntnissen haben“ (Herzog 1982, S.26). Der Psychotherapieforscher fragt eben nicht nach Menschenbild und Lebensrezepten.

Eine das Menschenbild berücksichtigende Forschung und Evaluation sollte im Gegensatz zu den zerstückelnden, reduzierenden und aufspaltenden Kräften der vorherrschenden Orthodoxien die Zusammen-

hänge, Kohärenz, Wechselbeziehungen, organische Sichtweisen und Ganzheiten hervorheben. Dementsprechend formulieren die Humanistischen Psychologen: „Wissenschaftliche Theorien und Methoden sind immer Teile eines bestimmten kulturellen Kontextes, der das Menschenbild und die wissenschaftlichen Vorstellungen eines Forschers bestimmt. Aber auch Entscheidungen vor und nach der experimentellen Phase, welche die Auswahl von Untersuchungsgegenständen, die Interpretation und die Anwendung von Forschungsergebnissen betreffen, sind wertbezogen und in hohem Maße vom jeweiligen Erkenntnisinteresse und dem Forschungszusammenhang abhängig“ (Völker 1980, S. 23). Daher sollen auch Forschungsziele nicht mehr allein in das Belieben des Forschers gestellt, sondern als Ergebnis eines Diskurses aller Beteiligten festgelegt werden. Die Ergebnisse solcher Forschungen betrachtet die Humanistische Psychologie als organisch gewachsene Erfahrungen, die eine grundsätzlich andere Qualität haben als Ergebnisse der herkömmlichen Sozialforschung (ebenda, S.26). Hinsichtlich der Forschungsinhalte will die Humanistische Psychologie den ganzen, lebendigen Menschen im sozialen Kontext zum Bezugspunkt der Forschung machen, d. h., die wirkliche Lebenssituation des Menschen muß zum Gegenstand der Forschung und Theoriebildung gemacht werden. Dabei ist „das Hauptinteresse auf das Erkennen und Lösen von Problemen gerichtet. Forschungsmethoden werden unter dem Gesichtspunkt ausgewählt, ob sie dem Weltbild und der Fragestellung angemessen sind, wobei als oberster Grundsatz gilt: Der Gegenstand bestimmt die Methode und nicht umgekehrt“ (Wellek 1958, nach Völker 1980, S.23).

Die vorangehende, konkretisierende und veranschaulichende Zusammenstellung bleibt aus mehreren Gründen unvollständig. Die getroffene Auswahl der Konkretisierungen und Veranschaulichungen ist von erkenntnisleitenden Modellvorstellungen des Verfassers über eine autochthone Wissenschaftstheorie Klinischer Psychologie und die entsprechenden Modellvorstellungen über Humanistische Psychologien mitbestimmt. Sie ist außerdem durch das mitgeprägt, was zum gegebenen Zeitpunkt vorlag oder dem Erinnern zugänglich war. Trotzdem können gerade die aus dem Kontext gerissenen Veranschaulichungsbeispiele aus den Humanistischen Psychologien eine bisher unerwähnte Tatsache deutlich machen: auch die Annahmen und Aussagen von Menschenbildern bzw. Menschenmodellen und die mit ihnen verflochtenen Annahmen der psychologischen Theorien, Therapietheorien und Praxeologie können nur als Ganzes, als Gesamt begriffen werden. Aus dem Gesamtzusammenhang gerissene Veranschauli-

chungsbeispiele lassen sich oftmals auch anderen Menschenmodellen, wie zum Beispiel dem mechanistischen (Maschinenmodell), dem rationalen (Handlungsmodell) oder organismischen Modell, dem Selbstmodell, dem Homo-clausus-Modell, dem Potenzmodell (Herzog 1984) zuordnen, die hier nicht auf- und ausgeführt wurden. (Zur weiteren Vertiefung des Modellbegriffes wie einzelner Menschenmodelle in der Psychologie und Psychotherapie siehe Pongratz 1977, Vogler 1978, Herzog 1984, die auch auf vertiefende Literatur hinweisen.) Deshalb verbietet sich auch eine Zuordnung der Aussagen Humanistischer Psychologien zu einem bereits bekannten Menschenmodell ebenso wie eine auf Vor- und Nachteile dieser Grundannahmen eingehende Kritik. Erlaubt sei nur die Wiedergabe des hypothetischen Eindrucks, daß bei der zunehmend häufiger angesprochenen Idee, den Menschen nicht mehr als „Organismus in der Umwelt“, sondern „Mensch im Universum“ zu konzipieren (Royce 1964, Clemens-Lodde u. Schäuble 1980, Fittkau 1980), sowie bei der Betonung von dessen proaktiver Natur, gesellschaftlicher Verflochtenheit und Verantwortlichkeit möglicherweise inzwischen ein das Organismusmodell überschreitendes Menschenmodell entstanden ist, das man in Anlehnung an Gebser (1978) ein „integrales Menschenmodell“ nennen könnte. Das wird man unter anderem nach kritischer Durchsicht der übrigen Beiträge dieses Buches erneut aufgreifen müssen. Hier soll zunächst nur noch auf die generellen Vor- und Nachteile von Menschenmodellen eingegangen werden.

Theoretische und praktische Folgen von Modellen

Gerade die historische, kulturelle und gesellschaftliche Bedingtheit menschlichen Lebens, wie sie in vielen Annahmen der Humanistischen Psychologien angesprochen wurde, bietet ein gutes Argument gegen das bisher geltende wissenschaftliche Selbstverständnis der Psychologie. Ihr Anspruch auf nomothetische Theorienbildung und der „Quasi-Naturalismus“ ihrer empirischen Forschung (Herzog 1984) führen zu einer Mißachtung situativer Bedeutungsstrukturen und biographischer Zusammenhänge und damit zu einer Mechanisierung und Parzellierung ihres Gegenstandes, des Menschen (Holzkamp 1972b). Nur eine an den Menschenmodellen der jeweiligen Theorien ansetzende Gegenstandsreflexion, so hatten wir zuvor ausgeführt, vermag das daraus resultierende Chaos heterogener Theorien ohne Chance gegenseitiger Konkurrenz durch empirische Testung aufzuheben. Dazu dienen Modelle des Menschen, deren Reflexion und Diskussion bisher oftmals auf Nebenbemerkungen und „Festreden“ (Metzger 1966) beschränkt blieb.

Wie die vorangehende Veranschaulichung des Modellbegriffes gezeigt hat, konstituieren Menschenmodelle nicht nur den Gegenstand, indem sie z. B. klinisch-therapeutische Wirklichkeit schaffen, sondern wirken sich auch auf die gesamte wissenschaftliche „Handhabung“ dieses Gegenstandes aus. Daraus ergeben sich jedoch weitreichende Folgen, die wiederum in Anlehnung an Herzog (1984) anhand von Thesen verdeutlicht werden sollen:

1. Wenn psychologische Theorien über ihren Modellcharakter erst Wirklichkeit schaffen, läßt sich eine, das Chaos heterogener Theorien vermindernde Integration nur auf der Modellebene bewirken. „Potentiell integrierbar sind psychologische Theorien, deren Gegenstand in einem gemeinsamen Modell des Menschen wurzeln (vergleiche Herzog 1980). Nicht integrierbar sind Theorien unterschiedlicher Modellbasis“ (Herzog 1984, S. 288). Daher sind auch Theorien, die im Kontext verschiedener Menschenmodelle formuliert sind, inkompatibel.

Da die übergeordneten Aussagen eines Modells relativ abstrakt sind, bedürfen sie, wie zuvor geschehen, zunächst einer konkretisierenden Artikulation. „Integrierbar sind dann nicht mehr Theorien, die dem selben abstrakten Modell verpflichtet sind; integrieren lassen sich jene Theorien, denen dieselbe *Modellartikulation* zugrunde liegt“ (Herzog 1984, S. 288; Hervorhebung weggelassen: H. H.). Diese Erkenntnis ergibt einen ersten Hinweis im Hinblick auf die im therapeutischen Bereich gern vollzogene Kombination verschiedener Theorien, Methoden und Techniken, den sog. Methodeneklektizismus.

2. Nicht nur Theorien, sondern auch Methoden sind auf Modelle (theoretische Systeme) bezogen, da sie bestimmte Aspekte der Realität unterstellen und inhaltliche Aussagen über den Untersuchungsgegenstand implizieren. Folglich läßt sich die Adäquatheit von Methoden nur implizit zu dem durch das Menschenmodell konstituierten Gegenstand ermitteln. D. h., „eine Theorie läßt sich nicht schlechthin empirisch testen, sondern immer nur *relativ zu bestimmten Modellannahmen*“ (Herzog 1984, S. 291).

Entsprechend der Kompatibilität bzw. Inkompatibilität von Theorien aufgrund gemeinsamer bzw. unterschiedlicher Modelle lassen sich auch nur solche Methoden kombinieren, die auf ein gemeinsames Menschenbild bezogen sind. Sowohl die praktische Umsetzung als auch die empirische Prüfung einer klinisch-therapeutischen Theorie ist daher mit Methoden und Techniken vorzunehmen, deren Modellvoraussetzungen mit jenen der Theorie kompatibel sind. Das

ergibt einen weiteren Hinweis auf die Kombinationsfähigkeit verschiedener Theorien, Methoden und Techniken psychotherapeutischer Richtungen.

3. „Was für ein Menschenmodell einer psychologischen Theorie zugrundegelegt wird, d. h. sowohl, von welchen Realitätsaspekten abstrahiert werden soll, als auch, nach was für einer Metapher der herausdifferenzierte Realitätsausschnitt konstituiert werden soll, das läßt sich nur auf der Basis von Wertungen entscheiden (Herzog 1984, S. 295). Diese bilden das normative Fundament der jeweiligen Theorie, das selber nicht empirisch prüfbar ist. Empirische Erkenntnisse sind daher niemals Erkenntnisse ‚an sich‘ oder ‚über ‚den‘ Menschen, sondern immer Erkenntnisse relativ zum implizierten Modell, der darauf bezogenen Theorie und den daraus resultierenden Methoden“ (Herzog 1984, S. 296). Das heißt auch, daß sie die im Menschenmodell enthaltenen Wertsetzungen transportieren. Wird dieser Vorgang nicht durch entsprechende Explikation der Modellannahmen offengelegt, was Herzog „das Nicht-auf-den-Tisch-legen der Modell-Karten“ nennt (1984, S. 297), können entsprechende wissenschaftliche Theorien allzuleicht ideologisch mißbraucht werden, um ausschließlich für *eine* bestimmte Möglichkeit menschlicher Verwirklichung zu argumentieren. „Die ideologische Funktion psychologischer Theorien ist nämlich nicht auf die (kognitive) Legitimation von machtorientiertem (also: politischem) Handeln beschränkt; vielmehr kann sie sich (zusätzlich) im eigenen Handeln in der psychologischen Praxis verwirklichen“ (Herzog 1984, S. 307).

Für den Bereich klinisch-therapeutischer Theorie und Praxis erinnern diese Erkenntnisse einerseits an die häufigen Gefechte zwischen verschiedenen Richtungen und Schulen um die ‚therapeutische Wahrheit‘. Sie verweisen andererseits aber auch auf die Möglichkeit, dem Klienten bei entsprechender Offenlegung der Modellimplikationen eine eigenständige Orientierung im gegenwärtigen „Psychoboom“ zu ermöglichen.

4. Auch die Frage der Relevanz psychologischer Erkenntnisse ist ausschließlich auf der theoriebegründenden Modellebene zu verhandeln. Praxisrelevanz wird nur über gute Theorien zu gewinnen sein. Eine gute Theorie ist jedoch immer auch gleichzeitig eine praktische Theorie (Lewin 1936). „Das Relevanzproblem der Psychologie ist somit zuallererst ein Modellproblem. Die behauptete geringe praktische Relevanz psychologischer Erkenntnisse hat ihren wesentlichen

Grund in den Menschenmodellen, die die Psychologie ihren Theorien und ihrer Forschung unterlegt und die den Erfordernissen der Praxis nicht genügen“ (Herzog 1984, S. 299; Hervorhebung weggelassen: H.H.). Adäquatere Lösungen des Relevanzproblems sind innerhalb des Kontextes der Psychologie auf der Modellebene zu suchen.

5. Modelle wurzeln nicht nur in einem normativen Fundament; sie haben ihrerseits normative Konsequenzen in Richtung Methodologie und Praxeologie (Herzog 1984, S. 300), d.h., sie haben einen regulativen bzw. operativen Charakter. Sie „fungieren als Normen, die das Handeln des Wissenschaftlers leiten“ (ebenda, S. 300). Sie bestimmen letztlich, was ein klinisch-psychologisches Problem ist, was kein klinisch-psychologisches Problem ist, wie eine psychologische Erklärung und die daraus folgende Praxis auszusehen hat und wann ein solches Problem als gelöst gelten kann. Auch klinisch-psychologische Erklärungen sind Antworten auf Fragen, die sich im Rahmen eines bestimmten Menschenmodelles stellen lassen (Herzog 1984, S. 303). Für die klinisch-therapeutische Praxis bedeutet das, daß der Psychologe oder Therapeut auch die nichtempirischen, anthropologischen Voraussetzungen des jeweiligen Menschenmodells mitanwendet, ohne sich dessen u.U. bewußt zu sein. „Immer exportiert der Psychologe nebst seinem empirischen Wissen auch ein Menschenmodell und wird durch die Installierung der Praxisfelder im Sinne seiner Theorie zum Agenten einer selbstinitiierten ‚self-fulfilling-prophecy‘, die sein Menschenmodell in dem Maße rückwirkend bestätigt, wie seine praktischen Maßnahmen wirksam wirken“ (Herzog 1984, S. 307). Das gilt umso mehr, je weniger die implizierten Voraussetzungen seines Handelns aufgeklärt sind. Das wohl dürfte Jaspers mit dem bereits zitierten Satz meinen: „Zu jeder psychotherapeutischen Schule mit bestimmten weltanschaulichen, technischen, psychologischen Ansichten gehören die für sie typischen Patienten“ (1955, S. 16).

Die zuvor getroffenen Aussagen gelten für die Psychologie allgemein wie für die Bereiche klinisch-therapeutischer Theorie und Praxis. Sie gelten auch für die in den folgenden Buchbeiträgen dargestellten spezifischen Ausformungen der Gesamtbewegung ‚Humanistische Psychologie‘. Ob die vorgestellten Richtungen den zuvor explizierten Modellanforderungen genügen, bleibt der kritischen Prüfung des Lesers vorbehalten. Um ihm diese Prüfung wie die Prüfung weiterer, in diesem Projekt nicht vorgestellter Therapierichtungen zu erleichtern, soll als

letztes kurz auf jene Quellen eingegangen werden, aus denen sich Menschenbilder und/oder Menschenmodelle einer klinisch-psychologischen oder psychotherapeutischen Richtung eruieren lassen.

Die Erkennbarkeit von Menschenbildern bzw. Menschenmodellen klinisch-psychologischer und/oder klinisch-therapeutischer Theorien und Theriefamilien

Menschenbilder und Menschenmodelle bestimmen nicht nur Theorien und praktisches Handeln psychologischer Wissenschaft, sondern können — wie zuvor angemerkt — *vice versa* auch aus Theorien und praktischem Handeln in seiner Gesamtheit erschlossen werden. Eine solche modelltheoretische Analyse einer Psychotherapierichtung erfordert eine Zusammenschau ihres gegenwärtigen Standes mit ihrer theoriehistorischen und ihrer praktischen Entwicklung. „Das Verstehen eines gegenwärtigen Forschungsgegenstandes aus der Geschichte ... zeigt eine Wissenschaft in ihrer Entwicklungsgestalt“ (Pongratz 1977, S. 2). Erst dieser ‚regressive Fortschritt‘ zu den Quellen ermöglicht es oftmals, „das wirklich Originale von dem nur scheinbar Neuen zu unterscheiden“ (Siebeck 1880; zitiert nach Pongratz 1977, S. 2). Ohne Kenntnis der Geschichte kann es allzuleicht passieren, daß die Gegenwart in einer verzerrten Perspektive gesehen wird, alte Tatsachen und Ansichten für neue gehalten und die Bedeutung neuerer Strömungen und Methoden nicht ermessen wird (Bohring 1957).

Konkret bedeutet der ‚regressive Fortschritt‘ zu den Quellen zunächst einmal den Rückbezug zum Begründer oder, falls es einen solchen nicht gibt, zu einem oder den wesentlichen Repräsentanten einer bestimmten Theorierichtung. Solche schöpferischen Persönlichkeiten sind „als eigene, in den Zeitgeist verwobene, aus ihm aber nicht erklärbare, die Wissenschaftsgeschichte fördernde Kraft anzusehen“ (Pongratz 1977, S. 11). Wie jeder Mensch, wissenschaftliche Forscher und Praktiker hat auch der Begründer einer Theorie- oder Therapierichtung ein privates Menschenbild, das seine eigene Theoriegenese sowie die Auswahl der metaphorischen Modelle zur Konstituierung seines psychologischen Gegenstandes beeinflußt. Dieses persönliche Menschenbild, seine „persönliche Metaphysik“, ist von seinen bewußten und/oder unbewußten Werthaltungen, erkenntnisleitenden Interessen, vor allem aber seinen Lebenszielen (Adler) und seinem Lebensplan (Berne) abhängig, die letztlich auch über sein wissenschaftliches Handeln entscheiden (Gottwald o. J., Hagehülsmann 1984). — Damit entpuppt sich die Biographie eines Begründers als erste wesentliche Erkenntnisquelle.

Die Biographie eines Begründers (oder wesentlichen Repräsentanten) erteilt auch Auskunft über die sozialen, gesellschaftlichen und politischen Bedingungen, in die er hineingeboren wurde und die seinen Lebensplan mitgeprägt haben. Sie bilden sozusagen den Figur-Hintergrund späterer Ideen und Werthaltungen. Zu ihnen zählt in besonderer Weise auch der religiöse und kulturelle Kontext, der sich z. B. bei vielen amerikanischen Therapiegründern neuerer Zeit als Einfluß jüdisch-christlicher Traditionen bzw. amerikanisch-protestantischer Ethik darstellt (z. B. *Frank* 1961, *Pongratz* 1977, *Linster* 1980, *Hagehülsmann* 1982, 1984). (Mit diesen zwei kulturellen Einflußquellen dürften zugleich die wichtigsten Grundströmungen genannt sein, die auch in den Humanistischen Psychologien vorzufinden sind.) Daß derartige kulturelle Bedingungen in spezifischen Wohn- und Lebensumwelten spezifische Ausprägungen erfahren (z. B. Kalifornien, aus dessen geographischem Bereich sehr viele Mitbegründer der Humanistischen Psychologie stammen), soll hier nur am Rande erwähnt werden.

Aus der Biographie werden in der Regel auch die Berufsausbildung(en) und Berufserfahrungen (= wissenschaftliche Sozialisation) sowie die Wissenschaftlergemeinschaft (*Kuhn* 1967) ersichtlich, in denen ein Begründer, sei es in geistiger Korrespondenz oder faktischem Gespräch, gelebt hat. Dazu gehört auch die erkenntnis- und wissenschaftstheoretische Tradition, in der ein Begründer steht und über deren Repräsentanten neben persönlichen Aussagen und Anmerkungen oftmals ein Blick in die Literaturlisten von Veröffentlichungen Auskunft erteilt. Das Ganze kennzeichnet die „Tradition“ (*Feyerabend* 1979), aus der ein Begründer u. U. seine erkenntnisleitenden Ideen und metaphorischen Modelle herleitet, zumindest aber seinen Blickwinkel auf den Gegenstand wählt. Sie bildet eine zweite wesentliche Erkenntnisquelle, zumal auch die theoretischen und praktischen Konzepte eines Begründers eine Verbindung von eigenen schöpferischen Einsichten und Ideen sowie Ideen seiner Zeit und Konzeptanteilen anderer Autoren darstellen, deren Wissen er im Verlaufe seiner Arbeiten assimilierte.

Als weitere Quelle sind die Publikationen und mündlichen Mitteilungen des Begründers, enger Mitarbeiter, der Nachfolger sowie möglicherweise entstandener Schulen inklusive ihrer psychotherapiebezogenen wie praxeologischen Lehren von Bedeutung, um ein Menschenbild zu eruieren. Dabei können Probleme der inneren Konsistenz von Theorien und Aussagesystemen sowie Kompatibilität bzw. Inkompatibilität zwischen Theorien und Methoden ebenso zu Hinweisen werden wie direkte Nennung von Bezugsquellen für Wissensakkommodation

und / oder Hinweise auf philosophische Untermauerungen. (Da der vorliegende Beitrag genügend Hinweise dieser Art enthält, soll darauf nicht eingegangen werden.)

Bleibt als (vorläufig) letzte Quelle die Entwicklungsgeschichte einer Psychotherapie zu nennen. Dazu gehören neben der bereits erwähnten Bildung von Schulen (Subsystemen) auch die institutionellen und organisatorischen Verankerungen (z. B. Verbandsbildung, Gründung wissenschaftlicher Gesellschaften, Zeitschriften, etc.), ihre Forschungs- und Ausbildungskonzepte, ihr allgemeiner wie wissenschaftlicher Bekanntheits- und Verbreitungsgrad sowie ihre Verwertung in institutionellen, gesellschaftlichen und politischen Zusammenhängen (z. B. Erziehungswesen, öffentliche Gesundheitsfürsorge, Industrie, Militär). Das alles zusammengenommen bildet sozusagen eine Matrix der Realisation des jeweiligen Menschenbildes bzw. Menschenmodells.

Bei der schrittweisen Erschließung eines Menschenbildes erscheint es dem Verfasser besonders wichtig, erkannte Hinweise nicht vorschnell einem bereits bekannten Menschenmodell zuzuordnen, sondern für das Gesamt der impliziten und explizit genannten metaphysischen Prämissen psychologisch-therapeutischer Theorien offen zu bleiben. Erst das Gesamt einer psychotherapeutischen Theorie und Praxis ermöglicht Klarheit über das zugrundeliegende Menschenbild (wobei mögliche Weiterentwicklungen auch hier nicht auszuschließen sind). Erst diese Klarheit gibt begründete Hinweise dafür, wie der Einzelne mit den entsprechenden Angeboten einer klinisch-therapeutischen Richtung umzugehen hat, was nicht unwesentlich davon beeinflusst wird, wieweit deren Menschenbild mit seinen persönlichen Vorstellungen und Ansichten über das Wesen, die Natur, das Ziel, die Ausstattung etc. des Menschen, d. h. auch und nicht zuletzt von sich selbst vereinbar sind.

Literatur

- Allport, G. W., *Pattern and Growth in Personality*. New York 1961; dt.: *Gestalt und Wachstum in der Persönlichkeit*. Hain, Meisenheim/Glan 1970.
- Arnold, W. J. (Ed.), *Conceptual Foundations of Psychology*, University of Nebraska Press, Lincoln 1976.
- Bach, G. R. u. Molter, H., *Psychoboom.: Wege und Abwege moderner Psychotherapie*. Diederichs, Düsseldorf/Köln 1976.
- Bakan, D., *The Test of Significance in Psychology Research*. *Psychological Bulletin* 1966, 66, S. 423-437.
- Berne, E., *Games People Play*. Grove Press, New York 1964; dt.: *Spiele der Erwachsenen*. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg 1970.
- Berne, E., *What Do You Say After You Say Hallo?* Grove Press, New York 1972; dt.: *Was sagen Sie, nachdem Sie „Guten Tag“ gesagt haben?* Kindler, München 1975.

- Bertalanffy, L. von*, Robots, Men and Minds. New York 1967; dt.: aber vom Menschen wissen wir nichts. Eicon Verlag, Düsseldorf 1970.
- Bischof, L. J.*, Persönlichkeitstheorien: Darstellungen und Interpretationen. 2 Bände. Junfermann, Paderborn 1983.
- Bloch, E.*, Vorlesungen zur Philosophie der Renaissance. Suhrkamp, Frankfurt/Main 1972.
- Boring, E.*, History of Experimental Psychology. New York 1957.
- Buber, M.*, Das dialogische Prinzip. 4. Auflage, Lambert Schneider, Heidelberg 1979.
- Bühler, Ch. u. Allen, M.*, Einführung in die Humanistische Psychologie. Klett, Stuttgart 1973.
- Clauss, G. et al.*, Wörterbuch der Psychologie. Pahl-Rugenstein, Köln 1976.
- Clemens-Lodde, B. u. Schäuble, W.*, Anregungen und Perspektiven für eine humanistische Persönlichkeitspsychologie. In: *Völker, U.* (Hrsg.), Humanistische Psychologie: Ansätze einer lebensnahen Wissenschaft vom Menschen. Beltz, Weinheim/Basel 1980, S. 133-157.
- Day, W.*, Contemporary Behaviorism and the Concept of Intention. In: *Arnold, W. J.* (Ed.), Conceptual Foundations of Psychology. University of Nebraska Press, Lincoln 1976, S. 65-131.
- Dorsch, F., Bergius, R., Ries, H. et al.*, Psychologisches Wörterbuch. 10., neubearbeitete Auflage. Huber, Bern/Stuttgart/Wien 1982.
- Feifel, H.*, Death. In: *Farberow, N. L.* (Ed.), Taboo Topics. Atherton, New York 1963.
- Feyerabend, P.*, Wider den Methodenzwang: Skizzen einer anarchistischen Erkenntnistheorie. Suhrkamp, Frankfurt/Main 1976.
- Feyerabend, P.*, Der wissenschaftstheoretische Realismus und die Autorität der Wissenschaften. Ausgewählte Schriften, Bd. 1. Vieweg, Braunschweig/Wiesbaden 1978a.
- Feyerabend, P. u. Hochkeppel, W.*, Anarchismus als Methode: ein Interview. *Partnerberatung: Zeitschrift für Ehe-, Familien- und Sexualtherapie*, 1978b, 15, S. 161-171.
- Feyerabend, P.*, Erkenntnis für freie Menschen. Suhrkamp, Frankfurt/Main 1979.
- Ford, D. H. u. Urban, J. B.*, Systems of Psychotherapy. New York 1967.
- Frank, J. D.*, Persuading and Healing — A Comparative Study of Psychotherapy. London, Baltimore 1961; dt.: Die Heiler: Wirkungsweisen psychotherapeutischer Beeinflussung; vom Schamaismus bis zu den modernen Therapien. Klett-Cotta, Stuttgart 1981.
- Gebser, J.*, Ursprung und Gegenwart. Erster Teil, Gesamtausgabe Band II. Novalis, Schaffhausen 1978.
- Geulen, D.*, Das vergesellschaftete Subjekt: Zur Grundlegung der Sozialisationstheorie. Suhrkamp, Frankfurt/Main 1977.
- Görres, A.*, Einleitung: Das Unbehagen in der Psychologie. In: *Görres, A.* (Hrsg.), Kennt die Psychologie den Menschen? — Fragen zwischen Psychotherapie, Anthropologie und Christentum. Piper, München 1978, S. 7-13.
- Gottwald, P.*, Spielanleitung zur „Seekarte des Humanen“. Oldenburg, o.J.
- Graumann, C. F.*, Psychologie — humanistisch oder human? In: *Völker, U.* (Hrsg.), Humanistische Psychologie: Ansätze einer lebensnahen Wissenschaft vom Menschen. Beltz, Weinheim/Basel 1980, S. 39-51.
- Groeben, N. u. Westmeyer, H.*, Kriterien psychologischer Forschung. Juventa, München 1975.
- Hagehülsmann, H.*, Kombination von Gesprächspsychotherapie mit Transaktionaler Analyse. In: *Howe, J.* (Hrsg.), Integratives Handeln in der Gesprächstherapie: ein Kompendium therapeutischer Verfahren. Beltz, Weinheim/Basel 1982, S. 274-302.

- Hagehülsmann U. u. Hagehülsmann, H., Transaktions-Analyse. In: Corsini, R. J. (Hrsg.), Handbuch der Psychotherapie. Dt. Ausgabe: Gerd Wenninger, Beltz, Weinheim/Basel 1983, S. 1315-1356.
- Hagehülsmann, H., The „Menschenbild in Transactional Analysis: Basic Assumptions On Human Nature And Human Existence. In: Stern, E. et al., TA in Europa: 10 Years after Eric Berne. Utrecht 1984, im Druck.
- Haley, J., Gemeinsamer Nenner Interaktion. Pfeiffer, München 1978.
- Hampden-Turner, Ch., Modelle des Menschen: ein Handbuch des menschlichen Bewußtseins. Beltz, Weinheim/Basel 1982.
- Herrmann, Th., Die Psychologie und ihre Forschungsprogramme. Hogrefe, Göttingen/Toronto/Zürich 1976.
- Herzog, L., Die wissenschaftstheoretische Problematik der Integration psychotherapeutischer Methoden. In: Petzold, H. (Hrsg.), Methodenintegration in der Psychotherapie. Junfermann, Paderborn 1982, S. 9-29.
- Herzog, L., Modell und Theorie in der Psychologie. Verlag für Psychologie, Dr. Hogrefe, Göttingen/Toronto/Zürich 1984.
- Holzkamp, K., Zum Problem der Relevanz psychologischer Forschung für die Praxis. In: Ders. (Hrsg.), Kritische Psychologie: Vorbereitende Arbeiten. Fischer, Frankfurt/Main 1972, S. 9-34.
- Holzkamp, K., Verborgene anthropologische Voraussetzungen der allgemeinen Psychologie. In: Ders. (Hrsg.), Kritische Psychologie; Vorbereitende Arbeiten. Fischer, Frankfurt/Main 1972, S. 35-73.
- Hübner, K., Kritik der wissenschaftlichen Vernunft. Alber, Freiburg/München 1978.
- Innerhofer, P. u. Gottwald, P., Wissenschaftstheoretische Grundlagen: Welche Bedeutung haben wissenschaftstheoretische Überlegungen für den klinisch arbeitenden Psychologen? In: Pongratz, L. (Hrsg.), Handbuch der Psychologie. Band 8: Klinische Psychologie; 1. Halbband. Hogrefe, Göttingen/Toronto/Zürich 1977, S. 459-481.
- Irl, M., Zur Lage der Psychologie. *Psychologische Rundschau* 1979, 30, S. 1-18.
- Israel, J., Die sozialen Beziehungen — Grundelemente der Sozialwissenschaft. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg 1977.
- Jaeggi, E., Die Privatheit von Erfahrungen: Auseinandersetzungen mit dem erlebniszentrierten Element in der humanistischen Psychotherapie. In: Völker, U. (Hrsg.), Humanistische Psychologie: Ansätze einer lebensnahen Wissenschaft vom Menschen. Beltz, Weinheim/Basel 1980, S. 285-303.
- Jaspers, K., Wesen und Kritik der Psychotherapie. Piper & Co., München 1955.
- Jaspers, K., Allgemeine Psychopathologie. 9., unveränderte Auflage, Springer, Berlin/Heidelberg/New York 1973.
- Keiler, P. u. Holzkamp, K., Psychologie in der Krise — Thesen zur gesellschaftlichen Funktion der Ertelschen „Dogmatismus“-Forschung. In: Keiler, P. u. Stadler, M. (Hrsg.), Erkenntnis oder Dogmatismus? Pahl-Rugenstein, Köln 1978, S. 239-252.
- Keupp, H., Modellvorstellungen von Verhaltensstörungen: „Medizinisches Modell“ und mögliche Alternativen. In: Kraiker, Ch. (Hrsg.), Handbuch der Verhaltenstherapie. 2. Auflage. Kindler, München 1974, S. 117-148.
- Knohl, G., Humanistische Psychologie in der Gemeinde. In: Völker, U. (Hrsg.), Humanistische Psychologie: Ansätze einer lebensnahen Wissenschaft vom Menschen. Beltz, Weinheim/Basel 1980, S. 271-283.
- Koestler, A., Das Gespenst in der Maschine. Molden, Wien 1968.
- Kuhn, Th. S., Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen. Suhrkamp, Frankfurt 1967 (zitiert nach der Taschenbuchausgabe: Suhrkamp, Frankfurt 1973).

- Kuhn, Th. S., Die Entstehung des Neuen — Studien zur Struktur der Wissenschaftsgeschichte. Suhrkamp, Frankfurt 1977.
- Lewin, K., Grundzüge der topologischen Psychologie. Zitiert nach der Ausgabe: Huber, Bern/Stuttgart 1969.
- Linster, H. W., Gesprächspsychotherapie. In: Linster, H. u. Wetzel, H. (Hrsg.), Veränderung und Entwicklung der Person: Grenzen und Möglichkeiten psychologischer Therapie. Hoffmann & Campe, Hamburg 1980, S. 170-229.
- Little, B. R., Psychological Man as Scientist, Humanist and Specialist. *Journal of Experimental Research in Personality* 1972, 6, S. 95-118.
- London, P., The End of Ideology in Behavior Modification, 1972; dt.: Das Ende der Ideologie in der Verhaltensmodifikation. GVT-Mitteilungen 1973, 5, S. 73-86.
- MacLeod, R. B., The Teaching of Psychology and the Psychology We Teach. *American Psychologist* 1965, 20, S. 344-352.
- Maslow, A. H., Self-Actualizing People: A Study of Psychological Health. New York 1950; dt.: Motivation und Persönlichkeit. Walter, Freiburg 1977.
- Maslow, A. H., Toward a Psychology of Being. Princeton 1962; dt.: Psychologie des Seins: ein Entwurf. Kindler, München 1973.
- Metzger, W., Der Ort der Wahrnehmungslehre im Aufbau der Psychologie. In: Ders. (Hrsg.), Handbuch der Psychologie. Bd. 1, 1. Halbband: Wahrnehmung und Bewußtsein. Hogrefe, Göttingen 1966, S. 3-20.
- Mischel, Th., Psychological Explanations and Their Vicissitudes. In: Arnold, W. J. (Ed.), Conceptual Foundations of Psychology. University of Nebraska Press, Lincoln 1976, S. 133-204.
- Pauls, W. u. Walter, H.-J., Zur Bedeutung des Aktionsforschungsansatzes für Psychotherapie und Beratung. In: Völker, U. (Hrsg.), Humanistische Psychologie: Ansätze zu einer lebensnahen Wissenschaft vom Menschen. Beltz, Weinheim/Basel 1980, S. 179-191.
- Piaget, J., Einführung in die genetische Erkenntnistheorie. Suhrkamp, Frankfurt/Main 1973.
- Pongratz, L. J., Lehrbuch der Klinischen Psychologie: Psychologische Grundlagen der Psychotherapie. Hogrefe, Göttingen 1973.
- Pongratz, L. J., Einleitung: Geschichte, Gegenstand, Grundlagen der Klinischen Psychologie. In: Ders. (Hrsg.), Handbuch der Psychologie. Bd. 8: Klinische Psychologie, 1. Halbband. Hogrefe, Göttingen/Toronto/Zürich 1977, S. 1-59.
- Portele, G., Humanistische Psychologie und die Entfremdung der Menschen. In: Völker, U. (Hrsg.), Humanistische Psychologie: Ansätze einer lebensnahen Wissenschaft vom Menschen. Beltz, Weinheim/Basel 1980, S. 53-75.
- Reese, H. W. u. Overton, W. F., Models and Theory of Development. In: Goulet u. Baltes (Ed.), Life-span developmental Psychology. New York/London 1970.
- Revers, W. J., Ideologische Horizonte der Psychologie. Pustet, München 1962.
- Revers, W. J., Die anthropologische Krise der Naturwissenschaft in der Psychologie. In: Rüdiger, D. u. Perrez, M. (Hrsg.), Anthropologische Aspekte der Psychologie. Müller, Salzburg 1979, S. 11-28.
- Rogers, C. R. u. Skinner, B. F., Some issues concerning the control of human behavior: A symposium. *Science* 1956, 124, S. 1057-1066.
- Rogers, C. R., Toward a Science of the Person. In: Wann, T. W. (Ed.), Behaviorism and Phenomenology — Contracting Bases to Modern Psychology. The University of Chicago Press, Chicago 1964, S. 109-133.
- Rogers, C. R., Der gute Mensch von La Jolla. *psychologie heute* 1978, 5/5, S. 37-42.

- Rogers, C. R., *Therapeut und Klient: Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. Kinder, München 1977.
- Royce, J. R., *The encapsulated man: An interdisciplinary essay on the search for meaning*. Toronto 1964.
- Scheerer, E., *Die Verhaltensanalyse*. Springer, Berlin/Heidelberg/New York/Tokio 1983.
- Schneewind, K. A., *Zum Verhältnis von Psychologie und Wissenschaftstheorie*. In: Ders. (Hrsg.), *Wissenschaftstheoretische Grundlagen der Psychologie*, E. Reinhardt, München/Basel 1977, S. 11-25.
- Schneider, K., *Humanistische Familientherapie — ein integrativer Ansatz*. In: Völker, U. (Hrsg.), *Humanistische Psychologie: Ansätze einer lebensnahen Wissenschaft vom Menschen*, Beltz, Weinheim/Basel 1980, S. 251-269.
- Siebeck, H., *Geschichte der Psychologie*. 2 Bände, Gotha 1880/84.
- Silverman, J., *Crisis in Social Psychology: The Relevance of Relevance*. *American Psychologist* 1971, 26, S. 583-584.
- Stachowiak, H., *Allgemeine Modelltheorie*. Springer, Berlin/Heidelberg/New York, Tokio 1973.
- Urban, J. B. u. Ford, D. H., *Man: Robot or Pilot?* In: Schneiders, A. A. u. Centi, P. J. (Ed.), *Selected Papers from the ALPA Meeting of 1960, 1961*. New York 1962.
- Vogler, P., *Disziplinärer Methodenkontext und Menschenbild*. In: Gadamer, H. G. u. Vogler, P., *Neue Anthropologie*. Band 1: *Biologie der Anthropologie*, 1. Teil, Thieme, Stuttgart 1972, S. 3-21.
- Völker, U., *Grundlagen der Humanistischen Psychologie*. In: Ders. (Hrsg.), *Humanistische Psychologie: Ansätze einer lebensnahen Wissenschaft vom Menschen*. Beltz, Weinheim/Basel 1980, S. 13-37.
- Völker, U., *Der Körper und die gesunde Persönlichkeit*. In: Ders. (Hrsg.), *Humanistische Psychologie: Ansätze einer lebensnahen Wissenschaft vom Menschen*. Beltz, Weinheim/Basel 1980, S. 219-226.
- Watts, A., *Psychotherapy East & West*. New York 1961; dt.: *Psychotherapie und östliche Befreiungswege*. Kösel, München 1981.
- Westmeyer, H., *Kritik der psychologischen Unvernunft: Probleme der Psychologie als Wissenschaft*. Kohlhammer, Stuttgart/Berlin/Köln/Mainz 1973.
- Westmeyer, H., *Psychologie und Wissenschaftstheorie: Einige Überlegungen aus analytischer Sicht*. In: Schneewind, K. A. (Hrsg.), *Wissenschaftstheoretische Grundlagen der Psychologie*. E. Reinhardt, München/Basel 1977, S. 71-92.
- Wyss, D., *Weitere tiefenpsychologische Ansätze*. In: Pongratz, L. (Hrsg.), *Handbuch der Psychologie*. Band 8: *Klinische Psychologie*, 1. Halbband. Hogrefe, Göttingen/Toronto/Zürich 1977, S. 926-952.

Anmerkungen

- 1) Die Begriffe ‚klinisch-beratend‘, ‚klinisch-therapeutisch‘ und ‚psychotherapeutisch‘ werden im folgenden synonym benutzt. Trotz letztlich mangelnder Deckungsfähigkeit erscheint diese Regelung im Hinblick auf das Anliegen des Beitrags vertretbar.
- 2) Die Häufigkeit von Beispielen aus der ebenfalls der humanistischen Bewegung zuzuordnenden Transaktions-Analyse (z.B. Knohl 1980) hängt ausschließlich damit zusammen, daß der Verfasser als aktiver Vertreter dieser therapeutischen Richtung hier über besonders detaillierte Kenntnisse verfügt.

Die Erkenntnisquellen und Methoden der humanistischen Psychologie

Oskar Lockowandt

1. Vorbemerkung

Die humanistische Psychologie versteht sich als Aufbruchsbewegung im doppelten Sinne einer Hinwendung und Ausrichtung auf neue, von der tradierten Vorstellung abweichende Ziele des wissenschaftlichen Handelns und einer Sprengung überkommener Standards und Rahmenvorstellungen der Psychologie. In der Anfangsphase ihrer Entwicklung, die man unter Einschluß vorbereitender organisatorischer Aktivitäten seit 1954 von der Gründung des *Journal of Humanistic Psychology* durch *Anthony J. Sutich* im Jahre 1961 bis etwa zu *Maslows*, ihres Begründers Tod im Jahre 1970 ansetzen kann, setzte sie sich mit diesem Anspruch der radikalen Erneuerung in scharfen Gegensatz zu den etablierten Formen der Psychologie. Das tiefe Unbehagen und die weit verbreitete Unzufriedenheit mit den existierenden Formen psychologischen Forschens führte zu Verbindungen von Absichten sehr unterschiedlicher Autoren mit sehr unterschiedlichen Interessen an der Psychologie.

Trotz der großen Diversität der Bestrebungen und der Vorstellungen von der neuen Gestalt der Psychologie war diesen Forschern jedoch die Suche nach einem neuen 'Paradigma' ihrer Arbeit gemeinsam. Der Wissenschaftshistoriker *Kuhn* (1979) versteht ja unter Paradigmata Leistungen, die so neu sind, daß sie Anhänger anziehen vermögen, die bisher in anderer Weise wissenschaftlich tätig waren, und zudem einen so offenen Horizont bieten, daß sie diesen Fachleuten eine Vielzahl noch ungelöster Probleme zu offerieren vermögen; mit der Zeit werden sie zu 'Vorbildern', aus denen dann feste Formen wissenschaftlicher Forschung entstehen. Für die sich humanistisch nennenden Psychologen hatte das alte Paradigma seine Vorbildwirkung, seine verbindliche Kraft verloren und sie suchten nun nach neuen Leitlinien ihres Handelns. Um die historische Situation allerdings angemessener zu kennzeichnen: Da im Sinne von *Kuhn* die Psychologie das Stadium des Paradigmatischen noch gar nicht erreicht hat, worin ihm der

Humanist *Giorgi* zustimmt, suchten sie zuallererst überhaupt nach einem tragfähigen Paradigma.

Inzwischen zeigt diese erste Forschergeneration selbst bereits unverkennbar Züge einer festen Etablierung, wie man an der Gründung einer Abteilung der American Psychological Association und der erwähnten Gründung eines eigenen Journals erkennen kann. Danach nun hat eine neue Generation das Erbe dieser schon zu Klassikern des Faches aufgerückten Autoren übernommen und versucht es weiterzuentwickeln. Eine gute einführende Darstellung in das gesamte Gebiet mit seinen vielfältigen Bestrebungen bietet *Shaffer* (1978); außerdem liegen mehrere ältere (*May*, 1969; *Sutich* und *Vich*, 1969; *Bugental*, 1967; *Severin*, 1973) und zwei neuere (*Nevill*, 1977 und *Welch, Tate* und *Richards*, 1978) Reader zum Thema vor. Hinzuweisen ist auch auf die 1977 von *Reason* und *Rowan* in London gegründete „Gruppe zur Erforschung eines neuen Paradigmas“ (New Paradigm Research Group) für die Verhaltenswissenschaften vom Menschen, die inzwischen erste Forschungsergebnisse vorgelegt hat.

Pioniere sind im Hinblick auf die Begründung ihres entdeckenden Tuns im allgemeinen unbekümmert; daher findet man bei ihnen nur selten und ansatzweise Überlegungen zur Methodologie. Erst unter den drängenden Fragen der ehemaligen Gegner aus den anderen Lagern wird das Nachdenken über die angemessenen Methoden in dieser zweiten Forschergeneration virulent. Auf die Morgensonne des Aufbruchs zu neuen Zielen folgt der helle Tag der Sichtung und Sicherung des Neugewonnenen. Dabei beobachtet man nicht nur — wie erwähnt — eine Vorwärtsbewegung, sondern auch eine Wendung nach rückwärts, in die Geschichte der Psychologie, bei der man sich auf die Suche nach den Quellen psychologisch-methodischen Denkens begibt. Diese Zuwendung ist keine Restauration — und besonders für die jüngere Generation muß dies betont werden —, sondern eher eine Vitalisierung der eigenen Intentionen. Denn diese Forscher fanden heraus, daß es bereits mindestens eine Aufbruchsbewegung ähnlich der von ihnen verfolgten mit etwa derselben Form und Dynamik gegeben hat, die gleichzeitig auch eine Antibewegung gegen die herrschende, an der naturwissenschaftlichen Methodik orientierten Psychologie war. Ihr Begründer ist *Wilhelm Dilthey* (1894). Sein Hauptanliegen, daß die Psychologie ihre Methoden ihrem Objekt entsprechend selbständig zu bestimmen habe und die Transposition des Verfahrens der naturwissenschaftlichen Hypothesenbildung, wodurch Kausalzusammenhänge der seelischen Wirklichkeit hinzugefügt werden, abzulehnen habe, wird auch wieder in Kreisen amerikanischer Forscher beachtet (*Giorgi*,

1970). Seine bekannte Unterscheidung, wonach wir die Natur zu *erklären*, das Seelenleben hingegen zu *verstehen* haben, wird besonders von den humanistischen Psychologen akzeptiert. Ganz im Sinne *Diltheys* ist es auch, wenn der neueste Versuch, die Psychologie zu erneuern, der von *Herzog* (1984) stammt, die *Reflexivität* fordert. „Reflexivität, verstanden als Selbstbezüglichkeit, führt auf der wissenschaftstheoretischen Ebene zu einer 'einheimischen' psychologischen Metatheorie. Weder ist es sinnvoll, die Psychologie über Argumente zu kritisieren, die aus fremden Wissenschaftskontexten stammen, noch ist viel davon zu erwarten, die Psychologie via externe Wissenschaftskonzeptionen zu reformulieren.“ Und programmatisch formuliert der Autor die Aufgabe einer solchen reflexiven Psychologie als Versuch, „bevor sie aus ihrem Feld heraustritt, in sich selbst kritisches und läuterndes Potential zu finden, in Selbstvertrauen und eigener Kraft sich als Wissenschaft zu konstituieren“.

Ein so formuliertes Programm schließt nahtlos an die Konzeption dieser ersten Aufbruchsbewegung an. Ihre Vertreter lehnen die von *Husserl* treffend so bezeichnete „naturalistische Einstellung“ der Psychologie ab, wonach seelische Wirklichkeit wie ein Naturding zu behandeln sei. Es galt für sie jedoch, diesen *Naturalismus* zu überwinden und „das Psychische in seiner reinen Eigenwesentlichkeit“ (*Husserl*) zu erforschen. Faßt man die verschiedenen Richtungen dieser ersten bedeutenden Aufbruchsbewegung zusammen, so ist ihnen in der Tat diese phänomenologische Reform gemeinsam. Unter der Bezeichnung 'phänomenologische Psychologie' oder dem methodenaffinen Namen 'verstehende Psychologie' ist sie bekannt geworden; maßgebende Gestalt geschaffen haben ihr *Husserl* (1925), *Pfänder* (1933) und *Gruhle* (1948).

Die zum Zwecke einer radikalen Erneuerung der Psychologie sowohl zukunfts- wie vergangenheitsorientierten gegenwärtigen humanistischen Psychologen, deren historischer Impetus allerdings noch zu intensivieren ist, hat — das muß eingangs freimütig bekannt werden — bis jetzt noch keine komplette Methodenlehre ausgearbeitet. Angesichts der Tatsache, daß die etablierten Formen der Psychologie eine solche *im autochthonen Sinne* leider ebenfalls noch nicht aufzuweisen haben — die Imitation naturwissenschaftlicher Methoden und die statistische Inferenzlehre ist, wie neuerdings wieder *Herzog* (1984) überzeugend gezeigt hat, nur ein Substitut für das Geforderte —, ist dieses Desiderat keineswegs verwunderlich.

So wird nur von ersten Ansätzen auf diesem Gebiet zu berichten sein. Dabei ist es angesichts der aktuell geleisteten wissenschaftsanaly-

tischen Arbeit dieser Richtung zweckdienlich, zwischen *Methoden* und *Zugangsweisen* oder *Perspektiven* („approaches“, *Giorgi*) wissenschaftlichen Handelns zu unterscheiden und letztere mit in die Überlegungen einzubeziehen. Während wir unter Methoden wie üblich Mittel und Wege zur Erreichung des Zieles des Erkenntnisgewinns verstehen, sind Zugangsweisen oder Perspektiven Denkprozesse und Entscheidungen, die noch vor der Auswahl der spezifischen, problemzugeordneten Methoden angestellt werden und sie bedingen. „Mit Zugangsweise (approach) ist die fundamentale Perspektive des Menschen und der Welt gemeint, die der Wissenschaftler mitbringt oder übernimmt, im Hinblick auf seine Arbeit als Wissenschaftler, sei es daß diese Perspektive explizit gemacht wird oder implizit bleibt“ (*Giorgi*, 1970, S. 126).

Die folgenden Überlegungen zu den Erkenntnisquellen und Forschungsmethoden der humanistischen Psychologie, soweit sie bereits geklärt und somit bei ihren Vertretern weitgehend unangefochten sind oder sich noch im Stadium des Projekts und der Exploration befinden, sind von der skizzierten doppelten Bewegungsrichtung bestimmt. Der historische Rückgriff gehört also konstitutiv zur Argumentation.

Die humanistische Psychologie ist durch eine *affirmative* wie auch durch eine *kritische* Haltung gekennzeichnet. Sie hält gegenüber manchen Entwicklungen, in denen die Psychologie zu bloßen Sammlungen von Glaubensvorstellungen, utopistischen Lebensentwürfen und Bekenntnissen und Heilslehren pseudoreligiöser Form zu verkommen droht, an der Forderung fest, daß ihre Arbeit wissenschaftlich zu sein hat; das aber bedeutet für sie, daß sie ihre Gegenstände in kritischer Einstellung, mit methodischer Strenge und, wo immer möglich, auch systematisch zu behandeln hat. Dieses Bemühen ist für sie jedoch *nicht* gleichbedeutend mit der Übernahme von Methoden aus fremden, zumeist naturwissenschaftlichen Disziplinen. Man kann als Grundzug aller Richtungen dieser Bewegung die Ablehnung der bloßen Imitation von methodischen Arbeitsvorschriften und Techniken aus den Naturwissenschaften feststellen. Wo diese Ablehnung nicht radikal ist wie zum Beispiel bei ihrem Gründer *Maslow* selbst, da wird zumindest die Integration der traditionellen Methoden in eine neue und umfassendere Perspektive vom Menschen angestrebt. Im ganzen gesehen fordert diese Reformbewegung für die Psychologie eine Rückbesinnung auf sich selbst („reflexive Haltung“, *Herzog*), „bei der sie sich durch eine Entwicklungsphase hindurchzukämpfen hat, aus der sie mit Methoden, Techniken und Prozeduren hervorgeht, die in besonderer Weise nur ihr eigen sind und speziell für ihre eigenen Phänomene zugeschnitten sind“ (*Giorgi*, 1971).

Mit der Suche nach einer autochthonen Methodenlehre verbindet sie zugleich die nur relative Einschätzung von Methoden. Gegenwärtig kann man in allen Zweigen der Psychologie eine sehr starke Tendenz beobachten, die Definition dessen, was Wissenschaft ist und sein sollte, auf die Mittel und Techniken der Erkenntnisgewinnung einzuschränken. „Mit der Konzentration auf die Mittel beziehe ich mich auf die Neigung, das Wesen der Wissenschaft in ihren Instrumenten, Verfahren, Techniken, Apparaten und Methoden zu sehen, mehr als in ihren Problemen, Fragen, Funktionen oder Zielen“ (Maslow, 1977a). Diese Entwicklung, die wissenschaftliche Praxis mit der Anwendung von als wissenschaftlich deklarierten und sanktionierten Methoden zu identifizieren, ist ohne Zweifel für die Psychologie verhängnisvoll.

Demgegenüber erinnert die humanistische Psychologie daran, daß Methoden Wege zu einem Ziel sind; sie haben insofern immer nur die Bedeutung und Funktion von Mitteln zur Erreichung eines Zweckes. Diese erinnernde Feststellung scheint zwar selbstevident; angesichts der erwähnten Fehlzentrierung, die mit dem gesamten Entwicklungsstand der Psychologie als einer keineswegs konsolidierten Wissenschaft zusammenhängt, ist sie es aber nicht. Die Überbetonung der Methoden — Maslow sprach von „overstress on technique“ — hat dazu geführt, daß die im eigentlichen Sinne forschenden, suchenden, erkundenden, produktiven und im Sinne *Moustakas'* heuristischen Prozesse in den Hintergrund rücken.

Diese Fehlzentrierung birgt für die Psychologie lebensbedrohliche Gefahren in sich, auf die Maslow mit großem Nachdruck hingewiesen hat. Er konstatiert, daß auf diese Weise die Entwicklung neuer Verfahren blockiert wird, daß eine solche Orthodoxie standardisierter und legitimierter Mittel den Zuständigkeitsbereich der Psychologie unnötig einengt und einen Wissenschaftlertypus erzeugt, der mehr sicher und vernünftig verwaltet, als inmitten von Unbekanntem kühn und herausfordernd zu arbeiten versteht. Vor allem aber — und dies ist eine besonders große Gefahr — verführt diese Situation den Wissenschaftler dazu, sein eigenes Vorgehen für objektiver zu halten und dem Problem der Werte überhaupt nicht in gebührendem Maße Aufmerksamkeit zu schenken. Wegen dieser fälschlicherweise angenommenen Unabhängigkeit von Werten im Sinne einer sogenannten voraussetzungslosen Wissenschaft führen diese nun eine Kryptexistenz und entziehen sich der klaren Analyse und Kontrolle.

Beim Entwurf einiger Richtungsweisungen einer humanistisch-psychologischen Methodenlehre muß man also diese nur relative Bedeutung von Methoden überhaupt angemessen in Rechnung stellen.

Außerdem unterscheidet die humanistische Psychologie nicht immer scharf zwischen Methoden als Mitteln der Erkenntnisgewinnung im allgemeinen und Methoden im Sinne von psychotherapeutischen Behandlungsprozessen; die Grenzen zwischen beiden Methodenbegriffen sind fließend. Im folgenden aber werden unter Methoden überwiegend *Mittel der psychologischen Erkenntnisgewinnung im allgemeinen* verstanden, da unserer Ansicht nach der Reformanspruch der humanistischen Psychologie sich nicht in der Entwicklung von Psychotherapiemethoden erschöpft.

2. Existentielle Betroffenheit: Heuristik

Das wissenschaftliche Denken der Psychologie unterscheidet sich vom Alltagsdenken des Menschen nicht prinzipiell; es erwächst aus ihm und steht in Kontinuität mit ihm. Es unterscheidet sich von ihm allerdings hinsichtlich der Klarheit und Sicherheit seiner Sichtweisen und Aussagen. Wie das Denken des Alltags nimmt auch das wissenschaftliche Denken seinen Anfang bei einer eng an die menschliche Existenz gebundenen Frage oder einem existentiellen Problem.

In seiner Arbeit über die Einsamkeit, die als vorzügliches Beispiel einer Untersuchung der humanistischen Psychologie gelten kann, stellt *Moustakas* (1967, 1977) über den Beginn und die Quellen seiner Forschung fest: „Meine Untersuchung der Einsamkeit hatte keinen Plan oder Zweck, kein Objekt oder Ziel und keine Hypothesen oder Annahmen. Während ich am Beginn mit einer Frage oder einem Problem konfrontiert war (ob ich einer großen Herzoperation zustimmte, die meiner Tochter die Gesundheit wiedergeben oder zu ihrem Tod führen konnte), forschte ich nicht nach dem Wesen oder dem Sinn der Einsamkeit und ihrem Einfluß auf das Individuum in der modernen Gesellschaft. Der Zwang zu dieser kritischen Entscheidung setzte mich vielmehr der Erfahrung äußerster Einsamkeit aus und trennte mich von der menschlichen Gemeinschaft. Der gesamte Prozeß der Konfrontation mit dem Schrecken und den Konsequenzen einer großen Herzoperation oder mit einer ungewissen Zukunft und einem vorzeitigen Tod gab den Anstoß zu meiner Untersuchung über die Einsamkeit“ (S. 101). Ein persönliches Problem, das die Existenz des Forschers tief berührte und ihn in Verwirrung stürzte und auf das keine gelernte Lösungsmöglichkeit anwendbar war, gab den ersten Anstoß zu dieser Untersuchung. *Moustakas* prägte für dieses Vorgehen, „das eine Person zu Entdeckungen und Methoden ermutigt, die sie in die Lage versetzen, selbständig weiterzuforschen“, den Begriff *heuristische Me-*

thode. Ihre wichtigste Absicht ist, das wissenschaftliche Denken wieder zurückzubinden an die Grundprobleme der menschlichen Existenz, um es auf diese Weise für ihre Lösung dienstbar zu machen.

Sie wird damit aber keineswegs als anwendungszentrierte im Gegensatz zur Grundlagenforschung verstanden; die humanistische Psychologie lehnt die herkömmliche, nach dem Vorbild der Beziehung von Naturwissenschaft und Technik vorgenommene Unterscheidung von Grundlagenforschung und Anwendung für die Psychologie ab, da sie einer reduktionistischen Vorstellung von ihren Erkenntnisquellen entspringt. Die betreffende, so unheilvolle Unterscheidung löst nämlich das jeweilige Forschungsproblem primär in einem Abstraktionsprozeß aus dem Kontext der menschlichen Existenz und muß daher sekundär zur Korrektur dieses Ursprungsfehlers die Disziplin der Anwendung einführen. Beim Entwurf der heuristischen Methode hatte der Autor die Absicht, diese Fehlentwicklung zu vermeiden.

Existentielle Betroffenheit steht auch beim zweiten hier zitierten Beispiel am Anfang aller wissenschaftlichen Bemühungen zur Problemlösung. May (1969) berichtet, daß er sich bei der Arbeit an seinem Buch 'Der Sinn der Angst' eine Tuberkulose zuzog. Er wurde ins Sanatorium eingeliefert und durchlebte nun Tag für Tag die Erwartungsängste, mit denen die Patienten die Veränderungen ihrer röntgenologisch diagnostizierten Lungenkavitäten begleiten. In dieser Zeit — es gab damals noch keine wirksamen Medikamente gegen diese Krankheit — erfuhr der Autor die Wirkung der erschreckenden und gleichzeitig zermürbenden Belastungen der Angst am eigenen Leibe. Da er nach eigenem Bericht eine Menge Primärdaten durch sich selbst und die Erfahrungen seiner Mitpatienten hatte, war er in der Lage, die klassischen Beschreibungen und Erklärungen der Angst auf ihre „existentielle Gültigkeit“ (wie Royce (1964) diese Form der Validitätskontrolle nennt) hin zu überprüfen. Ein Ergebnis dieser Verarbeitung eines schweren Schicksalsschlages ist die Ablehnung der psychoanalytischen Theorie der Angst durch diesen ehemaligen Psychoanalytiker und der Entwurf einer von *Kierkegaard* ausgehenden und von ihm so genannten „existentiellen Psychologie“.

Die Beispiele, wie kreative Kräfte des forschenden Psychologen durch solche Konfrontationen mit Problemen des Lebens der unterschiedlichsten Art freigesetzt werden, ließen sich beliebig vermehren. Hingewiesen sei auf das durch *Lewin* (1953) untersuchte Minoritäten-schicksal, das der Autor selbst zu erleiden hatte, auf die Erkundungen zum Tod und zur Todessymbolik anhand der Folgewirkungen der Hiroshima-Katastrophe von *Lifton* (1967), die phänomenologischen

Beschreibungen der Erfahrungen im Konzentrationslager von *Frankl* (1982), aber auch auf die Erlebnisberichte und -analysen großer Glücks- und Erfüllungserfahrungen (peak- und plateau-experiences) durch *Maslow* (1962/1983; *Krippner*, 1972). Die Beispiele sind willkürlich herausgegriffen, sie zeigen jedoch gemeinsam die Absicht der humanistischen Psychologie, ihr wissenschaftliches Interesse menschlichen Problemen von existentieller Bedeutung zuzuwenden. Es ist ja ein Defizit und Ärgernis zugleich, daß eine Versuchspersonenstatistik der neueren Psychologie eine exklusive Dominanz von Studierenden aus den Anfangssemestern der Mittel- und Oberschicht zutage fördern würde. Mit der Erweiterung des Gegenstandsbereichs, wofür *Maslows* Untersuchungen an sich selbstverwirklichenden Menschen beispielhaft sind, versucht die humanistische Psychologie dieser Tendenz entgegenzuwirken.

Selbstverständlich sollte der Forscher in dieser ersten Phase seiner Arbeit und Aufmerksamkeitszuwendung bei der Wahl seines Themas frei sein; die Dringlichkeit der Probleme der condition humaine — man denke an die Aggressionsepidemien der modernen Industriegesellschaften, wie sie *Hacker* (1971) behandelt hat — läßt es jedoch geraten erscheinen, die Kräfte auszurichten und zu konzentrieren. Mit einem solchen selektiven Vorgehen würde auch der häufig beklagten Trivialität und Banalität psychologischer Forschungsergebnisse (*McLeod*, 1965; *Sanford*, 1965) entgegengearbeitet.

3. Phänomenologische Einstellung und Beobachtung

Nach der sehr sorgfältigen und vielfach überdachten Auswahl der spezifischen Gegenstände, deren Begründung eventuell durch einen Konsensus zwischen Fachleuten und Laien bestätigt und schriftlich protokolliert festgehalten werden sollte, beginnt ihre Beobachtung. Wie jede Wissenschaft — und hierin schließt sich die humanistische Psychologie den üblichen methodischen Gepflogenheiten an — so gründet auch sie ihre Erkenntnisse auf die *Beobachtung*; sie ist ihre wichtigste Erkenntnisquelle. Sehr selten ist sie durch geplantes Verhalten des Forschers gesteuert, in den meisten Fällen hingegen wird ein interessantes und wichtiges Ereignis durch Zufall und bei überraschenden Gelegenheiten beobachtet.

Die Beobachtung kann *Selbstbeobachtung* und *Fremdbeobachtung* sein. Als Selbstbeobachtung ist sie Beobachtung der eigenen Bewußtseinserlebnisse. Es werden in ihr und durch sie die individuellen Erfahrungen und Erlebnisse selbst zum Gegenstand der Beobachtung

gemacht. Man nimmt zum Beispiel einen Baum wahr und richtet dabei seine Aufmerksamkeit und Beobachtung auf dieses Wahrnehmen selbst. Man bemerkt dabei vielleicht, daß man bisher nur seine Farbe gesehen hat, daß die Wahrnehmung also nur auswählend war, daß man nicht seine besondere Form beachtet hat usw. Man wendet dabei seine Beobachtung auf die Erfahrungen und Erlebnisse selbst, erlebt die Art und Weise des Vollzugs des Erfahrens selbst. Der innere Blick wird bei dieser Aufgabe umgewendet, gleichsam bewußtseinsreflexiv gestaltet und auf die Phänomene selbst hingewendet. „Alle Erlebnisse, darin wir uns geradehin zu Gegenständen verhalten (Erfahren, Denken, Wollen, Werten), lassen eine Blickwendung zu, durch die sie selbst Gegenstände werden. Die verschiedenen Erlebnisweisen offenbaren sich als dasjenige, worin alles, wozu wir uns verhalten, sich zeigt, ‚erscheint‘. Die Erlebnisse werden daher Phänomene genannt. Die Umwendung des Blickes auf sie, die Erfahrung und Bestimmung der Erlebnisse rein als solcher ist die phänomenologische Einstellung“ (Husserl, 1968, S. 257). Dahinter steckt also der die psychologische Selbstbeobachtung in ganz besonderer Weise kennzeichnende Tatbestand, daß alle Erlebnisse Erlebnisse *von* etwas sind, daß sie aber auch gleichzeitig Erlebnisse *für* ein Ich sind, dem sie als solche erscheinen. Insofern sie aber einem Ich erscheinen, werden sie zu Gegenständen einer möglichen inneren Erfahrung.

Ein weiteres Kennzeichen dieser Selbstbeobachtung ist, daß sie stets rückschauend ist, sie beginnt zumeist — keineswegs in allen Fällen —, wenn das betreffende Erlebnis bereits zu seinem Ende gekommen ist. Diese Eigenschaft der Selbstbeobachtung, aufgrund deren man ihr auch die Bezeichnung „Erinnerungsbeobachtung“ gegeben hat, ist stets Anlaß zur Kritik gewesen. Sie geht auf *Kant* zurück, der die Ansicht vertrat, daß das erlebte Phänomen eben durch die Aktivität der Selbstbeobachtung verändert oder gar zerstört wird, was besonders bei der Beobachtung der eigenen Affekte und Emotionen der Fall sein soll.

Das Problem der Selbstbeobachtung kann hier nicht in extenso diskutiert werden. Eine ausführliche Darstellung der wichtigsten Aspekte findet man bei *Traxel* (1968). Die humanistische Psychologie nun hält diese Kritik jedoch für weit übertrieben und vor allem nicht an den Phänomenen selbst orientiert; denn (1) steht es außer Zweifel, daß wir von unserem Erleben wissen und über es berichten können, (2) gibt es ein unmittelbares Behalten, in dem das jeweils vorhergehende Erlebnis bei Präsenz des darauffolgenden noch erhalten ist, (3) ist der behauptete Störeinfluß keineswegs immer von gleichem Ausmaß, sondern durchaus unterschiedlich, bisweilen auch gar nicht ins Gewicht fallend

(z. B. wenn man ein Wahrnehmungserlebnis bei sich beobachtet) und (4) kann gerade durch die Intensivierung der Selbstbeobachtung das Beobachtete zum unmittelbar Erlebten werden und sich dasjenige, was implizit in ihm liegt, erst in voller Wirklichkeit entfalten; auf dieses Hervorheben eines Erlebnisses zu seiner vollen Bedeutung hat schon *Lipps* (1906) hingewiesen (siehe auch Punkt 10 die Alternative 4).

Die Selbstbeobachtung ist für die humanistische Psychologie die wichtigste Methode; für sie geht ihre Reichweite über das bloße Feststellen von Erlebnissen und Erfahrungen noch weit hinaus, insofern man sie zu Experimenten besonderer, nämlich innerer Form, umwandeln und erweitern kann. Hierin liegt ein bedeutender Vorzug der Selbstbeobachtung, der ebenfalls bereits von *Lipps* betont wurde. Dieses freie innere Experimentieren besteht für ihn „im Hervorrufen von Vorstellungen oder Gedanken, im beliebigen Sichvergegenwärtigen von allerlei Erlebnissen, im inneren Variieren, im Hinzunehmen von Bestandteilen, andererseits im Abstrahieren“ (S. 43).

Für die Selbstbeobachtung wie die Fremdbeobachtung gleichermaßen gilt, wie für die humanistische Psychologie grundsätzlich, als methodisches Prinzip die 'phänomenologische Einstellung'.

Sie schreibt vor, daß alles uns in irgendeiner Weise seelisch Erscheinende als solches und als wirklich hingenommen werden muß. Sei es ein Gedanke, ein Bild, eine Vorstellung, eine erinnerte Situation, ein Geräusch, ein Ton, eine Halluzination, eine Vision — alles ist zunächst und zuallererst als seelisch wirklich anzuerkennen.

Da die humanistische Psychologie den Gegenstandsbereich der Psychologie erheblich erweitert hat (siehe die „unterentwickelten Bereiche der Psychologie“ bei *Severin*, 1973) und viele bisher tabuisierte Themen miteinbezogen hat, hat sie diese spezifische Einstellung immer betont; denn bei neuen Phänomenen ist die unbefangene Rezeptivität, wie sie die phänomenologische Einstellung fordert, besonders wichtig.

Erfahrungsgemäß ist diese primäre Aufgabe alles psychologischen Forschens auch die am schwersten zu erfüllende. Dazu müssen alle voreilige Kritik, aller Zweifel und alle Bedenken vorerst ausgeschaltet und beiseitegelassen werden; allem seelisch Erlebten muß mit derselben Aufmerksamkeit ('gleichschwebend', wie *Freud* sie treffend nannte) und unbefangenen Hingabe begegnet werden. *Klages* sprach von einem zu fordernden „Zustand möglichst absichtsloser Empfänglichkeit“.

Vor allem bei ungewöhnlichen Erscheinungen kann diese Einstellung auf eine harte Probe gestellt werden, so zum Beispiel wenn von seelischen Erscheinungen berichtet wird, die längst bekannten Erfahrungen

widersprechen, oder wenn Erlebnisse bezeugt werden, die nicht in den Rahmen dessen, was wir für 'normal' und alltäglich gewohnt sind zu halten, hineinpassen. Gerade solche Situationen aber, in denen uns Außer- und Ungewöhnliches begegnet und vielleicht auch beunruhigt, können wir zum Anlaß nehmen, uns immer wieder zu dieser unvoreingenommenen Einstellung dem ständig fließenden Strom unserer Erfahrungen gegenüber zu erziehen. Bei dieser Aufgabe ist jeder Zweifel unangebracht. Allerdings besagt das unbedingte Fehlen des Zweifels noch keineswegs die Wahrheit des phänomenal Gegebenen, „sondern besagt nur wörtlich jene Art ungebrochener, zu jeder Wahrnehmung selbst gehöriger Gewißheit des direkt anschaulichen Seins und Erfasst- oder Erfasßbarseins, rein so wie es in der Wahrnehmung sich gibt bzw. der Erfahrung selbst abzufragen ist durch klärende Enthüllung ihres eigenen Sinns. Unser Erfahren in sich selbst umgreift, umblickt, umtastet usw. die Welt selbst und hat sie selbst, originaliter in Gewißheit“ (Husserl, 1968, S. 62/63).

Metzger (1963) hat daran erinnert, daß diese Einstellung stets vom Künstler gefordert worden ist; sie gilt aber gleichermaßen, wenn auch zu einem anderen Zweck, für den Psychologen als Wissenschaftler. Er hat dieses „sachgemäße Verhalten bei der Erforschung des unmittelbar Gegebenen“ so charakterisiert: „Das Vorgefundene zunächst einfach hinzunehmen, wie es ist; auch wenn es ungewohnt, unerwartet, unlogisch, widersinnig erscheint und unbezweifelten Annahmen oder vertrauten Gedankengängen widerspricht.

Die Dinge selbst sprechen zu lassen, ohne Seitenblicke auf Bekanntes, früher Gelerntes, ‚Selbstverständliches‘, auf inhaltliches Wissen, Forderungen der Logik, Voreingenommenheiten des Sprachgebrauchs und Lücken des Wortschatzes“ (S. 12).

So unmittelbar einleuchtend diese Forderung zur sachzentrierten Haltung auch ist, so hat die humanistische Psychologie doch darauf hingewiesen, daß die Kenntnis dieser Einstellung, ihre bloß intellektuelle Vergegenwärtigung keineswegs auch schon ihre Praxis garantiert. Daher muß neben ihrem Verständnis in gesonderten und wohlkontrollierten sowie stets zu verbessernden Akten ihre praktische Übung im Zentrum der Aufmerksamkeit stehen; denn gerade bei dieser Einstellungsforderung besteht zwischen Verstehen und demgemäß Handeln eine große Differenz.

Die bemerkte und zuerkannte Interessantheit und Wichtigkeit des Beobachteten führt dann in einem nächsten Schritt zur Entwicklung einer wissenschaftlichen *Fragestellung*.

Bevor diese jedoch explizit formuliert wird, wird der näher zu untersuchende Gegenstand zunächst durch weitere eigene Beobachtungen, die die Vielfalt seiner Erscheinungsformen in einem umfassenderen Bild zu erkunden versuchen, gesichert. Hierbei können wiederum Fachkollegen bzw. auch Laien, die mit diesem besonderen Gegenstand bereits viele alltägliche Umgangserfahrungen gemacht haben, zu weiteren klärenden Beobachtungen hinzugezogen werden. Man nennt diesen Abschnitt, der erfahrungsgemäß durch große Unsicherheit und Ambiguität bei allen beteiligten Personen gekennzeichnet ist, *Explorationsphase*. Sie ist ohne Zweifel der wichtigste Teil des gesamten Forschungsverlaufs, in ihr werden alle unkontrollierten Vorannahmen aktualisiert, alle Kenntnisse und leider auch blickverstellenden Konstrukte der Beteiligten werden hier eingebracht, komplizierte Klärungsprozesse finden hier statt und es werden gewollt oder ungewollt die Weichen für alle folgenden Maßnahmen gestellt. Was hier entschieden wird, kann später nur mit Mühe wieder zurückgenommen oder korrigiert werden.

Die humanistische Psychologie hat kritisiert, daß diese zwar immer fruchtbare, aber auch verwirrende, belastende und Toleranz für Konflikte und Widersprüchlichkeiten erfordernde Phase sehr oft verkürzt wird. Forscher zeigen nicht genügend Widerstand gegen das allgegenwärtige Bedürfnis nach Schließung und Ganzheit und schreiten zu rasch zur wissenschaftlichen Fragestellung. Nicht selten aber macht eine intensive Explorationsphase die Elaboration einer Fragestellung überhaupt überflüssig. Bisweilen wird diese nächste Arbeit der Formulierung einer Fragestellung auch übersprungen und nicht selten beginnt man mit einem zur Erprobung einer irgendwie gearteten Methode entwickelten Versuchsplan. Besonders *Maslow* (1977a) hat moniert, daß viele Arbeiten ihre Existenz nur einem Methodenfetischismus („overstress on technique“) verdanken. Und *Rogers* (1965) hat empfohlen, alle jene Hypothesen von der weiteren Arbeit auszuschließen, die nur deswegen ausgewählt wurden, weil es Instrumente zur Messung der involvierten Variablen gibt.

Eine Folge dieser Situation ist die *Dominanz der Prüfmethode*n in der Psychologie. Die humanistische Psychologie hat stets zu einer Umzentrierung von den bloß nachprüfenden zu den im eigentlichen Sinne *heuristischen Methoden* angeregt.

Die traditionelle Psychologie ahmte ja weitgehend das naturwissenschaftliche Vorgehen bei ihrer eigenen Arbeit nach, was von sehr zweifelhaftem Wert für ihre gesamte Entwicklung gewesen ist. *Giorgi* (1970) vertritt sogar die Ansicht, daß die Entscheidung der Psycholo-

gie des vorigen Jahrhunderts in ihren Gründerjahren für die naturwissenschaftliche Methode nachträglich beurteilt ein falscher Kurs war. Ein Gewinn für die autochthonen Aufgaben der Psychologie ist dieser Annex an das naturwissenschaftliche Vorbild jedoch nur, wenn die Verhaltens- und Denkformen dieser Früh- und Explorationsphase naturwissenschaftlichen Forschens zum Richtmaß der eigenen Tätigkeit genommen werden, da hier nämlich die Ausgangssituationen der Forscher durch dieselben Merkmale gekennzeichnet sind (Vorherrschen von bloß intuitivem Fühlen, vage Vermutungen, Offenheit für alle Erkenntniswege, Verwirrungen, Zweifel, Selbstzweifel etc.; siehe zu dieser „entdeckenden Phase“ auch *Rogers*, 1965).

Zwar hat die humanistische Psychologie auch die so bestimmte Selbstbeobachtung, die immer schon *die* Erfahrungsquelle der Psychologie gewesen ist, wie auch die Fremdbeobachtung um einige neue Aspekte bereichert; besonders gilt dies aber für den *Zugangsmodus* zu den Gegenständen der Psychologie im allgemeinen. *Metzger* (1963) hat diese Dimension so beschrieben: „Der Sache mit Ehrfurcht und Liebe gegenüberzutreten, Zweifel und Mißtrauen aber gegebenenfalls zunächst vor allem gegen die Voraussetzungen und Begriffe zu richten, mit denen man das Gegebene bis dahin zu fassen suchte.“ Daß die vollständige und durchdringende Erkenntnis der seelischen Wirklichkeit besonders durch ein 'objektives' und das heißt in diesem Falle durch ein in hohem Maße unbeteiligtes und kalt registrierendes Auge gewährleistet sein soll — wie in manchen Zweigen der Psychologie auch heute noch nach der Überwindung des Behaviorismus geglaubt wird —, wird von humanistischen Psychologen aller Richtungen bezweifelt. Sie vertreten vielmehr die Ansicht, daß die emotionale Beteiligung seelische Erscheinungen in ihrer spezifischen Eigenwirklichkeit im Gegenteil geradezu aufzuschließen vermag. *Maslow* stellt zu diesem Zusammenhang zwischen Emotion und Wahrheit fest, daß es eine „wachsende Unzufriedenheit unter den Psychologen mit der alten und weitverbreiteten Auffassung gibt, daß Emotionen *nur* verzerrten, daß sie der Feind einer wirklichkeitsgetreuen Wahrnehmung und eines guten Urteils seien, daß sie das Gegenteil von Scharfsinn seien und daß Emotionen und Wahrheit sich daher gegenseitig ausschließen und sich ausschließen müssen. Eine humanistische Einstellung zur Wissenschaft erzeugt eine andere Haltung, daß nämlich die Emotion mit Erkenntnis synergetisch und eine Hilfe bei der Wahrheitsfindung sein kann“ (1977b, S. 144).

Und *Giorgi* (1970, S. 114 und 189) unterscheidet im gleichen Sinne eine Erkenntnishaltung, bei der der Mensch das in seinem Erleben Gege-

bene „nur als vorhanden“ betrachtet und nicht in einer „besorgten Weise“, dieser Begriff im Sinne Heideggers verstanden. Von einer besorgten Einstellung zu einer in diesem Sinne objektivierten überzugehen, bedeutet für ihn auch, zu einer Einstellung überzuwechseln, in der das Gegebene weniger beteiligt und eben „nur als vorhanden“ behandelt wird. „Daher wird bei einer Objektivierung in diesem Sinne bewirkt, daß ein Aspekt der Welt vor mir ‚steht‘. Objekt zu sein bedeutet dem Wortsinne nach, dem Menschen gegenüber oder vor ihm liegen.“ Der Autor weist jedoch darauf hin, daß die naturwissenschaftliche Weise, objektiv zu sein, nicht die einzige Form ist, sich des Gegebenen und schon gar nicht des psychisch Gegebenen bewußt zu sein. Es macht einen entscheidenden Unterschied, ob die Erkenntnishaltung etwas bloß als vorfindbar betrachtet oder ob sie sich in einer interessierten Weise ihm nähert; die humanistische Psychologie hat die erkenntnisfördernde Bedeutung der letzteren, der besorgten (concerned) Haltung herausgestellt und ist ihren Funktionen im einzelnen nachgegangen (vgl. hierzu auch die Rolle des Psychologen als engagierter Person in Abschnitt 4).

4. Das Experiment; Versuchsleiter und Versuchsperson

Ein weiteres Hilfsmittel zur methodischen Klärung von psychologischen Problemen ist das *Experiment*. Man versteht darunter die „absichtliche, planmäßige Auslösung eines Vorgangs zum Zweck der Beobachtung und Analyse. Formal betrachtet, handelt es sich bei einem Experiment darum, daß ein Experimentator bestimmte Bedingungen (unabhängige Variablen) für ein Geschehen setzt und daraufhin untersucht, welchen Einfluß diese Bedingungen ausüben, indem er Beobachtungen über die abhängigen Variablen anstellt und miteinander vergleicht“ (Traxel, 1974). Man sollte bedenken, daß das Experiment nicht etwa an die Stelle der Beobachtung treten kann; es kann sie nicht ersetzen, denn in gewissem Sinne ist es selbst wiederum für weitere Beobachtungen von Bedeutung, zum Beispiel wenn ein Vorgang nur unter gewissen Bedingungen eintritt. Dann muß im und durch das Experiment eine Situation geschaffen werden, in der der betreffende Vorgang dem Forscher zur Beobachtung gleichsam verfügbar gemacht wird.

Traditionell und das heißt hier nach dem Vorbild der naturwissenschaftlichen Praxis ist das psychologische Experiment also einmal dadurch gekennzeichnet, daß der Forscher die Bedingungen des Eintretens des interessierenden Geschehens („unabhängige“ Variable) selbst

gestalten und organisieren kann, und zum anderen dadurch, daß er den gesamten Prozeß zum Zwecke der weiteren Sicherung und Klärung wiederholen kann. Absichtliche Herbeiführung der Ereignisbedingungen und Wiederholbarkeit sind in dieser Sicht die Grundmerkmale jedes Experiments. Die so bestimmten Eigenschaften von Experimenten machen eine spezifische Rollenverteilung notwendig; ein Experiment erfordert die Beteiligung von mindestens zwei Personen, dem Versuchs(Experiment)leiter und der Versuchsperson.

Zwar gibt es auch *Selbstversuche*, und viele bedeutende Versuche sind als solche und in dieser Form durchgeführt worden (zum Beispiel *Fechners* Versuche zur Prüfung der Beziehung zwischen Reiz und Empfindung, *Ebbinghaus'* Lernversuche mit sinnlosen Silben, aber auch sinnvollem Material, *Galtons* Versuche zum freien Assoziieren). Dies sind jedoch Sonderfälle, üblicherweise wird unter einem psychologischen Experiment das erwähnte *duale Arrangement* verstanden.

Über das psychologische Experiment wie auch über die psychologische Beobachtung als Methoden der Psychologie hat *Traxel* (1974) eine vorzügliche Darstellung geliefert; auf sie sei an dieser Stelle verwiesen. Ihr Studium ist für jede Verständnisbemühung um die psychologische Methodik unerläßlich. Es ist daher unnötig, alle Einzelheiten zu diesen Verfahren zu wiederholen; es ist jedoch wichtig, hier die wesentlichen Merkmale der neuen und veränderten Perspektive der humanistischen Psychologie zu diesen methodischen Hilfsmitteln herauszustellen. Die humanistische Psychologie konzentriert ihr Interesse nicht so sehr auf den Prozeß der Beobachtung und des Experiments selbst, sondern stellt die Forderung nach Erweiterung der Perspektive, indem sie ihrem personalen Ansatz gemäß die Person des Beobachters und/oder Experimentators in die Untersuchung mit einbezogen wissen will. Die Funktion und Bedeutung des Beobachters und Experimentators gehören zu den wichtigsten Themen ihrer Analysen. Selbstverständlich haben auch andere die Beobachter- und Versuchsleiterrolle als Problem gesehen; erst die humanistische Psychologie hat es aber in seiner ganzen Breite aufgerollt und zum Gegenstand radikaler Kritik gemacht.

Bei den bisherigen Diskussionen um den Beobachter wurde zwar sein Einfluß er- und anerkannt; bei der Organisation des Experiments war seine Wirkung ohnehin offensichtlich. Aus der Feststellung dieses Beobachtereinflusses wurde jedoch — und man verfuhr hier so, wie man das naturwissenschaftliche Vorbild *verstand*, nicht wie es sich in Wirklichkeit *verhält* — der scheinbar auf der Hand liegende Schluß gezogen, daß dieser Einfluß als störend (als „Störvariable“) anzusehen sei und möglichst ausgeschaltet werden müsse. Als Konsequenz dieser

Erkenntnis forderte man, daß sogenannte objektive Methoden auszu-
arbeiten und anzuwenden seien, das heißt eben solche, bei denen der
betreffende verzerrende Einfluß ganz verhindert oder doch auf ein
Minimum reduziert werden sollte.

Die humanistische Psychologie hat jedoch herausgestellt, daß eben
diese verbreitete Praxis nur zur Vergrößerung des gesamten Problems,
keineswegs aber zu seiner Lösung beigetragen hat. Es war von großem
Nachteil für die Weiterentwicklung der Psychologie, „daß die meisten
traditionellen Psychologen diese neutrale Präsenz verabsolutieren und
von ihr als Nichtexistenz sprechen. Das heißt, sie glauben, daß es eine
Einstellung ist, die universal gültig ist und daß der Forscher buchstäb-
lich von seiner experimentellen Situation unabhängig ist“ (Giorgi,
1970, S. 166). Die objektiven Methoden schalten jedoch die Präsenz
des Forschers keineswegs aus oder neutralisieren sie. Durch diese
erklärte Absicht wird die Situation im Gegenteil erheblich kompliziert,
indem hierbei die Tatsache übersehen oder geleugnet wird, daß der
Einfluß auch bei ihrer so gearteten experimentellen Zurüstung vorhan-
den ist, dies aber in einer unkontrollierten, verborgenen, ja camou-
flierten und im Einzelfall sehr schwer eruierbaren Art und Weise. Der
Versuchsleiter führt gleichsam eine Tarnkappenexistenz.

So ist festzustellen, daß jede Experimentalsituation ein *menschliches
Artefakt* darstellt. Sie unterscheidet sich mehr oder weniger erheblich
von der Alltagswelt des Menschen, von seiner Lebenswelt. Es mutet
geradezu grotesk an, wenn man beim Studium oder bei der direkten
Beteiligung an Experimenten zur Untersuchung von Veränderungspro-
zessen in psychotherapeutischen Beziehungen beobachtet, wie Ver-
suchsleiter auch elementarste Wirkungen ihrer Person wie die Art des
Händedrucks bei der Begrüßung, das Stimmtimbre ihrer Anweisun-
gen, die Armbewegungen beim Hinreichen der Materialien usw. 'aus-
zuklammern' oder wenn darauf aufmerksam gemacht, abzustreiten
oder wegzudiskutieren versuchen. Es steht also außer Zweifel, daß
„die Laborsituation mehr als jede andere Situation die Perspektive
einer einzigen anderen Person repräsentiert, die die Mittel und die
Kenntnis einer Gemeinschaft von Personen anwendet“ (Giorgi, 1970,
S. 167). Der Versuchsleiter wählt aus, was zu untersuchen ist, er
bestimmt die Anzahl der Versuchspersonen, er definiert die Variablen
und gibt die Art und Weise an, wie sie zu beobachten sind. Er ist aber
auch in weniger einfach zu durchschauender und sehr sublimer Weise
wirksam, zum Beispiel durch den Ausdruck seiner Gebärden, durch
seine Stimmung usw. Da schließlich kein Forschungsbericht wirklich
Rohdaten, also Phänomenbeschreibungen darbietet, sondern ihre

Umsetzungen, Transformationen, Kodierungen, die dann wiederum organisiert und zusammengefaßt werden, so ist auch hier der Forscher bis zur Publikation und noch darüberhinaus präsent.

Kurzum, der Versuchsleiter ist sowohl bei der Konstitution der gesamten Versuchssituation wie auch bei der Datenverarbeitung und Interpretation anwesend; sein strukturierender Einfluß ist bis in das kleinste Versuchsdetail nachweisbar.

Erwähnt sei hier, daß man immer wieder versucht hat, Möglichkeiten der Exklusion dieses Einflusses zu finden. Aus einer Perspektive der Objektivierung hat *Plutchik* (1968) zum Beispiel drei Formen der Kontrolle des Versuchsleitereinflusses vorgeschlagen: Man sollte den Kontakt zwischen dem Versuchsleiter und der Versuchsperson minimalisieren, man sollte Doppelblindversuche anwenden, das heißt Versuche, bei denen sowohl Versuchsleiter wie Versuchsperson keine Informationen über die kritischen Variablen haben und man sollte das Experiment von anderen Versuchsleitern durchführen und replizieren lassen. Bei der genaueren Analyse dieser praktischen Vorschläge und bei ihrer Konfrontation mit der praktischen wissenschaftlichen Arbeit stellt sich jedoch sehr bald heraus, daß auch durch diese Vorschläge das Problem des Versuchsleitereinflusses keineswegs befriedigend lösbar ist.

Denn um wirksam zu sein, muß der Versuchsleiter keineswegs immer körperlich anwesend sein; das Problem über eine Kontaktminimalisierung regeln zu wollen, zeugt vielmehr von einer geradezu naiven Verkennung der Versuchswirklichkeit, die, um mit *Berger* und *Luckmann* (1966) zu sprechen, auch eine Form der „gesellschaftlich konstruierten Wirklichkeit“ mit all den daraus zu ziehenden Konsequenzen ist. Der Versuchsleiter ist vielmehr in allen einzelnen Lenkungsvorgängen eines Experiments anwesend. Der Doppelblindversuch ermöglicht wegen der Ungewißheit auf allen Seiten, durch die er charakterisiert ist, eine größere Vielfalt des Einflusses des Versuchsleiters; der Einfluß kann sich hier in allen möglichen Richtungen verwirklichen. Auch in dieser Versuchstechnik übt der Versuchsleiter aber Einfluß aus. Schließlich zeigt der Prozeß rotierender Versuchsleiter bei Replikationen von Versuchen nur, wie der Einfluß verschiedener Versuchsleiter auf das Experiment beschaffen ist; sein Ziel, den Versuchsleitereinfluß zu beseitigen, erreicht er jedoch nicht. Und selbst wenn sich mehrere Einflüsse gegenseitig aufheben, so zeigt dies, ganz abgesehen von der Unmöglichkeit des Nachweises der darin enthaltenen Voraussetzung des gleichen Ausmaßes, daß die Einflüsse sich eben komplementär verhalten, nicht aber, daß sie nicht vorhanden sind.

Die humanistische Psychologie kritisiert dieses geläufige Schema der Rollenverteilung und -bestimmung im Experiment radikal und stellt fest, daß eben dadurch der Gegenstand der Forschung verkürzt, ja entstellt wird. Die so konstruierte Beziehungsform entbehrt der spezifisch menschlichen Eigenschaft, nämlich immer *Beziehung zwischen Subjekten* zu sein („Intersubjektivität“); das heißt der Versuchsleiter ist dann nicht mehr Mensch unter Menschen, nicht mehr ein Ich für ein Du, sondern er setzt sich von den anderen ab, hebt sich heraus und verformt so die gesamte Beziehung zu einer hierarchischen Einseitigkeit. *Holzkamp* (1983) hat von einer anderen Position aus in seinem neuen Versuch der Grundlegung der Psychologie diese besondere artifizielle Beziehung der beteiligten Personen im Experiment, in dem der Versuchsleiter einen „Standpunkt außerhalb“, einem archimedischen Punkt gleich, einzunehmen versucht, zutreffend so charakterisiert: „Die Subjektivität/Intersubjektivität bleibt damit außerhalb des Wissenschaftsprozesses auf der Seite des Forschers, konstituiert also nicht das Niveau seiner Beziehung zu den ‘Versuchspersonen’, die mithin im Forschungsprozeß so behandelt werden, als ob sie ‘unbekannte Wesen’ seien, deren Aktivitäten man lediglich durch die Variation der Bedingungen, unter die man sie stellt, erschließen kann, deren ‘Inneres’ aber unaufhebbar eine ‘terra incognita’, ein unbekanntes Land, ist“ (S. 526).

Der Mensch ist in beiden Rollenaktualisierungen Bewußtsein und damit wesensverschieden vom raumzeitlichen Ding, er ist ‘weltoffen’ — um es mit einem Begriff *Schelers* (1922) auszudrücken —, daher sind die üblichen Voraussetzungen zur Anwendung des Experiments in seiner herkömmlichen Form fragwürdig. Diese Erkenntnis und die damit verbundene Problematik hat sozialpsychologische Untersuchungen des Experiments im Rahmen eines eigenen Forschungszweiges entstehen lassen, die in Form einer Revision Vorschläge zur Verbesserung bzw. mehr in Form eines grundsätzlichen Zweifels die Ablehnung des Experiments schlechthin propagiert haben. Die bekanntesten Untersuchungen zu diesem Thema stammen von *Rosenthal* (1963) und *Orne* (1962). Eine gute Darstellung dieses gesamten Problembereichs haben *Mertens* und *Fuchs* (1978) vorgelegt. Sie stellen fest, daß die sogenannte Artefaktforschung als Reflex auf die konzeptuelle Krise des Experiments entstanden ist, und sagen dazu: „Unter strikter Beibehaltung des experimentellen Vorgehens werden Artefakte als isolierbare Fehler begriffen, die grundsätzlich kontrollierbar sind. Damit wird an der Konzeption des naturwissenschaftlich konzipierten Experiments festgehalten und weiterhin die Unabhängigkeit von Methode und Gegenstand, bzw. die rigorose Trennung zwischen Erkenntnissubjekt

und -objekt als Grundpfeiler empirisch-wissenschaftlichen Verfahrens postuliert" (S. 129).

Die humanistische Psychologie berücksichtigt zwar die Artefaktforschung bei ihren Überlegungen, teilt die Forderung nach der grundsätzlichen Ausschaltung des Experiments aus der psychologischen Forschung jedoch nicht; sie schlägt statt dessen eine Veränderung der gesamten Perspektive zu diesem Problem vor. Kurz zusammengefaßt fordert sie, den sogenannten Bias, also das durch das Arrangement des Experiments mitgegebene Insgesamt der Störvariablen nicht als Bias anzusehen. Denn die Bestimmung von etwas als Bias hat die Ausschlußabsicht notwendig zur Folge. Sie empfiehlt vielmehr die Einbeziehung aller Phänomene und Bedingungen und damit die Rücknahme der Reduktion sowie die Ausdehnung der Aufmerksamkeit auf alle Einflüsse des Experiments (Holismus). Das Experiment wird von ihr also beibehalten, aber seine Durchführung an diese Bedingungen gebunden.

Zur Klärung dieser Situation hat *Jourard* (1967, 1968, 1971a und b) einen bedeutenden Beitrag geleistet. Er versuchte das Problem durch die systematische Mitberücksichtigung des von ihm so genannten „dyadischen Effekts“ zu lösen. Mit der Ablehnung der objektivistischen Haltung ändert sich seinen Vorstellungen nach für die experimentell orientierte humanistische Psychologie auch die Rollenverteilung im empirischen Versuch. Das herkömmliche Design erkennt einer (oder mehreren) Person(en) die Rolle der Versuchsperson und einer anderen die Rolle des Versuchsleiters zu, wobei das Verhalten und Erleben der Versuchsperson durch spezifische determinierende Variablen bestimmt ist, die es zum Zwecke der Kontrolle und der Vorhersage des Verhaltens und Erlebens aufzudecken gilt. Dabei hat sich der Versuchsleiter möglichst unpersönlich zu verhalten; persönliche Kundgaben verbaler oder nichtverbaler Art werden als Störvariablen behandelt.

Im Gegensatz dazu geht die humanistische Forschungsmethodologie von der Hypothese aus, daß diese Rollenverteilung zu Ergebnissen führen muß, die diesem besonderen Beziehungstypus genau entsprechen. Das heißt, sie sind von eingeschränkter Bedeutung gemäß der artifiziellen Beziehungsgestaltung der Versuchssituation. Die Form der Antwort fällt daher immer prinzipiell gemäß der Form der Frage aus. Die geprüfte Person enthüllt hierbei immer nur den Aspekt der Versuchsperson von sich; andere Aspekte ihrer Existenz treten so nicht in den Blick, ja sie können sich so gar nicht realisieren.

Die humanistische Methodologie kritisiert die Künstlichkeit der so verstandenen Versuchssituation und ihr am Prüf- oder Werkstückmodell der Technik orientiertes Setting. Folgerichtig hat sie daher die Variation dieser Rollenverteilung thematisiert und überhaupt die Beziehungsformen des psychologischen Versuchs zum Gegenstand ihres Forschungsinteresses gemacht. So hat *Kelley* (1969) den Vorschlag gemacht, in jedem psychologischen Versuch die Rollen zu vertauschen; denn nach seinen Vorstellungen ist der Mensch im allgemeinen ein experimentierendes Wesen (*homo experiens*), die Rolle des Versuchsleiters ist nur eine Verwirklichungsform dieses seines Wesens. Er hat daher den Versuchsleiter als Versuchsperson betrachtet und festgestellt: „Zu welchen Gedanken der Versuchsleiter kommt oder was ihm als Ergebnis des von ihm durchgeführten Experiments widerfährt, ist ein wichtiges empirisches Resultat, vielleicht sogar wichtiger als die Veränderungen, die er an seinen Versuchspersonen beobachtet hat“ (S. 58).

Bei jedem psychologischen Versuch lassen sich nun zwei prinzipiell verschiedene Beziehungsformen der Interaktionspartner denken, die an sich selbst schon zu je unterschiedlichen Befunden führen. Bei der einen verbirgt der Versuchsleiter seine eigenen Handlungsmotive vor der Versuchsperson; er hält seine wahren Absichten und Intentionen zurück und gibt sich undurchsichtig. Man denke hier zum Beispiel an die übliche Anweisung, bei eventuellen Fragen der Versuchsperson nach dem Sinn des Rorschachtests ausweichend zu antworten, es sei ein Versuch zur Prüfung der Phantasie etc. *Jourard* (1967), dem wir die wichtigsten Untersuchungen zu diesem Thema verdanken, nennt diese Tarnkappenexistenz des Versuchsleiters „mystifizierend“ und sagt dazu: „Wenn eine Person die Absicht hat zu manipulieren, wird sie Aspekte ihrer selbst zeigen, die auf die Überredung und Beeinflussung des anderen abzielen. Die andere Person wird dann vom Status einer Person auf den Status eines Objekts, eines Manipulandum reduziert, auf etwas, das benutzt wird, wenn es nützlich ist, und neutralisiert oder ausgewechselt wird, wenn es dies nicht ist“ (S. 110).

Untersuchungen über die Depersonalisierungswirkungen des Experimentators haben deutlich gezeigt, daß diese Rolle des Versuchsleiters keineswegs objektive Befunde zutage fördert, sondern auf seiten der Versuchsperson eine Erfüllungstendenz hervorruft, die Hypothesen des Versuchsleiters zu bestätigen (*Orne*, 1962; *Rosenthal*, 1963). Gestützt auf diese Erkenntnisse lassen sich die vielen sich radikal widersprechenden Befunde in psychologischen Versuchen wahrscheinlich eher durch diese latente Erfüllungstendenz als durch Versuchsfeh-

ler (bias) erklären. Denn „eine Person kann in Wahrheit im Laboratorium eine Haltung wählen, die seine Erfahrung (in der Phantasie oder Wahrnehmung) dessen, was sie nach dem Willen des Forschers zeigen soll, stützt oder widerlegt“ (Jourard). Erwähnt sei hierzu auch die inzwischen immer deutlicher werdende Invalidität und Funktionslosigkeit der sogenannten Lügenskalen in Fragebögen, die zu ihrer gänzlichen Abschaffung bei Fragebogenverfahren in der humanistischen Psychologie geführt haben (Lockowandt, 1984).

Von dieser Manipulationsform der Beziehung bei psychologischen Versuchen ist klar unterscheidbar die Begegnungsform des echten *Dialogs*. In ihr nimmt jeder den anderen als eine Person wahr, als den Ursprung und die Quelle seiner intentionalen Akte. „Jeder Teilnehmer versucht dem anderen sein Wesen so zu zeigen, wie es für ihn ist.“ War im ersteren Falle die Versuchsleiterrolle durch Mystifikation gekennzeichnet, so ist sie in dieser Atmosphäre gegenseitigen unbedingten Vertrauens durch *Transparenz* charakterisiert.

Jourard hat nun in vielen sehr aufschlußreichen Versuchen die besonderen Bedingungen dieser Offenheit und „Durchsichtigkeit“ (Unverborgenheit der eigenen Handlungsmotive) aufgedeckt. Er nennt diese Haltung ‚Selbstentbergung‘ (self-disclosure) und stellt fest, daß sie von vielen Komponenten abhängig ist, zum Beispiel vom Gegenstand der Untersuchung, von den Eigenschaften der untersuchten Person u. a. „Die wirksamste ‚Determinante‘ der Selbstentbergung scheint aber die Bereitschaft der zuhörenden Person zu sein, *sich selbst* der Versuchsperson gegenüber in demselben Maße zu entbergen (eröffnen), in dem sie erwartet, daß die Versuchsperson (ihr) ihre eigenen Erlebnisse anvertraut“ (Jourard, S. 112). Der Autor hat daher das allgemeine Prinzip aufgestellt, daß Selbstentbergung wiederum Selbstentbergung bewirkt. Er nennt dieses Prinzip den *dyadischen Effekt* (Jourard, 1967, 1968, 1971).

Er kritisiert die übliche Experimentalpraxis, in der zumeist eine authentische Selbstentbergung unmöglich ist und die Versuchsperson infolge der künstlichen Einschränkung ihrer verbalen Äußerungen die komplexe Weise ihrer Erlebnisse und Erfahrungen der gesamten Situation gar nicht mitteilen kann. In den meisten psychologischen Untersuchungen ist der Psychologe seinen Beobachtungen nach für die Versuchsperson ein Fremder. Er hofft, daß die Versuchsperson naiv und unselbständig ist und daß sie immer bereit ist, sich selbst, sei es verbal oder durch ihr Verhalten zu entbergen und dies auch nur durch Reaktionen, die sich mithilfe von objektiven Registriermaschinen aufzeichnen lassen. Der Autor äußert die Vermutung, daß manche Versuchs-

personen bereits mit dieser inneren Einstellung das Laboratorium betreten, daß sie also eine dem Versuchsleiter in seinen Grundzügen unbekanntes Erwartungshaltung mitbringen. „Ich bin davon überzeugt, daß Personen, die an psychologischen Versuchen teilnehmen, rasch ‚versuchserfahren‘ werden und ihre Rolle zu spielen lernen,“ sagt der Autor und begründet so sein Mißtrauen gegenüber so zustandegewonnenen Botschaften, die zumeist nur skalierte, fragmentierte und quantifizierte Reaktionen sind. Die durchweg aufrechterhaltene Annahme, daß solche Reaktionen für alle Versuchspersonen dieselbe Erlebnisbedeutung haben oder daß diese Bedeutungen in sich selbst unwichtig sind, ist seiner Erfahrung nach falsch.

Er selbst hat Vorschläge zur Verbesserung und Reform der Forschungspraxis vorgelegt, die inzwischen zum Grundbestand der humanistischen Psychologie gehören. Ihre gemeinsame Absicht ist die *Rollenveränderung* der Versuchsperson von einem anonymen Objekt zu einer Person, zu einem *Mitarbeiter* des jeweiligen Forschungsunternehmens.

Wie noch gezeigt wird, hält er und mit ihm die gesamte humanistische Psychologie eine so veränderte Experimentalpraxis grundsätzlich mit der Emanzipationsthematik des Menschen für vereinbar. Giorgis Lösungsvorschlag kann als generell für die humanistische Psychologie gelten, nämlich „daß, wenn Störbedingungen (biases) nicht eliminiert werden können, sie einbezogen werden sollten. Der Grund hierfür ist einfach, daß sie ein Teil der Daten sind, die zur Situation gehören.“ Im folgenden gibt er zudem Hinweise zur Bewältigung dieses Problems: „Darüberhinaus ist die Form der Anwesenheit des Forschers nicht auf seine eigene Interpretation dieser Anwesenheit beschränkt; wo immer möglich sollten die Versuchspersonen auch darüber berichten, *wie* der Forscher anwesend war. Die Anwesenheit des Bias begrenzt die Verallgemeinerung der Daten, aber dies ist gerade der Grund dafür, warum eine wissenschaftliche Perspektive diese Information wünschen würde. Eine objektive Einstellung ist auch eine Anwesenheit unter Störeinfluß (biased presence). Wenn man die Ergebnisse der Untersuchung mit den Störeinflüssen (oder Perspektiven) eines Forschers in Beziehung setzen würde, wäre man in der Lage, den Kontext, innerhalb dessen bestimmte Ergebnisse gültig sind, zu umschreiben“ (1970, S. 169). Giorgi fordert hier die Einbeziehung des Forschers, also nicht nur seiner Intentionen, Vorstellungen etc., sondern seiner gesamten Person; denn nur so ist die Psychologie als intersubjektive Disziplin zu installieren.

Er bezeichnet die Weise der Eingebundenheit, Verpflichtung, des Interesses und der Betroffenheit, die, wie gezeigt wurde, im Gegensatz zur bloß objektiven Haltung steht und die für beide Teilnehmer gilt, als *Engagement*. „So haben wir einen Forscher, der in dem Projekt der Verwirklichung einer wissenschaftlichen Psychologie engagiert ist, wobei er teilweise eine Situation schafft, die seiner Meinung nach bei der Klärung seines Verständnisses eines bestimmten psychologischen Phänomens hilfreich ist, wobei er mit anderen Personen (den Versuchspersonen) zusammentrifft, die auch teilweise die Situation schaffen und die in dem Projekt engagiert sind, auf bestimmte Instruktionen in einer ihrer Meinung nach typischen Weise zu reagieren“ (1970, S. 190). Eine Versuchssituation ist daher immer ein Ort, an dem sich die engagierten Projekte zweier verschiedener Einstellungen überschneiden, und ein Versuch ist stets ein *Überschneidungsbereich zweier Situationsentwürfe*.

5. Interpersonales Wissen

Die humanistische Psychologie hat die Form des wechselseitigen Engagements darüberhinaus aber noch präziser zu bestimmen versucht, indem sie das beschriebene enge „existentielle Zusammenrücken“ von Versuchsleiter und Versuchsperson mit Begegnungsformen, wie sie in der Psychotherapie bekannt geworden sind, verglichen hat. So stellt *Maslow* fest: „Neuerdings haben die Physiker und Psychologen gelernt, daß der Akt der Beobachtung selbst ein Formen, ein Verändern, ein Eindringen in das beobachtete Phänomen ist, kurz, der Beobachter schafft die Realität, das heißt die Wahrheit, teilweise selbst. Die Realität scheint damit eine Art Legierung zwischen Beobachter und Beobachtetem zu sein, eine Art von gemeinsamem Produkt, eine Transaktion“ (1977b, S. 143).

Maslow hat dieses auf solche Weise entstehende Wissen interpersonales oder Ich-Du-Wissen genannt, in Anlehnung an die *Bubersche* Unterscheidung von Ich-Du- und Ich-Es-Beziehungen. Er vertritt die Ansicht, daß diese Wissensform für die wissenschaftliche Psychologie paradigmatische Bedeutung haben muß. Diese Forderung ist nicht ohne Folgen geblieben. Die im Jahre 1977 in London gegründete Forschungsgruppe für ein neues Paradigma hat in ihrem Manifest (*New Paradigm Research Manifesto*) ganz in diesem Sinne folgende methodische Regel für die psychologische Forschung formuliert: „Die Forschung des neuen Paradigmas involviert eine viel engere Beziehung als die zwischen dem Forscher und seinem Gegenstand übliche: Signifi-

kantes Wissen von Personen wird in erster Linie durch reziproke Begegnung zwischen Subjekt und Forscher erreicht, für den Forschung eine wechselseitige Aktivität ist, die ein beiderseitiges Eigentumsrecht und eine beiden Seiten zugeteilte Macht in Hinsicht auf den Prozeß wie auch auf das Produkt der Forschung einschließt" (*Reason* und *Rowan*, 1981, S. 489).

Die Autoren, die den neuesten und bedeutendsten Vorstoß in Richtung einer humanistischen Paradigma- und Methodenforschung repräsentieren, würdigen die Reformvorschläge *Maslows* zudem in einem eigenen Beitrag, in dem sie den Wert der Ich-Du-Beziehung für eine humanistische Methodologie hervorheben.

Maslow hat diesen gemeinsamen Ausgangspunkt für alles wirklich fundamentale Wissen für die Psychologie insgesamt als eine *Fusion* bezeichnet und das mit diesem Begriff gemeinte Geschehen scharf vom reinen distanzierten Beobachterwissen abgehoben. „Das Endziel, die Vollendung, zu der sich ein solches interpersonales Wissen hinbewegt, ist, durch diese Intimität zu der mystischen Vereinigung zu gelangen, in der zwei Menschen auf phänomenologische Weise eins werden, wie sie von Mystikern, Zen-Buddhisten, Menschen mit Gipfel-Erlebnissen, Liebenden, Ästhetikern usw. beschrieben worden ist. In diesem Erlebnis der Fusion gelangt man zur Erkenntnis des anderen, indem man selbst der andere wird, das heißt, man gelangt zu einem aus innerer Erfahrung entspringenden Wissen" (1977b, S. 135). Die Idee der interpersonalen Fusion als psychologischer Erkenntnisquelle ist jedoch nicht neu, sie findet sich bereits bei *Volkelt* („Verschmelzung“), *Gross* („Verwachsung“) und *Roettecken* („Einschmelzung“) (vgl. dazu *Geiger*, 1910).

Zu berücksichtigen ist jedoch, daß der Autor trotz des besonderen Vorzugs des Ich-Du-Wissens beide Formen des Wissens empfohlen hat; sie widersprechen sich nach seinen Vorstellungen nicht, sondern bereichern sich, wobei allerdings ihre situationsgemäße Anwendung angemessen zu beachten ist. Besonders spezifisch menschliche Bereiche und Phänomene wie „das Wesen des Normalen, der Gesundheit, der Güte, der Kreativität und Liebe, die Natur unserer höheren Bedürfnisse, der Schönheit, Neugier, Erfüllung, das Wesen des Heroischen und des Göttlichen im Menschen, des Altruismus und der Hilfsbereitschaft, der Liebe zur Jugend und des Schutzes der Schwachen, des Mitgefühls und der Selbstlosigkeit und Humanität, der Größe und der transzendenten Erlebnisse und höheren Werte" (1977b, S. 36) sind nur auf diese Weise wissenschaftlicher Bearbeitung zugänglich. In diesem Willen zur Synthese („Synergie“, *Maslow*) beider Methoden unter dem Primat der

personalen Perspektive kommen übrigens *Maslow* und *Rogers* überein, setzen sich durch sie jedoch gleichzeitig gegen den extremen Subjektivismus der existentiellen Richtung der humanistischen Psychologie ab.

Die methodischen Handlungsforderungen einer Wissensermittlung durch Interpersonalität hat *Maslow* dem Zuschauerwissen in Dimensionen aufgegliedert gegenübergestellt, die hier leicht abgeändert und unter Titel gebracht wegen ihrer zentralen Bedeutung für die humanistische Psychologie wiedergegeben werden.

Zuschauerwissen

Impliziert die Trennung von Subjekt und Objekt. Diese Trennung und Distanzierung wird als gut, nützlich und zweckdienlich angesehen.

Angestrebt wird eine völlige Distanzierung (unbeteiligter Beobachter); jeder behandelt den anderen als etwas völlig anderes. Keine Identifikation, sondern sich voneinander absetzen, sich voneinander lösen.

Der Beobachter ist ein Außenstehender, ein Fremder, nimmt nicht teil.

Weniger aufeinander zugehen (Reaffferenz), weniger Kontakt miteinander. Distanzierung und geringere Identifizierung. Rollenfixierung.

Versuch unabhängig zu sein und die Beziehung zu vermeiden (um in der Lage zu sein, ein ‚neutrales Urteil‘ abzugeben).

Der Unterschied zwischen dem erfahrenden Ich und dem sich selbst beobachtenden Ich wird nicht wahrgenommen und ist überflüssig. Selbsterkenntnis ist beim Erkenntnisprozeß nicht erforderlich.

Interpersonales Wissen

Distanzverminderung

Abbau dieser Trennung und Distanzierung sowohl durch den Versuchsleiter als auch durch die Versuchsperson. Beide gelangen so zu einem besseren Verständnis des anderen und ihrer selbst.

Verschmelzungsideal

Angestrebt wird eine Fusion, ein Ineinanderübergehen, ein Ineinanderaufgehen.

Teilnehmende Beobachtung

Der Beobachter ist Teilnehmer und Beobachter zugleich.

Kontaktintensivierung

Mehr Reaffferenz, mehr Kontakt miteinander. Weniger Distanzierung und stärkere Identifizierung. Selbstentbergung (*Jourard, 1971a*).

Beziehungswunsch

Versuch mit dem anderen in Beziehung zu treten und ihm näherzukommen.

Selbsterkenntnis

Wechselspiel zwischen dem erfahrenden Ich und dem sich selbst beobachtenden Ich. Selbsterkenntnis ist ein wesentlicher Bestandteil des Erkenntnisprozesses.

Das Wesen und die Einzigartigkeit des Beobachters stellt kein Problem dar. Ein kompetenter Beobachter wird zu den gleichen Erkenntnissen kommen wie ein anderer.

Beobachter schafft keine wesentlichen Wahrheiten. Er entdeckt sie, beweist sie oder nimmt sie wahr.

Unbeteiligte Erkenntnis.

Ich-Es-Wissen. Mehr geistige Aktivität. Theoretisieren, Hypothesieren, Vermuten, Klassifizieren.

Aktive Aufmerksamkeit, bewußte Konzentration, Zielstrebigkeit.

Neutralität und Objektivität des innerlich Unbeteiligten. Wie der wahrgenommene Gegenstand seinem inneren Wesen nach beschaffen ist, ist gleichgültig.

Wahrgenommenes und Wahrnehmendes sind unabhängig voneinander, sind voneinander geschieden. Es gibt keine emotionalen Prozesse zwischen Subjekt und Objekt.

Personbedingtheit

Das Wesen des Erkennenden ist ein *sine qua non* für das Wesen des Erkannten. Forscher sind nicht ohne weiteres gegeneinander austauschbar.

Kreation der Wahrheit

Der Beobachter erzeugt die Wahrheit teilweise selbst, dadurch daß er das ist, was er ist und wer er ist, und das tut, was er tut. Er untersucht eine von ihm selbst gestaltete Wirklichkeit (Gefahr des artifiziellen Wissens).

Hingabe

Sich nicht einmischende Erkenntnis, die der Anteilnahme entspringt.

Ich-Du-Beziehung

Ich-Du-Wissen. Größere Rezeptivität, größere Bereitschaft nur zu erfahren, erst dann Einsetzen der Sekundärprozesse der Bearbeitung.

Ungerichtetes Aufmerken

Freiflutende Aufmerksamkeit, Geduld, Zuwarten. Primärprozeß, vorbewußt, unbewußt. Zustand möglichst absichtsloser Empfänglichkeit. ‚Gleichschwebende Aufmerksamkeit‘ Freud (1912).

Seinserkennen

Distanz und Objektivität des Nicht-eingreifen-Wollens, der inneren Anteilnahme des Miterlebens, Bereitschaft, den anderen er selbst sein zu lassen. Anerkennen seines Soseins.

Rückwirkungen

Das wahrgenommene Objekt reagiert zurück. Es ist dankbar, verstanden zu werden. Es verlangt danach, richtig wahrgenommen zu werden. Ambivalente Beziehungen zwischen Wahrnehmendem und Wahrgenommenem. Möglichkeit der Gegenübertragung (Freud). Versuchsperson nimmt Stellung zu seinem Untersucher. Sie kann als Person den Erkennenden verändern.

Maslow verweist auf die reiche Forschungsliteratur, die über Wissen verfügt, das auf diese methodische Weise erworben worden ist, und schlägt vor, den Erwerb psychologischen Wissens überhaupt auf diese Prinzipien zu stellen.

Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang der interessante Versuch einer Arbeitsgruppe um Maslow in den frühen Jahren der humanistischen Psychologie, ausgehend von Spekulationen um Wesen und Formen der Gipfel-Erfahrungen zwei Formen der Objektivität oder objektiven Erkenntnis zu unterscheiden und ihre Bedeutung für die psychologische Methodik zu untersuchen. Sie nannte sie ‚liebende‘ und ‚kalte‘ Erkenntnis (caring und cold cognition), Kurz gesagt sucht erstere ihren Gegenstand in seinem Sosein rezeptiv und nichtmanipulativ zu erfahren, wogegen letztere ihn durch die unterschiedlichsten Aktivitäten wie Analysieren, Zerlegen usw. erst gleichsam zurichtet. Auch hier sind Vereinigung (Fusion) und Trennung (Distanz) die intentionalen Grundakte der so unterschiedenen Erkenntnistypen, deren Anwendung nicht exklusiv, sondern komplementär zu denken ist (Nameche, 1961).

6. Revision des Objektivitätsbegriffs

Es herrscht Übereinstimmung darüber, daß Erkenntnisse einer sich als wissenschaftlich verstehenden Psychologie objektiv zu sein haben. Das Kriterium der Objektivität fallenzulassen, würde einem Rückfall in die Abhängigkeit von Autoritäten gleichkommen und/oder subjektives Meinen in den Rang von wissenschaftlichen Aussagen erheben.

Was aber unter Objektivität zu verstehen ist, ist durchaus fragwürdig. Aufgrund ihrer erweiterten Gegenstandsbestimmung war es für die humanistische Psychologie notwendig geworden, die bisherigen Objektivitätsdefinitionen einer Revision zu unterziehen. Sie lehnt die einfache Transposition des naturwissenschaftlichen Objektivitätsbegriffs auf die seelische Wirklichkeit als dem Gegenstand unangemessen ab. Darunter nur und ausschließlich die Beurteilungsübereinstimmung zu verstehen, bedeutet eine Verkürzung des gesamten darin verborgenen Problems. Es ist an der Zeit, eine tiefere Sicht der Objektivität zu erreichen, wozu besonders Strasser (1964) einen beachtenswerten Beitrag geleistet hat.

Von dem Begriff Objektivität ist zunächst der Terminus *Objektivismus* zu scheiden. Die objektivistische Erkenntnishaltung nimmt an, daß die Welt oder der Untersuchungsgegenstand einen Sinn in sich selbst trägt, der völlig unabhängig vom Menschen als Forscher oder als

Erkenntnis treibendem Wesen existiert. Es gilt nur, diesen verborgenen Sinn herauszuarbeiten, und dies wiederum geschieht in der reinsten Form, wenn das forschende Subjekt aus diesem Prozeß völlig oder so weit wie irgend möglich ausgeschaltet wird, wenn es sich selbst im Prozeß der Forschung einklammert, überflüssig macht. Der Objektivist strebt daher konsequenterweise nach der gänzlichen Tilgung des Subjekts aus der Forschung. Für ihn gibt es nur eine Wirklichkeit der Welt und demgemäß auch nur eine Erkenntnisweise der Welt. Für eine solche 'realistische Psychologie' existiert die Welt unabhängig vom forschenden Subjekt, und *Giorgi* (1970) hat mit Recht darauf hingewiesen, daß für eine solche Erkenntnishaltung, die trotz ihres zweifellos übertriebenen Anspruchs in der Psychologie keineswegs ausgestorben ist, der Begriff 'subjektiv' stets eine pejorative Konnotation haben muß und hat, denn er bedeutet in solcher Sicht ja, daß man im aktuellen Forschungsgeschehen das Subjekt nicht habe ausschalten können; die Aussagen und Befunde können leider nur für den Forscher allein Gültigkeit beanspruchen, man braucht sie daher nicht ernst zu nehmen, sie sind unzuverlässig, unsicher usw.

Es gibt aber noch ein zweites Merkmal der objektivistischen Haltung, das es zu bedenken gilt. Dabei wird besonders auf die Methoden der Untersuchung zentriert, wobei diese mit der (den) naturwissenschaftlichen Methode(n) identifiziert wird (werden). Was objektiv ist, bestimmt sonach die angewandte Methode. Die so definierte, imitierte Methode, ja der ganze aus der Naturwissenschaft entlehnte wissenschaftliche Apparat soll dann die Objektivität garantieren. *Giorgi*, der sich bei seiner Analyse der Objektivität auf *Strassers* Untersuchung stützt, resümiert dazu: „Wenn dieses System auf den Menschen angewandt wird, wird er natürlich in objektiver Weise studiert, aber die Schwierigkeit für unsere Zwecke besteht darin, daß bei einem solchen Zugang ‚der Mensch als Objekt‘ oder ‚der objektive Mensch‘ zum Zentrum der Forschung wird und nicht der Mensch als Person. Da eine objektivistische Einstellung nur diesen Zugang zuläßt, kann man innerhalb dieser Einstellung nur feststellen, daß dies der Preis ist, den man zur Erreichung objektiver Erkenntnis zahlen muß“ (1970, S. 113).

Die humanistische Psychologie lehnt diesen objektivistischen Objektivitätsbegriff als zu spezifisch und übertrieben und auch sachfremd ab (oder hält ihn nur in Grenzbereichen des Faches für anwendbar) und regt zur Klärung der Frage an, wie ein nicht-objektivistischer Objektivitätsbegriff entwickelt werden kann, der für die Forschungspraxis der Psychologie angemessener ist, oder mit anderen Worten gesagt: wie die „objektivistische Reduktion“ (*Strasser*) überwunden werden kann.

Zunächst setzt Objektivität eine bestimmte vorgängig zu bedenkende Haltung des Menschen zur Welt und zu seinem Untersuchungsgegenstand voraus. Es müssen zwei extreme, nichtsdestoweniger aber vorfindbare Positionen gemieden werden; die eine, die Erkenntnis als einen passiven Prozeß ansieht, in dem das gegebene Objekt irgendwie auf das Subjekt — womöglich mechanisch — einwirkt und in seinen Merkmalen nur registrierend festgestellt wird („Passivismus“ *Luijpen* in *Giorgi* 1970) und die andere, für die Erkenntnis ein setzender Akt ist, der das Objekt als solches erst erschafft (Ponismus). Demgegenüber ist von der These auszugehen, „wonach ‚das Objekt‘ eine Entdeckung von menschlichen Subjekten und Objektivität das Resultat einer bestimmten subjektiven Praxis ist“ (*Strasser*). Demgemäß muß der forschende Psychologe bei seinen Erkenntnisbestrebungen eine bestimmte Leistung vollbringen, die von beiden Extremen abweicht und die passiv und aktiv zugleich ist; man kann sie als *ent-hüllen* oder *ent-decken* bezeichnen.

Hieraus ergeben sich Konsequenzen für die Neubestimmung des Objektivitätsbegriffs. Wenn der Psychologe, um in diesem Sinne objektiv sein zu können, eine bestimmte Haltung einnehmen muß, so folgt daraus der durchgängige *Aspektcharakter* der auf diesem Wege gewonnenen Erkenntnis, das heißt, es wird nur das enthüllt, und nur das tritt ins Licht der Erkenntnis, was sich von einem bestimmten Standpunkt und auf eine bestimmte Weise enthüllen läßt. Daher kann auf diesem Wege niemals die volle Wirklichkeit seelischen Seins erkannt werden, sondern immer nur ein (oder mehrere) Aspekt(e) der Wirklichkeit. Angesichts des ungerechtfertigterweise beigemessenen Gewichts, mit dem in manchen Zweigen der Psychologie als ‚objektiv‘ deklariertes Wissen vorgetragen wird, ist es wichtig, auf diese Aspektrelativität der Erkenntnis hinzuweisen.

Es folgt weiter, daß Objektivität niemals ein Qualitätskriterium in sich selbst sein kann, wozu sie ebenfalls in manchen psychologischen Richtungen (besonders in Grenzbereichen) hochstilisiert wird. Es gibt bekanntlich objektive Befunde (zum Beispiel im Sinne der Absicherung durch intersubjektiven Konsensus), die nicht nur völlig irrelevant, sondern auch — wie sich in der Nachfolge herausstellte — falsch waren (man denke an den klassischen Konsensus über die Identität von Phänomen und Wirklichkeit am Beispiel der Erdgestalt, die zur Ablehnung des Kugelmodells führte). Objektivität ist also nie Selbstzweck, ihr kommt nur die Bedeutung eines Mittels zum Zweck der Wahrheitsfindung zu. Die Enthüllung oder Entbergung, die Aufdeckung der wahren Natur der Realität ist das Ziel aller psychologischen Forschung; dazu

kann selbstverständlich eine objektive Haltung sinnvoll und dienlich sein. Sie ist erwünscht, man darf dabei aber nicht ihren bloß relativen Stellenwert im Ganzen des psychologischen Forschens übersehen.

Fragen wir uns nun, worin Objektivität im Grunde besteht, wenn man die skizzierten verzerrten Vorstellungen von ihr beiseite läßt, so kann man feststellen, daß sie eine bestimmte menschliche und dem psychologischen Forscher in besonderem Maße eigene Haltung ist, in der die „Anerkennung seines Angewiesen-seins auf und Normiert-werdens von etwas, das er nicht ist“ zum Ausdruck kommt. Die mit diesen Worten von *Strasser* als Sachlichkeit oder Sachzentriertheit gekennzeichnete Haltung der Objektivität schließt eben wegen ihrer Sachverpflichtung wechselnde Launen, schwankendes Meinen, bloße Willkür, subjektive Phantastereien und jeden hybriden Subjektivismus aus. Die humanistische Psychologie versucht, den verkürzten, verengten und den Naturwissenschaften abgelesenen Objektivitätsbegriff zu transzendieren und zu dieser ursprünglichen Bedeutung von Objektivität vorzudringen. Sie erinnert an die oft vergessene Tatsache, daß weder besondere Techniken noch Apparate, ja die ganze imponierende wissenschaftliche Zurüstung nicht notwendigerweise die Objektivität zu gewährleisten vermögen. Es kann nach ihrer Vorstellung keinen Mechanismus der Objektivität geben; was zum Beispiel in der psychologischen Diagnostik als solche bezeichnet wird, ist bestenfalls von approximativer Bedeutung. „Kurzum, es gibt weder in uns noch außer uns einen Mechanismus, der Objektivität garantiert. Auch die ‚sinnliche Wahrnehmung‘ ist kein derartiger Mechanismus. Nichts ist objektiv, ohne daß es von uns als seiend enthüllt worden wäre. Das heißt: nichts ist für uns objektiv ohne uns. Die korrelative Wahrheit darf jedoch nicht vernachlässigt werden: nichts ist objektiv durch uns; denn alles, was von uns enthüllt wurde oder jemals enthüllt werden wird, war bereits. Das Sein birgt in seinem Schoß jede mögliche Bedeutung, die wir entdecken können und alle unsere Entdeckungen werden seinen Reichtum nicht erschöpfen. Dieser Gedanke gibt Anlaß zu jener demütigen, ehrfürchtigen und besonnenen Haltung (*prudencia*), die man gewöhnlich ‚Objektivität‘ nennt“ (*Strasser*, S. 80).

Aber auch wenn man sich in Distanz zum Objektivismus hält und die beschriebene Haltung der Objektivität einnimmt, sind gewisse Gefahren möglich und daher zu bedenken; es ist nämlich durchaus möglich, daß der Psychologe diese Haltung zwar realisiert, bei ihrer praktischen Verwirklichung jedoch versagt. In der humanistischen Psychologie sind Entwicklungen zu beobachten, die wegen dieses Fehlers ohne wissenschaftlich ernstzunehmenden Erkenntnissertrag geblie-

ben sind; sie übertreiben zumeist die Subjektivität und gleiten vom wissenschaftlichen Niveau in das bloße (bisweilen sektiererische) Bekenntnis ab.

Zur Überwindung dieser Gefahren kann die *intersubjektive (konsensuelle) Bestätigung*, die Beobachtungsübereinstimmung also, dienen. Dabei ist aber zu beachten, daß sie allein nur bedingt Sicherheit gewährleisten kann. Sie kann allenfalls ein erster Schritt auf dem Wege zu ihr sein. Allerdings kann die konsensuelle Bestätigung bei Phänomenen und Erlebnisbeständen besonders ungewöhnlicher und neuer Art von kaum zu überschätzendem Wert sein. Sie spielt hier bei der Seinsicherung dieser Phänomene selbst eine wichtige Rolle. Als Beispiel seien hier die Aufdeckung und detaillierte Beschreibung der erwähnten Gipfel- und Plateau-Erfahrungen durch *Maslow* und die dieselben Bereiche erkundenden empirischen Untersuchungen von *Laski* (1968) genannt. Aber auch in Grenzgebieten wie in der Parapsychologie kann diese Form der Bestätigung zur allerersten Anerkennung der Wirklichkeit dieser Phänomene führen, wodurch sie erst der wissenschaftlichen Erforschung zugänglich gemacht werden können.

Die Objektivitätsapproximation durch intersubjektive Zustimmung hat allerdings auch eine klare Grenze. Ihre Reichweite ist nämlich abhängig von der jeweiligen *Referenzgruppe* und dem in ihr vorfindbaren *Bezugsrahmen*, den diese sich für ihre Objektivitätsansprüche gezogen hat. Es gibt also keine absolute Objektivität, und die Forderung danach ist unsinnig; vielmehr ist sie abhängig von den jeweiligen Spezialistengruppen und ihren in subjektiver Übereinkunft festgelegten und durchaus wechselnden Rahmenkonzepten.

Dabei ist die Zusammensetzung dieser Gruppen entscheidend; denn sie können zum Beispiel nur aus ausgewählten Personen mit einem „äußeren Wissen“ (Buchwissenexperten) von der Sache bestehen. Diese Personen können aber auch über ein „inneres Wissen“ verfügen, wodurch die konsensuelle Objektivität außerordentlich erhöht werden kann. *Maslow* erwähnt als Beispiel das sogenannte ‚Synanonprinzip‘ — genannt nach der Organisation zur Rauschgiftbekämpfung —, gemäß dem das Erfahrungswissen, das „Wissen von innen heraus“ sich dem bloßen Beobachtungswissen mit Expertenstatus bei der praktischen Arbeit als weit überlegen erwiesen hat. Die praktische Effektivität läßt auf ein hohes Maß an Objektivität dieses personalen Wissens schließen.

Schließlich ist bei der Beurteilung des Objektivitätsbegriffs seine historische Entwicklung zu berücksichtigen; die humanistische Psychologie hat besonders auf dieses relativierende Merkmal hingewiesen,

Strasser (1964) stellt fest, daß sich kulturgeschichtlich drei Objektivitätstypen unterscheiden lassen. Der erste Objektivitätsbegriff — er findet ihn bei primitiven Menschen vor — ist dadurch gekennzeichnet, daß „die Dinge, Lebewesen, Menschen so sind, wie sie gesehen werden (in dem weiten Sinne, den wir mit dem Ausdruck ‚sehen‘ verbinden); und andererseits ist das ‚Sehen‘ so geartet, daß es mit den Erfahrungen der lebensweltlichen Praxis übereinstimmt“ (S. 81). Die Naivität dieser Haltung besteht im gänzlichen Fehlen jedweder Reflexion, jeden Zweifels und jeder Kritik. Für diese vom Autor so genannte erste Objektivität sind die Dinge so, wie sie gesehen werden, und dieses Sehen wird wiederum normierend bestimmt durch eine erfolgreiche intersubjektive Praxis. Wahrnehmen und Handeln bestätigen sich hier gegenseitig, und dieser Kreisprozeß wird niemals durch einen irgendwie gearteten Zweifel gestört. Man sieht hieraus, daß Objektivität und wissenschaftliche Objektivität keineswegs dasselbe sind. Die erste Objektivität ist ihrem Wesen nach vielmehr gekennzeichnet durch eine in sich stimmige und in allen Bereichen mit sich übereinstimmende Welt; dies ist die Objektivität der Lebenswelt.

Im Laufe der Geschichte hat sich sodann eine zweite Objektivität herausgebildet. Dazu war eine radikale Krise notwendig, in der nachgewiesen wird, daß diese erste Objektivität nur durch die Unfreiheit der Menschen möglich war; denn der primitive Mensch war aus Notwendigkeit objektiv. Die so alles beherrschenden Lebenswelten werden nun bezweifelt und es kommt zu ihrer existentiellen Negation. Strasser hat die die herkömmlichen Lebenswelten zerstörende Krise mit einer großen Sprengung verglichen, die das Werk der Aufklärung im großen Stile war. Der Mensch erreicht nun die wissenschaftliche Objektivität mit ihrem Reduktionismus, Operationalismus und radikalen und universalen Gesetzesanspruch. „Auf dem Niveau der ‚zweiten Objektivität‘ emanzipiert sich der denkende Mensch von den zufälligen Verhältnissen, die in seiner Heimwelt herrschen. Er durchbricht die Beschränktheit der konkreten Wir-Gemeinschaft und konstruiert eine Theorie, die für die gesamte vernünftige Menschheit gültig ist. Er verläßt den festen Boden der vertrauten Lebenswelt und wagt sich hinaus auf die bewegte See des universalen Denkens“ (S. 204).

Es ist nicht nötig und auch nicht möglich, diesen vielfältigen Prozeß hier nachzuzeichnen; es ist aber darauf hinzuweisen, daß der Autor eine dritte Objektivität konzipiert hat, die die humanistische Psychologie für sich als verbindlich ansieht. Kurz gesagt stützt sie sich auf die gegenwärtig zu beobachtende *vertiefte Erfahrung der eigenen Existenz* durch den Menschen. Dadurch aber gerät alles scheinbar Gesicherte —

„die Menschheit, ihre gebräuchlichen Sprachen, ihre wissenschaftlichen Apparate, die Verifizierung und Kritik der Forschungsgemeinschaften“ (Strasser) — in die Schweben und wird erneut radikal in Frage gestellt. Die jetzt angestrebte Erkenntnis und ihre projizierte Objektivität hat Heiss (1959) als „leidenschaftliches Wissen“ bezeichnet, womit er ein Wissen kennzeichnen wollte, das sich auf Erfahrung und Sinn gleichermaßen stützt. Es erwächst aus einem zwischen Empirie und Hermeneutik zirkulierenden Prozeß und kann seine Qualität nicht mehr nur durch einen wie auch immer gearteten Normvergleich garantieren. Wir schlagen hierfür den Begriff ‚offene Objektivität‘ vor, um damit das wichtigste Konstituens dieses Wissens zu bezeichnen, nämlich daß die mit jedem einzelnen Erkenntnisfortschritt sich vertiefende Empirie mit permanenten Horizontveränderungen amalgamiert ist.

7. Individuelle Lebenswelt und Ordnungsstrukturen

Von einer existentiellen Situation des Menschen nimmt die psychologische Forschung also ihren spezifischen Ausgang, oder um einen in der humanistischen Psychologie ebenso geläufigen Begriff zu verwenden, von der *Lebenswelt* des Menschen. „Was die privilegierte Position einer menschlichen wissenschaftlichen Psychologie anbetrifft, so ist die Lebenswelt der fundamentalste Bezugsrahmen, von dem die Psychologie ihren Ausgang nehmen muß und mit dem sie in einem beständigen Dialog bleiben muß. Die Psychologie verbleibt nicht in der Einstellung der Lebenswelt. Sie muß ihre eigene spezialisierte Einstellung entwickeln, die ebenfalls geklärt werden muß, aber sie beginnt mit den Lebensweltphänomenen und muß mit ihnen beständig im Dialog bleiben, damit sie nicht von ihrer Quelle der Rohdaten abgeschnitten wird“ (Giorgi, 1970).

Der Weg, den das forschende Denken zurücklegt, hat als seinen Beginn und Ausgangspunkt unzweifelhaft die ursprüngliche Lebenswelt des Menschen; aus ihr nimmt es seine Informationen, in ihr stellt es seine Beobachtungen an, aus ihr erwachsen ihm die Vermutungen und Ahnungen und in ihr sammelt es in der jeweils problembestimmten Einstellung sein Erkenntnis- und Arbeitsmaterial. Das Denken verharrt hingegen nicht in der bloßen Beschäftigung mit der Lebenswelt. Täte es dies, dann wäre es nur im bloßen Hinschauen auf den steten, in seinen Zusammenhängen unverständlichen Wechsel der Erscheinungen befangen. Es wäre ein von den Erscheinungen fasziniertes Denken, das aber jeden Ordnungsbedürfnisses und jeder Ordnungskraft entbehrte und auch zu keiner endgültigen oder vorläufigen Ordnung

selbst gelangte. Wissenschaftliche Erkenntnis strebt aber ordnendes und geordnetes Denken an. Um zu Ordnungen vorzudringen, muß das Denken Regeln, Gesetzmäßigkeiten und Zusammenhänge im Fluß der Erscheinungen zu finden versuchen.

Damit ist jedoch ein grundlegendes Problem des wissenschaftlichen Denkens verbunden, dem auch die humanistische Psychologie gebührend Rechnung tragen muß: Bei diesem Bestreben entfernt sich das Denken nämlich in gewisser Weise und bis zu einem bestimmten Grad von den Phänomenen; Lebenswelt und Ordnungsstrukturen zeigen eine gewisse *Abständigkeit* voneinander. Wie auch immer die Wissenschaft mit diesem Problem fertigzuwerden versucht, feststeht, daß die Phänomenalität einerseits und die Ordnungsstrukturen andererseits Anfang und Ende des Forschungsprozesses bilden. Dazu sagt Pfänder (1922) (und diese Feststellung ist auch für die humanistische Psychologie verbindlich): „Die phänomenologische Untersuchung der Gesinnungen — dies ist der besondere Untersuchungsgegenstand in dieser Arbeit *O.L.* — ist natürlich, wie die Phänomenologie überhaupt, nicht erledigt mit einem bloßen 'Erschauen' der Sachen selbst, sondern sie schließt das Vergleichen und Unterscheiden, das Analysieren, Zusammenfassen und In-Beziehungsetzen in sich wie jede andere wissenschaftliche Untersuchung“ (S. 330). Und ähnlich wie hier formuliert Maslow den Weg des forschenden Denkens der Psychologie: „Ich darf wohl annehmen, daß erstens die meisten psychologischen Probleme mit der Phänomenologie beginnen und beginnen sollten, anstatt mit objektiven, experimentellen, behavioristischen Laboratoriumstechniken, und daß wir zweitens im allgemeinen von den phänomenologischen Anfängen ausgehend objektive, experimentelle, behavioristische Methoden *anstreben* sollten. Es ist meiner Ansicht nach der normale, übliche Weg, von einem weniger verlässlichen Anfang zu einer verlässlicheren Ebene des Wissens vorzustoßen... Sich jedoch auf phänomenologische Methoden beschränken, hieße sich mit einem geringeren Grad von Sicherheit und Verlässlichkeit zufriedengeben, als er tatsächlich erreichbar ist“ (1977a, S. 71). Schließlich wendet sich Rogers (1965) gegen gewisse Tendenzen innerhalb der humanistischen Psychologie, den beschriebenen Weg nicht gehen zu wollen, sondern im bloßen „Erschauen der Sachen selbst“ auszuruhen, wie er sie besonders bei einigen der Existenzphilosophie nahestehenden Psychologen feststellen zu können glaubt, die es sich in der Kundgabe bloßer Subjektivität genügen lassen: „Ich glaube, daß der innere Bezugsrahmen, die subjektive private Welt der Personen, einer der besten Wege zum Verständnis menschlicher Wesen ist. Die meisten unserer bedeutsamen

Hypothesen, auch für unsere Forschungstätigkeit, erwachsen aus unserer privaten und inneren Welt oder aus dem empathischen Verständnis der privaten Welt eines anderen. Diese persönliche wahrgenommene Wirklichkeit (reality-as-perceived) ist die Quelle der wertvollen Ahnungen, Glaubensüberzeugungen, Vorstellungen, die sich als fruchtbar erweisen. Ohne die kreative, innere, subjektive Hypothese ist nach meiner Überzeugung die gesamte ausgearbeitete Maschinerie der äußerlichen Verifikation steril... Meiner Meinung nach gibt es aber für das Subjektive Grenzen. Ich glaube, daß die Ausarbeitung des Subjektiven allein, wie dies bei einigen extremen Existentialisten geschieht, für mich genauso inakzeptabel ist wie die Rigidität einer geschlossenen unpersönlichen Wissenschaft" (S. 185).

Dieser Prozeß ist jedoch nicht unidirektional, er verläuft nicht nur von der Ebene der Phänomene zur Ebene der Ordnungsstrukturen; vielmehr hat er sich stets wieder zu seiner lebensweltlichen Fundierung zurückzuwenden. Es ist ein kreisförmiger, sich stets durch die Vielfalt der Phänomenalität bereichernder und zugleich immer höher strukturierender Prozeß. Durch diesen von *Giorgi* 'Dialog' genannten Vorgang sprechen sich die Phänomene für uns immer deutlicher und nuancierter aus, und es wird so verhindert, daß Wesentliches an ihnen übersehen wird. „Es handelt sich hier um eine Art Rückkoppelung zwischen Theorie und Tatsachen, um ein Feedback, das bei der funktional autonomen abstrakten Theorie oder einem ebensolchen System, welches sich selbständig gemacht hat, völlig fehlen kann" (*Maslow*, 1977b, S. 96).

Aus all dem folgt, daß es zwei Fehleinstellungen gibt, denen die Psychologie sehr häufig erlegen ist. Da ist einmal die exklusive Dominanz der Phänomene, auf die nur hingewiesen wird, ohne daß eine Verarbeitung mit dem Ziel größerer Sicherheit und Verlässlichkeit erfolgt — Anschauungen ohne Begriffe sind blind (*Kant*) — und zum anderen die Präponderanz der Ordnungsstrukturen, deren phänomenologische Fundierung gar nicht mehr erwogen wird, so daß es zu den bekannten unfruchtbaren Modelldiskussionen kommt — Gedanken ohne Inhalt sind leer (*Kant*)—; in beiden Fällen wird das psychologische Denken gleichsam artifiziell angehalten und seiner Lebendigkeit beraubt. Denn nach Grundanschauungen der humanistischen Psychologie ist das wichtigste Kriterium der Forschung nicht das bloße Hindeuten auf noch so ungewöhnliche Phänomene und auch nicht die noch so virtuose Modellanalyse, sondern die Fruchtbarkeit (*fertility Royce*), die nur der ununterbrochene Dialog beschriebener Kommunikation garantiert.

Betrachtet man allerdings aufmerksam die Forschungspraxis, stellt man fest, daß die Psychologie für die letztere Fehlzentrierung viel anfälliger ist, ja in weiten Teilen der Disziplin beherrscht sie sogar das Feld. Maslow (1977b) hat zur Kennzeichnung und Diagnose dieses Übels zwei Formen der Abstraktion unterschieden; er nennt sie *empirische* und *A-Priori-Generalisierungen* und sagt von ihnen: „Mein Angriff gegen die von der Konkretheit dichotomisierte Abstraktheit ist keinesfalls zu verwechseln mit einem Angriff auf eine mit der Konkretheit und Erfahrung hierarchisch integrierte Abstraktheit.“ Ähnlich wie Dilthey, nach dessen berühmter These hinter das Leben nicht zurückgegangen werden kann, fordert auch er, „zum Leben selbst zurückzufinden, das heißt zur konkreten Erfahrung, auf die sich alle Abstraktionen gründen müssen, wenn sie lebendig bleiben wollen.“

Die empirische Generalisierung nun ist insofern bescheiden und verfolgt einen begrenzten Anspruch, als sie sich nur bemüht, „Erfahrungswissen zu organisieren und vereinheitlichen, so daß wir es mit unserem beschränkten menschlichen Gehirn erfassen können.“ A-Priori-Generalisierungen hingegen nehmen kaum auf Erfahrungswissen Bezug und meiden vor allem noch unerkannte, dunkle und ungesicherte Erfahrungsbereiche. Sie werden zumeist mit dem Anspruch großer Gewißheit vorgetragen und täuschen so über die unfertige und fragmentarische Gestalt des Faches hinweg. Ihre voreilig systematisierten Formulierungen werden, besonders wenn sie durch dogmatische Vereinseitigungen von Schulen gestützt werden, funktional autonom, beginnen ein Eigenleben zu führen. „Im Gegensatz dazu bleibt die empirische Theorie oder das empirische System mit den durch Erfahrung gewonnenen Tatsachen in Verbindung, die es zu einer handlichen, greifbaren Einheit und in enger Parallele zu diesen Tatsachen ordnet.“

Der größte Vorteil dieser stark erfahrungsgebundenen Generalisierungen — Dilthey nannte sie *Lebensbegriffe* —, die die humanistische Psychologie in besonderem Maße favorisiert, ist ihre leichte *Modifizierbarkeit* und *Anpassungsfähigkeit* angesichts neuer Zeugnisse der Erfahrung. Die empirische Theorie kann „Verschiebungen und Veränderungen standhalten und sich entsprechend leicht modifizieren, wenn neue Informationen zur Verfügung stehen. Das heißt, wenn es ihr darum geht, unser Wissen von der Realität zu interpretieren und zu ordnen, muß sie unbedingt sich verändern können, da ja auch unsere Erkenntnisse bezüglich der Realität sich ständig ändern; und sie muß anpassungsfähig und flexibel in dem Sinne sein, daß sie sich dieser Basis des sich ständig ändernden und zunehmenden Wissens anpassen kann“ (Maslow, 1977b, S. 95 ff).

Wie allerdings die jeweiligen Ordnungsstrukturen beschaffen sein sollen und wie groß ihre Abständigkeit von den zugrundeliegenden Phänomenen sein muß, um sie angemessen darstellen und eventuell sogar erklären zu können, darüber gehen die Meinungen auseinander. Bei der Erkundung angemessener Ordnungsstrukturen herrscht jedoch leider in vielen Bereichen der Psychologie große Leichtfertigkeit; besonders beliebt ist ja die Transposition sachfremder Strukturen auf die seelische Wirklichkeit. Ein Beispiel hierfür ist die Begründung, die *Stevens* (1965) für die Verwendung mathematisch-statistischer Modelle in der Psychologie gegeben hat: „Eine Regel für die Zuweisung von Zahlen zu Aspekten von Objekten oder Ereignissen schafft eine Skala. Skalen sind in erster Linie nur darum möglich, weil zwischen den Eigenschaften der Zahlenreihe und den empirischen Operationen, die wir mit den Aspekten der Operationen vornehmen können, ein *Isomorphismus* besteht.“ Dadurch daß man etwas wie hier axiomatisch formuliert, wird das ihm zugrundeliegende Problem keineswegs aus der Welt geschafft; es wird nur verschleiert. Ob nicht im Bereiche seelischer Wirklichkeit (nicht in den Grenzbereichen psychophysiologischer Prozesse) jedes scheinbare Mehr-Sein in Wirklichkeit ein Anders-Sein ist, ist und bleibt fraglich.

Die humanistischen Psychologen kommen jedoch in der Kritik an der herrschenden wissenschaftlichen Praxis überein, insofern sie gegenwärtig die Gefahr der sachfremden Methodentransposition, vor allem aber den damit zusammenhängenden Fehler letzterer Art (Modellverselbständigung) für wesentlich bedrohlicher halten; sie werfen ihr daher auch allzu große Phänomenferne vor und einen zu frühen Sprung in die gedachte Wirklichkeit der Ordnungsstrukturen (in das bloß Vergegenwärtigte im Sinne *Metzgers*) sowie eine Verselbständigung der Strukturen mit allen bekannten unheilvollen Folgen (Dominanz der Hilfsdisziplinen wie der mathematischen Statistik usw.).

Unter der Lebenswelt, aus der alle unsere primären Erfahrungen stammen und in deren Evidenz alle unsere wissenschaftlichen Aussagen letztlich begründet sind — der Begriff wurde von *Husserl* (1939) geprägt, *Merleau-Ponty* (1966) verwendet für diese tiefe Bewußtseins-schicht die Begriffe existentieller Raum oder Lebensraum — ist die Welt unserer alltäglichen Erfahrungen zu verstehen, an der alle unsere präzifizierenden Leistungen, alle unsere sachlogischen Urteile sich vollziehen. *Husserl* charakterisiert unsere natürliche Welterfahrung, die allem theoretischen Fragen vorangehende Welt, so: „Was uns also leitet ist ein erster, nämlich für eine erste Besinnung notwendig zu bildender Begriff von Erfahrung und erfahrener Welt, oder im besonderen

erfahrener Einzelrealitäten. Erste Rückschau und Umschau haltend müssen wir dann sagen: jederzeit ist eine Welt erfahren, und bei allem Wechsel der Auffassungen und vor dem Denken, das hinterher ins Spiel treten mag, ist fortlaufend erfahren die eine und selbe Welt, über die sich Aussagen machen lassen und für die Erkenntnis von Wahrheit zu erstreben ist... Diese erste Erfahrungswirklichkeit ist das Urfeld, aus dem die wahre Welt durch wissenschaftliche Forschung und als ihre Frucht herausgearbeitet werden soll“ (1968, S. 57).

Auf diese jeweilige Lebenswelt bezieht sich unser Denken; daher gründen auch alle prädikativen Evidenzen, das heißt alle unmittelbaren Aussagensicherheiten über Gegenstände in Evidenzen der Erfahrung dieser Lebenswelt. „Die Aufgabe der Ursprungsklärung des prädikativen Urteils,“ sagt *Husserl* hierzu in ‚Erfahrung und Urteil‘, und wir können diese Feststellung auch auf psychologische Urteile beziehen, „dieses Fundierungsverhältnis nachzuweisen und das Entspringen der vorprädikativen Evidenzen aus denen der Erfahrung zu verfolgen erweist sich... als Aufgabe des Rückgangs auf die Welt, wie sie als universaler Boden aller einzelnen Erfahrungen, als Welt der Erfahrung vorgegeben ist, unmittelbar und vor allen logischen Leistungen“ (S. 38).

Daraus läßt sich ersehen, daß noch ehe die Wissenschaft mit ihrer Aktivität beginnt und noch bevor der Wissenschaftler über einen Gegenstand eine Aussage macht, ihm also — um in der Sprache der Aussagenlogiker zu sprechen — einen Prädikator zuspricht (*Schneewind*, 1969), diese Welt mit ihrer unmittelbaren Vertrautheit existiert und uns zur Verfügung steht. „Der Rückgang auf die Welt der Erfahrung“, heißt es bei *Husserl* weiter, „ist Rückgang auf die ‚Lebenswelt‘, das ist die Welt, in der wir immer schon leben, und die den Boden für alle Erkenntnisleistung abgibt und für alle wissenschaftliche Bestimmung.“ Wer also wie die humanistischen Psychologen für die Psychologie die „Ursprungsklarheit“ ihrer Erkenntnisse sucht und ihre „transzendente Naivität“ zu überwinden trachtet, muß stets bei seinen Konzeptionen auf diese Welt zurückgreifen.

Allerdings so plausibel das Ziel, nämlich der Rückgang auf die alle Erkenntnis fundierenden Evidenzen unserer Lebenswelt auch erscheint, so schwierig ist es zugleich, diese Aufgabe zu bewältigen. Es stellen sich ihr verschiedene Schwierigkeiten in den Weg. Denn es zeigt sich, „daß wir im Strome unserer Welterfahrung, wie er bezogen ist auf die immer schon vorgegebene Welt, gar nicht so ohne weiteres jene gesuchten letztursprünglichen Erfahrungsevidenzen finden werden, jene wirkliche Urstiftung vorprädikativer Evidenzen im Aufbau auf

ganz ursprüngliche, ursprünglich gestiftete Erfahrungsevidenz.“ *Husserl* unterscheidet sogar von der so bestimmten Lebenswelt noch eine tiefere Schicht von Vorgegebenheiten, die er „schlichte Erfahrungswelt“ nennt. Das Problem besteht nun darin, daß diese schlichte Erfahrungswelt kaum in reiner Form auffindbar ist — worauf auch *Drüe* (1963) in seiner Darstellung der phänomenologischen Psychologie *Husserls* hingewiesen hat —, sie ist vielmehr immer schon „durchsetzt mit dem Niederschlag logischer Leistungen“ (*Husserl*). Das aber heißt, wir leben immer schon in einer konkreten Welt individueller *Bedeutungen* (*Strasser*, 1964). Nach *Drüe* kann in dieser Erfahrungseinstellung „alles, das ein solches Es-selbst ist, das allem einzelheitlich menschlichen Prädzieren vorhergeht, in meine aufmerkende Bereitschaft Einlaß finden, und ich darf darin auch weiterhin meinen menschlichen Gewohnheiten nachgehen, also mich bewegen, Fremdes suchen, ein Drittes untersuchen wollen usw., nur — ich übe von allen *den* personalen Aktivitäten Enthaltung, die das jeweils Auftretende irgendwie mit einem Sinn belegen könnten“ (S. 75). Er gesteht dem Subjekt nur zwei Aktivitäten zu, die gleichsam das Minimum sind, das das Subjekt sich bei dieser Aufgabe erlaubt, um zu ermöglichen, daß sich diese Erfahrungswelt von sich selbst aus in den Blick bringt, daß sie sich selbst zeigt: Einmal die Aktivität, „die Welt und ihre Singularitäten endlich einmal original selbst, also gewissermaßen von ihr selbst und von ihnen selbst her sehen zu wollen“ und zum anderen die weitere Aktivität, „die an dem passiv Gewahrten eine distinguierende Betrachtung vornimmt, die aus der passiven Selbstgebung des Auftretenden die Rezeption einer aneignenden Wahrnehmung macht“ (S. 75).

Husserl selbst äußert sich über dieses Problem der Möglichkeit einer originären Erfahrungswelt ohne Benennungen, Prädikate und Theorie-sedimente durchaus nicht eindeutig; denn mehrfach schreibt er ihr auch „eine gewisse allgemeine Struktur“ zu.

Giorgi argumentiert daher durchaus im Sinne *Husserls*, wenn er zwar von einer solchermaßen originären Lebenswelt ausgeht, diese kognitiven Vorprägungen aber ausdrücklich in seine Methodenlehre mit aufnimmt und in Rechnung stellt. Er skizziert den notwendigen Erkenntnisweg dann ähnlich dem von uns beschriebenen und nennt diese Vorprägungen ‚Strukturen‘ der Lebenswelt; von ihnen nimmt die phänomenologische Analyse und Beschreibung ihren Anfang und schreitet sodann zu ‚psychologischen Bedeutungen‘ als dem jeweiligen vorläufigen Ende des Weges fort. „Wir begegnen dem Problem der anzuwendenden Begriffe, um sowohl die phänomenalen Ursprünge eines psychologischen Prozesses und die reife Phase desselben Prozes-

ses auszudrücken oder den Punkt, an dem sich hinreichend Schließung für ihn ergeben hat, um als relevantes psychologisches Datum oder Wirklichkeit angesehen werden zu können. Wir schlagen den Begriff ‚Struktur‘ vor, wenn wir von den phänomenalen Ursprüngen sprechen und mangels eines besseren Begriffs werden wir den Begriff ‚psychologische Bedeutung (Sinn)‘ für die ausgereifte Phase des Prozesses verwenden“ (S. 178/9). Mit dem letzteren Begriff soll die bestmögliche Form der Interpretation und Deutung der psychologischen Wirklichkeit bezeichnet werden. Ziel der methodischen Arbeit ist dabei die Erarbeitung des *Sinnes* des Verhaltens als eines einzigartigen psychologischen Phänomens. So verläuft der Erkenntnisweg also nach *Giorgi* von Strukturen lebensweltlicher Evidenz zu psychologischen Bedeutungen als den das Ganze berücksichtigenden und daher angemessensten Erklärungen.

Wir selbst möchten hier einen mittleren Weg vorschlagen, der auf der einen Seite die utopische Vorstellung einer „schlichten (und gänzlich individuellen) Erfahrungswelt“ — denn um eine solche handelt es sich in Wahrheit — und auf der anderen Seite die ‚optimale‘, aber gänzlich artifizielle Laborsituation meidet. Auf diese Weise könnten subjektive Erfahrungstiefe und kontrollierbare Mitteilbarkeit gleichermaßen gewährleistet werden; diesen Weg möchten wir der humanistischen Psychologie anraten, denn so könnte sie ihrem Hauptkriterium der Forschung, der heuristischen Fruchtbarkeit, am besten gerecht werden.

Ein Musterbeispiel für die hier vorgetragene Form, wie in der Psychologie Erfahrungen auf Begriffe gebracht werden können, ohne daß sich die phänomenalen Qualitäten verflüchtigen oder kaum mehr nachvollziehbar sind, ohne reduktionistische Verzerrungen, Verkürzungen und Einschränkungen also, findet sich in *Lewins* Erstlingschrift über die „Kriegslandschaft“ (1917). Zwar verwendet er das sein Denken ein Leben lang beschäftigende Konzept ‚Lebensraum‘ hier noch nicht, in dieser Bearbeitung seiner Fronterfahrung aber ist das Lebensraumkonzept vorgeprägt. Die Nähe dieses Konzepts zu *Husserls* Lebensweltbegriff und *Merleau-Pontys* Begriff Lebensraum ist unverkennbar. In dieser kleinen Studie führt *Lewin* vor, wie Erfahrung als antreffbare Vorgegebenheit und Ordnungsstruktur zur Form echten, das heißt authentischen und generalisierbaren Wissens zugleich integriert werden können, konkret: Wie sich in der Wahrnehmung die Friedenslandschaft in Frontlandschaft verwandelt. Die Konkretisierungen bekannter feldtheoretischer Konstrukte wie ‚Grenze‘, ‚Zone‘, ‚Gerichtetheit‘ — der zentrale Begriff der ‚Valenz‘ (Aufforderungscha-

rakter) ist der Sache nach, nicht aber dem Worte nach vorhanden — ist hier so manifest, handgreiflich und beobachtungsnah, die Konstrukte gleichzeitig so eng mit der Phänomenalität verbunden, daß ein ‚psychologisches Sinngebilde‘ (*Giorgi*) von außerordentlicher Evidenz entsteht. Die Darstellung des Wahrnehmungswandels am Beispiel einer Kriegserfahrung kann im übrigen als Modell für die von *Maslow* geforderte ‚empirische Abstraktheit‘ angesehen werden.

8. Drei Formen des Erkennens (*Rogers*)

Rogers hat zu Methodenfragen der humanistischen Psychologie ausführlich im Jahre 1964 anlässlich eines Symposiums über ‚Behaviorismus und Phänomenologie‘ an der Rice Universität Stellung genommen. Er formulierte hier seine Ausführungen in stetem Bezug und deutlichem Kontrast zur Verhaltenspsychologie, die durch *Skinner* vertreten wurde. Wegen ihrer großen Bedeutung für die humanistische Psychologie seien sie gesondert und in ihrem eigenen Zusammenhang dargestellt.

Grundsätzlich gilt für *Rogers*, daß der Kernprozeß aller (wissenschaftlichen) Erkenntnis die Aufstellung von *Hypothesen* und ihre *Prüfung* ist. Erkenntnis treiben — in welcher Form auch immer — heißt Hypothesen testen. Der Inhalt der Hypothesen ist dabei prinzipiell ohne Belang; jede Aussage kann vielmehr in eine Hypothese umgewandelt werden und auf diese Weise einer Prüfung unterzogen werden. Entscheidend ist jedoch, daß jede Erkenntnis in irgendeiner Weise in der Subjektivität verankert ist und in ihr gründet.

Es lassen sich drei Formen des Erkennens unterscheiden: das subjektive, das objektive und das interpersonale oder phänomenologische Erkennen. Diese Einteilung der Wissensformen ist ungewöhnlich; sie ist in diesem Falle aus der lebenslangen psychotherapeutischen Arbeit des Autors entstanden. Man sollte die so charakterisierten Wissensformen nicht mit den üblicherweise mit diesen Begriffen bezeichneten verwechseln.

Bei der ersten Form des Erkennens, dem subjektiven Erkennen, werden die Erfahrungen und Erlebnisse des Menschen auf seine Wirklichkeit und Wahrheit hin geprüft, indem sie mit dem „ständigen Fluß unseres präkonzeptionellen Erlebens“ in Beziehung gesetzt werden. Das Erleben jenseits der konzeptionellen Fassungen und Symbolisierungen ist der Referenzpunkt für diese Form der Hypothesenprüfung und -kontrolle. Dabei werden die besonderen Erfahrungen und Erlebnisse in der Form von inneren Hypothesen aufgefaßt und damit in

ihrem Sosein in Frage gestellt. Wie es um ihre seelische Wirklichkeit bestellt ist, erfährt man, wenn sie nach ihrer Verbindung mit dem ständigen Fluß der Gefühle bestätigt oder verworfen worden sind. Aus diesem Resultat ergeben sich sodann wiederum neue Hypothesen, die den gleichen Prozeß zu durchlaufen haben.

Das subjektive Wissen erlangt seine Sicherheit also durch einen kreisförmig ablaufenden Vorgang, der besonders deutlich in psychotherapeutischen Begegnungen beobachtbar ist; in ihm werden die konzeptionell formulierten Erfahrungen mit der ständig sich verändernden Innenwelt der Gefühle in Beziehung gesetzt und verglichen. Oder anders gesagt: Die unmittelbar gegebenen Erfahrungen und Erlebnisse werden zunächst in all ihrem Umfang und ihrer Farbigkeit akzeptiert, dann jedoch in Hypothesen transformiert, wozu natürlich ihre Verbalisierung oder Symbolisierung die notwendige Voraussetzung ist. In dieser verbalisierten Form werden die Erfahrungen sodann mit der inneren Gefühlswelt verglichen und auf ihre Stimmigkeit hin geprüft.

Auf diese Weise werden Erfahrungen und Erlebnisse, die vorher bloß global oder diffus, dunkel geahnt oder verschwommen bewußt waren, geklärt und differenziert und sie spiegeln so immer deutlicher und angemessener die Gefühlswelt in allen Einzelheiten und Nuancen wider. Zusammenfassend kennzeichnet der Autor diese Form der Selbsterkenntnis so: „Eine wichtige Form des Erkennens besteht in der Bildung von inneren Hypothesen, die geprüft werden durch den Bezug zu unserem inneren Fluß der Erfahrungen und Erlebnisse, wie wir in unserer subjektiven Interaktion mit inneren und äußeren Ereignissen leben. Dieser Typus des Erkennens ist für das Alltagsleben fundamental. Obwohl äußere Merkmale und Stimuli in diesem Typus der Hypothesenbildung involviert sein können, so ist es doch nicht die äußere Situation, gegen die wir unsere Hypothesen testen. Es ist unser inneres Erleben, auf das wir uns beziehen, um die konzeptionellen Hypothesen, die wir aus den impliziten Bedeutungen formulieren, zu prüfen, zu klären und weiter zu differenzieren“ (S. 111 f.).

Um ein Beispiel aus der psychoanalytischen Praxis zu geben: In der Begegnung mit dem Therapeuten erlebe ich plötzlich das unmittelbare Gefühl der Antipathie, ja vielleicht sogar des Hasses gegen ihn. Zwar akzeptiere ich dieses Gefühl in seinem Sosein, das heißt mit all seiner besonderen aktuellen Intensität und Färbung zunächst; zur Klärung seines Wesens und seiner weiteren Zusammenhänge aber transformiere ich es etwa in die Hypothese: Hasse ich ihn wirklich? Zur Beantwortung dieser Frage wende ich mich auf dem Wege der vertieften Selbstbeobachtung wiederum meiner Gefühlswelt zu und erfahre vielleicht,

daß ich ihn nicht so sehr hasse als vielmehr bewundere, daß gar nicht er es ist, dem ich diese Gefühle entgegenbringe, daß dem ganzen auch Liebe beigemischt ist usw. Nach dieser ersten Klärung beginnt das Infragestellen des jeweiligen speziellen emotionalen Vorgangs wiederum von neuem.

Rogers hebt hervor, daß diese Form des Erkennens nicht zu öffentlich validiertem Wissen führen kann, weswegen sie bisher stark vernachlässigt worden ist. Dieser Vorwurf ist besonders gegen die amerikanische Psychologie gerichtet. Es gilt aber zu beachten, daß „dies die fundamentalste Form des Erkennens ist, ein tief verwurzeltes organisches Fühlen, aus dem wir unsere bewußten Symbolisierungen und Konzeptionen bilden und differenzieren.“ Jede Wissenschaft basiert auf solchen kreativen inneren Hypothesen, ohne die die gesamte äußere Maschinerie der Verifikation steril ist. So steht am Anfang jeder wissenschaftlichen Arbeit eine „innere subjektive Hypothese, von hohem Wert für den Forscher, weil sie für sein Erleben und Erfahren Ordnung und Sinn stiftet“.

Für die zweite Form der Erkenntnis, das objektive Wissen, ist traditionell das Merkmal objektiv allein und in besonderem Maße vorbehalten gewesen. Im Gegensatz zur ersten Form stützen sich hier die Hypothesen auf einen äußeren Bezugsrahmen. Für sie gibt es zwei Prüfmöglichkeiten: Sie können einmal durch extern zu beobachtende Operationen getestet werden, man kann jedoch auch „empathische Schlußfolgerungen in Hinsicht auf die Reaktionen einer vertrauten Bezugsgruppe anstellen.“ So ist diese Wissensform eben auch, wenn auch auf eine gruppendynamisch kompliziertere Art und Weise, in der Subjektivität der jeweiligen Forscher begründet und fundiert. Diese subjektive Verankerung allen Wissens, auch des wissenschaftlichen Wissens hat besonders der Wissenschaftshistoriker *Polanyi* (1973) herausgestellt und untersucht; seine Analysen haben auf die Konzeptionen der humanistischen Psychologie einen großen Einfluß gehabt und bestimmen sie immer noch.

Diese sehr geläufige Methode ist jedoch, besonders wenn man ihre Anwendung auf seelische Phänomene erwägt, mit einigen ernststen Problemen verbunden, die es zu berücksichtigen gilt. Einmal reduziert dieses Prüfverfahren alle überhaupt möglichen Ereignisse auf beobachtbare Objekte; es transformiert psychische Phänomene in öffentlich beobachtbare Objekte. Alle antreffbaren Ereignisse werden dabei als solche äußeren Objekte entweder von mir selbst oder von anderen beobachtet. Das wichtigste Merkmal dieser Methode ist demnach, daß sie — wie im Abschnitt über ‚Objektivität‘ erwähnt — alles und daher

eben auch alle seelischen Vorgänge vor ihrer Bearbeitung (Verrechnung, statistische Prüfung usw.) in Objekte umformt, sie kann daher immer nur den so gewonnenen und gleichsam gereinigten Objektspekt der Ereignisse behandeln.

Rogers erkennt neben dieser Kritik an der reduktionistischen Manipulation jedoch noch ein weiteres Problem, das die subjektive Begründung des gesamten Prüfprozesses betrifft. „Bei der ersten Erkenntnisform trifft es zu, wenn man feststellt, daß der Erkennende seine Fähigkeit zur Empathie gegen sich selbst richtet, um tiefer die impliziten Bedeutungen seines eigenen Erlebens zu verstehen und um jene Bedeutungen expliziter zu machen. Bei der objektiven Erkenntnisform wird das empathische Verstehen einzig und allein auf die Bezugsgruppe gerichtet.“

Demnach gibt es nichts absolut Objektives, sondern jede Objektivität ist das Resultat der Bestimmungsleistung einer Referenzgruppe. So sind zum Beispiel Stimuli, Verstärker, Reaktionen usw. keine objektiven Daten an sich selbst, sie werden vielmehr nur als solche von einer Forschergruppe bestimmter Richtung wahrgenommen und definiert, die sich vorher auf gerade diese Qualitäten geeinigt hat. Bei dieser Hypothesenprüfung ist die Referenzgruppe also von entscheidender Bedeutung; sie übt und überwacht hierbei die „intersubjektive Verifikation“.

Wichtig für die angemessene, das heißt gänzlich relative Einschätzung dieser Erkenntnisform ist — wie unter ‚Objektivität‘ näher ausgeführt —, daß diese Bezugsgruppe sehr eng oder sehr weit organisiert sein kann; sie gleicht dann mehr oder weniger geschlossenen oder offenen Systemen. Die Bestimmung dessen, was als objektiv zu gelten hat, ist aber abhängig von dieser allgemeinen Struktur der jeweiligen Gruppe. Es gibt in der Psychologie bekanntermaßen viele „geschlossene Gesellschaften“, denen man trotz des empörten Protestes ihrer Mitglieder alle Merkmale von Sekten zuerkennen muß, wie sie Thorne (1961) mustergültig herausgearbeitet hat. Die humanistische Psychologie lehnt solche, auf einem sehr spezifischen Gruppenkonsens basierende Pseudoobjektivität ab und favorisiert demgegenüber Referenzgruppen in der Form von offenen Systemen.

Im übrigen ist diese Erkenntnisform entgegen weit verbreiteter Ansicht und fest eingewurzelter Überzeugung besonders der behavioristischen Richtung keineswegs der ersten Erkenntnisform überlegen. Man denke hier an den bisweilen grotesken Vorgang, bei dem Autoritäten der Psychologie sich in den Fallstricken ihres eigenen Methodenrigorismus fangen. Rogers erinnert dazu an die außersinnliche Wahr-

nehmung (Hellsehen, Telepathie usw.), deren Prüfmethode denen in vielen anderen Bereichen der Psychologie mit vorgeblich rigoroseren Methoden überlegen sind, deren Existenz aber dennoch geleugnet wird. In diese verwirrende und widersprüchliche Situation muß aber jede wissenschaftliche Position geraten, die Wissenschaftlichkeit mit Methodenspezifität verwechselt.

Das gesamte Problem dieser Erkenntnisform und ihrer Anwendung in der Psychologie beruht letztlich auf einer übertriebenen Einstellung zur Objektivität, die wir objektivistisch genannt haben und die den verhängnisvollen Irrglauben fördert, „objektives Wissen sei ‚dort draußen‘, fest, unpersönlich und sicher“ (Rogers). Der Autor weist diese falsche Annahme zurück und sagt: „Ganz im Gegenteil ist objektive Erkenntnis eine sehr menschliche Erfindung — sicherlich eine von enormem Wert, die einige der besten Sicherheitsvorkehrungen enthält, die der Mensch gegen die Selbsttäuschung erfunden hat —, aber sie ist nichtsdestoweniger eine fehlbare und menschliche Form des Wissens, das grundsätzlich abhängig ist von einer intelligenten, intuitiven, persönlichen Auswahl der Hypothese, angemessenen Operationen ihrer Überprüfung, der klugen Auswahl einer Referenzgruppe und dem empathischen Verständnis der Erfahrungen jener Referenzgruppe, wenn ihre Mitglieder wirklich (oder öfter in der Phantasie) die Operationen des Experimentators wiederholen.“

Die dritte Form der Erkenntnis, das interpersonale oder phänomenale Wissen, liegt in seiner Eigenart zwischen den beiden erwähnten Erkenntnisformen und ist besonders für die Erkenntnis des Menschen geeignet. Hierbei hat man einen Zugang zu den seelischen Vorgängen und Inhalten des anderen Menschen (Alltagsverstehen), diese Kenntnis hat aber die Form eines bloßen Vorwissens, das es zu sichern gilt. Man kann den Realitätsgrad dieses Wissens als eine Form des mehr oder weniger zutreffenden Vermutens charakterisieren. Diese verschiedenen Vorwissens- oder Vermutungsergebnisse, auf deren jeweilige Verbalisierung es im übrigen erst in zweiter Linie ankommt, werden nun wiederum ihrerseits in Frage gestellt, indem sie als bloße Hypothesen aufgefaßt werden, die es zu überprüfen gilt.

Die Methoden ihrer Überprüfung sind hier jedoch verschieden von denen der beiden anderen Wissensformen. Um diese Hypothesen nämlich zu testen, versucht der Psychologe auf dem Wege empathischen Verstehens „die relevanten Aspekte des phänomenologischen Feldes“ zu ermitteln; er versucht, „in die private Welt der Sinnzusammenhänge und Bedeutungen (meanings)“ der einzelnen Person einzudringen. Dazu kann man den Betreffenden einfach fragen, ob die Hypo-

these, die man in bezug auf einen seelischen Vorgang bei ihm hatte, zutreffend ist oder nicht (verbales Zeugnis). Man kann aber auch die Gestik, die Mimik, den Ausdruck usw. beobachten und aus den hierdurch gegebenen Informationen seine Schlüsse in Hinblick auf die betreffende Hypothese ziehen (nonverbale Zeugnisse).

Rogers gibt allerdings einer dritten Möglichkeit den Vorzug: Man kann zunächst in einer vorbereitenden Art und Weise ein günstiges Klima schaffen, in dem der andere sich sicher fühlen kann, um sich dem Experimentator zu eröffnen (man vergleiche hierzu *Jourards* Ausführungen über den ‚dyadischen Effekt‘). In einer solchen Situation verliert die Person ihre Bedenken, ihre Scheu und ihre Abwehrmechanismen, um es psychoanalytisch zu formulieren, und kann sich so enthüllen, wie sie ihrem Wesen nach ist. Sie kann so ihren „inneren Bezugsrahmen“ (frame of reference), der all ihren einzelnen Verhaltenssequenzen erst Sinn gibt, zu erkennen geben und die „Welt ihrer persönlichen Sinnbezüge“ offenlegen. Die Empathie, das sensibel mitgehende Verständnis richtet sich dabei auf den anderen Menschen, und die Hypothesen werden in diesem Falle geprüft, indem man sie mit dem angemessensten Bild des inneren Bezugsrahmens des Betreffenden in Beziehung setzt.

Selbstverständlich ist die Erkenntnis des so erschlossenen Bezugsrahmens zunächst und zu Anfang individuell und personspezifisch; die Tiefe der Erfahrung wird also im Beginn mit der Begrenztheit der Erkenntnis erkaufte. Es ist jedoch durchaus möglich, von ihm seinen Ausgang zu nehmen, um dann zu Generalisationen fortzuschreiten, die in derselben Weise geprüft werden können. Individuelles, Subjektives und Spezifisches steht also am Anfang jeder psychologischen Forschung, Überindividuelles, Objektives, Generalisiertes wird beim Fortgang dieses Prozesses sukzessiv gewonnen.

Rogers gibt für diese Erkenntnisform zwei Kriterien an, die die Berechtigung der jeweiligen Schlußfolgerungen rechtfertigen können. „Entweder wird meine Hypothese über den inneren Bezugsrahmen der Person durch die Person selbst bestätigt oder die Schlußfolgerungen, die über diesen inneren Bezugsrahmen angestellt werden, werden durch eine Übereinstimmungsvalidierung (consensual validation) bestätigt“ (S. 116). Im ersteren Falle kontrolliere ich mein einführendes Verständnis durch die Selbstkundgabe und -bezeugung der Person, im anderen Falle aber erfolgt die Kontrolle durch die Prüfung der Übereinstimmung meines eigenen empathischen Verständnisses mit demjenigen anderer Beobachter. Dabei ist von besonderer Bedeutung, daß jeweils Empathie an Empathie geprüft wird.

Alle drei Formen der Erkenntnis haben nach *Rogers* ihre Berechtigung und sind je nach Forschungsgegenstand und -situation anzuwenden. Die humanistische Psychologie soll sich aller drei Kanäle des Wissens bedienen, der Subjektivität der inneren Erfahrung und der interpersonalen Erkenntnis bei der Hypothesenformulierung jedoch den Vorzug geben. Die Wichtigkeit des objektiven Wissens wird zwar anerkannt, ihm wird aber nur ein relativer Ort in späteren Phasen der wissenschaftlichen Praxis zuerkannt. Es sei hier hinzugefügt, daß es auch extreme Positionen in der humanistischen Psychologie gibt, die das Feld der Erkenntnis anders als *Rogers* abgesteckt sehen wollen; hingewiesen sei auf die existentielle Psychologie, die sich ausschließlich auf die ersten beiden Wissensformen stützt (*May*, 1969).

Rogers' Sicht der drei Wissensformen, die übrigens in ähnlicher Weise bereits bei *Lipps* (1906) antreffbar ist, ist nicht ohne Einwände und Widerspruch auch innerhalb der humanistischen Psychologie geblieben (*Mandler und Mandler*, 1974; *Lockowandt*, 1982). Dabei wird neben anderem hauptsächlich *Rogers'* Bezug auf den veralteten Behaviorismus und die zu starke Betonung der Subjektivität, die so gesehen im Grunde zu einer unnötigerweise einschränkenden Hypothesenbildung führt, kritisiert, worauf jedoch an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden kann. Dennoch haben *Rogers'* methodologische Ausführungen auf die Methodendiskussion der humanistischen Psychologie einen sehr anregenden Einfluß ausgeübt.

Besonders alle Fragen um die Einfühlung als interpersonelle Erkenntnisquelle wurden durch sie — freilich nur aus der psychotherapeutischen Sicht — neu belebt; mit dem allgemeinen Rückgang der verstehenden Psychologie hatte sie ja an wissenschaftlichem Interesse stark eingebüßt und war daher zwar praktisch immer relevant und handlungsleitend geblieben, dies aber unter Vernachlässigung der reflektierenden Kontrolle und weiterführenden Analyse.

9. Einfühlung (Empathie)

Große Bedeutung für die Erkenntnis fremdseelischer Wirklichkeit hat innerhalb der humanistischen Psychologie die *Einfühlung*. *Titche-*
ner hat diesen Begriff seinerzeit mit dem leider wenig passenden Begriff *Empathie* wiedergegeben, der fortan in der amerikanischen Psychologie für den gemeinten Vorgang gebräuchlich wurde. Besonders *Rogers* (1957, 1959, 1964, 1980) hat sich mehrfach um die Klärung der praktischen Leistungsfähigkeit der Einfühlung im Bereich der psychotherapeutischen Begegnung bemüht. Aber auch bei anderen Autoren dieser

Richtung spielt sie als Erkenntnisquelle eine wichtige Rolle, was zwar nicht immer ausgesprochen wird, aber durch die Analyse ihres praktischen Handelns erkennbar wird. Darüber ist leider vergessen worden, daß die Einfühlung als *die* psychologische Methode der verstehenden Psychologie ein altes und vieldiskutiertes Thema ist. Mit den sie konstituierenden Prozessen und mit den sie fördernden und hindernden Vorgängen haben sich Psychologen und der Psychologie nahestehende Philosophen immer schon beschäftigt. *Lipps* (1906, 1907) gab den Auftakt zu dieser Diskussion mit seiner Dreiteilung der Erkenntnisquellen, die wie erwähnt von *Rogers* wiederholt wird: „Es gibt drei Erkenntnisgebiete. Ich weiß von den Dingen, von mir selbst, und von anderen Individuen. Jene erste Erkenntnis hat zur Quelle die sinnliche Wahrnehmung. Die zweite die innere Wahrnehmung, d.h. das rückschauende Erfassen des Ich mit seinen Bestimmtheiten, Forderungserlebnissen, Tätigkeiten, Akten und Gefühlen, damit zugleich seinen Beziehungen auf Gegenstände. Die Quelle der dritten Erkenntnisart endlich ist die Einfühlung. Zugleich hat diese eine Bedeutung weit über die Erkenntnis hinaus“ (1906, S. 193).

In der Folge wurden weitere bedeutende Beiträge zu diesem Thema vorgelegt, zunächst von *Moritz Geiger* (1910), der in einem Sammelreferat die wichtigsten mit der Einfühlung zusammenhängenden Fragen und Probleme diskutiert; auch für ihn ist sie ein methodisches Erkenntnismittel der Psychologie. „Wie wir uns selbst durch Selbstbeobachtung erkennen, so erkennen wir die anderen mittels Einfühlung“ (S. 48). Dann bearbeitete *Edith Stein* (1917/1980) das Thema; sie setzt sich in ihrer Dissertation vom Standpunkt der phänomenologischen Philosophie ihres Lehrers *Husserl* mit der *Lippsschen* Einfühlungstheorie kritisch auseinander. Weitergeführt wird die Diskussion dann von *Scheler* (1922) und *Husserl*, dessen jüngst (1973) herausgegebener Nachlaß aus den Jahren 1905 bis 1935 zeigt, daß sein Denken beständig um Fragen der Intersubjektivität und eben der Einfühlung kreiste. Hier liegt in Bruchstücken ein Schatz von theoretischen Einsichten vor, der noch der angemessenen Beachtung harret. Von zentraler Bedeutung ist die Einfühlung aber in den methodischen Vorstellungen der verstehenden Psychologie geworden und zwar in der Konzeption, die ihr *Gruhle* (1948, 1953) gegeben hat. Es würde sich lohnen, die Vorstellungen von *Rogers* hierzu mit diesen theoretischen Analysen zu konfrontieren und das gemeinsam Gesicherte herauszuarbeiten; diese Aufgabe kann aber in diesem Rahmen nicht geleistet werden.

So wichtig die Einfühlung im praktischen Alltag des Psychologen auch ist — ja psychotherapeutisches Handeln ist ohne sie gar nicht

denkbar —, so umstritten ist sie. Daß sie die Erkenntnis des Fremdseelischen allein gewährleisten soll, wird bestritten (*Traxel, 1974*), ebenso daß sie eine sichere, ja die sicherste Kenntnis des Fremdseelischen garantieren soll.

Unter Einfühlung versteht man das Sichhineinversetzen in fremdseelisches Erleben, das Mit- und Nacherleben des anderen Erlebens. Es hat allerdings noch weitere Bedeutungskonnotationen. So sagt *Gruhle* dazu: „Einfühlen bedeutet zwar das sich Hineinversetzen in die Gefühle des anderen, es bedeutet aber auch das sich Versetzen in das verständliche (nicht kausale) Zustandekommen der Gefühle des anderen. Aber es bedeutet mehr, nämlich überhaupt das Mitmachen, Mitgehen, kurz das Miterleben. Der Unterschied von statischem und genetischem Miterleben ist nicht wichtig. Es kommt nur auf das Einswerden mit den Erlebnissen des anderen und deren Zustandekommen an“ (*1953, S. 61*).

Ähnlich bestimmt *Geiger* die Einfühlung, fügt dann aber noch einige weitere Komponenten hinzu. Ihr liegt die Mitteilung der fremden Erlebnisse oder auf anderem Wege erworbene Kenntnis des anderen Erlebens und seiner Gehalte zugrunde, besonders wichtig für sie ist jedoch das Ausdrucksverstehen. Allerdings erschöpft sie sich nicht in der Deutung des unmittelbaren Ausdrucks, sie fügt ihr vielmehr noch das Verstehen des Zusammenhangs des Seelischen hinzu. Wenn ich ein Kind nach einem Spielzeug greifen sehe, das kurz darauf an seiner Erreichung gehindert wird und weint, dann verstehe ich nicht nur die separaten Erlebnisbestände Nach-etwas-Greifen und Weinen, sondern auch dies, daß eben das eine mit dem andern zusammenhängt; *Geiger* bezeichnet diesen Einfühlungsvorgang als Nacherleben oder Hinterhererleben, weil er sich auf eine Form von Kopiebewußtsein des wirklich Geschehenen bezieht. Ihm ist die Einfühlung das „Erkenntnismittel überall da, wo es sich um das Verständnis fremder Persönlichkeiten handelt. Nicht darauf kommt es in diesen Fällen an, wie in der Naturwissenschaft und in den ihr entsprechenden Teilen der Psychologie die Gesetzmäßigkeit dadurch zu finden, daß man die immer wiederkehrende Aufeinanderfolge einzelner Fälle zu einem gemeinsamen Gesetz verbindet, vielmehr wird der einzelne Fall hier verstanden, indem man das einzelne Erleben der fremden Persönlichkeit durch eine nacherleb- bare innere Gesetzmäßigkeit aufklärt. Diese psychologischen Gesetzmäßigkeiten sind nacherlebbar, nicht durch Einzelinduktion gewonnene“ (*S. 48*). Die Methode ihrer Gewinnung hat *Scheler* als *Ideierung* bezeichnet; sie spielt in bestimmten Richtungen der humanistischen Psychologie eine wichtige Rolle und wurde in ihnen wiederentdeckt.

Hinzugefügt werden muß zum vollen Phänomenbestand der Einfühlung noch ein Merkmal, das man *Mitgehen* genannt hat. Es wird besonders bei der Einfühlung in Körperbewegungen aktualisiert. Wir verstehen in diesem Falle nicht nur die Bewegungen des Menschen, „sondern wir sind innerlich ganz bei ihm, in ihm. Wir müssen uns wirklich vollkommen auf ihn einstellen, sein Wollen innerlich mitmachen, uns in sein Ich versenken“ (Geiger, S. 48). Im übrigen kann die Einfühlung ein besonders tiefes Verständnis des anderen ermöglichen, das sich vor allem auch durch eine starke und überzeugende Evidenz auszuzeichnen vermag.

Ohne diese aus der verstehenden Psychologie und phänomenologischen Philosophie kommende Tradition sonderlich zu beachten und sich mit ihr auseinanderzusetzen, anstattdessen stärker der psychotherapeutischen Praxis verpflichtet, hat Rogers die Empathie zum ersten Mal anlässlich der Darstellung der wichtigsten Bedingungen der Veränderung, wie sie im psychotherapeutischen Prozeß zu beobachten ist, behandelt. Sie ist für ihn eine dieser Bedingungen und besteht darin, „daß der Therapeut ein genaues, empathisches Verständnis der Bewußtheit, das der Klient von seinem eigenen Erleben hat, erfährt; daß er die private Welt des Klienten so einfühlt, als ob es seine eigene wäre, aber ohne jemals die ‚Als-ob‘-Qualität zu verlieren“ (1957). Man muß also die Furcht, die Angst usw. des anderen so intensiv mitzufühlen, mitzuerleben verstehen, als wäre es die eigene; dennoch dürfen die eigene Furcht, Angst usw. sich nicht in diesen Vorgang einmischen. Nur so kann das Erlebnis *des Anderen* zu klarer und deutlicher Gegenständlichkeit erhoben werden. In Übereinstimmung hiermit nannte Lipps (1906) daher die Einfühlung auch eine Selbstobjektivation des Sich-Einfühlenden.

Ist diese scheinbar paradoxe, vielleicht aber auch nur methodisch hochdifferenzierte Leistung erreicht, dann wird nach der Überzeugung von Rogers zweierlei möglich: Der Therapeut kann dem Klienten mitteilen, was ihm selbst, dem Klienten, klar bewußt ist; er kann ihn aber auch auf Bedeutungen und Sinnzusammenhänge hinweisen, die ihm selbst, dem Klienten, gar nicht bewußt sind. Neben dem partiellen Verstehen wird auf diese Weise also auch ein komplexeres Verstehen erreicht, das die nicht bewußten Anteile und auch die aktuell nicht gewußten Komponenten der Person mit einschließt.

Trotz der Frontstellung der humanistischen Psychologen gegen die Psychoanalyse muß festgestellt werden, daß auch Freud in seiner ‚Massenpsychologie und Ich-Analyse‘ die praktisch vielfach bestätigte Überzeugung ausgedrückt hat, daß die Einfühlung „den größten

Anteil an unserem Verständnis für das Ichfremde anderer Personen hat“ (S. 119). Auch behandelt er an dieser Stelle die enge Beziehung der Einfühlung zur Identifizierung.

Aber auch und gerade für den psychotherapeutischen Prozeß hat *Freud* die Einfühlung für außergewöhnlich wichtig angesehen. Wie so oft in diesem wenig geordneten Bereich sind die Behandlungszimmerrealitäten der verschiedenen Richtungen sich ähnlicher als die theoretischen Reflexionen über sie vermuten lassen (siehe dazu die vorzügliche Darstellung von *Garfield*, 1982). *Freud* hat die Einfühlung besonders für den Beginn der Bildung der ersten zarten Übertragungsversuche des Patienten für angezeigt gehalten und davor gewarnt, zu diesem Zeitpunkt die einführende Haltung plötzlich in eine andere Rolle umkippen zu lassen. „Man kann sich diesen ersten Erfolg — des Beginns der Übertragung *O. L.* — allerdings verscherzen, wenn man von Anfang an einen anderen Standpunkt einnimmt als den der Einfühlung, etwa einen moralisierenden, oder wenn man sich als Vertreter oder Mandatar einer Partei gebärdet, des anderen Eheteiles etwa usw.“ (1964, S. 474). Und an dieser Stelle erwähnt er auch den Typus der anderen, die Analyse behindernden oder sogar unterbrechenden Haltung, worin ihm *Rogers* folgt.

In der großen systematischen Darstellung seiner gesamten sogenannten klientenzentrierten Psychotherapie in *Kochs* Sammelwerk (1959) gibt *Rogers* eine leicht veränderte und präzisierte Fassung der Definition der Einfühlung mit Hilfe des dann für diese Richtung so bedeutsamen Begriffs des „inneren Bezugsrahmens“ (internal frame of reference). Unter Empathie oder Empathisch-Sein versteht er nun den Versuch, „den inneren Bezugsrahmen eines anderen genau und mit den entsprechenden emotionalen Komponenten und Bedeutungen so wahrzunehmen, als ob man die Person selbst wäre, ohne jedoch die ‚Als-ob‘-Situation aufzugeben. Das bedeutet, das Verletztsein oder das Vergnügen des anderen zu empfinden, wie er es empfindet, und deren Ursachen wahrzunehmen, wie er sie wahrnimmt, ohne jedoch jemals zu vergessen, daß wir dies tun, *als ob* wir verletzt oder vergnügt usw. wären. Geht dieses ‚als ob‘ verloren, dann wird daraus Identifikation.“ Bei den drei Formen des Wissens, wie sie *Rogers* in der Auseinandersetzung mit *Skinner* herausgearbeitet hat, wird diese Bestimmung der Einfühlung wieder eine entscheidende Rolle spielen.

Diesen selben Zielbereich, die subjektive Innenwelt mit all ihren Sinnbeziehungen in sich selbst und zum anderen hin nennt *Husserl* Erlebniszusammenhang, und *Dilthey* wählte dafür den Begriff Strukturzusammenhang.

Auf ihn also ist das Einfühlen gerichtet, ihn versucht es in all seinen Zusammenhängen zu erfassen. Bei Rogers läßt sich jedoch eine wichtige *Wandlung* des Verständnisses der Einfühlung feststellen. Hatte er früher die Empathie mehr als einen *Zustand* aufgefaßt und beschrieben, so neigt er nun dazu, ihn mehr als einen *Prozeß* zu begreifen. In ihm als einer „komplexen, fordernden, harten, aber zugleich auch subtilen und sanften Art des Umgangs“ findet nämlich ein aktives Forschen und ein ständiger Austausch von Mitteilungen verbaler und/oder nichtverbaler Art statt. Vor allem aber ist er durch eine dauernde Veränderung seiner Kommunikation gekennzeichnet, die Rogers so zu charakterisieren versucht: „Empathie bedeutet, die private Wahrnehmungswelt des anderen zu betreten und darin ganz und gar heimisch zu werden. Sie beinhaltet, in jedem Augenblick ein Gespür zu haben für die sich ändernden, gefühlten Bedeutungen in dieser anderen Person, für Furcht, Wut, Zärtlichkeit, Verwirrung oder was auch immer sie erlebend empfindet. Empathie bedeutet, zeitweilig das Leben dieser Person zu leben; sich vorsichtig darin zu bewegen, ohne vorschnell Urteile zu fällen; Bedeutungen zu errahnen, deren sie selbst kaum gewahr wird; nicht aber, Gefühle aufzudecken versuchen, deren sich die Person gar nicht bewußt ist, dies wäre zu bedrohlich“ (1980, S. 79). In der Empathie versucht also der Therapeut, sich diesen gefühlten Bedeutungen des Klienten, die sich permanent ändern, anzupassen und sie zu akzeptieren, um sie so zu verstehen.

Dies ist die eine, die rezeptive Komponente des Prozesses, in der die aufmerksame Wahrnehmung — man denkt an *Freuds* „gleichschwebende Aufmerksamkeit“ — dominiert. Der Prozeß hat jedoch noch eine zweite, mehr aktiv gestaltende Komponente. „Empathie schließt ein, daß man die eigenen Empfindungen über die Welt dieser Person mitteilt, da man mit frischen und furchtlosen Augen auf Dinge blickt, vor denen sie sich fürchtet. Sie bedeutet schließlich, die Genauigkeit eigener Empfindungen häufig mit der anderen Person zusammen zu überprüfen und sich von ihren Reaktionen leiten zu lassen.“ Der Therapeut als ein „vertrauter Begleiter in die innere Welt“ des Klienten vermittelt seine eigenen Gefühle und Empfindungen angesichts der Eröffnung seiner inneren Welt und prüft mit ihm zusammen die Stimmigkeit der von ihm geäußerten Erfahrungen; gegebenenfalls regt er zur Überprüfung der erlebten Bedeutungen an und weist auch auf mögliche neue weiterweisende Bedeutungen hin. „Indem er sie auf die möglichen Bedeutungen in ihrem Erlebnisfluß hinweist, hilft er ihr, sich auf einen Bezugspunkt zu konzentrieren, die Bedeutungen stärker zu erleben und im Erleben selbst Fortschritte zu machen“ (S. 79).

In ähnlicher Weise hat auch *Dilthey* die Bemühung um das Verständnis des individuellen Strukturzusammenhangs zu charakterisieren versucht. Er sagt dazu: „An solchen oder anderen konkreten Zusammenhängen werden wir einzelne Übergänge, einzelnes Erwirken inne, jetzt eine Verknüpfung, dann eine andere, diese inneren Erfahrungen wiederholen sich, bald diese bald jene innere Verbindung wird im Erleben wiederholt, bis dann der ganze Strukturzusammenhang in unserem inneren Bewußtsein zu einer gesicherten Erfahrung geworden ist“ (S. 206). Aber auch diesen andern Gedanken finden wir bei ihm, daß nämlich in diesem Prozeß Fortschritte gemacht werden können in dem Sinne, daß der Klient sich weiterzuentwickeln vermag. Der so allmählich aufgedeckte Strukturzusammenhang des individuellen Seelischen ist für *Dilthey* ein teleologischer, das heißt ein Zweckzusammenhang, „welcher Lebensfülle, Triebbefriedigung und Glück zu erwirken die Tendenz hat.“ Und ganz im selben Sinne wie *Rogers* heißt es weiter: „Sofern die Teile in der Struktur so miteinander verbunden sind, daß die Verbindung Triebbefriedigung und Glück hervorzurufen, Schmerzen abzuwehren geeignet ist, nennen wir ihn zweckmäßig.“ Dabei ist es im Sinne einer interkulturellen Übereinstimmung interessant, daß der *Rogers*-Schüler *Gendlin* sich ausdrücklich auf *Dilthey*s Vorstellungen vom Erleben (Erlebnis) beruft.

Am Kontrast sind Eigenbedeutungen von Phänomenen am deutlichsten zu erkennen, daher hat *Rogers* diesem so gekennzeichneten empathischen Prozeß einen anderen Erkenntnis verhindernden Prozeß entgegengestellt. Es ist das falsche Verstehen, das Mißverstehen, das — wie erwähnt, ganz im Sinne *Freuds* — „wertende Verstehen“. Es kommt alltäglich vor und ist die übliche, normale Weise unserer Begegnungen. *Rogers* gibt jedoch einen Grund für das seltene Vorkommen des empathischen Verstehens an. Wer sich nämlich dem anderen in dieser ungeschützten Weise öffnet, kann der Gefahr begegnen, eine Perspektivenveränderung zu erleben; er sieht dann das Leben mit den Augen des anderen und muß sich vielleicht wider Willen verändern. *Perls* nannte diese Gefahr Konfluenz.

Von heilendem Effekt ist jedoch nicht nur die vollzogene und erreichte Empathie, sondern auch schon die bloße Bereitschaft dazu. Das Erlebnis eines fremden Verstehenwollens um jeden Preis ist allein schon therapiefördernd. Da die Einfühlung eine anstrengende und selten voll verwirklichte Leistung ist, die aus unserem Alltagsverstehen herausragt, in das wir stets wieder zurückfallen, empfiehlt *Rogers* die systematische Übung der Empathie, das Sensitivitäts-Training.

Angesichts der häufig zu beobachtenden „Empathieroutine“, gegen die Rogers im Alter selbst vehement Front machte (1977, S. 185), die daran erkennbar ist, daß man sich nur an den Wortsinn des Geäußerten hält, sich nur an der Oberfläche bewegt, ist darauf hinzuweisen, daß der Therapeut versuchen muß, „in die Haut des Klienten zu schlüpfen, in die Welt komplexer Sinngehalte, die der Klient ausdrückt, einzutauchen.“ Die kommentierenden Bemerkungen in der zweiten, der aktiven Phase des Prozesses sollten sich nicht nur auf das bewußt Erlebte und Geäußerte des Klienten beziehen, sondern auch „auf die neblige Zone am Rande der Gewahrwerdung.“ Die in dieser Zone auftauchenden Sinngehalte gilt es angemessen zu erkennen und zu verbalisieren. Damit ist die Aufgabe der Empathie weit größer und extensiver abgesteckt als die bloße Repetition der Worte; der so häufig konstatierte Unterschied zwischen der Verbalisierung der Sinngehalte (Rogers) und der Deutung vor- und unbewußten Materials (Freud) dürfte im praktischen Vollzug seine scharfen Grenzen verlieren.

Für die psychologische Methodenlehre im allgemeinen ist jedoch von entscheidender Bedeutung, daß Rogers der Empathie eine doppelte Funktion zuerkennt, dies übrigens ganz in Übereinstimmung mit Vorstellungen der verstehenden Psychologie. Wie gezeigt, ist sie für ihn einmal eine von drei fundamentalen Bedingungen (in der Fassung von 1977 neben Kongruenz und Wertschätzung), die die Veränderung des Klienten bewirken. Damit gehört sie zum psychotherapeutischen Methodenbestand der humanistischen Psychologie. Zum anderen aber ist sie auch eine Methode der Erkenntnis von Fremdseelischem schlechthin, und damit zählt sie zum Repertoire der psychologischen Forschungsmethoden im eigentlichen Sinne. Die von Rogers selbst getroffene Feststellung der Überordnung der Empathie als Forschungsmethode im allgemeinen ist für den von uns hier im ganzen eingenommenen Standpunkt — daß nämlich die Forschungsmethode der humanistischen Psychologie nicht mit der therapeutischen Einstellung und ihren Methoden zusammenfällt, ihr vielmehr eine größere Extension zukommt — wichtig und wird in seinen „drei Formen des Wissens“ (Abschnitt 8) deutlich herausgearbeitet.

10. Redefinitionen einiger traditioneller Konzepte

Das veränderte Methodenbewußtsein, zu dem die humanistische Psychologie anregt, läßt sich weiter klären, wenn man es in einzelne Komponenten auseinanderlegt und in Form von Gegenüberstellungen verfolgt, wie alte Forschungskonzepte auf diesem Wege neu bestimmt

werden. *Giorgi* (1971) hat diesen lohnenden Versuch unternommen und eine Aufgliederung des Themas in sieben Alternativen vorgenommen, die sich zwar teilweise überschneiden, dabei aber jeweils andere Nuancen hervorheben und verdeutlichen. Wir fügen eine achte, die wie uns scheint für die humanistische Psychologie von grundlegender Bedeutung ist, hinzu.

1. Die *forschende Aktivität* sollte gegenüber der *Durchführung von Experimenten* bevorzugt werden (research versus experimentation).

Üblicherweise wird der Forschungsprozeß mit der Planung und Durchführung von Experimenten identifiziert. Das Experiment hat, wie der Blick in die Fachzeitschriften lehrt, eine ihm gar nicht zukommende Bedeutung erhalten; demgegenüber muß daran erinnert werden, daß das Experiment immer nur einen bestimmten Stellenwert innerhalb des gesamten Forschungsprozesses hat. Für manchen Psychologen mag es wie ein Sakrileg klingen, wenn man sachlich zutreffend feststellt, daß die Erforschung eines Gegenstandes seine tiefe und durchdringende Erkenntnis verlangt, wozu ein Experiment jedoch nicht unbedingt erforderlich ist. Die in der Entwicklung der Psychologie aufgetretene und heute noch antreffbare Tendenz, eine experimentelle Psychologie einer irgendwie gearteten, jedenfalls nicht mit dem Experiment befaßten Psychologie gegenüberzustellen, ist falsch. Die humanistische Psychologie erinnert daran, daß die Praxis des Experiments in *allen* Zweigen der Psychologie möglich ist, daß aber der Sinn des Experiments an sich nicht aus den Augen verloren werden sollte. So ist bei jedem Forschungsvorhaben an den verschiedenen Abschnitten der Beobachtungsreihe immer wieder die Frage zu stellen, ob es zur umfassenden Erkenntnis des betreffenden Gegenstandes überhaupt eines Experiments bedarf. Angesichts der Verpflichtung zum Experiment in der Ausbildung des Psychologen sollte man den Mut zum Nichtexperiment fördern (seine Durchführung im Sinne des Exemplarischen selbstverständlich ausgenommen) und verstärkt bedeutende nicht-experimentelle Gegenstandsanalysen in den Unterrichtskanon aufnehmen. *Giorgi* sagt hierzu: „Angenommen, Experimente sind durchführbar, dann sollten sie an dem Punkt einer Untersuchung durchgeführt werden, wenn es notwendig wird, Aspekte oder Merkmale von Phänomenen aufzudecken und zu enthüllen, die nicht durch direkte Beobachtung festgestellt oder verstanden werden können... ein Experiment ist eine Form der Ergänzung der direkten Beobachtung, eine Form der Informationsermittlung über Phänomene, die in anderer Weise zu erreichen schwierig oder unmöglich ist“ (S. 278). Besonders bei der Erstellung von Sammelreferaten erfährt man regelmäßig die

Unverhältnismäßigkeit zwischen experimentellem Aufwand und ermittelten Resultaten. Das Experiment hat gegenüber der direkten Beobachtung Dienstfunktion und ist nur ein Weg im Zusammenhang der forschenden und suchenden Aktivität. Hierbei ist es entlarvend, daß es angesichts einer kaum übersehbaren Fülle von Sammlungen von psychologischen Experimenten in Form von Readern keine einzige solche zu nichtexperimentellen Untersuchungen gibt, obwohl viele vorzügliche und klassische Beispiele hierzu vorliegen.

2. Die *qualitative* Untersuchungsform sollte der *quantitativen* vorgezogen werden.

Die traditionelle Forschungspraxis hat die quantitative Bearbeitung von Phänomenen einseitig gefördert, wobei sie sich an ihr naturwissenschaftliches Vorbild hielt, *wie sie es verstand*. Bei dieser Rezeption wurde aber vergessen, daß die Quantifizierung auch in den Naturwissenschaften kein Zweck an sich ist, sondern daß vielmehr auch hier das übergeordnete Qualitätskriterium die Fruchtbarkeit des Forschungsimpetus ist. Die quantitative Analyse menschlichen Verhaltens und Erlebens setzt eine Reduktion seiner gesamten Persönlichkeit auf eine raumzeitliche Seinsform (Dingcharakter als *res extensa*) voraus. Die humanistische Psychologie vertritt jedoch den Standpunkt, daß menschliche Erlebensformen nicht oder nur bedingt quantitativer Bestimmung zugänglich sind. „Wir fordern hier, daß wenn jemand am Studium von genuin menschlichen Phänomenen interessiert ist, er die qualitative Dimension beachten muß. Der Mensch ist kein Objekt in der Welt, sondern ein erlebendes Wesen, und qualitative Fragen sind sinnvoll nur für erlebende Wesen“ (S. 279).

Giorgi vertritt weiter sogar die Ansicht, „daß die Wissenschaften vom Menschen, um dasselbe Ausmaß an Erfolg wie die Naturwissenschaften zu erreichen, gründlich die qualitative Dimension mit angemessenen Methoden erforschen sollten“ (S. 280). Die humanistische Psychologie hat allerdings auch Operationalisierungen ihrer Konzepte versucht — hingewiesen sei auf die Skalen zur Bestimmung der Empathietiefe und anderer Therapeutenvariablen von *Truax* und *Carkhuff* (1967/1972) und aus der Schule von *Tausch* und auf den „Fragebogen zur Selbstaktualisierung“ (Personal Orientation Inventory) von *Shostrom* (1974; vgl. *Lockowandt*, 1984) —, praxisleitend war dabei jedoch stets die Überzeugung, daß die dazu notwendige Transformation der Phänomene in Skalen den Vorrang des Qualitativen vor dem Quantitativen nicht berührt.

3. Die *Bedeutung, der Sinn* sollte gegenüber der *Messung* favorisiert werden.

Diese Forderung hängt natürlich mit der vorigen aufs engste zusammen. Alltäglich ist in der Forschungspraxis in der Tat die Verwechslung von Erkenntnis und Messung. Man kann aus eigener Erfahrung nur zustimmen, wenn *Giorgi* sagt, daß für viele Psychologen Forschung mit der Frage beginnt: Wie können wir das Phänomen messen? Die andere Frage nach der Angemessenheit von Messung überhaupt angesichts der Wesenseigentümlichkeit psychischer Phänomene wird demgegenüber nur sehr selten gestellt; denn der Erfolg der Messung in den Naturwissenschaften läßt diese Frage gar nicht erst aufkommen. In einem repräsentativen Standardwerk über psychologische Forschungsmethoden formuliert *Peak* in ihrem Aufsatz über ‚Probleme der objektiven Beobachtung‘ die Frage, die bei jeder Untersuchung gestellt werden soll: „Wurde ein Versuch unternommen, das Beobachtete in quantitativen Begriffen zusammenzufassen? Kann eine Bewertung in Punkten eingeführt werden und welches sind die metrischen Eigenschaften dieser Bewertung?“ (1965, S. 245). Die in dieser Frageform enthaltene Vorsicht ist schätzenswert; denn es wird gefragt, ob ein *Versuch* zur quantitativen Idealisierung des Phänomens gemacht worden ist. Sie nimmt also an, daß es möglich sein könnte, daß die betreffende Erlebnisrealität gar nicht auf diese Weise zu formalisieren ist. Diese kritische Haltung gegenüber der quantitativen Bestimmung und ihrer Übertreibung wird von der humanistischen Psychologie geteilt. Man muß feststellen, „daß Messung keine absolut geeignete Methode ist, sondern eine Methode, die in hohem Maße fruchtbar für einen bestimmten gut abgegrenzten Bereich, dessen Grenzen bisher noch nicht zufriedenstellend umschrieben worden sind“ (*Giorgi*, S. 280). Der Autor hat daher den Entwurf von Beschreibungsmethoden für qualitative Dimensionen, den Grundbestand psychischer Wirklichkeit, gefordert, die sich durch dieselbe Fruchtbarkeit auszeichnen wie die Messung für die quantitativen Dimensionen raumzeitlicher Gebilde. Er selbst hält der übertriebenen und vielfach gar nicht transponiblen Methode der Messung die „vorurteilsfreie Beschreibung“ entgegen; sie muß den Ausgangspunkt der Datenerhebung bilden. Eine verbale Beschreibung unter einer wesentlich qualitativen Perspektive enthüllt die Bedeutung des Phänomens für die Person. „Daher ist die Frage nach den Qualitäten zum Beispiel einer Angsterfahrung in Wirklichkeit gleichbedeutend mit der Frage danach, was diese betreffende Erfahrung *für sie* ist. Und durch die Beschreibung dessen, was sie für sie ist, entbirgt (discloses) die Person auch einige Aspekte der Bedeutung bei der Erlangung des Wesens eines Phänomens, und man entbirgt auch seine Bedeutung“ (S. 281). Um zur Bedeutung, zum Sinn des

Gegebenen vorzustoßen, schlägt der Autor dann eine gemäßigte Form der eidetischen Wesensschau im Sinne *Husserls* vor.

Der These, daß die Beschreibung an die Stelle der weit überschätzten Messung zu treten habe, ist zuzustimmen; daß allerdings zur Sinnbestimmung des Phänomens die eidetische Wesensschau das probate Mittel ist, bleibt fraglich. Es ist jedoch für jedes methodische Denken festzuhalten, daß der Glaube, eine Beobachtung habe erst dann wissenschaftliche Dignität, wenn sie in Ziffern, mathematischen oder logistischen Symbolen ausgedrückt ist, ein Aberglaube ist (*Strasser, 1964*). Es kann hier nicht gezeigt werden, wie es zu dieser ganz ungerechtfertigten Überschätzung des mathematischen Modells gekommen ist. *Husserl* sieht die wichtigste Ursache hierfür bekanntlich in *Galileis* impliziter Fassung des Naturbegriffs; die Fruchtbarkeit des Modells in dieser Seinsregion drängte dann aus einer inneren Dynamik heraus zur Transposition auch auf andere Regionen. Angesichts der Tatsache aber, daß manchenorts die psychologische Methodenlehre im Ausbildungskanon zu einer Einführung in eine übrigens von ihren mathematischen Grundlagen abgeschnittene und verwässerte Inferenzstatistik und Logistik geworden ist, empfiehlt die humanistische Psychologie berechtigterweise als methodisches Prinzip die Befreiung vom Bann der Ziffer und als ersten Schritt die Rückkehr zur Übung und Praxis der disziplinierten Phänomenbeschreibung.

4. An die Stelle der *Analyse* muß die *Explikation* treten.

In der empirisch-experimentellen Tradition der Psychologie hat die Zergliederung der Phänomene in mehr oder weniger kleine Einheiten und Elemente, die Analyse also, die wissenschaftliche Arbeit so stark dominiert, daß dieser Methode fast der Wert eines Axioms beigelegt wurde. Die Klärung der Bedeutung eines Phänomens erfordert jedoch keineswegs notwendigerweise seine Analyse, sondern eher seine Explikation; mit diesem Begriff bezeichnet *Giorgi* „den Prozeß, in dem der Ort (Stellenwert) eines jeden gegebenen Phänomens innerhalb seines Horizonts expliziert oder thematisiert wird“ (S. 281). So ist ein Phänomen eher im Gegenteil durch den Aufweis des größeren Ganzen, in die es eingebettet ist, verstehbar. *Jung* (1936) nennt diesen Vorgang der Horizontthematisierung *Amplifikation*. Dabei wird angenommen, daß der Horizont oder auch Kontext nicht nur gleichsam additive, sondern konstitutive Bedeutung für das Phänomen hat. Das Phänomen ist ohne ihn als solches nicht denkbar, es ist dann von anderer Wirklichkeit. Die Abstraktion des Kontextes verändert das Phänomen in seinen wesentlichen Gegebenheiten.

Daher ist es methodisch notwendig, daß die Explikation des Phänomens, also die Feststellung seiner „vollen Konkretion“ (Husserl) jeder Untersuchung im engeren und strengeren Sinne vorhergeht. „Die Explikation ist eine Form der Beschreibung, die besonders geeignet ist für die Erfassung der Bedeutung (des Sinnes) eines Phänomens, da sie die vielfältigen Beziehungen des Phänomens zu seinem Horizont enthüllt“ (Giorgi, S. 282). Besonders wichtig ist die gründliche und sorgfältige Explikation bei Versuchen mit Kontrollgruppen. Viele dieser berichteten Versuche sind beweiskritisch bedeutungslos oder doch von eingeschränktem Wert, weil sich zwar in der kritischen Variablen Unterschiede ergeben können; zumeist verschwinden sie aber völlig, wenn man die eventuell unterschiedliche Bedeutung der als vom Versuchsleiter identisch gedachten Aufgaben expliziert. Giorgi (1966) hat mehrere instruktive Beispiele für die Fruchtbarkeit der Explikation geliefert.

5. Nicht *determinierte Reaktionen* sollten untersucht werden, sondern *intentionale Personen*.

Üblicherweise gilt der Grundsatz, daß bei psychologischen Versuchen alle Bedingungen konstant zu halten sind mit Ausnahme von zweien, der unabhängigen und der abhängigen Variablen. Die unabhängige Variable, der Stimulus, wird vom Versuchsleiter ausgewählt und der Versuchsperson in systematischer Weise präsentiert. Die Annahme hierbei ist, daß die Reaktionen in einem gesetzmäßigen oder nur regelhaften Zusammenhang — je nach wissenschaftlichem Anspruchsniveau — mit den Stimuli variieren. Die humanistische Psychologie hat hierbei das dem zugrundeliegende, wenn auch nicht immer explizit gemachte Modell des passiven Reizempfängers kritisiert und demgegenüber die Intentionalität jeder Versuchsperson als Wesenskonstituens ihres gesamten Verhaltens hervorgehoben. „Die wichtige Implikation dieser Analyse für die Forschungsmethodologie in den Humanwissenschaften ist, daß die Art und Weise, wie eine Versuchsperson ein Experiment erlebt, immer als Teil der Daten eines Experiments miteinbezogen werden muß. Die einfache Tatsache, daß eine Person an einem Experiment partizipiert, bedeutet noch nicht notwendigerweise, daß sie das Phänomen, das der Versuchsleiter intendiert, erlebt, noch daß sie es erlebt, *wie* der Versuchsleiter es intendiert“ (S. 23). Der Autor hat daher vorgeschlagen, jedem Versuch einen „beschreibenden Erfahrungsbericht“ der Versuchsperson selbst beizugeben.

6. Die Idee der *identischen Wiederholung* sollte zugunsten der *Wiederholung des wesentlichen Themas* aufgegeben werden.

Der Begriff 'Thema' ist hier wie in der Musik zu verstehen, wo es einen Erlebnisgegenstand darstellt, der nur durch seine Variationen wirklich erfaßt werden kann. Die übliche Versuchspraxis auferlegt dem Versuchsleiter den Zwang, das Experiment so zu gestalten und zu protokollieren, daß es jederzeit wiederholt werden kann. Hier wird angenommen, daß bei Wiederholung der exakten Bedingungen das betreffende Phänomen auch wiederauftreten muß. Allein die subjektive Intentionalität der Versuchsperson erweist diese Forderung als niemals realisierbar; sie ist eine Versuchsutopie. Trotz dieser axiomatischen Forderung sind Wiederholungen von Versuchen unter identischen Bedingungen auch bisher nicht bekannt geworden.

Die humanistische Psychologie stellt hierzu fest, daß eine solche identische Replikation auch gar nicht notwendig ist. Sie unterscheidet hierzu zwischen dem Wesen eines Phänomens und seinen verschiedenen Manifestationen und Konkretisierungen. „Die Forderung, daß das wesentliche Thema eines Phänomens *und* seine Manifestationen konstant sein sollen, ist eine unnötige Reduktion, die nicht nur dem Phänomen Gewalt antut, sondern auch sein korrektes Verstehen verhindert, weil seine verschiedenen Weisen, sich selbst zu manifestieren, auch Licht auf seine Wesenseigentümlichkeit wirft“ (S. 24).

Die Experimentalpraxis bleibt hier hinter der klinischen Praxis zurück, in der die Diagnose des einheitlichen Wesens einer Erkrankung trotz der Vielfalt ihrer Manifestationen zum unbezweifelten Alltag gehört. Daher sollten bei Versuchswiederholungen die Sinnbedingungen identisch sein, nicht aber die einzelnen Manifestationen. Da sie bei ein und demselben Phänomen durchaus verschieden sein können, kann diese Reduktion sich bei Versuchswiederholungen im Sinne und nach der Vorstellung einer exakten Kopie gerade als eine Störvariable erweisen. Es gibt also einen auf Phänomenreduktion basierenden Versuchs-bias.

7. Die Rolle des Beobachters (Versuchsleiters) sollte stets als *partizipierend* und *nicht als unabhängig* vom Versuch betrachtet und beurteilt werden.

Da hierüber schon in Abschnitt 4 gesprochen wurde, sei an das bereits Gesagte erinnert; hier sollen nur noch einige Bemerkungen hinzugefügt werden.

Die humanistische Psychologie hat in verschiedenen Analysen die Allgegenwart des Versuchsleiters im Versuch aufgedeckt und beschrieben. Zugleich hat sie die Einbeziehung dieser Tatsache in die Forschungspraxis gefordert. Dazu hat sie den Versuchsleitertypus des „teilnehmenden Beobachters“ als Lösung des Problems vorgeschlagen.

Diese Rolle entspricht auch der alltäglichen kategorialen Mitmenschlichkeit der personalen Lebenswelt. „Die Idee der Verbundenheit mit anderen als Norm gibt die Basis für die Möglichkeit ab, in der Psychologie Versuche und Forschung mit dem Modell des ‚teilnehmenden Beobachters‘ durchzuführen, weil es die Rolle der *Bedeutung* des Phänomens für die Person als wichtige Variable betont“ (S. 26).

Auf zweifache Weise kann diese Rolle aktualisiert werden. Einmal kann der Versuchsleiter die Bedeutung (den Sinn) des besonderen Phänomens, die er bei der Versuchsperson realisiert wissen möchte, explizit machen, beschreiben und mitteilen. Zum anderen können Erlebnisberichte der Versuchspersonen nach dem Experiment für die Interpretation der Ergebnisse sehr hilfreich sein. Jedoch läßt sich bei beiden Verfahren die Erlebnisrealität der spezifischen gewünschten Bedeutungen in ihrer Ursprünglichkeit immer nur mehr oder weniger wahrscheinlich machen (vgl. hierzu auch das Mittel des *Selbstreports* und der *kooperativ-dialogischen Untersuchungsform* bei von Eckartsberg, 1971).

8. Alle Tendenzen der *Verfügbarkeit* des Menschen sollten zugunsten der *Vergrößerung seiner Handlungsspielräume* vermieden werden.

Das mit dieser Alternative gemeinte Problem kann in einer dem naturwissenschaftlichen Vorgehen nachgebildeten Psychologie so aufgelöst werden, daß man Methoden, Erkenntnisse und deren Anwendung kategorial voneinander trennt. Die beiden sich daraus ergebenden Rollen des Psychologen, des rein Erkennenden und des Erkenntnisse Anwendenden können dann ebenfalls voneinander kategorial gesondert werden, und der Psychologe schlüpft dann gemäß dieser Sichtweise in eine dieser Rollen und erfüllt sie nach einem Modus ohne Rest, vergleichbar den Kippbildern, zu deren Eigentümlichkeit es bekanntlich gehört, daß man die in dem Reizsubstrat auch enthaltene jeweils andere Sehmöglichkeit völlig „aus den Augen verliert“, wenn man sich auf eine Sehmöglichkeit konzentriert.

Die humanistische Psychologie lehnt diese kategoriale Trennung von Erkennen und Anwenden ab. Sie propagiert eine ständige Integration beider Handlungsformen; für sie besteht ein wechselseitig sich bedingender Zusammenhang zwischen beidem. Um den Kippbildvergleich noch einmal zu bemühen, *sieht* man zwar stets nur eine Bildmöglichkeit, man *weiß* aber alsbald auch von der anderen. Sehen und Wissen sind mir dann gleichermaßen bewußt. Zwischen Sehen und Wissen herrscht nicht Negation, sondern Komplementarität und Integration.

In der herkömmlichen (besonders behavioristischen und neobehavioristischen) Sichtweise dient die psychologische Erkenntnis zumeist der Verfügbarkeit des Menschen. Ihr liegt eine grundsätzliche Trennung von Subjekt und Objekt der Erkenntnis zugrunde. *Little* (1972) hat die hier leitenden Persönlichkeitsvorstellungen treffend als ‚sie-Modelle‘ (them-models) im Gegensatz zu ‚wir-Modellen‘ (us-models) bezeichnet. Die ‚sie-Modelle‘ wenden ihre Erklärungsprinzipien auf die Versuchsperson („them“) an, nicht aber auf den Erkennenden und manipulierenden Forscher selbst („us“). Die Tendenz zur Verfügbarkeit ist unter der Grundperspektive einer solchen Trennung am größten. Sie soll erklärtermaßen erreicht werden durch Versuche der Klassifikation menschlicher Phänomene und des Menschen selbst, ihrer Kontrolle und ihrer Voraussagbarkeit (so z. B. in dem Standardwerk von *Zimbardo*, 1983, wenn der hier eingenommene Standpunkt in der Neubearbeitung des Werkes auch durch die Aufnahme der humanistischen Perspektive relativiert wurde).

Die humanistische Psychologie vertritt demgegenüber eine *reflexive* Vorstellung: „Reflexivität ist erreicht, wenn das wir-Modell und das sie-Modell kommensurabel werden“ (*Little*, 1972, S. 97). Sie lehnt daher entweder die von uns unter dem Begriff Verfügbarkeit zusammengefaßten Zielvorstellungen der Klassifikation, Kontrolle und Vorhersagbarkeit ganz ab oder mißt ihnen eine veränderte Funktion in einem größeren Ganzen zu.

Maslow (1977b) hat dazu angeregt, diese Zielvorstellungen neu zu überdenken. Er selbst hat nur ihre simplifizierenden Bedeutungen zurückgewiesen. „Die vereinfachenden Vorstellungen von ‚Vorausage‘ und ‚Kontrolle‘, die für eine Auffassung von Wissenschaft im Sinne des *Newtonschen* Billardtisches (Materie in Bewegung) angebracht waren, müssen wir hinter uns lassen, sobald wir zu der humanistischen und transhumanistischen Ebene der Wissenschaft vorstoßen“ (S. 68). Anstattdessen plädiert er für eine Überwindung der kritischen Gegensätze: „Freiheit ist im Sinne *Spinozas* zu verstehen, das heißt als Freiheit, sein eigenes Schicksal anzunehmen und zu lieben, was ganz gewiß wenigstens teilweise davon abhängt, daß man entdeckt und versteht, was und wer man ist, daß man sein reales Selbst (im Sinne von *Horney*) erkennt und eifrig darauf bedacht ist, sich ihm zu unterwerfen. Das bedeutet, daß man *ihm* die Kontrolle überläßt, daß man sich freiwillig von ihm bestimmen läßt“ (S. 68). Er war der Ansicht, daß eben eine vertiefte Selbsterkenntnis im Sinne der Reflexivität der wir-Modelle die kritischen Dichotomien ‚Freiheit gegenüber Determinismus‘ oder ‚Freiheit gegenüber Kontrolle‘ oder ‚Verstehen als Ziel gegen

über Voraussage und Kontrolle als Ziel' zu transzendieren vermag. Auch Jourard (1978) hat das Kontrollaxiom und den Funktionsstatus des Psychologen heftig kritisiert und eine Neubestimmung der Aufgaben der Psychologie gefordert; nach seinen Vorstellungen soll die übliche mystifizierende Manipulationspraxis der Psychologie zugunsten der Befreiung der sich ihr anvertrauenden Menschen von Herrschaft (control versus liberation) aufgegeben werden.

Die „Selbstaufklärung des Menschen“ (Herzog, 1984) auf beiden Seiten — Subjekt und Objekt — ist dann die neue Zielvorstellung, aus der sich aber auch Konsequenzen für das menschliche Handeln ergeben. Holzkamp (1983) — einer anderen Position verpflichtet, aber in ähnlicher Zielrichtung — sieht als zentralen Grundzug subjektwissenschaftlicher Forschung die „gemeinsame Praxis des Forschers und der Betroffenen in Richtung auf die Realisierung der auf den verschiedenen Stufen der Entwicklung des ‚Möglichkeitstyps‘ jeweils hypothetisch angesetzten Möglichkeiten der Erweiterung der Bedingungsverfügung“ (S. 562). Hiermit durchaus übereinstimmend sieht auch die humanistische Psychologie ihr Ziel methodischer Forschungspraxis in einer dialektischen Verbindung vertiefter Selbsterkenntnis und kontinuierlicher Erweiterung der Handlungsspielräume.

Literatur

- Allport, G. W., Personality: A psychological interpretation. New York, 1939 (S. 530-533).
- Berger, P., und Luckmann, Th., Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie. Frankfurt am Main, 1966.
- Buber, M., Ich und Du. Heidelberg, 1974, 8. Auflage.
- Bühler, Ch., und Massarik, F., Lebenslauf und Lebensziele. Studien in humanistisch-psychologischer Sicht. Stuttgart, 1969.
- Bühler, Ch., und Allen, M., Einführung in die humanistische Psychologie. Stuttgart, 1973.
- Bugental, J. F. T. (Ed.), Challenges of Humanistic Psychology. New York, 1967.
- Dilthey, W., Ideen über eine beschreibende und zergliedernde Psychologie, 1894. Gesammelte Werke, Band 5, Stuttgart, 1957.
- Drüe, H., Edmund Husserls System der phänomenologischen Psychologie. Berlin, 1963.
- Frankl, V. E., ... trotzdem Ja zum Leben sagen. Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager. München, 1982.
- Freud, S., Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung, 1912. Gesammelte Werke, Band 8, Frankfurt am Main, 1964, 4. Auflage.
- Freud, S., Zur Einleitung der Behandlung, 1913. Gesammelte Werke, Band 8, Frankfurt am Main, 1964, 4. Auflage.
- Garfield, S. L., Psychotherapie. Ein eklektischer Ansatz. Weinheim, 1982.
- Geiger, M., Über das Wesen und die Bedeutung der Einfühlung. Bericht über den 4. Kongreß für experimentelle Psychologie, 1910, S. 29-73.

- Giorgi, A., Phenomenology and experimental psychology II. *Review of Existential Psychology and Psychiatry*, 1966, 6, 37-50.
- Giorgi, A., *Psychology as a Human Science. A phenomenologically based approach*. New York, 1970.
- Giorgi, A., Fischer, W. F., und von Eckartsberg, R., *Duquesne Studies in Phenomenological Psychology: Volume I*, Pittsburgh, 1971.
- Giorgi, A., Fischer, C. T., und Murray, E. L., *Duquesne Studies in Phenomenological Psychology: Volume II*, Pittsburgh, 1975.
- Giorgi, A., Knowles, R., und Smith, D. L., *Duquesne Studies in Phenomenological Psychology: Volume III*, Pittsburgh, 1979.
- Gruhle, H. W., *Verstehende Psychologie*. Stuttgart, 1948.
- Gruhle, H. W., *Verstehen und Einfühlen. Gesammelte Schriften*. Bern, Göttingen, Heidelberg, 1953.
- Hacker, F., *Aggression — Die Brutalisierung der modernen Welt*. Wien, 1971.
- Heiss, R., *Der Gang des Geistes. Eine Geschichte des neuzeitlichen Denkens*. Bern und München, 1959, 2. Auflage.
- Herzog, W., *Modell und Theorie in der Psychologie*. Göttingen, 1984.
- Holzkamp, K., *Grundlegung der Psychologie*. Frankfurt, New York, 1983.
- Husserl, E., *Phänomenologische Psychologie. Vorlesungen Sommersemester 1925*. Gesammelte Werke, Band 9. Den Haag, 1968.
- Husserl, E., *Erfahrung und Urteil. Untersuchungen zur Genealogie der Logik*, 1939. Hamburg, 1972.
- Husserl, E., *Zur Phänomenologie der Intersubjektivität. Texte aus dem Nachlaß*, Erster Teil: 1905-1920. Zweiter Teil: 1921-1928. Dritter Teil: 1929-1935. Gesammelte Werke, Band 13, 14 und 15. Den Haag, 1973.
- Jourard, S. M., *Experimenter-subject dialogue: A paradigm for a humanistic science of psychology*. In: Bugental, J. F. T. (Ed.): *Challenges of Humanistic Psychology*. New York, 1967, S. 109-116.
- Jourard, S. M., *Disclosing man to himself*. New York, 1968.
- Jourard, S. M., *Self-Disclosure. An experimental analysis of the transparent self*. New York, 1971.
- Jourard, S. M., *The transparent self*. New York, 1971, 2. Auflage.
- Jourard, S. M., *Psychology: Control or Liberation?* In: Welch, J. D., Tate, G. A., und Richards, F. (Ed.), *Humanistic Psychology: A source book*. New York, 1978, 343-350.
- Jung, C. G., *Psychologie und Alchemie. Gesammelte Werke*, Band 12.
- Kelley, G., *Humanistic methodology in psychological research*. *J. of Humanistic Psychology*, 1969, 9, 53-65.
- Krippner, S., *The Plateau-Experience: A. H. Maslow and others*. *Journal of Transpersonal Psychology*, 1972, 4, 2, 107-120.
- Kuhn, Th. S., *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen*. Frankfurt am Main, 1979, 4. Auflage.
- Laski, M., *Ecstasy. A study of some secular and religious experiences*. New York, 1968.
- Lewin, K., *Die Lösung sozialer Konflikte*. Bad Nauheim, 1953.
- Lewin, K., *Gesetz und Experiment in der Psychologie*. Symposium, 1927, I; Separater Neudruck: Darmstadt, 1967.
- Lewin, K., *Kriegslandschaft*. Graumann, C.-F. (Hrsg.), *Kurt-Lewin-Werk-Ausgabe*, Bern und Stuttgart, Band 4, 1982, S. 315-325.
- Lifton, R. I., *On death and death symbolism: The Hiroshima disaster*. In: Bugental, J. F. T. (Ed.), *Challenges of Humanistic Psychology*. New York, 1967, S. 195-206.

- Lipps, Th., Leitfaden der Psychologie. Leipzig, 1906, 2. Auflage, S. 193-211.
- Lipps, Th. (Hrsg.), Psychologische Untersuchungen. Band 1. Leipzig, 1907. Das Wissen von fremden Ichen. S. 694-722.
- Little, B. R., Psychological Man as Scientist, Humanist and Specialist. *J. of Experimental Research in Personality*, 1972, (6), 95-118.
- Lockowandt, O., Zum Methodenproblem der „humanistischen Psychologie“. In: Petzold, H. (Hrsg.), Methodenintegration in der Psychotherapie. Paderborn, 1982, S. 303-322.
- Lockowandt, O., Fragebogen zur Selbstaktualisierung (FSA). Deutsche Bearbeitung des Personal Orientation Inventory, POI, von Everett L. Shostrom, nach der zweiten Auflage, 1974, Bielefeld (in Vorbereitung, 1984).
- Lohaus, A., Möglichkeiten individuumszentrierter Datenerhebung. Münster, 1983.
- Mahrer, A. R., Experiencing: A Humanistic Theory of Psychology and Psychiatry. New York, 1978.
- Mandler, J., und G., Good guys versus bad guys: The subject-object-dichotomy. *J. of Humanistic Psychology*, 1974, 14, S. 63 ff.
- Maslow, A. H., Motivation und Persönlichkeit. Olten und Freiburg im Breisgau, 1977a.
- Maslow, A. H., Die Psychologie der Wissenschaft. Neue Wege der Wahrnehmung und des Denkens. München, 1977b.
- Maslow, A. H., Lessons from the peak-experiences. *J. of Humanistic Psychology*, 1962, 2, 9-18 (deutsch: *Zeitschrift für Transpersonale Psychologie*, 1983, 2, 131-145).
- May, R. (Ed.), Existential Psychology. New York, 1969, 2. Auflage.
- McLeod, R. B., The teaching of psychology and the psychology we teach. *American Psychologist*, 1965, 20, 344-352.
- Merleau-Ponty, M., Phänomenologie der Wahrnehmung. Berlin, 1966.
- Merleau-Ponty, M., Die Struktur des Verhaltens. Berlin/New York, 1976.
- Mertens, W., und Fuchs, G., Krise der Sozialpsychologie? Zur Krisendiskussion über die theoretischen und methodischen Grundlagen der Sozialpsychologie. München, 1978.
- Metzger, W., Psychologie. Darmstadt, 1963, 3. Auflage.
- Moustakas, C., Heuristic Research. In: Bugental, J. F. T. (Ed.), Challenges of Humanistic Psychology. New York, 1967, S. 101-107.
- Moustakas, C., Einsamkeit. Düsseldorf, 1977.
- Nameche, G. F., Two Pictures of Man. *J. of Humanistic Psychology*, 1961, 1, 70-88.
- Nevill, D. D. (Ed.), Humanistic Psychology. New Frontiers. New York, 1977.
- Orne, M. T., On the social psychology of the psychological experiment: with particular reference to demand characteristics and their implications. *American Psychologist*, 1962, 17, 776-783.
- Peak, H., Problems of objective observation. In: Festinger, L., und Katz, D. (Ed.), Research Methods in the Behavioral Sciences. New York, 1965, S. 243-299.
- Pfänder, A., Einführung in die Psychologie. Leipzig, 1920, 2. Auflage.
- Pfänder, A., Zur Psychologie der Gesinnungen. In: Husserl, E. (Hrsg.), Jahrbuch für Philosophie und phänomenologische Forschung, erster Band, Teil I, Halle, 1922, S. 325-404 und dritter Band, Teil II, 1930, S. 1-125.
- Pfänder, A., Die Seele des Menschen, Versuch einer verstehenden Psychologie. Halle, 1933.
- Piaget, J., Das Weltbild des Kindes. Stuttgart, 1978, S. 1-37.
- Plutchik, R., Foundations of experimental research. New York, 1968.
- Polanyi, M., Personal Knowledge, London, 1973.

- Reason, P., und Rowan, J. (Ed.), Human Inquiry. A source book of New Paradigm Research.* Chichester, New York, Brisbane, Toronto, 1981.
- Rogers, C., The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. J. of Consulting Psychology, 1957, 21, 2, 95-103.*
- Rogers, C., A theory of therapy, personality und interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In: Koch, S., Psychology: A Study of a Science. New York, 1959, Band III, S. 184-256.*
- Rogers, C., Toward a Science of the Person. In: Wann, T. W. (Ed.), Behaviorism and phenomenology: Contrasting bases for modern psychology. Chicago, 1964, S. 109-140.*
- Rogers, C., Some thoughts regarding the current philosophy of the behavioral sciences. J. of Humanistic Psychology, 1965, Band 5, Nr. 2, S. 182-194.*
- Rogers, C., Therapeut und Klient. München, 1977.*
- Rogers, C., und Rosenberg, R. L., Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit. Stuttgart, 1980, S. 75ff.*
- Rosenthal, R., On the social psychology of the psychological experiment: The experimenters hypotheses as unintended determinant of experimental results. American Scientist, 1963, 51, 268-283.*
- Royce, J. R., The encapsulated man. An interdisciplinary essay on the research for meaning. Toronto, 1964.*
- Royce, J. R., Metaphoric knowledge and humanistic psychology. In: Bugental, J. F. T. (Ed.), Challenges of Humanistic Psychology. New York, 1967, S. 21-28.*
- Sanford, N., Will psychologists study human problems? American Psychologist, 1965, 20, 192-202.*
- Scheler, M., Wesen und Formen der Sympathie. Bern und München, 1922, 2. Auflage, 1926, 3. Auflage.*
- Schneewind, K. A., Methodisches Denken in der Psychologie. Bern, 1969.*
- Severin, F. T., Discovering man in psychology: Humanistic approach. New York, 1973.*
- Shaffer, J. B. P., Humanistic Psychology. Englewood Cliffs, 1978.*
- Stein, E., Zum Problem der Einföhlung. München, 1980 (Reprint der Originalausgabe von 1917).*
- Stevens, S. S., Mathematics, Measurement, and Psychophysics. In: Stevens, S. S. (Ed.), Handbook of Experimental Psychology. New York, 1965, 7. Auflage, S. 1-49.*
- Strasser, S., Phänomenologie und Erfahrungswissenschaft vom Menschen. Grundgedanken zu einem neuen Ideal der Wissenschaftlichkeit. Berlin, 1964.*
- Sutich, A. J., und Vich, M. A., Readings in humanistic psychology. New York, 1969.*
- Thorne, F. C., Clinical Judgement. A Study of Clinical Errors. Brandon, 1961.*
- Traxel, W., Einführung in die Methodik der Psychologie. Bern und Stuttgart, 1964.*
- Traxel, W., Über Gegenstand und Methode der Psychologie. Bern und Stuttgart, 1968.*
- Traxel, W., Grundlagen und Methoden der Psychologie. Eine Einführung in die psychologische Forschung. 2. völlig neubearbeitete und erweiterte Auflage. Bern und Stuttgart, Wien, 1974.*
- Truax, C. B., und Carkhuff, R. R., Toward effective counseling and psychotherapy: Training and practice. Chicago und New York, 1972, 4. Auflage.*
- Welch, J. D., Tate, G. A., und Richards, F. (Ed.), Humanistic Psychology: A source book. New York, 1978.*
- Zimbardo, P. G., Psychologie. Berlin, 1983, 4. neubearbeitete Auflage.*

Die ganze Welt ist eine Bühne

Das Psychodrama als Methode der Klinischen Psychotherapie

Hilarion Petzold

1. Definition des Verfahrens

Das Psychodrama ist eine Methode der klinischen Psychotherapie, der Soziotherapie und der experientiellen Pädagogik, in der Situationen, Konflikte, Phantasien über die Verbalisation hinaus in Handlung, in dramatisches Spiel umgesetzt werden, um emotionales Erleben, rationale Einsicht und körperlich vollzogene Aktion zu Erfahrungen von „vitaler Evidenz“ (Petzold 1982d) zu verdichten, durch die Änderungen von Haltungen und Verhalten möglich wird.

2. Historische Entwicklung

2.1 Vorläufer Psychodramatischer Therapie im Bereich des Kulldramas und Theaters

Dramatisches Spiel hat seine Ursprünge in rituellen Kultfeiern der Naturvölker, wie sich aus den Quellen, die uns aus dem Altertum überkommen sind (Else 1957; Jeanmaire 1951), und aus modernen ethnologischen Forschungen (Freeland 1923, Stevenson 1904) belegen läßt. Dabei können wir folgende Hauptformen dramatischer Handlung unterscheiden: das Kulldrama zur Veneration der Gottheit, das Initiationsdrama, das Bestattungsritual und den dramatischen Ritus der Dämonenaustreibung. Oft kommen zwei oder drei Aspekte in einer kultisch-dramatischen Handlung zusammen. Der Aufbau derartiger primitiver Kulldramen zeigt die Struktur einer Kurve, die mit den Begriffen Vorbereitung (πρότασις), Höhe- bzw. Wendepunkt (περιπέτεια) und Lösung (λύσις) beschrieben werden kann, ein Ablauf, den wir auch in zahlreichen antiken und modernen Dramen, in der Liturgie (Guardini 1918; Jetter 1978) und in den modernen Formen „dramatischer Therapie“ (Petzold 1976a, b) finden können: dem Psychodrama J. L. Morenos (Moreno 1959b; Leutz 1974), dem Therapeutischen Theater V. Iljines (Iljine 1942), der Gestalttherapie von F. S. Perls (Perls 1976; 1980; Petzold 1973a) (vgl. Diagramm VII, S. 55).

Zumindest bei den Initiations- und Austreibungsriten ging es in der Regel auch um Heilung, Heilung durch Reinigung (κάθαρσις) von Schuld, von bösen Gedanken und unsaubereren Geistern (Caltin 1959; Eliade 1954).

2.2 Das kathartische Element

Neben dem Element der Reinigung finden wir in den primitiven Kultdramen Elemente wie das der symbolischen Wunscherfüllung (Séchéhaye 1955), der emotionalen Partizipation in der Gruppe, der Identifikation (mit dem handelnden Priester oder Gott), der hypnoiden Trance, wie besonders in den schamanistischen Kulthandlungen (Eliade 1954), der direkten Suggestion, der freien Improvisation, der Trauerarbeit, der gelenkten Imagination, der Rollenübernahme, der Imitation, alles Elemente, die wir in den verschiedenen Varianten des Psychodramas wiederfinden, ja psychodramatische Techniken wie das „Doppel“, der „Rollentausch“, der „Spiegel“ und die Aufteilung der Gruppe in Zuschauer, Protagonisten und auxiliary egos finden sich, wenn man die ethnologische Literatur zu diesem Thema (Freeland 1923) durchsieht.

Es sei hier nur an das N' Doep-Ritual der Wolof und Lebou im Senegal erinnert, dessen Ähnlichkeit mit psychodramatischen bzw. psychotherapeutischen Prozessen von Zempleni (1966; 1968) und Colomb, de Préneuf (1969/70) herausgearbeitet wurde, an die dramatischen Behandlungspraktiken der Navajo und Zuniindianer (Matthews 1902; Stevenson 1904), oder javanische Heilungstraditionen (Cavetti 1975; 1976). Daß der therapeutische Wert dramatischen Spiels schon im Altertum erkannt wurde, dokumentiert — bei aller Schwierigkeit, die die Interpretation des Textes bietet (Bernays 1880) — die berühmte Stelle aus *de Poetica* des Aristoteles (1449b 24-28).

Die Katharsis der Emotionen ist hier nicht nur im Sinne einer Abreaktion zu sehen, wie in der psychoanalytischen Katharsiskonzeption (Freud, Breuer 1895; Z. Moreno 1971; Ginn 1973), sondern auch als eine Verwandlung oder Läuterung der Gefühle (Papanoutsos 1953), die dem Menschen ermöglicht, sein inneres Gleichgewicht wiederzufinden, wie Kalogeras (1956) unter Verweis auf Poet. 1456a, 38-39 annimmt (vgl. auch 1453b, 11-12). Man kann Barrucand (1970) zustimmen, daß Aristoteles, der aus einem alten Asklepiadengeschlecht stammt, ein medizinisch-physiologisches Konzept der Katharsis vertritt (Bernays 1880), gleichzeitig aber auch als Schüler Platons und Mitglied der Akademie die Verwandlung der Leidenschaften zur

Läuterung des geistigen Lebens in seinem Katharsisbegriff einschließt. Dem kathartischen Moment kommt im Psychodrama *Morenos* (Z. Moreno 1971) und in den aktionalen Therapieverfahren große Bedeutung zu (*Barrucand* 1970; *Sheff* 1981; *Nichols, Zax* 1977).

Durch die Entwicklung des künstlerischen Theaters und seine allmähliche Lösung aus dem unmittelbar sakralen Raum ging die Verbindung von dramatischer Handlung und Heilung allmählich verloren. In den Mysterienspielen des Mittelalters (*Cottas* 1931; *Hartl* 1937) und in den auf emotionale Ausgelassenheit gerichteten Fastnachtsspielen (*Kindermann* 1957-1970; *Duvignaud* 1965; *Petzold, Schmidt* 1972), die auf der „gemeinen“ Bühne des Kirchraumes oder des Marktplatzes stattfanden, lassen sich noch Elemente therapeutischer Intention und Wirkung nachweisen. Erst im 20. Jahrhundert kommen die therapeutischen Aspekte des Theaters unter dem Einfluß von *Stanislawskij* (*Rühle* 1963; *Stanislawskij* 1958, 1956) und *Moreno* (1924) wieder zum Tragen und finden in der Arbeit von *Artaud* (1938), *Grotowski* (1968), *Laban* (1971), den kleinen Bühnen des Off-Off Broadway und dem „Mitspielen“ *Pörtners* (1972a; 1972b) ihren Niederschlag (*Heilmeyer, Fröhlich* 1974; *Velzeboer* 1975; *Way* 1975). Therapeutische Aspekte finden wir auch in der pantomimischen Arbeit z.B. bei *Barrault* (1962), *Molcho* (*Erdmann* 1975) sowie im Werk *Berthold Brechts* (*Portele, Schmid* 1976), insbesondere in den „Lehrstücken“ (*Schmidt-Ranson* 1976) und bei *Pirandello* 1977 (*Rosati* 1982).

2.3 Vorläufer in der Medizin

Im Bereich der Medizin wurden dramatische Elemente in Form von Rollenspielen und Inszenierungen von Wahnvorstellungen schon sehr früh bei der Behandlung von Geisteskrankheiten als „psychische Kuren“ verwandt. Hinweise finden sich schon bei den römischen Ärzten *Galenus* (geb. 129, gest. 199) und *Soranus* (ca. 100 n. Chr.),¹ bei *Luther* (vgl. *Kirchhoff* 1890; *Petzold* 1982b) und 1669 in *Grimmelshausens Simplicissimus* (Lib. II c. 13-14). *Muratori* (1662-1750), *Sauvage* (1706-1767) u. a. haben sich solcher Methoden bedient. Die Praxis einer solchen „Theatrortherapie“ im ausgehenden 18., beginnenden 19. Jh. war offenbar so allgemein (vgl. *Diener* 1971, 181 ff), daß der *Marquis de Sade* bis 1813 seine Theateraufführungen mit Patienten in der Anstalt von Charenton veranstalten konnte (*de Collins* 1813 in: *de Sade* 1972; S. 88 ff; *Drach* 1974, *Schützenberger* 1966) und sich *Goethe* (*Diener* 1971; *Moreno* 1971) zu dem therapeutischen Singspiel „Lila“ inspirieren ließ, einer „psychischen Cur, wo man dem Wahnsinn ein-

treten läßt, um den Wahnsinn zu heilen“ (an K. F. Grafen Brühl, 1. Okt. 1818) (Diener 1971, S. 10).

Johann Christoph Reil (1803) kommt schließlich das Verdienst zu, dramatisches Spiel in der Behandlung Geisteskranker gezielt eingesetzt zu haben. Er schreibt (1803, S. 209 f):

Jede Heilanstalt müsse deshalb ein „besonderes eingerichtetes Theater haben... Auf demselben müßten die Hausoffizianten hinlänglich eingespielt sein, damit sie jede Rolle eines Richters, Scharfrichters, Arztes, vom Himmel kommender Engel und aus den Gräbern wiederkehrender Toter, nach den jeweiligen Bedürfnissen der Kranken bis zum höchsten Grade der Täuschung vorstellen können... Kurz, der Arzt würde von demselben [Theater]... nach den individuellen Fällen mannigfaltigen Gebrauch machen, die Phantasie mit Nachdruck und jeweiligen Zwecken gemäß erregen, die Besonnenheit wecken... Furcht, Schrecken, Staunen, Angst, Seelenruhe usw., [also entgegengesetzte Leidenschaften als Heilmittel] erregen und der fixen Idee des Wahnsinns begegnen zu können.“

Als ein weiterer Vorläufer des Psychodramas kann das „Therapeutische Theater“ betrachtet werden, das auf dem Hintergrund der Theaterinnovationen Stanislawskijs und seiner Schüler von dem Mediziner, Psychologen und Philosophen Vladimir N. Iljine zwischen 1908 und 1912 als Methode „zur Heilung des Leibes und der Seele“ (Iljine 1910; 1942) entwickelt wurde.

2.4 Die Anfänge psychodramatischer Therapie

2.4.1 Zeitgeschichtlicher und geistesgeschichtlicher Kontext

Sieht man die Ursprünge des Morenoschen Werkes, insbesondere seine frühe philosophische und literarische Tätigkeit, wird die Zuordnung zur Strömung des „Expressionismus“ deutlich (Raabe 1965; Paulsen 1968; Zmegac 1973). Moreno selbst ist Herausgeber einer wichtigen expressionistischen Zeitschrift (*Daimon* 1918 ab 1919 „*Der neue Daimon*“). Seine im Gustav Kiepenheuer Verlag, Potsdam, erschienenen Reden (1919; 1922; 1923; 1925) „Das Testament des Vaters“ (1920) und der „Königsroman“ (1923) zeigen von Thematik und Form Züge des Expressionismus. Pfau-Tiefuhr (1976) hat Morenos Verbindung zu expressionistischen Literaten- und Theaterkreisen dargestellt. Der Expressionismus ist als Reaktion auf die bürgerliche Kultur des ausgehenden 19. Jahrhunderts, auf das in dieser Zeit vorherrschende mechanistisch-deterministische Wissenschaftsparadigma und auf die industrielle Revolution zu verstehen (Paulsen 1968; Hatvani 1917).

Der Zwang der Fabrik und der Maschinen, die Orientierung von Wissenschaft und Philosophie an Imanenz und Kausalität hatten zu einer Verflachung der Weltsicht geführt, die durch die moral- und pflichtbetonten Normen der bürgerlichen Welt komplementiert wurde.

Um die Jahrhundertwende erfolgte in Kunst, Literatur und Philosophie eine expressionistische Wende, die durch die Katastrophe des ersten Weltkrieges und die damit verbundene Krise der bürgerlichen Gesellschaft noch weiteren Aufschwung erhielt. Wie viele junge Menschen dieser Zeit las *Moreno Kierkegaard* und *Nietzsche*. Das „Stegreiftheater“, die Idee der „Spielmächtigkeit“ zeigen deutlich diesen Einfluß. Auch *Henri Bergson* mit seinem Konzept des „*élan vital*“ übt auf *Moreno* (1953) Einfluß aus. Für *Bergson* wird der Mensch Mitschöpfer des Lebens, wenn er intuitiv das Lebendige erfaßt, das der Vernunft nicht zugänglich ist. *Morenos* Kreativitäts-, Spontaneitäts- und Empathiekonzept liegen in der Richtung dieses Denkens. *Edmund Husserl* entwickelt die phänomenologische Methode, — die von der sinnhaften Erfahrung der Äußerlichkeit von Gegenständen durch die phänomenologische Reduktion zu einem intuitiven Erkennen der Phänomene aus dem innersten Bewußtsein heraus gelangen will. *Sigmund Freud* macht durch das Konzept des Unbewußten deutlich, daß ein großer Teil unseres Lebens uns nicht zugänglich ist und nur über den Bereich der Symbole und der Träume erschlossen werden kann. Die Kunstform des Expressionismus versuchte, das Wesentliche des Lebens, den intuitiv-emotionalen Bereich des Menschen zu erfassen und auszudrücken. Dies schien mit den Möglichkeiten analytischer Vernunft nicht erreichbar. Intuition wird trügerischer Objektivität entgegengestellt. *Moreno* steht in seinen Theaterexperimenten, mit seinem „Stegreiftheater“ (1924) in dieser Gedankenwelt und entwirft seine Rollentheorie zunächst als „Antirollentheorie“, die von vorgefertigten Formen befreien soll (*Petzold, Mathias* 1983). Das Psychodrama ist (genau wie die Gestalttherapie, denn *Perls* war ganz ähnlichen Einflüssen ausgesetzt) nicht nur eine expressive sondern eine „expressionistische“ Therapie.

Ein weiteres Ereignis, daß für *Moreno* offenbar sehr bestimmend war, ist die Russische Revolution, mit der er sich immer wieder auseinandersetzte (*Moreno* 1951a, 159f; 1955c, 31). Er wirft *Marx* die Vernachlässigung sozial-struktureller Fragen gegenüber ökonomischen vor und sieht in seiner Soziometrie, insbesondere in Form der revolutionären „hot sociometry“, eine wichtige Ergänzung. Die Idee, makrogesellschaftliche Strukturen mit der Soziometrie anzugehen, wurde von dieser gedanklichen Auseinandersetzung bestimmt und blieb für ihn auch in späteren Jahren gültig (*Moreno* 1945a, b, c).

Ein weiterer zeitgeschichtlicher Einfluß ist in *Morenos* Tätigkeit als Arzt im Flüchtlingslager von Mitterndorf in den Jahren 1915-1917 zu sehen. In diesem Lager waren mehr als 10.000 Österreicher zusammen-

gefaßt, die aus Südtirol vor der italienischen Armee geflohen waren. In diesem Lager „hatte ich die Gelegenheit, diese Gemeinschaft von ihren ersten Anfängen bis zu ihrer letztendlichen Auflösung drei Jahre später zu beobachten, als nämlich am Ende des Krieges die Kolonisten in ihre Häuser nach Tirol zurück kehrten“ (Moreno 1955, 24).

Die Probleme im Lager führten Moreno zu soziometrischen Strategien zur Gewährleistung eines besseren Zusammenlebens. Schließlich ist das kulturelle Klima Wiens mit seiner spezifischen Situation zwischen West- und Osteuropa als bedeutsamer Einflußfaktor zu nennen (näheres im Beitrag von Titze, dieses Werk, Bd. II).

2.4.2 Der Gründer

Das Psychodrama wurde von dem Wiener Psychiater *Iacov Moreno Levi* (geb. 18. Mai 1889 in Bukarest, gest. 14. Mai 1974 in Beacon)² zu Beginn der zwanziger Jahre aus dem kindlichen Spiel (Moreno 1911) und dem Stegreiftheater entwickelt.

Die Vorfahren *Morenos* stammen zu einem Teil aus Spanien, zu einem anderen aus der Türkei. Sein Vater war ein kleiner jüdischer Kaufmann, der durch den Balkan reiste und Särge verkaufte. Seine Mutter stammte aus einer reichen Kornhändlerfamilie. „Ich war von meiner Mutter sehr geliebt und gewünscht.“ (Moreno in: Boria 1983, 274). Moreno berichtete von verschiedenen prägenden Ereignissen seiner Jugend: So wurde ihm erzählt, daß er im Alter von 9 Monaten todkrank war und durch die Heilkunst einer Zigeunerin gerettet wurde. Weiterhin waren für ihn die St. Spiridon-Kirche, die größte der Stadt, bei der das Haus der *Morenos* lag, und die dort stattfindenden Feste ein nachhaltiger Eindruck. „Ich habe immer eine besondere Beziehung zu Gott gehabt, der mich zu großen Projekten, die Welt zu verbessern, angeregt hat“ (ibid. 275). Von einem Rabbiner erzogen, „habe ich in Wirklichkeit immer eine große Anziehung durch Jesus Christus, den Inspirator der Apostel, empfunden“ (ibid. 274). Auch die von Moreno (1963a, 1969) verschiedentlich berichtete Episode, als vierjähriger „Gott zu spielen“, hat hier ihren Ursprung. Die theologisch-philosophischen Interessen, die später sein gesamtes ärztlich-therapeutisches Handeln prägten, verweisen auf diese Kindheitseinflüsse. Der Name *Moreno* bedeutet auf hebräisch „unser Meister“ und war, so Moreno selbst, mitbestimmend dafür, „das ich in einem breiten Sinne ein Meister wurde“ (ibid. 274). Moreno war der älteste von 6 Geschwistern, ein ausgesprochen phantasievolles und lebendiges Kind und im Geschwisterkreis und bei den Nachbarkindern Impulsgeber und „Ideenführer“. Die vielfältigen Einflüsse seiner Kindheit spiegeln sich deutlich in der Breite seines späteren Werkes. Als *Moreno* 5 Jahre wird, zieht die Familie von Bukarest nach Wien, da diese Stadt bessere Möglichkeiten für die Ausbildung der Kinder bot. Aber sein Vater blieb nicht lange in der Donaumetropole und zog in eine kleine sächsische Stadt. „Mein Vater war im Grunde ein umherziehender Hebräer, unfähig Wurzeln zu schlagen“ (ibid. 275). Der junge *Moreno* kam mit dem deutschen Schulsystem nicht zurecht und ging mit 13 Jahren alleine nach Wien zurück, um in einer befreundeten jüdischen Familie als Hauslehrer zu arbeiten. „Diese Arbeit erlaubte mir, meinen Lebensunterhalt zu verdienen und mich unabhängig zu fühlen. Die Trennung von dem Meinen stellte ein sehr bedeutendes Moment in meinem Leben dar: endlich fühlte ich mich von der Familie frei, die für mich äußerst bürgerlich war“ (ibid. 275).

Moreno kennzeichnet seine Mutter als „brave Frau mit einem begrenzten Horizont“ und fühlt sich von dem bunten Wesen seines Vaters stärker angezogen. Auch Moreno zieht später als Psychodramatherapeut durch die ganze Welt, um in Kliniken und auf Kongressen sein Verfahren zu verbreiten. Geschäftlicher Erfolg blieb Morenos Vater versagt. Er mußte von der Familie seiner Frau unterstützt werden. Auch Moreno findet erst relativ spät breite Anerkennung. Seine Geschwister werden erfolgreiche, bürgerliche Kaufleute. Die Ehe der Eltern wird durch die geschilderte Situation und einen großzügigen Onkel belastet. „Als ich 14 Jahre alt war, unternahm ich den ersten Versuch, meinen Vater und meine Mutter wieder zusammen zu bringen: das wurde mein erster therapeutischer Fehlschlag. Mein Vater entschied sich, meine Mutter zu verlassen und sich zu trennen. Für mich war dies ein schwerer Verlust, der in mein Leben einschneidet. Ich wurde viel zu früh Vater für die Meinen“ (ibid 275). Auf diesem Hintergrund nimmt es nicht Wunder, daß Moreno früher als alle anderen Begründer therapeutischer Verfahren sich mit Familien und Paartherapie befaßte (Moreno 1937a, 1937b; Compennolle 1982). Auch das „paternity syndrome“ (idem 1955), das Bemühen, sein geistiges Eigentum zusammen zu halten, mag hierher rühren.

In Wien setzte der junge Moreno seine Schulausbildung auf einem humanistischen Gymnasium fort. Aristoteles und die griechische Dramaturgie faszinierten ihn. Er begann sein Studium an der philosophischen Fakultät, um dann zur Medizin überzuwechseln, die er mit einer Spezialisierung in der Psychiatrie abschloß. Neben Arbeiten zur Philosophie und zu religiösen Fragestellungen betätigte er sich als Schriftsteller und Theatermann, baute zusammen mit A. Adler, J. Wassermann u. a. den „Genossenschaftsverlag“ in Wien auf, später sein eigenes Verlagshaus in Beacon. Er gab mehrere Zeitschriften heraus und war Organisator therapeutischer und sozialwissenschaftlicher Fachgesellschaften und internationaler Kongresse. Als Mediziner und Psychiater begründete er die Gruppenpsychotherapie, leistete bedeutende Beiträge zur Mikrosoziologie (Moreno 1934), zur Rollentheorie (Moreno 1961; Petzold, Mathias 1983) und zur Kreativitätstheorie (Moreno 1931, 1960). Er entwickelte den Begriff und das Konzept der Aktionsforschung, und führte den Hier-und-Jetzt-Begriff in die Psychotherapie ein (vgl. Petzold 1980b, 1980a, 1981a). Von 1915 bis 1917 wurde er als medizinischer Betreuer des Flüchtlingslagers in Mitterndorf tätig, wo er Anregungen zu seinen ersten soziometrischen Beobachtungen enthielt. Von 1918-1925 war er Werks- und Gemeindefacharzt in Vöslau. 1925 wanderte er in die USA aus, um dort seine Erfindung elektromagnetischer Tonaufzeichnungen zu kommerzialisieren. Es kamen zeitgleich bessere Systeme auf, und so wurde er als Gefängnispsychiater tätig und führte als einer der ersten psychotherapeutische und mikrosoziologische Interventionen in das amerikanische Gefängniswesen ein (Moreno, Within 1932; Haskel 1974).

Das Psychodrama als „direktives“ Verfahren, in dem sich die Kreativität des Therapeuten in gleicher Weise verwirklichen kann, wie sie die des Patienten fördert, weil von ihm eine große Rollenflexibilität und die Fähigkeit, sich in unterschiedlichste Situationen einzufinden, gefordert wird, entspricht der Persönlichkeitscharakteristik von Moreno. Für die Entwicklung des späteren Psychodramas aber waren neben den geschilderten Kindheitserfahrungen wohl die Spiele, die er als Student mit Kindern in den Gärten und Parks von Wien aus dem Stegreif improvisierte, von entscheidender Bedeutung (Burkart 1972; Leutz 1967).

Auf die „Kinderbühne 1911“ (Moreno 1911) folgten Anregungen durch expressionistische Theaterexperimente, die Commedia del Arte und das Altwiener Stegreiftheater (Burkart 1972; Leutz 1967; Moreno 1924, Pörtner 1972b), die 1922 zur Gründung des Stegreiftheaters in der Maysedergasse in Wien führten, dessen theatergeschichtliche Bedeutung erst in jüngster Zeit gewürdigt wurde (Burkart 1972; Diatkine, Gillibert 1965; Fanchette 1971; Petzold, Schmidt 1972; Pörtner 1972a, b). In dieser Entwicklung vom Improvisationstheater mit Zuschauern zu einem „Theater aller mit allen“ (Moreno 1923; 1924) sind die Grundlagen des therapeutischen Psychodramas zu sehen (Moreno 1959a, b, c, d, 1957a). Als wissenschaftliche Methode der Psychotherapie in der Gruppe wurde das Psychodrama von Moreno allerdings erst in den Vereinigten Staaten eingesetzt. Moreno selbst gibt das Jahr 1931 an (Moreno 1959b). In der Literatur taucht der Begriff „Psychodrama“ erst 1937 (Moreno 1937a, c) auf. In früheren Veröffentlichungen spricht Moreno nur von „spontaneity training and impromptu“ (1934, 326). Durch seine praktischen und theoretischen Arbeiten führte er die Begriffe *Gruppentherapie* und *Gruppenpsychotherapie* in die wissenschaftliche Literatur ein (1931) (Moreno, *Within* 1932a, b; Moreno 1957a), ja man kann ihn als einen der Initiatoren der Kleingruppenforschung ansehen. Mit der Gründung des ersten Psychodramatheaters und einer psychodramatisch orientierten Klinik in Beacon 1935 und des Psychodramainstituts 1942 in New York schuf Moreno Zentren, die zahlreiche, später bedeutende Sozialwissenschaftler und Therapeuten anzogen, unter Ihnen Ronald Lippitt, Theodore Newcomb, Leland Bradford, Kenneth Benne, George Bach, Fritz Perls, Eric Berne, Alvin Zander, Urie Bronfenbrenner, Alex Bavelas u. a., Männer, die später eigene, wichtige Verfahren der Gruppentherapie und die Gruppendynamik entwickelten und von Morenos psychodramatischer und soziometrischer Arbeit in Gruppen beeinflusst wurden (Moreno 1951b; Z. Moreno 1967; vgl. Petzold 1980a, b). Moreno wirkte auch prägend auf die Entwicklung der Gruppentherapie und Gruppendynamik durch seine Tätigkeit als Autor (mit ca. 300 Veröffentlichungen, Petzold/Mathias 1983, 383-399), Verleger und Organisator. Er gab die Zeitschriften „*Sociometric Review*“ (ab 1936, ab 1937 „*Sociometry*“), „*Sociatry*“ (ab 1947, ab 1949 „*Group Psychotherapy*“, ab 1976 „*Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry*“), weiterhin das „*International Journal of Sociometry*“ (ab 1956) heraus, in denen Kurt Lewin und die genannten Wissenschaftler ihre ersten Studien über Gruppenarbeit veröffentlichten (vgl. z. B. Bach 1950; Bavelas 1947; Bradford, Lippitt, Benne 1937; Bronfenbren-

ner, Newcomb 1947; Marrow 1947; Zander, Lippitt 1947 vgl. hierzu Petzold 1978e; 1980a, b).

2.4.3 Wirkungsgeschichte — die Schulen dramatischer Therapie

Das Psychodrama hat im Verlaufe seiner Verbreitung Modifikationen erfahren, und es haben sich unterschiedliche, z.T. recht divergierende Konzepte und Methoden herausgebildet. Außerdem finden sich andere Formen „dramatischer Therapie“, die sich vom Psychodrama unabhängig entwickelt haben oder von ihm nur peripher beeinflusst wurden, wie z.B. die Gestalttherapie von F. S. Perls (Passons 1975; Perls 1974, 1976), die „fixed role therapy“ von George Kelly (Bonarius 1967; Kelly 1955; Rillaer 1969/70), die Formen analytischer und non-direktiver Spieltherapie (Goetze, Jaede 1974).

Erwähnt werden müssen noch in diesem Zusammenhang Ansätze, die durch das Spielen von Bühnenstücken, Scharaden und Sketchs eine „Theatrotherapie“ betreiben, z.B. die „Expression Scénique“ (Dars, Benoit 1973, 1976) sowie Puppen, Masken- und Märchenspiel oder Pantomime in der Behandlung von psychiatrischen Patienten einsetzen (Petzold 1982a; 1983; Schattner, Courtney 1981; Allen, Krebs 1979; Wethered 1973).

2.4.3.1 Therapeutisches Theater

Das *Therapeutische Theater*, wie es von Vladimir Nikolajewitsch Iljine (geb. 28. 8. 1890, Vadovka; gest. 23. 10. 1974, Paris) entwickelt wurde (Iljine 1909, 1910, 1972; Petzold 1973b, 1975b; Schmidt-Ranson 1976), sieht seine anthropologische Grundlage in der Bedeutung des Spiels für das Leben des Menschen. An Einflüssen für die Entwicklung des therapeutischen Theaters sind zu nennen die Theaterexperimente Stanislawskijs und seiner Schüler, Spielpraktiken aus der russischen Folklore und die aktive Technik der Psychoanalyse von Sandor Ferenczi, bei dem Iljine seine analytische Ausbildung erhielt. Das therapeutische Theater geht von einer Rahmenhandlung aus, die der Therapeut für den Patienten aufgrund der anamnestisch eruierten Konfliktkonstellation schreibt (Iljine 1942, Petzold 1973b). Im fortschreitenden Verlauf der Therapie können derartige Rahmenstücke auch mit den Patienten gemeinsam geschrieben werden. Innerhalb der Rahmenstücke kann frei improvisiert werden. Das Spiel bringt auf diese Weise immer neues Spiel hervor: *théâtre permanent* (Petzold, Schmidt 1972). Das Spielgeschehen hat einen strukturierten Ablauf: 1. Konstitutions-schritt (Themafindung), 2. Analyseschritt (Reflexion des Themas), 3. Transpositionsschritt (Erstellung des Rahmenstückes), 4. Realisations-

schritt (Spiel des Rahmenstückes), 5. Reflexionsschritt (Durcharbeiten des Spiels). Parallel zum Spiel der Szenarien, das konfliktzentrierte oder erlebnisorientierte Ausrichtungen haben kann und in das der Therapeut deutend eingreifen kann, wird im Therapeutischen Theater übungszentriert mit dem „Improvisationstraining“ gearbeitet. In dieses gehen Elemente aus der Atem-, Körper-, Wahrnehmungs- und Stimm-schulung des Schauspielunterrichts ein, durch die Defizite im Verhalten und Erleben des Patienten kompensiert werden sollen (Petzold 1974j, 1975b).

2.4.3.2 Verhaltensmodifizierendes Rollenspiel/Behaviourdrama

Rollenspiel zum Einüben von Verhaltensweisen wurden in der amerikanischen Sozialtechnologie schon seit den vierziger Jahren verwandt, (z. B. von Zander und Lippitt 1947; Maier 1952; Bavelas 1947; Bradford, Lippitt, Benne 1947 u.a.). Es ist von dort in den pädagogischen Bereich übernommen worden (Carpenter 1968; Chesler, Fox 1966; Haas 1949; Shaftel, Shaftel 1967). In die Psychotherapie fand verhaltensmodifizierendes Rollenspiel — sieht man von den in diese Richtung zielenden Versuchen Morenos (1934) einmal ab (Petzold 1982e) — verhältnismäßig spät Eingang. Zwar verwendet Salter (1949) in seinem „assertive training“ Rollenspiele und auch Wolpe (1969) praktiziert im „behaviour rehearsal“ und im „exaggerated roletraining“ übendes Spiel, jedoch bleiben diese Versuche unsystematisch und theoretisch wenig abgesichert. Auch Corsinis (1966) „role therapy“ bleibt letztlich auf eine Sammlung nützlicher Techniken ohne konsistentes theoretisches Konzept begrenzt.

Es mehren sich jedoch die Versuche, lerntheoretische und verhaltenstherapeutische Prinzipien konsequent im therapeutischen Rollenspiel anzuwenden, und zwar vornehmlich im „assertive training“ (Ullrich de Muynck, Forster 1974).

Darüber hinaus geht die Konzeption des Behaviourdramas von Petzold (1969a; Petzold, Osterhues 1972). In ihm werden verhaltenstherapeutische Ansätze im Psychodrama (Ferinden 1971; Gumina, Gonen, Hagen 1973; Moreno 1963; Sturm 1965, 1971) ausgebaut. In Hierarchien von Situationsspielen wird systematisch desensibilisiert (Petzold 1974g, S. 287), oder es werden in sukzessiver Approximation komplexe Verhaltensweisen aufgebaut, indem erwünschtes Spielverhalten unmittelbar nach der Ausführung belohnt wird. Komplexes Verhalten wird auch über Imitationslernen (Bandura 1962, 1969), wiederum unter systematischem Einsatz von Verstärkern, erworben. Neben vielfältigen therapeutischen Möglichkeiten, die durch die verhaltensthera-

peutische Verwendung psychodramatischer Techniken gegeben sind, ist das Behaviourdrama ein ausgezeichnetes Instrument der Verhaltensdiagnostik (Bayer 1974), zeigt doch der Patient im Spiel für die Verhaltensanalyse relevantes „overt behaviour“.

2.4.3.3 Psychoanalytisches Psychodrama

Obwohl Adolf Friedemann (1972), der bekannte Schweizer Kinderpsychiater, schon Mitte der 20er Jahre, angeregt durch Morenos „Stegreiftheater“, dramatische Elemente in die analytische Therapie einbezog, obwohl S. Ferenczi Rollenspiel verwandte und auch die analytische Kindertherapie im Spiel immer das Dramatische berücksichtigte, wurde eine „psychoanalytische Dramatherapie“ erst in der Zeit zwischen 1945 und 1955 entwickelt, und zwar in Frankreich von einer Gruppe von Psychoanalytikern um Serge Lebovici, insbesondere Eveline Kestemberg und René Diatkine. Anfang der 50er Jahre beginnt noch Didier Anzieu, ein von der Lacan-Schule beeinflusster Analytiker, das Psychodrama aufzugreifen. Lebovici und seine Gruppe sind wenig von Moreno beeinflusst, sondern lediglich von ihm angeregt worden. Sie operieren im Rahmen orthodox-psychoanalytischer Konzepte. Für sie ist die Handhabung der Übertragung, die Interpretation der Übertragung und des Widerstandes, die Deutung der Inhalte des Psychodramas das wesentlichste Agens der Behandlung. Das Psychodrama wird als eine Art projektive Technik verwandt, in dem sich die Phantasmen des Unbewußten besonders deutlich artikulieren. Die französischen Schulen des analytischen Psychodramas sind in ihren Anfängen vorwiegend mit der Kinderbehandlung befaßt gewesen. Ihre Methodik ist von der kideranalytischen Arbeit geprägt. Ihre Haltung ist die der Abstinenz. Die Therapeuten wirken im Spiel mit, ohne dabei „das Spiel des Patienten zu spielen“. Das Spiel im analytischen Psychodrama darf nicht als „Agieren“ verstanden werden, sondern als ein Mittel, durch das ein unmittelbarer Zugang zum Unbewußten gefunden wird. Der Beachtung der Gegenübertragungsreaktionen kommt deshalb besonders große Bedeutung zu, wie die unlängst erschienene Publikation von Basquin (et. al. 1981) und seinen Mitarbeitern zeigt. Man kann zumindest für die Lebovici-Schule sagen, daß sie die psychodramatischen Techniken ähnlich wie die Puppen in der analytischen Kindertherapie (Rambert 1969; Petzold 1983) verwendet.

Die psychoanalytische Psychodrama-Schule Anzieus hatte zunächst zwischen dem Ansatz Morenos und dem Lebovici eine Mittelposition bezogen, indem sie stärker sozialpsychologische Konzepte, insbesondere die der Rollen- und Konflikttheorie, in die Arbeit einbezog

(Anzieu 1956). Auch der gruppenspezifische Aspekt wurde durch Anzieu aufgrund seiner intensiven Auseinandersetzung mit der Kleingruppenforschung (1968) stärker inkorporiert. Immerhin zeigen von Anzieu beeinflusste Therapeuten wieder stärkere Tendenz zu klassisch analytischen Konzepten, die das Psychodrama wiederum auf das Übertragungs-/Gegenübertragungstheorem, die Deutung und Aufarbeitung unbewußter Problematik eingrenzen (Basquin et. al. 1972). Dennoch ist die Schule Anzieus weniger orthodox, wenn auch „im Kern“ analytisch, wie die jetzt in deutscher Sprache neu bearbeitete Fassung von „Le psychodrame analytique chez l'enfant“ zeigt. Eine gewisse Außenseiterposition nimmt Daniel Widlöcher (1976) ein, der auf analytischem Gedankengut fußend, insbesondere auf der Schule Lacans, Psychodrama mit Kindern und Jugendlichen praktiziert hat. Bei ihm erhält das Übertragungs-/Gegenübertragungsgeschehen eine geringere Bedeutung. Er kommt zu spezifischen Indikationen, nach denen einmal übertragungsintensiv gearbeitet werden soll, ein anderes Mal nicht. Er trägt auch stärker pädagogischen und verhaltensorientierten Aspekten Rechnung. Eine eigene Schule hat er nicht ins Leben gerufen. Seine Arbeit blieb der Versuch eines Einzelgängers. Anders mit der Gruppe um Paul und Genie Lemoine (1972). Diese Schule analytischen Psychodramas ist wiederum an Lacan orientiert, ohne dessen großartigen strukturalistischen Entwurf wirklich auf das Psychodrama umzusetzen, was meines Erachtens durchaus möglich wäre. Die Saussure'schen Kategorien „signifié“ und „signifiant“ wären gerade im Hinblick auf eine Interpretation psychodramatischen Geschehens brauchbar, denn das Psychodrama eröffnet „Bedeutungen im Kontext“, macht den Horizont von Bedeutungen erfaßbar. Lemoine und ihre Mitarbeiter beschränken sich im wesentlichen darauf, die — allerdings sehr fruchtbare — Einteilung Lacans „le réelle, l'imaginaire, le symbolique“ aufzugreifen und das psychodramatische Geschehen unter diesem Raster zu interpretieren. Eine solche Sichtweise wird durch Morenos Begriffe der „surplus reality“ und „infra reality“ (1966) nahegelegt, obgleich diese Konzepte natürlich inhaltlich etwas anderes besagen, als bei Lacan. Die Ebene des Symbolischen fehlt bei Moreno leider weitgehend. Es entgeht ihm damit eine wichtige Dimension menschlicher Kreativität und Pathologie, die im Gruppengeschehen wie im individuellen Psychodrama durchaus Ausdruck findet. Die Handlungen auf der psychodramatischen Bühne haben immer einen Realwert als aktuelles, tatsächlich vorfindliches Geschehen zwischen den Handelnden. Sie sind aber auch gleichzeitig Ausdruck des Bereiches des Imaginären, indem sie tatsächlich nicht Vorhandenes durch die Inszenierung greif-

bar machen. Sie haben vielfach auch einen symbolischen, generalisierten und übergeordneten Aussagewert.

Der psychoanalytische Ansatz *Lebovicis* und seiner Mitarbeiter ist im Sinne klassisch psychoanalytischer Theorie sehr ausgefeilt und elaboriert, mit allen Einseitigkeiten, die damit verbunden sind. Ein ähnlich konsistentes Modell wurde von *Lemoine* und *Lemoine* (1982, 1980) entwickelt. Der interessante Ansatz *Lacans* würde indes mehr hergeben, als diese Analytiker daraus gemacht haben. Überhaupt kennzeichnet das analytische Psychodrama — wie die Psychoanalyse in Frankreich insgesamt — eine konservative Ausrichtung. In keiner Veröffentlichung werden z. B. die Erkenntnisse der Narzißmustheorie oder Ich-Psychologie verarbeitet.

Die psychoanalytischen Psychodrama-Schulen machen im wesentlichen folgende Vorbehalte gegenüber der *Moreno*-Tradition geltend, und diese zum Teil zu Recht.

1. Das Übertragungs/Gegenübertragungsgeschehen wird nicht berücksichtigt.
2. Die Widerstände und Abwehrmechanismen werden nicht ausreichend berücksichtigt, so daß sich „zwar dank des Rollenspieles die Elemente der Situation verändern, die Struktur aber dieselbe bleibt“ (*Pontalis* 1954, S. 941).
3. Das Konzept des Agierens wird in diesem Sinne von *Moreno* als Fortschritt, von den Psychoanalytikern als Ausdruck von Regression verstanden (*Lebovici* et. al. 1958).
4. Es fehlt ein Konzept des Unbewußten bzw. es wird durch das diffuse Konzept der Spontaneität ersetzt.
5. *Moreno* ersetzt die Analyse der Übertragung durch die spontane Interaktion und setzt damit ein pädagogisches Konzept an die Stelle eines dynamischen.
6. *Moreno* vernachlässigt die Gegenübertragung, was besonders im Hinblick auf die Doppeltechnik und die Anordnung des Rollentausches schwerwiegende Folgen haben kann.
7. *Moreno* vernachlässigt die Übertragungsbeziehungen in der Gruppe, ja die Gruppe als Ganzes, wobei ihm die unbewußten gruppalen Phantasmen entgehen.
8. *Moreno* fehlt das Verständnis für die Ebenen des Symbolischen.
9. *Moreno* sieht nicht die Bedeutung der ödipalen Situation, und damit vernachlässigt er die Rolle des Überichs und die Bedeutung triebdynamischer Aspekte (vgl. *Basquin* et. al. 1972, sowie *Matisson* 1973).

Hieraus ist zu sehen, daß zwischen dem analytischen Psychodrama und der *Moreno*-Schule tiefgreifende, kaum zu überbrückende Unterschiede bestehen. Charakteristisch für das analytische Psychodrama ist, daß alles Pädagogische, Theatralische, Induzierte vermieden wird. Die Rollen werden vom Patienten gewählt und den Psychodrama-Therapeuten zugewiesen, wobei diese bemüht sind, so zu spielen, daß sie sich nicht im neurotischen System des Patienten fangen. Dem Spiel des Patienten selbst, daß heißt seiner Rollenperformanz, wird im Hinblick auf die Verhaltensebene wenig Bedeutung zugemessen, wohl aber im Hinblick auf die Bedeutungsebene. Es ist nicht wichtig, daß der Patient eine Rolle spielen kann, wesentlich ist, daß er sie innerlich vollzieht. Die Schule *Lebovicis* ist auf verbale Interpretation von Übertragung und Widerstand direkt in der Sitzung oder danach ausgerichtet. Die Schule von *Anzieu* gibt indirekte Deutungen im und außerhalb des Spiels.

Es spielen immer mehrere Psychodrama-Therapeuten, zumindest aber ein Paar, daß das Elternpaar typisiert. Steht bei *Moreno* das Spiel selbst im Zentrum, die offen vollzogene Handlung, so wird sie im psychoanalytischen Psychodrama nur als Ausdruck des Unbewußten gesehen. Das erfordert, daß von Seiten der Therapeuten keine Strukturierungen gegeben werden, sondern ein freier Raum geschaffen wird, in dem der Klient durch die Wahl der Rollen und durch das Anbieten von Themen in seiner projektiven Produktion nicht eingeengt wird. Die *Moreno*-Technik strukturiert direktiv und übergeht damit derartige Phänomene. Die Verwendung von Warm-up-Techniken wäre hier ein Kunstfehler, da sie vorhandene Widerstände übergeht, aber gerade diese will das analytische Psychodrama aufdecken.

In der Widerstandsbearbeitung und Übertragungsanalyse unterscheiden sich die Schulen des analytischen Psychodramas. *Anzieu* ist auf die „intertransferentielle“ Analyse ausgerichtet, denn das Psychodrama wird mit einem Patienten und zwei Therapeuten, Sinnbild des Elternpaares, gespielt. Die Gruppe fällt also in dieser Schule, zumindest in der eigentlichen Therapie, fort. Nur in Ausbildungsgruppen für Therapeuten wird noch in der Gruppe gearbeitet (*Anzieu* 1969) unter Berücksichtigung der dort auftretenden gruppodynamischen bzw. sozialpsychologischen Phänomene. Die Begrenzung auf das Elternpaar fördert die Regression und das Aufkommen archaischer Phantasien. Das Paar ist „der Ort der Projektion für die allgemeine Phantasie über die Urszene“ (*S. Decobert, M. Soulé* 1972).

Die Schule *Lebovicis* hingegen arbeitet mit einer Equipe, einer Gruppe von Therapeuten und einem Patienten. Die Therapeuten tre-

ten mit ins Spiel ein. Der Haupttherapeut übernimmt die Leitung und bleibt außerhalb des Spiels. Ihm kommt die Aufgabe der Deutung zu. Die Schule *Lemoines* arbeitet mit einer Patientengruppe, und zwar mit einem Therapeuten oder als Therapeutenpaar. Die Gruppe und die Einzelnen übertragen auf den Therapeuten, und diese Übertragungen werden gedeutet. Auf diese Weise können die beim Patienten vermischten, fusionierten Imagines „defusioniert werden“. *Maurice-David Matisson* versucht, mit seiner „interrelationalen Analyse“ die wesentlichsten Aspekte der verschiedenen Schulen des analytischen Psychodramas zu verbinden. Er sieht das psychodramatische Geschehen deshalb als eine „Szene der Illusion“, die durch Interpretation in eine Szene der Desillusionierung verwandelt werden muß. Die Analyse und Interpretation der Übertragung geschieht nach ihm auf drei Ebenen:

1. Übertragungsreaktion innerhalb der Gruppe,
2. Übertragungsreaktion zwischen der Gruppe der Patienten und der Gruppe der Psychodrama-Therapeuten,
3. Übertragungsreaktion zwischen dem Therapeutenpaar (*Matisson* 1973, S. 78).

Eine zusammenfassende Darstellung der Positionen des analytischen Psychodramas der französischen Schule steht bislang noch aus (vgl. *Petzold* 1976a, S. 236 ff).

2.4.3.4 Tiefenpsychologisch fundierte Psychodramaformen

In neuerer Zeit sind Versuche gemacht worden, *Jung'sche* Konzepte und Psychodrama zu verbinden (*Erdmann* 1975; *Henne* 1976), wohingegen das Adlerianische Psychodrama schon eine längere Tradition (*Shoobs* 1946, 1956, 1964; *Starr* 1951, 1959; *Shulman* 1960; *O'Connell* 1963, 1969) hat. Eine zusammenfassende Darstellung wurde unlängst gegeben (*Essen* 1979). Das Interesse am sozialen Phänomen verbindet *Adler* und *Moreno*, und so ergeben sich in der Tat eine Reihe von Gemeinsamkeiten, die adlerianische Therapeuten dazu veranlaßt haben, psychodramatische Techniken zu adaptieren. Das Tele-Konzept *Morenos* kommt dem adlerianischen Übertragungsbegriff durchaus nahe (vgl. die Diskussionsbeiträge von *Ansbacher*, *Ackermann*, *Corsini*, *Dreikurs* in: *Moreno* 1959e, S. 70 ff, S. 104, S. 113, S. 121).

In neuerer Zeit sind auch narzißmustheoretische Überlegungen zur Fundierung psychodramatischer Therapie herangezogen worden (*Rohde-Dachser* 1980), nachdem schon *Leutz* (1974) auf konzeptuelle Ähnlichkeiten zwischen *Kohut* und *Moreno* hingewiesen hatte. Auch beziehen vermehrt deutschsprachige Autoren psychoanalytische Kon-

zepte mit in die theoretische Explikation ein (vgl. bei Leutz, Oberborbeck 1980), ohne daß eine konsistente Theorie erarbeitet würde, die die Positionen *Freuds* und *Morenos* integrieren würden oder die Eigenständigkeit der französischen Schule erreichen würde. Dies gilt auch für die tiefenpsychologisch fundierte Psychodramatherapie von *Ploeger* (1983).

2.4.3.5 „Triadisches“ und „Tetradisches“ Psychodrama als Ansätze integrativer Dramatherapie

In dem Versuch, daß klassische Psychodrama *Morenos* weiter zu strukturieren und mit anderen Verfahren zu verbinden, wurde das triadische Psychodrama der „französischen Schule“ (*Lemay* 1969/70; *Petzold* 1973e; *Schützenberger* 1968, 1977) konzipiert. In ihm werden analytische Gruppenpsychotherapie, Gruppendynamik und psychodramatisches Rollenspiel zu einer Einheit verbunden, wobei auch Verfahren aus dem Bereich der humanistischen Psychotherapie inkorporiert werden können. Die Möglichkeiten der Methode sind variabel und vielfältig. Sie erlauben eine gezielte Arbeit mit der Übertragung, den Phantasmen der Gruppe (*Schützenberger* 1970, 1977), ohne daß das soziale Lernen in der gruppendynamischen Interaktion zu kurz kommt. Es wird auf der Grundlage einer offenen und variablen tiefenpsychologisch fundierten Hypothese gearbeitet, wobei der Deutungsprozeß durch den Therapeuten und die Gruppe gemeinsam geschieht.

Das „tetradische Psychodrama“ (*Petzold* 1974c, 1974g; *Petzold, Schulwitz* 1972) strukturiert darüber hinaus den dreigliedrigen Verlauf des klassischen psychodramatischen Behandlungsprozesses und bietet die Möglichkeit, emotionale Erfahrungen und rationale Einsichten unmittelbar in Handlungskonsequenzen umzusetzen dadurch, daß eine vierte, verhaltensmodifizierende Phase angeschlossen wird (*Petzold* 1977 f). Der viergliedrige Aufbau ist von Kontinuität und Diskontinuität gekennzeichnet. Er legt ein allgemeines Prozeßmodell der Problemlösung zugrunde (*Petzold* 1975h, 1978c), aufgrund dessen die Dynamik des Therapieprozesses strukturiert werden kann. Es bildet auch die Grundlage für eine Interventionslehre im Psychodrama.

2.4.3.6 Gestaltdrama

F. S. Perls, der Begründer der Gestalttherapie, hat unter Einbeziehung seiner Theatererfahrung bei *Max Reinhardt* ein Verfahren dramatischer Therapie entwickelt, in dem es darum geht, „ein Akteur“ zu sein. Wir haben ein Skript in Form eines Traumes oder einer Phantasie

und sehen..., daß es ein Drama ist, das wir in der Therapie wieder ausagieren, um uns dessen bewußter zu werden, was wir sind und was uns verfügbar ist" (*Perls, Cooper 1968*). Ähnlich wie im Monodrama wird mit einem „leeren Stuhl“ gearbeitet, wobei häufig der Rollentausch, aber keine Antagonisten und Doppel verwandt werden, um den Prozeß des Protagonisten nicht zu kontaminieren (*Perls 1976*). Im Zentrum des Gestaltdramas (*Petzold 1982c*) steht die Dramatisierung innerpsychischer Konflikte durch Dialoge und Identifikationen mit Gefühlen, Gedanken, Traumelementen. *Perls* (et. al. 1951) nennt dieses Vorgehen „Gestaltdrama“. Er traf mit *Moreno* Ende der vierziger Jahre in Beacon zusammen und hat aus dem Psychodrama viele Techniken übernommen, wie überhaupt Gestalttherapie und Psychodrama oft kombiniert werden (*Zinker 1971; Petzold 1973a, 1979b; Yablonski 1977; R. Lückel 1979; Perls 1980*).

Die unterschiedliche Ausrichtung der verschiedenen psychodramatischen Schulen macht eine Darstellung der theoretischen, methodologischen und behandlungstechnischen Konzepte des Psychodramas schwierig. Es wird deshalb das klassische Psychodrama *Morenos* in seinem theoretischen Ansatz, wie er von seinen Schülern (*Leutz, Schützenberger, Straub, Petzold*) weiterentwickelt wurde, zum Ausgangspunkt genommen.

2.5 Die Beziehung *Morenos* zur „Humanistischen Psychologie“

Die „Humanistische Psychologie“ ist als Bewegung erst Anfang der sechziger Jahre deutlicher geworden (*Völker 1981*). Sie verstand sich als „third force psychology“, die sich gegen die Psychoanalyse einerseits und die behavioristisch-positivistische Psychologie andererseits abgrenzte. Der Mensch als „ganzer“, die „zwischenmenschliche Beziehung“, die persönliche Kreativität und die Fähigkeit zur „Selbstverwirklichung“ wurden in das Zentrum der Überlegungen gestellt. Bezugspunkte waren Phänomenologie und Existenzialismus sowie humanistische Strömungen in der Psychoanalyse (*Fromm, Horney*), wie sie im besonderen durch emigrierte deutsche Psychologen und Therapeuten in die USA gebracht worden waren (*Petzold 1984*). *Moreno* hatte diese Basiskonzepte der Humanistischen Psychologie zum Teil schon in den zwanziger und dreißiger Jahren vertreten. Hier-und-Jetzt, Ich-und-Du, Kreativität und Spontaneität, Aktionsforschung unter Einbeziehung der Beteiligten sind Konzepte, die er in seiner mittleren Schaffensperiode entwickelte (*Petzold 1980a,b*). Er wird damit zu Recht mit *Perls* als

einer der „Väter der humanistischen Psychologie“ bezeichnet (*Howard 1971*). Wie *Perls* stand er aber dieser Bewegung zunächst zurückhaltend gegenüber (*Gaines 1979*).

Er hatte sein eigenes Werk, die Psychodramabewegung, unabhängig von der Humanistischen Psychologie aufgebaut, seine eigenen Gesellschaften, seine eigene Zeitschrift gegründet und war in der „Amerikanischen Gesellschaft für humanistische Psychologie“ nicht engagiert. Dennoch muß sein Einfluß auf diese Bewegung als zentral angesehen werden, da sehr viele Protagonisten humanistischer Therapieverfahren von ihm beeinflusst wurden (vgl. 2.4.2). *Perls*, *Bach*, *Berne* u. a. haben ihm wichtige Inspirationen zu verdanken. *Moreno* hatte mit seinen aktionalen Gruppenmethoden über Jahrzehnte den Boden bereitet, auf dem das „Human Potential Movement“ sich entfalten konnte. Von Seiten der Gestalttherapie betont *Zinker (1977)* die Bedeutung *Morenos* für die Praxis gestalttherapeutischer Arbeit. *Schutz* als bedeutendster Vertreter der „Encountergruppen“ kommt zu der Feststellung, daß fast alle wichtigen Aktionstechniken auf *Moreno* zurückzuführen seien (*Schutz 1969; 1971*). Der Begriff „encounter“, der das ganze Frühwerk *Morenos* (1914, 1923, 1924) bestimmt, wurde von ihm in die Gruppenarbeit eingebracht (*Moreno, Moreno 1970*). Der Begründer des Psychodramas war gegenüber der Verwendung seiner aktionalen Techniken außerhalb des klinischen Rahmens, etwa im Bereich der Gruppendynamik, recht kritisch eingestellt (*ibid. 1970, 12f, Moreno 1951b*). Heute wird das Psychodrama als eine der wichtigsten Methoden der Humanistischen Psychologie betrachtet (*Völker 1981*), obgleich die Psychodramatiker mit ihren nationalen und internationalen Vereinigungen und Gesellschaften wenig formalen Kontakt mit den Organisationen der Humanistischen Psychologie unterhalten.

2.5.1 Gegenwärtiger Stand der Psychodrama-Bewegung

Durch die Gründung der „American Society for Group Psychotherapy and Psychodrama“ 1941 und des „First Committee of Group Psychotherapy“ 1951 in Paris wurde auf internationaler Ebene eine Entwicklung eingeleitet, die 1973 in der von *Moreno* betriebenen Gründung der „International Association of Group Psychotherapy“ (Zürich 1973) ihren Höhepunkt fand. Das Psychodrama breitete sich international aus. Psychodramaausbildungsinstitute und Kliniken, in denen mit psychodramatischen Methoden gearbeitet wird, finden sich heute nicht nur in den Vereinigten Staaten (*Blatner 1970, S. 197*). 1945 kam das Psychodrama nach Frankreich (*Monod 1947; Matisson 1973*) und wurde hier zu einer der führenden Methoden der Gruppentherapie. In

Lateinamerika und in Japan entstanden Psychodrama-Organisationen (*Fine, Matsumura 1964*) und auch in den Ostblockstaaten haben psychodramatische Methoden Verbreitung gefunden. 1970 erfolgte in Deutschland die Gründung einer Sektion Psychodrama im DAGG (*A. Ploeger, A. Friedemann, G. A. Leutz, H. Petzold, H. Straub*), 1973 der *Moreno-Institute* in Stuttgart und Überlingen und 1976 des *Moreno-Klinikums* in Zwesten als Ausbildungsstätten (*Leutz 1974; Leutz, Seeger 1977*). Heute zählt das Psychodrama zusammen mit der Gestalttherapie zu den führenden Verfahren der Gruppenpsychotherapie, die nicht die Psychoanalyse als bestimmende theoretische und methodologische Grundlage haben.

Die Ausbildung zum Psychodramatherapeuten (*Oberborbeck 1980, 161ff*) erfolgt berufsbegleitend in fraktionierten Selbsterfahrungs-/Ausbildungsgruppen, Theorie- und Sonderseminaren über einen Zeitraum von mindestens vier Jahren. Sie gliedert sich in eine Unter- und eine Oberstufe und schließt ab mit einem Kolloquium und einer wissenschaftlichen Arbeit. Die Ausbildung zum Psychodramaleiter ist von gleicher Dauer, bei anderen Inhalten und ist für Angehörige pädagogischer und sozialer Berufe bestimmt. In der Abschlußphase kommt der Supervision eigener therapeutischer Arbeit besondere Bedeutung zu (*Leutz, Seeger 1977*).

3. Philosophischer Hintergrund

Moreno, der zu Beginn seines Studiums in Wien auch Philosophie studierte, hat in sein Werk vielfältige Einflüsse integriert (vgl. 2.4.1), die seine wissenschaftstheoretische Position (vgl. 5.1), seine Kosmologie, seine Anthropologie und seine Ethik beeinflusst haben. *Moreno* hat in seinem vom Expressionismus geprägten, dichterischen und philosophisch-theologischen Frühwerk (*Moreno 1908-1925*) die Grundlagen seiner Anthropologie und Kosmologie schon formuliert (*Leutz 1974*). Als Quellen seines Denkens sind hier zu nennen: sein Judentum (*Moreno 1948a*), die philosophischen Schriften *Kierkegaards* und *Nietzsches*, die Schriften *Darwins* und *Bergsons* Konzept der „Schöpferischen Entwicklung“ (*Bergsons 1921*). Weitere Einflüsse sind in dem bis auf die Antike zurückgehenden Welttheatergedanken (*Petzold 1982b; Curtius 1969*) und im Rollenkonzept des Theaters, wie es besonders bei Shakespeare zum Ausdruck kommt (*Moreno 1961, 1962*), zu sehen. *Moreno* nimmt vier „Universalien“ an, die das Leben und damit auch das Psychodrama bestimmen: Kosmos, Zeit, Raum und Realität (*Moreno 1972*).

3.1 Die Universalialia des Psychodramas

3.1.1 Kosmos

Der Kosmos befindet sich in einer beständigen Entwicklung. Er ist deshalb das schöpferische Prinzip *kat'exochen*. Der Mensch ist als *cosmic man* (Z. Moreno 1977) in diesen Prozeß einbezogen, ja die Partizipation an der schöpferischen Generativität des Kosmos ist die eigentliche Bestimmung des Menschen, der zum *homo creator*, zum Schöpfer wird (Moreno 1950a; 1931). Die durch den Schöpfungsakt Jahwes aufgerissene Dichotomie von Schöpfer und Welt (Leutz 1974, S. 71) muß integriert werden durch die schöpferische Selbstverwirklichung des Menschen im Kosmos und mit dem Kosmos (Moreno 1920). In der Begegnung von Gott, Mensch und Kosmos im schöpferischen Akt vollzieht sich ihre Koinzidenz, vollzieht sich die „Gottgleichheit des gesamten Universums, d. h. seine Selbstintegration“ (Moreno 1947a).

3.1.2 Zeit

„Stets war der Augenblick eine ungerufene Schau, eine ungehobene Lust, eine unerschaffene Zeit“ schreibt Moreno (1923) und formuliert damit ein grundlegendes Lebens- und Therapieprinzip, das Hier-und-Jetzt-Prinzip. Dieses Prinzip wurde für zahlreiche Formen der Therapie und Gruppenarbeit maßgeblich. „Alles Geschehen ist gegenwärtiges Geschehen“ (Perls 1974). In der Gegenwart treffen Zukunft und Vergangenheit zusammen. Geschehenes und noch nicht Eintretenes haben keine Realität (Lemoine, Lemoine 1972; Perls 1974). Nur wenn sie memorierend oder antizipierend für das Erleben gegenwärtiggesetzt werden, wenn z. B. „die ganze Vergangenheit ausgefahren wird in einem Augenblick“ (Moreno 1924), gewinnen sie Realitätscharakter und existentielle Bedeutung. Im psychodramatischen Geschehen können auf diese Weise die Vergangenheit und Zukunft des Protagonisten in die Gegenwärtigkeit des Spiels gestellt werden (Petzold 1981a).

3.1.3 Raum

Wie an die gegenwärtige Zeit, so ist der Mensch an seinen aktuellen Raum gebunden. Er kann nicht von seinem Lebensraum abstrahiert werden, sondern er ist nur in seinem jeweiligen Kontext verstehbar (Moreno 1934, 1947a, b, c; Petzold, Bubolz 1976). Therapie kann deshalb niemals ohne Berücksichtigung des Lebenszusammenhanges betrieben werden, „weil eine Behandlung von Pathologie auch immer eine Behandlung des pathogenen Umfeldes erfordert“ (Petzold 1975h, 1978c). Dabei muß neben der ökologischen Dimension auch der „psy-

chologische und soziologische Raum“ (Moreno 1972) des Menschen Berücksichtigung finden. Der Raum wird in die Psychodramatherapie einbezogen, indem sie entweder *in situ*, am Ort des Geschehens, stattfindet — Moreno wurde mit diesem von ihm schon in den zwanziger Jahren verwirklichten Konzept zum Begründer der Milieuthérapie und Aktionsforschung (vgl. Petzold 1980a, b) — oder den Ort auf der psychodramatischen Bühne gegenwärtigsetzt: der jeweilige Raum wird psychodramatisch aufgebaut und für den Protagonisten existentiell erlebbar gemacht (Leutz 1975).

3.1.4 Realität

Realität ist an das lebendige Erleben eines Menschen in seinem jeweiligen Raum und im jeweiligen Augenblick gebunden. Wird dieses Erleben eingeschränkt, so finden wir einen Realitätsmangel, der pathologische Formen annehmen kann. Neben dieser „Infra-Realität“ spricht Moreno von der Realität des Alltags, in deren jeweiligen zeitlichen und räumlichen Bezogenheit sich das Leben vollzieht. In dieser Lebensrealität aber sind Potentiale eingeschlossen, die noch nicht ausgeschöpft wurden und von Moreno als „surplus-reality“ bezeichnet werden (Moreno 1972, S. 82). Das Psychodrama ist eine Möglichkeit, diese Potentiale durch die Techniken des Doppel (Z. Moreno 1947, 1965), des Rollentausches (Ablesser 1962; Z. Moreno 1959), der Zukunftsprojektion (Yablonsky 1954; Petzold 1979k, 198-250) zu erschließen. Je mehr an Realität verfügbar und integrierbar wird, desto intensiver kann der Mensch an der Wirklichkeit des Kosmos teilnehmen und sie durch eigenes schöpferisches Tun vermehren.

3.2 Anthropologische Konzepte

Morenos anthropologische Konzepte dürfen nicht als ein theoretischer Überbau des Psychodramas betrachtet werden, sie sind im psychodramatischen Prozeß selbst verankert und aus diesem hervorgegangen. Für Moreno ist seine Therapie „angewandte Anthropologie“.

3.2.1 Begegnung

In seinem 1914 verfaßten Flugbericht „Einladung zu einer Begegnung“ formuliert Moreno: „Es gibt kein Mittel zwischen mir und anderen / Ich bin unmittelbar: in der Begegnung. / Ich bin nicht einzig: bloß in der Begegnung, / ob ich ein Gott, ein Narr oder ein Dummer. / Ich bin geweiht, geheiligt, gelöst in der Begegnung, / ob ich das Gras oder die Gottheit treffe“ (Moreno 1914, vgl. 1924). Der Mensch ist

nicht nur „actor, he is an interactor“ (Moreno 1934), deshalb ist er auf die Begegnung mit anderen Menschen verwiesen, die ihm die Begegnung mit sich, mit der Gruppe, mit der Gesellschaft, mit der Welt eröffnet. Soziometrie ist in diesem Sinne eine Wissenschaft über die Mechanismen der Begegnung und Psychodrama eine Therapie, in der „Heilung aus der Begegnung“ (Leutz 1974, S. 66; vgl. Trüb 1949) geschieht. Morenos Begegnungsprinzip wird zur Grundlage der amerikanischen „Encounter-Bewegung“ (Moreno, Moreno 1970; Moreno 1969; Schutz 1971; Siroka, Siroka, Schloss 1971). Es entspricht dem Ich-Du-Konzept von Martin Buber (1962; vgl. Johnson 1974), der 1919 mit Moreno Kontakt hatte und in Morenos Zeitschrift „Daimon“ publizierte. Es finden sich weiterhin Entsprechungen zur Intersubjektivitätstheorie von Gabriel Marcel (1965) und zum „I-and-Thou-principle“ der Gestalttherapie von Friedrich Perls (1974).

3.2.2 Sozialität

Aus dem Begegnungskonzept ergibt sich der Gedanke, daß der Mensch grundsätzlich sozial bestimmt ist, ein *zoon polition* (Aristoteles). Moreno hat dies im Konzept des „sozialen Atoms“ radikal formuliert (Petzold 1982). Seine Prägung durch das „kulturelle Atom“ und die Affirmation, daß jede Rolle private und kollektive Aspekte habe (Moreno 1961; Petzold, Mathias 1983), das Selbst öffentliche und private Realität zugleich sei (Moreno 1962) erhebt Sozialität zum anthropologischen Konstituens. Im Menschen sind Individuum und Gesellschaft nicht geschieden als antagonistische Wirklichkeiten, sondern integriert.

3.2.3 Spontaneität

„Spontaneität ist eine adäquate Reaktion auf neue Bedingungen oder eine neue Reaktion auf alte Bedingungen“ (Moreno 1960, 8ff; vgl. Siroka 1967), sie ist der „ursprüngliche Katalysator“ jeden kreativen Aktes (Moreno 1953), ein energetischer Prozeß, der nach Entladung drängt und nicht aufgehalten oder konserviert werden kann. Spontaneität ist an Aktion im „Hier und Jetzt“ gebunden (Moreno 1974, S. 76). Der gesunde Mensch ist durch ein hohes Maß konstruktiver Spontaneität gekennzeichnet, die ihm ermöglicht, auf die zahllosen Anforderungen des Umfeldes angemessen zu reagieren. Ein Fehlen von Spontaneität führt nach Auffassung Morenos zu Kreativitätsneurosen, Störungen in der schöpferischen Handlungsfähigkeit. Es wird weiterhin die Fähigkeit zur spontanen Begegnung, d. h. aber zur sozialen Interaktion, eingeschränkt. Wird Spontaneität nicht im kreativen Prozeß

konstruktiv geordnet, kann sie pathologische Formen annehmen, wie z. B. in der halluzinatorischen Produktion des Psychotikers (Moreno 1940, 1974, S. 76).

3.2.4 Kreativität

Kreativität ist für Moreno die Fähigkeit des Menschen zu schöpferischem Handeln, zum Gestalten von Wirklichkeit. Sie ist die „formende Substanz“ für die Energie der Spontaneität (Moreno 1953, S. 39f). Durch die Kreativität partizipiert der Mensch am schöpferischen Prozeß des Kosmos.

Für Moreno ist Kreativität an den schöpferischen Akt eines Menschen im Hier und Jetzt gebunden. In ihm liegt die tatsächliche Originalität und das Novum (*novelty*). Das Produkt kreativen Handelns ist schon erstarrt, zur „kulturellen Konserve“ geworden. Als Endprodukt des schöpferischen Prozesses beinhaltet sie selbst keine Kreativität und Spontaneität mehr. Von neuen Generationen belebt, vermag sie jedoch neue Menschen zu bewegen und zu eigener schöpferischer Tätigkeit anzuregen (vgl. Moreno 1953).

Nur wenn der Mensch über genügend Kreativität verfügt, kann nach Moreno die Frage „Who shall survive?“ — Titel seines grundlegenden Werkes über die Soziometrie — für die Menschheit positiv beantwortet werden; denn Überleben in dieser Welt erfordert „kreative Anpassung“ und „kreative Veränderung“ (Moreno 1934; Petzold 1975h), zwei Dimensionen des Verhaltens, die aus Morenos Definition der Spontaneität abzuleiten sind.

3.2.5 Gesundheit

Wie die Gestalttherapie (vgl. Bünthe-Ludwig, dieses Buch) so geht auch die Psychodramatherapie von einem positiven Gesundheitsbegriff aus (Leutz 1976), der nicht, wie in den klassischen Psychotherapien, aus dem Bezug zum Krankheitsbegriff entwickelt wurde. Für Moreno ist das Individuum gesund, das zur Begegnung und spontanem, kreativem und angemessenem Handeln in seinem sozialen Umfeld in der Lage ist. Die Betonung der Begegnung und der Einbindung in das Umfeld, die durch Morenos Theorie des sozialen Atoms einen für die Persönlichkeit konstitutiven Charakter hat, impliziert den gesellschaftlichen Einfluß auf das Konzept der Gesundheit. Dies kommt auch in der Kategorie des „angemessenen Reagierens“ in der Definition der Spontaneität (cf. supr.) zum Ausdruck. Angemessen ist, was den Bedürfnissen des Individuums und den Erfordernissen des Umfeldes entspricht. Krankheit ist durch das Fehlen, die Minderung

oder Disfiguration der Merkmale bestimmt, die Gesundheit charakterisieren.

3.3 Ethik

Morenos Auseinandersetzung mit theologischen und philosophischen Fragestellungen (1948a, 1956) und die Schriften seines Frühwerkes werfen immer wieder ethische Fragestellungen auf oder implizieren sie. *Moreno* hat sich aber auch mit medizinethischen Fragen auseinandergesetzt (idem 1955c, 1957c). Die Gleichberechtigung in der Therapie, Respekt vor der Würde des Patienten und die Sorge um seine Integrität bestimmen seinen „Gruppeneid“ genauso wie die Verpflichtung zur Offenheit (idem 1962a). Die Konzepte des „selfdisclosure“ als Heilungs- und des „concealment“ als Krankheitsfaktor (*Mowrer* 1962) werden hier vorweggenommen. Basis aller Ethik ist für *Moreno* das Engagement für das Überleben der Menschheit und des Kosmos (*Moreno* 1947a; 1950a).

3.4 Gesellschaftspolitische Position

Moreno beginnt sein soziologisches Hauptwerk, das unter der bezeichnenden Frage „Who shall survive?“ steht, wie folgt: „Ein wahrhaft therapeutisches Verfahren kann kein geringeres Ziel haben als die ganze Menschheit. Jedoch kann keine angemessene Behandlung verschrieben werden, solange die Menschheit nicht in irgend einer Weise eine Einheit ist und ihre Organisationsprinzipien unbekannt bleiben. Es half uns jedoch von Anfang an die Vorstellung, daß die Menschheit eine soziale und organische Einheit ist, obgleich wir dafür keinen definitiven Beweis hatten.“ (*Moreno* 1934,3). Es war *Morenos* Anliegen, mit dazu beizutragen, die „verlorengegangene Einheit“ der Menschheit wieder zu gewinnen.

Er versteht seine Soziometrie in diesem Sinne als sozialutopischen Entwurf (*Moreno* 1953, 21). Durch den man in „das Leben selbst als produktive Kraft eintreten kann, um eine Methode zu entwickeln, die von der Gegenwart ausgehend in die Richtung einer spontanen, kreativen Evolution der Gesellschaft wirkt, in die Richtung des Lebens und der Zeit“ (idem 1960, 7). Es wird ein solcher Ansatz notwendig, wenn die Menschheit überleben soll. Die Frage „Who shall survive?“ wird nun nicht mehr biologisch im Sinne *Darwins*, sondern soziologisch gestellt. *Moreno* sieht die Antwort in einer „wissenschaftlich fundierten Demokratie“, die den Autoritätsverlust der bisherigen politischen Systeme aufzufangen vermag. „Die einzig wahre Autorität, die aufge-

kommen ist und zunehmend von allen Menschen in der Welt anerkannt wird, ist ‚Wissenschaft‘. Eine Wissenschaft vom demokratischen Verhalten, die allmählich entsteht, mag in der Lage sein, die Grundlagen für einen neuen Typ von Demokratie zu schaffen, den es niemals vorher gegeben hat, eine wissenschaftliche Demokratie. Sie könnte in der Lage sein, alle demokratischen Formen der Vergangenheit in einer Synthese zusammenzufassen. Ist aber eine solche ‚Wissenschaft von der Demokratie‘ erreichbar? Demokratie braucht wissenschaftliche Grundlagen, wenn sie nicht nur eine politische sondern auch eine soziale Realität werden soll. In dieser profunden Notwendigkeit liegen die Verbindung zwischen Demokratie und Soziometrie“ (Moreno 1955b, 96). Der Tendenz nach zielen die Bemühungen Morenos in Richtung einer „Therapeutokratie“, wie sie Habermas (1982) vorausieht. Moreno spricht von einer „therapeutic society“ (1934), die von einem Klima der gemeinsamen Arbeit und der Partnerschaft bestimmt ist (idem 1934, 12).

Moreno setzt sich verschiedentlich mit der Russischen Revolution, mit Marx und Lenin auseinander. Er wirft ihnen vor: „Sie engten das Feld der Analyse auf die ökonomische Frage ein. Die Menschheit wurde nicht länger als eine Summe von Individuen mit gleichen Rechten und gleichen Möglichkeiten betrachtet, wie es in den französischen und amerikanischen Revolutionen erklärt wurde. Sie wurden in zwei Klassen geteilt, die Klasse der Arbeiter und die Klasse der kapitalistischen Besitzer. Durch die Zentrierung auf einen einzelnen Fokus konnte Marx methodisch eine Handlungsdiagnostik entwickeln. Er führte zwei Veränderungen in das überkommene Muster ein. Auf der einen Seite teilte er die Gesellschaft in zwei soziale Klassen, auf der anderen Seite reduzierte er die Bedeutung des Einzelindividuum, indem er die Revolution in zwei Phasen aufteilte, die Revolution der arbeitenden Klasse und die psychologische Revolution des Individuum, die folgen sollte, wenn die Arbeiterklasse an die Macht gekommen sei. Marx, angetrieben von einem Glauben an einen historischen Determinismus und ohne Bewußtheit für den kumulativen Effekt von interpersonalen und intergruppalen Prozessen, meinte, daß sie ein paar Jahrhunderte geduldig warten könnten, bis der ökonomische Sieg gewonnen sei“ (Moreno 1953, 343 f).

Moreno betont die Wichtigkeit sozialpsychologischer Faktoren: „Der Irrtum von Marx war die Überzeugung, daß die ökonomischen und die psychologischen Probleme des Menschen nicht als eine Einheit und zur gleichen Zeit angegangen werden könnten, sondern daß die psychologischen Probleme warten müssten. Das macht zwei verschie-

dene Revolutionen notwendig, und die ökonomische Revolution muß der psychologischen und kreativen Revolution der menschlichen Gesellschaft vorangehen" (Moreno 1951a, 149f). Revolutionen werden selbst als kulturelle Muster angesehen, die, von wenigen initiiert, nur immer Teile der Gesellschaft erfassen und nicht die Gesellschaft als Ganzes. „Die Soziometrie hat uns gelehrt, daß wir gegenüber allen Unternehmungen pessimistisch und kritisch sein müssen, die versuchen, Probleme der zwischenmenschlichen Beziehungen zu lösen, ohne die intensive Teilnahme der betroffenen Menschen und einer äußerst genauen Kenntnis ihrer psycho-sozialen Lebensbedingungen" (idem 1943a, 344). Der Sinn von Revolutionen „als Mittel sozialer Veränderungen müsse prinzipiell angezweifelt werden" (ibid. 343). Aber Marx erlaubte sich nicht „den wirklichen Wert der sozialen Revolution selbst infrage zu stellen" (idem 1951a, 162), und so erkannte er nicht, daß „der Gewinn von Revolutionen gering ist verglichen mit dem aufgewendeten Einsatz, und daß die Ziele für die sie gekämpft haben, selten erreicht wurden" (ibid.). Moreno sieht die „hot sociometry" als revolutionären Ansatz. Seine „Interventionssoziometrie" (Dollase 1975) hat Instrumente hervorgebracht, wie den „Bevölkerungstest" und das „Soziodrama". „Der Bevölkerungstest ist ein Instrument, das *in situ* eingesetzt wird. Es bringt die Bevölkerung zu einem kollektiven Selbstaussdruck und einem Umgehen mit ihren Plänen für alle fundamentalen Aktivitäten, in die sie einbezogen ist oder werden wird... Das Soziodrama ist ein Instrument, durch das soziale Wahrheit, Wahrheit über soziale Struktur und Konflikte erforscht werden kann und sozialer Wandel durch dramatische Methoden bewirkt wird" (idem 1951a, 166).

Moreno stellt fest, daß die Lebendigkeit von Revolutionen nach einer Zeit wieder in kulturellen Konserven erstarrt, und daß politische Aktionsmethoden die Möglichkeit bieten können, zwischen der „Skylia des politischen Sozialismus (Marx) und der Charybdis des utopischen Reformismus (Comte)" eine dritte Lösung zu finden (Moreno 1945c, 118). Wenn auch Morenos Einschätzung des Marx'schen Oeuvres in vielfacher Hinsicht inadäquat ist, und er besonders den frühen, anthropologischen Marx offenbar nicht rezipiert hat, treffen seine Analysen über die Vernachlässigung soziologischer und sozialpsychologischer Strukturen (Moreno 1945b,c, 1947a; 1949, 1951a, 1955d, 1960) einen neuralgischen Punkt des Marx'schen Ansatzes und der politischen Systeme, die in seiner Folge entstanden. „Das Dilemma des Marxismus kann in einem Satz zusammengefaßt werden: seine Ignoranz hinsichtlich der dynamischen Sozialstruktur der menschlichen

Gesellschaft“ (Moreno 1951a,169). Bei dieser Struktur will Moreno ansetzen, wenn er definiert: „Sociometry is the sociology of the people, by the people and for the people“ (ibid. 168).

Gesellschaft darf keine festen, starre Form haben, sie ist eine Gesamtkonfiguration, die beständig im Wandel ist. Wenn die Betroffenen die Dynamik des Wandels begreifen, so vermögen sie soziale Experimente zu entwerfen und zu überprüfen, die ihre Bedürfnisse befriedigen und die dem „soziometrischen Proletariat“ helfen, „dem ältesten und zahlreichsten Proletariat der menschlichen Gesellschaft. Es besteht aus all den Menschen, die an dem einen oder anderen Elend leiden, psychologischem, sozialem, ökonomischem, politischem, rassischem, religiösem Elend... Die Welt ist voll von isolierten, abgewiesenen, abweisenden, nichtgewählten und vernachlässigten Individuen und Gruppen. Das soziometrische Proletariat kann nicht durch ökonomische Revolutionen ‚gerettet‘ werden. Es existierte in der primitiven und präkapitalistischen Gesellschaft, es existiert in demokratischen Gesellschaften und im sozialistischen Rußland“ (ibid. 168). Obgleich Moreno durch die kollektiv erforschten und praktizierten Strategien sozialer Veränderung, die in partnerschaftlichen Kooperationen und soziometrischen Wahlen wurzeln, eine Vision vertritt, die dem Anarchismus zugerechnet werden kann, stehen seine Konzepte immer wieder in der Gefahr sozialtechnokratischer Verkürzungen. „Mit Fortschreiten der menschlichen Gesellschaft können wir erwarten, daß sich ein Reich der Psychiatrie allmählich entwickelt und über die Erde verbreitet. Politiker und Diplomaten werden ins zweite Glied treten. Sozialwissenschaftler, Psychiater, Soziater und soziometrisch orientierte Sozialisten werden den ersten Platz einnehmen“ (ibid. 167). Letztendlich aber liegt Moreno eine sozialtechnizistische Lösung fern, denn er sieht die wesentlichste Aufgabe der Sozialberufe darin, Bewußtheit für Gesamtzusammenhänge zu schaffen. „Der Mensch ist mehr als ein psychologisches, soziales oder biologisches Wesen. Seine Verantwortung auf die psychologische, soziale oder biologische Ebene zu reduzieren, macht ihn zum Ausgestoßenen. Entweder ist er mitverantwortlich für das ganze Universum oder seine Verantwortung bedeutet nichts. Das Leben und die Zukunft des Universums ist das Einzige was zählt — wichtiger als das Leben oder der Tod eines Einzelindividuums, einer bestimmten Rasse oder Spezies. Sozialberufe die ihre Profession wirklich erfüllen, haben deshalb als Aufgabe, ihren Klienten zu helfen, ein klares Verständnis dafür zu erlangen und aufrecht zu erhalten, welche Rolle sie im Universum spielen und zwar auf der physischen, psychologischen, sozialen, kulturellen, ästhetischen, ethischen und kosmischen Ebene“ (Moreno 1950a, 172).

4. Persönlichkeitstheorie

Die Persönlichkeitstheorie *Morenos* (*Bischof* 1964; *Moreno* 1974; *Clayton* 1975; *Petzold, Mathias* 1983) ist auf seine anthropologischen Konzepte und auf seine soziometrischen und rollentheoretischen Untersuchungen und Entwürfe gegründet.

4.1 Soziales und kulturelles Atom

Im Unterschied zum individuumszentrierten Konzept der meisten therapeutischen Schulen hat *Moreno*, der Begründer der Gruppenpsychotherapie, die soziale Bestimmtheit des Individuums mit äußerster Radikalität vertreten. Der Mensch ist wesensmäßig „Mitmensch“. Die Menschen eines gegebenen sozialen Kontextes sind füreinander konstitutiv. Jeder Mensch *hat* nicht ein „soziales Atom“, er ist *ein* „soziales Atom“ (*Petzold* 1982). „Die soziale Konfiguration der zwischenmenschlichen Beziehung, die sich vom Augenblick der Geburt entwickelt, wird das soziale Atom genannt. Es umschließt zunächst Mutter und Kind. Im Laufe der Zeit nimmt es an Ausdehnung zu durch Personen, die in den Gesichtskreis des Kindes treten...“ (*Moreno* 1939, 3). Die Struktur des sozialen Atoms ist also abhängig von der Anzahl und der Art der ihm zugehörigen Individuen, die während der gesamten Lebenszeit variieren. Im ersten Lebensabschnitt gewinnt das soziale Atom an Größe, Kohäsion und Regenerationsfähigkeit. Es verliert in der letzten Lebensspanne zunehmend diese Faktoren durch den Verlust bedeutsamer Personen. Das Veröden des sozialen Atoms kann zum „social death“ (*Moreno* 1947c; *Petzold* 1979c) führen. Die Interaktion im sozialen Atom erfolgt durch das Spiel von Rollen. Jeder Rolle entspricht eine Gegenrolle. Auch durch den Doppelcharakter der Rolle ist die soziale Welt in der Persönlichkeit präsent. Die Mitglieder eines sozialen Atoms sind in ihm permanent repräsentiert. Im inneren Kern finden sich die emotional bedeutsamen, in den äußeren Bereichen die weniger bedeutsamen Personen. „Vom Standpunkt einer deskriptiven Soziometrie ist das soziale Atom ein Faktum, nicht ein Konzept“ (*Moreno* 1953, 52). „Diese sozialen Atome sind keine Konstrukte, sie sind aktuelle, lebendige, energiereiche Netzwerke, die jeden Menschen umgeben und zwischen ihnen wirken und zwar in tausenden von Formen, unterschiedlichen Größenkonstellationen und Dauer“ (*ibid.* 292). Das *aktionale* Element, die gespielten Rollen im sozialen Atom, werden durch ein *kategoriales* mitbestimmt, nämlich durch soziale Klischees und Muster. Diese bezeichnet *Moreno* als „*kulturelles Atom*“. Der Mensch übernimmt in sein soziales Atom auch die Handlungsfor-

men seiner Kultur und adaptiert sie in persönlicher Weise. Das Individuum „hat genauso wie es zu jeder Zeit über eine Reihe von Freunden und Feinden verfügt, auch ein Repertoire von Rollen und korrespondierenden Rollen... Das zentrale Muster der Rollenbeziehungen um ein Individuum wird sein kulturelles Atom genannt... Das soziale und kulturelle Atom sind die Manifestationen der selben sozialen Realität“ (Moreno 1953, 70). Die Gesamtheit der Rollen und Rollenmuster im sozialen und kulturellen Atom der Person wird von Moreno (1962) als das „Selbst“ bezeichnet. Dieses ist deshalb wesensmäßig eine individuelle und soziale Realität. Die Theorie des *sozialen Atoms*, der *Rollen* und des *Rollenselbst* bildet das Kernstück der Morenoschen Persönlichkeitstheorie (Petzold, Mathias 1983).

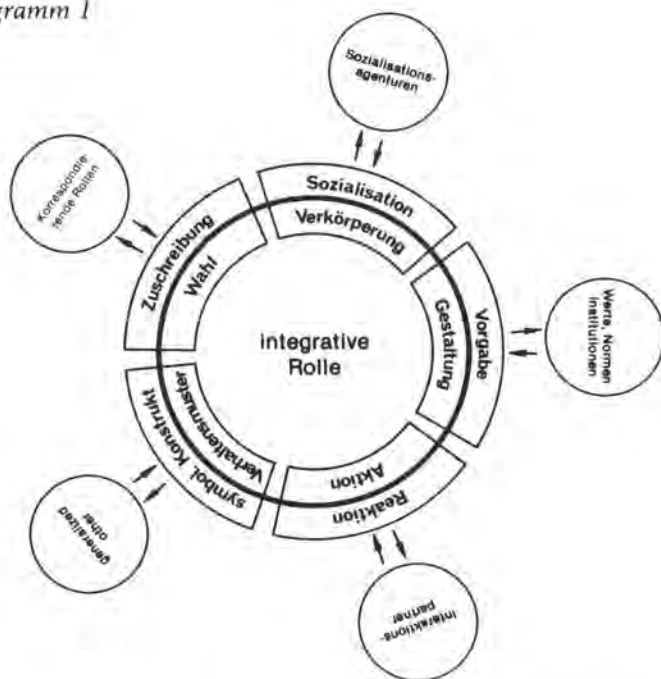
4.2 Rollentheorie

Morenos „sozialpsychiatrische Rollentheorie“ wurde nach seinen Angaben (1951a, S. 121) vor den übrigen soziologischen und sozialpsychologischen Rollentheorien, d. h. vor G. H. Mead (1934) und R. Linton (1936), entwickelt. Ihre Anfänge liegen in Morenos „Stegreiftheater“ (1924). Eine weitere Ausarbeitung erfolgt 1934 in „Who shall survive“. Eine eigentliche Formulierung der Rollentheorie erfolgt indes erst in den Schriften der beginnenden 40er Jahre, in der zweiten, wesentlich erweiterten Auflage von „Who shall survive“ (1953) und abschließend in einem wichtigen kleinen Aufsatz von 1962, in dem er seine Rollentheorie zu einer Theorie des Selbst ausarbeitet.

Morenos Rollentheorie ist bislang in den Sozialwissenschaften kaum rezipiert worden. Sie wurde, da sie von ihm nirgendwo zusammenfassend dargestellt worden ist, sondern sich in seinem Gesamtoeuvre verstreut findet, und weil sie im Verlaufe ihrer Entwicklung terminologischen Veränderungen und Akzentverschiebungen unterworfen war, selbst von seinen Schülern oft mißverstanden oder einseitig rezipiert (Schützenberger 1970; Leutz 1974). Morenos Rollentheorie ist nur von seinem Gesamtwerk, insbesondere seinen theaterinnovativen Frühschriften, seinen soziometrischen Forschungen, seiner psychodramatischen Aktionstherapie, seiner Spontaneitätstheorie und seiner Entwicklungstheorie her zu verstehen (vgl. jetzt die zusammenfassende Darstellung von Petzold, Mathias 1983). Im Unterschied zu anderen rollentheoretischen Ansätzen sieht sie die Rolle nicht „als Gesamtheit der Erwartungen, die in einem gesellschaftlichen System einer bestimmten Position zugeschrieben werden“ (vgl. Thomas, Biddle 1966; Claessens 1970), sondern als Gesamtheit konkreter Verhaltens-

weisen, die in einem komplexen Sozialisationsprozeß erworben wurden. „Role is the unit of conserved behaviour“ aber auch eine „symbolic representation“ (1961), die sich aus „privatem und kollektivem Verhalten konstituiert“, und sich nicht nur auf die soziale Dimension begrenzt, sondern „in allen Dimensionen des Lebens zum tragen kommt“ (1964, S. V). Rolle als konkretes Verhalten, als kognitives Konstrukt (symbolic representation), als persönliche Verkörperung von kulturell bzw. sozial vorgegebenen gesellschaftlichen Festschreibungen ist in diesem Sinne als „Konserve“ zu verstehen. Sie ist eine verbale Festlegung, ein „Logoïd“ (1946, 153), das durch die individuelle Verkörperung mit Leben erfüllt wird. *Moreno* hat mit seiner Verbindung eines aktionalen und deskriptiven Ansatzes, der kollektiven und individuellen Determinierung von Rollen, einen „integrativen Rollenbegriff“ vorbereitet, der von *Petzold* weiter ausgearbeitet wurde (*Petzold, Mathias* 1983, 149 ff).

Diagramm 1



Modell einer integrativen Rolle, aus: *Petzold, Mathias* (1983, 151)

Zentral stehen für *Moreno* die gespielten Rollen. Gegenüber *G. H. Mead* vertritt er die Auffassung, daß das „role playing“ gegenüber dem „role taking“, der Übernahme von kulturell vorgegebenen Rollenklischees des „generalized other“, den Vorrang habe (*Moreno* 1961). Immer wieder scheint sein Postulat aus dem „Stegreiftheater“ durch: die Rollenkonserve muß abgeschafft werden, an ihre Stelle muß das lebendige Spiel, die gespielte Rolle, die Stegreiflage treten. So kann *Morenos* ursprünglich als Antirollentheorie formulierter Ansatz im Sinne einer aktionalen Rollentheorie interpretiert werden, wenn gleich sich später bei ihm auch ein Ansatz zu einer kategorialen Rollentheorie finden läßt. Dieser ist schon in dem Begriff des „Klischees“, das sind „Residuen oft abgekurbelter Rollen“ (1924, S. 63), und seinem späteren Konzept der „kulturellen Konserve“ bzw. der „Rollenkonserve“ (1946, 1953), vorgezeichnet. In der ersten Ausgabe von „Who shall survive“ (1934, S. 329) unterscheidet *Moreno* schon eine „act and content personality“ bzw. ein „act centre“ und ein „content centre“. In dem einen sind die spontanen Aktionen angesiedelt, im anderen werden die vollzogenen Handlungen, die gelernten Inhalte (z. B. als „Logoïde“) niedergelegt. Die Integration dieser Inhalte im Handeln aber wird angestrebt: „But in actual life situations the supreme desideratum is exactly this facility of integration“ (ibid S. 329). Das lebendige Rollenspiel auf verschiedenen Ebenen leistet diese Integration.

Moreno spricht in seiner frühen Differenzierung von Rollentypen:

1. von *psychosomatischen Rollen*, wie z. B. dem Esser, dem Schläfer, dem Kriechenden, mit denen psychophysische Handlungsweisen und Tätigkeiten beschrieben werden — *physiodramatisches Spiel*;
2. *psychodramatischen Rollen*, in denen ein Individuum soziale Wirklichkeit persönlich interpretiert, seine Version eines Vaters, einer Mutter, eines Richters spielt — *psychodramatisches Spiel*;
3. *soziodramatischen Rollen*, in denen ein Individuum eine sozial vorgegebene Rollenvorstellung, z. B. die des Vaters schlechthin, der Mutter schlechthin, die des Richters schlechthin verkörpert. Zwar geschieht auch dies in einer persönlichen Art und Weise, jedoch sind die persönlichen Freiräume kleiner und die „collective elements“ zwingender — *soziodramatisches Spiel*.

Schon die Begriffe „psychodramatische und soziodramatische“ Rolle (*Moreno* 1943b) kennzeichnen den aktionalen Charakter seiner Rollentheorie. Rollen sind keine Kategorien oder „Logoïde“, d. h. verbale Festschreibungen, wenn sie in spontanem Handeln verkörpert und gespielt werden.

Moreno sieht aber auch die sozialen Vorgegebenheiten, die Rolle als soziale Konserve. Im Begriff der soziodramatischen Rolle, bei seinem Konzept des öffentlichen Anteils von Rollen sowie in seiner Idee eines „Handlungs-Selbst“ (operational self) und eines „logoïden Selbst“ (*Moreno* 1962) trägt er der Wirklichkeit von Rollen als gesellschaftlichen Klischees bzw. festgeschriebenen Verhaltenserwartungen Rechnung. Die soziodramatische Rolle ist zwar eine gespielte „aktionale“ Rolle, aber die vorgegebene soziale Wirklichkeit bedeutet schon eine erhebliche Festlegung. *Moreno* verwendet nach 1944 vorwiegend den Begriff „social role“. Auch in seiner Theorie des Selbst (*Moreno* 1962) finden wir eine derartige Akzentverschiebung. Hatte *Moreno* 1946 (S. 153) noch Begriffe wie Selbst und Ich als „Logoïde“ abgetan und das lebendige Handeln in Rollen betont, so räumt er 1962 ein, daß man die Vorstellungen der klassischen Persönlichkeitstheorien über das Ich und das Selbst und seine Handlungstheorie miteinander versöhnen könne, indem man den Begriff des *Selbst* als „logoïde“ Kategorie der Beschreibung annimmt, dem sein Konzept des „operational self“, des „Selbst in actu“ parallel steht,

Wir können damit bei *Moreno* einen zweifachen rollentheoretischen Ansatz finden. Eine aktionale Rollentheorie, die sich aus der Anti-Rollentheorie des Stegreifspiels entwickelte und das Zentrum seiner Persönlichkeitstheorie darstellt, und eine kategoriale Rollentheorie, die er in der Auseinandersetzung mit den soziologischen und sozialpsychologischen Rollentheorien und im Hinblick auf sein Konzept der „Rollenkonserve“ einführte.

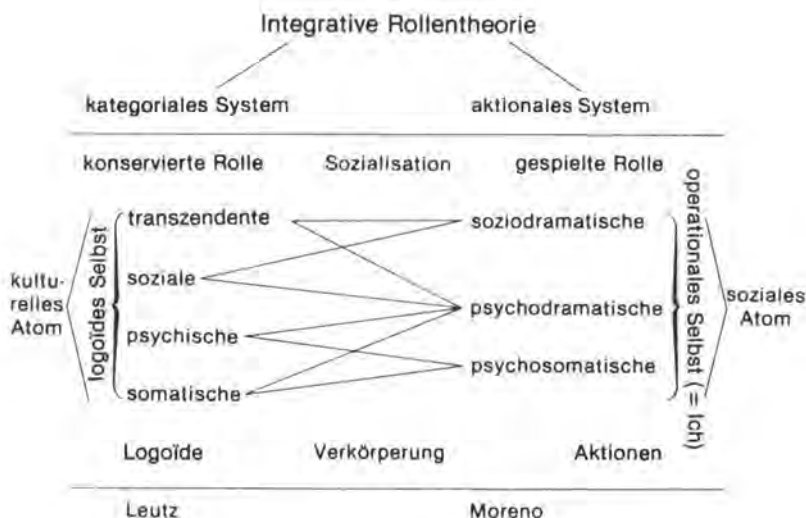
Die *Moreno*-Schülerin *G. A. Leutz* (1974) hat den Versuch einer weiteren Ausarbeitung des „kategorialen“ Ansatzes der *Moreno*'schen Rollentheorie unternommen, allerdings unter Vernachlässigung des „aktionalen“ Rollenkonzeptes. Es steht nun nichts entgegen und erweist sich aus methodischen Gründen als durchaus vertretbar, den aktionalen und kategorial-deskriptiven Rollenbegriff parallel zu setzen — beide sind ja im System *Morenos* zumindest in seinen späteren Ausformulierungen (1962 und 1964) präsent,

Nachfolgendes Diagramm (*Petzold, Mathias* 1983,152) stellt die Zusammenhänge noch einmal dar (siehe S. 33).

4.3 Entwicklungstheorie — das Konzept lebenslanger Sozialisation

Moreno (1909) hat sich schon vor seinen frühen soziometrischen Arbeiten mit Fragen der menschlichen Entwicklung befaßt und in sei-

Diagramm II



Modell einer integrativen Rollentheorie, aus: *Petzold, Mathias* (1983, 152)

ner „psychodramatischen Schaffensperiode“ seine Entwicklungspsychologie in einem zusammenfassenden Aufsatz dargestellt (*Moreno, Moreno* 1944). Im folgenden einige Grundkonzepte.

4.3.1 Spontaneität

Spontaneität ist in der Morenoschen Theorie von der Bedeutung her dem Konzept des Unbewußten bei *Freud* zu vergleichen. *Bergsons* Konzept des „élan vital“ hat *Moreno* wahrscheinlich bei der Entwicklung des Begriffes beeinflusst. „Persönlichkeit kann als eine Funktion der Gene, der Spontaneität, des Teles und des Umfeldes definiert werden“ (*Moreno, Moreno* 1944,94). Spontaneität ist der „Erzkatalysator“ (*idem*. 1953,40), die anstoßende, auslösende Kraft für die biologischen Prozesse, die sozialen Aktionen, den „Aktionshunger“ des Menschen. Durch die Spontaneität tritt der Mensch ins Leben. „Die Geburt ist . . . von der Spontaneität des Kindes beeinflusst. Sie ist ein urschöp-

ferisches Geschehen. Bevor sie negativ ist, ist sie positiv; bevor sie pathologisch ist, ist sie gesund; bevor sie Trauma ist, ist sie Sieg" (ibid. 42). Der Faktor „Spontaneität ist mehr und etwas anderes als eine im Körper des Neugeborenen vorgegebene Energie. Er ermöglicht dem Kind über sich hinaus in neue Situationen einzutreten, gleichsam den Organismus tragend alle Organe zu stimulieren und auf die Modifizierung ihrer Strukturen vorzubereiten, damit sie neue Reaktionsfähigkeiten entwickeln können" (Moreno, Moreno 1944, 92).

4.3.2 Warming-up-Prozeß

Die Impulse der Spontaneität führen zu Verhaltensintentionen, die Moreno als „warming-up Prozesse" bezeichnet.

Deshalb muß „in einer Theorie des menschlichen Verhaltens und der Motivation die Spontaneität einen zentralen Platz einnehmen" (Moreno 1946, 104). „Warming-up zielt immer auf Aktionen, seien sie somatisch, psychisch oder sozial. Auslösend werden psychische, physische, geistige (*mental*), soziale und psychochemische Starter" (Moreno 1937c/1945, 67) aus dem Bereich des Organismus oder des Umfeldes. Die frühen Warming-up Prozesse erfolgen in der physischen Interaktion zwischen Mutter und Kind in besonders sensiblen Zonen (z. B. Mundzone). Es entwickeln sich so Verhaltensformen als Basis von „physiodramatischen" bzw. „psychosomatischen" Rollen, die sich im Verlaufe der Entwicklung zu komplexeren Rollen ausdifferenzieren.

4.3.3 Hilfs-Ich

In diesem Geschehen ist der „Andere", das „Du" unerläßlich. Die Mutter wird für das Kind, das noch kein Selbst bzw. Ich entwickelt hat, zum „Hilfs-Ich". „Die Mutter [als das Hilfs-Ich] hat zwei Funktionen. Die eine ist, die Mutterrolle adäquat zu vollziehen, die andere ist ein klares Bild der Bedürfnisse und Rhythmen des Kindes zu entwickeln, damit sie sich so erwärmen kann, daß sie ihm hilft, angemessen zu fungieren" (Moreno, Moreno 1944, 101). Damit entsteht eine Verbindung, die so innig ist, daß das „Mitsein" der ersten Entwicklungsphase der „All-Identität" fortgeschrieben wird: die Mutter Teil des Kindes, das Kind Teil der Mutter.

4.3.4 Tele

Das Mit-sein in der Mutter-Kind-Beziehung ist die Basis für die Wechselseitigkeit, die für menschliche Beziehungen kennzeichnend ist, und die Moreno als „Tele" bezeichnet hat. „Tele" ist ein gegenseitiger Prozeß des Erfassens interpersonaler Gefühlsströme. „Tele benötigt

einen Katalysator, die Spontaneität, um mobilisiert zu werden“ (Moreno 1953, 329), indem es „im Menschen von der Geburt an allmählich einen Sinn für zwischenmenschliche Beziehungen entwickelt“ (Moreno 1959b, 29). „Das Telephänomen wirkt in allen Dimensionen von Kommunikation“ (idem. 1953, 76) und bestimmt die Prozesse innerhalb der sozialen Atome und zwischen den Rollen (idem. 1943a, 317). Dabei muß Tele klar von Empathie und Übertragung als psychologischen Modalitäten von Beziehungen unterschieden werden (Leutz 1972; Moreno 1953, 311).

4.3.5 Auto-Tele

„Während ein Kind heranwächst, macht es nicht nur Erfahrungen mit anderen Leuten, sondern auch mit sich selbst in seinen verschiedenen Rollen“ (Moreno 1959b, 278). Durch dieses „Auto-Tele“ entwickelt es eine Beziehung zu sich selbst und ein Bild von sich selbst (Moreno 1939, 4). Das Selbstbild oder die „Identität“ eines Menschen, ist komplex und orientiert sich an seiner Umwelt, seinen Mitmenschen und an sich selbst. Nicht immer entspricht das Selbstbild dem Bild, das andere von einem Menschen haben. Das Auto-Tele kann als individueller, „privater“, intrapersonaler Beziehungsmodus angesehen werden, das Tele als „kollektiver“, interpersonalen Wirkungsmodus zwischenmenschlicher Beziehungen. Die wechselseitige Tele-Beziehung zwischen Hilfs-Ich-Mutter und Kind wird prägend für die autotelischen und telischen Beziehungen. Morenos Theorie bietet hier Konzepte zur Erklärung früher Störungen, die durchaus mit narzißmus-theoretischen und objekt-beziehungs-theoretischen Überlegungen (Kohut, Kernberg) kompatibel erscheinen.

4.3.6 Das gemeinsame Bewußte und Unbewußte

Durch die intime körperliche Verbundenheit von Mutter und Kind sowie die Intensität der Interaktionen in den Warm-up Prozessen des Rollenspieles und des Teles entsteht ein Zusammenspiel, eine „verborgene Empfindung“, die Moreno (1924, 57) schon früh als „mediale Verständigung“ bezeichnet und später im Konzept des gemeinsamen Bewußten und Unbewußten („co-consciousness, co-unconsciousness“) weiterentwickelt. Mit-bewußte und mit-unbewußten Zustände sind *per definitionem* derart, daß die Partner, die sie erlebt und gemeinsam hervorgebracht haben, „sie nur gemeinsam reproduzieren und wieder-spielen können. Ein mit-bewußter oder mit-unbewußter Zustand kann nicht der Besitz eines Individuums alleine sein. Es ist immer ein gemeinsamer Besitz, der nur durch gemeinschaftliche Anstrengung

zu Tage gefördert werden kann“ (Moreno 1946/1964, VII). Zwischenmenschliches Verstehen basiert wesentlich auf diesen Qualitäten, die im Verlauf des Lebens, wenn sie gepflegt und entwickelt werden, immer weiter verfeinern werden, und die die Grundlage gelungener naher Verwandtschafts- und Freundschaftsbeziehungen aber auch jeder Therapie bilden.

4.4 Rollenentwicklung, Rollenlernen, Sozialisation

Für Moreno ist Entwicklung im wesentlichen Rollenentwicklung, d.h. Entwicklung eines Kindes in seinem sozialen Atom, seiner sozialen Matrix, seiner „matrix of identity“. „Wir nennen diese besondere Phase in dem Wachstum des Kindes die ‚Matrix der Identität‘. Dieser Terminus impliziert eine Hypothese des Sozialisationsprozesses“ (Moreno 1952, 244). Die Entwicklungstheorie als Sozialisationstheorie ist bestimmt von Spontaneität als anstoßender Kraft, vom sozialen Kontext und von Prozessen des Lernens (Moreno 1953, 539, 544). Lernen ist prinzipiell an Aktions- und Interaktionssituationen gebunden. Auch das Lernen einer Rolle. „Die Rolle des ‚anderen‘ zu spielen, geschieht beim Kind nicht plötzlich und voll entwickelt sondern durchläuft verschiedene Stadien der Entwicklung, die sich überlappen und oft Hand in Hand gehen“ (Moreno, Moreno 1944, 103). Es werden verschiedene Stadien der Rollenentwicklung angenommen: „1. die Stufe der Identität des Ichs mit dem Du, des Subjekts mit den umgebenden Objekten; 2. die Stufe der Ich-Erkenntnis, seiner Besonderheit als Person; 3. die Stufe der Du-Erkenntnis, der Erkenntnis des anderen“ (Moreno 1959b, 83). An anderer Stelle stellt Moreno (mit F. Moreno 1944) fünf verschiedene Schritte dar:

1. Die Mutter ist für das Erleben des Säuglings Teil seiner Selbst. Es herrscht „All-Identität“.
2. Das Kind beginnt seine Aufmerksamkeit auf diesen anderen Teil von sich selbst zu zentrieren.
3. Es hebt sich dieser Teil aus dem Kontinuum seiner Erfahrung stärker hervor; d. h. es beginnt sich in der Wahrnehmung des Kindes eine Differenzierung zwischen sich selbst und anderen zu vollziehen, ohne daß dabei *eigene* und *fremde* Realität unterschieden wird, sondern es herrscht noch „All-Realität“.
4. Das Kind beginnt sich nun aktiv in den als verschieden erlebten Teil, d. h. in die Mutter, zu versetzen und rudimentär ihre Rolle zu spielen.

5. Das Kind kann in der Rolle seines Gegenübers agieren, es spielt „Mutter“ und ist sich dessen bewußt. Es vermag auch zu erkennen, wenn ein anderer seine Rolle spielt. Damit ist die „Trennung von Realität und Vorgestelltem“ endgültig vollzogen, ist die All-Realität differenzierte Realität geworden.

„Diese fünf Stufen repräsentieren die psychologische Basis für alle Rollenprozesse und für Phänomene wie Imitation, Identifikation, Projektion und Übertragung“ (Moreno, Moreno 1944, 104).

Moreno hat in den jeweiligen Entwicklungsphasen des Kindes spezifische Interaktionsstrukturen beobachtet und später Parallelen zu den *psychodramatischen Techniken* gezogen. „So mögen wir sagen, daß das Doppelspiel, der Spiegel und der Rollentausch die drei Stadien in der Entwicklung des Kindes sind, die ihr Gegenstück in den therapeutischen Techniken haben, die wir in der Behandlung aller menschlichen Beziehungsprobleme und in der Therapie psychiatrischer Patienten verwenden können“ (Moreno 1952, 246).

Im Stadium der All-Identität, der erlebnismäßigen Einheit von Mutter und Kind, auch „erstes psychisches Universum“ genannt, entstehen die physiodramatischen bzw. psychosomatischen Rollen als „organische Funktionseinheit“ bzw. „Interaktionseinheit“ (Leutz 1974, 39 f). In der Phase der All-Realität beginnt sich die Telefähigkeit auszubilden und damit eine soziale Differenzierung, die Moreno (1953, 151) auch in seinen soziometrischen Forschungen dokumentieren kann. Es beginnt sich das Erkennen des Ichs auszubilden. Das Kind vermag sich zu sehen und das „entspricht der psychodramatischen Spiegelmethode“ (Moreno 1959b, 87). Es entstehen die „psychodramatischen“ und ansatzweise die „soziodramatischen“ Rollen. Erst in der Phase der Trennung von Phantasie und Realität, dem „zweiten psychischen Universum“, werden diese Rollenkategorien voll ausgebildet, insbesondere, da aus dem sozialen Feld psychische und soziale Rollenkonserven übernommen und im Spiel sozio- und psychodramatischer Rollenaktionen verkörpert und ausgeübt werden. In diesem Rollenspiel erwirbt das Kind handelnd seine Rollen. Das ist sein wesentlichster Lernprozess, wenn mit der Differenzierung seiner Wahrnehmungsfähigkeit seine Interaktionsmöglichkeiten im sozialen Feld immer komplexer werden.

Das Lernen von Rollen ist ein lebenslanger Prozeß. Moreno hat dies immer wieder hervorgehoben. Er bezieht sich auf den „Monolog des Jaques“, in dem *Shakespeare* unter Rückgriff auf ältere Traditionen (Petzold 1982b) die Rollen der Lebensalter dargestellt hat. *Morenos* Rollentheorie „trägt das Konzept der Rolle durch alle Dimensionen des

Tabelle der verschiedenen Entwicklungsaspekte

Geburt prinatale Entwicklung	Soziometrische Stadien in der Entwicklung von Gruppen	Entwicklungsstadien des Kindes	Stufen der Rollen- und Identitätsentwicklung	Rollenkategorien	Psychodramatechniken abgeleitet aus der Rollenentwicklung
	organische Isolation	All-Identität 1. psychisches Universum – undifferenziert	Identität 1. Schritt: andere Person (Mutter) ist Teil des Kindes, voll- ständige, spontane All-Identität	psychosomatische Rollen	Doppel (auxiliary ego)
Entwicklungsverlauf in der Kindheit	Horizontale Differenzierung	All-Realität 1. psychisches Universum – differenziert	Ich-Erkenntnis 2. Schritt: Aufmerksamkeit des Kindes zentriert auf fremden Teil seiner selbst (Mutter) 3. Schritt: Kind hebt diesen aus der Kontinuität d. Erlebens hervor; alles andere, auch es selbst, tritt zurück 3a* Schritt: Erkennen der eige- nen Person als von anderen getrennte Person (Körperebene)	(soziale Rollen sind im kulturspezifischen Hintergrund vorgegeben, hier implizit, jedoch noch nicht handlungsrelevant)	Spiegel
	vertikale Differenzierung	Trennung von Phan- tasie und Realität 2. psychisches Universum	Du-Erkenntnis 4. Schritt: aktives Hineinver- setzen in den anderen Teil und seine Rolle spielen. 5. Schritt: Rolle des anderen spielen, der die Rolle des Kindes spielt; vollkommener Tausch der Identitäten	psychodramatische Rollen (clustern zuerst) soziodramatische (sozi- ale) Rollen (clustern später, bilden sich aber gleichzeitig aus)	Rollenwechsel* Rollentausch
Entwicklung im frühen und mittleren Erwachsenenalter	weitere vertikale Differenzierung	Vorherrschen der Realität und aufgaben- bezogene Kreativität	Wir-Erkenntnis	psychodramatische und soziodramati- sche Rollen	Rollentraining magic shop Zukunftsprojektion
Entwicklung im Alter	vertikale Involution	Abnehmen der Realität	Kosmisches Erleben	transzendente Rollen Rollenverluste Clusterzerfall	Doppel und Umkehr des Rollentauschs (Kinder werden „Eltern“ ihrer Eltern) Rückspiegelung Bilanz
sozialer und biologischer Tod	kollektive Entwick- lungsaspekte Moreno 1934 Moreno 1947 Petzold 1979	individuelle Entwick- lungsaspekte Moreno, Moreno 1944 Moreno 1908, 1947 Petzold, Bubolz 1976, 1979	Entwicklungsaspekte des Rollenlernens Moreno, Moreno 1944 Moreno 1959, 1966 *Mathias 1979 Moreno, Z., 1977	Entwicklungsaspekte des handelnden Selbst Moreno, Moreno 1944 Moreno 1959, 1962 Leutz 1974 Petzold 1979	psychodramatische Entwicklungsaspekte Moreno, Moreno 1944 Moreno, Z., 1947, 1977 Moreno 1952, 1955, 1959 * Differenzierung s. Text und Petzold 1970

Diagramm III
Entwicklung in der Lebensspanne, aus: Petzold, Mathias (1982, 245)

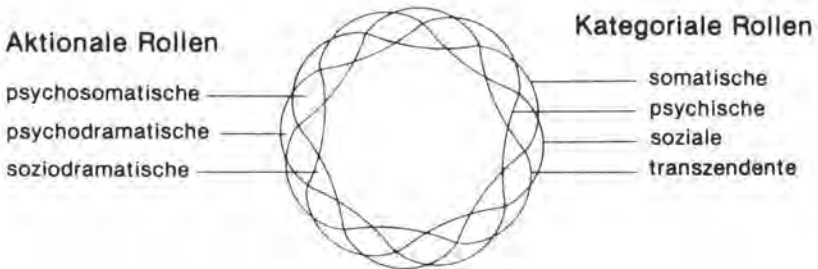
Lebens. Sie setzt bei der Geburt an und geht über die ganze Lebenszeit des Individuums und des Soziums“ (Moreno 1961, 519). Mit seinen differenzierten Konzepten zum Rollenlernen und mit seiner „Entwicklungspsychologie der Lebensspanne“ (unter Einbeziehung der Veränderung des sozialen Feldes) hat Moreno schon sehr früh einen komplexen entwicklungs- und sozialisationstheoretischen Rahmen für seine Persönlichkeitstheorie und die Theorie seiner Psychotherapie geschaffen (Petzold, Mathias 1983).

4.5 Das Selbst und das Ich

Im Verlaufe der Entwicklung fügen sich die einzelnen Rollen zu Rollenclustern zusammen und bilden in ihrer Gesamtheit das Selbst, die Person.

Nach Moreno „entspringen die Rollen nicht dem Selbst, sondern das Selbst geht aus den Rollen hervor“, denn „das Rollenspiel liegt vor der Entstehung des Selbst“ (1961). Moreno liegt es fern, den Menschen auf ein Konglomerat von Rollen zu reduzieren, eine Gefahr, auf die Dahrendorf (1974) für die soziologische Rollentheorie mit dem Zerrbild des „homo sociologicus“ hingewiesen hat. Dieser Gefahr kann entgangen werden, wenn man das gestaltpsychologische Prinzip der „Übersummativität“ annimmt.

Diagramm IV

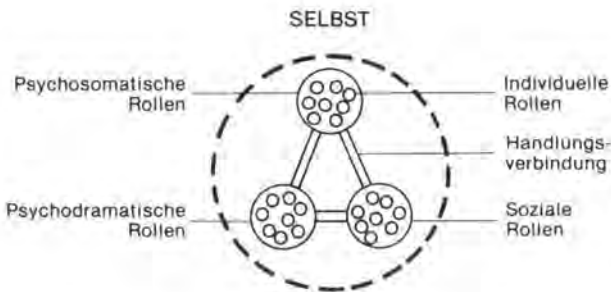


Rollenintegral, aus: Petzold, Mathias (1983, 153)

Mit Bezug auf dieses gestaltpsychologische Theorem kann man formulieren: „Die Gesamtheit aller Rollen ist mehr und etwas anderes als ihre Summe“ (Petzold, Bubolz 1976, S. 138). Sie bildet das „Selbst“ als eine neue Qualität, die zwar von der jeweiligen Lebenssituation, der jeweiligen „gespielten Szene“ abhängig ist, aber nicht nur als „das Produkt einer erfolgreichen gespielten Szene“ verstanden werden kann, wie Goffman (1969, S. 231) das Selbst definiert. Moreno hat nicht auf das Übersummativitätstheorem verwiesen. Sein Selbstbegriff ist vom Ansatz her ein summativer und aktionaler. Das Selbst ist keine feste, starre Größe, es ist aber auch nicht zufällig von Szenen abhängig, wie bei Goffman. Es ist ein „Handlungsselbst“ (operational self), das aus dem Zusammenwirken der verschiedenen psychosomatischen, psychodramatischen und soziodramatischen Rollenclustern entsteht. Wenn Moreno unter den „tangible aspects of what is known as ego“ die Rollen versteht, „in denen das Ich handelt“ (1961), so nimmt er eine durch die Gesamtheit der spielbaren Rollen fest umschriebene,

Diagramm V

SELBST-ROLLENDIAGRAMM



Symbole

- Äußerer großer Kreis = Selbst
- Kleine Kreise im großen = Ein Rollenbereich - Psychosomatische Rollen
Psychodramatische Rollen und Soziale Rollen
- Kleinste Kreise in den Kreisen = Individuelle Rollen (private Rollen)
- Verbindende Doppellinien = Handlungsverbindungen

Diagramm aus Moreno, Group Psychotherapy, Vol. XV, Beacon House, Beacon N. Y. 1962, 116

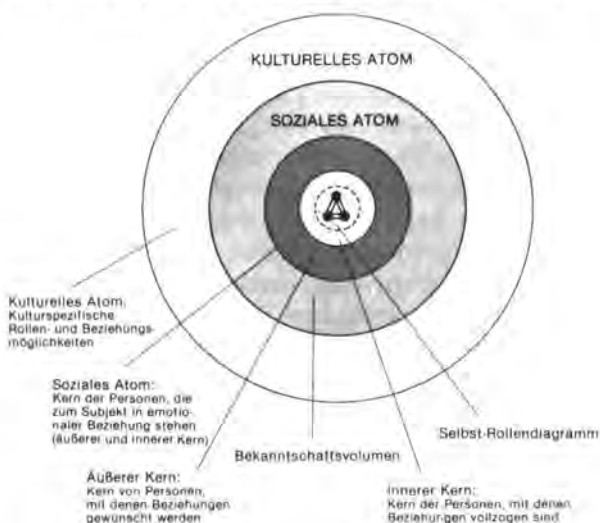
wenn auch nicht konstante Größe an, die er als „Selbst“ bezeichnet (vgl. *Moreno* 1962), und ein „Ich“, das durch die *gespielten* Rollen im Sinne des oben angeführten Zitats als das „Selbst in actu“ konstituiert wird.

Das Selbst besteht, wie die Rolle, aus öffentlichen und privaten Anteilen. In den „Rollenkonserven“ des „kulturellen Atoms“ (*Moreno* 1953, 70) ist die kollektive Wirklichkeit des Selbst vorgegeben. Sie muß *verkörpert* werden. Soziodramatische und psychodramatische Aktionsrollen verkörpern die sozialen und transzendenten Rollenmuster. Der private Anteil des Selbst gründet in der Leiblichkeit des Menschen, die sich in psychosomatischen Rollenaktionen, d. h. in konkreten Verhaltensweisen manifestiert. Sie müssen *sozialisiert* werden. Somatische und psychische Rollen sind einerseits die sozialisierten Klischees stereotypen, körperlichen bzw. psychophysischen Verhaltens, wie wir sie in jeder Kultur finden (vgl. *Kamper, Rittner* 1976) und andererseits die ontogenetisch und phylogenetisch festgelegten „behaviour patterns“.

Aus der Rollenentwicklung, der Situationsabhängigkeit des Rollenrepertoires läßt sich das Konzept „aufsteigender und abnehmender Rollencluster“ und einer „sozialpsychiatrischen Theorie des Alters“ (*Petzold, Bubolz* 1976, 138f) ableiten. Das Selbst ist also ständiger Wandlung unterworfen. Die Gesamtheit aller jemals gespielten Rollen eines Individuums, die als feste Rollenmuster bzw. -konserven kategorisiert und internalisiert wurden, werden als Rolleninventar bezeichnet. Die Gesamtheit aller zu einem gegebenen Zeitpunkt spielbaren Rollen sind das Rollenrepertoire. In der Kindheit, der Jugend und dem Erwachsenenalter nimmt das Rollenrepertoire ständig zu. Rollen, die für Kindheit und Jugend spezifisch sind, fallen in das Rolleninventar zurück. Das Rollenrepertoire verändert sich mit den Interaktionspartnern des jeweiligen sozialen Feldes. Stellt die Gesamtheit aller spielbaren Rollen das Selbst dar, so ist dieses mit den sich verändernden sozialen Feldern im Verlaufe des Lebens einem beständigen Veränderungsprozeß unterworfen.

Die sozialpsychiatrische Rollentheorie *Morenos* (1961) hat den Vorteil, daß sie in besonderem Maße handlungsrelevant ist und sich deshalb zur Erklärung psychotherapeutischer Prozesse besonders eignet. Sie ist von *Morenos* Entwicklungs- bzw. Sozialisationstheorie nicht zu trennen, in der er die Entwicklung des Selbst in unlösbarer Verbundenheit mit der Übernahme von Rollen aus dem soziokulturellen Umfeld und dem Spiel von Rollen im sozialen Kontext gesehen hat. Der Mensch lebt in, durch und mit seinen sozialen Beziehungen, die er im Rollenhandeln vollzieht.

DAS SELBST IM SOZIOKULTURELLEN KONTEXT



Das Selbst im soziokulturellen Kontext. Modifiziertes Diagramm nach Moreno (1936) aus: Petzold, Mathias (1983, 220)

4.6 Aktionshunger

Leutz sieht den „Aktionshunger“ als wesentliches Element der Anthropologie Morenos. „Der primär bestehende Aktionshunger eines Individuums sucht beständig nach Situationen, die ihm eine Ausdrucksmöglichkeit bieten“ (Leutz 1974, S. 79). Der „act hunger“ wird von Moreno sowohl „als Teilmanifestation der kosmischen Spontaneität wie auch als Antrieb des Individuums geschildert“ (Leutz 1974, S. 79 ff).

Durch ihn wird der Mensch zum Rollenhandeln, zur Rollenübernahme, zur Rollencreation (role creation) angetrieben. Dieses Konzept wurde von Moreno nur global formuliert (Moreno, Moreno 1944) und marginal erwähnt. In seinen späteren Veröffentlichungen wird es – von einem Verweis (1959b, 199) abgesehen – nicht mehr aufgegriffen oder weiterentwickelt. Ein triebdynamisches Konzept in die Anthropol-

logie *Morenos* einzuführen, erscheint problematisch, da *Moreno* sich dezidiert von der triebdynamischen Position der Psychoanalyse abgesetzt hat. Der Aktionshunger ist im Konzept der Spontaneität inkorporiert und stellt keine eigenständige anthropologische Komponente für *Moreno* dar (vgl. *Petzold, Mathias* 1983, 195 ff).

5. Theorie der Psychotherapie

5.1 Erkenntnis- und wissenschaftstheoretische Grundlagen

Die erkenntnis- und wissenschaftstheoretische Position ist für *Morenos* Therapie nicht eindeutig auszumachen. Sie variiert im Verlauf seines Werkes, das deutlich verschiedene Bereiche und zeitlich bestimmte Akzente aufzuweisen hat. Das Frühwerk und Spätwerk ist phänomenologisch bestimmt und zwar im Sinne eines „naiven Phänomenologismus“ (*Bischof* 1966). *Moreno* gehört zu den Wissenschaftlern, die wesentlich dazu beigetragen haben, das „naturwissenschaftliche Paradigma“ durch das „sozialwissenschaftliche“ (*Guss* 1983) zu ersetzen. Die Soziometrie basiert ja darauf, daß der Mensch nicht mehr „Gegenstand und Objekt“ der Forschung ist sondern „Mitforscher“, „Co-actor“ (*Moreno* 1940a; 1941, 1953; *Petzold* 1980a, b).

Obleich *Moreno* die Aktionsforschung als „*interaction research*“ radikaler formulierte als *Lewin*, finden sich besonders in seinen soziometrischen Arbeiten „positivistische Schlenker“ (z. B. *Moreno* 1960, 19-51). In *Morenos* Konzept wird Erkenntnis an personale Verständigung gebunden, die in „kulturellen Konserven“ ihren Niederschlag findet. Da der Mensch aber prinzipiell schöpferisch ist, gilt es, nicht bei Konserven zu verharren, sondern gemeinsam immer neues Wissen hervorzubringen (*Moreno* 1943a), eine Position, die der von *Feyerabend* (1977) verwandt ist.

5.2 Psychopathologische Konzepte

Die psychopathologischen Konzepte des Psychodramas nach *J. L. Moreno* fußen in seiner Anthropologie und Persönlichkeitstheorie (vgl. *Z. Moreno, J. D. Moreno* 1984).

5.2.1 Rollentheoretische Implikationen

Obwohl die Rollentheorie *Morenos* gegenüber soziologischen Rollentheorien wichtige Eigenständigkeiten aufweist, ist sie bei weitem nicht so elaboriert wie diese. Eine „Pathologie des Rollenverhaltens“,

wie sie im Entwurf *Dreitzels* (1972) vorliegt oder sich aus den rollentheoretischen Überlegungen von *Gerhardt* (1971) oder *Claessens* (1970) ableiten ließe, findet sich für das Psychodrama nicht oder nur in Ansätzen. Hier wird künftige theoretische Arbeit noch ein weites Feld haben. Die gründlichsten Darstellungen psychopathologischer Vorstellungen aus der *Moreno-Schule* stammen bisher von *J. Rojas-Bermúdez* (1979) und *G. A. Leutz* (1974), die allerdings die genannten soziologischen Konzepte nicht berücksichtigen und, gemessen an den Intentionen *Morenos*, zu stark an den Pathologiekonzepten der klassischen Psychiatrie orientiert sind.

5.2.1.1 Störungen in der Rollenentwicklung

Rollenentwicklung ist für *Moreno* mit Persönlichkeitsentwicklung gleichzusetzen (*Petzold, Mathias* 1983). Das Selbst entsteht dabei in einem komplexen, lebenslangen Sozialisationsprozeß durch ständige Übernahme und Entwicklung neuer Rollen auf allen Rollenebenen, die sich zu Clustern zusammenschließen. Sie konstituieren dadurch ein Rollenrepertoire und Rolleninventar von relativer Konsistenz und Dauer, das „dynamische Rollenaggregat“, und damit personale Identität. Störungen in diesem Prozeß können auftreten durch:

- (a) intraorganismische Defekte oder Mangelerscheinungen (etwa durch Krankheit bedingt), durch die psychosomatische Rollen in ihrer Entwicklung verhindert oder eingeschränkt werden;
- (b) externe traumatisierende Einwirkungen, die den nämlichen Effekt haben;
- (c) mangelnde Interaktionsmöglichkeiten mit dem Umfeld und mit Bezugspersonen, so daß psychische und soziale Rollen nicht, unvollkommen oder disfiguriert ausgebildet werden;
- (d) mangelnde Konsistenz im Aufbau des Rollenaggregats, d. h. im Aufbau des Selbst.

Die Folge sind „Löcher“ in der Persönlichkeit, im Sinne eines nur rudimentär oder einseitig ausgestatteten Rolleninventars und -repertoires. *Leutz* (1974, S. 157) spricht von primären Rollendefiziten und Rollenmangelsyndromen und unterscheidet sie von sekundären, die durch „Rollenatrophie“, d. h. durch einen pathologischen Verlust von Rollen, bedingt sind, wobei exogene und endogene Faktoren wirksam werden und die äußeren Einwirkungen überwiegen. Dies wird besonders beim Rollenverlust und den daraus resultierenden Störungen bei alten Menschen sichtbar. Der Verlust somatischer, psychischer und sozialer Rollen kann in bestimmtem Maße aufgefangen werden, wenn die Ebene der transzendenten Rollen gut entwickelt werden konnte (*Petzold, Bubolz* 1976, S. 139).

5.2.1.2. Störungen im Rollenaggregat

Störungen im Rollenaggregat können sich auf verschiedene Art manifestieren:

- (a) Rollenfixierungen. Durch einen Mangel an Spontaneität wird das Rollenspiel auf einige wenige Rollen begrenzt. Oft ist auch ein Mangel an Rollen im Rollenrepertoire ursächlich oder die Fixierung auf bestimmte Rollenebenen aufgrund traumatischer Erfahrungen bzw. nicht zu bewältigenden Außendruckes (z. B. in der psychotischen Regression).
- (b) Mangelnde Rollenflexibilität. Die verschiedenen Rollen miteinander zu kombinieren, neue Rollencluster zu gruppieren (role creation) und von einer Rolle in einer andere zu wechseln, stellen Fähigkeiten dar, die für die Bewältigung des Lebens unbedingt erforderlich sind. Störungen im Bereich der Rollenflexibilität sowie Rollenfixierung finden wir bei depressiven, phobischen und zwangsneurotischen Patienten.
- (c) Mangelhafter Cluster-Effekt. Komplexe Rollen wie z. B. der Mutter sind als Cluster zahlreicher Rollen aufzufassen. Wenn keine in sich konsistenten Cluster gebildet werden können, wird das Individuum in seiner Handlungsfähigkeit schwerwiegend beeinträchtigt. Wir finden Störungen des Clustereffektes häufig bei Borderline-Patienten.
- (d) Abspaltung von Rollen. Wenn innerhalb des Rollenrepertoires Rollen abgespalten werden, so daß sie nicht geclustert werden können, sondern autonom fungieren, kommt es zu Störungen der Persönlichkeit, die sich als Psychoseerkrankungen oder schwere Hysterien manifestieren können.
- (e) Zerfall des Rollenaggregats. Abspaltungen und mangelnder Clustereffekt können zu einem Zerfall des Rollenaggregats und damit des Selbst führen, wie es für Psychoseerkrankungen charakteristisch ist.
- (f) Rollenkonflikte. Wenn Rollen innerhalb eines Clusters oder Rollencluster innerhalb des Rollenaggregats in gegenteilige Richtungen streben, so kommt es zu Konfliktkonstellationen (Inter-Rollen-Konflikten). Werden gegensätzliche Strebungen durch widersprüchliche Verhaltenserwartungen „von außen“ ausgelöst, so handelt es sich um einen Intra-Rollen-Konflikt (Gross, Mason, McEachern 1958). Die soziologischen und sozialpsychologischen Untersuchungen und Theoreme zu den Rollenkonflikten sind von Moreno und seinen Schülern (Blatner 1973; Haskel 1968; Leutz 1974; Schützenberger 1970) leider nicht rezipiert und Begriffe wie Rollendistanz (Coser 1966; Goffman 1966), Intra- (Getzels, Guba 1955) und Inter-Rollenkonflikt unterschiedlich interpretiert worden (Leutz 1974, S. 170 ff). Hier sind noch vielfältige Möglichkeiten ungenutzt, die für die Psychodramatherapie fruchtbar gemacht werden könnten.

5.2.1.3 Kreativitätsneurose, pathologische Kreativität und Spontaneität

Wenn sich die spontane Energie im Menschen nicht entfalten kann oder in ihrem Ausdruck und ihren Auswirkungen beeinträchtigt wird, kommt es zu Störungen der kreativen Gestaltungskraft des Menschen, die die Spontaneität formt und kreative Anpassung oder kreative Veränderung ermöglicht. Durch kreatives Handeln wird Rollenhandlung nicht klischeehaft, können sich Rollen und Rollencluster zu immer neuen Formationen zusammenfinden, ganz wie es die Bedürfnisse des

Individuums und die Anforderungen des Umfeldes erfordern. Bei einem Verlust an Kreativität kommt es zu Rollenfixierungen, und das Rollenspiel verliert den Bezug zum sozialen Umfeld, in dem und durch das es seinen Sinn gewinnt. Aber nicht nur eine Minderung der Kreativität kann als Störung auftreten, auch ein pathologisches Ausufern, dysfunktionale oder negative Produktion kommen vor, z. B. bei halluzinatorischen Psychosen (Moreno 1974; Moreno, Moreno 1984).

Morenos Theorie der Spontaneität bietet eine wichtige Grundlage für Konzepte zur Psychopathologie. Die Spontaneität als das Prinzip, das hinter allen menschlichen Verhaltensweisen steht, die nicht als Reaktion auf Umweltstimuli erfolgen, und die vielfach auch den respondenten Verhaltensweisen Impetus verleiht, ist letztlich in der biologischen Dynamik und Vitalität des gesunden Organismus begründet, die wiederum Manifestation der kosmischen Spontaneität ist. Störungen der Spontaneität können vielfältige Ursachen und Auswirkungen haben. Leutz (1974, S. 179) hat diese Störungen weiter ausformuliert, dabei sich aber nur auf den „Aktionshunger“ begrenzt. Ich bin ihrer Darstellung (1978a, S. 765) noch gefolgt, meine aber heute (wie 4.6 ausgeführt), daß im theoretischen Ansatz Morenos der „act hunger“ ein Aspekt der Spontaneität ist. Die im folgenden referierte Position von Leutz (1974, S. 179 ff) trifft m. E. die Intentionen Morenos; nur müßte an die Stelle der Begriffe Antrieb und Aktionshunger der Begriff „Spontaneität“ gesetzt werden (vgl. Petzold, Mathias 1983). Folgende Störungen seien genannt:

- (a) Antriebslähmung/Spontaneitätslähmung: „Das führende Symptom vieler psychischer Störungen ist die Antriebslähmung“ (Leutz 1974, S. 179). Sie führt dazu, daß das Rollenspiel im Alltagsleben und die Rollendynamik (Flexibilität, Kreation) und damit das gesamte Interaktionsverhalten des Individuums beeinträchtigt wird.
- (b) Antriebsüberschuß/Spontaneitätsüberschuß: Der Aktionshunger [die Spontaneität] nimmt pathologische Formen an (Manie, Hysterie). Durch überschießendes und dadurch unkoordiniertes Rollenspiel beeinträchtigt das Individuum sich und seine Umgebung.
- (c) Antriebsstau/Spontaneitätsstau: Durch einen Mangel an Möglichkeiten, den Aktionshunger [die Spontaneität] auszuleben, kann es zu einem Stau und Rückschlag der spontanen Energie kommen. Die Folge können Depressionen oder aggressive Gespanntheit sein.
- (d) Antriebsdifffusion/Spontaneitätsdifffusion: Der Aktionshunger [die Spontaneität] ist difffus, ohne Zielrichtung. Das Rollenspiel wird konfus und widersprüchlich. Die Interaktionen und Handlungen im Alltagsleben sind unkoordiniert und oftmals sinnlos.

5.3 Diagnostische Konzepte

Morenos Konzepte der Diagnostik sind in seiner Soziometrie und seiner Rollentheorie fundiert. Da er den Menschen als „soziales Atom“ sieht, wird die Einbindung in das soziale Netzwerk sowohl für die

Beurteilung der aktuellen Lebenssituation als auch für die Erklärung von Krankheitsursachen aus der Biographie bestimmend. Weiterhin können nicht nur das Individuum in seinem Kontext sondern auch der Kontext selbst, die Gruppe, durch soziometrische Erhebungen (Moreno 1934; 1953) in den Blick genommen werden. Das soziale Atom eines Menschen kann reich oder atrophiert, erfüllt von negativen oder positiven Relationen sein, im Kernbereich symbiotisch, im Mittelbereich ausgedünnt oder im Mittelbereich stark oder im Kernbereich defizitär usw. (Petzold 1979c). Im Situations- und im Spontaneitätstest (Moreno 1953, 348, 92 ff), in den Formen improvisierten Rollenspiels kann die Adäquanz des Rollenverhaltens, die Kraft der Improvisation eingeschätzt werden (Murray 1961). Durch Analyse des Rollenrepertoires, die Untersuchung des konkreten Rollenspiels, werden Verhaltensdefizite deutlich. Es wurden spezifische Rollentests (Moreno 1953, 89) zum Rollenverhalten entwickelt. (Moreno 1946, 161 ff vgl. die zusammengestellten Arbeiten von J. L. Moreno, F. Moreno und Z. T. Moreno bei Petzold, Mathias 1983). Durch das Spiel von Standardsituationen (Boring, Deabler 1941) aus gegenwärtigen Lebensbereichen, aus der Biographie oder aus der näheren und weiteren Zukunft (Petzold 1979k, 198-250) können Aufschlüsse über die Pathogenese im Lebensverlauf gewonnen werden. Obwohl Moreno verschiedentlich die Termini „Kreativitätsneurose“, „Paranoia“, „Psychose“ verwendet, steht er klassischer psychiatrischer Diagnostik und Kategorisierung zurückhaltend gegenüber (Moreno 1952). Seine Vorgehensweise ist eher phänomenologisch-deskriptiv und auf soziometrische und Rollenerhebungen gerichtet. Wichtige Aufschlüsse über die Situation des Patienten bieten die zahlreichen projektiven Psychodramatechniken (Haas, Moreno 1961; Bronfenbrenner, Newcomb 1947) w. z. B. der „Magic shop“ (Petzold 1979k, 151-284), der „leere Stuhl“ usw. (Blatner 1970, vgl. Cornyetz, Del Torto 1945; Cia 1977; Bogliano, Garriáz 1977). Der „Rollentausch“ dient zur Abklärung des Identifikationsvermögens, die „Doppeltechnik“ zur Einschätzung des Empathievermögens und der Abgrenzungsfähigkeit usw.

5.4 Ziele und Inhalte der Therapie

Die Ziele der Psychodramatherapie leiten sich zum einen aus ihren anthropologischen und persönlichkeits-theoretischen Prämissen her, zum anderen aus der Exploration der Lebenssituation des Patienten. In dieser sind über psychodramatische Explorationen die Störungen und Defizite und ihr Zustandekommen aufzufinden, die in der Behandlung

angegangen werden müssen. Als übergeordnete Ziele sieht *Moreno* (1946, 1937) die Wiederherstellung von Spontaneität und Kreativität, wo immer sie beeinträchtigt wurden; die Förderung der Beziehungs- und Begegnungsfähigkeit, den Aufbau eines reichen sozialen Atoms und Rollenrepertoires und die Fähigkeit zur sozialen Kooperation (*Moreno* 1946; 1947c, 1953). Der gesunde Mensch soll in der Lage sein, in Interaktion mit seinen Mitmenschen seine Persönlichkeit zu entwickeln, seine Bedürfnisse zu befriedigen, eine erfüllte Form des Zusammenlebens zu finden und zu einer guten Zukunft der Menschheit beizutragen (*Moreno* 1947a; 1950a). Die Therapieziele sind also keineswegs nur auf die Reparatur „defekter sozialer Atome“ und auf die Heilung und Linderung von Krankheiten gerichtet, sondern greifen darüber hinaus in den Bereich allgemeiner Förderung gesunden Verhaltens. Die spezifischen, mit der Problemsituation des Patienten zusammenhängenden Ziele und Inhalte werden, wo immer möglich, in gemeinsamer Arbeit von Therapeut und Klient/Patient als „co-research“ und „cooperative effort“ (*Moreno* 1940a; 1941; 1953) festgelegt.

6. Behandlungsmethodik

Die wesentlichste theoretische Grundannahme seiner späteren Psychodramatherapie wurde schon 1924 von *Moreno* in seinem Buch über das Stegreiftheater formuliert:

„Die Personen spielen sich wie einst aus Not in selbstbewußter Täuschung dasselbe Leben vor. Der Ort des Konfliktes und seines Theaters ist gleich. Sein und Schein werden gleichnamig und gleichzeitig. Sie wollen das Sein nicht mehr überwinden, sie bringen es hervor. Sie wiederholen es. Sie sind souverän; nicht nur als Scheinende, sondern auch über ihr eigenes Sein. Wie könnten sie es sonst noch einmal gebären? Denn so viel tun sie. Das ganze Leben wird entfaltet, seine gegenseitigen Verwicklungen, im zeitlichen Zusammenhang, kein Augenblick ist ausgelöscht“... doch „diese Aufrollung des Lebens im Schein wirkt nicht wie ein Leidensgang, sondern bestätigt den Satz: jedes wahre zweite Mal ist die Befreiung vom ersten“ (*Moreno* 1924, S. 76 f).

Das „wahre zweite Mal“ *Morenos* ist eine totale Erfahrung, in der die ganze Lebenswirklichkeit im Hier-und-Jetzt des Spiels in einem schöpferischen Akt realisiert wird. Das Erinnern, das auch im Schema *Freuds* „Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten“ eine so bedeutende Rolle spielt, steht auch im Ansatz *Morenos* zentral.

Er nimmt damit neben aktuellen Anlässen auch „Verursachung“ von Pathologien in der Vergangenheit an. Traumatische Szenen müssen aufgefunden und korrektiv durchgespielt oder in ihrer Bedeutung verändert werden. Der „Evokation“ derartiger Szenen kommt deshalb im

therapeutischen *Procedere* große Bedeutung zu. In neueren Ansätzen dramatischer Therapieformen (Petzold 1982a, 166ff) wird deshalb der Versuch gemacht, diesen Prozeß theoretisch näher zu begründen. Es wird dabei auf die holographische Theorie des Gedächtnisses von Pribram (et al. 1974; 1979) rekurriert. Der Begriff der „Szene“ als „raumzeitlicher Konfiguration“ wird dem des „Hologramms“ gleichgestellt. Szenen sind ganzheitlich gespeicherte Gedächtnisinhalte, die durch Auslösereize in aller Erlebnisintensität evoziert werden können. Sie werden „gegenwärtig gesetzt“. Szenenfolgen werden als „Skripte“ verstanden. Aus ihnen bildet sich der persönliche „Lebensstil“ eines Menschen. Sozialisation wird auf der Grundlage derartiger Überlegungen als „Internalisierung von Szenen und Szenensequenzen“ betrachtet (Petzold 1982a, 168 f). Folglich ist Therapie als Prozeß der Neusozialisation zu verstehen, durch den neue Szenen im Gedächtnis des Patienten verankert werden. „Das wahre zweite Mal“ Morenos, daß im letzten eine Katharsistheorie ist (Barrucand 1970; Nichols, Zax 1977; Sheff 1981) — es erfolgt eine Befreiung — wird auf diese Weise durch einen Ansatz der Internalisierung alternativer Handlungsmöglichkeiten ergänzt. Es geht also auch um mehr als um *Einsicht*, es geht um *Integration* und um *kreative Neusetzung* von Möglichkeiten durch das Spiel.

Hierin liegt das Spezifikum des Psychodramas, wodurch es sich von anderen Therapiemethoden grundsätzlich unterscheidet, nimmt man einmal die übrigen Verfahren dramatischer Therapie das „Therapeutische Theater“ oder die „Gestalttherapie“ aus, mit denen große Gemeinsamkeiten bestehen.

Psychodrama ist oft und fälschlicherweise als eine kathartische Therapie bezeichnet worden, in der Heilung durch Abreaktion erfolge (Pontalis 1954; Lebovici 1972). Katharsis ist nur ein Schritt oder eine Möglichkeit im therapeutischen Prozeß (Moreno 1955a), durch den kognitive, emotionale und soziale Integration und Kreativität erreicht werden kann. Der Begriff der Integration ist dem der Heilung vorzuziehen. Moreno geht in seiner Anthropologie von einem Bild des gesunden Menschen aus, der integrations- und kreationsfähig ist; er sieht das Leben als Spiel und das Psychodrama als Sonderfall des Welttheaters (Petzold 1982b) und hat das Psychodrama in der Behandlung Kranker (Moreno 1957b; Moreno, Schwartz 1948), in der Erziehung (Haas 1949;), der Rehabilitation (Moreno, Within 1932b; Haskel 1974) und als Lebenstechnik im alltäglichen Miteinander (Moreno, Moreno, Moreno 1964) eingesetzt. Deshalb muß man davon ausgehen, daß Psychodramatherapie sich nicht auf Behebung und Minderung von Störungen und die Kompensation von Defekten beschränkt, sondern

daß es, wie die anderen Verfahren der humanistischen Psychologie, auf die Entwicklung der Persönlichkeit gerichtet ist, auf die Gestaltung ihrer körperlichen, emotionalen, geistigen und sozialen Potentiale (Moreno 1974; Petzold 1973a) im aktuellen, biographischen und prospektiven Lebenszusammenhang.

6.1 *Therapeutisch wirksame Komponenten*

Die psychodramatische Therapie ist ein komplexes Geschehen, in dem vielfache, therapeutisch wirksame Komponenten beschrieben werden können. Die Gewichtung muß in jedem Einzelfall erfolgen. Das zentralste Element im Heilungsprozeß stellt für Moreno (1946) die Begegnung dar, die Herstellung eines existenziellen Bezuges zum anderen Menschen. In der Gruppentherapie kommt es insbesondere im „Sharing“ (vgl. 6.2.5a) zum tragen. Zuweilen findet im Spiel durch ein Hilfs-Ich oder durch spezifische Spieltechniken w. z. B. die Doppeltechnik ein „Reparenting“ statt (Petzold 1979k, 43 ff), d. h. es werden emotionale Qualitäten früherer Erfahrungen gegenwärtig gesetzt, die es dem Patienten erlauben, Defizite im Sinne einer „Nachsozialisation“ aufzufüllen. Hier ist wohl einer der wesentlichsten Wirkungsfaktoren des Psychodramas zu sehen.

Das Spiel traumatischer Szenen, durch das blockierte Affekte im Sinne einer „Katharsis“ gelöst werden, die „Einsicht“ in die Struktur derartiger Szenen und die Möglichkeit, durch „Proben alternativer Handlungsweisen“ im Spiel Lebenssituationen einzuüben, müssen als weitere therapeutische Faktoren genannt werden. Mit der spielerischen Aktion erfolgt eine „Stärkung des Körperbewußtseins“, eine „Förderung der Rollenflexibilität“ und eine „Erweiterung des Rollenrepertoires“. Die soziale Kompetenz wird durch die Interaktionen in der Gruppe entwickelt und das bloße Faktum der Gruppe führt dabei zu einer Bereicherung defizitärer sozialer Atome. Die Gruppe wird zu einer „Hilfswelt“ (Moreno 1946; Blatner 1970), zu einem prothetischen Element im sozialen Atom, bis dieses seine Stabilität im Außenfeld wieder erhalten hat. In dem Bemühen, Einstellungen und emotionale Bezüge zu verändern, können im Psychodrama „suggestive Elemente“ eingesetzt werden, etwa durch „direktives Doppeln“ oder durch die „Magic-shop-technique“ (Petzold 1979k) und Elemente „symbolischer Wunscherfüllung“ (weitere Komponenten Petzold 1973a, 87-96).

6.2 *Elemente des Psychodramas*

Das klassische psychodramatische Spiel nach Moreno benötigt folgende Elemente (Moreno 1969b; Leutz 1974, S. 82 ff):

1. Die Bühne oder Spielfläche, 2. den (die) Protagonisten, 3. den Leiter (Direktor) des Psychodramas, 4. die Hilfstherapeuten oder Assistenten (auxiliary egos), 5. die Teilnehmer der Gruppe. Als 6. Element kann man die psychodramatischen Techniken ansehen.

6.2.1 Bühne

Die Bühne oder Spielfläche, vom Gruppenkreis deutlich abgesetzt (Enneis 1952; Schützenberger 1970), bietet einen Raum, in dem die individuelle Vergangenheit und Zukunft des Protagonisten, die Außenbezüge seiner Lebenssituation, aber auch seine Phantasien und Träume Gestalt annehmen können. Die Realität wird vermehrt, sie wird zur *surplus reality* (Moreno 1965). Die Psychodramabühne stellt die Möglichkeiten zur Exploration der Wirklichkeit bereit, die die Interaktionskonflikte, das Rollenverhalten und den Aufbau von Verhaltensmustern plastisch vor Augen führen.

6.2.2 Protagonist

Der Protagonist im Psychodrama kann seinen Konflikt darstellen (Seabourne 1970a). Er bleibt nicht nur auf die verbale Schilderung begrenzt, sondern kann auf der Psychodramabühne den Ort, die Umgebung und die Zeit seines Konfliktgeschehens realisieren, d. h. ihm wieder einen gewissen Wirklichkeitscharakter verleihen. Durch diese Nähe zur Wirklichkeit, die den ganzen nonverbalen Ausdruck, Bewegung, Gestik und Mimik mit einbezieht (Fine 1970; Fine, Daly, Fine 1974), wird die affektive Beteiligung soweit mobilisiert, daß die emotionale Erfahrung im Psychodrama dem emotionalen Erleben in der Alltagsrealität nicht nachsteht. Der Protagonist vermag aber nicht nur seine persönliche Wirklichkeit besser kennenzulernen, indem er sie in Verbindung mit dem Leiter/Therapeuten und der Gruppe exploriert, er vermag auch mit sich zu experimentieren, seine Potentiale zu erforschen und seine Fähigkeiten auszudehnen und zu entwickeln.

6.2.3 Leiter/Direktor

Der Leiter des Psychodramas hat die Funktion, in der Gruppe ein Klima zu stimulieren, in dem sich psychodramatische Prozesse entwickeln können (Leutz 1974, 1975). Durch Warm-Up-Übungen strukturiert er die Initialsituation der Gruppe und fördert damit das Gruppengeschehen, so daß in kurzer Zeit zu wesentlicher, persönlicher Problematik vorgestoßen werden kann. Ihm kommt bei protagonistenzentriertem Vorgehen die Aufgabe zu, im diagnostischen Eingangsspiel konfliktzentriert mit dem Protagonisten auf seine eigentlichen Pro-

bleme hinzuarbeiten. Der Leiter/Therapeut des Psychodramas stellt dem Protagonisten das technische Instrumentarium der psychodramatischen Methode zur Verfügung, soweit es zur Bearbeitung der Situation erforderlich ist (Blatner 1970). Bei direktivem Vorgehen liegt die Führung des Spiels weitgehend in den Händen des Psychodrama-„Direktors“, der, auf die Impulse des Protagonisten eingehend, diesem bei der Realisierung seiner Vorstellungen hilft, wobei er die Entscheidungen und Regungen des Protagonisten zu respektieren hat. Dieser ist der Autor seines Psychodramas, doch die Regie führt er zusammen mit dem Leiter/Therapeuten. Je größer die Eigenaktivität des Protagonisten in der Regieführung wird, desto mehr kann der Direktor sich zurückziehen (z. B. im Autodrama völlig; Blatner 1970, S. 96). Bei gruppenzentriertem Vorgehen übernimmt der Leiter/Therapeut die Funktion eines Katalysators oder eines Relais', über das bestimmte Aktionen ablaufen, das verstärkt, verdeutlicht, unklare oder störende Impulse zurückgibt, damit sie modifiziert werden können (Straub 1975).

6.2.4 Hilfs-Ich/Assistenten

Die Assistenten oder Hilfstherapeuten dienen dem Protagonisten und dem Psychodramaleiter bei der Realisierung des Psychodramas (Blatner 1970; Z. Moreno 1969; Seabourne 1970a, b). Sie nehmen die Funktion und die Rolle von Personen aus dem sozialen Atom oder dem Konfliktfeld des Protagonisten wahr. Die *auxiliary egos* haben sich in die ihnen vom Leiter oder vom Protagonisten zugewiesenen Rollen einzufinden und sie so adäquat wie möglich zu übernehmen (role taking). Die Rolle der „auxiliary egos“ kann von ausgebildeten Therapeuten oder eventuell von anwesenden Gruppenmitgliedern übernommen werden, von denen dann Rollenflexibilität, Einfühlung, spontanes Handeln und situations- bzw. rollenadäquates Reagieren verlangt wird. Damit wird eine intensive Schulung dieser Fähigkeiten bewirkt (Leutz 1974, S. 89).

6.2.5 Teilnehmer

Die Teilnehmer der Gruppe haben neben der schon erwähnten Funktion der *auxiliary egos* die Aufgabe, ein Kommunikationsgefüge bereitzustellen, in dem therapeutische Prozesse wirksam werden können (Blatner 1973; Z. Moreno 1969). Erst in einem Klima des gegenseitigen Vertrauens und Annehmens wird es möglich, persönliche Konflikte „ins Spiel“ zu bringen (Moreno 1957c). A. Schützenberger (1969, S. 975) hat das Psychodrama als „*thérapie en profondeur du groupe*“

une thérapie par l'action de groupe, dans le groupe, par le groupe, avec le groupe et du groupe" bezeichnet und damit die Bedeutung der Gruppe und ihrer Teilnehmer für den psychodramatischen Prozeß herausgestellt. Die Gruppe bietet das Setting für das Psychodrama, und die Teilnehmer nehmen folgende Funktionen wahr:

- (a) Sharing: Die Teilnehmer tragen den Protagonisten durch ihre Anteilnahme (supportive Funktion) und geben ihm das Gefühl, daß er mit seinen Problemen nicht allein ist, und die Einsicht, daß er mit ihnen nicht einzig dasteht. Die affektive Kommunikation (sharing) der Gruppe vermag die oft virulenten Prozesse des Psychodramas aufzufangen (Heilbrun 1967; Leutz 1974).
- (b) Feedback: Die Gruppe teilt dem Protagonisten mit, wie sie ihn und seine Probleme erlebt hat, wie sie sein Rollenverhalten seinen Interaktionsstil, seine Haltungen und Auffassungen beobachten konnte. Die Teilnehmer geben ihre persönliche Sicht wieder. Der Protagonist vermag auf diese Weise von den Eindrücken und den Erfahrungen anderer zu profitieren (Leutz 1974; Sbandi 1970).
- (c) Analyse: Die Gruppe analysiert die in Spiel erkennbar gewordenen Verhaltensmuster auf ihr Zustandekommen und ihre Persistenz. „Wo wird Verhalten ausgelöst und verstärkt?“, ist eine zentrale Fragestellung. Bei tiefenpsychologisch ausgerichtetem Vorgehen übernimmt die Gruppe einen Teil der Deutungsarbeit. Die Analyse des psychodramatischen Prozesses geht demnach auf psychodynamische aber auch auf verhaltenstherapeutische Aspekte ein (Petzold 1974c).

6.2.6 Psychodrama-Techniken

Die Techniken dienen dem Psychodramaleiter als Werkzeuge, therapeutische Prozesse in Gang zu setzen, zu steuern und aufzufangen (Corsini 1966; Haskel 1968; Z. Moreno 1959; Petzold 1971h). Nach ihrer Funktion unterscheidet man Initial-, Handlungs- und Abschluß-techniken (warm up-, action-, sum up-techniques). Hinzu kommen die „Rahmen- und Trainingstechniken“. Die Techniken bilden z. T. Interaktionskonstellationen früher Beziehungen nach (Moreno 1952; Leutz 1974) und sind in einen differenzierten Begründungszusammenhang einzusetzen (vgl. zur Theorie der Techniken Petzold 1979k, 130-184).

6.3. Der psychodramatische Prozeß

Das klassische Psychodrama hat einen dreigestuften Aufbau: Warm-up-Phase, Spielphase und Gesprächsphase (Blatner 1973; Leutz 1974; Hollander 1969). Dieser entspricht dem Aufbau des klassischen Dramas. Auf eine Vorbereitung und Exploration folgt eine emotionale Intensivierung des Spiels und ein Ausagieren des Konfliktes. Es schließt sich ein Gruppengespräch zum „Durcharbeiten“ des Gesche-

hens an. Wenn die in diesem Prozeß gewonnenen Erkenntnisse unmittelbar in neue Handlungsstrategien umgesetzt werden, so ergibt sich ein weiterer, übungsorientierter Abschnitt des Psychodramas und damit eine vierstufige Gliederung: das „*tetradische System*“ (Petzold 1974c) mit einer Initial-, Aktions-, Integrations- und Neuorientierungsphase (vgl. Abb. in *Bünthe-Ludwig*, 6.1, dieses Buch S. 268ff).

Je nach Ausrichtung des Psychodramas kann sein vierstufiger Verlauf konfliktzentriert sein, wenn z. B. eine traumatische Szene der Vergangenheit erinnert, wiederholt, durchgearbeitet und damit integriert bzw. verändert wird, wobei die Katharsis im Zentrum des Geschehens steht. Er kann aber auch eine erlebniszentrierte Charakteristik haben, indem neue Erlebnis- und Verhaltensweisen stimuliert, exploriert, integriert und erprobt werden. Hier steht oft die „*peak experience*“ (Maslow 1964) im Zentrum des Verlaufs. Katharsis und „*peak experience*“ werden als Erfahrungen von vitaler Evidenz betrachtet. Die Übereinstimmung des Verlaufs therapeutischer Prozesse in praktisch allen Formen dramatischer Therapie mit dem Verlauf von Veränderungs- und Problemlösungsprozessen (Petzold 1982a, 17) macht diese Verfahren für die Intervention besonders geeignet. Der Verlauf der Kurve des klassischen Dramas von Protasis, Peripeteia, Lysis entspricht dem „*Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten*“ *Freuds* und dem „*unfreezing, change, refreezing*“ *Lewins*. Bei diesen „*Drei-Stufenmodellen*“ allerdings wird der „*Entwurf in die Zukunft*“ nicht ausgearbeitet. Die Transformation hat ein Ende. Sie führt zu einem neuen *status quo* und ist — zumindest nicht explizit — auf Transfer, Neuorientierung, Überschreitung, Veränderung im persönlichen und gesellschaftlichen Leben gerichtet. Für den integrativen Ansatz der Dramatherapie (Petzold 1982a, 166-187) fordert aber eben dieses Leben in seiner individuell-biographischen und kollektiv-historischen Ausformung als „*Geschichte von Szenen*“ einen Ansatz, der als „*théâtre permanent*“ dem beständigen Auftauchen neuer Szenen und ihrem Verschwinden im Hintergrund, ihrem Wirken aus dem Hintergrund und ihren Entwürfen in die Zukunft hinein gerecht wird, und zwar vom theoretischen und vom methodischen Vorgehen her. *Moreno* (1946), *Iljine* (1942) und *Perls* (1980) haben mit ihren Verfahren Entwürfe in diesem Sinne vorgelegt. Die hier dargestellten Konzepte sind ein Versuch weiterer Ausarbeitung und gründen in einem integrativen theoretischen und praktischen Ansatz zur Veränderung von Menschen und Situationen durch die *Korrespondenz* der Beteiligten (Petzold 1978; vgl. *Bünthe-Ludwig*, dieses Buch). In diesem Sinne kann hier auch von „*integrativer Psychodramatherapie*“ gesprochen werden (Petzold 1982a, 166-187).

Diagramm VII

Drama	Psychodrama	Tetradisches PD	Analytisches PD	Therapeutisches Theater	Gestalt-drama
Protasis	Warm-up	Initial-phase	Aufbau der Übertragung, Erinnern	Konstations-, Analyse- und Transpositionsschritt	Klischee-, Rollenspiel-, Blockierungsphase
Peripetie	Spielphase	Aktionsphase	Wiederholen	Realisationsschritt	Implosions-, Explosionsphase
Lysis	Gesprächsphase	Integrationsphase	Durcharbeiten	Reflexionsschritt	Integrationsphase
		Phase der Neuorientierung			

Gruppen-dynamik	kreativer Prozeß	Problemlösungsprozeß	tetradisch-integrativer Prozeß
unfreezing	Präparation, Inkubation	Wahrnehmen des Problems	Differenzieren → Komplexität
change	Inspiration (Illumination)	Produktion bzw. Elaboration relevanten Materials	Strukturieren → Prägnanz
refreezing	Evaluation	Evaluation	Integrieren → Stabilität
	Verifikation	Verifikation	Kreieren → Transgression

Struktur dramatherapeutischer bzw. problemlösender Prozesse, nach *Petzold* (1976b, 186)

6.3.1 Der Verlauf integrativer Psychodramatherapie

Der vierstufige Ablauf des integrativen Psychodramas strukturiert die „vertikale“ Dimension eines protagonistenzentrierten Prozesses. In der Initialphase wird z. B. das Problem eines Patienten deutlich, es wird in der Handlungsphase gespielt, in der Integrationsphase durchgearbeitet, und es schließt sich auch ein übendes Rollenspiel zum

Umsetzen der Erfahrung in neues Verhalten an. Diese Folge wird als „therapeutische Einheit“ (*unit*) bezeichnet. Sie kann in einer Sitzung ablaufen, sich aber auch über mehrere Sitzungen hinziehen, wobei es allerdings nicht immer möglich ist, alle vier Phasen zu realisieren. Oft kommt es aufgrund individueller und/oder gruppaler Widerstandsphänomene zu einem Abbruch, der im therapeutischen Prozeß aufgegriffen werden muß. Zuweilen „oszilliert“ der Prozeß auch zwischen den einzelnen Phasen.

Bei gruppenzentrierten Sitzungen bietet der tetradische Ansatz ein Verlaufsmodell für die Strukturierung der „horizontalen“ Dimension dramatischer Therapie. In der Initialphase baut die Gruppe Kohäsion auf, werden nach und nach Konflikte deutlich, die in der Aktionsphase ausgetragen und in der Integrationsphase durchgearbeitet werden. Auf dieser Grundlage kann sich das Verhalten der Gruppe als Folge eines Erlebnis- und Einsichtsprozesses allmählich verändern und mit ihm verändert sich das Verhalten der einzelnen Gruppenteilnehmer. Durch die Verbindung von personenzentrierter, gruppenorientierter und gruppenzentrierter Arbeit in der psychodramatischen Therapie entsteht ein hochkomplexer Prozeß, in dem Individual- und Gruppenproblematik miteinander verknüpft sind. Die psychodramatische Therapie hat in ihrem Verlauf deshalb beide Problembereiche zu berücksichtigen, und so wechseln Themen, verbale, nonverbale und gespielte Sequenzen und verlangen vom Therapeuten einen komplexen, flexiblen und kreativen Interventionsstil, für den das tetradische Modell eine Leitlinie bildet (*Petzold, Berger 1978*).

6.3.2 *Das tetradische System*

Im folgenden soll das „tetradische System“ in seinen einzelnen Phasen dargestellt werden:

6.3.2.1 *Initialphase*

Jeder psychodramatische Prozeß wird durch eine Erwärmungsphase (Warm-up) eingeleitet, die einerseits die Funktion hat, Widerstände abzubauen, Spielhemmungen zu beseitigen und in potentielle Themen einzuführen, die andererseits aber einen hohen diagnostischen Wert besitzt (*Bromberg 1958; Cornyetz, Del Torto 1945; Bronfenbrenner, Newcomb 1947; Haas, Moreno 1961; Lebovici 1960; Widlöcher 1974*). Für das Warm-up stehen dem Psychodramatherapeuten zahlreiche Techniken zur Verfügung, die spezifisch darauf gerichtet sind, den

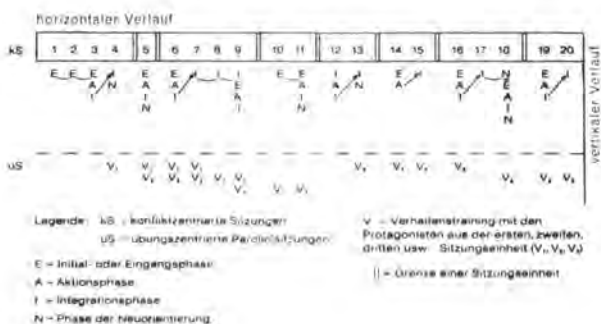
Protagonisten dazu zu stimulieren, erinnerte oder frei erfundene Szenen spontan ins Spiel zu bringen (Petzold 1971h). Sieht etwa jemand auf dem „leeren Stuhl“ seinen Vater, so wird er aufgefordert, ihn genau zu beschreiben, um die Vorstellung zu verdeutlichen. Wird dann nach der Situation gefragt, in der man den Vater sieht, so kommt regelhaft eine Szene zustande, die recht wesentliche Problematik aufzeigt und oft schon auf den Kern der Schwierigkeiten verweist (Leutz 1974). Es ist auf diese Weise in einer „Fokaldiagnose“ möglich, von einer vordergründig unbedeutenden Initialszene (zuweilen innerhalb einer Sitzung) zu traumatischen Kindheitserlebnissen vorzustoßen. Oft werden auch spontan kleine, anscheinend belanglose Szenen aus dem Alltagsleben vom Teilnehmer vorgeschlagen und wie „freie Assoziationen“ als „freie Aktionen“ ins Spiel gebracht. Meist liegt eine strukturelle Homologie vor, d. h. daß die gegenwärtige Szene die Struktur einer „alten“ Szene enthält. Oft erweisen sich auch szenische Details als in die Gegenwart ragende Teile alter Szenen. Die diagnostischen Möglichkeiten des Psychodramas können durch Inszenierung von kleinen, vorgegebenen oder spontanen Rollenspielen, sogenannten „psychodramatischen Vignetten“, gezielt eingesetzt werden.

Es werden hierzu eine Reihe von Alltagsszenen als „Standardsituationen“ z. B. Einkauf in einem Lebensmittelgeschäft, Szene aus der Schule, Szene aus dem Berufsleben, Szene mit dem Vater, der Mutter, Szene mit den Geschwistern oder Eltern verwendet. Diese kleinen, vom Therapeuten vorgeschlagenen Situationsspiele bringen nicht nur projektives Material, sondern ermöglichen auch einen Einblick in den Sozialbereich des Patienten, der oft genug für den Therapeuten unzugänglich bleibt. Das Psychodrama stellt damit in der Initialphase ein hervorragendes Instrument für die Diagnose mit verhaltens- (Bayer 1974) und rollenanalytischer (Gerhardt 1971; Moreno 1946) Zielsetzung dar.

6.3.2.2. Aktionsphase

Die Initialphase ist darauf ausgerichtet, Konfliktszenen festzustellen, die in der persönlichen Dynamik des Patienten und seiner Lebens- und Lerngeschichte situiert sind, oder neue Erfahrungen zu explorieren. Bei konfliktzentrierter Ausrichtung steht in der zweiten Phase des Psychodramas das kathartische Ausagieren der konfliktbesetzten Szenen im Zentrum des therapeutischen Prozesses. Die im Warm-up Prozeß „erinnerten“ Szenen werden in der Aktionsphase „wiederholt“, um dann in der Integrationsphase des tetradischen Psychodramas rational „durchgearbeitet“ zu werden. Die psychodramatische Wiederholung

Diagramm VIII



Verlauf einer tetradisch geführten Therapiegruppe, gruppengerichtetes Vorgehen, aus: *Petzold (1979k, 77)*.

Diagramm IX



Verlauf des psychodramatischen Prozesses im tetradischen System, aus: *Petzold (1979k, 78)*

von bestimmenden negativen oder auch von positiven lebensgeschichtlichen Ereignissen stellt den Protagonisten wieder in Situationen, die er in der Vergangenheit einmal erlebt hat. Durch verschiedene Techniken (Leutz 1974; Sacks, Weiner 1969) wird versucht, die Szenen so realitätsgetreu wie möglich zu konstituieren. Das Geschehen im Spiel kann dann so emotionsdicht werden, daß die Wirklichkeit der Gegenwart verschwindet und die Wirklichkeit der Vergangenheit in der szenischen Evokation gegenwärtig wird. Wesentlich ist, daß es sich um die psychodramatische „Wirklichkeit im Spiel“ handelt und nicht um die Realität, in die der Spieler zu jedem Moment des Psychodramas allein oder mit Hilfe des Therapeuten zurückkehren kann.

Zwischen dem, was in der psychoanalytischen Situation als Agieren bezeichnet würde, und dem psychodramatischen Agieren besteht ein wesentlicher Unterschied. Das eine Mal handelt es sich um ein Agieren aus einer unaufgearbeiteten Übertragungssituation. Die Szenen der Vergangenheit beherrschen, unbewußt für den Agierenden, die Gegenwart. Das andere Mal, im Psychodrama, vollzieht sich das Agieren in einer Situation, die im Aufbau der Szene die vergangene Wirklichkeit für eine Spielzeit gegenwärtig setzt, sie wieder bewußt erfahrbar macht, und in der die Mitspieler den von Ihnen verkörperten Bezugspersonen, dem Vater, der Mutter, den Geschwistern oder wem auch immer, einen gewissen Wirklichkeitscharakter verleihen. Man könnte auch sagen: die Übertragung wird substantieller, sie wird szenisch konkretisiert, erstreckt sich nur über die zeitliche Dauer des Spiels und erlischt bei seiner Beendigung (Leutz 1974, S. 18). Ist ein intensives Psychodrama zu Ende, so erwacht der Protagonist oft wie aus einem Traum. Die Gestalten der Vergangenheit sind verschwunden, die Erlebnisse durchlebt worden und die Realität der Gruppe und der in ihr anwesenden Personen sind wieder gegenwärtig. Dieses Zurückkehren aus der Spielsituation hat oftmals einen eigenartigen Effekt. Während die Katharsis in der Szene durch das Agieren aufgestauter bzw. verdrängter Emotionen bewirkt wird, ist hier das Erlebnis, eben nicht in der traumatischen Vergangenheit, sondern in der Gegenwart der vertrauten Umgebung und der Gruppe zu sein, eine Befreiung. Die Macht der alten Szenen, die in das Hier-und-Jetzt ragten, wurde gebrochen. Die in der Aktionsphase des Psychodramas gewonnene emotionale Erfahrung aber darf nicht frei im Raum stehenbleiben, sie muß durchgearbeitet, auf ihren Inhalt untersucht und im Leben des Patienten eingeordnet werden. Dies geschieht in der Integrationsphase des Psychodramas. In ihr werden Erlebnisse von „vitaler Evidenz“ aus der Aktionsphase „abgerundet“ oder es werden noch weitere Evidenz Erfahrungen gewonnen.

6.3.2.3. Integrationsphase

In den Prozessen der Spiel- oder Handlungsphase des Psychodramas, in denen die Katharsis der Emotionen erlebt oder *peak experiences* erfahren werden, kommen Ereignisse zum Ausdruck, die zunächst den Protagonisten und sein persönliches Schicksal betreffen, die aber auch die Gruppe miteinbeziehen, und das aus zweifachem Grunde: Erstens geschieht hier etwas mit einem Teilnehmer, der als Gruppenmitglied der Gruppe und den in ihr anwesenden Individuen in irgendeiner Form verbunden ist, und zweitens bieten die meisten Psychodramen die Möglichkeit zu einer Beteiligung der Zuschauer und Mitglieder. Der Protagonist bedarf, besonders nach konfliktzentrierten, emotionsintensiven Psychodramen, zunächst einmal der Stütze und des Haltes durch die Gruppe. Dem *sharing*, der affektiven Kommunikation, kommt hier zentrale Bedeutung zu. Die anwesenden Gruppenmitglieder teilen dem Protagonisten ihre Erlebnisse und Empfindungen mit, die sie während des Psychodramas erfahren haben. Sie setzen die „Metaszene“ der ursprünglichen Koexistenz und des Grundvertrauens aus der frühen Mutter-Kind-Dyade (Petzold 1982a, 166 ff) gegenwärtig. Die Mitspieler im Psychodrama des Protagonisten stehen dabei in einem besonderen Erlebnisbereich, der durch die tätige Partizipation gekennzeichnet ist. Auch diese Vorgänge schaffen ein emotionelles Klima, das Bearbeitung verlangt.

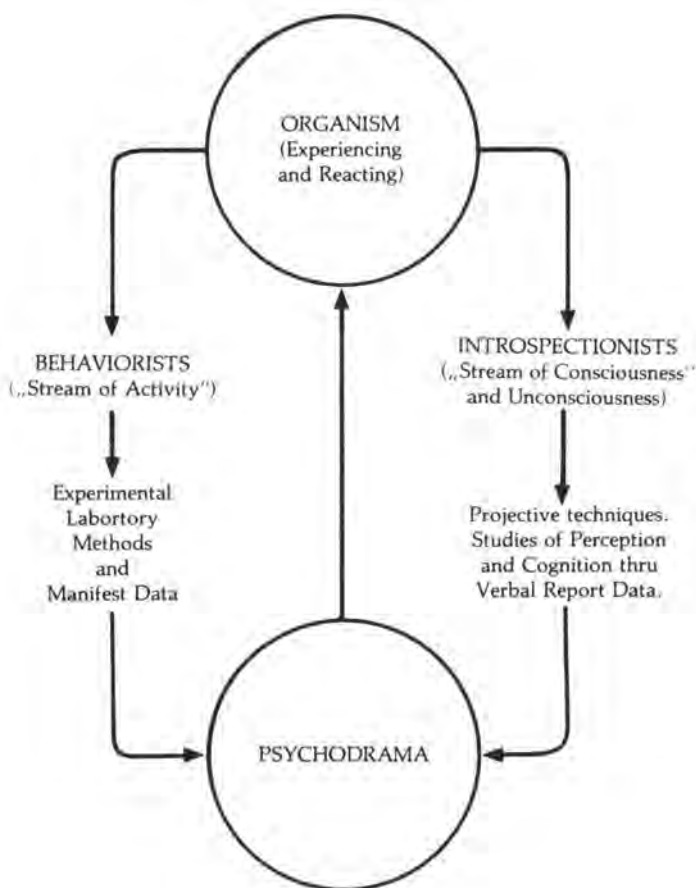
Sie soll in der dritten Phase des Psychodramas geleistet werden, die sich nicht allein auf verbale Kommunikation begrenzt, sondern non-verbale Mitteilungen und Äußerungen, Gestik und körperliche Berührung mit einschließen kann (Fine 1970; Forer 1969).

Die emotionalen Erfahrungen der psychokathartischen Phase des Psychodramas müssen also verdeutlicht und transparent gemacht werden und gegebenenfalls auf ihren Hintergrund hin analysiert und kognitiv integriert werden, und das sowohl für den Protagonisten als auch für die Gruppe und die in ihr anwesenden Teilnehmer.

Das Gruppengespräch geht, nachdem das emotionale Miterleben mitgeteilt wurde, unter Berücksichtigung der Beiträge aus dem *sharing* zu einer sachlicheren Betrachtung des Spielgeschehens über. Die Szene wird vom Protagonisten zusammen mit der Gruppe und dem Therapeuten inhaltlich durchgesprochen, wobei in diesem Gespräch gruppendynamische Faktoren und *Feedback* zum Tragen kommen. In diesem Stadium des Durcharbeitens der Szene kann der Therapeut deutend eingreifen, was entweder durch verbale Interpretationen oder durch kurze psychodramatische Interludien geschieht. Diese auf Ein-

sicht zielende Interpretationen legen vorwiegend psychoanalytische Theorien, aber auch sozialpsychologische Konzepte zugrunde (Basquin et. al. 1972; Lebovici, Diatkine, Kestemberg 1952, 1959). Die Einsicht soll aber nicht nur im Hinblick auf psychodynamische Faktoren

Diagramm X



Methodenintegration im Psychodrama, aus: Moreno (1946, 249) und Cornyetz, Del Torto (1945).

erreicht werden, sondern auch im Hinblick auf den Aufbau und das Zustandekommen von Verhaltensweisen und Rollenhandeln. Wir haben schon bei der Behandlung der Eingangsphase des Psychodramas seine diagnostischen Möglichkeiten einerseits und die Analyse auf der Verhaltens- und Rollenebene andererseits betont. Dieser mehrgleisige Ansatz, der psychoanalytische, sozialpsychologische und der verhaltenstherapeutische, wird im Psychodrama über den diagnostischen Bereich hinaus zum therapeutischen weitergeführt. *Moreno* selbst hat neben dem Rollenkonzept sowohl die Bedeutung psychoanalytischer (*Moreno* 1953, 1954a,b, 1957a, S. XXIII) als auch verhaltenstherapeutische Elemente (*Moreno* 1963) im Psychodrama betont, und in der Tat werden all diese Komponenten in der psychodramatischen Handlung wirksam (vgl. *Cornyetz, Del Torto* 1945; *Moreno* 1946, 249). Sie vereinigen emotionale Erfahrung, rationale Einsicht und soziale Bezogenheit in einem Prozeß.

6.3.2.4. Neuorientierungsphase

Bei der emotionalen Erfahrung und der rationalen Einsicht soll nicht stehengeblieben werden. Nachdem in der diagnostisch-anamnestischen Initialphase des tetradischen Psychodramas erinnert, in der psychokathartischen Aktionsphase wiederholt wurde, und der Integrationsphase schließlich die Aufgabe des Durcharbeitens zukam, müßte im Sinne eines wirklichen Lernprozesses eine Konsequenz aus Erfahrungs- und Einsichtslernen gezogen werden, die in einer Verhaltensänderung ihren Ausdruck findet.

Dazu werden Transferprogramme und Training *in vivo* verwendet. Das Behaviourdrama als verhaltensmodifizierendes Rollenspiel stellt das wesentlichste Instrument der vierten Phase dar, um neues Verhalten systematisch einzuüben und Überschreitung im sozialen Außenfeld zu ermöglichen; hinzukommen „Hausaufgaben“ und Transferprogramme.

So wird im „Tetradischen System“ ein Prozeß eingeleitet und durchlaufen, der sich im Alltagsleben fortsetzt, immer weitere Integration und Kreation, Gewinn von persönlichem Sinn und Identität ermöglicht (*Petzold, Mathias* 1983) und auch auf Prozesse gesellschaftlicher Veränderung abzielt (*Petzold* 1978c).

6.4. Formen des Settings

Das Psychodrama ist, was Zusammensetzung, Größe der Gruppe und Dauer anbelangt, in verschiedenen Varianten einsetzbar, die von der Indikation, der Intention des Therapeuten, der Zielgruppe und den Möglichkeiten des Settings bestimmt werden.

6.4.1. Psychodrama Einzeltherapie

Als einzeltherapeutisches Verfahren wird Psychodrama bei schwer gestörten Patienten eingesetzt, die nicht an einer Gruppe teilnehmen können. In der Regel arbeitet ein Therapeut mit mehreren Assistenten, ein Vorgehen, das schon Moreno bei der Behandlung von Psychotikern verwandt hat (Moreno 1944) und das im analytischen Psychodrama der französischen Schule gebräuchlich ist (Basquin et al. 1972; Lebovici et al. 1958a; Lebovici et al. 1958b; Matisson 1973). Auch in der Einzelberatungssituation wird Psychodrama (Thorne 1976; Kaufmann 1978; Müller 1980) verwandt, indem der Therapeut einzelne Rollen einnimmt (Clayton 1982; Stein, Callahan 1981).

6.4.2. Psychodramagruppentherapie

Das Psychodrama ist seinem Ursprung und Wesen nach eine Gruppentherapie. Sie kann in verschiedenen Modalitäten praktiziert werden: als person- bzw. protagonistenzentrierte „Einzeltherapie in der Gruppe“, als gruppenorientiertes, gruppenzentriertes und themenzentriertes Verfahren. Weiterhin ist eine Einteilung in Kurzzeittherapie (Ackermann, Ackermann 1962; Corsini 1952; Trautman 1962; Potts 1957; Petzold, Osterhues 1972) z. T. im Sinne einer Krisenintervention, in mittelfristige und Langzeittherapie möglich (weiteres Petzold 1979k, 74-76).

6.5. Die therapeutische Beziehung

Die therapeutische Beziehung ist bei Moreno von seinem Begegnungsgedanken (Moreno, Moreno 1970) und seinem Tele-Konzept (Leutz 1972; Petzold, Mathias 1983, 222 f) bestimmt: Sie zielt auf eine *egalitäre Beziehung* (Moreno 1940a, 1941) von Therapeut und Patient, die spontan, kreativ und wechselseitig ist, denn Tele ist „Zweifühlung“ (Moreno 1959b, 58). Deshalb bringt sich der Therapeut mit seiner ganzen Person ein. Moreno (1943a, 309 f) kritisiert die „Einwegbeziehung“ im psychoanalytischen Setting, die durch das Konzept der Abstinenz aufgebaut wird. Der Therapeut soll Rollenmodell sein und vielfältige Aktionsmöglichkeiten anbieten (Straub 1980). Dabei wird auf die grundsätzliche Fähigkeit des Menschen zum sozialen Miteinander gebaut. Moreno formuliert als Konzept seiner Gruppentherapie, daß in ihr „ein Mensch zum therapeutischen Wirkfaktor des anderen wird“ (Moreno 1932a). Die Wiederherstellung der Begegnungs- und Beziehungsfähigkeit beginnt in der therapeutischen Beziehung, die von aller

Aspontaneität, Unlebendigkeit, Verzerrungen und Fehlwahrnehmungen befreit werden muß. Dies bedeutet aber auch Befreiungen von Übertragung (Moreno 1953; 1954a, b).

6.6. Übertragung, Gegenübertragung und „Tele“ im Psychodrama

Das klassische Psychodrama Morenos mißt der Übertragung für den Prozeß der Heilung nur geringe Bedeutung zu (Moreno 1946), ganz im Unterschied zum analytischen Psychodrama der französischen Schulen, für die das eigentliche therapeutische Geschehen mit den Konzepten Übertragung/Gegenübertragung, Widerstand und Deutung verbunden ist (Basquin et al. 1972; Lebovici 1969; Lebovici, Diatkine, Kestemberg 1959). Von der Morenoschule wird Übertragung im Sinne der ursprünglichen Konzeption Freuds (G. W. VIII, S. 365 ff) als psychopathologischer Vorgang betrachtet (Leutz 1972), der ein klares Erkennen und Handeln in der Wirklichkeit beeinträchtigt, weil archaische Gefühle und Reaktionen auf Personen in der Gegenwart „übertragen“ werden. Erst wenn Übertragungen abgebaut werden, ist wirkliche Begegnung und Beziehung möglich. Moreno hat diese Prozeß der Beziehung als „Tele“ bezeichnet, als „Zweifühlung“, d. h. die wechselseitige, durch Übertragungen unverstellte Einfühlung zweier Personen. Tele ist „ein sozialer Prozeß mit Übertragung als psychopathologischer und Einfühlung als ästhetischer Abzweigung“ (Moreno 1953, S. 311). Ein Ziel psychodramatischer Therapie ist es, telische Beziehungen zu ermöglichen, Übertragungen erkennbar und handhabbar zu machen, bzw. sie aufzulösen. Es können deshalb im Psychodrama die Übertragungsphänomene nicht geleugnet werden, sondern sie müssen in den therapeutischen Prozeß einbezogen werden (Basquin et al. 1972; Petzold 1973e, S. 199 f; Schützenberger 1968, 1977). Ein gleiches ist von der Gegenübertragung des Therapeuten zu sagen (Moreno 1954a). Auch der Therapeut kann in der psychodramatischen Interaktion archaische Gefühle auf den Klienten oder die Gruppe übertragen, die den therapeutischen Prozeß stören, Tele und personale Begegnung verhindern und eine adäquate Einfühlung unmöglich machen. Das Psychodrama hat eine besondere Technik entwickelt, mit Übertragungen umzugehen: sie werden ausgespielt; der archaische Kontext wird dramatisiert und damit durch das Spiel bewußt und erlebbar gemacht. In der Aktionsphase können kurze und intensive Regressionen eintreten, in denen die archaischen Gefühle aufkommen und Ausdruck finden können. Nach der Spielsituation aber in der Integrationsphase, soll

durch das Aufarbeiten erreicht werden, daß zwischen Übertragung und Realität unterschieden werden kann, wobei dieser Lernprozeß, abhängig vom Krankheitsbild, sich über kürzere oder längere Perioden erstreckt. Wo immer Übertragungen erkennbar werden, wird versucht, sie im biographischen Kontext im Sinne einer aufdeckenden Therapie zu dramatisieren und einzuordnen. Es wird jedoch nicht, wie in der Analyse, vorhandene Übertragung intensiviert, um eine Übertragungsneurose aufzubauen.

In der psychodramatischen Gruppenarbeit finden wir verschiedene Ebenen bzw. Bezugssysteme der Übertragung (vgl. *Petzold 1973e, S. 199*):

- (a) Übertragung auf den oder die Therapeuten. Diese Ebene erweist sich in der Regel als besonders intensiv. Im analytisch ausgerichteten Psychodrama werden diese Übertragungsphänomene besonders stimuliert, dadurch, daß in der Regel ein Therapeutenpaar die Gruppe leitet und einen idealen Projektionsschirm für Vater-/Mutterübertragungen bietet. Die Übertragung wird im Spiel und durch das Spiel gedeutet, in das die Therapeuten selbst eintreten können. Gruppenleiter der *Morenoschule* bevorzugen hier die Verwendung von Assistenten (auxiliary egos).
- (b) Übertragungen sind auch als laterale Transferprozesse auf einzelne Gruppenmitglieder möglich (*Bion 1961; Foulkes 1964*).
- (c) Auch auf die Gruppe als Ganze kann übertragen werden. Sie wird zur großen Mutter (*Battagay 1969*) oder ordnenden Vaterinstanz (*Petzold 1969b*).
- (d) Eine Ebene, die zu wenig berücksichtigt wird, ist die Übertragung auf die Institution, in der die Therapie verläuft. Eine Klinik kann für den Patienten zum Inbild der versorgenden und schützenden Übermutter werden, von der er sich nicht trennen will.

Im psychodramatischen Spiel kann der Klient in einen Dialog mit der Gruppe oder der Institution treten. Er kann „als Gruppe oder als Klinik sprechen“ und deren Rolle übernehmen. Auf diese Weise wird ihm die „Ebene des Symbolischen“ unmittelbar erlebbar und einsichtig (vgl. *Bünthe-Ludwig 6.1 a-d*, dieses Buch).

6.7 Widerstand im Psychodrama

Wie in jeder aufdeckenden Therapie, so treten auch im Psychodrama Widerstände auf (*Krüger 1980; Kellermann 1981; Binswanger 1980*), die die Funktion haben, schmerzliche, unlustvolle und bedrohliche psychische Inhalte abzuwehren (vgl. *Freud 1920, G. W. Bd. 13, S. 17 f*, und *1926, G. W. Bd. 14, S. 189 f*). Da die Aufdeckung derartiger Inhalte im Psychodrama durch das Spiel erfolgt, (*Pickholz 1974; Leveton 1977*) manifestiert sich, anders als in der Psychoanalyse, der Widerstand darin, daß der Patient sich weigert, ins Spiel zu treten, daß er unernst und oberflächlich spielt, sich in Rollen nicht einfinden kann oder theatralisch wird usw. (*Seabourne 1970 c; Strauss 1974; Keller-*

mann 1981). Widerstand darf nicht gebrochen, überspielt oder zur Unzeit aufgedeckt werden (*Widlöcher* 1974, S. 129 ff), denn er hat für das Selbst des Klienten eine stabilisierende Funktion. Wie in der Gestalttherapie wird nicht *gegen*, sondern auf der Seite des Widerstandes gearbeitet (*Blatner* 1973, S. 62 ff; *Paige* 1975). Durch Warm-up Techniken wird Angst abgebaut, damit das vermiedene Material zugelassen werden kann. In der Doppel-Ich-Technik wird stützend interveniert. Der Klient kann mit dem Widerstand in Dialog treten oder psychodramatisch mit ihm die Rolle tauschen. Je bewußter der Klient sich seines Widerstandes ist, desto eher kann er ihn von sich aus fallenlassen (*Corsini* 1952, S. 310). „Wir reißen dem Protagonisten nicht die Wände ein, wir versuchen einfach an den verschiedensten Türen, welche sich öffnet“ (*Moreno*, nach *Blatner* 1973, S. 63).

6.8 Therapeutenverhalten im Psychodrama

Das Verhalten des Therapeuten im Psychodrama ist von seinem persönlichen Engagement und seinem theoretischen Hintergrund abhängig, mit dem er psychodramatische Therapie praktiziert. Im analytischen Psychodrama gilt konsequent die Abstinenzregel, die sich allerdings nicht auf das Mitspiel der Therapeuten erstreckt, sondern lediglich ihre Haltung im Spiel bestimmt (*Basquin et al.* 1972; *Lebovici, Diatkine, Kestemberg* 1958). In *Morenos* klassischem Psychodrama wird gleichfalls die Abstinenzregel eingehalten. Der Psychodramadirektor tritt selbst nicht ins Spiel, sondern bedient sich der *auxiliary egos* (*Leutz* 1972; 1974, S. 83). Nur im *Sharing* teilt sich der Therapeut persönlich mit (*Blatner* 1970). Er verläßt die Abstinenz und öffnet sich dem Protagonisten und der Gruppe, so weit, wie er es therapeutisch vertreten kann. Dieses Spektrum an Verhaltensweisen, das von der Abstinenz bis zum *self disclosure* (*Barbour* 1972; *Jouard* 1968) reicht, ist erforderlich, um den vielfältigen Situationen im Psychodrama gerecht zu werden. Das *self disclosure* im therapeutischen Kontext ist nie mit einem Kontrollverlust gleichzusetzen, sondern es ist therapeutische Intervention. Der Psychodramadirektor öffnet sich, weil es für seinen Klienten/Patienten therapeutisch sinnvoll und indiziert ist: „He must be able to function in a highly volatile state, and yet keep control at all the times“ (*Greenberg* 1964, S. 113; 1974 S. 19 f). Er praktiziert ein „partielles Engagement und eine selektive Offenheit“ (*Maurer, Petzold* 1978), um für den Patienten da sein zu können, ohne sich mit ihm und durch seine Probleme zu involvieren.

7. Anwendungsgebiete des Psychodramas, Indikation und Kontraindikation

Das Psychodrama wird in psychiatrischen Kliniken, Ambulatorien, psychotherapeutischen Privatpraxen, Beratungsstellen, Rehabilitationsprogrammen, Gefängnissen, Therapeutischen Gemeinschaften und in pädagogischen Einrichtungen bei den unterschiedlichsten Populationen eingesetzt. Charakteristisch ist, daß durch das therapeutische Spiel auch Menschen aus sozial benachteiligten Schichten erreicht werden können, die mit anderen Formen verbaler Psychotherapie nicht zu behandeln sind. Psychodrama muß deshalb als die führende Methode der Sozialtherapie betrachtet werden, der in dieser Hinsicht nur noch die Gestalttherapie an die Seite zu stellen ist (Rahm 1979). Die Erfahrungen, die mit den verschiedensten Anwendungsbereichen gewonnen werden konnten, haben in einem umfangreichen wissenschaftlichen Schrifttum ihren Niederschlag gefunden (vgl. Petzold 1979 k). Im folgenden soll ein kurzer Überblick über die verschiedenen Anwendungsbereiche gegeben werden, deren detaillierte Darstellung jeweils eine Monographie erforderlich machen würde.

Was die Fragen der Indikation anbelangt, muß auf die spezielle Literatur verwiesen werden. Kontraindikationen sind nur gegeben bei Patienten, bei denen Psychotherapie nicht angezeigt ist; ansonsten bestehen keine Einschränkungen, sondern spezifische Indikationen und entsprechende differentielle Vorgehensweisen. Gombert (1979) gibt auf der Grundlage einer Umfrage bei Psychodramatherapeuten der Moreno-Institute eine detaillierte Aufstellung der Indikationen.

7.1 Psychodrama im klinischen Bereich

7.1.1 Psychodrama mit psychiatrischen Patienten

Seit Beginn seiner psychiatrischen Tätigkeit in den USA hat Moreno (1940, 1944, 1957 b) Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises psychodramatisch behandelt. Inzwischen wird das Psychodrama sowohl in der Behandlung akuter³⁾ als auch chronisch psychotischer Erkrankungen eingesetzt⁴⁾. Dabei geht es in der Therapie von Langzeitpatienten um eine allgemeine Mobilisierung⁵⁾, den Aufbau von Kontakt- und Kommunikationsfähigkeit und das Einüben neuer Verhaltensweisen durch Rollentraining⁶⁾. Die nonverbalen Möglichkeiten des Psychodramas eröffnen auch sehr zurückgezogenen Patienten einen Zugang⁷⁾. Die Aspekte des Verhaltenstrainings werden unter Zugrundelegung eines dynamischen Psychosekonzeptes mit vorsichtigen Versu-

chen des Durcharbeitens verbunden⁸⁾. Bei akuten Zuständen wird Psychodrama als Krisenintervention und Realitätstraining verwandt. Halluzinationen werden dramatisiert, um den Patienten ihre Abgrenzung zur Realität zu erleichtern und sie in ihrem dynamischen Aussagewert zu entschlüsseln (Moreno 1940, 1944; Wyss 1958). Eine Kombination mit pharmakotherapeutischen Maßnahmen erweist sich zuweilen von Vorteil (Moreno, Schwartz 1948). Die Behandlung geriatrischer Patienten wird gesondert dargestellt.

7.1.2 Psychodrama mit Suchtkranken

In der Behandlung von suchtkranken Alkoholikern⁹⁾, Drogenabhängigen¹⁰ und Rauchern (Janis, Mann 1965) sind psychodramatische Methoden mit Erfolg verwandt worden. Der direktive Stil ermöglicht, die Abwehr des Suchtkranken besser anzugehen, als rein verbale Therapie (Petzold 1971e, 1974g). Außerdem können Patienten mit geringer Introspektions- und Verbalisationsfähigkeit aus sozial benachteiligten Schichten durch das Medium des Spiels erreicht werden (Riessman 1964; Weiner 1959). Aufdeckende und behaviourdramatische Elemente werden verbunden. Für das Einüben in soziale Situationen, besonders vor der Entlassung nach längerem stationären Aufenthalt, bietet das Rollentraining hervorragende Möglichkeiten (Petzold 1974g).

7.1.3 Psychodrama bei Neuroseerkrankungen

Die vielfältigen neurotischen Erkrankungen können durch Psychodramatherapie im biographischen Kontext aufdeckend und konfliktorientiert angegangen werden¹¹⁾ mit dem Ziel, durch die Verbindung von Einsicht und emotionaler Erfahrung Verhaltensänderungen herbeizuführen (Leutz 1974; Petzold 1974c).

Phobien, Zwangsneurosen (Starr 1951, 1979; Straub 1972 b), Kontaktstörungen, Depressionen, Hysterien, psychosomatische Störungen sind mit Psychodrama erfolgreich behandelt worden¹²⁾. Dabei wird auf das soziale Bezugsfeld des Klienten, sein „soziales Atom“ und die Förderung seiner Kreativität in besonderer Weise eingegangen¹³⁾.

7.1.4 Psychodrama in der Kindertherapie

Das Spiel ist die kindliche Ausdrucksform par excellence (Zulliger 1952). So nimmt es nicht Wunder, daß das Psychodrama besonders in der Kindertherapie verwendet wird¹⁴⁾, wobei es mit Puppenspiel¹⁵⁾ und Kreativitätstechniken (Moreno, Z. 1973; Petzold 1983; Petzold, Geibel 1972) kombiniert werden kann. Die nonverbalen Elemente des

Psychodramas bieten zu Kindern im Vorschulalter einen ausgezeichneten therapeutischen Zugang. Kathartisches „Freispiel“, symbolische Wunscherfüllung, Einübung in Rollen und die wärmende, angstfreie Beziehung zum Therapeuten und den anderen Kindern der Gruppe sind die wesentlichsten therapeutischen Variablen deutungsfreier (Friedemann 1959, 1972; Widlöcher 1974) Arbeit. Im analytischen Kinderpsychodrama der französischen Schulen (Basquin et al. 1972; Lebovici et al. 1958) steht das Übertragungsgeschehen und die Interpretation an zentraler Stelle¹⁶⁾. Was die Indikation anbetrifft, so ist das Psychodrama bei den verschiedensten Verhaltensstörungen¹⁷⁾ mit guten Resultaten angewandt worden; bei Stotterern¹⁸⁾, Enuretikern¹⁹⁾, Kontaktstörungen²⁰⁾, aber auch bei Psychoseerkrankungen²¹⁾.

7.1.5 Psychodrama mit Retardierten und Behinderten

Für die Arbeit mit Retardierten und Behinderten ist das Psychodrama bestens geeignet²²⁾, weil es nur geringe sprachliche Ausdrucksmöglichkeiten erfordert, durch die Konkretheit der Handlung leicht verstanden wird und durch Warm-up Techniken und die ludische Komponente motiviert, so daß eine gute Mitarbeit gewährleistet ist (Pankratz 1966). Die Ausrichtung des Vorgehens ist verhaltenstherapeutisch und erlebniszentriert. Neue Verhaltensweisen, Rollenflexibilität, Empathie und Spontaneität ((Pilkey et al. 1961; Sarbin 1957) werden stimuliert und eingeübt. Für die Arbeit mit Tauben (Clayton, Robinson 1971), Blinden (Routh 1958) und Mehrfachbehinderten (Byrne 1967; Fontaine 1969/70, 1972) wurden besondere Ansätze entwickelt (Engelke 1981).

7.1.6 Psychodrama in der Geronto- und Thanatotherapie

Aufgrund seiner aktionalen und aktivierenden Charakteristik hat sich das Psychodrama in der Arbeit mit alten Menschen besonders bewährt. Es gehört zu den wenigen Verfahren, das sich mit diesem Bereich schon frühzeitig (Moreno 1947) auseinandergesetzt hat. Die atrophischen Prozesse im sozialen Atom und der Verlust von Rollen erfordern kompensatorische Maßnahmen durch Gruppentherapie (Petzold 1979 b) und Rollentraining (Altman 1983). Die Arbeiten von Buchanan (1981) und Petzold (1979b,k) zeigen die breiten Anwendungsmöglichkeiten im gerontherapeutischen und geragogischen Bereich. Methoden des „Therapeutischen Theaters“ und des Improvisationstrainings haben durch den Trainingseffekt mobilisierende Wirkung (Petzold 1979 r).

Ein besonderer Einsatzbereich ist die Arbeit mit Schwerkranken und Sterbenden z. B. durch Hilfen in der Lebensbilanz (Lückel 1981; Wei-

ner 1980; Engelke et al. 1971) sowie in der Arbeit mit Angehörigen oder im Sinne der „death education“ als Sterbevorbereitung (Abraham 1972; Spiegel-Rösing, Petzold 1984).

7.2 Psychodrama in der Soziotherapie

7.2.1. Psychodrama in der Paar- und Familientherapie

Moreno hat, in konsequenter Anwendung seines Konzepts des sozialen Atoms und der Psychotherapie *in situ*, lange bevor Familien- und Paartherapie entwickelt wurden, die Behandlung von Paaren und ganzer Familien durchgeführt (Compernelle 1982; Moreno 1937b, 1945, 1948, 1951c). Die Beziehungen und Rollenkonfigurationen in der Familie werden psychodramatisch exploriert und den Familienmitgliedern verdeutlicht²³⁾. Dabei werden Doppel-Ich, Rollentausch u. a. Psychodramatechniken verwandt, um die Situation des anderen besser verstehen zu lernen²⁴⁾. Psychodramatische Techniken haben heute in der Familientherapie ihren festen Platz²⁵⁾. Sie erlauben die Repräsentation abwesender Familienmitglieder, was besonders für die Mehrgenerationen-Familientherapie (Sperling et al. 1976) Bedeutung gewinnt. Weiterhin können alternative Verhaltensweisen erprobt und eingeübt werden. Die spielerische Komponente vermag besonders die Kinder in den Prozeß einzubeziehen.

7.2.2 Psychodrama mit Jugendlichen

Dramatische Psychotherapie und Soziotherapie ist in der Arbeit mit Jugendlichen unter verschiedenen Aspekten eingesetzt worden (Moreno 1948; Widlöcher 1974, Anzieu 1974). Im Strafvollzug (Eliasoph 1958; Head 1962; Miller 1960), in der Soziotherapie mit delinquenten Drogenkonsumenten (Deeth 1970; Eliasoph 1955 a), Unterschichtgruppen in Vorstädten (Goldman, Goldman 1968) und im Streetwork mit Banden (Yablonsky 1960) hat sich das Psychodrama als eine Methode erwiesen, mit der diese therapeutisch sonst kaum erreichbare Population durch das Element der Aktion, die sinnfällige Konkretheit des psychodramatischen Geschehens und nicht zuletzt die Unmittelbarkeit und Spontaneität des Psychodramaleiters gut anzugehen ist. In der institutionellen und offenen Jugendarbeit (Zacharias 1965) hat das Psychodrama deshalb in der Behandlung von Entwicklungsproblemen, Psychosen und anderer psychischer Störungen bei Jugendlichen Anwendung gefunden (Godenne 1965; Lebovici, Kestemberg 1958 a).

7.2.3 Psychodrama im Strafvollzug

Therapeutische Interventionsmöglichkeiten im Strafvollzug erfordern eine Methode, die dem intellektuellen Niveau, dem Sprachkode und der aggressiven Direktheit der Inhaftierten gerecht werden kann. Das Psychodrama hat sich hierfür als ausgesprochen geeignet erwiesen²⁶⁾. Zur Diagnose (Murray 1961), Beziehungserklärung, Krisenintervention bei Unruhen in Gruppen werden psychodramatische und soziodramatische Ansätze verbunden²⁷⁾. Aber auch spezifische Gruppentherapie zur Bearbeitung psychischer Krisen und Störungen kann trotz der Schwierigkeiten, die die „totale Institution“ (Goffman, 1961) aufwirft, durchgeführt werden²⁸⁾.

Für die Vorbereitung auf die Entlassung und in der Bewährungszeit haben sich behaviourdramatische Methoden als hilfreich erwiesen²⁹⁾.

7.3 Psychodrama im agogischen Bereich

7.3.1 Psychodrama in der Ausbildung medizinischer und sozialer Berufe

Das Psychodrama als Methode, die agogische, soziotherapeutische und psychotherapeutische Elemente verbindet, eignet sich aufgrund dieser Tatsache besonders für Maßnahmen, in denen Sachlernen und Selbsterfahrung verbunden werden (Oberborbeck 1980), wie z. B. im Sozial- und Human-Relations-Training von Krankenschwestern und Pflegepersonal³⁰⁾, klinischen Seelsorgern³¹⁾, Psychologen und Ärzten³²⁾, Sozialarbeitern und Pädagogen³³⁾. Die Warm-up Techniken ermöglichen in kurzer Zeit eine intensive Selbsterfahrung und vermitteln durch die Interaktionen im Spiel, insbesondere durch den Rollentausch, soziale Fertigkeiten, besseres Verständnis für Klienten und Kollegen (Kneisl 1968; Merchant 1941) durch die Schulung der Rollenflexibilität und Empathie³⁴⁾. Der Umgang mit Projektionen, Übertragungen und Gegenübertragung wird durch die psychodramatische Selbsterfahrung gefördert und die personale, soziale und professionelle Kompetenz der Teilnehmer kann gesteigert werden³⁵⁾.

7.3.2 Psychodrama in der Ausbildung von Psychodramatherapeuten

Es ist für das Psychodrama, wie für die meisten Verfahren dynamisch orientierter Psychotherapie charakteristisch, daß *die Methode durch die Methode erlernt wird*. In einem Prozeß der Selbsterfahrung, in dem eigene Probleme bearbeitet werden, erlebt der Ausbildungskandidat die Methode an sich selbst und erwirbt ihre Charakteristik und Technik durch aktives Mitspiel und Imitationslernen. Er durchläuft

selbst den komplexen Prozeß der „therapeutischen Sozialisation“ (Petzold, Sieper 1976; Petzold 1983a) in einem vierjährigen, curricular gefaßten Ausbildungstraining von ca. 800 Stunden Selbsterfahrung, Theorie und Praxis unter Kontrolle (Leutz, Seeger 1977), wobei die psychodramatische Methode beständig als Instrument der Therapie, der Didaktik und der Supervision eingesetzt wird.

7.3.3 Psychodramatisches Rollenspiel im pädagogischen Bereich

Der Einsatz des Psychodramas im pädagogischen Bereich ist ebenso vielfältig wie die therapeutischen Anwendungen (Yablonsky 1976). In Kindergarten- und Vorschulpädagogik³⁶⁾ hat es ebenso Eingang gefunden wie in den Bereichen der Schule³⁷⁾, der Hochschuldidaktik³⁸⁾, der Erwachsenenbildung und der Geragogik³⁹⁾. Weitere Anwendungsgebiete sind die Pastoralarbeit⁴⁰⁾, die Schulung von Führungskräften aus Industrie und Verwaltung⁴¹⁾. Die wichtigsten Zielsetzungen pädagogischen Rollenspiels sind die Förderung spontanen und kreativen Handelns. Das pädagogische Psychodrama versteht sich als eine Methode, durch die Kreativität, Spontaneität und Empathie gelehrt und gelernt werden. Als Methode zur Vermittlung affektiver und sozialer Lernziele (wie z. B. Rollenflexibilität, Rollendistanz, Frustrations- und Ambiguitätstoleranz, das Äußern von und Umgehen mit Gefühlen⁴²⁾) kommt dem psychodramatischen Rollenspiel in der modernen Didaktik eminente Bedeutung zu.

Die theoretischen Konzepte, Methoden, Techniken und Anwendungsbereiche pädagogischen Psychodramas und Soziodramas⁴³⁾ machen eine eigene Darstellung notwendig. Für den klinischen Bereich sind die pädagogischen Anwendungsweisen des Psychodramas besonders in der Mitarbeiterfortbildung, in pädagogischen Programmen für Patienten und in der Schulung von Angehörigen von Interesse.

8. Evaluation und Forschung

Die Zahl der empirischen Untersuchungen zum Psychodrama, verglichen etwa zu denen der Verhaltenstherapie, ist relativ gering. Dies hat zum Teil mit dem Forschungsverständnis der Psychodramatiker zu tun, die, der Tradition Morenos folgend, stärker phänomenologisch-deskriptiv oder im Sinne der Aktionsforschung vorgehen (Petzold 1980a, b). Bezieht man die Evaluation von Rollenspieltechniken ein, wird die empirische Basis etwas breiter. Über ältere Studien zum Rollenspiel informiert ein Sammelreferat von Mann (1956). Durch eigene Untersuchungen (Mann, Mann 1958, 1959, 1960) konnte durch

Selbsteinschätzung der Teilnehmer und Fremdbeurteilung Veränderung durch das Rollenspiel für sieben Verhaltensdimensionen nachgewiesen werden. *Weiß* (1971), *Culbertson* (1957), *Clore* und *Jeffrey* (1972) konnten Einstellungsänderungen durch Rollenspiel belegen. *Elms* (1969) hat in einem Sammelband die Rollenspieluntersuchungen im Zusammenhang mit Experimenten zur kognitiven Dissonanztheorie herausgegeben (*Janis, Gilmore* 1965; *Scott* 1959a). In dieser Linie steht auch die Untersuchung von *Greenberg* (1968) zur Einstellungsänderung amerikanischer Jugendlicher gegenüber dem Militärdienst. Verhaltensänderungen durch „emotionales Rollenspiel“ fanden *Mann* und *Janis* (1968), *Strelzer* und *Koch* (1968), *Wagner* (1968) *Platt* (1968), *Steller* und Mitarbeiter (1978). Im Rahmen verhaltenstherapeutischer Rollenspiele und Selbstbehauptungspraktiken (*Wendlandt* 1977, *Mc Fallund Marston* 1970) konnte die verändernde Wirkung des Rollenspiels in einer Reihe von Untersuchungen nachgewiesen werden (zusammengestellt bei *Boies* 1972; *Ullrich de Muynck, Forster* 1974 und *Braun* 1978). Im klinischen Bereich haben *O'Connell, Hanson* (1970), *Harrow* (1951), *Ploeger* (et al. 1972) die Effektivität psychodramatischer Techniken im Hinblick auf persönliche Offenheit, emotionalen Ausdruck, zwischenmenschliche Toleranz, soziale und emotionale Interaktionen dokumentiert. Untersuchungen über Verhaltensbeeinflussungen bei Studenten durch Psychodrama führten *Schönke* (1975, 1976) und — mit einem sehr umfangreichen und differenzierten Design — *Schmidt* (1978) durch. Dabei „vermittelte das Psychodrama beim Durchschnitt der Teilnehmer vertiefte Wahrnehmung, positivere Einschätzung und offeneren Ausdruck des eigenen Selbst, wobei sich die psychophysische Grundgestimmtheit und die persönliche Autonomie deutlich verbesserten“ (ibid).

„Weiterhin verstärkte das Psychodrama das Bedürfnis und die Fähigkeit zum sozialen Kommunizieren. Was den Bereich der sozialindividuellen Interaktion betrifft, so ermöglichte das Psychodrama eine offenerere Auseinandersetzung in Konfliktsituationen, verstärkte dabei den Selbstbehauptungswillen und die persönliche Durchsetzungskraft und wirkte Tendenzen zu extremer Anpassung entgegen, wie es auch die Bildung von Schuldgefühlen verhinderte.“ Bei *Schmidt* (1978 und 1983) sind weitere empirische Arbeiten zur Effizienz von Rollenspiel und Psychodramatherapie zusammengestellt.

9. Fallbeispiel:

Psychodramagruppe auf einer gerontopsychiatrischen Station (aus *Petzold* 1979k, 371-379).

Setting: Psychiatrisches Krankenhaus, Station mit 48 Betten;
Gruppenzusammensetzung: 9 Männer, Alter 58 — 72 Jahre;
Laufzeit: 12 Monate

Die erste Sitzung begann mit einer schleppenden Diskussion über den Sinn der Gruppe. Das Thema wechselte über zum „Rauchverbot“. Paul sagt, daß er nicht kommen würde, wenn er nicht rauchen dürfe. Das sei seine erste und letzte Sitzung. Die Äußerung wurde nicht weiter aufgegriffen. Im wesentlichen sprachen Werner, Paul, Klaus und Kunibert, Hans, Jürgen und Peter sprachen nicht. Nach sechzig Minuten beendeten wir⁴⁴ die Sitzung — wir hatten die Zeit zwischen sechzig und neunzig Minuten angesetzt, weil wir die Belastungsfähigkeit der Teilnehmer noch nicht einschätzen konnten. Die nächsten beiden Sitzungen verlaufen verbal und sind auf Querelen auf der Station gerichtet. Die Gruppe wird mit der Situation vertrauter. In der vierten Sitzung bringt Paul wieder das Rauchen zur Sprache.

I. Initialphase:

Paul: Das gibt es ja gar nicht, daß man hier nicht rauchen darf.

T.: Ich sagte schon beim letzten Mal, das gehört zu meinen Bedingungen, daß hier nicht geraucht wird. War auch vorher bekannt.

Paul: Jaja. Die Bedingungen von unsereinem will niemand hören. Also ich rauch hier, sonst ist das meine letzte Sitzung.

Kunibert: Lasset Jung, dat bringt doch nix.

Paul: Alles bringt hier nichts.

Johann: Ja!

T.: Was meinst Du genau Johann?

Paul: Was soll der schon meinen?

Werner: Das Essen war heute wieder zum Kotzen. Ich habe wieder Magenschmerzen. (Zur Therapeutin gewandt) Wissen Sie, meine Magenschmerzen werden immer schlechter; das Essen, wissen Sie, zu wenig Obst, viel zu wenig Obst.

T.: Sie können sich doch Obst kaufen.

Werner: Ich noch kaufen, von meinen paar Groschen.

Kunibert: Et jibt doch jenuch Äppel, Jung. Un wenn nich, dann kläuste Dich paar. Mach ich sojar für Dich, für en Zerett versteht sich.

T.: Meinen Sie nicht, Sie könnten nicht auch bei der Küche um ein paar Äpfel fragen? Viele nehmen doch gar keine.

Klaus: Da sollten Sie mal die Meiersche an der Ausgabe hören.

T.: Na was sagt die denn?

Klaus: Wo käme mir denn hin, wenn jeder hier ne Extrawurscht kriecht. Nā, da is nischt drin Junge.

Kunibert: Kläue is besser! De al Schrapnell, dat hätt kene Zweck!

T.: Klaus, Sie haben die Meier ganz prima nachgemacht. Wenn Sie dazu Lust haben, können Sie mal versuchen, die Meier noch ein bißchen mehr zu spielen und Sie, Werner, können ja mal um die Äpfel fragen.

Werner: Mit der red ich nicht. Nie.

Paul: Ich mach das mal. Aber der blas ich den Marsch.

Kunibert: Lasset Jung, dat bringt doch nix.

T.: Na mal so tun, als ob, kann man doch mal.

II. Aktionsphase:

Es kommt ein lebendiges Spiel in Gang, in dem Paul Frau Meier ganz lustig „anpflaumt“, ohne heftig oder ausfällig zu werden. Klaus spielt die Rolle erstaunlich gut und gibt Kontra. Die Therapeutin geht als Doppel mit ins Spiel:

„Ich helfe Ihnen ein bißchen, Klaus, und wer dem Paul ein paar Argumente liefern will, kann das auch tun.“

Johann: (aggressiv): „Mischen Sie sich doch da nicht ein.“

Verläßt wütend den Raum.

Kunibert: „Da müßt ihr nix drum jeben, Froller, dat hät der su an sich.“

Die Therapeutin tritt nach dem ersten Zwischenruf dieser Art aus dem Spiel, und Klaus weiß sich ganz gut zu wehren. Nach einiger Zeit beende ich das Spiel.

III. Integrationsphase:

T.: Das war ein sehr gutes Spiel, finde ich. Was meinst Du, Jürgen?

Jürgen: Weiß nicht.

Werner: Das war lustig. Also der Klaus, nein der Klaus, und die Meier, wie die gekeift hat, nein die Meier. Aber das Essen wird sicher nicht besser. Ich weiß gar nicht, wie ich meinen Magen je...

T. (unterbricht): Na wollen Sie nicht nächstes Mal nach 'nem Apfel mehr fragen?

Werner: Die nicht!

T.: Hans, was meinst Du zu dem Spiel?

Hans: antwortet nicht und schaut weg.

Kunibert: Dat kömer öfter mache!

T.: Und Sie, werden Sie die Meier fragen?

Kunibert: För ne Appel? Nä, förn Kotlett schon, äver dat bringt nix, nä...

Paul: Also ich fand das gut. Ich tät dem K. (Pfleger) gerne mal so meine Meinung sagen. Der nervt mich schon lange. Die Meier ist mir egal. Wenn ich was brauche kauf ich mirs.

Werner: Du hast es ja. Aber ich mit meinen paar Groschen. (Zum Therapeuten) Wissen Sie, es ist schon elend. Mit vierzig Mark im Monat. Mir schickt ja auch niemand was.

T.: Geht Ihnen das hier allein so? Schauen Sie mal, wie die anderen das machen.

TN.: Hermann, was meinen Sie zu dem Spiel?

Hermann: Was soll ich dazu meinen? Ich weiß nicht, war wohl gut, nicht?

TN.: Und Du Peter?

Peter: antwortet nicht.

IV. Neuorientierungsphase

TN.: Werner, an der Ausgabe ist doch auch oft FrL. L., Können Sie die nicht nach Obst fragen?

Werner: Die? Nie!

TN.: Was haben Sie denn gegen die? Die ist doch noch ziemlich neu und doch recht freundlich.

Jürgen: Der spricht doch nicht mit Frauen.

TN.: Wieso? Werner hat doch mit mir gesprochen? Nicht wahr, Werner?

Werner: Alles Quatsch, alles Quatsch. Natürlich, nein, sicher. Sicher kann ich die fragen.

T.: Versuchen Sie's doch mal. Paul hat das ja ganz fesch gemacht. (Zur Therapeutin) Frau B., Spielen Sie doch mal die L.! Und Paul, machen Sie's dem Werner noch mal vor!

Werner: Na hören Sie, das kann ich alleine: Frau B., ich hätte noch gerne etwas Obst.

T.: Stellen Sie sich vor, Frau B. ist FrL. L. und sagen Sie's nochmal, so als ob Sie unten an der Ausgabe wären.

Werner: Wieso, das ist doch Frau B.?

Hermann: Sei nicht so blöd, die tut doch nur so, als ob sie die L. ist!

Werner: Weiß ich doch selbst. FrL. L. geben Sie mir doch bitte noch nen Apfel, für meinen Magen. Dem gehts nicht so gut, wissen Sie, das Essen hier...

Hermann: So gibt die Dir nie was, wenn de Dich über den Fraß beschwerst. Die kocht das Zeug doch mit. Meinste die gibt Dir dann noch was? Das mußte nicht glauben. Das mußte so machen: Fr. L. ich möcht Sie gerne noch um 'nen Apfel fragen. Es sind doch gestern so viel liegengeblieben. Wär' sehr freundlich, wenn Sie mal schauen könnten, obs noch welche gibt.

T.: Hermann, Sie können die ja ganz schön um den Finger wickeln. Werner, versuchen Sie's nochmal!

Werner: Ach Fr. L., hätten Sie vielleicht noch 'nen Apfel übrig für mich, von denen, von gestern, meine ich. Die bekommen mir nämlich so gut.

TN.: Ja, gerne. Ich schau mal nach.

T.: Werner, das war rund, das hat mir gefallen.

Die Sitzung wurde im Transkript mitgeteilt, um die spezifische Interventionsform bei Alterspatienten darzustellen, die z. T. direktiv ist, und mit direktem und vikariellem „social reinforcement“ und „imitation learning“ (Bandura 1969, 1976) arbeitet. Der Aufbau der Sitzung ist „tetradisches“ (Petzold 1978a). Die *Initialphase* dient der Themenfindung und verläuft verbal, ohne daß Warm-up-Techniken eingesetzt werden. Über den Kunstgriff der Dramatisierung einer Aussage gelingt es, in ein Spiel zu kommen. Dieser „indirekte“ Weg kann oft eingeschlagen werden, wenn man Themen aus dem Stationsalltag oder aus dem Krankenhaus im Gruppengespräch aufgreift. Dabei ist es gut, Manierlichkeiten zunächst stehenzulassen oder einzubauen (z. B. Kuni- bert, dessen „Lasset Jung“ nach dem zwanzigsten Mal kaum noch zu ertragen ist, oder Werners „Magen“, den man erst übergehen kann, wenn „er“ genügend Aufmerksamkeit bekommen hat). Weiterhin wird das Potential der aktiven Gruppenteilnehmer (Paul, Klaus, Werner) ausgenutzt, um Bewegung in die Gruppe zu bekommen. Hermann bringt sich ja auch am Schluß spontan ein. Frau Meier ist offensichtlich eine Person, die so negativ besetzt ist, daß sich die Teilnehmer offenbar gerne im Spiel aggressiv entlasten. Ein schwerwiegendes Handicap ist, daß keine weiblichen Teilnehmer in der Gruppe sind (Männerkrankenhaus) und wir keine weiblichen Assistenten haben. Die Therapeutin spielt deshalb in der Anfangsphase die Frauenrollen, bis die Teilnehmer sich daran gewöhnen, daß im Psychodrama Frauenrollen auch von Männern gespielt werden können. Sie gerät in der *Aktions-* bzw. *Spielphase* dann auch unmittelbar ins „Feuer“ der Übertragungen. Reaktionen, wie die von Johann, geschehen öfters und sind besonders für diese Patientengruppe (abgebaute Alkoholiker, Cerebralsklerotiker, Defekte) charakteristisch. Sie können z. T. massiv aggressiven Charakter annehmen. Hier sind das Ignorieren oder die klare Abgrenzung die besten Reaktionen. Dies ist besonders für die Therapeutin in diesem Setting notwendig, wenn sie nicht zu einem Anhängsel des The-

rapeuten werden will, der sie vor den Zudringlichkeiten mancher Gruppenteilnehmer schützt.

In der *Integrationsphase* wird versucht, jedes Gruppenmitglied einzubeziehen. Dies geschieht durch direktes Ansprechen. Wird nicht geantwortet, so lassen wir dies als eine Antwort stehen und fassen nicht weiter nach. Auf Dauer macht sich diese Methodik bemerkbar. Nach und nach kommen in dieser Gruppe alle ins Geschehen, selbst so zurückgezogene Patienten wie Hans, Jürgen, Johann und Peter. In der *Neuorientierungsphase* versuchen wir, eine Lernerfahrung aus dem Spiel herauszuarbeiten und zu festigen, damit der *Transfer* in Alltagssituationen gefördert wird.

Auch hierfür wird Rollenspiel im Sinne *Morenos* (1960 b, S. 84) eingesetzt: „Role playing may be considered as an experimental procedure, a method of clearing to perform roles more adequately“. Werner, der das Thema der Aktionsphase eingebracht hat, soll versuchen, ein anderes Verhalten als sein übliches Muster zu spielen. Dabei treffen wir auf ein Problem, das sich in seinem stereotypen „Mit der nie!“ schon angedeutet hat und von Hermann benannt wird. Werners Schwierigkeiten mit dem „anderen Geschlecht“ wird später noch mehrere Sitzungen in Anspruch nehmen. In der vorliegenden Situation nutzt die Therapeutin die offensichtlich positive Übertragung, die Werner zu ihr hat, und die sich später als Mutterübertragung herausarbeiten läßt, und „zieht“ ihn ins Spiel. Werner ist offensichtlich überrumpelt und verwirrt. Seine Differenzierungs- und Transferfähigkeiten sind ohnehin eingegrenzt, wie schon das „Ineinanderlaufen“ von Karl und Frau Meier in Werners *Sharing* zeigte. Werners Begriffsstutzigkeit reizte Hermann, der sonst recht zurückgezogen ist und sich nicht beteiligt, zu seinem spontanen Einwurf. Dieser gibt eine ausgezeichnete Möglichkeit, Imitationslernen zu praktizieren. Werner soll das Geschehene, das überdies von den Therapeuten positiv bewertet wurde, nachspielen. Sein Spiel gelingt und wird wiederum verbal verstärkt (vgl. *Steller et al.* 1978).

Diese Form von „*Behaviourdrama*“ als verhaltensmodifizierende Phase des tetradischen Psychodramas (*Petzold* 1977f) hat besonders in der Arbeit mit Alterspatienten Bedeutung, wenn es darum geht, neue Verhaltensweisen einzuüben und zu festigen.

10. Kritische Reflexion des Verfahrens

Das Psychodrama *Morenos* ist ein sehr reiches und komplexes Verfahren mit einer differenzierten Behandlungsmethodologie und interes-

santen theoretischen Konzepten zur Anthropologie und Persönlichkeitstheorie. Es stellt neben der Verhaltenstherapie eines der seltenen Beispiele für eine nicht auf *Freud* gründende Therapie dar, ja bietet geradezu ein anderes Paradigma. Durch die Form seiner Darstellung hat *Moreno* die Rezeption seiner Gedanken erschwert. Durch seine unübersichtliche Publikationspraxis und das Fehlen einer geschlossenen Darstellung ist das theoretische Potential des Morenoschen Oeuvres nicht entsprechend aktualisiert worden, ja es wird ihm aus Unkenntnis das Fehlen ausgefeilter anthropologischer und persönlichkeits-theoretischer Konzepte vorgeworfen (*Ploeger* 1983, 89). Die Stärken des Verfahrens liegen in der Einbeziehung des sozialen Kontextes, der Nonverbalität und der Muster konkreten Alltagshandelns. Seine Schwächen liegen in einer noch nicht ausreichend entwickelten Krankheitslehre und seinen eingeschränkten Verwendungsmöglichkeiten als Form der Einzeltherapie. Die potenten Aktionsmethoden vermögen sehr starke Impulse zu setzen, stehen aber bei unsachgemäßer Handhabung in der Gefahr der Überlastung von Patienten oder des Abgleitens in einen oberflächlichen Aktionismus. Deshalb ist eine solide klinische und psychodramatherapeutische Ausbildung unerlässlich. Das therapeutische Potential der psychodramatischen Methode ist noch keineswegs ausgeschöpft. Besonders in der Kurzzeittherapie und in der Behandlung von Patienten aus benachteiligten Schichten wird das Verfahren in Bereichen einzusetzen sein, wo Therapien mit verbalem Schwerpunkt und einseitig introspektivistischer Orientierung nicht mehr greifen können.

Derzeit zeigen sich indes kaum Perspektiven für eine theorieimane-nente Weiterentwicklung des Morenoschen Ansatzes, da die Psychodramatherapeuten des deutschen und französischen Bereiches vorwiegend versuchen, das Psychodrama mit psychoanalytischen Konzepten zu fundieren. Sie stehen von ihrem Herkommen in der medizinischen und der tiefenpsychologischen Tradition, haben Mühe, sich auf das sozialwissenschaftliche Paradigma *Morenos* vom Menschen als „sozialem Atom und Rollenspieler“ einzulassen. Zum anderen haben sie die relevanten Originalschriften *Morenos* kaum rezipiert (*Oberborbeck* 1980; *Ploeger* 1983). Schließlich ist es durch die berufs- und standespolitische Hegemonie und Revierhoheit (*Gniech* 1983) der „tiefenpsychologisch fundierten Verfahren“ derzeit kaum möglich, ein anderes psychologisches Paradigma (etwa das von *G. Kelly*, *G. H. Mead* oder von *J. Piaget*) erfolgreich auf gleicher Ebene und mit gleicher Gewichtung wie das psychoanalytische in der Psychotherapie zu vertreten und durchzusetzen.

Anmerkungen

- 1) *Gulenus*, Opera, vol. IV. 41 (1821). *Soranus* (Ed. I. E. *Drabkin*, Chicago 1950) empfiehlt leichte Lektüre und Theaterspielen, und zwar von Stücken, die dem Geisteszustand entgegengesetzt sind bei der Behandlung von Manikern.
- 2) Beseitigt werden konnte die Unsicherheit bezüglich der genauen Namensschreibung und des Geburtsdatums und -orts *Morenos* (z. B. *Leutz* 1974, S. 185, gibt 1890 und Schiffsreise auf dem Schwarzen Meer an; *Schützenberger* 1970, S. 205, 1892; *Moreno* selbst (1963, 19. Mai 1892, Bukarest). *G. Bratescu* konnte im Geburtsregister der Stadt Bukarest den 6. Mai (neuer Kalender 18. Mai) 1889, Bukarest, Strovda Serban Voda Nr. 50, als Geburtsort und -datum auffinden (*Bratescu* 1975). Zum Tode *Morenos* vgl. *Yablonsky* (1976).
- 3) *Bour* 1962; *Lebovici*, *Diatkine*, *Danon-Boileau* 1958; *O'Connel* 1963; *Simon* 1964; *Z. Moreno* 1978.
- 4) *Berner*, *Zapotoczky* 1968; *Bour* 1968; *Parrish* 1959; *Rabiner*, *Bruckers* 1967; *Smith* 1951.
- 5) *Harrow* 1951; *Sackles* 1968.
- 6) *Chase*, *Farnham* 1966; *Mävers* 1973; *Williams*, *Gasdick* 1970.
- 7) *Czapow*, *Czapow* 1969; *Fine*, *Daly*, *Fine* 1974; *Ossorio*, *Fine* 1960; *Polansky*, *Harkins* 1964.
- 8) *Harrow* 1951; *Gonen* 1971; *Lebovici*, *Diatkine*, *Danon-Boileau* 1958; *Oberborbeck* 1980.
- 9) *Blume* 1968; *Bonabesse* 1969; *Cuvellier*, *Mattheews* 1969; *Petzold* 1970, 1971b, 1974g; *Speroff* 1966; *Weiner* 1959; 1965; 1966; 1967.
- 10) *Deeth* 1970; *Eliasoph* 1955a, b; *Friedman* 1967; *Haskel* 1958; *Leutz* 1973; *Olson* 1972; *Petzold* 1972; *Friedemann* 1973.
- 11) *Leutz*, *Oberborbeck* 1980; *Engelke* 1981; *Ploeger* 1983; *Bour* 1968; *Erdmann* 1975; *Friedemann* 1975; *Lemoine*, *Lemoine* 1972, 1980, 1980a; *Starr* 1979.
- 12) *Ackermann*, *Ackermann* 1962; *Basquin* et al. 1972; *Burkart*, *Zapotoczky* 1974; *Clayton* 1973; *Drews* 1952; *Franzke* 1972; *Godenne* 1965; *Gumina*, *Gonen*, *Hagan* 1973; *Henne* 1976.
- 13) *Haskel* 1962; *Lehmann*, *Tourlentes* 1963; *Ortman* 1966; *van der May* 1975.
- 14) *Anzieu* 1956; *Lebovici*, *Diatkine*, *Kestemberg* 1958; *Z. Moreno* 1973; *Seeglow* 1969; *Widlöcher* 1974.
- 15) *Kors* 1964; *Petzold* 1975d, 1983; *Rambert* 1969; *Straub* 1972a.
- 16) *Anzieu* 1969/70; *Boulanger* 1965; *Lebovici* 1972; *Engelke* 1981.
- 17) *Ferinden* 1971; *Greenhill* 1945; *Seeglow* 1969; *Smilansky* 1968; *Starr* 1951.
- 18) *Graber* 1973; *Larr* 1974; *Webster* 1968.
- 19) *Stockvois-Warnaar*, *Stockvois* 1962; *Straub* 1972a.
- 20) *Anzieu* 1969/70; *Byrne* 1967.
- 21) *Lebovici*, *Diatkine*, *Danon-Boileau* 1958; *Lebovici*, *Diatkine*, *Kestemberg* 1958.
- 22) *Flegler* 1952; *Fontaine* 1966, 1969/70; *Newburger* 1967; *Sarbin* 1957.
- 23) *Starr* 1979; *Allen* 1954; *Knoblochova*, *Knobloch* 1970; *Moreno* 1945.
- 24) *Allen* 1954; *Moreno*, *Moreno*, *Moreno* 1964; *Starr* 1959.
- 25) *Allen* 1954; *Czapow* 1969; *Jacobson*, *Mann* 1962; *Knoblochova*, *Knobloch* 1970; *Petzold* 1976e; *Starr* 1959.
- 26) *Corsini* 1951, 1958; *Haskel* 1960; *Head* 1962; *Hollander* 1974; *Lassner* 1951; *Miller* 1960; *Moreno*, *Within* 1932a; *Weiner* 1974.
- 27) *Haskel* 1974; *Head* 1962; *Hollander* 1974.
- 28) *Corsini* 1958; *Haskel* 1960; *Lassner* 1951.

- 29) Franck 1969; Haskel 1957; Haskel, Weeks 1960; Haskel 1974; Yablonsky 1955.
 30) Cuvellier 1972; Kalisch 1971; Merbaum 1957; Stein 1961.
 31) Petzold 1972c; Sturm 1963; Zacher 1961.
 32) Friedemann 1972; Hagan, Kenworthy 1951; Merchant 1941.
 33) Haas 1949; Schönke 1975; Starr, Fagel 1961; Swell 1968.
 34) Kalisch 1971; Merbaum 1957; Miller 1960.
 35) Cuvellier 1972; Rouquette, Schützenberger 1966; Schönke 1973.
 36) Moreno 1928; Seidel, Pohl-Mayerhöfer 1976; Smilansky 1968.
 37) Brown, Petzold 1977; Carpenter 1968; Chesler, Fox 1966; Haas 1949; Petzold, Schulwitz 1972; Schönke 1973; Shaftel, Shaftel 1967; Bubenheimer 1980.
 38) Anzieu 1969/70; Petzold 1973c; Schönke 1976; 1975; Schmidt 1978.
 39) Petzold 1973d, 1979b,r; Petzold, Sieper 1973; Sturm 1967.
 40) Baxter 1960; Bobroff 1963; Green 1961; Hittson 1970; Petzold 1972c; Sturm 1963; Zacher 1961; Zacharias 1967.
 41) Bavelas 1947; Bradford, Lippitt, Benne 1947; Corsini, Shaw, Blake 1961; Klein 1959; Maier 1952; Maier, Solem, Maier 1977.
 42) Brown, Petzold 1977; Seidel, Pohl-Mayerhöfer 1976; Petzold, Brown 1977.
 43) Haas 1949; Smilansky 1968; Zeleni 1955; Petzold 1973d.
 44) Das „Wir“ bezieht sich im folgenden auf die Zusammenarbeit mit der Kotherapeutin.

Literatur

- Ablesser, H., 1962. Role reversal in a group psychotherapy session. *GP*. 15, 321-325.
 Abraham, A., 1972. Death and Psychodrama. *GP*. 3, 84-91.
 Ackermann, M., Ackermann, S., 1962. Emergency Psychodrama for acute psychosomatic syndrome, *GP**. 1, 84-88.
 Allen, D. T., 1954. Psychodrama in the family. *GP*. 1/2, 167-177.
 Allen, R. D., Krebs, N., 1979. Psychotheatrics: The new art of self-transformation. Garland, New York.
 Altman, K. G., 1983. Psychodrama with the institutionalized elderly: The method for role re-engagement. *GP*. 3, 87-97.
 Anderson, H. H. und Anderson, G. L., 1951. An Introduction to Projective Techniques, Prentice-Hall, New York.
 Anzieu, D., 1956. Le psychodrame analytique chez l'enfant, Presses Universitaires de France, Paris; dtsh. erw. und überarbeitet: Analytisches Psychodrama mit Kindern und Jugendlichen, Junfermann, Paderborn 1984.
 Anzieu, D., 1968. La dynamique des groupes restreints. PUF, Paris, 4. Aufl. 1973.
 Anzieu, D., 1969/70. Le psychodrame analytique collectif et la formation clinique des étudiants en psychologie. *Bull. Psychol.* 13/16, 908-914.
 Artaud, A., 1938. Le théâtre et son double. Paris; dtsh.: Das Theater und sein Double. Fischer, Frankfurt 1968.
 Bach, G. R., 1950. Dramatic play therapy with adult groups. *Journal of Psychology* 29, 225-246.
 Baker, A. A., 1952. The misfit family — a psychodrama technique used in a therapeutic community. *Brit. J. Med. Psychol.* 25, 235-243.

* Die Zeitschrift *Group Psychotherapy*, später *Group Psychotherapy and Psychodrama* wird durchgängig mit *GP*. abgekürzt.

- Bandura, A., 1962. Social learning through imitation. Nebraska Symposium on Motivation (Hrsg. M. R. Jones). Univ. of Nebraska Press, Lincoln.
- Bandura, A., Ross, D., Ross, F. A., 1963. Imitation of film-mediated aggressive models. *J. Abnorm. Soc. Psychol.* 66, 3-11.
- Bandura, A., Walters, R. H., 1963. Social Learning and personality development. Holt, Rinehart & Winston, New York.
- Bandura, A., 1969. Principles of behaviour modification. Holt, New York.
- Bandura, A., 1976. Lernen am Modell. Klett, Stuttgart.
- Banton, M., 1965. Roles. An introduction to the study of social relations. London.
- Barbour, A., 1972. The self disclosure aspect of the psychodrama sharing session. *GP* 4, 132-138.
- Barocas, H. A., 1972. Psychodrama techniques in training police in family crisis intervention. *GP* 1/2, 30-31.
- Barrault, J.-L., 1962. Betrachtungen über das Theater. Schifferli, Zürich.
- Barrucand, D., 1970. La catharsis dans le théâtre, la psychanalyse et la psychothérapie de groupe. Epi, Paris.
- Basquin, M., Dubuisson, P., Samuel-Lajeunesse, B., Testemale Monod, G., 1972. Le psychodrame: une approche psychanalytique. Dunod, Paris; dtsh.: Das Psychodrama als Methode in der Psychoanalyse, Junfermann, Paderborn 1981.
- Battegay, R., 1969. Der Mensch in der Gruppe, 3. Bd. Huber, Bern; 2. erw. Aufl. 1976.
- Bavelas, A., 1947. Roleplaying and management training. *Sociatry* 1/2, 183-191.
- Baxter, W. A., 1960. Psychodramatic experience within a religious setting. *GP* 1, 40-46.
- Bayer, G., 1974. Verhaltensdiagnose und Verhaltensbeobachtungen. In: Kraiker (1974), 255-275.
- Benne, K. D., Lippitt, R., Bradford, L., Gibb, J., 1975. The laboratory method of changing and learning. Science and Behavior Books, Palo Alto.
- Bergeret, J., 1967. A propos de l'acting-out dit „d'adole-scence“ et du contretransfert. In: Vingt-huitième congrès des psychanalystes de langues romanes. Passage à l'acte et „acting out“. P. U. F., Paris.
- Bergson, H., 1921. Schöpferische Entwicklung. Jena.
- Berman, L., 1975. Reseach in „Physio“-Drama, *Sociometry* 1, 87.
- Bernays, J., 1880. Zwei Abhandlungen über die aristotelische Theorie des Dramas. Berlin.
- Berner, P. und Zapotoczky, H. G., 1968. Zur Verwertbarkeit des Psychodramas in der Schizophrenietherapie. *GP* 1, 40-48.
- Binswanger, R., 1977. Die Doppelgängertechnik im Psychodrama: Probleme ihrer Anwendung durch Spielleiter. *Integrative Therapie* 1, 45-48.
- Binswanger, R., 1980. Widerstand und Übertragung im Psychodrama. In: Leutz, Oberborbeck, (1980) 222-242.
- Bion, W. R., 1961. Experiences in groups and other papers. Tavistock. London; dtsh.: Erfahrungen in Gruppen und anderen Schriften. Klett, Stuttgart 1971.
- Bischof, L. J., 1964. Interpreting personality theories. Harper & Row, New York. 2. Aufl. 1970; dtsh.: Junfermann, Paderborn 1984.
- Bischof, N., 1966. Erkenntnistheoretische Grundlagen und Probleme der Wahrnehmungspsychologie, in: W. Metzger, H. Erke, Wahrnehmung und Bewußtsein. Handbuch der Psychologie. Hogrefe, Göttingen, Bd. 1/1,21-78.
- Blake, R. R., 1955. Experimental psychodrama with children. *GP* 4, 347-350.
- Blatner, H., 1968. Comments on some commonly held reservations about psychodrama. *GP* 1, 20-25.

- Blatner, H. A. (Hrsg.), 1970. Psychodrama, role-playing and action methods: theory and practice. Thetford, Norfolk.
- Blatner, H. A., 1973. Acting-In. Practical applications of psychodramatic methods. Springer, New York.
- Blume, S., 1968. Psychodrama techniques in the treatment of alcoholism. *GP.* 4, 241-246.
- Bobroff, A. J., 1963. Religious psychodrama. *GP.* 1/2, 37-38.
- Bogliano de Podesta, E., Chediak de Garriáz, C., 1977. Test proyectivo sicodramatico. *Quadernos de psicoterapia* (Buenos Aires) 1/2 (1977) 243-248.
- Boies, K. G., 1972. Role playing as a behaviour change technique: Review of the empirical literature. *Psychother. Theory, Res, Pract.* 2, 185-192.
- Bonabesse, M., 1969/70. L'utilisation du psychodrame dans le traitement des alcooliques. *Bull. Psychol.* 13/16, 834-838.
- Bonarius, J. C., 1967. De fixed role therapy van George A. Kelly. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 8, 482-520.
- Boria, J., 1983. Tele-Manuale di psicodramma classico. Franco Angeli Editore, Milano.
- Boring, O. R., Deabler, M. L., 1951. A simplified psychodramatic approach in group therapy. *Journal Clin. Psychology* 4, 371-375.
- Boulanger, J. B., 1965. Group analytic psychodrama in child psychiatry. *Canad. Psychiatric Assoc. J.* 5, 427-432.
- Bour, P., 1962. Psychodrama in a psychiatric hospital in France. *GP.* 4, 304-311.
- Bour, P., 1968. Le psychodrame et la vie. Desclée de Brouwer, Paris.
- Bradford, L. P., Lippitt, R., Benne, K. D., 1947. Sociodramatic clarification of leader and group roles. *Sociatry* 1, 82-91.
- Brandzel, R., 1983. Role playing as a training device in preparing multiple-handicapped youth for employment. *GP.* 1/2, 16-21.
- Bratescu, G., 1975. The date and birth place of J. L. Moreno. *GP.* 1/4, 2-4.
- Braun, T., 1978. Traditionelle Ansätze in der Verhaltenstherapie. In: L. J. Pongratz, Handbuch der Psychologie, Bd. 8, Klinische Psychologie, 2, Hogrefe, Göttingen 1978, 1955-2001.
- Bromberg, W., 1958. Acting and acting out. *Am. J. Psychother.* 12, 264-268.
- Bronfenbrenner, U. und Newcomb, T. M., 1947. Improvisations — an application of psychodrama in personality diagnosis. *Sociatry* 4, 367-382.
- Brown, G. L., Petzold, H., 1977. Gefühl und Aktion. Praxis des integrativen Unterrichts. Flach, Frankfurt.
- Bruck, M., 1953. An example of the use of psychodrama in the relieving of an acute symptom in a psychiatric child clinic. *GP.* 2/4, 216-221.
- Buber, M., 1923. Ich und Du. Heidelberg, 9. Aufl. 1977.
- Buber, M., 1962. Werke. Bd. 1 Schriften zur Philosophie. Ich und Du (1923). Heidelberg.
- Bubenheimer, U., 1980. Pädagogisches Psychodrama in Schule und Ausbildung. In: Oberborbeck (1980) 143-160.
- Buchanan, D. R., 1981. Psychodrama: A humanistic approach to psychiatric treatment for the elderly. *Hospital and community Psychiatry* 3, 220-223.
- Burkart, V., 1972. Befreiung durch Aktionen. Die Analyse der gemeinsamen Elemente im Psychodrama und Theater. Böhlau, Wien.
- Burkart, V. und Zapotoczky, H. G., 1974. Konfliktlösung im Spiel. Soziodrama, Psychodrama, Kommunikationsdrama. Jugend und Volk, Wien.
- Byrne, J., 1967. Role playing as a therapeutic teaching tool for severely brain-damaged and emotionally disturbed children. *GP.* 3/4, 134-135.

- Caltin, G., 1959. Les Indiens de la Prairie. Payot, Paris.
- Caretti, V., 1975. La Festa del Dolore dei Batak, *Atti dello Psicodramma* (Rom) 1, 33-41.
- Caretti, V., 1976. Sacrifici di sangue e rigenerazione tra i Toraja, *Atti dello Psicodramma* (Rom) 1/2, 35-43.
- Carpenter, J. R., 1968. Role-reversal in the classroom. *GP*. 2/3, 155-167.
- Chase, P. und Farnham, B., 1966. Psychodrama in a mental hospital. *Mental Hygiene* 50, 262-268.
- Chesler, M. und Fox, R., 1966. Role-playing methods in the classroom, Science Research Associates, Chicago.
- Cia, A. H., 1977. El test de imágenes en situaciones de pareja y familia. *Quadernos de psicoterapia* (Buenos Aires) 249-257.
- Claessens, D., 1970. Rolle und Macht. Juventa, München.
- Clayton, G. M., 1973. Psychodrama with hysteric. *GP*. 3/4, 31-46.
- Clayton, L. und Robinson, L. D., 1971. Psychodrama with deaf people. *American Annals of the Deaf*. 4, 415-419.
- Clayton, L., 1975. The Personality theory of J. L. Moreno, *GP*. 1/4, 144-151.
- Clayton, L., 1982. The use of the cultural atom to record Personality Change in individual psychotherapy. *GP*. 3, 111-117.
- Clore, G. L., Jeffery, K. M., 1972. Emotional role playing, attitude change and attraction toward a disabled person. *J. Person. Soc. Psychol.* 23, 105-111.
- Coggin, P. A., 1956. The uses of drama. G. Braziller, New York.
- Collomb, H. und De Preneuf, Ch., 1969/70. N'Doep et psychodrame. *Bull. Psychol.* 13/16, 745-774; dtisch. in: Petzold, (1982a).
- Compermolle, T., 1982. Moreno — ein unbekannter Wegbereiter der Familientherapie. *Integrative Therapie* 3, 166-172.
- Cornyetz, P., 1945. The warming up process of an audience. *Sociometry* 8, 218-225.
- Cornyetz, P., Del Torto, J., 1945. Psychodrama as expressive and projective technique. *Psychodrama Monographs* 14. Beacon House, Beacon.
- Corsini, R. J., 1951. The method of psychodrama in Prison. *GP*. 3, 321-326.
- Corsini, R. J., 1952. Immediate therapy. *GP*. 4, 322-330.
- Corsini, R. J., 1953. The „behind your back“ technique in group psychotherapy and psychodrama. *GP*. 1/2, 102-109.
- Corsini, R. J., 1958. Psychodrama with a psychopath. *GP*. 1, 33-39.
- Corsini, R. J., Shaw, M., Blake, R., 1961. Roleplaying in business and industry. Free Press, Glencoe, New York.
- Corsini, R. J., 1966. Roleplaying in psychotherapy: a manual. Aldine, Chicago.
- Coser, R. L., 1966. Role distance, sociological ambivalence and transitional status system. *Am. J. Soc.* 72, 173-187.
- Cottas, N., 1931. Le théâtre à byzance. Paris.
- Courtney, R., 1970. Play, Drama and Thought, London.
- Culbertson, F. M., 1957. Modification of an emotionally held attitude through roleplaying. *J. Abnorm. Soc. Psychol.* 54, 230-233.
- Curtius, E. R., 1969. Welttheater — zur Geschichte einer Idee. *Areopag* 4, 241-249.
- Cuvellier, F. und Mattheews, L. A., 1969. Le psychodrame de l'alcoolique. *Bull. Psychol.* 13/16, 829-833.
- Cuvellier, F., 1972. Gruppengerichtetes Psychodrama in der Ausbildung von psychiatrischem Pflegepersonal. In: Petzold, 1972a, 242-258.
- Czapow, C. und Czapow, G., 1969. Psychodrama, Genesis i historia teoria i praktyka, probe oceny, Panstwowe Wydawnictwo Naukowe, Warschau.

- Dahrendorf, R., 1974. *Homo Sociologus*, 13. Aufl. UTB, Opladen.
- Dars, E. und Benoit, J. C., 1972. *L'expression scénique. Art dramatique et psychothérapie*. Editions ESF, Paris.
- Dars, E. und Beaujean, F., 1975. *De l'art dramatique à l'expression scénique*. Denoël, Paris.
- Dars, E. und Benoit, J. C., 1976. *Expression Scénique. Integrative Therapie* 4, 124-129.
- David, Ch., 1967. L'hétérogénéité de l'acting-out et l'ambiguïté du transfert. In: *Vingt-huitième Congrès des psychanalystes de langues romanes. Passage à l'acte et „acting out“*. P. U. F., Paris.
- Deane, W. N. und Hanks, V., 1967. Psychodrama in a mental hospital. *GP* 1/2, 43-52.
- Decobert, S., Soulé, M., 1972. La notion de couple thérapeutique, *Revue française de psychanalyse* XXXVI, 1, 83-110.
- Deeth, A., 1970. Psychodramatic crisis intervention with delinquent drug users. *GP* 1/2, 41-45.
- Diatkine, R. und Gillibert, J., 1965. Psychodrame et théâtre. *Esprit* 5, 931-942.
- Diener, G., 1971. Goethes „Lila“. Heilung eines „Wahnsinns“ durch „psychische Kur“. Athenäum, Frankfurt.
- Dollase, R., 1973. *Soziometrische Techniken*. Belz, Weinheim.
- Dollase, R., 1975. Soziometrie als Interventions- und Meßinstrument. *Gruppendynamik* 2, 82-92.
- Drach, A., 1974. In *Sachen de Sade*, Claassen, Düsseldorf.
- Dreizel, H. P., 1972. *Die gesellschaftlichen Leiden und das Leiden an der Gesellschaft*. Enke, Stuttgart.
- Drews, R. S., 1952. Psychodrama in private practice. *GP* 1/2, 70-72.
- Dumur, J., 1965. *Histoire des spectacles*. Encyclopédie de la Fléiade. Gallimard, Paris.
- Eliade, M., 1954. *Schamanismus und archaische Ekstasetechnik*. Rascher, Zürich.
- Eliasoph, E., 1955. A group therapy and psychodrama approach with adolescent drug addicts. *GP* 2, 161-167.
- Eliasoph, E., 1955. Concepts and techniques of roleplaying and role training utilizing psychodramatic methods in group therapy with adolescent drug addicts. *GP* 4, 308-315.
- Eliasoph, E., 1958. A group therapy-psychodrama program at Berkshire Industrial Farm. *GP* 1, 58-62.
- Elms, A. C., 1966. Influence of fantasy ability on attitude change through role playing. *J. Person. Soc. Psychol.* 4, 36-43.
- Elms, A. C., 1967. Role playing, incentive and dissonance, *Psychol. Bull.* 68, 132-148.
- Elms, A. C. (Hrsg.), 1969. *Role playing, reward, and attitude change*. Van Nostrand Reinhold, New York.
- Else, G. F., 1957. The origin of Tragodia, *Hermes*, 85, 17-37.
- Engelke, E., 1981. *Psychodrama*, Pfeiffer, München.
- Engelke, E. et al., 1979. *Sterbebeistand bei Kindern und Erwachsenen*, Enke, Stuttgart.
- Erneis, J., 1950. The hypnodramatic technique, *GP* 1, 11-54.
- Erneis, J., 1951. A note on the organization of the St. Elizabeth's Hospital psychodrama program, *GP* 1/2, 235-255.
- Erneis, J., 1952. Establishing a psychodrama program. *GP* 2/3, 111-119.
- Erdmann, Z.-M., 1975. *Psychodrama*, Diederichs, Düsseldorf.
- Essen, S., 1979. Individualpsychologie u. Psychodrama, *Integrative Therapie* 1/2, 99-118; auch in *Petzold* (1982a).
- Fanchette, J., 1971. *Psychodrame et théâtre moderne*, Buchet, Castel, Paris.
- Fantel, E., 1951. The civilian and the army social atom before and after. *GP* 1/2, 66-69.

- Ferenczi, S., 1964. Bausteine zur Psychoanalyse, 4 Bd. Huber, Bern.
- Ferinden, W. E., 1971. Behavioristic psychodrama: A technique for modifying aggressive behavior in children. *GP*, 3/4, 101-106.
- Feyerabend, P., 1977. Wider dem Methodenzwang — Skizze einer anarchistischen Erkenntnistheorie. Suhrkamp, Frankfurt.
- Figge, P., 1975. Lernen durch Spielen, Praktische Dramapädagogik und Dramatherapie, Quelle & Meyer, Heidelberg.
- Fine, L., 1970. Non-verbal aspects of psychodrama, in: *Blatner*, 1970, 30-35; franz. in *Bull. Psychol.* 13/16 (1969/70), 930-933.
- Fine, R., 1962. Psychodance, *GP*, 3, 203-223.
- Fine, R., Daly, D., Fine, L., 1974. Psychotanz als Übungsverfahren und Methode der Psychotherapie, in: *Petzold*, 1974j, 79-104.
- Fliegler, L. A., 1952. Play acting with the mentally retarded. *Exceptional Children*, 19, 56-60.
- Fontaine, J. P., 1966. The Psychodrama among mentally retarded adolescents in an institution. *Acta paedopsychiatrica* 33, 205-206.
- Fontaine, J. P., 1969/70. Psychodrame chez les adolescents handicapés en institution. *Bull. Psychol.* 13/16, 923-926.
- Fontaine, J. P., 1972. Psychodrama mit geistig und körperlich Behinderten, in: *Petzold* 1972a, 157-167.
- Forer, B., 1969. The taboo against touching in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 6, 225-231.
- Foulkes, S. H., 1964. Therapeutic group analysis. Allen and Unwin, London.
- Franck, P., 1969. Psychodrama offers new vista to parolees. *Journal of Rehabilitation*, 35, 28-29.
- Frank, E., 1972. Psychodrama als gestaltungstherapeutisches Verfahren in einer analytisch orientierten psychosomatischen Klinik, in: *Petzold* 1972a, 128-140.
- Freeland, L., 1923. Pomo doctors and poisoners. Univ. Calif. Publ. in Americ. Archaeology and Ethnology, XX.
- Freud, S. u. Breuer, J., 1895. Studien über Hysterie. Wien, Neuausg. Fischer, Frankfurt 1970.
- Freud, S., 1905-6. Psychopathische Personen auf der Bühne. Freud, Studienausgabe Bd. 10, 161-168.
- Freud, S., 1940-1952. Gesammelte Werke (18 Bd.). London NS 1960. S. Fischer, Frankfurt, u. Freud, S., 1969-1975. Studienausgabe. S. Fischer, Frankfurt.
- Friedman, A. R., 1967. Psychodrama of addictedness. *GP*, 3/4, 158-159.
- Friedman, P. H., 1971. The effect of modeling and role-playing on assertive behavior, in: R. D. Rubin et al., *Advances in behavior therapy*, New York, 149-169.
- Friedemann, A., 1959. Gruppenpsychotherapie, in: *Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie* (Hrsg. Frankl, V., von Gersattel, V., Schultz, I. H.). Urban und Schwarzenberg, München. Bd. IV, 320-343.
- Friedemann, A., 1972. Vorbereitung von Kindertherapeuten zur Spieltherapie über das Psychodrama, in: *Petzold* 1972a, 259-264.
- Friedemann, A., 1973. Ungünstiger und günstiger Einfluß von Gruppen, Gruppenpsychotherapie und Psychodrama auf Suchtkranke, in: *Sozialarbeit und Suchterkrankung. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren*, Hamm.
- Friedemann, A., 1975. Psychodrama und sein Platz in der Psychoanalyse. *Gruppendynamik* 2, 92-96.
- Fröhlich, P., 1974. Das nicht-kommerzielle amerikanische Theater. Schäuble, Rheinfelden.

- Gaines, J., 1979 Fritz Perls. Celestial Arts, Millbrae.
- Galenus, C., 1821-1830. Claudii Galeni Opera Omnia. Hrsg. C. G. Kühn, 20 Bd. Leipzig.
- Garber, A., 1973. Psychodramatic treatment of a stutterer. *GP*. 1/2, 34-47.
- Gerhardt, U., 1971. Rollenanalyse als kritische Soziologie. Luchterhand, Neuwied.
- Getzels, J. W. u. Guba, E. E., 1955. Role conflict and personality. *J. of Personality* 24, 74-85.
- Ginn, I. L. B., 1973. Catharsis: Its occurrence in Aristotle, Psychodrama and Psychoanalysis. *GP*. 1/2, 7-22.
- Gittelman, M., 1965. Behavior rehearsal as a technique in child treatment. *J. Child Psychol. Psychiatr.* 6, 251-255.
- Griech, G., 1983. Über Reviere in der akademischen Psychologie. *Gestalt Theory* 4, 293-305.
- Godenne, G. D., 1965. Outpatient adolescent group psychotherapy. II. Use of co-therapists, psychodrama, and parent group therapy. *Amer. J. Psychother.* 1, 40-53.
- Goethe, J. W. v., 1902-1910. Sämtliche Werke. Jubiläumsausgabe. Bd. 8 Lila und die anderen Singspiele. Cotta, Stuttgart. (Die Textfassung der „Lila“ auch bei Diener 1971.)
- Goetze, H. u. Jaede, W., 1974. Die nicht-direktive Spieltherapie. Kindler, München.
- Goffman, E., 1961. Asylums: Essays on social situations of mental patients and other inmates. Aldine, Chicago.
- Goffman, E., 1966. Role distance, in: E. Goffman, Encounters, Bob Merrill, Minneapolis.
- Goffman, E., 1969. Wir alle spielen Theater, Die Selbstdarstellung im Alltag. Pieper, München.
- Goffman, E., 1974. Frame Analysis. An essay on the organization of experience. Harper & Row, New York.
- Goldman, E. u. Goldman, S., 1968. Group psychotherapy and psychodrama with urban disadvantaged youth. *GP*. 4, 206-210.
- Goldstein, S., 1968. Effects of doubling on involvement in group psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 2, 57-60.
- Gombert, K., 1979. Anwendung und Indikation des Psychodramas. *Integrative Therapie* 1/2, 38-50.
- Gonen, J., 1971. The use of psychodrama combined with videotape playback on an impatient floor. *Psychiatry* 2, 198-213.
- Goodman, J. M., 1962. Nondirective psychodramatic play therapy. *Amer. J. Orthopsychiatry* 32, 532-534.
- Gosnell, D., 1964. Some similarities and dissimilarities between the psychodramaturgical approaches of J. L. Moreno and E. Goffman, *Intern. J. Sociom. and Sociatry* 3/4, 94-106.
- Green, J. R., 1961. Sociodrama in a church setting. *GP*. 1/2, 62-65.
- Greenberg, I. A., 1964. Audience in action through psychodrama. *GP*. 2/3, 104-122.
- Greenberg, I. A., 1968. Psychodrama and audience attitude change. Behavioral Studies Press, Beverly Hills.
- Greenberg, I. A. (Hrsg.), 1974. Psychodrama. Theory and Therapy. Behavioral Publications, New York; Souvenir Press, London.
- Greenhill, M., 1945. Psycho-dramatic play therapy in disorders of childhood. *Proceedings. Institute of Child Research, Woods School* 12, 197-122.
- Greenson, R., 1975. Technik und Praxis der Psychoanalyse, Klett, Stuttgart.

- Gross, N., Mason, W. S., McEachern, W., 1958. Explorations in role analysis. Studies of the school superintendency role. Wiley, New York.
- Grotowski, J., 1968. Das arme Theater des Jerzy Grotowski. Friedrich, Velber.
- Guardini, R., 1918. Vom Geist der Liturgie. Freiburg.
- Gumina, J. M., Gonen, J. V., Hagen, J., 1973. Implosive psychodrama. *GP*. 1/2, 97-106.
- Guss, K., 1983. Über den Fortschritt der Wissenschaft — Entwicklung der Psychologie im Spiegel wissenschaftstheoretischer Paradigmata. *Gestalt Theory* 3, 139-152.
- Haas, R. B., 1949. Psychodrama and Sociodrama in American Education. Beacon House, Beacon.
- Haas, R. B., Moreno, J. L., 1951. Psychodrama as projective technique, in: Anderson, H. u. Anderson, G. L. (Hrsg.). An introduction to projective techniques. Prentice Hall, Englewood Cliffs.
- Habermas, J., 1982. Theorie des kommunikativen Handelns. 2 Bd., Suhrkamp, Frankfurt.
- Hagan, M. u. Kenworthy, M., 1951. The use of psychodrama as a training device for professional groups working in the field of human relations. *GP*. 1/2, 23-37.
- Hale, A., 1975. The role diagram expanded. *GP*. 1/4, 77-88.
- Hallen, R. D., Krebs, N., 1979. Psychotheatrics: The new art of Self-Transformation. Garland Publishing, New York.
- Handy, H. M., 1968. Foster care as a therapeutic program for geriatric psychiatric patients. *J. Americ. Geriatr. Society* 16, 984-993.
- Harrow, G., 1951. The effects of psychodrama group therapy on role behavior of schizophrenic patients. *GP*. 4, 316-320.
- Harrow, G. u. Haas, R. B., 1947. Psychodrama in the guidance clinic. *Sociatry* 1, 70-81.
- Hartl, E., 1937. Das Drama des Mittelalters. Leipzig.
- Haskel, M. R., 1957. Psychodramatic role training in preparation for release on parole. *GP*. 1/2, 51-59.
- Haskel, M. R., 1958. The drug addict, role-playing and group psychotherapy — the need for a new approach. *GP*. 3/4, 197-202.
- Haskel, M. R., 1960. Group psychotherapy and psychodrama in prison. *GP*. 1, 22-33.
- Haskel, M. R., 1961. An alternative to more and larger prisons: a roletraining program for social reconnection. *GP*. 1/2, 30-38.
- Haskel, M. R., 1962. Socioanalysis and psychoanalysis. *GP*. 2, 105-113.
- Haskel, M. R., 1968. The psychodramatic method. Role training associates. Long Beach.
- Haskel, M. R., 1974. The contribution of J. L. Moreno to the treatment of the offender. *GP*. 1/4, 147-158.
- Haskel, M. R., Weeks, H. A., 1960. Role training as preparation for release from a correctional institution. *J. of Criminal Law, Criminol. and Police Science* 5, 23-30.
- Hatvani, P., 1917. Versuch über den Expressionismus. In: *Die Aktion* 3, 146.
- Haug, F., 1972. Kritik der Rollentheorie. Fischer, Frankfurt.
- Haug, F., 1977. Erziehung und gesellschaftliche Produktion. Kritik des Rollenspiels. Campus, Frankfurt.
- Haven, H., 1970. Darstellendes Spiel. Schwann, Düsseldorf.
- Head, W. A., 1962. Sociodrama and group discussion with institutionalized delinquent adolescents. *Mental Hygiene* 46, 127-135.
- Heilbrun, G., 1967. On sharing. *Americ. J. Psychother.* 4, 750-758.
- Heilmeyer, J. u. Fröhlich, P., 1971. Now — Theater der Erfahrung. DuMont Schauberg, Köln.

- Henne, A., 1976. Die Personifizierung vom Komplexen im Psychodrama. *Integrative Therapie* 4, 56-58.
- Henne, A., 1979. Die Psychodramatherapie im Rahmen der Analytischen Psychologie von C. G. Jung. *Integrative Therapie* 1/2, 79-98.
- Hittson, H., 1970. Psychodrama in a church counseling program. *GP* 1/2, 113-117.
- Hollander, C., 1969. A process for psychodrama training: The Hollander psychodrama curve. Evergreen Institute Press, Littleton, Colorado.
- Hollander, S. L., 1974. Social Atom: An alternative to imprisonment. *GP* 1/4, 173-183.
- Holtby, M. E., 1975. TA and psychodrama. *Transactional Analysis Journal* 2, 133-138.
- Horstnik, R., 1971. On Psychodrama. A brief survey of literature. *Folia Psychodramatica* 1/2 (Lourain), 4-55.
- Howard, J., 1971. Please touch: a guided tour of the human potential movement. New York 1970.
- Iljine, V. N., 1909. Improvisiertes Theaterspiel zur Behandlung von Gemütsleiden. *Teatralny Kurier*, Beilage. Kiew, (russ.).
- Iljine, V. N., 1910. Kranke spielen Theater — ein Weg zur Heilung des Leibes und der Seele. *Teatralny Kurier*, Beilage. Kiew, (russ.).
- Iljine, V. N., 1923. Die Struktur des menschlichen Körpers, die Charakterologie und die Rolle des Geistes. Budapest, (russ.).
- Iljine, V. N., 1942. Therapeutisches Theaterspiel. Sobor, Paris, (russ.).
- Iljine, V. N., 1972. Das Therapeutische Theater, in: *Petzold* 1972a, 168-176.
- Innerhofer, P. et al., 1974. Das Regelspiel als Therapiemedium in der Verhaltenstherapie emotional gestörter Kinder. *Z. f. klin. Psychol.* 3, 170-192.
- Janis, I. L., King, B. T., 1954. The influence of role playing on opinion change. *Abnorm. Soc. Psychol.* 49, 211-218.
- Janis, I. L., Gilmore, J. B., 1965. The influence of incentive conditions on the success of role playing in modifying attitudes. *J. Person. Soc. Psychol.* 1, 17-27.
- Janis, I. L. u. Mann, L., 1965. Effectiveness of emotional role-playing in modifying smoking habits and attitudes. *J. Exp. Res. Pers.* 1, 84-90.
- Jansen, M., Stolurow, L. H., 1962. An experimental study of role playing. *Psychological Monographs* 76, No. 550.
- Jeanmaire, H., 1951. Dionysos. Histoire du culte de Bacchus. Paris.
- Jetter, W., 1978. Symbol and Ritual. Anthropologische Elemente im Gottesdienst, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Johnson, D. W., 1971. Effectiveness of role reversal: Actor or listener. *Psychological Reports* 28, 275-282.
- Johnson, P. E., 1974. Interpersonal psychology of religion. Moreno and Buber, in: *Greenberg* 1974, 443-451.
- Jouard, S. M., 1968. *Disclosing man to himself*. Litton Educational Publishers, New York.
- Kalisch, L., 1971. Experiments in empathy with nursing students. *Nursing Research* 20, 202-211.
- Kalogeras, V., 1956. Nouveaux points de vue sur la catharsis aristotélicienne. Thessaloniki.
- Kamper, D., Rittner, V., 1976. *Zur Geschichte des Körpers*. Hanser, München.
- Kanfer, F., Phillips, J., 1975. Die lerntheoretischen Grundlagen der Verhaltenstherapie. Kindler, München.
- Kaufmann, H., 1978. O Jogo em Psicoterapia individual. *Revista da FEBRAP* (São Paulo) 2, 82-87.

- Kellermann, P. E., 1981. Widerstand in Psychodrama, in: H. Petzold, Widerstand — ein strittiges Konzept in der Psychotherapie. Junfermann, Paderborn, 1983, 407-426.
- Kelly, G. A., 1955. The psychology of personal constructs. Norton, New York.
- Kelly, J. B., Blake, R. R., Stromberg, C. E., 1957. The effect of role-training on role reversal. *GP*, 10, 95-104.
- Kierkegaard, S., 1920. Der Begriff der Angst. 1844, Kopenhagen.
- Kindermann, H., 1957-1970. Theatergeschichte Europas, 10 Bd. Wien.
- Kirchhoff, Th., 1890. Grundriß einer Geschichte der deutschen Irrenpflege, Berlin.
- Klein, A. F., 1969. Role-playing in leadership training and group problem solving. Association Press, New York.
- Knoblochova, J. und Knobloch, F., 1970. Family therapy in Czechoslovakia: An aspect of group-centered psychotherapy. In: Ackerman, N. (Hrsg.). Family therapy in transition. Little, Brown, Boston.
- Kohut, H., 1973. Narzißmus. Suhrkamp, Frankfurt.
- Kors, P. C., 1964. Unstructured puppet shows as group procedures in therapy with children. *Psychiatric Quart. Suppl.* 1, 56-75.
- Kouretas, D., 1962. Aspects modernes des cures psychothérapiques pratiquées dans les sanctuaires de la Grèce antique. *Revue franc. psychanal.* 5/6, 1039-1043.
- Kraiker, Ch., 1974. Handbuch der Verhaltenstherapie. Kindler, München.
- Krüger, R. T., 1978. Die Mechanismen der Traumarbeit und ihre Beziehung zu heilenden Vorgängen im Psychodrama. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 2/3, 172-208.
- Krüger, R. T., 1980. Gruppendynamik und Widerstandsbearbeitung im Psychodrama, in: Leutz, Oberborbeck, (1980) 243-270.
- Laban, R., 1971. The mastery of movement. MacDonald, Evans, London.
- Larr, A. L., 1974. Psychodramatic role training with stutterers. *GP*, 1/4, 30-36.
- Lassner, R., 1951. Psychodrama in prison. *GP*, 1, 87-89.
- Lawlor, R., 1946. Psychodrama in group psychotherapy. *Sociometry* 3/4, 275-281.
- Lazarus, A. A., 1966. Behavior rehearsal vs. nondirective therapy vs. advice in effecting behavior change. *Behv. Res. Ther.* 4, 209-212.
- Lebovici, S., Diatkine, R., Kestenberg, E., 1952. Applications de la psychanalyse à la psychothérapie de groupe et à la psychothérapie dramatique. *Evol. Psychiatr.* 3, 397-412.
- Lebovici, S., Diatkine, R., Danon-Boileau, R., 1958a. Psychodrama et traitement des psychotiques. *Evol. Psychiatr.* 2, 499-521.
- Lebovici, S., Diatkine, R., Kestenberg, E., 1958b. Bilan de dix ans de pratique du psychodrame analytique chez l'enfant et l'adolescent. *Psychiatrie de l'enfant* 1, 63-179; repr. *Bull Psychol*, 1969/70, 13/16, 839-888.
- Lebovici, S., Diatkine, R., Kestenberg, E., 1959. Le psychodrame psychanalytique. In: Ber. 2. Intern. Congr. Psychiatr. Zürich 1957. IV, 299-311.
- Lebovici, S., 1960. Uses of Psychodrama in psychiatric diagnosis. *Int. J. Sociometry and Siatry* 3, 175-181.
- Lebovici, S., Diatkine, R., 1962. Le jeu chez l'enfant. *Psychiatrie d'enfant* 1, 207-254.
- Lebovici, S., 1969. Das Psychodrama mit Kindern und Jugendlichen. In: Biermann, G. (Hrsg.) Handbuch der Kinderpsychotherapie, Bd. II, 771-777.
- Lebovici, S., 1972. Das psychoanalytische Psychodrama. In: Petzold, 1972a, 118-127.
- Lehmann, L. und Tourlentes, T., 1963. The drama workshop. *Mental Hospitals* 3, 158-162.

- Lemay, M., 1969/70. Réflexions sur le psychodrame triadique avec enfants et adolescents dans le cadre d'un Centre médico-psycho-pédagogique. *Bull. Psychol.* 13/16, 784-792.
- Lemoine, G. und Lemoine, P., 1972. Le psychodrame. Laffont, Paris.
- Lemoine, G., Lemoine, D., 1980 *Jouer — Jouir. Per una Teoria Psicoanalitica dello Psicodramma*, Ubaldini, Rom 1980.
- Lemoine, G., Lemoine, D., 1980a. Zu einer Psychoanalytischen Theorie des Psychodramas, in: *Petzold* (1982a) 127-147.
- Leutz, G. A., 1959. Die Soziometrie in ihrer Beziehung zum Psychodrama. In: Ber. 2. Intern. Kongr. Gruppenpsychother. Zürich 1957. II, 225-231. Karger, Basel.
- Leutz, G. A., 1967. Vom kindlichen Spiel zum Psychodrama. *Schweizer Theaterjahrbuch* 33, 172-178.
- Leutz, G. A., 1972. Übertragung, Einfühlung und Tele im Psychodrama. In: *Petzold*, 1972a, 102-114.
- Leutz, G. A., 1972. Die Rolle des Psychodramatherapeuten und des Psychoanalytikers — ein Vergleich. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 3, 254-262.
- Leutz, G. A., 1973. Die Bedeutung des Psychodramas in der Arbeit mit Süchtigen. In: Hoffmann, J. (Hrsg.). *Zur Therapie Süchtiger*. Lambertus, Freiburg 1973, 57-77.
- Leutz, G. A., 1974. *Psychodrama. Theorie und Praxis*. Springer, Heidelberg.
- Leutz, G. A., 1974a. In: Memoriam J. L. Moreno, *Gruppenpsychother. Gruppendynamik*, 3, 190-192.
- Leutz, G. A., 1975. Jacob Morenos therapeutische Triade Gruppenpsychotherapie — Soziometrie — und Psychodrama als coincidentia oppositorum. In: *Uchtenhagen, A.* (Hrsg.) *Gruppentherapie und soziale Umwelt*. Huber, Bern 1976, 572-579.
- Leutz, G. A., 1975. Das Psychodrama als Mittel ärztlichen Erfahrungsaustauschs. *Schleswig-Holst. Ärzteblatt* 8, 381-385.
- Leutz, G. A., 1975. Imagination und Psychodrama. *Gruppendynamik* 2, 97-104.
- Leutz, G. A., 1976. Störungen, Krankheitsbegriff und Heilungsvorgänge im Psychodrama. *Erfahrungsheilkunde* 10, 415-417.
- Leutz, G. A., 1977. Das Psychodrama als Therapie zwischenmenschlicher Beziehungsstörungen. *Integrative Therapie* 1, 2-10.
- Leutz, G. A., 1980. Die Übertragung, Einfühlung und Tele im Psychodrama. In: *Leutz, Oberborbeck* (1980) 206-221.
- Leutz, G. A., Oberborbeck, K., 1980. *Psychodrama*. Verlag für med. Psychologie, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Leutz, G. A., und Seeger, U., 1977. Zur Ausbildung von Psychodramatherapeuten. *Integrative Therapie* 1, 49-54.
- Leveen, L., Priver, D., 1963. Significance of role playing in the aged person. *Geriatrics* 1, 57-63.
- Leveton, E., 1977. *Psychodrama for the timid clinician*. Springer, New York.
- Lewin, K., 1945. The research center for group dynamics at Massachusetts Institute for technology. *Sociometry* 2, 211-212.
- Lewin, K., 1948. *Resolving social conflicts*, Harper, New York.
- Lewin, K., 1963. *Feldtheorie in den Sozialwissenschaften*, Huber, Bern.
- Lichtenstein, E., Kreuzer, H., Himes, K., 1969. „Emotional“ role-playing and changes in smoking attitudes and behavior. *Psychological Reports* 25, 379-387.
- Linton, R., 1936. *The study of man*. Appleton-Century, New York.
- Lückel, K., 1981. *Begegnung mit Sterbenden*. Kaiser, München.
- Maier, N. R., 1952. *Principles of human relations*. Wiley, New York.

- Maier, N., Zerfoss, L., 1952. MRP: A technique for training large groups of supervisors and its potential use in social research. *Human Relations*, 177-186.
- Maier, N. R. F., Solem, A. R., Maier, A. A., 1977. Rollenspielpraxis im Führungstraining, Deutsche Verlagsanstalt, Stuttgart; amerik. Ausgabe. The roleplay technique: A handbook for management and leadership practice, University Association, La Jolla 1975.
- Mann, J., 1956. Experimental evaluation of role-playing. *Psychol. Bull.* (USA) 3, 227-232.
- Mann, J., Mann, C., 1958. The effect of role playing experience on self-ratings of personal adjustment, *GP*, 11, 27-32.
- Mann, J., Mann, C., 1959. Role playing experience and interpersonal adjustment. *Journal of Counseling Psychology* 6, 148-152.
- Mann, J., Mann, C., 1959. The effect of role playing experience on role playing ability. *Sociometry* 22, 64-74.
- Mann, J., Mann, C., 1960. The relative effectiveness of role playing and task-oriented group experience in producing personality and behavior change. *Journal of Social Psychology* 51, 313-317.
- Mann, J., Borgatta, E. F., 1959. Personality and behavior correlates of changes produced by role playing experiences. *Psychol. Reports* 5, 505-526.
- Mann, J., 1966. The incidental and the planned psychodramatic shock and its therapeutic value. In: Moreno, J. L. (Hrsg.). *The International Handbook of Group Psychotherapy*, Philosophical Library, New York 1966.
- Mann, J., 1967. The effects of emotional role playing on desire to modify smoking habits. *Journal of Experimental and Social Psychology* 3, 334-348.
- Mann, J., Janis, J. L., 1968. A follow-up study on the long term effects of emotional role playing. *J. of Personal and Social Psychol.* 8, 339-342.
- Marcel, G., 1949. *Homo Viator*. Philosophie der Hoffnung. Bastion, Düsseldorf.
- Marcel, G., 1964. *Philosophie der Hoffnung*. Die Überwindung des Nihilismus, List München.
- Marcel, G., 1965. *Être et Avoir*. Paris.
- Marrow, A., 1947. In memoriam Kurt Lewin. *Sociometry* 2, 211-212.
- Maslow, A., 1964. *Religion, values and peak experiences*, Ohio State University Press, Columbus, Ohio.
- Massermann, J. H. und Moreno, J. L. (Hrsg.), 1956-1960. *Progress in Psychotherapy*. Bd. I, 1956; Bd. II, 1957; Bd. III, 1958; Bd. IV, 1959; Bd. V, 1960, Grune and Stratton, New York.
- Matisson, M.-D., 1973. *Le psychodrame*, Editions Universitaires, Paris.
- Matthews, W., 1902. The night chant, a Navajo ceremony. *Memoirs of the American Museum of Natural History*, Bd. VI.
- Maurer, Y., Petzold, H., 1978. Die Therapeutische Beziehung in der Gestalttherapie. In: R. Battagay, A. Trenkel, *Die Therapeutische Beziehung unter dem Aspekt verschiedener psychotherapeutischer Schulen*. Huber, Bern, 95-116.
- Mävers, W., 1973. Pädagogisches Rollenspiel. Das „social progam“. In: *Gruppenarbeit in der Psychiatrie*. (Hrsg. Krüger, H., Kaiser, H., Petersen, P. u. a.). DTV, Berlin.
- McFall, R. M., Marston, A. R., 1970. An experimental investigation of behavior rehearsal in assertive training. *Journal of Abnormal Psychology* 76, 295-303.
- McFall, R. M., Lillesand, D. B., 1971. Behavior rehearsal with modeling and coaching in assertion training. *Journal of Abnormal Psychology* 77, 313-323.
- McNeel, J. R., 1976. The parent interview. *Transactional Analysis Journal* 1, 61-68.
- Mead, G. H., 1934. *Mind, self and society*. University of Chicago Press, Chicago.

- Merbaum, M., 1957. The use of psychodrama as a method of improving the empathic abilities of student nurses. Masters thesis. University of Kansas City.
- Merchant, F. C., 1941. The place of psychodrama in the training of the clinician. *Psychological Bulletin* 38, 13-19.
- Miller, D., 1972. Psychodramatic ways of coping with potentially dangerous situations in psychotic and non-psychotic populations. *GP*, 1/2, 57-68.
- Miller, M. M., 1960. Psychodrama therapy in juvenile court. *J. Criminol. Crimin. Law* 50, 453-461.
- Monod, M., 1947. Première expérience Française sur le psychodrame. *Sauvegarde* 15/16, 50-55.
- Moreno, J. L., 1909. Homo Juvenis. *Einladung zu einer Begegnung* (1914) 14-22; engl. Übers., *GP*. 3/4 (1970) 79-83.
- Moreno, J. L., 1911. Kinderbühne. In: *Die Gottheit als Komödiant*. Anzengruber, Wien 1919.
- Moreno, J. L., 1914. Das Testament des Schweigens. Anzengruber, Wien.
- Moreno, J. L., 1919. *Der neue Daimon*. Zeitschr. hrsg. v. J. L. Moreno.
- Moreno, J. L., 1919. Die Gottheit als Redner. *Daimon*. Anzengruber, Wien.
- Moreno, J. L., 1920. Das Testament des Vaters. Kiepenheuer, Berlin/Potsdam.
- Moreno, J. L., 1922. Rede über den Augenblick. Kiepenheuer, Potsdam.
- Moreno, J. L., 1923. Der Königsroman. Verlag des Vaters, Kiepenheuer, Potsdam.
- Moreno, J. L., 1924. Das Stegreiftheater. Kiepenheuer, Potsdam. 2. Aufl. Beacon House, Beacon 1970.
- Moreno, J. L., 1923. Rede über die Begegnung. Kiepenheuer, Potsdam.
- Moreno, J. L., 1925. Rede vor dem Richter. Verlag des Vaters. Kiepenheuer, Potsdam.
- Moreno, J. L., 1928. *Impromptu School*, New York, Plymouth Institute, Brooklyn.
- Moreno, J. L., 1931. The creative act. *Impromptu* 1, 18-19.
- Moreno, J. L., 1931a. Toward a curriculum of the Impromptu Play School. *Impromptu* 1, 22-23.
- Moreno, J. L., 1931b. Ave Creator. *Impromptu* 1, 12-13.
- Moreno, J. L., und Within, E. S., 1932. Application of the Group Method to classification. National Committee on Prisons and Prison Labor. New York.
- Moreno, J. L., und Within, E. S., 1932a. Plan and techniques of developing a prison into a socialized community. National Committee on Prisons and Prison Labor, New York.
- Moreno, J. L., 1933. Psychological organization of groups in the community. In: *Handbook of mental deficiency*, S. 5-35. Assoc. on mental deficiency. Boston.
- Moreno, J. L., 1934. Who shall survive? A new approach to the problem of human interrelations. *Nervous and Mental Disease Publishing Company*, Washington, D. C.; erw. Ausg. Beacon House, Beacon 1953; dtsh. *Die Grundlagen der Soziometrie. Wege zur Neuordnung der Gesellschaft*. Westdeutscher Verlag, Köln/Opladen 1954, 2. Aufl. 1967.
- Moreno, J. L., 1937a. Interpersonal Therapy and Psychopathology of Interpersonal Relations. *Sociometry* 1, 9-76; repr. *Psychodrama Monographs* 16. Beacon House, Beacon 1945.
- Moreno, J. L., 1937b. Intermediate treatment of a matrimonial triangle. *Sociometry* 1, 233-243.
- Moreno, J. L., 1937c. Psychodrama and the psychopathology of Inter-Personal Relations, *Sociometry* 1, 9-76; repr. in: *Psychodrama Monographs* Nr. 16, Beacon House, Beacon 1945 und in *Moreno* (1946), 177-232.

- Moreno, J. L., 1939. Psychodramatic shock therapy. *Psychodrama Monographs* Nr. 5 Beacon House, Beacon.
- Moreno, J. L., 1940. Psychodramatic treatment of psychoses. *Sociometry* 2, 115-132.
- Moreno, J. L., 1940a. A frame of reference for testing the social investigator. *Sociometry* 4, 317-328.
- Moreno, J. L., 1941. The function of the social investigator in experimental psychodrama. *Sociometry* 4, 392-417.
- Moreno, J. L., 1942. Foundation of the Sociometric Institute. *Sociometry* 2.
- Moreno, J. L., 1942a. Sociometry in action. *Sociometry* 4, 298-315.
- Moreno, J. L., 1943. The concept of sociodrama, a new approach to the problem of intercultural relations. *Sociometry* 6, 425-428.
- Moreno, J. L., 1943a. Sociometry and the Cultural Order. *Sociometry* 3, 249-344.
- Moreno, J. L., 1943b. Sociodrama. Illinois Conference on Family Relations. In: Moreno (1946) 350-356.
- Moreno, J. L., 1944. A case of paranoia treated through psychodrama. *Sociometry* 7, 312-327.
- Moreno, J. L., und Moreno, F., 1944. Spontaneity theory of child development. *Sociometry* 7, 89-128.
- Moreno, J. L., 1945. Psychodramatic treatment of marriage problems. *Psychodrama Monographs* 7. Beacon House, Beacon.
- Moreno, J. L., 1945a. Sociometry and the present emergency in European peace. *Sociometry* 2, 174-180.
- Moreno, J. L., 1945b. Ideas and plans for the development of the sociometric society. *Sociometry* 1, 103-106.
- Moreno, J. L., 1945c. Sociometry, Comtism and Marxism. *Sociometry* 2, 117-119.
- Moreno, J. L., 1945d. Scientific foundation of group psychotherapy. *Sociometry* 8, 315-322.
- Moreno, J. L., 1946. Psychodrama. Bd. I. (3. Aufl. 1964), Bd. II 1959, Bd. III 1969. Beacon House, Beacon; Bd. I dtsh. Junfermann, Paderborn (in Vorber.).
- Moreno, J. L., 1947a. The future of man's world. *Psychodrama Monographs* 21, Beacon House, Beacon.
- Moreno, J. L., 1947b. Organization of the social atom. *Sociometry* 10, 287-293.
- Moreno, J. L., 1947c. The social atom and death. *Sociometry* 10, 81-86.
- Moreno, J. L., und Schwartz, M., 1948. Psychodrama combined with insulin in treatment of psychoses. *Psychiatric Quarterly* 22, 621-633.
- Moreno, J. L., 1948. Psychodrama of a marriage. *Sociatry* 1/2, 121-169.
- Moreno, J. L., 1948a. Experimental theology. *Sociatry* 1/2, 93-98.
- Moreno, J. L., 1949. Sociometry and Marxism. *Sociometry* 1/3, 106-143.
- Moreno, J. L., 1949a. Origins and foundation of interpersonal theory, sociometry and microsociology. *Sociometry* 1/3, 235-254.
- Moreno, J. L., 1950. Hypnodrama and psychodrama. *GP*. 1, 1-10.
- Moreno, J. L., 1950a. The sociometric approach to social casework. *Sociometry* 2, 172-175.
- Moreno, J. L., Enneis, J., 1950. Hypnodrama and Psychodrama, Beacon House, Beacon.
- Moreno, J. L., 1951a. Sociometry, Experimental Method and the Science of Society, Beacon House, Beacon.
- Moreno, J. L., 1951b. How Kurt Lewin's „Research Center for Group Dynamics“ started and the question of paternity. *GP*. 1/3, I-IV.
- Moreno, J. L., 1951c. Sociodrama of a family conflict. *GP*. 1/3, 20-37.

- Moreno, J. L., 1952. Psychodramatic production techniques. *GP*, 4, 243-273.
- Moreno, J. L., 1952a. Sociodramatic approach to minority problems. *GP*, 2/3, 17-19.
- Moreno, J. L., 1953. Who shall survive?, Beacon House, Beacon, 2. erw. Aufl.
- Moreno, J. L., 1953a. Some comments to the trichotomy, tele, transference, empathy. *GP*, 1/3, 87-90.
- Moreno, J. L., 1954a. Transference, countertransference and tele: Their relation to group research and group psychotherapy. *GP*, 2, 107-117.
- Moreno, J. L., 1954b. Interpersonal therapy, Group psychotherapy and the function of the unconscious. *GP*, 3/4, 191-204.
- Moreno, J. L., Moreno, Z. T., Moreno, J. D., 1955. The discovery of the spontaneous man. *GP*, 2, 103-129.
- Moreno, J. L., 1955. Preludes to my autobiographie, Beacon House, Beacon.
- Moreno, J. L., 1955a. The significance of the therapeutic format and the place of acting in psychotherapy. *GP*, 1, 7-19.
- Moreno, J. L., 1955b. American Culture in Transition. *Sociometry* 4, 95-99.
- Moreno, J. L., 1955c. Crisis of the Hippocratic oath. *GP*, 4, 357.
- Moreno, J. L., 1956. The dilemma of Existentialism, Daseinsanalyse and the Psychodrama, with special emphasis upon existential validation. *Int. J. Sociom. Sociatry* 1, 55-63.
- Moreno, J. L., 1957a. The first book on group psychotherapy. Beacon House, Beacon.
- Moreno, J. L., 1957b. Psychodramatische Darstellung des Traumes eines Schizophrenen. Ber. 2 Intern. Kongr. Psychiat. IV, 284. Füssli, Zürich 1959.
- Moreno, J. L., 1957c. Code of ethics of group psychotherapists. *GP*, 2, 143-144.
- Moreno, J. L., 1959a. Das Psychodrama. In: *Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie*. Bd. IV, 312-319. Urban und Schwarzenberg, München.
- Moreno, J. L., 1959b. Gruppenpsychotherapie und Psychodrama. Thieme, Stuttgart.
- Moreno, J. L., 1959c. Psychodrama. In: S. Arieti (Hrsg.), *American Handbook of Psychiatry*. Bd. II, 1357-1396. Basic Books, New York.
- Moreno, J. L., 1959d. Concerning the origin of the terms group therapy and group psychotherapy. *Americ. J. Psychiat.* 116, 167-177.
- Moreno, J. L., 1959e. Psychodrama, vol. II. Beacon House, Beacon.
- Moreno, J. L., 1960. The sociometry reader. Free Press, Glencoe.
- Moreno, J. L., 1960a. The Social Atom: A Definition, in: *Moreno* (1960) 52-54.
- Moreno, J. L., 1960b. Rôle, in: *Moreno, J. L.*, 1960, 8-84; dtsh. in: *Petzold, Mathias* (1983).
- Moreno, J. L., 1961. The role concept, a bridge between psychiatry and sociology. *Americ. J. Psychiat.* 118, 518-523; dtsh. *Integrative Therapie* 1/2, 1979 und *Petzold, Mathias* (1983).
- Moreno, J. L., 1961a. Interpersonal Therapy and Co-unconscious States, *GP*, 3/4, 234-241.
- Moreno, J. L., 1962a. Code of ethics for group psychotherapy and psychodrama. *Psychodrama Monographs* 35, Beacon House, Beacon.
- Moreno, J. L., 1962. Role theory and the emergence of the self. *GP*, 2, 114-117.
- Moreno, J. L., 1963. Behavior therapy. *Americ. J. Psychiat.* 120, 194-196.
- Moreno, J. L., 1963a. Gedanken zu meiner Gruppenpsychotherapie. *Ciba Symposium*. Basel 11, 148-157; auch in: *Petzold* (1982a).
- Moreno, J. L., 1964. Introduction to the third edition of *Moreno* (1946) I-XXII.
- Moreno, J. L., Moreno, Z., Moreno, J. D., 1964. The first psychodramatic family. Beacon House, Beacon.

- Moreno, J. L., 1965. Therapeutic vehicle and the concept of surplus reality. *GP* 4, 211-216.
- Moreno, J. L., 1966/1972. Die Psychiatrie des Zwanzigsten Jahrhunderts als Funktion der Universalia Zeit, Raum, Realität und Kosmos. Referat J. L. Morenos auf dem 2. Intern. Kongr. f. Psychodrama, Barcelona 1966, in: *Petzold* 1972, 101-112.
- Moreno, J. L., Friedemann, A., Battegay, R. (Hrsg.), 1966. The international handbook of group psychotherapy. Philosophical Library, New York.
- Moreno, J. L., 1966a. The third psychiatric revolution and the actual trends of group psychotherapy. in: International handbook of group psychotherapy. 151-165.
- Moreno, J. L., 1969. The Viennese origins of the encounter movement, paving the way for existentialism, group psychotherapy and psychodrama. *GP* 1/2, 7-16.
- Moreno, J. L., 1969a. The concept of the Here and Now, Hic et Nunc, small groups and their relation to action research. *GP* 3/4, 139-140.
- Moreno, J. L., 1969b. Psychodrama, Vol. III, Beacon House, Beacon.
- Moreno, J. L., 1971. Comments on Goethe and psychodrama. *GP* 1/2, 14-16.
- Moreno, J. L., Moreno, Z. T., 1970. Origins of encounter and encounter groups. *Psychodrama Monographs* 45, Beacon House, Beacon.
- Moreno, J. L., 1972. Die Psychiatrie des zwanzigsten Jahrhunderts als Funktion der Universalia Zeit, Raum, Realität und Kosmos, in: *Petzold* 1972a, 78-89.
- Moreno, J. L., 1974. The creativity theory of personality. Spontaneity, Creativity and Human Potentialities, in: *Greenberg, I. A.* (Hrsg.) 1974, 73-84.
- Moreno, Z. T., 1946. Clinical Psychodrama: Auxiliary ego, double and mirror techniques. *Sociometry* 2/3, 178-183.
- Moreno, Z., 1947. The „double situation“ in psychodrama, *Sociatry* 4, 436-446.
- Moreno, Z., 1948. Projects and works of J. L. Moreno, *Sociatry* 3/4, 407-419.
- Moreno, Z., 1954. Psychodrama in the crib. *GP* 3/4, 238-241.
- Moreno, Z., 1951. Psychodrama in a well-baby clinic. *GP* 3/4.
- Moreno, Z., 1959. A survey of psychodramatic techniques. *GP* 1, 5-14.
- Moreno, Z., 1965. Psychodramatic rules, techniques and adjunctive methods. *GP* 1/2, 78-86.
- Moreno, Z., 1967. The seminal mind of J. L. Moreno. *GP* 3/4, 218-229.
- Moreno, Z., 1969. Practical aspects of psychodrama. *GP* 3/4, 213-219.
- Moreno, Z., 1971. Beyond Aristotle, Breuer and Freud: Morenos contribution to the concept of catharsis. *GP* 1/2, 34-43; dtsh. in: *Petzold* (1982a).
- Moreno, Z., 1973. Psychodrame d' enfants. Epi, Paris.
- Moreno, Z., 1977. Die Bedeutung des Doppelgängers und des Rollentausches für den kosmischen Menschen. *Integrative Therapie* 1, 40-44.
- Moreno, Z., 1978. The Function of the Auxiliary Ego in Psychodrama with Special Reference to Psychotic Patients. *GP* 1, 163-166.
- Mowrer, O. H., 1965. The new group therapy. Van Nostrand, New York.
- Moreno, Z., Moreno, J. D., 1984. Das psychodramatische Modell seelischer Krankheit, *Integrative Therapie*. Jg. 1984 (in Vorber.).
- Müller, J., 1980. Psychodrama in der Einzel- und Gruppenarbeit mit Suchtkranken und ihren Angehörigen, in: *Oberborbeck* (1980) 99-111.
- Murray, N., 1961. Diagnostic use of psychodrama in forensic psychiatry. *GP* 3/4, 138-139.
- Newburger, H., 1967. Psychodrama treatment with the brain damaged. *GP* 3, 129-130.
- Nichols, M., Zax, M., 1977. Catharsis in Psychotherapy, Gardner Press, New York.
- Northway, M. L., 1952. A Primer of Sociometry, Univ. of Toronto Press, Toronto.

- Oberborbeck, K. W., 1980. Psychodrama 1980 — Praxis des Psychodramas in Sozialpsychiatrie, Psychotherapie und angrenzenden Bereichen. *Sozialpsychiatrische Information*, Psychiatrieverlag, Reburg-Lokkum.
- O'Connell, W. E., 1963. Adlerian psychodrama with schizophrenics. *J. Individual Psychology* 19, 69-76.
- O'Connell, W. E., 1969. Community confrontation: A challenge to psychotherapeutic practice. *J. Individual Psychology* 25, 38-47.
- O'Connell, W. E., Hanson, P. G., 1970. Patients cognitive changes in human relations training. *J. Individual Psychology* 26, 47-62.
- O'Connell, V. N., 1970. Crisis psychotherapy: Person, dialog and the organismic event, in: J. Fagan, I. L. Shepherd, *Gestalt Therapy Now*, Science and Behavior Books, Palo Alto, 243-256.
- Olson, P. A., 1972. Psychodrama and Group psychotherapy with young heroine addicts returning from duty in Vietnam. *GP*, 4, 141-147.
- Ortman, H., 1966. How psychodrama fosters creativity. *GP*, 3/4, 201-213.
- Ossorio, A. u. Fine, L., 1960. Psychodrama as a catalyst for social change in a mental hospital, in: Masserman, J. u. Moreno, J. L., *Progress in Psychotherapy*, Bd. V, 122-131.
- Pankratz, L. u. Buchan, G., 1965. Exploring psychodrama techniques with defective delinquents. *GP*, 3, 136-141.
- Pankratz, L. D., 1971. Extended Doubling and Mirroring 'In Situ' in the Mental Hospital, *GP*, 3/4, 150-151.
- Papanoutsos, E. P., 1953. La catharsis des passions d'après Aristotle. Collection de l'Institut Français d'Athènes. Athen.
- Parrish, M., 1958. The development of a psychodrama program in a state hospital setting. *GP*, 1/2, 63-68.
- Parrish, M., 1959. The effect of short term psychodrama on chronic schizophrenic patients. *GP*, 1, 15-26.
- Passons, W. R., 1975. Gestalt approaches in counseling, Holt, Rinehart, Winston, New York.
- Paulsen, W., 1968. Aspekte des Expressionismus. Heidelberg.
- Perls, F. S., Hefferline, R., Goodman, P., 1951. Gestalt Therapy. Julian Press, New York; dtsh.: Gestalttherapie, 2. Bd., Klett-Cotta, Stuttgart.
- Perls, F. S., Cooper, C. C., 1968. Acting out vs. acting through. *Voices* 4, 66-73; dtsh.: in *Perls* (1980) 183-192.
- Perls, F. S., 1969a. Gestalt Therapy Verbatim. Real People Press, Laffayette; dtsh.: Gestalttherapie in Aktion. Klett, Stuttgart 1974.
- Perls, F. S., 1976. Grundlagen der Gestalttherapie. Pfeiffer, München.
- Perls, F. S., 1978. Das Ich, der Hunger und die Aggression, Klett-Cotta.
- Perls, F. S., 1980. Gestalt, Wachstum, Integration, Hrsg. v. H. Petzold, Junfermann, Paderborn.
- Perrot, L. A., 1975. Doubling from an existential-phenomenological viewpoint. *GP*, 1/4, 66-69.
- Petzold, H. G., 1969a. Die verhaltenstherapeutische Komponente im Psychodrama. Überlegungen zum Konzept eines Behaviourdramas, Paris. mimeogr.
- Petzold, H. G., 1969b. L'analyse progressive en psychodrame analytique. Paris mimeogr.
- Petzold, H. G., 1970: Psychodramatische Techniken in der Therapie mit Alkoholikern. *Zeitschr. f. prakt. Psychol.* 8, 387-408; überarbeitete Fassung in Petzold (1977h).

- Petzold, H. G., 1971a. Die therapeutischen Möglichkeiten der psychodramatischen Magic-Shop Technik. *Zeitschr. f. klin. Psychol. Psychother.* 4, 345-396; erweiterte Fassung, in: Petzold (1977h).
- Petzold, H. G., 1971b. Psychodramatisch gelenkte Aggression in der Therapie mit Alkoholikern, *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 3, 268-281.
- Petzold, H. G., 1971e. Behaviordrama, eine verhaltenstherapeutische Variante des Psychodramas. Ref. auf der I. Tagung der Europäischen Gesellschaft für die Modifikation und Therapie des Verhaltens, München 20. — 23. Juli, in: *Samenspel* 6/7 (1975) 139-146.
- Petzold, H. G., 1971g. La méthode spectrométrique en psychodrame, thérapie de groupe et dynamique de groupe, *Folia Psychodramatica* 3(Louvain), 65-73.
- Petzold, H. G., 1971h. Einige psychodramatische Initial-, Handlungs- und Abschlußtechniken. *Zeitschr. f. Psychother. med. Psychol.* 6, 209-227; auch in Petzold (1977h).
- Petzold, H. G., 1972. Methoden in der Behandlung Drogenabhängiger. Vierstufentherapie: komplexes katathymes Erleben, Psychosynthese, Gestalttherapie, Psychodrama. Nicol, Kassel.
- Petzold, H. G., 1972a. (Hrsg.) Angewandtes Psychodrama in Therapie, Pädagogik, Theater und Wirtschaft, Junfermann, Paderborn, 2. erweiterte Aufl. (1977h).
- Petzold, H. G., 1972c. Psychodrama als Instrument der Pastoraltherapie, der religiösen Selbsterfahrung und der Seelsorge, *Wege zum Menschen* 2/3, 41-56. Erweiterte Fassung in: Petzold (1972a) 265-283.
- Petzold, H. G., 1973a. Gestalttherapie und Psychodrama, Nicol, Kassel.
- Petzold, H. G., 1973b. Das „Therapeutische Theater“ als Form dramatischer Therapie, in: Petzold (1973a) 97-113; repr. in (1982a).
- Petzold, H. G., 1973c. (Hrsg.) Kreativität und Konflikte. Junfermann, Paderborn.
- Petzold, H. G., 1973d. Das Soziodrama als Instrument kreativer Konfliktlösung, in: Petzold (1973c) 244-256.
- Petzold, H. G., 1973e. Analytische Gruppenpsychotherapie, Gruppendynamik und szenisches Spiel als „triadisches Psychodrama“ in der Arbeit mit Studenten, in: Petzold (1973c) 167-205.
- Petzold, H. G., 1973g. Die spektrometrische Methode in der Psychotherapie und psychologischen Gruppenarbeit. *Zeitschrift. f. klinische Psychol. Psychotherapie* 2, 110-128.
- Petzold, H. G., 1974c. Die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten des Psychodramas im „tetradischen System“. *Dynamische Psychiatrie* 3, 151-181; überarbeitete Fassung in: Petzold 1977h.
- Petzold, H. G., 1974g. Tetradisches Psychodrama in der Behandlung von Alkoholikern, in: Petzold (1977h) 268-311.
- Petzold, H. G., 1974j. (Hrsg.) Psychotherapie und Körperdynamik, Junfermann, Paderborn. 3. Aufl. 1979.
- Petzold, H. G., 1975b. Das „Therapeutische Theater“ V. N. Iljines. *Gruppendynamik* 6, 117-126; auch in: Petzold (1977h) 228-237.
- Petzold, H. G., 1975c. Masken und Märchenspiel in der Integrativen Therapie, *Integrative Therapie* 1, 44-48; auch in (1982a).
- Petzold, H. G., 1975d. Die Arbeit mit Puppen und Großpuppen in der Integrativen Therapie. *Integrative Therapie* 4, 197-207; erw. in: Petzold (1983).
- Petzold, H. G., 1975h. Integrative Therapie ist kreative Therapie. Fritz Perls Institut Düsseldorf, mimeogr.

- Petzold, H. G., 1975i. Psychodrama and role-playing in group work, in: Benne, K. D., Bradford, L. P., Gibb, J. J., Lippitt, R. D. (Hrsg.). *The Laboratory Methods of Changing and Learning, Science and Behavior Books*, Palo Alto, 365-392.
- Petzold, H. G., 1975j. Behaviordrama, *Samenspiel* 6/7, 139-146.
- Petzold, H. G., 1976a. Psychodrama und dramatische Therapie — eine Literaturübersicht. *Integrative Therapie* 4, 236-246.
- Petzold, H. G., 1976b. Dramatische Therapie. *Integrative Therapie* 4, 178-189; auch in (1982a).
- Petzold, H. G., 1976e. Die Verbindung von Transaktionaler Analyse, kreativer Medien und TA-Psychodrama. Beispiele aus der Paartherapie. *Partnerberatung* 3, 119-124; 4, 173-191; auch in (1982a).
- Petzold, H. G., 1977f. Behaviordrama als verhaltensmodifizierende Phase des tetradi-schen Psychodramas. *Integrative Therapie* 1, 20-39; auch in (1982a).
- Petzold, H. G., 1977h. (Hrsg.) *Angewandtes Psychodrama in Therapie, Pädagogik und Theater*. Überarbeitete und erweiterte Fassung von Petzold 1972a. Junfermann, Paderborn.
- Petzold, H. G., 1977m. Theorie und Praxis der Traumarbeit in der integrativen Therapie. *Integrative Therapie* 3/4, 147-175.
- Petzold, H. G., 1977n. (Hrsg.) *Die neuen Körpertherapien*. Junfermann, Paderborn.
- Petzold, H. G., 1978a. Das Psychodrama als Methode der klinischen Psychotherapie, in: *Handbuch der Psychologie*. Bd. 8, II. Hogrefe, Göttingen, 2751-2795; überarbeitete Fassung in: Petzold 1979k.
- Petzold, H. G. 1978c. Das Ko-respondenzprinzip in der Integrativen Agogik. *Integrative Therapie* 1, 21-58.
- Petzold, H. G. 1978e. Lewin und Moreno. *Gruppendynamik* 9, 208-211.
- Petzold, H. G. 1979b. Psychodrama, Therapeutisches Theater und Gestalt als Methoden der Interventionsgerontologie und der Alterspsychotherapie, in: *Petzold/Bubolz* 1979; auch in: *Petzold* 1979k gekürzt.
- Petzold, H. G. 1979c. Zur Veränderung der sozialen Mikrostruktur im Alter — eine Untersuchung von 40 „sozialen Atomen“ alter Menschen. *Integrative Therapie* 1/2, 51-78.
- Petzold, H. G. 1979d. Die Doppeltechnik im Psychodrama, in: *Petzold* 1979k.
- Petzold, H. G. 1979h. Die Technik der Zukunftsprojektion — Zur Zeitstrukturierung im Psychodrama, in: *Petzold* 1979k.
- Petzold, H. G. 1979k. Psychodrama-Therapie. Dissertation. Philosophische Fakultät Universität Frankfurt. Institut für Heil- und Sonderpädagogik. „Beihefte zur Integrativen Therapie“, Junfermann, Paderborn.
- Petzold, H. G. 1979q. Psychodrama und Rollenspiel — eine Literaturübersicht. *Integrative Therapie* 1/2 (1979).
- Petzold, H. G. 1979r. Das Therapeutische Theater V. N. Iljines in der Arbeit mit alten Menschen. *Zeitschrift f. Humanist. Psychol.* 4, 105-119; auch in (1982a).
- Petzold, H. G. 1980a. Moreno — nicht Lewin — der Begründer der Aktionsforschung. *Gruppendynamik* 11, 142-166.
- Petzold, H. G. 1980b. Moreno und Lewin und die Ursprünge der psychologischen Gruppenarbeit. *Z. f. Gruppenpäd.* 6, 1-18.
- Petzold, H. G. 1980c. Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung. Junfermann, Paderborn.
- Petzold, H. G. 1981. Das Psychodrama J. L. Morenos als Verfahren humanistischer Psychotherapie, in: *Völker, U.* (Hrsg.) *Humanistische Psychologie*. Belz, Weinheim, 193-218.

- Petzold, H. G. 1981a. Das Hier-und-Jetzt-Prinzip und das Problem der Zeit in der psychologischen Gruppenarbeit, in: C. H. Bachmann. Kritik der Gruppendynamik. Fischer, Frankfurt 1981.
- Petzold, H. G. 1982. Der Mensch ist ein soziales Atom, *Integrative Therapie* 2, 161-165.
- Petzold, H. G. 1982a. Dramatische Therapie. Hippokrates, Stuttgart.
- Petzold, H. G. 1982b. Weltheater, in: Petzold (1982a) 22-34.
- Petzold, H. G. 1982c. Gestaltdrama, Totenklage und Trauerarbeit, in: Petzold (1982a) 335-368.
- Petzold, H. G. 1982d. Theater- oder das Spiel des Lebens. Verlag f. Humanist. Psychologie, W. Flach, Frankfurt.
- Petzold, H. G. 1982e. Zur Geschichte des Rollenspiels als Methode der Verhaltensmodifikation. *Schwalbacher Blätter* 4, 155-164.
- Petzold, H. G. 1983. Puppen und Puppenspiel in der Psychotherapie. Pfeiffer, München.
- Petzold, H. G. 1983a. Zur Ausbildung dynamisch orientierter Leib- und Bewegungstherapeuten, *Gruppendynamik* 1, 63-84.
- Petzold, H. G. 1983b. Humanistische Psychotherapie. *Zeitschrift für humanistische Psychologie* 3/4.
- Petzold, H. G. 1984. Die klassische Gestalttherapie nach F. S. Perls. *Integrative Therapie* 2.
- Petzold, H. G., Osterhues, U. J. 1972. Zur Verhaltenstherapeutischen Verwendung von gelenkter katathymen Imagination und Behaviourdrama in einem Lebenshilfezentrum, in: Petzold (1972a) 232-241.
- Petzold, H. G., Schmidt, J. 1972. Psychodrama und Theater, in: Petzold (1972a) 13-44.
- Petzold, H. G., Schulwitz, I. 1972. Tetradisches Psychodrama in der Arbeit mit Schulkindern, in: Petzold (1972a).
- Petzold, H. G., Geibel, Ch. 1972. „Komplexes Kreativitätstraining“ in der Vorschulerziehung durch Psychodrama, Puppenspiel und Kreativitätstechniken, in: Petzold (1972a) 331-334.
- Petzold, H. G., Amt, D. 1976. Dramatisches Spiel im Rahmen Integrativer Therapie, in: Velzeboer, J. (Hrsg.), Kongreßbericht, 2. Intern. Kongr. f. edukatives Drama, Utrecht, 11. — 17. Aug. 1975, NCA, Maarssen 1976, 133-140.
- Petzold, H. G., Bubolz, E. 1976. (Hrsg.) Bildungsarbeit mit alten Menschen. Klett, Stuttgart.
- Petzold, H. G., Brown, G. 1977. (Hrsg.) Gestaltpädagogik, Pfeiffer, München.
- Petzold, H. G., Sieper, J. 1977. Quellen und Konzepte der Integrativen Pädagogik, in: Petzold, Brown (1977).
- Petzold, H. G., Berger, A. 1978. Die Rolle der Gruppe in der Integrativen Bewegungstherapie. *Integrative Therapie* 2, 79-100
- Petzold, H. G., Maurer, Y. 1978. Die therapeutische Beziehung in der Gestalttherapie, in: Battagay, R., Trenkel, A. Die therapeutische Beziehung. Huber, Bern, 95-116.
- Petzold, H. G., Bubolz, E. 1979. Psychotherapie mit alten Menschen. Junfermann, Paderborn.
- Petzold, H. G., Vormann, G. 1980. Therapeutische Wohngemeinschaften, Pfeiffer, München.
- Petzold, H. G., Mathias, U. 1983. Rollenentwicklung und Identität. Junfermann, Paderborn.

- Pfau-Tiefuhr, U. 1976. Begegnung als Ereignis. J. L. Morenos Konzept der therapeutischen Interaktion. Diss. Med. Hochschule, Hannover.
- Pickholz, N. E. 1974. Contribucion a la investigacion de las resistencias en el grupo psicodramatico. *Quadernos de psicoterapia* (Buenos Aires) 1/2, 117-121.
- Pilkey, L., Goldman, M., Kleinman, B. 1961. Psychodrama and empathetic ability in the mentally retarded. *Amer. J. of Mental Deficiency* 65, 595-605.
- Pirandello, L. 1977. Questa sera si recita a soggetto. Arnoldo Mondadori, Milano.
- Platt, E., Krassen, E., Mausner, B. 1967. Individual variation in behavior change following role playing. Unpublished manuscript, Beaver College Bibl.
- Platt, E. 1968. Role playing as a technique for changing smoking behavior, Paper presented at the meeting of APA, Washington, April. Beaver College Bibl.
- Ploeger, A. 1966. Das Psychodrama als Therapieform in der Klinik, in: Preuss, H. G. (Hrsg.), *Analytische Gruppenpsychotherapie*. Urban & Schwarzenberg 1966, 221-230.
- Ploeger, A. 1968. Die Stellung des Psychodramas in der Psychotherapie. *Gruppenpsychotherapie u. Gruppendynamik* 2, 67-82.
- Ploeger, A. 1969. Möglichkeiten und Grenzen der Therapie mit dem Psychodrama. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 1, 63-76.
- Ploeger, A. 1970. Psychodramatherapie. Überblick und Erfahrungen. *Z. f. prakt. Psychol.* 8, 366-373.
- Ploeger, A., Grevelding, I., Steinmeyer, E. 1972. Interaktionsprozeß-Analysen beim Psychodrama. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 3, 262-272.
- Ploeger, A. 1983. Tiefenpsychologisch fundierte Psychodramatherapie. Kohlhammer, Stuttgart.
- Ploeger, A., Bonzi, A., Markowic, A. 1972. Die Therapeutische Gemeinschaft in der Psychotherapie und Sozialpsychiatrie. Thieme, Stuttgart.
- Polansky, N. A. u. Harkins, E. B. 1964. Psychodrama as an element in hospital treatment. *Psychiatry* 1, 74-87.
- Pontalis, J.-B. 1954/1968. Un nouveau guérisseur, J. L. Moreno. *Temps Modernes* 108, 932-947; dtsh. in: Nach Freud. Suhrkamp, Frankfurt 1968.
- Pörtner, P. 1972. Spontanes Theater. Kiepenheuer u. Witsch, Köln.
- Pörtner, P. 1972. Moreno und das moderne Theater: *Petzold* 1972a, 45-61.
- Portele, G. u. Schmid, B. A. 1976. Brechts Verfremdungseffekt und soziales Lernen. *Gruppendynamik* 6, 454-464.
- Potts, F. 1958. Relief of an anxiety state by a single psychodramatic session. *GP*, 4, 330-331.
- Pribram, K. H., Nuwer, M., Baron, R. 1974. The holographic hypothesis of memory structure in brain function and perception, in: *Atkinson, R. C. et al, Comtemporary developments in mathematical psychology*. Freeman, San Francisco 1974, 416-467.
- Pribram, K.-H. 1979. Hologramme im Gehirn. *Psychologie Heute* 10, 32-42.
- Raabe, P. 1965. Expressionismus. München.
- Rabiner, C. J. u. Bruckers, M. 1967. Use of psychodrama with hospitalized schizophrenic patients. *Diseases of the Nervous System* 28, 34-42.
- Rahm, D. 1979. Gestaltberatung, Junfermann, Paderborn.
- Rambert, M. 1969. Das Puppenspiel in der Psychotherapie. Reinhardt, München.
- Reil, J. Ch. 1803. Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrüttungen. Halle.
- Rellstab, F. 1976. Das Stanislavsky Buch. Stutz, Wädenswil.
- Renouvier, R. 1958. The group psychotherapy movement and J. L. Moreno its pioneer and founder. *GP* 1,69-85.

- Riessman, F. 1964. Role-playing and the lower economic group. *GP*, 1/2, 36-48.
- Rillaer, J. van 1969/70. Une thérapie des rôle figés: l'apport de G. Kelly. *Bull. Psychol.* 13/16, 793-798; auch in *Petzold* (1982a).
- Rohde-Dachser, Ch. 1980. Loslösungs- und Individuationsprozeß in der psychoanalytisch orientierten Psychodramatherapie, in: *Leutz, Oberborbeck*, (1980) 271-206.
- Rojas-Bermúdez, J. G. 1979. Nucleo del Yo. Genitor, Buenos Aires.
- Rosati, O. 1982. Pirandello e lo Psicodramma in Italia, Ubaldini editore, Rom.
- Rouquette, J. u. Schützenberger, A. 1966. Formation du personnel psychiatrique par le psychodrame et la dynamique des groupes, in: *Moreno, J. L., Friedemann, A., Battegay, R.* (Hrsg.) 1966, 350-365.
- Routh, T. A. 1958. Psychodrama and the blind. *GP*, 3, 213-216.
- Rühle, J. 1963. Theater und Revolution, dtv. München.
- Sackles, C. 1968. The place of psychodrama in an inpatient psychiatric treatment program. *GP*, 4 235-240.
- Sacks, J. M. 1965. The judgement technique in psychodrama. *GP*, 1/2, 69-72.
- Sacks, J. M. 1967. Psychodrama. The warm-up. *GP*, 3/4, 118-120.
- Sacks, J. u. Weiner, H. B. 1969. Warm-up and sum-up. *GP*, 1/2, 85-102.
- Sade, Marquis de 1972. Der Greis in Charenton. Letzte Aufzeichnungen und Kalkulationen, Hanser, München.
- Sarbin, T. R. 1957. Spontaneity training with the feebleminded, in: *Stacey, C. L. u. DeMartino, J.* (Hrsg.). *Counselling and psychotherapy with the mentally retarded*. Free Press, Glencoe 1957, 279-283.
- Sarkissov, J. 1967. A propos de l'acting out, in: Vingthuitième congrès des psychanalystes de langues romanes. Passage à l'acte et „acting out“. PUF, Paris.
- Sarro, R. 1972. Das Wesen des Psychodramas — Versuch einer psychodramatischen Triologie, in: *Petzold* 1972a, 90-101.
- Sbandi, P. 1970. „Feed Back“ im Sensitivity Training. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 1, 17-32.
- Schattner, G., Courtney, R. 1981. *Drama in Therapy*. Drama Book Publishers, New York, 2 vol.
- Schmidt, B. 1978. Selbsterfahrung im Psychodrama als Methode der Sozialtherapie für Studenten. Grundsätzliches und Empirisches. Diss. Universität Würzburg, Philosophische Fakultät, Fachbereich III, Würzburg.
- Schmidt, B. 1983. Effizienzuntersuchungen im Psychodrama. in: *Ploeger* (1983) 209-219.
- Schmidt-Ranson, I. 1976. Die Lehrstücke Brechts in ihrer Beziehung zum Psychodrama Morenos und zum Therapeutischen Theater Iljines. *Integrative Therapie* 4, 205-219.
- Schönke, M. P. 1973. Psychodrama — Persönlichkeitstraining für Lehrer und Schüler. In: *Wasna, M., Bartmann, Th.* (Hrsg.) *Psychologische Forschungsberichte für die Schulpraxis*. Reinhardt, München.
- Schönke, M., 1975. Psychodrama in school and college. *GP*, 1/4, 168-179.
- Schönke, M., 1976. Psychodrama in Schule und Hochschule — eine empirische Untersuchung. *Gruppendynamik* 2, 109-116.
- Schutz, W. C., 1969. *Joy — expanding human awareness*. Gove Press, New York.
- Schutz, W. C., 1971. *Here comes everybody*. Harper & Row, New York.
- Schützenberger-Ancelin, A., 1966. Sade, a French precursor of psychodrama. *GP*, 1/2, 46-48.
- Schützenberger, A. A., 1968. Triadisch psychodrama. *Folia Psychodramatica* (Louvain) 1, 301-319.

- Schützenberger, A. A., 1969. (Hrsg.) Le Psychodrame. Sondernummer des *Bulletin de psychologie* XXIII, 13/16, 1969/1970, Paris.
- Schützenberger, A. A., 1970. Précis de psychodrame. Editions Universitaires, Paris; dt. Psychodrama, Hippokrates, Stuttgart 1979.
- Schützenberger, A. A., 1976. Einführung in das Rollenspiel. Klett, Stuttgart.
- Schützenberger, A. A., 1977. Triadisches Psychodrama. *Integrative Therapie* 1, 10-19.
- Scott, W. A., 1959a. Cognitive consistency, response reinforcement, and attitude change. *Sociometry* 22, 219-229.
- Scott, W. A., 1959b. Attitude change by response reinforcement: Replication and extension. *Sociometry* 22, 328-335.
- Seabourne, B., 1963. The action sociogram. *GP* 3, 145-155.
- Seabourne, B., 1970a. Warm-up protagonists and auxiliaries. In: *Blatner*, 1970, 36-41.
- Seabourne, B., 1970b. The role of the auxiliary. In: *Blatner*, 1970, 42-48.
- Seabourne, B., 1970c. Some hints on dealing with various kinds of protagonists. In: *Blatner*, 1970, 49-70.
- Seabourne, B., 1972. Psychodrama und therapeutische Gemeinschaft. In: *Petzold*, 1972a, 141-156.
- Séchéhaye, M. A., 1955. Die symbolische Wunscherfüllung. Huber, Bern.
- Seeglow, I., 1969. Psychodrama mit emotional gestörten Kindern. In: *Biermann, G.* (Hrsg.), *Handbuch der Kinderpsychotherapie*. Reinhardt, München 1969, Bd. II, 777-788.
- Seidel, E., Pohl-Mayerhöfer, R., 1976. Rollenspiele für Grundschule und Kindergruppen. Bayerischer Schulbuchverlag, München.
- Shaftel, G. und Shaftel, F., 1967. Role-playing for social values. Prentice Hall, Englewood Cliffs; dt. Rollenspiel als soziales Entscheidungstraining. Reinhardt, München 1973.
- Sheff, T., 1981. Catharsis in Ritual, Drama and Healing. San Francisco.
- Shoobs, N., 1946. The application of Individual Psychology through psychodramatics. *Individual Psychology Bulletin* 5, 3-21.
- Shoobs, N., 1956. Individual psychology and psychodrama. *J. Individual Psychol.* 12, 46-52.
- Shoobs, N., 1964. Role-playing in the Individual Psychology Interview. *J. Individual Psychology* 20, 84-89.
- Shulman, B. H., 1960. A psychodramatically oriented action technique in group psychotherapy. *GP* 13, 34-39.
- Simon, R. J., 1964. Psychotherapy techniques and problems with severe schizophrenic. Psychodrama vs. direct analysis. *Intern. J. Sociom. Sociatry* 3/4, 83-87.
- Siroka, R. W., 1967. Psychodrama in the therapeutic community. *GP* 3/4, 123-126.
- Siroka, R. W. und Schloss, G. A., 1968. The death scene in psychodrama. *GP* 4, 202-205.
- Siroka, R. W., Siroka, E., Schloss, G. A., 1971. Sensitivity training and group encounter — an introduction. Grosset & Dunlap, New York.
- Siroka, R. W., 1971. Dimensions of catharsis. *GP* 1/2, 244-245.
- Smilansky, S., 1968. The effects of sociodramatic play on disadvantaged children. Wiley, New York.
- Smith, M. R., The „silent“ auxiliary chair technique in rehabilitating deteriorated mental patients. *GP* 3, 92-100.
- Sperling, E. et al. 1982. Die Mehrgenerationen-Familientherapie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1982.
- Speroff, B., 1966. Psychodrama with alcoholics. *GP* 3/4, 214-219.

- Spiegel, Y. 1975. Szene und Symbol, *Verkündigung und Forschung* 20, 49-68.
- Spiegel-Rösing, I., Petzold, H. G., Psychotherapie mit Sterbenden, Junfermann, Paderborn 1984.
- Staabs, G., v., 1964. Der Scenotest, Huber, Bern/Stuttgart.
- Stanislawskij, K. S., 1958. Theater, Regie und Schauspieler. Rowohlt, Reinbek.
- Stanislawskij, K. S., 1963. Die Arbeit des Schauspielers an sich selbst. Teil I. und II. Henschel, Berlin.
- Stanislawskij, C. S., o. J. (1956), Das Geheimnis des schauspielerischen Erfolges. Scientia, Zürich und Gallus, Wien.
- Starr, A., 1951. The role of psychodrama in a child guidance clinic. *Individual Psychol. Bull.* 9, 18-24.
- Starr, A., 1953. Psychodrama with a child's social atom, *GP*, 3, 222-225.
- Starr, A., 1959. Psychodrama with a family. *GP* 1, 27-31.
- Starr, A., 1979. Psychodrama rehearsal for living. Nelson Hall, Chicago.
- Starr, A., Fagel, E., 1961. Training state hospital personnel through psychodrama and sociometry. *GP*, 1/2, 55-61.
- Stein, C., 1961. Psychodrama for nurses in a general hospital. *GP*, 1/2, 90-94.
- Stein, M. B., Callahan, M. L., 1982. The use of psychodrama in individual psychotherapy. *J. GP*, 2, 118-129.
- Steller, M., Hommers, W., Zienert, H. J., 1978. Modellunterstütztes Rollentraining. Springer, Berlin/Heidelberg.
- Stevenson, M., 1904. The Zuni indians, their mythology, estoeric fraternities and ceremonial. 23. Report Bureau Amer. Ethnology to the Secretary of the Smithsonian Institution. Government Printing Office, Washington.
- Stockvis-Warnaar, J. und Stockvis, B., 1962. Psychodrama of enuresis nocturna in boys. *GP*, 3, 179-196 und 4, 285-303.
- Straub, H., 1969. Erfahrungen mit psychodramatischer Behandlung von Zwangsneurosen. *Z. Psychother. med. Psychol.* 19, 192-202.
- Straub, H., 1972. Über die Anfangsphase psychodramatischer Kinderbehandlung mit Puppentheaterfiguren. In: *Petzold*, 1972a, 218-231.
- Straub, H., 1972. Theoretische Anmerkungen zur psychodramatischen Behandlung von Phobien, Zwangsneurosen und anderen psychischen Störungen. In: *Petzold*, 1972a, 177-194.
- Straub, H., 1975. Vom Leiterverhalten abhängige Entwicklungsprozesse in Psychodrama-Gruppen. *Gruppendynamik* 2, 104-108.
- Straub, H., 1980. Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung im Psychodrama. In: *Petzold* (1980c) 211-222.
- Strauss, R., 1974. Widerstand und Abwehrmechanismus in der Psychodramatherapie. *Gruppendynamik und Psychotherapie* 1, 88-92.
- Streltzer, N., Koch, G., 1968. Influence of emotional role playing on smoking habits and attitudes. *Psychological Reports* 22, 817-820.
- Sturm, I. E., 1963. Psychodrama in a clinical pastoral training program. *GP*, 1/2, 30-36.
- Sturm, I. E., 1965. The behavioristic aspects of psychodrama. *GP*, 1/2, 50-64.
- Sturm, I. E., 1967. Psychodrama in an adult education program. *GP*, 3/4, 181-183.
- Sturm, I. E., 1969. Note on psychodrama in a „helping relationship“. *GP*, 3/4, 191-193.
- Sturm, I. E., 1971. Implications of role-playing methodology for clinical procedure. *Behaviour Therapy* 2, 88-96.
- Swell, L., 1968. Role playing in the context of learning theory in casework teaching. *Education for social work*, Spring, 70-76.
- Thomas, E. J. und Biddle, B. J., 1966. Role Theory: Concepts and Research. Wiley, New York.

- Thorne, B., 1971. Psychodramatic techniques in counseling. *The Counselor. J. National Association of Educational Counselors*. 4, December.
- Trautman, E. C., 1962. Suicide as an psychodramatic act. *GP*. 2, 159-161.
- Trüb, H., 1949. Heilung aus der Begegnung. Klett, Stuttgart.
- Ullrich de Muynck, R. und Forster, T., 1974. Selbstsicherheitstraining. In: *Kraiker, Ch.*, 1974, 351-368.
- Ullrich, R. und Ullrich de Muynck, R., 1974. Implosion, Reizüberflutung, Habituationstraining. In: *Kraiker, Ch.*, 1974, 369-397.
- Van der May, J. H., 1975. A perceptual social atom sociogram. *GP*. 1/4, 128-134.
- Velzeboer, J. (Hrsg.), 1975. Utrecht paper on educational drama. 2. International Symposium of educational Drama, Utrecht. Nederlands Centrum voor het Amateurtoneel, Maarssen.
- Völker, U., 1981. Humanistische Psychologie, Beltz, Weinheim.
- Volkman-Schluck, K. H., 1952. Die Lehre von der Katharsis in der Poetik des Aristoteles. *Varia Variorum. Festschr. K. Reinhardt, München*.
- Wagner, M., 1968. Reinforcement of the expression of anger through role-playing. *Behav. Res. Ther.* 6, 91-95.
- Wagner, M., 1968. Comparative effectiveness of behavioral rehearsal and verbal reinforcement for effecting anger expressiveness. *Psychological Reports* 22, 1079-1080.
- Way, B., 1975. Development through drama. Longman, London (2. Aufl.).
- Weil, P., 1967. Psicodrama. Edicions CEPA, Rio de Janeiro.
- Weil, P., 1969/70. Psychodrame et psychanalyse. *Bull. Psychol.* 13/16, 726-735.
- Weiner, H., 1959. Psychodrama and the chronic alcoholic with a discussion of the magic shop technique. Michigan Institute of Group Psychotherapy and Psychodrama. Michigan.
- Weiner, H., 1965. Treating the alcoholic with psychodrama. *GP*. 1/2, 27-49.
- Weiner, H., 1966. An overview on the use of psychodrama and group psychotherapy in the treatment of alcoholism in the United States and abroad. *GP*. 3, 159-165.
- Weiner, H., 1967. Psychodramatic treatment for the alcoholic. In: *Fox, R.* (Hrsg.). *Alcoholism. Behavioral research therapeutic approaches*. Springer, New York 1967, 218-233.
- Weiner, H., 1974. Psychodrama in law enforcement and community relations. In: *Greenberg, I. A.* (Hrsg.) 1974, 349-358.
- Weiner, H., Knepler, A. F., 1972. Rollentheorie und Rollenspiel. In: *Petzold* (1972a) 62-77.
- Weiss, R. F., 1971. Role playing and repetition effects on opinion strength. *Journal of Social Psychology* 1, 29-35.
- Wells, C., 1962. Psychodrama and creative counseling in the elementary school. *GP*. 3, 244-253.
- Wendlandt, W., Hoefert, H. W., 1976. Selbstsicherheitstraining. Otto Müller, Salzburg.
- Wendlandt, W., 1977. Rollenspiel in Erziehung und Unterricht. Reinhardt, München.
- Wethered, A. G., 1973. Drama and movement in therapy, McDonald & Evans, London.
- Widlöcher, D., 1974. Das Psychodrama bei Jugendlichen. Walter, Olten.
- Williams, R. L. und Gasdick, J. M., 1970. Practical application of psychodrama and chronic patients. *Hospital and Community Psychiatry* 2, 192-193.
- Wolpe, Z., 1957. Play therapy, psychodrama, and parent counseling. In: *Travis, L. E.* (Hrsg.), *Handbook for speech pathology*. Appleton, New York, 991-998.
- Wolpe, J., 1958. Psychotherapy by Reciprocal Inhibition. Stanford.

- Wolpe, J., Lazarus, A. A., 1966. Behavior therapy techniques: A guide to the treatment of neuroses, Pergamon, Oxford.
- Wolpe, J., 1969. The practice of behavior therapy. Pergamon, Oxford.
- Wolpe, J., 1972. Praxis der Verhaltenstherapie. Huber, Bern.
- Wolson, P., 1974. Loss of impulse control in psychodrama on inpatient services. In: Greenberg, 1974, 325-339.
- Yablonsky, L., 1954. Future projection technique. *GP* 3/4, 303-305.
- Yablonsky, L., 1955. Preparing parolees for essential social roles. *GP* 1, 38-39.
- Yablonsky, L., 1960. Sociopathology of the violent gang and its treatment. *Progress in Psychotherapy* V, 161.
- Yablonsky, L., 1972. Psychodrama and role training. In: Solomon, N. L. und Berzon, B. (Hrsg.), New perspectives on encounter groups. Jossey Bass, San Francisco 1972, 255-265.
- Yablonsky, L. 1976. Psychodrama. Resolving educational problems through role playing. Basic Books, New York; dtsh.: Psychodrama. Klett, Stuttgart 1978.
- Yablonsky, L., 1977. Gestalttherapie und Psychodrama. *Gruppendynamik* 1, 22-27.
- Yalom, Y., 1974. Gruppenpsychotherapie. Kindler, München.
- Zacher, A. N., 1961. The use of psychodrama in pastoral therapy. *GP* 3/4, 164-168.
- Zacharias, J. L., 1965. Psychodrama with teenagers. *GP* 4, 262-266.
- Zacharias, J. L., 1967. Cleygy and Psychotherapy (Bibliodrama). *GP* 3/4, 204-205.
- Zander, A. und Lippitt, R., 1947. Reality-practice as educational method. *Sociometry* 7, 129-138.
- Zeleni, L. D., 1955. How to use sociodrama. How to do it series No. 20. National Educational Association, Washington.
- Zempleni, A., 1966. La dimension thérapeutique du culte des Rab. Ndöp Turu Samp. Rites de possession chez les Lebou et les Wolof. *Psychopathologie Africaine* 3, 295-439.
- Zempleni, A., 1968. L'interprétation et la thérapie traditionnelle du desordre mental chez les Wolof et les Lebou du Sénégal. Diss. Faculté des Lettres et Sciences Humaines. Paris.
- Zierl, W., 1959. Therapeutisches Rollenspiel im Scenotest (Scenodrama). *Prax. Kinderpsychol.* 8, 113; auch in *Petzold* (1983).
- Zimbardo, P. G., 1965. The effect of effort and improvisation on self persuasion produced by role playing. *Journal of Experimental Social Psychology* 1, 103-120.
- Zinger, N. G., 1975. A working paper for group auxiliary egos. *GP* 1/4, 152-156.
- Zinker, J., 1971. Dream work as theatre: An innovation in Gestalt therapy. *Voices* 2, 18-21.
- Zinker, J., 1977. Gestalt therapy and creative process. Brunner & Mazel, New York; dtsh. Gestalttherapie als kreativer Prozeß. Junfermann, Paderborn 1982.
- Zmegac, V. 1973. Zur Poetik des expressionistischen Dramas. In: R. Grimm, Deutsche Dramentheorien, Bd. II, Athenäum, Frankfurt, 482-515
- Zulliger, H., 1952. Heilende Kräfte im kindlichen Spiel. Klett, Stuttgart.

Bibliographien

- Schriften von Jakob Levy Moreno 18. 5. 1899-14. 5. 1974, zusammengestellt von H. G. Petzold, in: *Petzold, Mathias* (1983) 383-399.
- Bibliographie zum Psychodrama, in: *Petzold* (1978a), 500 Titel
- Bibliographie zur Gruppenpsychotherapie und zum Psychodrama, in: *Petzold* (1977h), 800 Titel

- Bibliography of Group Psychotherapy 1906-1956, ed. *R. Corsini, L. Putzey*, Beacon House, Beacon 1957.
- Bibliography of Group Psychotherapy 1956-1963, ed. *B. Lubin, A. Lubin*, Beacon House, Beacon 1964.
- Bibliographie, in: *Schützenberger* (1970/1979) 203-233.
- Bibliographie, in: *Oberborbeck* (1980) 170-175.
- Bibliographie Hilarion Petzold 1958-1983, Beiheft 5, *Integrative Therapie*, Junfermann, Paderborn 1983.
- Bibliographie zum Psychodrama von *Horstnik* (1971)

Zeitschriften

- *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometry* (vormals: *Group Psychotherapy* 1947 ff), Heldref Publications, Washington
- *Sociometry*, 1936-1955, Beacon House, Beacon
- *Psychodrame. Revue de psychodrame freudien*, 1966 ff, M.-N. Gaudé, 10 Rue de Lions, 75004 Paris
- *Integrative Therapie*, 1975 ff, Junfermann, Paderborn
- *Cuadernos de Psicoterapia*, 1966 ff, Ediciones Genitor, Buenos Aires
- *Atti dello Psicodramma*, 1975 ff, Ubaldini Editore, Roma
- *Psicodrama*, 1976 ff, Revista da Sociedade de Psicodrama de São Paulo, Ed. Gráfica Ramos de Freitas, São Paulo
- *Revista da FEBRAP (Federação Brasileira de Psicodrama)* 1978 ff, Ivald Granato, Massao Ohno Editores, São Paulo
- *The Journal of Psychodrama, Group Psychotherapy and Role Playing*, 1964 ff, Japanese Society of Psychodrama, Ochanomizu Univ., Otsuka, Bunkyo-ku, Tokyo.

Gestalttherapie — Integrative Therapie

Leben heißt wachsen

Christiane Bünthe-Ludwig

1. Definition*

Die Gestalttherapie wurde von *Friedrich S. Perls, Lore Perls* und *Paul Goodman* entwickelt; sie ist ein tiefenpsychologisch fundiertes Verfahren, in das Erkenntnisse der Gestaltpsychologie, der Feldtheorie, Phänomenologie, Hermeneutik sowie philosophische Grundannahmen des Existentialismus und östliche Meditationsformen integriert wurden. Es ist ein holistisches Psychotherapiesystem, gekennzeichnet durch einen phänomenologischen, gegenwarts- und personenzentrierten Ansatz.

Ziel dieses Verfahrens ist es, den Menschen in seiner Emotionalität, in seinen geistigen Strebungen und seiner Leib- und Körperlichkeit zu erfassen. Es ist darauf zentriert, Blockierungen im Erleben, Wahrnehmen und Handeln aufzulösen und die vorhandenen individuellen Potentiale freizusetzen.

Während die Gestalttherapie anfangs ein einzeltherapeutisches Verfahren war, entwickelte sie — wie fast alle Therapieverfahren — später auch Formen der Gruppentherapie und nahm familiensystemische Aspekte auf. Die Gestalttherapie wird heute vielfältig angewendet: in der Arbeit mit Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen und alten Menschen, bei Neurosen, Psychosen, Psychosomatosen, Süchten, aber auch in der Arbeit mit gesunden Menschen, die bestrebt sind, ihre Persönlichkeit zu erweitern.

In Deutschland wurde die Gestalttherapie durch kreative Methoden und körperzentrierte Verfahren erweitert und zur Integrativen Gestalttherapie bzw. Integrativen Therapie weiterentwickelt.

2. Geschichte

Neben der Biographie und der Persönlichkeit der Begründer psychotherapeutischer Schulen muß die kulturelle und gesellschaftliche Situation der jeweiligen Zeit berücksichtigt werden, in der diese Verfahren entwickelt wurden.

* Mein Dank gilt Prof. Dr. H. Petzold und Dr. med. L. Hartmann-Kottek-Schroeder für Materialien und Anregungen für die Erstellung dieser Arbeit.

2.1 Wurzeln der Gestalttherapie

Die Gestalttherapie wurzelt in verschiedenen Ansätzen der Philosophie, Phänomenologie, Psychologie und der Psychoanalyse.

2.1.1 Existentialismus, Phänomenologie, Hermeneutik

Lore Perls setzte sich in der Zeit ihres Psychologiestudiums mit Nietzsche, Kierkegaard, Heidegger, Buber und vor allem mit Tillich, Scheler, Husserl auseinander. Fritz Perls fand in seiner Studienzeit insbesondere Zugang zu Salomon Friedlaenders (1918) Konzept der „kreativen Indifferenz“. Später beschäftigte er sich mit Diltheys Hermeneutik, mit der Phänomenologie Schelers und Husserls, sowie mit Buber, Sartre und Marcel.

In der europäischen Richtung der Gestalttherapie (Integrative Gestalttherapie / Integrative Therapie) verbreiterte Petzold die philosophischen Grundlagen, indem er Gabriel Marcells (1978) Prinzip der Intersubjektivität, die Leib- und Lebenswelttheorie von Merleau-Ponty (1966) heranzog (vgl. Petzold 1980a, Dahl 1981) die Ergebnisse der Hermeneutik aufnahm (Ricoeur 1969; Gadamer 1965), und Mead (1934; Joas 1981) einarbeitete.

Von Buber übernahm Perls die interaktionale Ich-Du-Beziehung als persönliche Begegnung, die maßgebend für das Patienten-Therapeuten-Verhältnis in der Gestalttherapie wurde. Eine Beziehung dieser Art kann nur unmittelbar stattfinden, ohne Vorwegnahmen, im Gegenwärtigen.

„Die Beziehung zum Du ist unmittelbar. Zwischen Ich und Du besteht keine Begrifflichkeit, kein Vorwissen und keine Phantasie. Zwischen Ich und Du steht kein Zweck, keine Gier und keine Vorwegnahme ...“ (Buber 1979, 15).

Bei Buber fand Perls ebenso Anstöße für das „Hier-und-Jetzt-Prinzip“ — das jedoch verstärkt durch seine Auseinandersetzung mit Zen und Taoismus geprägt wurde. Nur im Erleben, in der Beziehung kann Gegenwart entstehen.

„Gegenwart, nicht die punkthafte, ... sondern die wirkliche und erfüllte, gibt es nur insofern, als es Gegenwärtigkeit, Begegnung, Beziehung gibt. Nur dadurch, daß das Du gegenwärtig wird, entsteht Gegenwart“ (ibid, 16).

Der Einfluß des Existentialismus geht in einige anthropologische Grundannahmen der Gestalttherapie ein. Perls selbst bezeichnet die Gestalttherapie als „existential therapy“ (1969, 16).

„What is important is that Gestalt Therapy is the first existential philosophy that stands on its own feet“ (Perls 1969, 16).

Das von Fritz und Lore Perls neuentwickelte therapeutische Verfahren sollte zuerst „concentration therapy,“ dann Existenzpsychothera-

pie genannt werden. Das Konzept der Selbstverantwortlichkeit hat hier seine Wurzeln: Verantwortung für die eigene Existenz übernehmen zu müssen. Der Mensch muß sich zuallererst zu dem machen, was er ist. Dies ist nur in Interaktion möglich, menschliches Dasein ist immer ein Mit-anderen-Sein, ein In-der-Welt-Sein (vgl. Störig 1978, 293f.). So ist die „response-ability“ in der Gestalttherapie zu verstehen, eine Verantwortlichkeit, die im dialogischen Prinzip verankert ist.

Die dem Existentialismus nahestehende Methode ist die Phänomenologie. Beiden geht es um das unmittelbare Erfassen des Seienden — dieses Prinzip ist in die gestalttherapeutische Arbeit aufgenommen worden: die gestalttherapeutische Arbeit beginnt am Offensichtlichen. Dieses aber muß „verstanden“ werden. Hier liegt die hermeneutische Erweiterung durch die „Integrative Therapie.“

Durch das Einbeziehen der Gedanken *Merleau-Pontys* (1966) erhält die phänomenologische Methode eine Erweiterung. Bestimmend ist die Intentionalität; jede handelnde oder erlebende Person verhält sich immer zu etwas.

„Intentionalität meint die doppelte Zentrierung alles psychischen Lebens, daß alles Bewußtsein Bewußtsein von ... ist und jede Gegenständlichkeit als Wirklichkeit oder Möglichkeit, als mir geltende mit einer konkreten Form des Gerichtetseins korreliert. Was immer ich erfahre (erlebe, wahrnehme, denke, beurteile, fühle u. ä.), erfahre ich in einem mehr oder minder bestimmten Sinn, der anders sein kann für andere, anders für mich zu anderer Zeit, der sich wandelt“ (*Graumann* 1977, 42).

Merleau-Ponty (1908-1961) hat als existentieller Phänomenologe *Husserls* Theorie der Reduktion weiterentwickelt durch seine Erkenntnis, daß die wichtigste Lehre der Reduktion ihre Unvollständigkeit ist. Er setzte sich mit den Ergebnissen der Gestalttheorie, dem Behaviorismus und der Psychoanalyse auseinander, indem er sich sowohl von dem empirischen Positivismus als auch rationalen Idealismus abhebt, auf der Suche nach einer „Dritten Dimension“. Diese sieht er in einem Diesseits der Antithese von Bewußtsein und Natur und kommt so zu einer speziellen Auffassung des *Leibes* als auch der Wahrnehmung und des Weltverständnisses. In dieser Dimension der „Lebenswelt“, des „Milieus“ ist für ihn der Leib weder Gegenstand noch reines Bewußtsein, sondern als ‚*corps phénoménal*‘ sowohl Stiftung der Existenz als auch Stiftung der Welt. Im Gegensatz zu diesem phänomenalen Leib, der im Erleben die innige Verbundenheit von Leib und Selbst ausdrückt, steht der ‚*corps objectiv*‘, der den Körper aus unpersönlicher Sicht in reine Gegenständlichkeit reduziert. *Merleau-Ponty* definiert den Leib als Subjekt, das in unmittelbarer Bezogenheit zur Welt zu sehen ist (*être-au-monde*). Diese leibliche Bezogenheit sieht er als allge-

meine anonyme Bewegungsintentionalität. In dialektischer und zeitlicher Verschränkung verwandelt sich die Allgemeinheit als ‚*corps habituel*‘ in der jeweiligen faktischen Situation, im aktuellen Lebensvollzug (*corps actuel*). Dieses Verhalten zur Welt ist für Merleau-Ponty *gestalthaft* in der Stiftung von Strukturen, die immer sinnhaftig sind. Gestalt gehört für ihn in die prälogische Dimension, da sie als Phänomen weder der Ding-Ebene noch der Bewußtseins-Ebene zuzurechnen ist. Sie verweist in ihrer unmittelbaren Kreativität auf das Wesen der Wahrnehmung, das direkte, unvermittelte Kommunikation mit der Welt herstellt. Diese Wahrnehmung läuft nicht in der objektiven Zeit und im objektiven Raum ab, und der einzelne Augenblick nimmt hier nicht einen einzigen Zeitpunkt aus der Reihe der Jetzt-Momente ein, sondern im erlebnishaften Augenblick erlangt er einen besonderen Wert. Unsere Lebenszeit (*life span*) ist somit immer *Leibzeit* als Erlebenszeit. Damit ist Existenz Verkörperung der Zeit (Petzold 1981b). Die Zeit als Kontinuum enthält immer alle ihre Momente (Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft), wobei der Gegenwart als Ausgangspunkt allen Erlebens das Primat zufällt. Für Merleau-Ponty ist das Phänomen der Gestalt die philosophische „Klammer“, um die Radikalität des Dualismus (Körper und Seele) aufzuheben. Damit ist bei Merleau-Ponty eine ganzheitliche Sichtweise eingeführt. Diese gibt eine theoretische Begründung für gestalttherapeutisches Handeln.

2.1.2 Einfluß des Taoismus und Zen-Buddhismus

Taoismus und Zen sind Haltungen, Wege des Seins, Zugang zum Weltensinn.

Joslyn (1983) und Gagarin (1983, 207) finden zahlreiche Übereinstimmungen zwischen der Gestalttherapie, dem Zen und dem Taoismus. In beiden spielt die Aufmerksamkeit, „Achtsamkeit“, bzw. die wache Bewußtheit eine zentrale Rolle.

„Wahre Meditation im Sinne des Zen entsteht, wenn es kein Objekt der Aufmerksamkeit gibt und wenn alle wahrgenommenen Objekte (einschließlich man selbst) als Manifestationen der Aufmerksamkeit erfahren werden“ (Joslyn 1983, 148).

Unmittelbares Schauen und Aufmerksamkeit sind im Zen und in der Gestalttherapie synonym. Im Zen wird darunter alle sinnliche, emotionale, geistige und physische Erfahrung innerer und äußerer Art verstanden, die aller Differenzierung vorausgeht. Übereinstimmung zwischen Haltungen des Zen und der Gestalttherapie besteht auch im Prinzip der Selbstregulierung: in der Gestalttherapie soll der Mensch befähigt werden, wieder Zugang zu seinen gesunden Selbstregulationsmechanismen zu finden. Alle Gestalt- und Zenmethoden sind Brücken,

um die Selbstwahrnehmung im „Sein zur Welt“ zu steigern, in der Unmittelbarkeit im Hier-und-Jetzt. Ist diese volle *awareness* erreicht, verfügt der Mensch über seine ihm autonome Selbstregulation.

Nach *Gagarin* (1983, 208) sind Taoismus und Gestalttherapie bestrebt, die Kräfte in einem Individuum auszubalancieren, indem der Nullpunkt oder das Zentrum erreicht wird. Das bedeutet ein Aufheben von Fixierungen an Gegenständlichem und Gegensätzlichem. Der Weg (Tao) ist das Ziel — in der Gestalttherapie ist es die Prozeßhaftigkeit psychischer Prozesse. Methoden, dahin zu kommen, bestehen in der Verunsicherung und der Frustrierung, dem Ablehnen von Theoretisieren und stattdessen im Zentrieren auf das Hier-und-Jetzt. In der Integrativen Therapie haben meditative Praktiken als „Nootherapie“ Bedeutung im Umgang mit Fragen nach dem Lebenssinn und der Transzendenz (*Petzold*, 1983c).

2.1.3 Das dialektische Prinzip des differentiellen Denkens

Perls übernahm von *S. Friedlaender* das Prinzip des „differentiellen Denkens“ (*Branger* 1983). Dessen dialektische Betrachtungsweise, die er in seinem Werk „Schöpferische Indifferenz“ (1918) vermittelt, steht in der Tradition von *Hegel* und *Marx*. *Friedlaenders* Philosophie liegt der Gedanke zugrunde, daß alles Existierende von Polaritäten bestimmt wird, die einander definieren. Gegensätze haben dadurch mehr miteinander zu tun als mit anderen Dingen: sie haben durch ihren inneren Zusammenhang eine große Affinität zueinander. Die Differenzierung in Gegensätze geht stets von einem gemeinsamen „indifferenten“ Punkt aus („predifference“ oder „zero point“ bei *Perls*, 1969, 44).

„... if I say the now, it is not the scale but the point of suspense, it's a zeropoint, it is a nothingness, and that is the now“ (*F. Perls* 1969, 44).

Für den Organismus ist der Nullpunkt bedeutungsvoll, da er den Zustand der Balance darstellt, der Ort, an dem Gleichgewicht herrscht. Um einen Nullpunkt gruppieren sich die Polaritäten: beispielsweise Lust/Unlust, Liebe/Haß. Ein gesundes Funktionieren des Organismus setzt Balance voraus; Krankheit entsteht als Folge dauerhafter Störung der Balance.

Differentielles Denken ermöglicht, jede Erfahrung als dialektischen Prozeß zu erkennen. Die Haltung einer „kreativen Indifferenz“ befähigt den Menschen, Polaritäten und widerstreitende innere Impulse als solche zu erfassen und jede unvollständige Seite zu ergänzen. Im Vermeiden einseitiger Betrachtung gewinnt das Individuum Einsicht in bedeutsame seelische Strukturen.

2.1.4 Der Einfluß der Gestaltpsychologie auf die Gestalttherapie

In seiner Autobiographie schreibt *Perls*:

„My relation to the gestalt psychologists was a peculiar one. I admired a lot of their work, especially the early work of Kurt Lewin. I could not go along when they became logical positivists. I have not read any of their textbooks, only some papers of Lewin, Wertheimer, and Köhler ... The academic Gestaltists of course never accepted me. I certainly was not a pure Gestaltist“ (*Perls* 1969a, 62).

Neben der Psychoanalyse war es die Gestaltpsychologie, die *Perls'* Denken in den frühen Jahren beeinflusste. In der klinischen Arbeit mit dem Neurophysiologen *Kurt Goldstein* erhielt *Perls* prägende Einsichten in gestaltpsychologisches Denken und Handeln. Verstärkt wurde dieser Einfluß von seiner späteren Frau *Lore Posner*, die bei *A. Gelb* über Gestaltpsychologie promovierte.

2.1.4.1 Der Begriff der Gestalt.

Ch. v. Ehrenfels führte den Begriff 1890 in die Psychologie ein. Er definierte „Gestalt“ als eine seelische Ganzheit mit den Eigenschaften der Übersummativität und der Transponierbarkeit. So ist z. B. eine Melodie übersummativ; sie läßt sich aus der Summe der Einzeltöne nicht erklären. Und sie ist transponierbar, da sie trotz einer Änderung aller Einzeltöne — durch Wechsel des Tonhöheniveaus — erkennbar bleibt. Eine Gestalt entsteht durch die Gesamtheit der Beziehungen, der Elemente zueinander, der Teilganzen zum Ganzen und umgekehrt. Gestalten entstehen durch Strukturierung des Wahrnehmungsfeldes, die nach den Gestaltgesetzen der Organisation (*Wertheimer* 1945) folgen: dem Gesetz der Ähnlichkeit, der Nähe, der Umschlossenheit, der guten Kontinuität, des gemeinsamen Schicksals u. a.

2.1.4.2 Das Prinzip der Ganzheitlichkeit.

Perls (1976) bezeichnet dieses Prinzip auch als „holistische Doktrin“.

„A gestalt is an organic function. A gestalt is an ultimate experiential unit. As soon as you break up a gestalt, it is not a gestalt any more. ... So the gestalt is the experienced phenomenon. If you analyze, if you cut it further up, it becomes something else“ (*Perls*, 1969, 16).

Die Gestaltarbeit widmet sich dem Menschen als einer untrennbaren Leib-Seele-Geist-Einheit. Entsprechend den Prinzipien der Ganzheitlichkeit muß eine Therapie diese Bereiche berücksichtigen und kann nicht einen Teil isoliert betrachten.

2.1.4.3 Das Figur-Grund-Prinzip

Gestalten heben sich als prägnante, umgrenzte, geschlossene „Figuren“ von einem unstrukturierten, formlosen „Grund“ ab. Der

„Grund“ verleiht der Figur Perspektive, er dehnt sich hinter der Figur aus, die Figur unterbricht ihn nicht. Die gegenständliche Figur erscheint näher als der undifferenzierte Grund; weil sie eindrücklicher ist als der Grund, wird sie leichter erinnert.

Im Konzept der Gestalttherapie bildet das ganze Leben des Menschen den Hintergrund. Dazu gehören alle seine Erfahrungen, seine „unerledigten Geschäfte“, sowie „der Fluß der gegenwärtigen Erfahrungen“ (Polster, E./Polster, M. 1975, 46, 50). Aus dem Hintergrund können jederzeit „Gestalten“ — z. B. eine Wahrnehmung — in den Vordergrund treten und im Erleben vorrangig Bedeutung erhalten. Das Auftauchen einer Figur vor dem „Grund“, dem Reizgesamt bzw. die Wahrnehmung derselben, wird bestimmt durch die aktuelle Bedürfnislage des Organismus. Nach der Bedürfnisbefriedigung tritt die Figur in den Hintergrund zurück und es entsteht eine neue Figur-Grund-Struktur.

Von der Gestaltpsychologie beeinflusst, entwickelte K. Goldstein in seiner Arbeit mit Hirngeschädigten die Theorie der „*organismischen Selbstregulation*“. Danach verfolgt jeder Organismus eine inhärente Tendenz zur Selbstverwirklichung, die darauf abzielt, sich kreativ an die jeweilige Situation anzupassen. Die Figur-Grund-Bildung steht danach im Dienste der Selbstrealisierung und Selbstaktualisierung. Perls folgte der Überzeugung Goldsteins, wonach der Organismus am besten „weiß“, was für ihn optimal ist.

„Because with full awareness you become aware of this organismic selfregulation, you can let the organism take over without interfering, without interrupting; we can rely on the wisdom of the organism“ (Perls 1969, 17).

2.1.4.4 Tendenz zur Bildung guter Gestalten.

Von den Gesetzen über die Bildung guter Gestalten sind folgende wichtig:

Die *Tendenz zur Schließung offener Gestalten* beschreibt den Wunsch, unerledigte Situationen („unfinished business“) abzuschließen und offene Sachverhalte zu klären.

Das *Prägnanz-Prinzip* besagt, daß jede Gestaltwahrnehmung dazu tendiert, unvollkommene, schlechte, offene, unregelmäßige Gestalten zu vollkommenen, guten, geschlossenen und regelmäßigen zu korrigieren.

Nach dem *Konstanz-Prinzip* werden gute Gestalten auch unter veränderten Bedingungen als konstant wahrgenommen, und nach dem *Kontinuitäts-Prinzip* werden gute Gestalten als zeitlich überdauernd wahrgenommen. *Umstrukturierung*: Wenn bei der Strukturierung von seelischen Gebilden mehrere Gestalttendenzen gegeneinander wirken, so kommt es zu Umstrukturierungsprozessen. Im produktiven Denken ermöglichen Umstrukturierungsprozesse die kognitive Einsicht, das

„Aha-Erlebnis“ (*Bühler*). In der Integrativen Therapie werden komplexe Umstrukturierungen auf der emotionalen, kognitiven und somato-motorischen Ebene als „Evidenzerlebnisse“ bezeichnet (*Petzold 1982a*).

2.1.4.5 Isomorphiebegriff

Den Begriff der Isomorphie (Gestaltgleichheit) übernimmt *Perls* von *W. Köhler*. Nach gestaltpsychologischer Auffassung sind physikalisch-physiologische und Erlebnisprozesse zueinander isomorph. *Köhler* (1971) vertritt in einer späten Arbeit die „panpsychistische“ These, daß alle physischen Prozesse in Erlebnisqualitäten repräsentiert sind. Schon von daher ist die Auffassung naheliegend, daß sich psychische Vorgänge auch körperlich-physiologisch vermitteln, etwa in der „Körpersprache“, eine These, die *Merleau-Ponty* (1966) ohne den Rekurs auf die Isomorphieannahme und ihre problematischen Implikationen begründet hat. Bereits in den dreißiger Jahren ist die „Beobachtung der Atmung, Haltung, Koordination, Stimme, Sensibilität und Beweglichkeit“ (*L. Perls 1978, 210*) ein fundamentaler Teil in der therapeutischen Arbeit von *Lore Perls*.

„Die Gestalttherapie fokussiert von Anfang an auf die parallel verlaufende Dynamik der psychophysischen und psychosomatischen Zusammenhänge“ (*Hartmann-Kottek-Schroeder 1983, 290*).

2.1.4.6 Der Einfluß Lewins

Lewin war der Meinung, daß man die Beziehungen eines Menschen zu seiner Umwelt am besten über eine Feldtheorie erklären könne (*Walter 1978*). Danach bestimme sich das Verhalten einer Person aus der Totalität gemeinsam existierender Fakten. Mit „Lebensraum“ bezeichnet *Lewin* die psychologische Umwelt eines Individuums, so wie sie subjektiv erlebt wird. Im Begriff des Lebensraums sind alle Fakten, die für eine Person bedeutsam sind, eingeschlossen: Bedürfnisse, Ziele, unbewußte Einflüsse, Erinnerungen, Ereignisse politischer und wirtschaftlicher sowie sozialer Natur. „Nach *Lewins* feldtheoretischen Begriffen beruht das Verhalten weder auf der Vergangenheit noch auf der Zukunft, sondern auf dem gegenwärtigen Feld im ‚Hier und Jetzt‘“ (*Marrow 1977, 46*). *Lewin* entwickelte ein Dreiphasenmodell der psychischen Veränderung: Auftauen („unfreezing“) — Ändern („change“) — Neu-Stabilisieren („freeze“). Es ist anzunehmen, daß *Perls* dieses Dreiphasenmodell aufnahm: die Schicht des Klischees, die Rollenspielphase sowie die Phase der Blockierung können als Auftauphase angesehen werden, während in der Implosions- und Explosionsphase bei *Perls* mit der notwendig induzierten Krise eine Änderung durch Umstrukturierung, Einsicht, Evidenzerlebnis erfolgt.

2.1.5 Psychoanalyse

Lore und Fritz Perls arbeiteten etwa zwanzig Jahre lang als Psychoanalytiker, und auch Paul Goodman setzte sich intensiv mit Freuds psychoanalytischer Theorie auseinander. Daher ist die Gestalttherapie der Psychoanalyse in vielen wichtigen Begriffen und Konzepten ähnlich — auch wenn Perls sich zuweilen sehr polemisch gegen die Psychoanalyse wendete und einige wesentliche Unterschiede zwischen Gestalttherapie und Psychoanalyse hervorhob.

Das folgende Kapitel widmet sich ausführlich den Gemeinsamkeiten und den Unterschieden zwischen beiden Verfahren. Weitere Ähnlichkeiten bzw. Kontroversen werden in den Kapiteln 6.2 und 6.3 dargestellt.

2.1.5.1 Naturwissenschaftliche, biologistische Betrachtungsweise

Freuds „szientistische“ Orientierung und Perls' physikalisch-biologische Konzepte scheinen — von außen betrachtet — miteinander verwandt zu sein. Ein gravierender Unterschied liegt aber in der Herkunft der beiden Konzepte: Freuds Position ist eine Folge seiner naturwissenschaftlichen Orientierung (man nennt ihn zuweilen einen „späten Aufklärer“), während sich Perls in seinen Vorstellungen vom Menschen biologischer Analogien bedient. Seine Wendung gegen naturwissenschaftlich verstandene Kausalität beruht auf einer wissenschaftstheoretisch fundierten Entscheidung.

2.1.5.2 Energiebegriff

Freud verbindet in den Begriffen der Energie und des Triebes eine physikalische und eine psychologische Betrachtungsweise. Die wissenschaftstheoretisch widersprüchliche Herkunft (Herzog 1983) vieler Begriffe und Konzepte, wie die der „Besetzung“, „Verdichtung“, „Verschiebung“, „Abfuhr“ und der „dynamische“ und „ökonomische Aspekt“ der Metapsychologie — (vgl. Rapaport 1970) — ermöglichen sehr unterschiedliche Interpretationen der Freudschen Metapsychologie. Tatsächlich verfolgte Freud in seinen Theorien und Modellen Zeit seines Lebens den Wunsch, eine naturwissenschaftliche Psychologie zu konzipieren, verfuhr im praktischen Handeln aber zweifellos phänomenologisch bzw. hermeneutisch — was zu seiner naturwissenschaftlichen Orientierung radikal in Widerspruch stand.

Der Energie-Begriff, den Perls zuletzt verwendete, läßt sich am ehesten mit Diltheys Begriff des „Lebens“ und Bergsons „*élan vitale*“ vergleichen; er ist nach Perls ein Aspekt des Selbst (s. Hartmann-Kottek-Schroeder 1983, 286).

2.1.5.3 Triebtheorie

Perls (1942) wendet sich gegen die *Freudsche* Triebtheorie. Anstelle des Sexualtriebs der analytischen Auffassung setzt er die Annahme eines spezifischen Hungertriebes. Die „dentale Aggression“ ist die Grundbedingung menschlichen Lebens; sie äußert sich im Aufnehmen, Zerkleinern (*chewing*), Assimilieren. Der Hungertrieb (Hunger/Sättigung) erfährt in späteren Werken eine Ausweitung: Wünsche nach körperlicher, seelisch-emotionaler und geistiger Nahrung werden dazugezählt. Der Grundtrieb ist das *adgreddi* — der aggressive Zugang zur Welt. *Perls* übernimmt von *Freud* nicht die dualistische Triblehre von der Antinomie aggressiver und libidinöser Triebimpulse. *Perls'* Ansicht nach widerspricht die duale Triebtheorie von Eros und Thanatos der Multiplizität menschlicher Triebe. Zudem wendet er sich entschieden gegen die — wie er meinte — einseitige negative Bewertung der Aggression.

2.1.5.4 Realitäts-/Lustprinzip

Der Übergang vom Realitäts- und Lustprinzip ist nach Ansicht der Psychoanalyse ein unvermeidlicher Anpassungsprozeß, weil die Fähigkeit zum Triebaufschub und der Sublimierung die Voraussetzung ist, in einer sozialen Gemeinschaft integriert zu leben. Das Kind steht mit seinem Wunsch nach unmittelbarer Triebbefriedigung in einem nicht umgehbaren Widerspruch zu den Forderungen der sozialen Realität. Nicht die Befriedigung, sondern die Versagung ist der Motor menschlicher Entwicklung. *Goodman* sieht in dieser Betrachtung des Kindes eine Projektion der Erwachsenen.

„... the repressed feelings of the adult are attributed to the child. For how is the infant essentially helpless or isolated? It is part of a field in which the mother is another part. The child's anguished cry is an adequate communication; the mother *must* respond to it; the infant needs fondling, she needs to fondle; and so with other functions. The disillusion of omnipotence (to the extent that they exist and are not adult projections) and the rages and tantrums of infinite abandonment, are useful exhaustions of the surface-tension in periods of delay, in order that inter-functioning can proceed without past unfinished situations. And ideally considered, the growing apart of the infant and the mother, the disrupting of this field into separate persons, is *the same as* the increases of the child in size and strength, his growing teeth and learning to chew ... and his learning to walk, talk etc. That is the child does not learn an alien reality, but discovers-and-invents his own increasing reality“ (*Perls et al.* 1951, 270).

Perls und *Goodman* vertreten die von Anfang an bestehende soziale Natur des Organismus und stehen damit im krassen Gegensatz zur klassischen psychoanalytischen Auffassung, dernach die Sozialisation im mühevollen Prozeß erst hergestellt werden muß und oft genug mißlingt.

2.1.5.5 Gegenstand des therapeutischen Dialogs: Sprache oder Erleben

Im Mittelpunkt der psychoanalytischen Arbeit steht der Erwachsene/das Kind mit seiner psychischen, also *subjektiven* Realität. Der Psychoanalytiker arbeitet an der Sprache. Sein wichtigstes Instrument ist die Deutung. Sie rekonstruiert im aktuellen neurotischen Konflikt die traumatisch *erlebte* Szene der Kindheit. Demgegenüber muß in der klassischen Gestalttherapie das Trauma nicht zum Inhalt werden.

„For our thought is that the content of the recovered scene is rather unimportant, but that the childish feeling and attitude that lived that scene are of the utmost importance. The childish feelings are important not as a past that must be undone but as some of the most beautiful powers, of an adult life that must be recovered; spontaneity, imagination, directness of awareness and manipulation. What is required . . . is to recover the child's way of experiencing the world; it is to free not the factual biography but the primary process of thought“ (Perls et al. 1951, 297).

Perls legt hier Freud in falscher Weise fest, indem er behauptet, die ehemals erlebte Szene, das *reale* Trauma würde rekonstruiert. Er übersieht, daß die Psychoanalyse nicht die faktische Wirklichkeit der Szene, sondern die kindliche Auffassung dieser Szene in den Mittelpunkt ihrer Arbeit stellt. Die frühe Abkehr der Psychoanalyse von der „Trauma-Theorie“ hat Perls nicht vollzogen. Das betrifft aber nicht das Faktum, daß in der gestalttherapeutischen Arbeit die Sprache in ihrer Ausdrucksbedeutung und der differenzierte Umgang mit der Sprache einen zentralen Stellenwert einnimmt (Petzold, Orth 1983).

2.1.5.6 Die Theorie der Verdrängung und ihre Bedeutung für den therapeutischen Prozeß

Freud behauptet in seiner ersten Theorie der Angst, daß der Verdrängungsvorgang zu Unlustgefühlen, zu Angst führen muß. Diese erste Angsttheorie von Freud behält Perls bei. Er folgt nicht Freuds revidierter Verdrängungstheorie, dernach das Unlustvolle nicht eine Folge, sondern eine Ursache der Verdrängung ist. Daraus folgt, daß Perls viel unmittelbarer an den Affekten arbeiten kann, weil diese Affekte einen direkten Weg zum neurotischen Konflikt weisen. In der Psychoanalyse muß die Behandlung komplizierter sein, weil die neurotischen Symptome ihre eigene Ursache, den unlustvoll erlebten Konflikt aus dem Bewußtsein entfernt haben.

2.1.5.7 Vergangenheits-/Gegenwartszentrierung

Die analytische Therapie gilt den Abkömmlingen des neurotischen Konflikts in der Übertragungsbeziehung. Daher ist die psychoanalytische Behandlung einerseits eine Behandlung im „Hier-und-Jetzt“, denn

sie versteht jeden neurotischen Konflikt als Beziehungskonflikt, der sich in der Übertragungsszene darstellt. Andererseits arbeitet sie „regredient“ (*Freud*) auf die Vergangenheit gerichtet, indem sie annimmt, daß die aktuelle Darstellung der Neurose einschließlich der Symptome nur in einem Rückgriff auf die kindliche, vom Patienten subjektiv als zu schwierig interpretierte Situation verstanden werden kann. Diesem Rückgriff auf die Herkunft der Neurose entspricht die psychoanalytische Standardtechnik, indem sie die Regression des Patienten fördert.

Perls leugnete nicht die frühkindliche Genese mancher neurotischer Konflikte, hielt aber den Rückgriff auf die frühen Beziehungen weder kognitiv im Erinnern noch in Form der Regression für unbedingt notwendig. Wenn *Perls* an vergangenen Szenen arbeitet, dann genügt ihm das aktuell zugängliche Material (Arbeit am Offensichtlichen), das ohne Nutzung regressiver Prozesse vom Patienten verbalisiert oder szenisch dargestellt werden kann.

„The present is a passage out of the past toward the future, and these are the stages of an act of self as it contacts the actuality“ (*Perls et al.* 1951, 374).

In der Integrativen Therapie wird der Regression indikationsspezifisch größere Bedeutung zugemessen und es werden verschiedene Ebenen der therapeutischen *Tiefung* unterschieden. Sowohl auf der Ebene der „Involvierung“, als auf der folgenden Ebene der „autonomen Körperreaktionen“ kann es zu mehr oder weniger starken Regressionen kommen.

„Regression aber ist erforderlich, um an frühe Störungen, Traumatisierungen oder Konflikte heranzukommen. Nur so ist ein Nachsozialisieren auf der emotionalen oder somatomotorischen Ebene möglich und kann sich in der nachfolgenden Aufarbeitung kognitive und emotionale Integration vollziehen. Die Regression muß deshalb, wo immer erforderlich, angesteuert werden, aber man darf nicht in der Regression verbleiben“ (*Petzold* 1977a, 283).

2.1.5.7 Verantwortung

Perls wirft *Freud* vor, mit seiner Allgemeinen Neurosenlehre entbinde er den Menschen von der Verantwortlichkeit für sein Kranksein bzw. für sein Symptom, denn das dynamisch wirksame Unbewußte, welches in *Freuds* Auffassung das neurotische Verhalten mitverursache, sei dem Subjekt (dem Patienten) verborgen und damit auch nicht verfügbar. Anders gesagt, da das Subjekt seine unbewußten neurotischen Motive nicht kenne, habe es nicht die Möglichkeit, sich gegen sie zu entscheiden. *Freud* selbst hat diese Auffassung nicht vertreten. In seinen Schriften ist kein Hinweis darauf zu finden, daß der Neurotiker aufgrund seiner Neurose von der Verantwortung für sein Schicksal auch nur partiell befreit sei. Allerdings vertrat *Freud* in späteren Jahren

(1920) eine pessimistische Haltung über die Ziele und Ergebnisse psychoanalytischer Therapie. Die „völlige Lösung der Neurose“ schien ihm nicht mehr möglich. Von einem Außenstandpunkt betrachtet, könnte diese pessimistische Haltung als Versuch verstanden werden, den Menschen von der Verantwortlichkeit von sich zumindest teilweise zu befreien. Dieser Außenstandpunkt ist der Psychoanalyse sehr häufig angetragen worden. Jedoch ist es zweifelhaft, ob die psychoanalytische Auffassung über die Begrenztheit menschlicher Einsichtsfähigkeit mit einer philosophischen Überlegung über die Freiheit menschlichen Willens derart vermischt werden kann. Es ist zu vermuten, daß *Perls* solch eine Vermischung vornimmt, indem er der Psychoanalyse eine Tendenz, den Menschen für nicht vollständig verantwortlich zu erklären, vorwirft (zum Bezug Verantwortung/Pflicht i. S. *Kants* vgl. *Petzold* 1984d).

In dem Konzept der Gestalttherapie hat das Übernehmen von Verantwortung für das eigene Handeln durch den Patienten einen zentralen Stellenwert. *Response-ability* bedeutet die Fähigkeit zu antworten, d.h. im Kontakt zu sein mit dem Gegenwärtigen. *Perls* hat seinen Vorwurf auch mit Blick auf die psychoanalytische Praxis formuliert, in der der Patient für eine zeitlang in eine infantil-abhängige Position gerät und die — schon durch das Setting gegeben — die Beziehung zwischen Patient und Therapeut asymmetrisch anlegt: der Therapeut eilt den Erkenntnissen seines Patienten voraus und er teilt diesem längst nicht alle Hypothesen und Einsichten über ihn mit, während andersherum der Patient zur völligen Offenheit aufgefordert wird. *Perls* dagegen lehnt die Herstellung infantiler Übertragungen ab. Seiner Meinung nach hält diese den Patienten nur unnötig davon ab, Verantwortung für sein eigenes Handeln zu übernehmen.

2.1.5.8 Psychotherapeutische Zielsetzung

Freud wechselt im Laufe seines Lebens mehrfach grundlegend seine Konzepte und damit auch seine Auffassung über die Ziele der psychoanalytischen Therapie. Solange er daran dachte, daß real geschehene, frühkindliche traumatische Erlebnisse (in der Regel Verführungsszenen bei seinen hysterischen Patientinnen) die Neurosen verursachten, mußte es das Hauptziel seiner analytischen Therapie sein, solche traumatischen Ereignisse in der Amnesie des Patienten zu finden und wiederzubeleben. Nach seiner Einsicht von 1897, daß viele der frühkindlichen „Erlebnisse“ in Wahrheit Phantasien oder Imaginationen der Patienten waren, galt die therapeutische Arbeit nicht mehr den Erinnerungen des historischen Augenblicks der Verführung, sondern der „subjektiven Realität“ des Patienten. Diese subjektive Realität wirkt in

den aktuellen Übertragungsbeziehungen des Patienten fort, so daß eine analytische Behandlung nicht nur dem Ursprung dieser Phantasien, sondern auch ihren aktuellen Darstellungen in der Beziehung zum Analytiker gelten muß. Indem *Freud* mit dem Wechsel von der „praktischen Realität“ zur „psychischen Realität“ den Gegenstand der Psychoanalyse änderte, wechselte er auch die Ziele der analytischen Therapie. War es zuvor die Entdeckung des frühkindlichen Traumas gewesen, mußte nunmehr die subjektive Interpretation der Welt zum Gegenstand der Psychoanalyse gemacht werden. Während die Wiedererinnerung der verdrängten traumatischen Erfahrung ein vollständig erreichbares Ziel zu sein schien, muß die Arbeit an der psychischen Realität unvollständig bleiben, d.h. die Ziele der Psychoanalyse sind nicht mehr absolut zu beschreiben, sondern nur noch relativ in Bezug auf die Symptomatik und den Leidensdruck der jeweiligen Person.

Perls' Kritik an der traumazentrierten Psychoanalyse kann streng genommen nur der älteren Auffassung von *Freud* gelten. Insofern hat *H. J. Walter* (1977, 6) recht, daß *Perls* „mit seinen eigenen Vorstellungen offene Türen einrennt“. Dennoch ist die psychoanalytische Arbeit im Unterschied zur Gestalttherapie vorwiegend auf die Vergangenheit gerichtet (*Freud*: „regredient“), so daß *Perls* zu Recht in Anspruch nehmen kann, stärker als *Freud* die Gegenwartsorientierung und das Wachstum der Persönlichkeit in der Therapie zu fördern. In der Integrativen Therapie kommt noch der Zukunftsbezug hinzu (*Petzold* 1981b).

2.1.6 Psychoanalytische Einflüsse auf die Gestalttherapie

2.1.6.1 Der Einfluß Ferenczis auf die Gestalttherapie

Es ist anzunehmen, daß *Perls* in seiner Auseinandersetzung mit *Ferenczi* über seine Analyse bei dem *Ferenczi*-Schüler *Harnick* eine Reihe von Anregungen für seine therapeutische Sicht erhielt. Folgende Parallelen zwischen *Ferenczi* und *Perls* sind feststellbar; sie beziehen sich vor allem auf die therapeutische Beziehung und das therapeutische Handeln (vgl. *Cremerius* 1983b).

Perls folgt der Skepsis *Ferenczis* gegenüber der Lehre von der konstitutionellen Natur der Triebe. *Ferenczi* definiert „das Böse, das Negative als Folge von fehlerhaftem Verhalten der Umwelt, nicht als mitgegebene Triebqualität“ (*Cremerius* 1983b, 997). Ganz ähnlich nimmt die Gestalttherapie an — in Übereinstimmung mit der humanistischen Psychologie —, daß der Mensch von Natur aus „gut“ sei und das Potential für seine Entwicklung in sich trage. Sowohl *Ferenczi* als auch *Perls* betonen die exogenen Einflüsse in der Genese neurotischer

Erkrankungen. Beide halten die Sexualtheorie der Psychoanalyse für überbewertet und revidierungsbedürftig. In der Bedeutung der Offenheit der therapeutischen Methoden und Techniken angesichts strukturell Ich-gestörter Patienten besteht eine große Übereinstimmung zwischen *Ferenczi* und der Arbeit in der Gestalttherapie: nach *Ferenczi* hat sich der Therapeut in der Wahl seiner Methoden nach dem Patienten zu richten. Besonders in der Arbeit mit „frühgestörten“ Patienten muß der Therapeut seine abstinente Haltung teilweise aufgeben, um den Klienten „erreichen“ zu können. „Der Analytiker (dürfe) nicht in der klassischen Beobachtungsposition verharren, er müsse die Regression des Patienten mit einer eigenen Regression begleiten. Zum anderen meint er (*Ferenczi*), daß eine Verständigung über Gesten und Gebärden, unter Umständen sogar über körperliche Berührungen mehr leiste, als es Worte vermögen. Er begründet Letzteres damit, daß es frühinfantile pathogene Seeleninhalte gebe, die nie bewußt waren und deshalb nie erinnert werden könnten. Sie würden aus der Periode der ‚unkoordinierten Gesten‘ oder der ‚magischen Gebärden‘ stammen (1921, 92)“ (*Cremerius* 1983b, 999). Mit der Deutung in einer neutralen objektiven Distanz der Anonymität sind diese Patienten nicht erreichbar. Deutungen wenden sich an den Intellekt, die Einsichtsfähigkeit des Patienten, die zur damaligen Entstehungszeit der Störung noch nicht ausgebildet waren. Anstelle von Einsicht und Durcharbeiten muß nach *Ferenczi* das Erleben, die emotionale Erfahrung gesetzt werden. An die Stelle der Deutung tritt die reale Aktion, das Als-Ob der Mütterlichkeit wird durch das Angebot realer Mutter-Qualitäten ersetzt (*Cremerius* 1983b, 996).

2.1.6.2 Ähnlichkeiten zwischen dem Ansatz von *Schultz-Hencke* und der Gestalttherapie

Obwohl in den Schriften von *Perls Schultz-Hencke* nicht auftaucht, ist anzunehmen, daß eine Beeinflussung stattfand, da *F. Perls* einen Teil seiner psychoanalytischen Ausbildung am Berliner Institut erhielt (s. auch *Hartmann-Kottek-Schroeder* 1983, 284).

Die besondere Leistung von *Schultz-Hencke* besteht in der Beschreibung der sekundären und tertiären Folgen neurotischer Erkrankung: damit sind charakterliche Strukturen wie Gehemmtheiten und Haltungen, Riesen-, Fehlerwartungen, Bequemlichkeit, Kompensation bzw. Hyperkompensation, Enttäuschtheiten, Arbeitsstörungen u.a. gemeint. *Schultz-Hencke* zeigt, daß diese sekundären bzw. tertiären Folgen in der Lebensgeschichte des Menschen zu quasi-autonomen Strukturen erstarren. Sie stehen nicht mehr in unmittelbarer Beziehung zum

primären neurotischen Konflikt und bedürfen daher eigener therapeutischer Bearbeitung.

Perls verzichtet ganz auf die gezielte Behandlung des Kernkonflikts und geht von den jeweiligen Störungen im „Hier-und-Jetzt“ aus. Er ist der Meinung, daß Störungen sich zu jeder Lebenszeit entwickeln können und ihre Quellen nicht nur in der kindlichen Entwicklung zu finden sind.

Schultz-Hencke nimmt an, daß sich die Gehemmtheiten und Haltungen eines Menschen in allen seinen sozialen Beziehungen abbilden und dort auch erkennen lassen. Daraus folgt für ihn, daß man die Neurose eines Menschen teilweise auch außerhalb einer Übertragungsbeziehung bearbeiten kann: es mag genügen, die aktuelle Beziehungsstruktur zur sozialen Umwelt gemeinsam mit dem Analysanden zu betrachten und auf ihre neurotischen Einflüsse hin zu analysieren. Ganz entschieden fordert *Schultz-Hencke* von seinen Analysanden, die im analytischen Prozeß gewonnenen Erkenntnisse außerhalb der Analyse anzuwenden. Er scheute sich nicht, seinen Patienten Ge- oder Verbote aufzuerlegen, um sie mit ihren Konflikten im Alltag zu konfrontieren. Diese Haltung erinnert an das Verhalten eines Pädagogen, der mit Blick auf seinen Zögling bestimmte Lernziele verfolgt. Mit dem abstinenteren Handeln des „klassischen“ Analytikers, der dem Patienten sein Ziel und seinen Weg überläßt, ist sie hingegen unverträglich. In diesem Vorgehen von *Schultz-Hencke* besteht eine große Übereinstimmung zu gestalttherapeutischer Arbeit, *Polster* und *Polster* (1975) zählen zum experimentierenden Handeln des Therapeuten die Verteilung von „Hausaufgaben“ an ihre Patienten, um sie in bestimmten Fertigkeiten zu üben. *Petzold* (1977 a, 281) betont die Wichtigkeit von Transferhilfen in der „Phase der Neuorientierung“ des Klienten. Diese Phase ist gekennzeichnet durch verhaltensmodifizierende Zielsetzung; die Veränderung und Erprobung der gewonnenen Einsichten bzw. des veränderten Verhaltens können teilweise auch durch Verhaltensprogramme oder ein gezieltes Transfertraining gefestigt werden.

2.1.6.3 *Karen Horney's Einfluß auf die Gestalttherapie*

Fritz Perls war bei *Karen Horney* eine kurze Zeit Lehranalysand und hatte bei ihr später Kontrollanalysen. Sie war für ihn die einzige Person, der er vollständig vertrauen konnte (*Rubins* 1980, 129). Von ihr erhielt er „menschliche Teilnahme ohne Terminologie“ (*F. Perls* 1969a). Gemeinsamkeiten zwischen ihrer neopsychoanalytischen Arbeit und der Gestalttherapie von *F. Perls* sind deutlich erkennbar: Beide vertreten das Konzept der Selbstverwirklichung, der angebore-

nen Tendenz des Individuums, seine Potentiale zu entfalten, entsprechend einer organismischen Weisheit. Beide lehnen die Ansicht *Freuds* ab, wonach der innerste Kern des Menschen antisozial bleibt (*Horney* 1950).

K. Horney war eine der ersten Analytiker, die die Bedeutung der soziokulturellen Faktoren als Ursache emotionaler Krankheiten betonten. Sie stimmt hierin mit *Perls* überein, der Neurosen als Ausdruck der Gesellschaft bezeichnete.

Gemeinsamkeiten bestehen ebenso in der therapeutischen Hauptzielsetzung: Förderung des Verantwortungsgefühls, der Spontaneität, des Selbstvertrauens und der Aufrichtigkeit (*Chrzanowski* 1977) und in behandlungstechnischen Konzepten z. B. Arbeit „im Sitzen“.

2.1.6.4 *Der Einfluß von Wilhelm Reich auf die Gestalttherapie*

Perls ging auf Anraten von *Karen Horney* bei *Reich* in die Analyse, weil sie glaubte, daß er der einzige sei, der mit *Perls*' Widerstand arbeiten könne.

Reichs Einfluß auf die Gestalttherapie zeigt sich in der Aufmerksamkeit für die Körperlichkeit des Klienten. Obwohl *Perls* (*Perls et al.* 1951, 236, 218, X) sich gegen ein Aufbrechen des „Charakterpanzers“ wendet, stimmt er mit *Reich* überein, daß die psychischen Realitäten körperliche Spuren setzen.

„*Reichs* wesentlichster Beitrag zur Entwicklung der Gestalttherapie ist seine Erkenntnis der Identität von Muskelspannung (Verkrampfung) und Charakterbildung. Der Charakterpanzer, dessen Epitome der Zwangscharakter ist, ist eine fixierte Gestalt, die zum Block wird in der fortlaufenden Gestaltentwicklung“ (*L. Perls* 1980, 257).

Gemeinsamkeiten bestehen in beiden Richtungen weiterhin in der positiven Auffassung der Aggression sowie in dem Konzept der Angst als Katastrophenerwartung und Atemhemmung, schließlich in der Möglichkeit direkter Körperinterventionen, die *Reich* — und über ihn und über *Lore Perls* — auch *F. Perls* von der Berliner Atemlehrerin *Elsa Gindler* übernahm (*Petzold* 1984c).

2.1.7 *Das Psychodrama (Moreno), das „therapeutische Theater“ (Iljine) und der Expressionismus*

Während in den Persönlichkeitstheorien des Psychodramas und der Gestalttherapie bedeutende Unterschiede zu sehen sind — *Moreno* lehnt z.B. das gestaltpsychologische Prinzip der Übersummativität entschieden ab — bestehen große Gemeinsamkeiten zwischen beiden Verfahren im therapeutischen Handeln. Beide pflegen das kreative Experimentieren, das Vergegenwärtigen pathogener Szenen in der

Gegenwart und die damit verbundene Katharsis im Handeln. Beide sind vom expressionistischen Theater beeinflusst. *Perls* spielt kleine Rollen am Theater *Max Reinhardts* (*Gains* 1979) Durch seine Kontakte zu dem expressionistischen Schriftsteller *Friedlaender* und den Berliner Künstlerkreisen nimmt *Perls* Eindrücke in sich auf, die die Gestaltungstherapie nachhaltig prägen sollten. *Petzold* (1984 a) bezeichnet sie geradezu als "expressionistische Therapie", weil sie wesentliche Elemente des expressionistischen *Zeitgeistes* bewahrt hat. Dies hat sie mit dem Psychodrama *Morenos* und dem therapeutischen Theater *Iljines* gemein (vgl. *Petzold*, dieses Buch S.111-215).

Perls begegnete *Moreno* nach seiner Übersiedlung in die USA 1947. Er erhält zahlreiche Anregungen von ihm: Rollenspiel, Rollentausch, „leerer Stuhl“. *H. Petzold*, ein Schüler von *Perls*, *Moreno* und *Iljine*, verwendet in seiner *Integrativen Therapie* das Konzept der Bühne, der Szene und des Skripts. Jede erlebte Szene ist eine Ganzheit, sie ist „holographisch“ (*Petzold* 1981a); in jeder Sequenz ist der Gesamtkontext enthalten und kann dort hervorgeholt werden. Dies kann in einem „innerpsychischen Drama“ geschehen, indem sich der Patient mit verschiedenen Anteilen seines Selbst identifiziert. Oder er wird bei einem gruppenorientierten Vorgehen ein Akteur in einem Psychodrama. Angestrebt ist, die verinnerlichten Strukturen durch die Vergegenwärtigung begreifbar und verfügbar zu machen und sie in neue Szenen kreativ einzubetten. „Integration und Kreation werden damit als die beiden zentralen Prozesse betrachtet, die das menschliche Leben bestimmen“ (*Petzold* 1981a, 52).

Die Methode des „therapeutischen Theaters“ wurde von *Iljine* (1972) entwickelt. Der russische Biologe, Mediziner, Philosoph und Psychologe *V. Iljine* (1879-1974) arbeitete mit psychisch Kranken, indem diese in eigens konzipierten Theaterstücken ihre eigene Thematik spielen konnten (*Petzold* 1973, 1982 e). *Iljine* war bei *Ferenczi* in Analyse gewesen. Dessen erlebnisaktivierender Arbeitsstil regte auch *Iljines* Methode und die seines Analysanden und Schülers *H. Petzold* an. *Iljine* und *Petzold* bevorzugten eine multimodale Vorgehensweise; sie suchen der Komplexität psychosozialer Prozesse in der Anwendung interdisziplinärer Konzepte gerecht zu werden.

„Die menschliche Wirklichkeit ist polymorph und jede Wissenschaft, jede Disziplin vermag nur einen Aspekt der Vielfalt zu erfassen. Die Perichorese der unterschiedlichen Vorstöße ermöglicht eine Annäherung an das Ganze; das aber ist das Wirkliche“ (*Iljine* 1942, 6).

2.2 Zeitgeschichtlicher Kontext

In der Zeit kurz vor und nach dem Zweiten Weltkrieg entstanden Therapieformen, die einen engen Leib-Körper-Bezug herstellten: die Gestalttherapie (Perls 1942; Perls, Hefferline, Goodman 1951), die Arbeit Gindlers (Brooks 1979; Kirchmann 1979), die Therapie von Reich (1948) und in seiner Nachfolge die Bioenergetik Lowens (1975). Darin könnte man eine Reaktion auf das Erleben zweier Weltkriege sehen, einen Wunsch, sich mit dem Lebenssinn auseinanderzusetzen und angesichts der offenbar gescheiterten rationalen Lebensbewältigung den körperlich-unmittelbaren Zugang zur Welt wieder zu entdecken (Branger 1983; Petzold 1984 b).

Es ist wohl kein Zufall, daß die Gestalttherapie zuerst in Amerika ihren „Durchbruch“ erfuhr, und daß es der persönliche therapeutische Stil von Fritz Perls war, der das Verfahren explosionsartig bekannt werden ließ. Es entsprach dem „American way of life“: Das schnelle kurze Eintauchen in therapeutische Prozesse mit konfrontierenden Übungen wie dem „hot seat“, ohne die Bedingung einer kontinuierlichen Arbeit an sich selbst. In der Workshop-Aera spiegelt sich die „plastic society“ (F. Perls 1969a, 6) oder wie L. Perls sagte:

„I feel suspicious about instant intimacy, instant sex, instant something or other, instant joy. Joy is a byproduct. Happiness is a byproduct of good functioning. But suffering is also a part of living and working, it is not only a curse. I have written some thirty years ago, a long article on the reinterpretation of suffering, from biblical times on“ (L. Perls 1982, 24).

Der gestalttherapeutische Stil von Paul Goodman und Lore Perls, die auch sozialkritische Ziele verfolgten und eine andauernde, disziplinierte Reflexion der eigenen Arbeit forderten, eignete sich weniger für einen „Psycho-Boom“. Gerade dieser Zweig der Gestalttherapie enthält jedoch wichtige innovative Impulse, z.B. die Erkenntnis, daß Psychotherapeuten Symptome am „social body“ sind (Goodman 1946, Petzold 1978c, Besems 1977b). Es ist Goodman in seiner theoretischen Begründung der Gestalttherapie gelungen, auf die Natur des Menschen zu rekurrieren und zugleich eine sozialkritische Ebene einzubeziehen (vgl. Blankertz 1984).

2.2.1 Persönlichkeiten der Begründer

Friedrich Salomon Perls wurde 1883 als drittes Kind und einziger Sohn in Berlin geboren (vgl. Shepard 1975; Gains 1979). Das jüdische Milieu und die aufstrebende, kleinbürgerliche Mentalität einer Weinhändlerfamilie prägten seine ersten Lebensjahre. Zu seinem patriarchalischen Vater entwickelte er eine zwiespältige Einstellung: ein Gemisch

aus Auflehnung und Bewunderung. Zur Mutter fand *Perls* eine innigere Beziehung. Sie vermittelte ihren Kindern Elemente ihrer eigenen traditionsbewußten Erziehung. Sie war es, die die geistige und kulturelle Entwicklung ihrer Kinder förderte. Der Jugendliche *Fritz Perls* galt als aufsässig und erziehungsschwierig (Schulverweis). Seine Neigung zum Nonkonformismus, seine Rebellion gegen verkrustete Strukturen und Autoritäten behielt er zeitlebens bei, ebenso wie seine unbeugsame Einstellung und das oft autoritäre Verhalten. Schon während seiner Jugendzeit war *Fritz Perls* vom Theater fasziniert. Diese Faszination und die Vorliebe zu Kontakten mit Intellektuellen und Künstlern hielt beinahe sein ganzes Leben an. (*Petzold* 1984 a)

Nach seinem Medizinstudium (Promotion 1921 in Berlin) verkehrte er fast überwiegend in Künstlerkreisen. Er setzt sich mit dem Bauhaus auseinander und orientierte sich an dem expressionistischen Schriftsteller und Philosophen *S. Friedlaender* und dem Anarchisten *G. Landauer*. Aus der Begegnung mit *Friedlaender* übernahm er für die Gestalttherapie das „differentielle Denken“ (*Branger* 1983).

Nach intensiver Auseinandersetzung mit *Freuds* Werken begann *Perls* 1925 mit einer psychoanalytischen Ausbildung in Berlin. Ein Jahr später wechselte er nach Frankfurt, um bei dem gestaltpsychologisch orientierten Neurophysiologen *Kurt Goldstein* als Assistent zu arbeiten. Sowohl in seiner Arbeit mit *Goldstein* als auch durch die Bekanntschaft mit der Psychologiestudentin *Lore Posner*, seiner späteren Frau, fand *Fritz Perls* Zugänge zur Gestaltpsychologie.

Lore (Laura) Posner wurde 1906 in Pforzheim geboren. Ihr ebenfalls jüdisches Elternhaus war das einer großbürgerlichen, weltoffenen Kaufmannsfamilie. Bereits in der Kindheit wurde sie an die humanistischen Bildungsideale herangeführt und übte sich in Kunst, Musik (sie spielte sehr gut Klavier) und Bewegung (Tanz). Ihr früher Zugang zu körperlichem Ausdruck und Kreativität beeinflusste später das Konzept der Gestalttherapie. Mit der ihr eigenen Offenheit setzte sie sich früh mit der Eurythmie *Rudolf Steiners* auseinander und später mit dem Bewegungsansatz von *E. Gindler*, *F. M. Alexander* und *M. Feldenkrais*. Sie selbst betont jedoch, daß der Körperansatz in ihrer gestalttherapeutischen Arbeit aus ihrem Zugang zum „modern dance“ stammt.

„I knew the work of Feldenkrais thirty years ago and it was nothing new to me because my body approach in Gestalt doesn't come from Wilhelm Reich or Moshe Feldenkrais or F. M. Alexander or J. L. Moreno or anyone, but it comes from modern dance which I've been doing since I was eight years old (*L. Perls* 1982, 4).

Lore Posner studierte in Frankfurt Psychologie. Sie setzte sich intensiv mit der Gestaltpsychologie auseinander und promovierte über ein gestaltpsychologisches Wahrnehmungsthema bei *Gelb*. Jahrelang studierte sie bei *Goldstein* und beteiligte sich an experimentellen Untersuchungen über Hirnverletzungen. In der Philosophie beschäftigte sie sich vor allem mit der Existentialphilosophie. Sie las neben *Nietzsche* auch *Kierkegaard* und *Heidegger* und hatte lange Zeit Kontakte zu *Paul Tillich*. Den Zugang zur Phänomenologie erhielt sie über *Scheler* und *Husserl*. Anders als *Fritz Perls* lernte sie die Psychoanalyse später als die Gestaltpsychologie kennen.

„I was first a gestaltist and then became an analyst. Fritz was an analyst first and then came to gestalt and never quite got into it“ (*L. Perls* 1982, 5).

In der Zeit, in der sie bei *Goldstein* arbeitete, begann *Lore Posner* ihre psychoanalytische Ausbildung. Ihre Lehranalyse bei *Karl Landauer* (der zusammen mit *Frieda Fromm-Reichmann* — ihrer Kontrollanalytikerin — und *Heinrich Meng* das Frankfurter Psychoanalytische Institut aufbaute) dauerte zweieinhalb Jahre und endete 1928/29.

Fritz Perls setzte seine analytische Ausbildung in Frankfurt bei *Klara Happel* für ein Jahr fort. Seine anschließende Analyse bei *Harnick* brach er nach kurzer Zeit ab. Der überlieferte Grund ist die Verheiratung mit *Lore Posner* (1930). Der „innere Anlaß“ ist wohl in der entbehrungsreichen analytischen Arbeit bei *Harnick* zu sehen, mit der *Perls* nicht zurechtkam. *Perls* arbeitete dann kurze Zeit mit *Karen Horney* und anschließend mit *Wilhelm Reich*. Dessen offeneres analytisches Handeln, seine politische Orientierung und seine Rebellionsbereitschaft stießen bei *Fritz Perls* auf Resonanz und Sympathie.

1933 entschlossen sich *Lore* und *Fritz Perls*, Deutschland zu verlassen und mit der eben geborenen Tochter nach Amsterdam zu emigrieren. Von dort wanderten sie nach Südafrika aus und gründeten — u. a. auf Bestreben von *Ernest Jones* — in Johannesburg ein psychoanalytisches Institut.

1936 hielt *Fritz Perls* auf dem Psychoanalytischen Kongreß in der Tschechoslowakei einen Vortrag über „Orale Widerstände“. Mit seiner These, daß der Säugling mit seiner Nahrungsaufnahme einen Beziehungsmodus mit der Umwelt findet, der sein soziales Leben bis ins Erwachsenenendasein prägt, stieß *Perls* bei den Kongreßteilnehmern auf massive Ablehnung. Die von *Fritz Perls* intensiv gewünschte Anerkennung durch *Freud* blieb ihm versagt. Diese Enttäuschung beeinflusste ihn tief und erklärte seine Polemik und sein Bestreben, sich fortan von der Psychoanalyse zu distanzieren. (Sein erstes Buch „Ego, Hun-

ger, Aggression" (1942) trägt den Untertitel: „Eine Revision der Theorie und Methoden Freuds“).

1946 verließ *Fritz Perls* Südafrika aus politischen Gründen und ging nach New York. Ein Jahr später folgte *Laura Perls* mit den beiden Kindern. Sein beruflicher Start als Therapeut in den USA wurde von *Karen Horney* und *Erich Fromm* unterstützt. *Fritz Perls* schloß sich einer Gruppe Neo-Freudianer um *Sullivan* an, die eine direktere und offenere Beziehung zwischen Patient und Therapeut forderten. Vom *William Alanson White Institute* wurde *Perls* die Funktion eines Lehrtherapeuten angeboten. Wegen der Bedingung, das amerikanische Arztexamen nachzuholen, lehnte er jedoch ab. Wie in der frühen Bauhaus-Zeit in Berlin verkehrte *Fritz Perls* wieder in Künstler- und Intellektuellenkreisen. Dort erhielt er Unterstützung und weitere Impulse, sein Leben direkter, gegenwärtiger, ungebundener zu leben.

Bereits 1942 hatte *Perls* ein Manuskript über den von ihm und *Lore Perls* gemeinsam entwickelten neuen therapeutischen Ansatz geschrieben, den er eine zeitlang „Concentration therapy“, später „Theorie und Methodik der Persönlichkeitsintegration“ nennen wollte. Er suchte einen Autor zur Überarbeitung seines Konzeptes und stieß dabei auf *Paul Goodman*, von dem er bereits in Südafrika Veröffentlichungen gelesen hatte.

Paul Goodman war ein engagierter Sozialkritiker und Anhänger des amerikanischen Bauhauses, der sich schriftstellerisch mit Themen zur Philosophie, Pädagogik, Anthropologie, Ökonomie, Soziologie und Psychologie auseinandersetzte. (Eine kritische Würdigung des sozialphilosophischen Werkes von *P. Goodman* schrieb *S. Blankertz*, 1984). *Paul Goodman*, ebenfalls jüdischer Abstammung, wurde 1911 in Greenwich Village, New York, geboren. Vernachlässigt von den Eltern wuchs er bei seiner Schwester und verschiedenen Tanten auf. 1931 begann er an der Universität von Chicago, der Wirkungsstätte von *Dewey* und *Mead*, Literatur und Philosophie zu studieren. Er lebte in sehr bescheidenen materiellen Lebensverhältnissen und begann früh mit literarischen Schriften und Veröffentlichungen. In seiner ausgeprägten geistigen Beweglichkeit setzte er sich mit fast allen bekannten Philosophien, pädagogischen Ansätzen und Hauptströmungen der Psychologie auseinander und verschaffte sich rasch eine außergewöhnlich breite Bildung. Nach seiner Promotion in Literaturwissenschaften lehrte *Goodman* an der University of Chicago. Diese und weitere Lehrstellen (*Mamumity School*, *Black Mountain College*; s. *Blankertz* 1984, 8) verlor er jedoch, weil er sich offen für die gesellschaftliche Anerkennung der Homosexualität einsetzte.

Goodman führte ein bewegtes Leben mit einem Einkommen — durch Schriftstellerei — knapp über dem Existenzminimum. Seine Ablehnung des Konsumzwanges und seine kritische Einstellung gegenüber dem Wehrdienst ließen ihn in den sechziger Jahren zu einem der geistigen Führer der rebellischen Jugendlichen werden. Seine sozialkritischen Gedanken schrieb er vorrangig in dem Werk „The May Pamphlet“ (1945) nieder. *Goodmans* geistige Vielseitigkeit, seine Auseinandersetzung mit der Phänomenologie, seine Sympathie mit dem Anarchismus, seine innere Verbindung zum Bauhaus, seine fundierten Kenntnisse der psychoanalytischen Theorie (*Freud*) und die eigene lange Analyse bei *Wilhelm Reich* fanden zahlreiche Parallelen in den Einstellungen von *Fritz* und *Lore Perls*. *Goodman* hatte sowohl die Fähigkeit, sich in die Gedankenwelt anderer einzufühlen, als auch die Gabe, die von *Perls* in kreativer Fülle vorgebrachten Ideen nach theoretischen Gesichtspunkten zu ordnen. Zwischen Herbst 1949 und Frühjahr 1950 entstand das Buch „Gestalt Therapy“, das ursprünglich lediglich eine literarische Überarbeitung durch *Goodman* sein sollte. In der Auseinandersetzung mit *Perls* wandte sich *Goodman* von der Psychoanalyse *Sigmund Freuds* und *Wilhelm Reichs* ab, richtete sich aber auch gegen den erstarkenden Behaviorismus und fand eine positive Einstellung zur Gestaltpsychologie. 1951 erschien „Gestalt Therapy“ — nach einer schwierigen Namensfindung. In „Ego, Hunger and Aggression“ hatte *S. F. Perls* sein psychotherapeutisches Handeln als „concentration therapy“ bezeichnet. Dieser Name paßte nicht mehr, da Konzentration nicht länger ein Schlüsselwort in der Therapie darstellte. *Lore Perls* Vorschlag, den Ansatz „existential therapy“ zu benennen, wurde wegen der populären Assoziation zu *Sartres* und *Camus'* nihilistischer Einstellung verworfen, die konträr zur gestalttherapeutischen Auffassung vom „creative adjustment“ stand. Die Bezeichnung „Gestalttherapie“ wurde von den damals führenden Gestaltpsychologen, vor allem *W. Köhler*, abgelehnt, was *Lore Perls* vorausgeahnt hatte:

„Actually when we first started we wanted to call it ‚existential therapy‘ but then existentialism was so much identified with Sartre, with the nihilistic approach, that we looked for another name. I thought that with Gestalt therapy, with the word ‚Gestalt‘ we could get into difficulties. But that criticism was rejected by Fritz and Paul“ (*L. Perls*, ibid. 1982, 13).

Obwohl *Goodman* wußte, daß die Theorie der Gestaltpsychologie nur ein theoretischer Teil des therapeutischen Ansatzes war, schrieb er in einem Brief an *W. Köhler*:

... the traditional Gestalt Psychology will get more profit from our use of that language than our book will get from being called Gestalt Therapy" (zit. nach *Stoehr* (Ed.) 1977, XIX).

Goodman selbst fühlte sich vor allem den Gedanken *Husserls*, *Meads* und *Deweys* verbunden. Sein Anteil an der theoretischen Fundierung der Gestalttherapie ist bedeutend.

„Paul was originally hired as an editor, but then he constituted so much, particularly to the second part, which without him, would never have become a coherent theory, that Paul became a co-author“ (*L. Perls* 1982, 13).

Von ihm stammen nachweislich die Kapitel „The Anti-social and Aggression“; „Human Nature and the Anthropology of Neurosis“; „Verbalisation and Poetry“. Die Schärfe der *Freud*-Kritik in „Gestalt Therapy“ ist untypisch für *Goodman*. In seinen früheren Schriften (vgl. *Goodman* 1971) hatte er sich mit großer Hochachtung über *Freud* geäußert, auch wenn er dessen Positionen nicht immer teilte. Es ist anzunehmen, daß *Perls* und *Hefferline* mit ihrem Buch eine „Schulengründung“ beabsichtigten und glaubten, sich besonders deutlich von der Psychoanalyse absetzen zu müssen.

Hefferline erprobte als Psychologieprofessor der Columbia-University *Perls'* therapeutischen Ansatz in der Ausbildung seiner Studenten. Von ihm stammt hauptsächlich der Übungsteil des Buches, der gegen den Willen der Autoren vom Verlag vorangestellt worden war, um auf der amerikanischen „How-to-do-Welle“ mitzuschwimmen.

Durch „Gestalt Therapy“ wurde *Goodman* ebenso bekannt wie *Perls* — letzterer als Therapeut und „Guru of the Here and Now“, *Goodman* als Sozialkritiker und „Dutch Uncle to the Youth Movement“ (*Stoehr* 1977, 23). *Goodmans* therapeutischer Zugang blieb immer sozialkritisch.

„Goodmans Therapie bestand in persönlichem und politischem Engagement, nicht in therapeutischen Techniken. Unter denen, die die Gestalttherapie zu einer Methode machten, um am Therapie-Boom teilzunehmen, war *Goodman* konsequenterweise schnell vergessen“ (*Blankertz* 1984, 11).

2.2.2 Wirkungsgeschichte, Anfänge der Gestalttherapie

Mit der Veröffentlichung des Buches „Gestalt Therapy“ (1951) wurden die therapeutischen Ansätze von *Lore* und *Fritz Perls* bekannter. Eine Gruppe von Schülern und Freunden, *C. P. Weisz*, *E. Shapiron*, *I. From* u. a. trafen sich zum regelmäßigen Erfahrungsaustausch. 1952 wurde das New York Institute for Gestalt Therapy gegründet, und anfangs hauptsächlich von *Lore* und *Fritz Perls* und *Paul Goodman* getragen. Bereits der erste gestalttherapeutische Kursus, der am New York Institute for Gestalt Therapy angeboten wurde, war mit vierzig

Teilnehmern überfüllt. 1953 wurde das Cleveland Institute for Gestalt Therapy gegründet. *Fritz* und *Lore Perls*, *Paul Weisz* und *Goodman* pendelten zwischen New York und Cleveland, später kam *Isadore From* hinzu. Die Zeit der Workshops begann; es wurden sowohl Einzel- als Gruppentherapien durchgeführt.

Lore Perls sicherte mit ihren integrativen Fähigkeiten das Überleben der beiden Institute. *Fritz Perls'* Persönlichkeitsstruktur erschwerte seinen Schülern die Zusammenarbeit. Seine Neigung, uneingeschränkt im Mittelpunkt zu stehen und seine Unfähigkeit, Kritik zu ertragen, entfremdeten ihn von fast allen seinen Mitarbeitern, auch von seiner Frau *Lore*.

„Fritz never could cope with peers for a long time. Actually we started drifting apart when I became a peer in experience and got growing reputation as a therapist. I stuck it out in New York. Fritz could never have stayed in New York. There was too much competition and criticism and Fritz felt devastated by the slightest criticism. Paul Weisz was very critical“ (*L. Perls* 1982, 15).

Fritz Perls geriet in die Rolle des unsteten, genialen Außenseiters mit häufigen Wechseln in der Praxisarbeit und der Lebensführung (u. a. Drogenerfahrung, selbstinduzierten paranoiden Zuständen). Er arbeitete überwiegend als Workshop- und Seminarleiter. Während sich *L. Perls* vorrangig um das New Yorker Institut kümmerte, baute *F. Perls* weitere Institute auf.

Eine Persönlichkeitskrise im Jahre 1960 veranlaßte *Fritz Perls*, sich in Japan mit dem Zen auseinanderzusetzen. Dort und in einem israelischen Kibbuz (Elat) wurde er vom Kibbuzgedanken inspiriert und gewann in der Gemeinschaft seine Lebenskraft und Kreativität zurück. Diese Erfahrung veranlaßte ihn später zur Gründung des Gestalt-Kibbuz am Lake Cowichan/Vancouver 1969. Dem Geist der Human-Potential-Movement, wie er ihn am Esalen-Institute (Big Sur, Hot Springs/California) lange zuvor gelebt und gelehrt hatte, fühlte er sich bis zu seinem Tod verbunden. *F. Perls* bestimmte mit seinem eigenwilligen Stil die Zeit der populären Breitenwirkung der Gestalttherapie. Besonders an der Westküste Amerikas wurde *F. Perls'* Arbeitsweise übernommen. Die stillere, kontinuierliche Arbeitshaltung von *Lore Perls*, die die frühen Prinzipien der Gestalttherapie beibehielt und die Zeit ihres Lebens auch mit Patienten arbeitete und nicht nur im Ausbildungsbereich tätig war, wurde erst bekannter, als eine Vielzahl von Gestalttherapeuten erkennen mußte, daß das Vorgehen von *Fritz Perls* eng an dessen Person gebunden war oder nur in bestimmten Praxisfeldern sinnvoll anwendbar ist.

In den letzten Jahren seines Lebens wandte sich *Fritz Perls* gegen die „showmäßige“ Art, wie Gestalttherapie von einigen betrieben wurde:

„I am very concerned with what's going on right now. — One of the objections I have against anyone calling himself a Gestalt Therapist is that he uses techniques. A technique is a gimmick. A gimmick should be used only in the extreme case. We've got enough people running around collecting gimmicks, more gimmicks and abusing them. These techniques, these tools, are quite useful in some seminar on sensory awareness or joy, just to give you some idea that you are still alive, that the myth that the American is a corpse is not true, that he can be alive. But the sad fact is that this jazzing-up more often becomes a dangerous substitute activity, another phony therapy that prevents growth“ (*F. Perls* 1969, 1).

F. Perls verstarb 1970 während einer Vortragsreise überraschend in Chicago; Ursache war ein Pankreas-Karzinom. (*Gains* 1979)

In Amerika bildeten sich bereits zu Lebzeiten von *Fritz Perls* zwei unterschiedliche gestalttherapeutische Schulen heraus: die Gestalttherapie der Westküste und der Ostküste. Wichtige Vertreter des „Westküstenstils“ sind *J. S. Simkin* (1976) und *C. Naranjo* (1983). Sie arbeiten hauptsächlich mit der Zielsetzung einer therapeutisch induzierten Persönlichkeitserweiterung. Dieser „Westküstenstil“ ist geprägt durch möglichst große Offenheit, totale Authentizität des Therapeuten und einem strengen Arbeiten im „Hier-und-Jetzt“. Es ist der Stil, den der späte *Perls* prägte: eine Zentrierung auf Einzelarbeit in der Gruppe. Die Zielgruppen sind die sogenannten „Normalneurotiker“; es handelt sich also eher um persönlichkeitsfördernde Maßnahmen als um Psychotherapie im klassischen Sinne. Ausbildungsinstitute mit dieser Prägung sind in Los Angeles und San Francisco.

Der „Ostküstenstil“ wird in den Ausbildungsinstituten u. a. in New York und Cleveland vertreten. Hier wird der gestalttherapeutische Arbeitsstil von *Lore Perls*, *Paul Goodman* und *Isadore From* gelehrt. Ihr therapeutisches Vorgehen ist stärker analytisch orientiert und ist gekennzeichnet durch eine selektive Offenheit bzw. Authentizität. Neben dem „Hier-und-Jetzt“ wird auch das „Dort-und-Damals“ und das Zukünftige in den therapeutischen Prozeß einbezogen. Der „Ostküstenstil“ ist klinisch orientiert; es ist eine psychotherapeutische Behandlungsmethode, die jedoch auch zur Persönlichkeitserweiterung eingesetzt werden kann. Ziele und Methoden orientieren sich am jeweiligen Stand des Klienten oder Patienten.

L. Perls betont, daß Gestalttherapie in Wirklichkeit nie eine Growth-Center-Methode sein könne. Sie weist darauf hin, daß jeder Psychotherapeut eine eigene Form der Gestalttherapie finden müsse, da Gestalttherapeuten sich selbst mit ihrem jeweiligen Lebenshinter-

grund, ihren professionellen Erfahrungen, Fähigkeiten und Zugängen zu ihrem Gegenüber einbezogen.

„Gestalt Therapy is existential, experiential and experimental. But what techniques you use to implement that and to apply it, that depends to the greatest extent on your background, on your experiences professionally, in life, your skills and whatever. The Gestalt Therapist uses himself and herself with whatever they have got and whatever seems to apply, at the time, to the actual situation: a patient, a group, a trainee, whatever“ (L. Perls 1982, 18).

In Europa wurde die Gestalttherapie durch H. Petzold, R. Cohn, J. Sieper und H. Heintl Anfang der siebziger Jahre bekannt. Nach einer expansiven Phase, in der sich die gestalttherapeutische „Landschaft“ breit auffächerte, bildete sich schon bald ein „Europäischer Stil“ aus, dessen Bestrebungen dahin gingen, die Vielfalt zu ordnen und die theoretischen Konzepte zu ergänzen und zu erweitern. Anknüpfend an die europäische Tradition sowohl der Gestaltpsychologie (W. Metzger, K. Lewin), der Hermeneutik, Phänomenologie und des Existentialismus (Merleau-Ponty, Marcel, Dilthey), als auch des Psychodramas (Moreno) entwickelte H. Petzold in Deutschland die Integrative Gestalttherapie bzw. Integrative Therapie. Übereinstimmend mit der klassischen Gestalttherapie verfolgt die Integrative Therapie das Ziel, abgespaltene Persönlichkeitsanteile zu integrieren und vorhandene Potentiale zu fördern. Dies kann aber nur gelingen, wenn die soziale Wirklichkeit, der gesellschaftliche Bezug berücksichtigt wird. Das „creative adjustment“ (Perls et al. 1951, 400ff.) muß durch ein „creative change“ (Petzold 1975) ergänzt werden.

„Integrative Therapie verbindet konflikt-zentriert-aufdeckendes Vorgehen mit erlebniszentrierter und übungszentriert-funktionaler Arbeit. Sie dehnt das Hier-und-Jetzt-Prinzip klassischer Gestalttherapie aus, indem sie die Zeitperspektive ausdehnt und die Verweisungshorizonte von Vergangenheit und Zukunft, das Zeitkontinuum und den sozialen und ökologischen Raum, den Kontext, mitberücksichtigt“ (Petzold 1978c, 1981, 1980a, 225). Integrative Therapie wird verstanden als Integrative Intervention. Diese umfaßt:

1. „Prophylaxe, d.h. präventive Interventionen zur Verhinderung des Abbaus oder der Störung von Kompetenzen und Performanz,
2. Erhaltung, d.h. konservierende bzw. stabilisierende Interventionen zur Erhaltung vorhandener Potentiale,
3. Restitution, d.h. reparative bzw. rehabilitative Interventionen zur Behebung oder Verbesserung geminderter bzw. gestörter Kompetenzen und Performanz,

4. Entwicklung, *evolutive* Interventionen zur Entfaltung und Förderung von Potentialen,
5. Daseinsbewältigung, d. h. *supportative* Interventionen als Hilfen beim Umgang mit irreversiblen Störungen und Minderungen,
6. Repräsentation, d. h. *politische* Interventionen zur Vertretung und Sicherung von Ansprüchen im gesellschaftlichen Kontext“ (Petzold 1980a, 226, vgl. Heekerens 1984).

2.2.3 Beziehung des Verfahrens und seiner Begründer zur Humanistischen Psychologie

Gemeinsames Anliegen der therapeutischen Verfahren, die sich der humanistischen Psychologie zugehörig fühlen, ist eine Erneuerung des psychologischen Denkens im Rückgriff auf Gedanken aus dem Humanismus, Existentialismus und der Phänomenologie. Nach *Graumann* (1977, 40) ist das Verbindende aller Humanismus-Konzeptionen eine Rückbesinnung auf „ursprüngliche Vorstellung von Humanität oder Menschlichkeit“. Die Gestalttherapie wird zu den therapeutischen Verfahren gezählt, die mit ihrem anthropologischen Bezug die Humanistisch-psychologische Bewegung wesentlich prägten, obgleich *Perls* der Bewegung immer mit einer gewissen Zurückhaltung gegenüberstand (*Gains* 1979).

Der Mensch wird in der Gestalttherapie als autonomes, aktives Selbst betrachtet, das nach Verwirklichung seiner vorhandenen Potentiale strebt. Das schließt die Auffassung ein, daß das Selbst als zentrales System rudimentär bereits zu Beginn des Lebens vorhanden ist. Es unterliegt nicht passiv „Triebchicksalen“ (wie in der psychoanalytischen Sicht), sondern besitzt eine autochthone Kraft, sich als organisches Ganzes zu entwickeln.

Der Mensch wird in der Integrativen Gestalttherapie „als Leib-Seele-Geist-Subjekt in einem sozialen und ökologischen Umfeld“ (*Petzold* 1974a) betrachtet, indem er durch Wahrnehmen, Erleben, Handeln, durch *Kontakt* mit seiner Leiblichkeit, den Dingen und den anderen Menschen seine Identität entwickelt und entfaltet (*Petzold* 1981b, 277f.). Die Achtung vor dem individuellen menschlichen Potential spiegelt sich in der therapeutischen Haltung wider: der Therapeut ist ein Katalysator in offener Begegnung, er begleitet seinen Patienten/Klienten auf seinem Weg, hilft ihm, kontakt- und damit erlebnisfähiger zu werden und die Verantwortung für sein Handeln und Entscheiden übernehmen zu lernen.

2.2.4 Gegenwärtige Situation, Verbreitung, Organisation, Form und Struktur der Ausbildung

Mehrere deutsche Institute bieten eine Ausbildung in Gestalttherapie an. Das größte und bekannteste Institut ist das „Fritz-Perls-Institut für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung“ (FPI) mit seinen Hauptsitzen in Mainz und Düsseldorf. (Der Name entstand in Anlehnung an *Perls* (1948) und seine „Theorie und Praxis der Persönlichkeitsintegration“). Es existiert seit 1972, initiierte die Ausbildungen in Österreich, der Schweiz und den skandinavischen Ländern und verfügt über ein detailliert ausgearbeitetes Curriculum. In vier- bis sechsjähriger berufsbegleitender Weiterbildung erhalten die Kandidaten eine fundierte psychotherapeutische Ausbildung. Die Gestalttherapie, die hier vertreten wird, baut auf dem Ostküstenstil auf, reflektiert aber auch europäisches Gedankengut (*Buber, Marcel, Merleau-Ponty, Dilthey, Ricoeur*). Das Bemühen richtet sich sowohl auf eine Vertiefung der theoretischen Reflexion des Verfahrens als auch auf einen Zuwachs an Verbreitung und Anerkennung der Gestalttherapie in der Bundesrepublik. Hierzu war es nötig, ein fundiertes und durchstrukturiertes Ausbildungsprogramm zu konzipieren und relativ strenge Auswahlkriterien zu setzen. Dies birgt zwar die Gefahr einer Formalisierung, schützt die Patienten aber vor Therapeuten, die sich ihre Kenntnisse und Handlungskompetenzen nur nach eigenem Ermessen angeeignet haben.

Die gestalttherapeutische Ausbildung am Fritz-Perls-Institut gliedert sich in drei Ausbildungszeige:

1. der psychotherapeutische Zweig der Integrativen Gestalttherapie (etwa 1.300 Ausbildungsstunden),
2. der soziotherapeutische Zweig der Integrativen Gestalttherapie (etwa 800 Stunden),
3. die Ausbildung zum Integrativen Bewegungstherapeuten (ca. 1.300 Stunden).

Die psychotherapeutische Ausbildung setzt ein Psychologie- oder ein Medizinstudium voraus. Für den soziotherapeutischen Zweig werden Berufstätige zugelassen, die in sozial/rehabilitativen und pädagogischen Bereichen arbeiten. Die Anzahl der bereits in Deutschland ausgebildeten Gestalttherapeuten am Fritz-Perls-Institut bzw. derjenigen, die sich in der Ausbildung befinden, umfaßt ca. 1.500 Personen. In Österreich und der Schweiz hat das FPI bzw. die entsprechenden Schwesterorganisationen (Sektion Gestalttherapie im ÖAGG und SGGG) jeweils ca. 300 Gestalttherapeuten und Ausbildungskandidaten.

3. Menschen- und Weltbild

In „Gestalt Therapy“ entwickelten *Perls* und *Goodman* (1951) eine holistische Auffassung vom Menschen, derzufolge Organismus und Umfeld in einem Interdependenzverhältnis zueinander stehen. Der Mensch als Organismus steht zu seiner Umwelt wesentlich in Beziehung. Der Organismus in seiner Ganzheit, mit seinen psychischen und leiblichen Aspekten, ist eingebettet in die umfassendere Totalität des Organismus/Umweltfeldes. Jedes Einzelereignis wird nur in Betrachtung des ganzen Feldes verständlich.

„No individual is self-sufficient; the individual can exist only in an environmental field. The individual is inevitably, at every moment a part of some field. His behavior is a function of the total field, which includes both him and his environment. The nature of the relationship between him and his environment determines the human being's behavior ... The environment does not create the individual nor does the individual create the environment. Each is what it is, each has its own particular character, because of its relationship to the other and the whole ... the environment and the organism stand in a relationship of mutuality to one another“ (*Perls* 1973, 15, 16, 17).

Begrifflichkeit wie Organismus, Homöostase, Selbstregulation verleiten zur Annahme, *Perls'* Menschenbild sei rein biologisch. *Perls* betont zwar das Vorhandensein eines biologischen Hintergrundes der Lebenswelt:

„Gestalt therapy has its support in its own formation because the gestalt formation, the emergence of the needs, is a primary biological phenomenon“ (*Perls* 1969, 17).

Am ehesten läßt sich jedoch sein Verständnis vom Organismus in Verbindung bringen mit der Organismusauffassung von *Leibnitz* und *Kant*, die dem Organismus eine ihm innewohnende Kraft, ein immanentes zweckhaftes Verhalten zuschreiben (organismische Weisheit).

Der Holismus von *J. S. Smuts* (1961), den *Perls* in Südafrika kennenlernte, beeinflusste sein Denken nachhaltig. Danach ist Strukturiertheit und Ganzheitlichkeit die grundlegende Daseinsweise der Materie. Die letztlich bestimmende Kraft, die sich als Antrieb zur Bildung aller komplexen Strukturen erweist, ist das Streben nach Ganzheit. Sowohl die Leib-Seele-Dichotomie als auch die Spaltung in eine innere subjektive und eine äußere reale Welt wird in diesem Denken aufgehoben (vgl. *Waldenfels* 1976; 1981).

Der Organismus-Begriff der klassischen Gestalttherapie erfährt in der Integrativen Therapie, wie sie von *Hilarion G. Petzold* konzipiert wurde, eine Veränderung. Er wird durch den Begriff des „personalen Systems“ ersetzt. *Perls'* relativ unsystematische philosophische Hintergrundkonzepte (*Friedlaender, Smuts, Buber, Husserl*) erhalten durch die Anthropologie von *Merleau-Ponty* eine Erweiterung. Implizit ist

seine Betrachtung des Menschen — fußend auf der Gestalttheorie, dem Existentialismus und der Verhaltenstheorie — im *Perls'schen* Gedankengut bereits angelegt. Es ist das Verdienst von *H. Petzold*, die existentialistischen, phänomenologischen und hermeneutischen Ansätze von *Merleau-Ponty*, *Ricoeur* und *Marcel* in die Gestalttherapie integriert zu haben.

Axiomatisch wird in der Integrativen Gestalttherapie angenommen,

„daß alles Sein Mit-Sein ist. Existenz ist niemals losgelöst aus einem Lebenszusammenhang. Die Gestalten heben sich vor einem Hintergrund ab, der Mensch ist ‚Leib-Seele-Geist-Subjekt in einem sozialen und ökologischen Umfeld‘. Aus der Interaktion mit diesem gewinnt er seine Identität. Weil der Mensch in einem konkreten historischen, ökologischen, politischen und sozialen Kon-Text steht, er in die Textur seiner Lebenswelt eingewoben ist, ist er wesensmäßig einbezogener. Er ist mit seinem Leib auf diese Welt gerichtet (*être-au-monde*), in der er sieht und gesehen wird, die er berührt und von der er berührt wird (*Merleau-Ponty*, 1964). Der Mensch existiert nicht in der Welt wie ein Fremder in einem unbekanntem Land, er existiert mit der Welt und auf sie hin“ (*Petzold* 1978c, 22).

Die Bezogenheit des Menschen, bei der es um das Verbindende, das Relationale geht, verdeutlicht sich in den Präpositionen: *mit*, *zwischen*, *zusammen* (*Petzold* 1980). Sie kennzeichnen das „*être-au-monde*“ des Menschen, der in fundamentaler Weise auf die Welt gerichtet ist und damit auch auf den anderen Menschen. Nur durch und mit den anderen kann er seine Identität gewinnen. Sein „Selbst kann man nur im Gegensatz zur Andersheit finden . . . immer dort, wo ich auf das andere treffe, ist die Grenze, dort ist Bewußtheit, dort ist Erfahrung“ (*Perls* 1980, 130).

„Der ursprüngliche, noch ungestaltete Sinn („*sens brut et sauvage*“, *Merleau-Ponty* 1964), der stumme Konsens, der sich im Ineinanderwirken der Geschehnisse und der Naturgesetze artikuliert (*C. F. Weizsäcker* 1971) und der auch hinter der Sprache, den sozialen Strukturen, den Abläufen der Geschichte steht (vgl. die Gedanken von *Merleau-Ponty*, *Lévi-Strauss*, *Foucault*, *Derrida*), aber bleibt nicht sprachlos. In Begegnung und Auseinandersetzung gewinnt er Bedeutung, intersubjektive Gültigkeit, wird Sinn als Konsens bewirkt. So ist ‚Sinn für mich‘ immer nur als ‚Sinn mit anderen‘, als intersubjektiver Konsens möglich“ (*Petzold* 1980a, 229).

Dieser Gedanke von *Merleau-Ponty* hat einen Gleichklang bei *Perls*, wenn er zur Selbstverwirklichung des Menschen seine Fähigkeit zählt, Verantwortung für sein Leben selbst zu übernehmen. *Responsibility* wird von *Perls* (1969, 52) verstanden als *response-ability*, d.h. um antworten zu können, muß die Voraussetzung erfüllt sein, in einen Dialog treten zu können. Das berühmte und umstrittene (vgl. *Cohn* 1975; *Petzold* 1980 a) — „*Gestalt Prayer*“ (*Perls* 1969): „*Ich bin Ich und Du bist Du*“ hat letztlich den Sinn, die Voraussetzung für den Dialog zu schaffen, für die Affirmation des späten *Perls* (1980): „Ich und

Du, das ist die Grundlage zum Wir, und nur gemeinsam können wir die Welt etwas menschlicher machen“ — denn „die Welt ist unsere Sache“ (Petzold 1968, 1974 b).

4. Persönlichkeitstheorie

4.1 Organismus

Perls ging zunächst vom Freudschen Strukturmodell aus, das er durch die gestalttheoretische Auffassung vom Organismus (Goldstein 1934) erweiterte. Neben einer ersten Prämisse, derzufolge die Organismus-Umwelt-Beziehung ein strukturiertes, dynamisches Ganzes ist, wird in der Gestalttherapie von einer zweiten Voraussetzung ausgegangen: dem Prinzip der *organismischen Selbstregulation*. Darunter wird eine dem Organismus innewohnende Kraft verstanden, seine Bedürfnisse zu befriedigen und zu wachsen. Die organismische Selbstregulation und die Selbstaktualisierungs-Tendenz ermöglichen eine kreative Anpassung des Organismus an seine jeweilige Umweltsituation.

„Every individual, every plant, every animal has only one inborn goal - to actualize itself as it is“ (Perls 1969, 33).

Sowohl die Befriedigung der Bedürfnisse als auch Wachstum sind nur möglich durch Kontaktaufnahme zwischen Organismus und Umwelt über die Sensomotorik des Organismus.

4.1.1 Fließgleichgewicht — homöostatische Balance:

Nach Perls wird alles Leben und Verhalten nach dem Prinzip der Homöostase reguliert (Perls 1976, 22). Der homöostatische Prozeß läuft beständig ab; es ist ein fließender Übergang von der Bedürfnisspannung zur Bedürfnisbefriedigung, von Spannung zu Entspannung, von figuraler Aufmerksamkeit zu allgemeinem Desinteresse. Der Prozeß der Organismus-Umwelt-Interaktion ist das Fließgleichgewicht, bei dem die Bedürfnisbefriedigung autonom nach den dem Organismus inhärenten homöostatischen Prinzipien erfolgt. In ständigem Wechsel bilden sich aus den jeweils möglichen organismischen Bedürfnissen wahrnehmbare Bedürfnis-Gestalten, von denen die organismisch dringendste in den Vordergrund tritt, zur Figur wird und nach Befriedigung verlangt. Danach tritt sie in den Hintergrund zurück, womit das Gleichgewicht wieder hergestellt ist. Der Zustand der Bedürfnislosigkeit wird von Friedlaender als „kreative Indifferenz“ bezeichnet, von Perls als Nullpunkt (Zero-Point).

4.1.2 Kontaktzyklus und Selbstregulation:

Goodman und *Perls* unterscheiden vier Stadien der Kontaktaufnahme:

1. Vorkontakt: Der Kontaktzyklus beginnt dadurch, daß auf dem Grund des Körpers sich das Bedürfnis oder der Umweltreiz wie eine Figur abzuheben beginnt.
2. Kontaktnehmen: Hintergrund wird jetzt die Erregung des Verlangens, während die Figur ein Objekt oder eine passende Phantasievorstellung wird. Dieses Stadium ist gekennzeichnet durch Auswählen und Verwerfen von Möglichkeiten, das „ad-gredden“, das Herangehen und Überwinden von Hindernissen, das absichtliche Sich-Orientieren und Zugreifen.
3. Kontaktvollzug: Körper und Umwelt werden zum Hintergrund, von dem sich die Figur deutlich abhebt.
4. Nachkontakt: Die Organismus-Umwelt-Interaktion ist wieder im Fluß; die Figur-Grund-Bildung ist aufgehoben und das Selbst verblaßt. Hiermit ist der Prozeß abgeschlossen (*Perls et al.* 1951, 404; Übers. 1979, 194).

Perls (1976) beschreibt zwei Prozesse, die sich wechselseitig beeinflussen, teilweise gegenläufig arbeiten und sich zum Teil ergänzen: einerseits das Streben nach Sicherheit, Stabilisierung, Gleichgewicht, und auf der anderen Seite der Impuls zum Wachstum und Reifen.

Integraler Teil der organismischen Selbstregulation ist die *awareness*, ein Zustand aufmerksamer Wachheit, mittels derer es dem Organismus gelingt, seine Bedürfnisse wahrzunehmen. Es ist eine ganzheitliche, intensive Art des Kontaktaufnehmens mit sich und der Umwelt; sie umfaßt den Menschen in seiner Totalität.

„Awareness is characterized by *contact*, by *sensing*, *excitement* and by *Gestalt formation*“ (*Perls et al.* 1951, VIII).

Awareness schließt die Wahrnehmung äußerer und innerer Wirklichkeiten ein, die immer nur gegenwärtig geschehen kann. *Perls* verwendet von daher Wirklichkeit (*reality*) und Gegenwärtigkeit (*actuality*) als Synonyme: „Now = experience = awareness = reality“ (1980, 235).

Awareness ist In-Kontakt-mit-Wirklichkeit-Sein, einer jeweils individuellen, subjektiven Wirklichkeit.

„... Wirklichkeit *per se* gibt es für den Menschen nicht. Sie ist für jedes Individuum, für jede Gruppe, für jede Kultur etwas Verschiedenes. Wirklichkeit wird durch die jeweiligen Interessen und Bedürfnisse des Individuums bestimmt. Alles fließt; alles ist im Wandel. Erst wenn wir überwältigt worden sind von der unendlichen Verschiedenheit

der Vorgänge, die das Universum konstituieren, können wir die Bedeutung des Organisationsprinzips verstehen, das aus dem Chaos Ordnung schafft; nämlich die Figur-Grund-Formation. Was jeweils das im Vordergrund stehende Bedürfnis des Organismus ist, läßt die Wirklichkeit so erscheinen, wie sie erscheint. Es läßt solche Gegenstände als Figuren hervortreten, die den jeweiligen Bedürfnissen entsprechen. Es erregt unser Interesse, unsere Aufmerksamkeit, unsere Kathexis, oder wie man es sonst nennen will“ (F. Perls 1978, 7).

Awareness umfaßt verschiedene Ebenen: „awareness of the self, awareness of the world and awareness of what's between — the intermediate zone of fantasy“ (Perls 1969b, 49).

4.2 Begriff und Verständnis der Person

Nach Goodman und Perls steht der Begriff des „Selbst“ für die ganze Person, „Ich“, „Es“ und „Persönlichkeit“ umfassend. Ich, Es und Persönlichkeit sind danach Teilsysteme des Selbst, die in je spezifischer Weise das Selbst ausmachen. Das Selbst ist nicht als psychischer Zustand zu verstehen, kein innerster Kern, sondern „*only process, happening*“ (Perls 1969b, 57). Das Selbst realisiert sich in Kontakten; es existiert in der Grenz-Interaktion. Hier findet ein „Paradigmenwechsel“ von der *strukturalen* Betrachtungsweise der Psychoanalyse zu einer *prozessualen* Betrachtungsweise in der Gestalttherapie statt.

„Let us call the ‚self‘ the system of contacts at any moment. As such, the self is flexibly various, for it varies with the dominant organic needs and the pressing environment stimuli, it is the system of responses; it diminishes in sleep when there is less need to respond. The self is the contact-boundary at work; its activity is forming figures and grounds“ (Perls et al. 1951, 235).

und an anderer Stelle heißt es:

„... the self is the figure/background process in contact-situation“ (ibid, 374).

Das Selbst ist Gestaltwandel und wird als Funktion der schöpferischen Anpassung im Organismus/Umfeld definiert. Das Selbst ist das System der Gegenwartskontakte und das Agens des Wachstums. Das heißt, das Selbst ist nur im gegenwärtigen Prozeß realisierbar als Zeitgestalt der spontan wahrgenommenen Kontaktfunktion nach innen und außen. Es ist das Sich-Ereignen in der Gegenseitigkeit, die das Vergangene und Zukünftige umfaßt durch die Gerichtetheit (Intentionalität). Die Funktion des Selbst ist das schöpferische Herbeiführen einer neuen Figur.

„... for the self is not the figure it creates but the creating of the figure: that is, self is the dynamic relation of ground and figure“ (ibid, 413).

Das Selbst ist vor allem im Spannungszustand erlebbar; im Gleichgewichtszustand nach Vollendung einer unerledigten Situation ist das Selbst nicht existent. Im Sich-Annähern, Berühren beim Zerstören von

„Nahrung“ oder bei einer Energieentladung, also in Kontaktsituationen, existiert es. Die Kontaktsituationen des Selbst reduzieren sich im Zustand der Verschwommenheit, Isolierung, Entfremdung oder des Gleichgewichts (ibid, 374). Das Selbst kann lediglich als Aktualisierung des Potentiellen, während des Kontaktes zur Geltung kommen; es hat keine Existenz als feste Institution sondern ist prozesshaft. Eigenschaften des Selbst sind Spontaneität und „Sein im mittleren Modus“ (ibid, 376, 377).

Der Selbstbegriff, wie er von *Goodman* und *Perls* konzipiert wurde, rückt in die Nähe des *Freudschen* Ich-Begriffes. Insofern ist die von *Perls* an *Freud* geübte Kritik unbegründet: „Freud never understood the self. He got stuck on the ego“ (1969b, 11). Mit der Objekt-Beziehungs-Theorie (*Kohut* 1973, *Kernberg* 1981, *Mahler* 1975, *Jacobson* 1973) findet eine Annäherung statt zwischen neueren Ansätzen in der Gestalttherapie und der Psychoanalyse (*Tobin* 1982; *Yontef/Tobin* 1983). Ein weiterer Zugang ist in der phänomenologischen Theorie des Leib-Subjektes von *Merleau-Ponty* und *Petzold* zu finden (*Frostholm* 1978; *Petzold* 1981 d, 1984 c).

4.2.1 Ich, Es und Persönlichkeit als Aspekte des Selbst bei Perls:

„Als Aspekte des Selbst in einer einfachen spontanen Handlung sind Ich, Es und Persönlichkeit die Hauptstadien schöpferischer Anpassung: das Es ist der gegebene Hintergrund, der sich in seine Möglichkeiten auflöst; er umfaßt organische Erregungen, unerledigte frühere Situationen, deren wir gewahr werden, die unbestimmt wahrgenommene Umwelt und die unausgegrenzten Gefühle, die den Organismus mit der Umwelt verbinden. Das Ich ist das fortwährende Sich-Identifizieren mit und Sich-Entfremden von Möglichkeiten, das Vermehren und Verhindern des gegenseitigen Kontaktes; es umfaßt motorisches Verhalten, Aggression, Orientierung und Realitätszugriff. Die Persönlichkeit ist die geschaffene Figur, zu der das Selbst wird und die es an den Organismus assimiliert, vereinigt mit den Ergebnissen früheren Wachstums“ (*Perls et al.* 1951, 378 bzw. Übers. 1979, 167).

Das *Ich* spielt im Kontaktprozeß eine wichtige Rolle: es ist die absichtsvolle, bewußtheitsintensive Komponente des Selbst (*Hartmann-Kottek-Schroeder* 1983, 298). Das *Ich* ist zielgerichtet und aktiv und zielt mit seinem konkreten Willen in die Zukunft; es erinnert in seiner Intentionalität an den „intentionalen Akt“ bei *Husserl*.

„... what is the self-awareness of the ego, the system of identifications! It is deliberate, active in mode, sensorically alert and motorically aggressive, and conscious of itself as isolated from its situation“ (*Perls et al.* 1951, 379).

Das *Es* ist nach *Perls* eher passiv, konfus und irrational; es ist das undeutliche gestaltlose Verfließen der Gegenwart in eine zeitlose Dauer. Seine Inhalte sind halluzinatorisch, es ist das Chaos der Emp-

findungen, diffus flukturierend. Das Ich konkretisiert sich auf dem Boden des gestaltlosen Es durch einen Akt des Willens und der Aufmerksamkeit.

Die *Persönlichkeit* ist nach Goodman und Perls „die Verantwortungsstruktur des Selbst“ (Perls et al., Übers. 1979, 172). Sie ist das, was sich der Mensch zu eigen gemacht hat; es ist das Gewordene.

„The personality is the system of attitudes assumed in interpersonal relations; is the assumption of what one is, serving as the ground on which one could explain one's behavior, if the explanation were asked for“ (Perls et al. 1951, 382).

Die *Persönlichkeit* ist ein Resultat des abgeschlossenen Figur-Grund-Prozesses; sie ist die geschaffene Figur, zu der das Selbst sich entwickelt oder die das Selbst an den Organismus assimiliert.

„Personality is a structure created out of such early interpersonal relationships; and in its formation there has usually already been the incorporation of an enormous amount of alien, unassimilated or even unassimilable material. . .“ (ibid, 320).

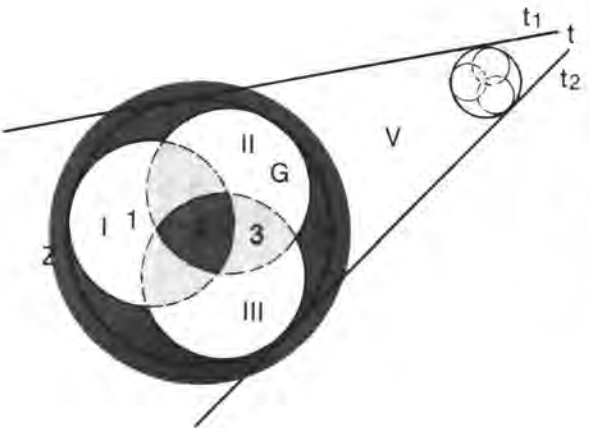
Das Konzept der „personality“ erinnert an das Freudsche Über-Ich. Eine Präzisierung dieses Konzepts gelang mit dem Begriff der „personalen Identität“ in der Integrativen Therapie (Petzold 1980; 1984; 1982 a; 172f).

4.2.2 *Selbst, Ich und Identität in der Integrativen Gestalttherapie:*

Ausgehend von M. Merleau-Ponty, G. H. Mead und J. L. Moreno entwickelte Petzold (1980, 1984) eine Auffassung des Selbst als *Leib- und Rollen-Selbst*. Der Leib als Grundlage menschlichen Existierens bildet damit die Basis des *Selbst*. Der Leib als „*sujet incarné*“ (Merleau-Ponty 1969) ist der Ort aller gespeicherten Szenen; es ist die „fleischgewordene“ persönliche Geschichte. Der Leib ist der Ort, an dem alles Erlebte gespeichert ist, er ist die Voraussetzung und der Sitz allen Handelns und In-Kontakt-Tretens (Petzold 1980, 1984; 1982 a, 164).

Das Leib-Selbst ist sich seiner passiven, *matten awareness* in einer organismischen Weise bewußt. Es ist ein „Da-Seiendes“, das nicht des cartesianischen *cogito ergo sum* zur Bestätigung bedarf. Das Leib-Selbst ruht in der kollektiven Leiblichkeit (*chair commune*, Merleau-Ponty 1964); es ist von Beginn der Existenz an ein einzelnes und allgemeines zugleich: ein „Selbst-für-sich-mit-anderen“ (Petzold 1980, 1984; 1982a, 166). Es schließt die Dimension des individuellen und kollektiven Unbewußten ein. Im Sozialisationsprozeß bildet sich im Zusammenwirken bewußten Wahrnehmens und Handelns auf dem Boden des Leib-Selbst das Ich-Selbst heraus.

Abb. 1: Integratives Modell der Persönlichkeit
(aus Petzold, 1982a, 170)



Legende:

Dimensionen des Leib-Subjekts

- * I Körper
- II Seele
- III Geist
- IV Lebenswelt (sozialer u.

Gemeinsamkeiten und Divergenzen

- 1 Differentes u. Divergentes
- 2 Homologes (strukturelle Gleichheit)
- 3 Similares (strukturelle Ähnlichkeit)
- 4 Synergetisches (Prinzip der kreativen Übersummativität)

Persönlichkeit

- Identität = VGZ (I, II, III, IV)
- Selbst = I (1, 2, 3, 4, I, II, III, IV)
- Ich (Selbst in actu) = G (2)

Dimensionen der Bewußtheit

- 1 individuelles Unbewußtes
- 2 Awareness (Bewußtes, Mitbewußtes)
- 3 Co-unconscious
- 4 kollektives Unbewußtes

Zeit

- t = Kontinuum, d. h. die „ganze“ Zeit
- t1 = individuelle Geschichte
- t2 = kollektive Geschichte
- V = Vergangenheit
- G = Gegenwart
- Z = Zukunft

* Die römischen Zahlen gelten nur für den jeweiligen Kreis, die arabischen Zahlen für die jeweilige Farbe.

Durch das *Ich* wird das Selbst erkannt. Ich und Selbst sind im Ich-Selbst miteinander vereint. Sie sind zugleich Subjekt und Objekt des Erkennens. Das Ich ist nach *Petzold* „das Selbst in actu“ (1982 a, 168; 1984); es ist die bewußt wahrnehmende und handelnde Instanz; das Gesamt der Ich-Funktionen. Es entsteht im *Kontakt* (s. *Goodman, Perls*). Es ist ein Jetzt-Zustand, ein flüchtiges Phänomen, das nur in der hellwachen, *scharfen awareness* sich im jeweiligen Handeln und Erkennen konstituiert. Mit dem Ich sind Bewußtheit (*awareness*) und Bewußtsein (*consciousness*) unlösbar verbunden. Entsprechend dem jeweiligen Entwicklungsstand des Menschen bildet sich das Ich als Zusammenwirken (*Synergie*) seiner Funktionen: die Wahrnehmungs-, Erlebens- und Erkenntnisfähigkeit als *Perzeption*, *Emotion*, *Kognition* (*ibid*, 168). Stabilität erhält das Ich durch sein Leib-Selbst und durch eine gewisse Permanenz des sozialen und ökologischen Umfeldes. Im Zusammenwirken aller Ich-Funktionen konstituiert das Ich *Identität*.

„Identität wird gewonnen, indem sich ein Mensch in leibhaftigem Wahrnehmen und Handeln auf dem Hintergrund seiner Geschichte als der erkennt, der er ist (*Identifikation*), und in dem er von den Menschen seines relevanten Kontextes auf dem Hintergrund gemeinsamer Geschichte als der erkannt wird, als den sie ihn sehen (*Identifizierung*)“ (*ibid*, 172; 1984).



Abb. II: Konstituierung von Identität
(aus *Petzold*, 1982 a, 169)

Identität entsteht danach durch das Zusammenwirken des Leibes mit dem sozialen und ökologischen Kontext (Lebensraum) im Zeitkontinuum: $I = Kt (L, Kn)$. Im Schnittpunkt von Kontext (Kn) und Kontinuum (Kt) bildet sich Identität: Auf dem Boden von Identifizierung (dem Erkennen und Benennen durch andere als der, der ich bin), Rollenzuschreibung, Identitätsattribution aus dem Außenfeld, kann Identifikation wachsen (Verkörperung der Attribution und Ausgestaltung der eigenen Rolle). Dieser Begriff der Identität betont den interaktionalen Aspekt: die ständige Auseinandersetzung des Ich mit dem Du, und zeigt die individuelle und kollektive Geschichtlichkeit. Er ist damit wie *Goodmans* Persönlichkeitstheorie *prozessual*.

„Ich gewinne meine Identität wesentlich dadurch, daß ich meine Geschichte *habe*, weil ich meine Geschichte *bin* (Marcel 1978)“ (Petzold 1982 a, 173).

Identität gewinnt man danach nur im Prozeß, indem man sich im Lebensganzen verstehen lernt. Nur so kann das Individuum seinen *Sinn* erkennen/gewinnen. Identitäts- und Sinnerleben fallen zusammen; Sinn ist nur in Zusammenhängen faßbar und lebbar. Dieses Konzept der Identität ist nicht vom Ich oder Selbst zu trennen. Das Identitätserleben ist die zentrale Funktion des Ich in dem Erleben des Ich-Selbst, verschieden von dem Mit-anderen-Sein und doch mit ihnen koexistierend. Identität ist damit ein „Grenzphänomen“, in dem Abgrenzungen nach innen (Strebungen des Körpers, des Unbewußten, der Phantasien) vom bewußten Erleben differenziert bzw. identifiziert werden und gleichzeitig eine Innen-Außen-Differenzierung stattfindet. Die Grenze bedeutet *gleichzeitig* Abgrenzung und in Kontakt sein.

Die Identität eines Menschen ruht auf fünf Säulen, dem Leib, dem sozialen Netzwerk, Arbeit und Leistung, materiellen Sicherheiten und Werten. Diese Bereiche sind, wie das Identitätskonzept selbst, von Identifikation und Identifizierung bestimmt und stehen im Zeitkontinuum (ibid, 175; 1984).

4.3 Entwicklungstheorie

Eine eigenständige, in sich geschlossene Entwicklungstheorie der Persönlichkeit, wie sie die Psychoanalyse — in allerdings z. T. sehr divergierenden — Entwürfen vorlegte, existiert für die Gestalttherapie derzeit nur als Rahmenkonzept.

„Die frei-fließende Gestaltbildung ist identisch mit dem Wachstumsprozeß, der schöpferischen Entwicklung von Personen und Beziehung“ (L. Perls 1980, 258).

Nach gestalttherapeutischer Überzeugung bringt jedes Individuum alle Fähigkeiten mit, die es für die Entwicklung seiner Potentiale

braucht. Seine Lebensaufgabe ist es, die ihm oft unbekanntem Fähigkeiten zu entdecken und zu fördern.

„In the gestalt view, each person has what is needed to grow, to develop, and to mature. These capacities are present but unexplored, even unknown. Each move into new experiences calls out some aspects of the person that had not been used before. Thus, each move is a self-actualizing experience — the actualizing of aspects of the person that had not been experienced previously“ (*van de Riet et al.* 1980, 56).

Selbstaktualisierung wird aus dieser Sicht nur möglich sein, wenn Individuen sich auf einen Prozeß der Veränderung einlassen können. Andernfalls besteht die Gefahr, daß das Individuum anstelle einer Selbstaktualisierung die Verwirklichung einer vorgefaßten Vorstellung bevorzugt, eine „self-image-actualization“, (wie *Perls* (1969a) es bezeichnet.

Nach *Perls* besteht das Hauptproblem für ein Individuum darin, sich innerhalb der Gesellschaft selbst zu verwirklichen und dennoch von ihr akzeptiert zu werden. Dieser Konflikt bindet seiner Meinung nach den Großteil der menschlichen Energien (*Perls* 1980, 149f).

Eine umfassende Theorie der Entwicklung muß — aus gestalttherapeutischer Sicht — aufbauend auf der Feldtheorie *Lewins* (1963) das Konzept der ökologischen Sozialisation (*Bronfenbrenner* 1978) einbeziehen. *Petzold* (1984, 1984 a) verdeutlicht, „daß monolithische Vorstellungen über gesunde Entwicklung oder Pathogenese — seien sie nun kognitivistischer oder psychodynamischer Herkunft — keinen Gültigkeitsanspruch erheben können. Ontogenetische Überlegungen können danach nur zu vorläufigen Konzepten, Konstrukten und Theoremen führen. Zu berücksichtigen sind die Sozialisationstheorien in der Tradition *Meads*, die kognitive Entwicklungspsychologie (*Piaget*) und die psychodynamischen Entwicklungstheorien in der Nachfolge *Freuds*. Zu integrieren sind zudem die Ergebnisse der ‚life event research‘ (*Katschnig* 1980, *Filipp* 1981). Bis eine integrative Theorie der Entwicklung vorliegt, müssen auch divergierende Konzepte als Erklärungsgrundlage herangezogen werden“.

Neuere, erweiterte gestalttherapeutische Ansätze, besonders die Richtung der Integrativen Therapie (*Petzold* 194) beziehen sich in ihren entwicklungs- und persönlichkeits-theoretischen Modellen auf Anregungen, die *Goodman* und *Perls* zwar setzten, jedoch nicht schlüssig ausbauten. Anknüpfend an ihr Konzept der jeweils gespielten Rollen der Menschen und ihrer „Als-ob-Persönlichkeiten“ verwendet *Petzold* (1982a, 162f.) die Bühnen- und Szenenmetapher und erweitert sie um den Leib-Begriff von *Merleau-Ponty*.

„Zur Szene gehört alles, was ich wahrnehmend und handelnd erreiche; Menschen, Dinge, Beziehungen, Bewegungen, Handlungen. Eine Szene ist nie statisch, sie ist in Bewegung, eine *lebendige Struktur* in mir, um mich herum, durchmischt. Es gibt kein Innen und Außen, keine zeitliche Trennung zwischen den Szenen der Innenwelt und denen der Außenwelt (Waldenfels 1976). ... Die zeitliche und strukturelle Dimension der Szene bedingt, daß sie jeweils ganz neu und niemals ganz neu ist. Denn im Leib als ‚inkarniertem Subjekt‘ (Merleau-Ponty 1945, 1964), der die Konstante jeder Szene bildet, sind szenische *Strukturen* — d.h. an unterschiedlichen Orten des Zeitkontinuums als homolog identifizierbare Konfigurationen — archiviert. Der Leib wird damit zum Ort in diesem Spiel der Szenen und Szenenfolgen und Rollenkonfigurationen, der Stabilität gewährleistet“ (Petzold 1982a, 163f.).

Nur über die Leiblichkeit kann Kontakt zu den anderen aufgenommen werden.

Die Lebenswelt wird als Bühne gesehen, in der jeder als Spieler mit den anderen (Mit-Spielern) in einem Spiel verwoben ist. Es besteht danach eine totale Ko-Existenz, in der alles aufeinander bezogen ist und in seiner Intentionalität einen ursprünglichen Sinn enthält. Dieser *primordiale Sinn* wird als ein *Kon-Sens*, als eine Übereinstimmung alles Existierenden gesehen und bildet die Basis für das Gefühl, in dieser Welt beheimatet zu sein (ibid, 160f.).

In der embryonalen Entwicklung ist die primordiale Struktur der totalen Zugehörigkeit am prägnantesten. Gerafft vollzieht sich in der embryonalen Entwicklung die Evolution noch einmal (Metaszene) und verdeutlicht damit die Zugehörigkeit auch für die Dimension der Zeit. Mit der Geburt beginnt eine lebenslange Abfolge von Szenen. Die Metaszene bleibt aber als universaler Hintergrund wirksam. Persönliche Geschichte, „intersubjektiver Sinn“ und damit personale Identität vermag sich auf diesem Hintergrund durch Korrespondenzprozesse auszugliedern: durch Berührung, Begegnung, Beziehung, Auseinandersetzung zwischen Menschen.

„Wenn der Mensch den anderen Menschen braucht, um Identität zu gewinnen, wenn die Koexistenz mit der Welt und den Mitmenschen die Grundverfaßtheit unseres Wesens ist, so können Störungen und Defizite ihre Wurzeln nur im Bereich des ‚Bezogeneins‘ haben und Heilung und Wachstum nur im Miteinander realisieren. ... Koexistenz hat ihren Ausgangs- und Endpunkt in der *Leiblichkeit*. Der Leib, der im Unterschied zum physikalischen Körper als ‚Sujet incarné‘ (Merleau-Ponty 1945) der *ganze Mensch* ist, stellt den Angelpunkt des korrelationalen Gefüges dar. Durch die Beziehung zum eigenen Leib-Selbst, zum anderen (d.h. durch Intersubjektive Beziehung) und zur Welt erfährt der Mensch sich selbst leibhaftig“ (Petzold 1982a, 230).

4.4 Konzepte zur Lebensspanne

Aus gestalttheoretischer Sicht besitzt der Mensch die Fähigkeit zu lebenslangem Wachstum und Reifen.

„... the process of maturing is the transformation from environmental support to self-support“ (F. Perls 1969, 31).

Menschen sind lebenslang formenden Ereignissen ausgesetzt, die ihr Selbst, Ich und ihre Identität bestimmen. Gerade die Säulen der Identität: Leiblichkeit, soziales Netzwerk, materielle Sicherheit, Arbeit und Leistung und Werte (Petzold 1982 a, 175; Petzold, Heintl 1983 b) unterliegen im Laufe des Lebens starken Einflüssen.

Es ist konsequent, daß die Gestalttherapie mit Menschen jeder Altersstufe arbeitet. Denn die Gestalttherapie sieht sich nicht nur als ein Verfahren, das reparativ und konfliktlösend arbeitet, sondern ebenso angewandt werden kann, um gesunde Strukturen zu stabilisieren und ungenütztes Potential zu entfalten (Bubolz 1983). Persönlichkeitserweiterung ist in jedem Lebensabschnitt möglich. Gestalttherapie umfaßt damit einen Spannungsbogen von der Arbeit mit Kindern (Oaklander 1981) bis hin zur Begleitung von Sterbenden (Spiegel-Rösing, Petzold 1984). Dies ist in der Erziehungswissenschaft bereits Tradition: „Education permanente“ (Edding 1972, Schenda 1976); auch in der Soziologie wird von einer „lifelong socialisation“ ausgegangen (Kohli 1978; Nave-Herz 1981). Sie steht für die „Gestaltpädagogik“ (Petzold, Brown 1977) und die „Gestalttherapie“ (Spiegel-Rösing, Petzold 1984) zentral.

Psychotherapie mit Erwachsenen muß sich auf das Lebensganze zentrieren, die Gegenwart, Vergangenheit und Zukunft umschließen (Bubolz 1983; Petzold 1981 b, d). Lebenslaufforschung, „life-event-research“ (Dohrenwend 1974, 1978) und die Sozial-Gerontologie (Thomae 1976), zeigen, daß eine differentielle Betrachtung nötig ist, um Menschen in ihrem jeweiligen Lebensfeld verstehen zu können. Ausgehend von den *Phänomenen* müssen die *Strukturen* im jeweiligen Lebensverlauf durch den therapeutischen Prozess herausgearbeitet werden, so daß der in ihnen enthaltene *Sinn* verstanden werden kann.

4.5 Individuum und Gesellschaft

Es war vor allem Paul Goodman, der mit seiner sozialkritischen Sicht immer wieder auf die Verwobenheit von Individuum und Gesellschaft hinwies. Dies steht nur im scheinbaren Widerspruch zu seiner und Perls' Annahme einer organismischen Selbstregulation.

„We have been at pains to show that in the organism before it can be called a personality at all, and in the formation of personality the social factors are essential“ (Perls et al. 1951, 333).

Es sind die entfremdenden gesellschaftlichen Bedingungen, die „die von Grund auf soziale Natur“ des Organismus und die Bildung der Persönlichkeit einschränken und unterdrücken.

„And it is meaningless to think of an organism possessing drives which are ‚anti-social‘ in this sense, opposed to his social nature, for this could be a conserved inner contradiction; it would not be conserved. But there are rather difficulties of individual development, of growing-up, of realizing all of one's nature“ (ibid. 333).

Es ist der Konflikt zwischen Individuum und entfremdeter Gesellschaft, der als Ursache von Pathologien gesehen werden muß (Petzold 1978c); ist die Gesellschaft insgesamt neurotisch, müssen es auch die Individuen sein.

„I consider that the basic personality in our time is a neurotic personality. This is a preconceived idea of mine, because I believe we are living in an insane society and that you only have the choice either to participate in this collective psychosis or to take risks and become healthy and perhaps crucified“ (Perls 1969, 32).

Unter dieser Betrachtungsweise müssen die Zielsetzungen der Psychotherapie sich verändern; weg von einer individuumszentrierten Vorgehensweise hin zur Arbeit an weiteren Lebenszusammenhängen. Obwohl die Gestalttherapie vorrangig psychogenetisch arbeitet, finden sich innerhalb der theoretischen Konzepte eine Vielzahl von Anregungen zu umfassenderem therapeutischem Handeln (Petzold 1978 c; Petzold, Heintz 1983).

Werden die Zusammenhänge von Individuum und Gesellschaft nicht immer wieder thematisiert, besteht die Gefahr, daß Psychotherapie zur Entfremdung mit beiträgt. Dann wäre Schwendters Kritik berechtigt:

„Als Hilfestellung für andere ist Therapie eine neuere Form, vom Alltagsleben abgetrennt, dem sie entstammt (und in das sie im Falle verwirklichter Realutopie wieder einmündet). Diese Abtrennung bringt eine Zweiteilung mit sich: in die Therapiearbeit des Experten, der eine(n) andere(n) ‚be-arbeitet‘, und in die Therapiearbeit des Klienten, betroffenen Patienten (oder wie immer), der gleichzeitig ‚bearbeitet‘ wird“ (1983, 37).

Das, was Becker und Nedelmann (1983, 94) für Psychoanalytiker und die Psychoanalyse sagen, gilt ebenso für die Gestalttherapie:

„Auf jeden Fall scheint es wichtig, daß die Psychoanalytiker ihre begriffliche Zurückhaltung gegenüber der Politik aufgeben und den allgemein verbindlichen Anspruch, den die Analyse in ihren Ursprüngen hatte, in der Gegenwart wahrnehmen; bzw. nicht glauben, sie stünden außerhalb der politisch handelnden Welt“.

5. Theorie der Psychotherapie

Jede Therapie gründet auf expliziten oder impliziten theoretischen Annahmen, einem Menschen- und Weltbild, erkenntnistheoretischen und ethischen Standpunkten. Sie können hier auf begrenztem Raum

nur in Form eines „tree of science“ (Petzold 1975) dargestellt werden. Dabei werden auch Positionen zu benennen sein, die noch weiterer Integration bedürfen, z. B. die phänomenologische und die strukturalistische Perspektive.

5.1 Tree of Science

I. Metatheorie

ERKENNTNISTHEORIE:

- phänomenologisch-strukturelle

(Merleau-Ponty 1966; Husserl 1962; Gurwitsch 1975; Piaget 1970; Ricoeur 1973)

WISSENSCHAFTSTHEORIE:

- evolutiv-pluralistische

(Feyerabend 1976; Kuhn 1967; Spinner 1974; Foucault 1971)

KOSMOLOGIE:

- evolutionäre

(Darwin 1959; Teilhard de Chardin 1959; Sagan 1978; Riedl 1981)

ANTHROPOLOGIE:

- existentialistische

(Marcel 1968; Buber 1971; Heidegger 1977)

GESELLSCHAFTSTHEORIE:

- anarchistische, kritisch-pragmatische

(Goodman 1946; Landauer 1978, Mead 1934)

ETHIK:

- Intersubjektivitäts-, Integritäts- und situationsorientierte

(Marcel 1965; Buber 1965; Fletcher 1966; Petzold 1978c, 1983c)

II. Realexplikative Theorie

ALLGEMEINE THEORIE DER THERAPIE:

(Perls 1980, 1951; Goldstein 1934; Petzold 1980 a; Combs, Snygg 1959; Lewin 1963)

PERSÖNLICHKEITSTHEORIE:

(Perls et al. 1951; Petzold 1984)

ENTWICKLUNGSTHEORIE:

(Koffka 1935; Piaget 1974; Mahler 1975; Bowlby 1969; Bronfenbrenner 1978)

GESUNDHEITS- UND KRANKHEITSLHRE:

(Perls et al. 1951; Latner 1973; Petzold 1977a, 1983b)

SPEZIELLE THEORIE DER THERAPIE:

(Perls 1980; Zinker 1982; Petzold 1980a, 1982b)

III. Praxeologie

PROZESSTHEORIE:

(Perls et al. 1951; Zinker 1982; Petzold 1982b)

INTERVENTIONSLEHRE:

(Schneider 1979, 1981a; Rahm 1979)

METHODEN, TECHNIKEN, MEDIEN:

(Petzold 1977a, 1983a; Oaklander 1983; Feder, Ronall 1983)

PRAXISFELDER:

(Bubolz 1983; Rahm 1979; Coellen 1984; Schneider 1983; Petzold, Heini 1983)

(Der „Tree of Science“ aus Petzold 1984a)

5.2 Psychopathologie

Die gestalttherapeutischen Grundannahmen über die Natur des Menschen finden sich in ihrer Definition von Gesundheit wieder: Die Fähigkeit des gesunden Organismus, sich kreativ an die Umwelt anzupassen, seine Fähigkeit zur adäquaten Reizverarbeitung, die zur Gestaltung der Welt und zum Wachstum des Organismus führt. „Health is an appropriate balance of the coordination of all of what we are“ (F. Perls 1969, 6). An anderer Stelle charakterisiert Perls Gesundheit als: „An absolutely healthy person is completely in touch with himself and with reality“ (Perls 1969b, 46).

Krankheit entsteht nach Perls' Auffassung, wenn die organismische Selbstregulation unterbrochen und die Figur-Grund-Flexibilität beeinträchtigt ist. „The formation of complete and comprehensive Gestalten, is the condition for mental health and growth“ (Perls et al. 1951, IX). Pathogen wirken können toxische Einflüsse aus dem Umfeld (Greenwald 1972), Defizite bei der Entwicklung und Reifung des Individuums oder ein Andauern blockierter Kontaktzyklen. Das Vollenenden von Kontaktzyklen gehört zur gesunden Fähigkeit des Ich und Selbst und bildet die Grundlage der kreativen Anpassung und Veränderung, des Wachstums und der Reifung. Bei einem unterbrochenen Kontaktzyklus können Bedürfnisse oder Emotionen nicht erlebt oder adäquat ausgedrückt und damit nicht zur prägnanten Figur werden. Die Folgen sind eine Einschränkung der awareness und des Kontakts mit sich selbst und der Umwelt (partielle Kontaktvermeidung nach innen und außen) eine neurotische Selbstregulation mit dysfunktionalen Verhaltensweisen.

Der Neurotiker reagiert gemäß seines fixierten Selbstkonzeptes. Durch Ausblenden und Blockierungen vermeidet er, mit unerwünschten inneren und äußeren Impulsen in Kontakt zu treten. Chronifizierte dysfunktionale Muster können zu psychischen, somatischen, psychosomatischen und psychosozialen Erkrankungen führen.

5.2.1 Vermeidungsverhalten

Typische Grundmuster des Vermeidungsverhaltens (*avoidance*) sind nach Perls Introjektion, Projektion, Retroflektion und Konfluenz (Perls et al. 1951, 451ff.). An sich handelt es sich um Operationen, die zu den habituellen Funktionsformen des Selbst zählen und nur dann zu einer chronischen Form der Abwehr werden können, wenn sie der awareness unzugänglich bleiben und Kontakt verhindern. Ansonsten können sie auch positive Aspekte aufweisen, wie Petzold (1984a) gezeigt hat.

„These mechanisms constitute neurosis only when they are inappropriate and chronic. All of them are useful and healthy when they are employed temporarily in particular circumstances“ (Perls *et al.* 1951, 211f.).

INTROJEKTION; Ist eine Einschränkung der Fähigkeit zu assimilieren. Bei Freud erscheint der Begriff der Introjektion als eine archaische Form sozialer Beziehung, bei der — im Unterschied zur Identifikation — das Einverleiben des anderen auch in einem körperlichen Sinne gedacht werden muß.

„Introjection always occurs when you are confronted too quickly with something that you can't cope with and assimilate. Either you reject it and withdraw from it or you introject it“ (L. Perls 1982, 19).

Zur Introjektion zählen die unkritische Vereinnahmung und Verinnerlichung von Objekten, um die Spannung durch erlebte Polarisierung zu reduzieren. Es ist ein passives Aufnehmen dessen, was die Umwelt anbietet. Oft sind es Normen, Werte, Zwänge, die unverdaut, d.h. nicht-assimiliert aufgenommen werden. Sie wirken meist wie ein strenges Über-Ich. Das Selbst schränkt sich bei der Introjektion sehr ein, da die Kontaktgrenze zwischen Selbst und Umfeld nach „innen“ verlagert ist.

Als *klinisches Bild* können Depressionen, Zwänge und Masochismus die Folge von *negativen* Introjektionen sein. Bei der *positiven* Introjektion kann das Individuum entsprechend seinen Bedürfnissen adäquat auswählen und assimilieren.

PROJEKTION; Die *negative* Seite der Projektion wird von Perls ähnlich wie in der Psychoanalyse verwendet: die Zuschreibung abgelehnter Selbstaspekte an die Umwelt. Im Gegensatz zur Introjektion ist bei der Projektion die Kontaktgrenze nach außen gewendet. Die aus dem Selbst ausgelagerten Anteile sind oft aggressive und libidinöse Impulse, die im Widerspruch zu den introjizierten Normen stehen. Das *klinische Bild* kann eine phobische oder hysterische Symptomatik sein. Ziel der Therapie ist es, die abgelehnten Anteile zu erkennen, zu akzeptieren und zu integrieren. Die *positive* Projektion ist der awareness zugänglich. Sie entstammt einem Überschuß der Persönlichkeit, der an die Außenwelt weitergegeben wird (z. B. kreative und künstlerische Tätigkeit) und deren Wiedereingliederung möglich ist.

RETROFLEKTION; Sie stellt eine Kontaktvermeidung dar, indem anstelle einer Beziehung Ich-Außenwelt eine Ich-Ich-Interaktion aufgebaut wird. Der Betreffende fügt sich selbst das zu, was er gerne einem anderen zufügen würde oder er gibt sich selbst das, was er eigentlich von außen wünscht.

„When a person retroflects behavior, he does to himself what originally he did or tried to do to other persons or subjects. He stops directing various energies outward in attempts to manipulate and bring about changes in the environment that will satisfy his needs; instead, he redirects activity inward and substitutes himself in place of the environment as the target of behavior“ (Perls et al. 1951, 146).

Eine *negative* oder pathologische Retroflection besteht, wenn bei Verletzungen an der Kontaktgrenze aggressive Impulse nicht nach außen, sondern gegen das Selbst gerichtet werden. Im *klinischen* Bild können durch Retroflection Depressionen, Suizidalitäten und psychosomatische Erkrankungen entstehen. In der Psychoanalyse entspricht der Begriff der Retroflection in etwa der „Wendung gegen die eigene Person“ bei *Anna Freud*.

„The retroflector knows how to draw a boundary line between himself and the environment, and he draws a neat and clean one right down the middle — but he draws it down the middle of himself“ (Perls 1973, 40f.).

Positive Retroflection zeigt sich in der Fähigkeit des Individuums, sich in soziale Normen und Werte einfügen zu können.

KONFLUENZ: Hier negiert das Individuum seine „Ich-Grenzen“. In der *negativen*, pathologischen Konfluenz fehlt eine ausreichend klare Abgrenzung nach innen (Gefahr der Überflutung durch archaisches Material) und nach außen (mangelnde Fähigkeit, Ansprüchen aus der Umwelt zu widerstehen). *Klinisch* kann sich pathologische Konfluenz in Süchten, Psychosen und Borderline-Erkrankungen äußern. Zur *positiven* Konfluenz gehört die Mutter-Kind-Symbiose als normales Entwicklungsstadium auf dem Wege zur Individuation (vgl. *M. Mahler et al.* 1975). Exstase, Orgasmus, Meditation sind Zustände *positiver* Konfluenz.

„... the man in pathological confluence doesn't know who is doing what to whom ...“ (Perls 1973, 40f.).

BLOCKIERUNGEN: In der Abwehr verwendet das Individuum seine bisher gemachten Interaktionserfahrungen. Im Sinne von „*coping strategies*“ greift es in Krisensituationen auf Verhaltensweisen zurück, die sich bereits als erfolgreich erwiesen haben. Entscheidend ist dabei, in welchem Entwicklungsschritt ein Blockierungsmuster auftaucht. *Hartmann-Kottek-Schroeder* (1983, 302) nimmt an, daß frühe psychosomatische Störungen ein Blockierungsmuster in der Vorphase des Kontaktzyklus zeigen und später entwickelte psychophysiologische Störungsmuster den Kontaktzyklus in seiner Schlußphase unterbrechen.

5.2.2 Neurose und Psychose

Perls lehnt den Begriff der Neurose ab, obwohl er ihn zuweilen selbst benutzte. Er empfiehlt, den Begriff der Neurose auszutauschen gegen „*growth disorder*“ bzw. „*disturbance of development*“ (*Perls* 1969, 30).

Neurosenformen sind von den — sich ständig wandelnden — Sozialisationsbedingungen abhängig. Deshalb fehlt in der Gestalttherapie eine „Spezielle Neurosenlehre“. Um vorhandene Entwicklungsblockierungen oder Störungen erklären zu können, verfügt die Gestalttherapie jedoch über Methoden der differentiellen Rekonstruktion dieser Entwicklungsstörungen (*Petzold* 1984). Zusammen mit dem Patienten wird versucht, dysfunktionales Verhalten vor dem Hintergrund seiner Biographie oder der aktuellen Lebenssituation im Sinne einer „*persönlichen Hermeneutik*“ (*ibid.*) zu verstehen. *Perls* entwickelte ein Schichtenmodell der neurotischen Einschränkung. Wie Schalen einer Zwiebe sind in diesem Neurosenmodell Phasen angeordnet, die im therapeutischen Prozeß durchlebt werden, bis man z. B. vom rituellen Verhalten zum authentischen Selbst gelangt (Abschnitt 6.1).

Neurosen werden bei *Perls* als „*loss of ego-function*“ bezeichnet (*Perls et al.* 1951, 432), *Psychosen* als Störungen des *Es*. Da ein starkes Ich sich nicht ausbilden konnte, können die archaischen Gefühlsströme von dem schwachen Ich nicht bewältigt werden.

„One thing we know for sure is that the life energy, biological energy or whatever you want to call it, becomes unmanageable in the case of psychosis. Instead of being differentiated and distributed, it comes out in spurts“ (*Perls* 1969, 135).

Diese Überflutung von innen läßt ein Gefühl der Totalität entstehen, und nach *Perls* — wie bei *Freud* — eine Ähnlichkeit zwischen Psychose und Traum anklingen.

Goodman (1979) und *Perls* (1969) betonten immer wieder, daß die Ursache von Pathologien im Konflikt zwischen Individuum und entfremdeter Gesellschaft zu suchen ist.

5.2.3 Pathogenese

Petzold (1977a, 262ff.) erweiterte *Perls'* unabgeschlossenes Neurosenkonzept um ein Modell der Pathogenese neurotischer Erkrankungen. Dieses Modell berücksichtigt detailliert die Wirkungen des pathogenen Umfelds, das den Entwicklungs- und Selbstregulationsprozeß beeinträchtigt. Das Individuum gerät in für den Organismus inadäquate Stimulierungssituationen und erfährt Hemmungen von Reaktionen auf Stimulierung. *Petzold* (1977a) unterscheidet folgende pathogene Konstellationen:

DEFIZITE behindern Lernerfahrungen und führen zu unzureichender Ausbildung somatomotorischer, emotionaler und kognitiver Strukturen. Es handelt sich um Deprivation im Sinne fehlender Quantität und Qualitäten an Stimulierung (Unterstimulierung).

STÖRUNGEN sind Impulse, die für kurze Zeit oder dauernd auf den Selbstregulationsprozeß des Organismus einwirken, indem sie ihn fehlerleiten oder blockieren. Störungen entstehen aufgrund uneindeutiger, widersprüchlicher oder inkonstanter Stimulierung von innen oder außen (Bateson et al. 1969).

TRAUMATISIERUNGEN sind kurzzeitige Reizüberflutungen des Organismus, die ihn existentiell bedrohen und zu strukturellen, bleibenden Schäden führen. Es handelt sich um extreme Überstimulierungen, wie sie bei Unfällen, Katastrophen, schweren Krankheiten oder plötzlichem Verlust einer bedeutsamen Bezugsperson eintreten.

KONFLIKTE. Hier treffen gleichstarke, widerstreitende Impulse aufeinander. Sie führen zu pathologischen Reaktionen, wenn sie über eine längere Zeit polarisiert und in ungelöster Spannung bestehen bleiben (konträre Stimulierung, Impuls und Hemmung).

5.3 Diagnostik

Die Diagnostik ist ein intersubjektiver Prozeß, der den Klienten, den Therapeuten und den interaktionalen Prozeß zwischen ihnen zu erfassen sucht. Gestalttherapeutische Diagnostik wird „prozessual“ verstanden (Petzold, Schneewind 1983; Rahm 1979); sie untersucht zum einen den zwischen Klient und Diagnostiker ablaufenden Prozeß, der selbst zum Gegenstand der Diagnostik und selektiv transparent gemacht wird (selektive Offenheit), zum anderen die intrapsychischen Prozesse beim Diagnostiker (Gegenübertragung des Therapeuten) und beim Klienten (Übertragungen, Abwehrformen).

Der Diagnostiker kann in seinem Subjekt-Sein nicht objektiv wahrnehmen; er ist in seinem individuellen Lebenskontext und -kontinuum eingebunden. Seine Werte, Einstellungen und persönlichen Erfahrungen begegnen im intersubjektiven Prozeß der Diagnostik denen des Klienten. Dieser wird als Mitsubjekt betrachtet und der diagnostische Prozeß verläuft mit ihm gemeinsam. Je intensiver der Klient teilnehmen kann, desto deutlicher wird für beide die Feststellung des Ist-Zustandes und die Abweichung vom Soll-Zustand. Jede diagnostische Intervention des Therapeuten wird damit auch zur therapeutischen Intervention.

Als wichtigstes diagnostisches Mittel ist das *continuum of awareness* (Perls 1980) zu betrachten, das dem Klienten ebenso wie dem Therapeuten zur Verfügung steht. Indem das erlebende Ich aus seiner Bewußtheit heraus zu einem beobachtenden und reflektierenden Ich werden kann, erhält es die Möglichkeit des Urteilens. Dies betrifft sowohl den Therapeuten als auch den Klienten. Auf der Seite des Therapeuten kann das erlebende Ich beispielsweise Gegenübertragung und eigene Übertragung in einem regressiven Prozeß erfassen. Das beobachtende Ich ist das auswertende Ich, das Zusammenhänge herstellt und schlußfolgert. Zwischen beiden Zuständen des Ich schwankt bzw. oszilliert die Aufmerksamkeit.

Diagnostik in der Gestalttherapie geht von den *Phänomenen* aus, vom Vordergrund des Offensichtlichen. Es wird zunächst das betrachtet, was der Klient im „Hier-und-Jetzt“ an der Oberfläche zeigt. Von der phänomenalen Ebene der ablaufenden Prozesse sollen die *Strukturen* erfaßt werden, als Konfigurationen von Geschehnissen, die in der Zeit eine relative Konstanz zeigen. Es wird versucht, auf die sinnhaften Strukturen zu schließen. Diese sind nicht unmittelbar erkennbar, sie sind sozusagen „die Rückseite der Phänomene“ und müssen in einem hermeneutischen Prozeß hypothetisch erschlossen werden. Es wird davon ausgegangen, daß im „Hier-und-Jetzt“ die Strukturen des „Dort-und-Dann“ anwesend sind und erkannt werden können. Der Leib und das Gedächtnis werden als Reservoir derartiger Strukturen bzw. Szenen aufgefaßt. Impliziert ist, daß im Körper als gelebter Zeit im jeweiligen Moment die gesamte Lebensgeschichte anwesend ist (Petzold 1981a).

Unter Struktur wird das Gesamt von Elementen und Prozessen verstanden, die in der Zeit eine überdauernde und an unterschiedlichen Stellen des Zeitkontinuums eine als homolog identifizierbare Charakteristik tragen (ibid.). Das Erkennen von Strukturen ist wesentliches Moment der *prozessualen Diagnostik*. Es wird nicht versucht, eine festzuschreibende Diagnose zu finden, sondern Abläufe ganzheitlich wahrzunehmen und zu beschreiben. Dabei bleibt die Vielzahl an Eindrücken keine summative Aneinanderreihung, sondern wird als Komplexität gestalthaft erfaßt. Die Gesamtheit der Aspekte und Sichtweisen ist anders und mehr als die Summe der Einzelheiten. *Prozessuale Diagnostik* umfaßt mehrere Ebenen der *Analyse* (Petzold, Schneewind 1983):

Eine Analyse der vorhandenen *Ressourcen* verdeutlicht die Potentiale des Klienten. *Eigenressourcen* sind die Fähigkeiten und Lebensbereiche des Patienten, die ihm mehr oder weniger ungestört zur Verfü-

gung stehen wie: materielle Sicherheit, leibliche Gesundheit, soziales Netzwerk, „coping styles“ (Filipp 1981). *Fremdressourcen* sind die Unterstützungen von außen z. B. durch Sozialagenturen (z. B. Psychotherapie), aber auch Arbeitsprozesse. Zum diagnostischen Prozeß gehört ebenso die *Bedürfnisanalyse* des Patienten: Welche Bedürfnisse sind wie und in welchem Ausmaß für den Patienten erfüllbar, welche unerreichbar? Sie wird ergänzt durch die *Interessenanalyse*: In welchem Umfang verfügt der Patient über Motivations- und Interessenbereiche, wie kontinuierlich und befriedigend sind diese, und inwieweit besteht eine Möglichkeit des konstruktiven Einbeziehens derselben in den therapeutischen Prozeß. Schließlich wird die *Lebensweltanalyse* und die *Analyse des Lebenskontinuums* durch Methoden wie das „Lebenspanorama“, die „Identitätssäulen“ oder das „soziale Atom“ (Petzold 1983 b) betrieben.

Die Analyse dieser vielfältigen Bereiche verdeutlicht die vorhandene *Kompetenz* und *Performanz* des Patienten (Petzold 1980a, 1983b).

Kompetenzen sind die Kenntnisse und Fähigkeiten, die zur Performanz werden, wenn sie für den Patienten in der Praxis anwendbar sind. Petzold (1980) unterscheidet *personale Kompetenz und Performanz* (Fähigkeit und Fertigkeit, sich selbst wahrzunehmen und zu regulieren), *soziale Kompetenz und Performanz* (die Leistung, soziale Situationen im Vergleich mit der Realität wahrzunehmen und zu strukturieren), *lebenspraktische Kompetenz und Performanz* (Fähigkeiten und Fertigkeiten, das Alltags- und Berufsleben adäquat zu gestalten).

5.4 Ziele und Inhalte der Therapie

Vorrangiges Ziel der Gestalttherapie soll nach Perls (1976) sein, den Klienten so gut wie möglich zu befähigen, seine gegenwärtigen und zukünftigen Probleme alleine zu lösen.

„And the term of treatment is not to dissolve most of the complexes or free certain reflexes, but to reach such a point in the technique of selfawareness that the patient can proceed without help — for here, as everywhere else in medicine, *natura sanat non medicus*, it is only oneself (in the environment) that can cure oneself“ (Perls et al. 1951, 248).

In einer Steigerung seiner *awareness* wird der Klient in die Lage versetzt, seine Schwierigkeiten zu erkennen und auch zu verstehen, in wieweit er diese selbst erzeugt. Wird der volle Kontakt mit der unvollendeten Situation hergestellt und wird die Blockierung aufgehoben, können sich die offenen Gestalten schließen.

Zwanghaft wirkende Abwehrmechanismen, Konfliktbereitschaften und symptomatisch eingeschränkte Lebensmöglichkeiten sollen zugun-

sten einer flexibleren situativ angemesseneren Wahrnehmungs- und Handlungskompetenz aufgelöst werden. Die Gestalttherapie will mehr erreichen als Symptombeseitigung: die Zunahme von Reife, Verantwortung für das eigene Handeln und Leben und die „Integrität der Lebenswelt“ zu übernehmen, Fähigkeit, seine eigenen Bedürfnisse im Handeln zur Geltung zu bringen, eine Unabhängigkeit von kindlich-abhängigen Erlebens- und Handlungsweisen zu gewinnen und verantwortlich am gesellschaftlichen Leben zu partizipieren (Petzold 1978 c, Goodman 1979).

Globale Ziele der Integrativen Gestalttherapie sind die Bildung von Inter-Subjektivität, eine Haltung des inneren Beteiligtseins und des persönlichen Interesses am anderen (s. Marcel 1978), die Verringerung von Entfremdung, das Sich-Öffnen-Können gegenüber Berührung, eine Zunahme der Begegnungsfähigkeit, die frei ist von Projektionen und Übertragungen. In der Therapie geht es um die Restitution, Erhaltung und Entwicklung von Identität, die aus einer persönlichen und gemeinschaftlichen Sinnfindung erwächst (Petzold 1984, 1978 c).

6. Behandlungsmethodik

6.1 Das spezifische Behandlungskonzept

In der gestalttherapeutischen Arbeit wird entsprechend den phänomenologischen Grundprinzipien von dem Offensichtlichen, dem erkennbaren Gefühl, dem sichtbaren Verhalten oder den geäußerten Gedanken ausgegangen.

„The time centre of ourselves as conscious human time-space events is the present. There is no other reality than the present ... Here the only existing reality is the analytical interview. Whatever we experience there, we experience in the present. This must be the basis for every attempt at ‚organismic reorganization‘. When we remember, we remember at that very second and to certain purposes; when we think of the future we anticipate things to come, but we do so at the present moment and from various causes. Predilection for either historical or futuristic thinking always destroys contact with reality“ (Perls 1969b, 92).

Das Therapiegeschehen wird bestimmt durch das, was sich an der Kontaktgrenze zwischen Organismus und Umwelt in der aktuellen Begegnung von Therapeut und Klient ereignet. Dabei spielt die *awareness*, der subjektive Zustand aufmerksamer Wachheit eine zentrale Rolle in der gestalttherapeutischen Arbeit (Stevens 1975). Das Gewahrsein und Fokussieren auf das Vordergründige beinhaltet, daß unerledigte Situationen oder Probleme zur Figur werden.

„... we don't have to dig. It is all there“ (Perls 1969, 23). „In Gestalt Therapy we start with *what is*, and see which context, which situation is there to be found and relate the figure, the foreground experience to be background, to the content, to the perspective,

to the situation, and together they form gestalt. Meaning is the relationship of the foreground figure to its background" (1969b, 60).

Auf das differenzierte Erkennen folgt die Integration der oft projizierten, abgespaltenen Anteile.

„... so what we are trying to do in therapy is step-by-step to *re-own* the disowned parts of the personality until the person becomes strong enough to facilitate his own growth" (ibid, 30).

6.1.1 Die Phasen des therapeutischen Prozesses nach F. Perls

Zu Beginn der Therapie wird sich der Patient eher klischeehaft verhalten und erst nach und nach zu seinen blockierten Gefühlen vordringen können. Perls hatte ein „zwiebelförmiges“ Modell der Neurose entwickelt, das aus fünf Schichten besteht. Sie führen von rituellem Verhalten bis zur kathartischen Explosion der Gefühle, in der das Selbst sich authentisch erlebt.

Die äußerste Phase stellt die *Klischeephase* dar (cliché layer) mit dem stärksten Ausmaß der Entfremdung. Das Individuum verhält sich klischeehaft, unpersönlich, entsprechend den erwarteten sozialen Rollen. Die *Rollenspielphase* (role playing layer) ist gekennzeichnet durch geringe Spontaneität, rigide Rollenmuster, reduzierten Kontakt und eingeschränkten Zugang zu den Gefühlen. In der *Blockierungsphase* (impasse layer) und *Implosionsphase* (implosive layer) werden die konflikthaft gebundenen, polarisierten Kräfte und Ambivalenzen verdeutlicht. Das Individuum neigt dazu, entsprechend seines fixierten Selbstkonzeptes weiterzuleben. Bewegungslosigkeit, Spannung, das Erleben der Leere, die Rat- und Ausweglosigkeit bis zum Ausbruch existentieller Angst mit phobischen Zuständen und dem Erleben von Grenzerfahrungen zeigen, daß der unmittelbare Kontakt mit dem abgewehrten Konfliktpotential bevorsteht. Zur *kathartischen Explosionsphase* (explosive layer) kann das Individuum nur gelangen, wenn es der therapeutischen Beziehung genügend vertraut. In dieser Phase geschieht die freie Impulsentfaltung, der Durchbruch der bisher vermiedenen emotionalen Polaritäten (z. B. Freude, orgasmische Glücksgefühle, Schmerz, Trauer, Zorn).

6.1.2 Die Phasen des "tetradischen" Therapieprozesses nach H. Petzold

In der Integrativen Gestalttherapie wird der therapeutische Prozeß in vier Phasen gegliedert: Die Initialphase, die Aktionsphase, die Integrationsphase und die Phase der Neuorientierung. Alle Phasen können sowohl innerhalb einer einzelnen Sitzung als auch über einen längeren therapeutischen Prozeß hinweg durchlaufen werden und stellen die

Struktur eines Korrespondenz- bzw. Problemlösungsprozesses dar. Individuelles und gruppaes Verhalten wird durch derartige Prozesse im Sinne des „creative adjustment“ (Perls et al. 1951) verändert. Durch eine Phase der Neuorientierung soll aber auch die Möglichkeit zur Veränderung von Situationen gegeben werden, „creative change“, der bloße Anpassung überschreitet (Petzold 1975, 1978 a) und eine politische Dimension zu gewinnen vermag. Gleichzeitig erhält die Therapie damit eine handlungstheoretische Fundierung.



Funktionen der Phasen:

- | | | |
|--------------------|---|---------------|
| I. Differenzierung | → | Komplexität |
| II. Strukturierung | → | Prägnanz |
| III. Integration | → | Stabilität |
| IV. Kreation | → | Transgression |

Abb. III: Theorie-Praxis-Zyklus im Korrespondenzmodell aus: Petzold, Mathias (1982a, 187)

*Tetradisches System
der Integrativen Therapie*

INITIALPHASE

diagnostisch-anamnestische Zielsetzung
Erinnern / Stimulieren

Warm Up	Kontakt	Kohäsion
Analyse von Bewegung, Ausdruck, Verhalten, verbalen Äußerungen		
aus psychodynamischer Sicht		aus lerntheoretischer Sicht
projektive Auswertung		Verhaltensanalyse
aus gestalttheoretischer Sicht		
Kontext- u. Prägnanzanalyse		
konfliktzentriertes oder erlebniszentriertes Vorgehen		



AKTIONSPHASE

psychokathartische Zielsetzung
Wiederholen / Explorieren

ernstes Spiel <i>ἀγών</i>	heiteres Spiel <i>παίδιά</i>
konfliktorientierte Arbeit mit Atem, Stimme, Expressivität, Imagination etc.	erlebnisorientierte Arbeit mit freier Bewegung, Tanz, Phantasie, Sensibilität
Katharsis	Peak Experience
Öffnungs-, Schließungs-, Prägnanzenerlebnisse	
emotionale Erfahrung	
Erfahrungslernen (emotional learning)	



INTEGRATIONSPHASE

analytisch-kommunikative Zielsetzung
Durcharbeiten / Integrieren

Rückschau	Sharing	Feedback	Analyse
Aufhellung psychodynamischer Zusammenhänge, Übertragungskonstellationen, Abwehr		Analyse von Verhaltensmustern und Kommunikationsstrukturen	
Reflexion im Hinblick auf Kontext, Kontinuität und Geschlossenheit			
rationale Einsicht			
Einsichtslernen (insight learning)			



NEUORIENTIERUNG

verhaltensmodifizierende Zielsetzung
Verändern / Erproben

Training der Sensibilität, Expressivität, Flexibilität, Entspannungstechniken u. a.	Verhaltensprogramme, Shaping, Desensibilisierung, Imitationslernen, Behaviourdrama, Transfertraining u. a.
Experimentieren, Neulormierung von Gestalten	
Verhaltens-Änderung	
Verhaltenlernen (behavioral learning)	

Abb. IV: aus Petzold (1977a, 279)

In der *Initialphase* werden mit den gestalttherapeutischen Methoden des Experimentierens, Fokussierens und der Exploration relevante Spuren verdeutlicht, die oft auf unerledigte, emotional offene Gestalten hinweisen. In der Initialphase wird versucht, die Störungen und Probleme aufzufinden. Es ist eine diagnostische Phase und eine, in der Kontakt aufgebaut wird. Die Aufgabe des Therapeuten ist das vom Klienten Dargebotene auf die hier-und-jetzt erlebten Gefühle zu zentrieren und prägnant zu machen.

In der *Aktionsphase* kommen die Betroffenen mit Gefühlen, Bildern, Gedanken in Berührung, die für sie lebensrelevant sind. In der Aktionsphase wird am Zentrum des Konflikts mit einer psychokathartischen Zielsetzung gearbeitet. Traumatische Situationen werden emotional wieder durchlebt, sei es auf der Ebene des Bilderlebens, der Bewegung oder des psychodramatischen Rollenspiels. Neben der konfliktzentrierten Arbeit mit Zielsetzung der *Katharsis* gibt es auch die erlebniszentrierte Arbeit mit der Zielsetzung von positiven Erfahrungen, die zu intensiven emotionalen „*peak experiences*“ führen können (Maslow 1964). Veränderung setzt Einsicht in die Struktur einer Situation voraus, ferner, daß das Geschehen für den Patienten von vitaler Evidenz ist. Perls bezeichnete diesen Zustand der „*vitalen Evidenz*“ (Petzold 1981 a) in Anlehnung an das Zen als „*Sartori*“, als ein „*Aha-Erlebnis*“, das den ganzen Menschen erfaßt. Es ist ein Zustand, in dem Körpererleben, emotionale Erfahrung und Kognition zusammenwirken.

Es ist nicht davon auszugehen, daß konflikthafte Geschehnisse, die Krankheitswert haben, mit einmaligem Durcharbeiten zu beseitigen sind. Sie müssen mehrmals bearbeitet und integriert werden. Dies geschieht in der *Integrationsphase*: das in der Aktionsphase Erlebte wird durchgesprochen und in den Lebenskontext eingeordnet. Dazu wird, wo erforderlich, auch das Instrument der *Deutung* mit dem Ziel der Konstituierung von *Sinn* eingesetzt (Ricoeur 1969). In der Phase der *Neurorientierung* werden darüber hinaus Transferhilfen angeboten (verhaltensmodifizierende Erprobung, Behaviordrama), so daß das neu Erlebte, Erfahrene zu einem veränderten Verhalten führen kann (vgl. Petzold, dieses Buch S. 111-215)

6.1.3 Die Realitätsebene der Therapie

Das therapeutische Geschehen kann auf verschiedenen Realitätsebenen stattfinden (Petzold 1979b, 116f.):

a) *Die Ebene des Realen*: Es ist die im Hier-und-Jetzt vorfindliche Wirklichkeit, die reale Situation, die konkrete Interaktion zwischen

Therapeut und Klient bzw. zwischen Klient und Mitgliedern der Gruppe, die konkrete Handlung.

b) *Die Ebene des Imaginären*: Situationen und Personen aus der Vergangenheit oder Zukunft werden vorgestellt. Es ist die Ebene der „Semi-Realität“, die Ebene des Spiels, beispielsweise in einer psychodramatischen Sequenz, in der man sich vorstellt, man sei in der Zukunft oder Vergangenheit.

c) *Die Ebene der Repräsentation oder Gegenwärtigsetzung*: Diese Ebene beinhaltet über das bloße Imaginieren oder Reproduzieren hinaus eine Intensität des Erlebten, so daß Erfahrungen von „vitaler Evidenz“ möglich sind. Das Imaginierte wird mit so großer emotionaler Beteiligung vollzogen, daß die beispielsweise gespielte gestaltdramatische Szene Wirklichkeitscharakter zeigt. Diese Ebene ist mit *Morenos* „Surplus reality“ zu vergleichen.

d) *Die Ebene des Symbolischen*: Es ist die Welt der Phantasmen, die verschlüsselte Wirklichkeit, wie sie in Träumen, Märchen oder mythischen Gestalten sich zeigen kann.

6.1.4 Die Ebene der therapeutischen Tiefung

Eine weitere Unterscheidung therapeutischer Prozesse kann man nach den Ebenen der *therapeutischen Tiefung* vornehmen (Petzold 1974a, 1977a).

Ein therapeutischer Prozeß beginnt und endet auf der *Ebene der Reflexion*. Die aufkommenden Erinnerungen sind Gedanken, Überlegungen, Vorstellungen, ohne daß eine starke emotionale Beteiligung sichtbar wird. Auf dieser Ebene werden rationale Entscheidungen gefällt, Begründungen gesucht, das Lebensgeschehen reflektiert. Interventionsfragen: Was ist, warum ist?

Auf der *Ebene der Vorstellungen und Affekte* bzw. des *Bilderlebens* ist die kognitive Kontrolle noch relativ stark, mit mehr oder weniger großer emotionaler Beteiligung. Eine Tiefung erfolgt durch Interventionsfragen wie: Was fühlst du jetzt, wie erlebst / fühlst du das?

Die *Ebene der Involvierung* ist durch stärkere Regression gekennzeichnet mit erheblich verringerter rationaler Kontrolle. An diese Ebene kann der Klient mit der Interventionsfrage: Woher kennst du das? herangeführt werden. Die aus der Vergangenheit vergegenwärtigten Szenen, Bilder, Gefühle können mit erheblicher Intensität bei starker Ich-Involvierung durchlebt werden. Vertiefende Interventionen sind: Bleib bei deinem Gefühl! Nicht festhalten, loslassen! bzw. Körperinterventionen. Auf der *Ebene der autonomen Körperreaktionen* fehlt die kognitive Kontrolle fast vollständig, außer, daß ein Bezug

zum Therapeuten noch bestehen bleibt. Die im Leib archivierten alten Szenen brechen auf einer präverbalen Stufe mit mehr oder weniger großer Intensität hervor. Oft verlaufen die Prozesse auf dieser Ebene zyklisch. Intensive Prozesse werden von ruhigeren Phasen abgelöst. Zwischendurch können die Phasen 1-3 durchschritten werden, um dann wieder zu starker Involvierung (z. B. Trauer, Regression) zu kommen. Der regressive Zustand kann als therapeutisch induzierte Krise bezeichnet werden, aus der von der Ebene der autonomen Körperreaktion beginnend jede vorhergehende Ebene wieder durchlaufen werden muß.

Petzold nimmt an (1977a), daß auf den verschiedenen Ebenen der Tiefung verschiedene Bereiche der persönlichen Entwicklungsgeschichte berührt werden können. In der Ebene der Involvierung tauchen häufiger Themen aus der Kindheit und Jugendzeit auf, während autonome Körperreaktionen oft begleitet sind von Erinnerungen aus der frühesten Lebenszeit (erste drei Lebensjahre) bzw. traumatische Erlebnisse des Körpers wie Operationen, Unfälle wieder durchlebt werden.

6.1.5 Interventionspraxis

In der gestalttherapeutischen Arbeit verfügt der Therapeut über eine Vielzahl von *Methoden* und *Techniken*, um die Impulse des Patienten zu fördern (*to facilitate*; *Perls* 1969b). Dabei darf nicht die Technik den Prozeß bestimmen, sondern der Prozeß die Wahl der Methoden: „*Don't push the river, it flows by itself*“ (*Perls* 1969b). Folgende Interventionsansätze seien erwähnt:

6.1.5.1 Support — stützendes Vorgehen

Stützende Maßnahmen werden vom Therapeuten gezielt in verschiedenen Bereichen eingesetzt: um den therapeutischen Bezug zu festigen — sei es in der therapeutischen Anfangsphase, innerhalb eines regressiv-therapeutischen Prozesses oder als gezielte diagnostische Maßnahme beispielsweise bei frühdefizitären Problemen.

Voraussetzung für gestalttherapeutisches Arbeiten ist ein Basissupport (*Schneider* 1981b), ein tragfähiges, anhaltendes Vertrauen und ein Gefühl des Angenommenseins vom Therapeuten bzw. von der Gruppe. Unterstützende Einzelinterventionen und Maßnahmen — situativer Support — werden vom Therapeuten eingesetzt, um Geborgenheitsgefühle entstehen zu lassen und um die Fähigkeit des Patienten zu vergrößern, seine eigenen Quellen des Supports zu entwickeln.

6.1.5.2 Experimentieren

Perls räumte dem unmittelbaren Erleben und Handeln einen größeren Stellenwert ein als dem „Darüberreden“. Experimente oder gezielte Stimulation dienen der Verdeutlichung des aktuellen therapeutischen Prozesses oder der Erweiterung und Vermittlung neuer Erfahrungen beim Klienten. Durch Ausprobieren und Durchleben neuer Situationen sammelt der Klient an den Grenzen des bisher Gelebten Erfahrungen und findet einen neuen Zugang zu seiner Persönlichkeit (Schneider 1979).

Polster und Polster (1975) zählen zu den experimentellen Methoden: Arbeit mit Imagination/Phantasie; Traumarbeit; Darstellen; gelenktes Verhalten; „Hausaufgaben“ zur Unterstützung und Konsolidierung der therapeutischen Arbeit im Alltagsgeschehen.

6.1.5.3 Arbeit mit Phantasie/Imagination

In der Phantasie kann der Klient Unbekanntes erforschen und sich neuen Aspekten des Selbst annähern. In Imaginationen kann er mit unerledigten Situationen, nicht erreichbaren Personen und angstbesetzten Gefühlen Kontakt aufnehmen.

In der gestalttherapeutischen Traumarbeit, die einen besonderen Platz unter den experimentellen Verfahren einnimmt, werden alle Komponenten des Traums als Teile oder Repräsentanten des Träumers angesehen. In der Identifikation mit ihnen gelingt es dem Klienten, abgelehnte oder entfremdete Teile seines Selbst zu erkennen und zu integrieren. Die Kontaktaufnahme mit diesen Selbstanteilen kann in der Phantasie („ich bin die alte Bank“) geschehen, mit der Technik des „leeren Stuhls“ oder gestalt- bzw. psychodramatisch (Franz 1980; Perls 1969, 1973, 1980; Petzold 1977c, 1982 e).

6.1.5.4 Konfrontation

Bereits das direkte In-Kontakt-Treten mit dem Therapeuten oder der Gruppe, das Herstellen von Intersubjektivität, kann für den Klienten eine Konfrontation darstellen. Arbeitend an dem — verbal oder nonverbal — Offensichtlichen, das ein Klient darstellt, ohne sich dessen gewahr zu sein, wird ihm sein Verhalten wie in einem Spiegel rückvermittelt. Die Konfrontation besteht in dem Aufweisen von Widersprüchen, z. B. durch die Aufforderung, Unvollendetes (Sätze, Bewegungen etc.) abzuschließen oder ausgelassene Schritte nachzuvollziehen.

Die bekannteste konfrontative Methode ist die Arbeit mit dem „leeren Stuhl“: der Klient wird aufgefordert, abgelehnte Persönlichkeits-

anteile von sich selbst, problematische Personen oder Instanzen imaginativ auf den leeren Stuhl zu setzen, um mit ihnen in einen Dialog zu treten. Im Rollentausch identifiziert er sich mit seinem Gegenüber und tritt so mit den vermiedenen Anteilen und Personen in Kontakt. *Perls* wandte diese dialogische Arbeit am leeren Stuhl hauptsächlich zur Bearbeitung von Introjektionen, Projektionen und Retroflektionen an. Zu den konfrontativen Methoden zählen ebenso die verbalen und nonverbalen *Deutungen*, da sie der Realität des Klienten entgegengestellt werden.

6.1.5.5 *Paradoxe Interventionen und Provokationen*

Sie werden angewandt, um lähmende oder manipulative Blockaden zu lockern. Durch paradoxe Symptom- oder Abwehrverschreibungen stellt sich der Therapeut auf die Seite der Abwehr, verstärkt sie und führt sie so *ad absurdum*. Zu den konfrontierenden Methoden kann auch die *skillfull-frustration* gezählt werden. Die passiven, regressiven Abhängigkeitswünsche des Klienten z. B. können dosiert frustriert werden. Ziel ist es, dem Klienten seine Vermeidungsmuster zu verdeutlichen und seine Eigeninitiative zu fördern (*Schneider* 1981b).

6.1.5.6 *Verstärken und Erleichtern*

Verstärken ist eine Möglichkeit der gezielten Verselbständigung — die Bestätigung erwünschter Verhaltensweisen. Hierzu zählen sowohl die Aufmerksamkeit des Therapeuten, seine Zuwendung als auch bestimmte Übungen („making the round“, „sharing“).

Facilitating ist eine der wichtigsten Interventionsformen des Therapeuten. Es bedeutet im Sinne sokratischer Mäeutik, den Patienten seinen Weg selber finden zu lassen, sichtbare Impulse aufzugreifen, sie zu verstärken oder zu strukturieren. „Es handelt sich um Maßnahmen, die darauf abzielen, *Erfahrungen* im weitesten Sinne des Wortes zu fördern und zu erleichtern: den Ausdruck zurückgehaltener Emotionen, verborgener Phantasien, verborgener Wünsche und Ängste, das Wagen neuer Kommunikationsformen, den Gewinn von Einsicht, das Fällen von Entscheidungen“ (*Petzold* 1980a, 279). *Perls* betonte in seiner späten Arbeit, daß der Therapeut *facilitator* sein soll, der dazu da ist, den Prozeß des Wachstums des Klienten zu fördern.

6.1.5.7 *Stimulieren und Evozieren*

Stimulieren ist bei fehlendem oder eingeschränktem Antrieb des Patienten notwendig. Es handelt sich um Angebote meist kreativer Art (z.B. kreative Medien, Bewegung, Zukunftsprojektionen), um das Erleben und Verhaltensspektrum des Patienten zu erweitern.

Evozieren: Sowohl der Person des Therapeuten als auch der eines Gruppenmitglieds kann eine evokative Funktion zukommen. Der The-

rapeut muß wissen, welche Übertragungen er auslöst und über ein Instrumentarium evokativer Techniken verfügen, die den Patienten anregen, seine Fixierungen aufzugeben.

6.2 Die therapeutische Beziehung

Die Unterschiede zwischen der psychoanalytischen und gestalttherapeutischen Methode zeigen sich u. a. auch in den Auffassungen über die „richtige“ Haltung des Therapeuten. Die psychoanalytische Methode verlangt vom Therapeuten ein hohes Maß an Zurückhaltung, die Abstinenz: er möge den therapeutischen Prozeß so wenig wie möglich durch persönliche Einflüsse lenken. In der älteren Auffassung ist die Abstinenzregel sehr streng. Sie empfiehlt dem Psychoanalytiker, sich jeglicher persönlicher Äußerungen zu enthalten und wie ein Spiegel zu fungieren, der nur das abbildet, was der Patient hineinprojiziert. Die moderne Auffassung von der Abstinenz in der psychoanalytischen Behandlung ist „methodisch begründet“ (Cremelius 1983a), ihre Anwendung zielt auf die optimale Anwendung der Übertragungsprozesse und ihrer sprachlichen Bearbeitung in der Therapie. Man hat erkannt, daß die starre Abstinenzforderung, wie Freud sie empfohlen hatte (aber selbst nie anwandte), den therapeutischen Prozeß eher behindert als fördert. Die methodisch begründete Abstinenzregel erlaubt dem Psychoanalytiker durchaus eine persönliche, warmherzige Beziehung zum Patienten. Entscheidend ist aber weiterhin, daß er selbst keine (Trieb-)Wünsche an den Patienten richtet, ihn also nicht zur Befriedigung eigener Bedürfnisse in Anspruch nimmt. Nur der Therapeut, der in diesem Sinne unabhängig vom Patienten ist, kann seine eigene Übertragung von der induzierten Gegenübertragung unterscheiden und diese analytisch bearbeiten. Zu dieser Zurückhaltung des Analytikers gehört es auch, daß er keine „*corrective emotional experience*“ (Alexander) stiften soll — ein Begriff, der immer fälschlicherweise mit „Erfahrung“, statt mit „Erleben“ übersetzt wird. Nach heutiger psychoanalytischer Auffassung wäre ein solches „Rollenspiel“ (König 1983) keineswegs geeignet, die Arbeit an den innerpsychischen Repräsentanzen zu fördern und läßt den Verdacht aufkommen, daß der Analytiker mehr oder weniger bewußt eigene Absichten und Zielvorstellungen agiert.

Bedeutsam für die Art der therapeutischen Beziehung in der Gestalttherapie, wie sie von Perls entwickelt wurde, war der Einfluß von Martin Buber: die Begegnung nach dem Ich-Du-Prinzip und die Auffassung der Intersubjektivität von G. Marcel. Therapie wird als ein *dialogisches* Geschehen verstanden (Yontef 1983): die Persönlichkeit

des Therapeuten ist für das Gelingen der Therapie wesentlich, seine Fähigkeit der Einfühlung, der Klarheit, Kreativität und sein Engagement. Im Gegensatz zur Psychoanalyse kann der Gestalttherapeut nicht im psychoanalytischen Sinne abstinent sein, da Wachstum nur möglich ist bei einer persönlichen Begegnung, ohne starres Reglement. Seine Abstinenz ist die Eindeutigkeit und Klarheit der Kommunikation.

„Ein guter Therapeut verläßt sich nicht auf Kunstgriffe, sondern auf sich selbst; er benutzt seine Kenntnisse, Geschicklichkeit und totale Lebenserfahrung, die in seiner eigenen Person integriert sind, und seine Wahrnehmung der jeweiligen Situation“ (L. Perls 1980, 260f.).

Aufgabe des Therapeuten ist dabei immer wieder, die *awareness* des Patienten zu fördern, so daß er seine Widerstands- und Abwehrphänomene erkennen kann. Der Patient neigt dazu, seine abgelehnten Persönlichkeitsanteile auf den Therapeuten zu projizieren; diese werden vom Gestalttherapeuten nicht angenommen, sondern er wird auf die real bestehende Interaktion hinweisen und den Patienten schrittweise dazu bewegen, seine vorhandenen Fähigkeiten selbst zu entwickeln.

Während in der therapeutischen Arbeit des „späten“ Perls der erlebnisaktivierende Anteil überwog, knüpft die europäische Linie der Gestalttherapie an die Gedanken und das Handeln des „frühen“ Perls und den Stil von Lore Perls an („Ostküstenstil“). Danach wird in der therapeutischen Beziehung sowohl der Beziehungsaspekt der personalen Präsenz als auch der kognitiv-analysierenden Beobachtung Rechnung getragen (Hartmann-Kottek-Schroeder 1983, 306).

Die therapeutische Haltung in der *Integrativen Gestalttherapie* ist gekennzeichnet durch „selektive Offenheit“ und „partielle Teilnahme“ (Petzold 1980a, 253).

Partielles Engagement und *selektive Offenheit* fordern vom Therapeuten, sich mit seiner Persönlichkeit einzulassen, ohne konfluent zu werden. Der Patient soll ein mittleres Maß der emotionalen Beteiligung spüren, ohne durch zu große Intensität verunsichert zu werden. Partielles Engagement bedeutet, eine adäquate Balance zwischen Nähe und Distanz herzustellen, so wie der Klient es für seinen jeweiligen Entwicklungsstand benötigt.

„Selektive Offenheit und partielles Engagement bedeuten, daß der Theapeut *seinen* Teil der Verantwortung am therapeutischen Prozeß übernimmt, ohne den Patienten unbillig zu entmündigen oder zum Erleidenden zu machen, aber auch ohne ihm Verantwortung zuzuweisen, die er noch nicht zu tragen vermag“ (Petzold 1977a, 292).

In der *Integrativen Gestalttherapie* wird die therapeutische Beziehung als ein Prozeß *intersubjektiver Korrespondenz* aufgefaßt. Der Begriff „Korrespondenz“ ist geeignet, die gestalttherapeutische Beziehung zwischen Therapeut und Klient / Patient besser auszudrücken als

die Termini: therapeutisches Gespräch, Dialog, Diskurs. Das Wesen von Korrespondenzprozessen ist das In-Beziehung-Setzen unter Ein-schluß des Nonverbalen und der Distanzen mit dem Ziel der Konstituierung von *Sinn*, Identität und Intersubjektivität (Petzold 1980a, 243).

„Korrespondenz ist ein synergetischer Prozeß direkter und ganzheitlicher Begegnung und Auseinandersetzung zwischen Subjekten auf der Leib-, Gefühls- und Vernunftsebene über ein Thema unter Einbeziehung des jeweiligen Kontextes.

Ziel von Korrespondenz ist die Konstituierung von Konsens, der in Konzepten Niederschlag finden und zu kooperativem Handeln führen kann. Voraussetzung für Korrespondenzprozesse ist die wechselseitige Anerkennung subjektiver Integrität, die durch Konsens bezeugt wird, und sei es nur der Konsens darüber, miteinander auf der Subjektebene in den Prozeß der Korrespondenz einzutreten“ (Petzold 1978c, 35).

Im Korrespondenzmodell (Petzold 1978c) ist eine Konsenstheorie der Wahrheit und eine handlungstheoretische Sicht des psychotherapeutischen Geschehens eingeschlossen.

6.3 Übertragung

Während in der Psychoanalyse das Verständnis und die Analyse der Übertragungsphänomene den Schwerpunkt des psychotherapeutischen Verfahrens darstellen, kommt der Arbeit an und mit der Übertragung in der klassischen Gestalttherapie eine eher nebengeordnete Bedeutung zu. Es wird angenommen, daß durch evokative Techniken ein unmittelbarer Zugang zu verdrängten Konflikten möglich ist: sei es durch Fokussierung auf körperliche Korrelate verdrängter Konflikte (muskuläre Verspannungen), sei es in psychodramatischen Szenen. Perls bestreitet den therapeutischen Nutzen der Arbeit mit der Übertragung im Sinne des Aufbaus einer Übertragungsneurose. Er faßt die Übertragung als projektiven Prozeß und damit als eine Vermeidung des realen Kontaktes auf. Nicht-integrierte, abgespaltene Selbst-Anteile werden durch Projektion nach außen gebracht und verzerren auf diese Weise die Realität, auf die dementsprechend inadäquat reagiert wird. *Wo Übertragung ist, soll Beziehung werden* (Petzold 1980a). Ziel ist eine direkte, durch Übertragung und Projektion unverstellte Form des Kontaktes.

In der Integrativen Therapie bezeichnet der Begriff der Übertragung die

„Reaktualisierung archaischer Gedanken, Gefühle, Phantasien, Handlungsmuster und Szenen in der Gegenwart und zwar in einer Weise, daß deren realitätsgerechte Wahrnehmung verstellt wird“ (Petzold, Schneewind 1983, 34).

Nach Petzold (1980a) sind Übertragungsbeziehungen „Haben-Beziehungen“, die das Gegenüber objektivieren und damit eine realitätsgerechte Wahrnehmung verhindern. Er unterscheidet zwischen *notorischen* Übertragungen, als kontinuierliches, unbewußtes, der *aware-*

ness nicht zugängliches Geschehen, und *evozierten*, spontanen, flüchtigen Übertragungen, die als Artefakte durch die Eigenart des Therapeuten oder durch besondere Gruppenkonstellationen ausgelöst werden können.

Die gestalttherapeutische Arbeit an der Übertragung berücksichtigt, ob beim Klienten eine neurotische Struktur diagnostiziert ist oder ob frühdefizitäre bzw. frühgestörte Grundmuster vorliegen. In der Arbeit mit Neurosen kann eine rasche Regression und Wiederbelebung alter Beziehungsszenen nützlich sein. Diese in der Neurosentherapie indizierte Technik des „Eintauchens und Herausführens“, des „Labilisierens und Stabilisierens“ (Petzold 1980a, 265) ist hingegen bei frühdefizitären bzw. frühgestörten Patienten kontraindiziert. Dem frühgestörten Patienten wird über einen längeren Zeitraum hinweg ermöglicht, emotionale Qualitäten zu erfahren, die er in der frühen Kindheit entbehren mußte. Je früher und je schwerwiegender die Defizite sind, umso intensiver und zeitlich ausgedehnter muß die positive, stützende und nährenden Funktion des Therapeuten sein. Neben dem Ziel, Defizite und Störungen zu mindern (*reparativer* Anteil der Therapie) gilt es, an die gesunden Anteile des Klienten anzuknüpfen, sie zu stabilisieren, zu erhalten (*konservierende* Arbeit) und ungenutzte Anteile zu erschließen und auszuschöpfen (*evolutive* Arbeit, vgl. Petzold 1980a; Petzold, Berger 1977). Der Therapeut muß seine supportative Arbeit während des Prozesses sukzessiv reduzieren, damit der Klient wachsen kann. Mit zunehmendem Wachstum des Klienten soll sich der Therapeut zurücknehmen (z. B. durch Self-disclosure-Technik); dem Klienten soll die reale, intersubjektive Beziehung immer deutlicher werden, bis idealtypisch am Ende der Therapie partnerschaftlich eine Begegnung ohne Übertragung erreicht ist.

6.4 Gegenübertragung

Der Begriff der Gegenübertragung wurde 1909 von Ferenczi eingeführt. Als Gegenübertragung werden in der Psychoanalyse heute die nicht-neurotischen, antwortenden Gefühle, Phantasien und Handlungstendenzen des Therapeuten verstanden (vgl. Moeller 1977). Ganz ähnlich wird in der Integrativen Gestalttherapie von Gegenübertragung dann gesprochen, wenn Regungen des Therapeuten vorliegen, die durch die aktuelle Befindlichkeit und Thematik des Patienten entstanden sind. Unbearbeitete Eigenproblematiken des Therapeuten, die spontan im therapeutischen Kontext auftreten oder vom Klienten aktualisiert werden, gelten als „notorische“ Übertragung des Thera-

peuten, nicht als Gegenübertragung. Sie bleiben dem Therapeuten häufig unbewußt und können erst in der Kontrollanalyse bzw. Supervision aufgedeckt werden.

„Die Gegenübertragung ist im Unterschied zur Übertragung und in Sonderheit zur notorischen Übertragung davon gekennzeichnet, daß sie unmittelbar oder doch nur mit kurzer Verzögerung im Bewußtsein des Therapeuten als solche erscheint, nämlich als Empfindungen und Schwingungen, die von ihm eindeutig als vom Patienten übermittelt wahrgenommen werden. Die Gegenübertragungsreaktionen können deshalb als Seismograph des therapeutischen Geschehens betrachtet werden (Petzold 1980a, 270).

6.5 Widerstand

Der Begriff des Widerstandes wird in der Gestalttherapie ähnlich wie in der Psychoanalyse gebraucht — insgesamt mit einer positiveren Tönung (Petzold 1981c). Nach psychoanalytischer Auffassung zeigt sich im Widerstand das Bemühen des Patienten, an seinem neurotischen status quo, an der symptomatischen Konfliktlösung festzuhalten, sich also gegen den positiven therapeutischen Einfluß zur Wehr zu setzen. Für den Fortgang der Therapie ist es unbedingt notwendig, daß der Therapeut Widerstände des Patienten erkennt, sie ihm zeigt und mit ihm bearbeitet. Obgleich der Begriff „Widerstand“ negative Assoziationen hervorzurufen pflegt, ist es wichtig, daß der Therapeut das Widerstreben des Patienten nicht als negatives und störendes Verhalten wertet und behandelt. Die psychoanalytische Theorie der Technik widmet ihm sehr viel Aufmerksamkeit und differenziert zwischen verschiedenen Quellen, Arten und Darstellungsformen des Widerstandes (vgl. Sandler et al. 1973).

Perls gebraucht den Begriff des Widerstands in verschiedenen Bedeutungen: als Abwehr im Sinne von Gegenangriff, als Aggression gegen das eigene Selbst und als aktiven Ausdruck von Vitalität. In gestalttherapeutischer Sicht ist Widerstand eine Schutzmaßnahme gegen eine innere Bedrohung. Sie ist subjektiv die jeweils beste Antwort, über die das Individuum verfügt. Entsprechend dem Menschenbild in der Gestalttherapie wird der Begriff Widerstand nicht bewertend oder auch positiv gebraucht, etwa als Widerstandsfähigkeit im Sinne des französischen „résistance“, als ein Zeichen der Kraft und des Beharrungsvermögens.

In der jüngeren gestalttherapeutischen Literatur wird Widerstand definiert als ein Sich-Wehren gegen eine Veränderung der Identität (*Veränderungswiderstand*, Petzold 1980a, 267; Schneider 1981a). Widerstand ist danach ein Signal, mit dem eine Abgrenzung gezogen wird, eine Schutzfunktion gegen einen bedrohlichen Kontakt nach

außen und/oder innen. Dieser *protektive Widerstand*, der in der Vermeidung von *awareness* besteht, schützt das Individuum vor Überforderung, vor zu schmerzlichen, intensiven, angstausslösenden und überschwemmenden Gedanken, Gefühlen, Erlebnissen und Ereignissen. Widerstand zeigt sich in der Blockierung, dem *Impass*. Dies ist die Stelle auf dem Weg von der Abwehr zur authentischen Veränderung, an der die Wahl besteht zwischen Festhalten oder Aufgeben der eingeschliffenen Gewohnheiten. *Perls* (1969, 1973) hielt den Klienten solange im *Impass*, bis er seinen Widerstand selbst prägnant erleben und sich bewußt entscheiden konnte, ob er die bisher abgewehrten Impulse, Emotionen und Aktionen zulassen wolle. Der *Impass* kann auf jeder Stufe der therapeutischen Tiefung eintreten und verdeutlicht werden und jedesmal ist eine neue Entscheidung möglich, ob der Prozeß zur nächsten Stufe hin vertieft oder abgeflacht werden soll. Der Klient muß seine eigene Art, Widerstand zu leisten, erkennen; er muß verstehen, in welcher Situation er Widerstände aufbaut, wo sie ihm nützen oder wo er sich blockiert. Ist dem Klienten der Sinn seines Widerstandes präsent, so kann er sich verändern. Daher findet die wichtigste therapeutische Arbeit vor dem Widerstand und an der Seite des Widerstandes statt. Der Klient soll ihn aus eigener Kraft entdecken. Spezifische Arbeitshaltungen des Therapeuten sind dabei neben dem „Fließen-Lassen“ das Unterstützen und Herstellen einer Atmosphäre, in der der Klient experimentieren kann. Der Therapeut kann den Klienten auch auffordern, sich mit seinem Widerstand zu identifizieren, als dieser zu sprechen oder in einen Dialog mit ihm zu treten, um *re-sistance* in *as-sistance* umzuwandeln (*Perls* 1948/1978).

6.6 Setting

Das psychoanalytische Setting ist — wie *Perls* sagt — ein asymmetrisches: der Klient assoziiert frei, der Therapeut deutet und hält sich persönlich sehr zurück. Nach *Perls'* Auffassung liegt darin eine Wiederholung eines neurotischen Arrangements (Spaltung) und einer infantilen Szene. Während es die Aufgabe des Psychoanalytikers ist, den neurotischen Konflikt sprachlich zu bearbeiten, gilt die gestalttherapeutische Arbeit intensiv auch den nicht-verbalen Mitteilungen des Klienten.

Gestalttherapeutische Arbeit ist als Einzeltherapie, als Gruppentherapie mit dem Schwerpunkt von Einzelarbeit oder als gruppendynamisch orientierte gestalttherapeutische Gruppe möglich. Unterformen sind die Familientherapie (*Kempler* 1975; *Schneider* 1983), die verschiedenen Formen der Supervision (*Lemke* 1980, *Höhfeld* 1980),

sowie Selbsthilfegruppen (Laschinsky et al. 1979; Petzold, Schneewind 1983; Petzold, Vormann 1980) und therapeutische Wohngemeinschaften (Petzold 1980e; Ronall, Feder 1983). Gestalttherapeutisches Arbeiten ist in Art, Form, Häufigkeit und Länge der Sitzungen orientiert an den Bedürfnissen der Patienten und des Therapeuten. Perls führte Gestalttherapie vor allem als Einzelarbeit in einer Gruppe vorwiegend in Workshops durch. Integrative gestalttherapeutische Arbeit, wie sie heute vorwiegend in der Bundesrepublik durchgeführt wird, bevorzugt ein konstanteres, regelmäßigeres Setting. Dem ging die Erfahrung voraus, daß für die Veränderung von Persönlichkeitsstrukturen das Durcharbeiten bzw. die Kontinuität und Klarheit unumgänglich sind. So sind kontinuierliche Einzel- und Gruppentherapie die Hauptformen der Arbeit und werden Workshops nur noch in der Weiterbildung und der Selbsterfahrung verwandt.

6.7 Medien in der Gestalttherapie

Jede Form des therapeutischen Settings kann als Medium betrachtet werden. Angefangen von der zeitlichen und räumlichen Struktur des therapeutischen Verlaufs, über die vom Klienten oder der Gruppe mitgebrachten „natürlichen Medien“ der Körperhaltung, Gestik, Mimik, Stimmführung, Kleidung, Wortwahl, über gezielt eingesetzte Medien wie Awarenessstraining (Stevens 1975), Ton, Farben, Masken, Collagen (Petzold 1977b, 1975; Kirchmann 1980), Bewegung, Tanz (Sheleen 1983; Serlin 1981; Briner 1981; Petzold, Berger 1977a, 1974a), Musik (Schroeder 1982; Frohne 1982; Canacakis-Canas 1975; Petzold et al. 1983d), bewußter Einsatz der Sprache: Märchen (Lückel 1979; Petzold 1982); Poesie (Thamm 1982; Petzold 1982d, 1983e), bis hin zum Puppenspiel (Petzold 1975, 1982, 1983a; Franzke 1979), szenischem Spiel, Theater (Iljine 1942, 1972; Petzold 1981a, 1982; Haller 1979).

Ein Medium sollte nie um seiner selbst willen eingesetzt werden sondern dient dazu, eine Struktur aus Phänomenen herauszukristallisieren, Vorhandenes prägnanter werden zu lassen. Das innere Thema soll aus den äußeren Themen aufsteigen (Schneewind, Kuchenbecker 1983).

In der *Panorama-Technik*, die von H. Petzold (1975, 1983b) entwickelt wurde, wird durch Synthese verschiedener Medien ein Lebens- (oder Arbeits-) Überblick bildnerisch gegeben. Anstelle des Aufsuchens einer belastenden Situation „wird in der Gestaltung der gesamten Lebensspanne auf eine ‚Synopse‘ abgezielt“ (Petzold 1983b, 367).

In der Panorma-Technik soll der Klient die wichtigen Geschehnisse seines Lebens von der Zeugung bis zur Gegenwart und darüber hinaus die antizipierte Zukunft wie in einem Panorama zeichnen. Von der Gegenwart wird durch das Lebenspanorama eine Brücke zwischen Vergangenheit und Zukunft geschlagen. Die Struktur des Lebens wird damit konkretisiert, Skripts, Lebensstile, Handlungsmuster, Wiederholungszwänge, gute Kontinuitäten werden offensichtlich, sowie Wünsche, Hoffnungen, Befürchtungen in einem Vorentwurf verdeutlicht. Die Panorama-Technik ist wie jede Methode in der Einzel- oder Gruppenarbeit anwendbar. Sie dient der szenischen Verdeutlichung von Strukturen.

7. Anwendung

7.1 Indikation und Kontraindikation

Der Indikationsbereich der Gestalttherapie ist weit gestreut. Bei entsprechender Modifikation der Technik gibt es nur wenige Kontraindikationen. Diese beziehen sich zumeist auf das Setting (z. B. akute Suizidalität nicht im ambulanten Setting). Die Erweiterung der klassischen Gestalttherapie zur Integrativen Therapie eröffnet vielfältige, auch körperbezogene Anwendungsmöglichkeiten der Gestalttherapie im klinischen Bereich. Während in der klassischen Gestalttherapie hauptsächlich mit Neurotikern mit relativ reifer Ich-Organisation gearbeitet wurde, sind in der Integrativen Therapie Methoden entwickelt worden, die auch frühen Defiziten und Störungen gerecht werden (s. 7.2.1). Z. B. ermöglicht das körperorientierte Vorgehen eine Therapie der Störungen im präverbalen und präsenischen Zeitraum. Insbesondere für psychosomatische Erkrankungen ist körperorientiertes Vorgehen unumgänglich (Petzold 1977a; Heintz, Spiegel-Rösing 1978; Heintz, Petzold 1980; Teegen et al. 1981; Röttger 1982; Jonas 1983; Bäumges, Petzold 1983; Metzmacher 1984; Behrend 1981). Bei psychiatrischen Patienten können mit Hilfe nonverbaler Verfahren sowohl chronische als auch akute Zustände behandelt werden (Hartmann-Kottek 1979; Petzold, Berger 1977). In der akuten Psychose ist eine supportative Haltung des Therapeuten, die Vertrauen fördert, sowie eine gegenwarts- und realitätsbezogene Haltung hilfreich. Besonders Suchtkranke können mit der Gestalttherapie mit gutem Erfolg behandelt werden (Saake, Stichtenoth 1980; Petzold 1974b; s. 7.3.2).

Eine Befragung (Schubert 1983) von 250 Gestalttherapeuten des „Fritz-Perls-Instituts“ ergab, daß über 40 Prozent der Gestalttherapeu-

ten mit Patienten arbeiten, die Neurosen und psychosomatische Störungen zeigen und immerhin 20 Prozent ausschließlich mit psychiatrischen Patienten (vgl. Heekerens 1984).

7.2 Klinische Anwendungsbereiche

7.2.1 Therapie von Erwachsenen

Die gestalttherapeutische Arbeit zielt immer auf Integration und Wachstum. Ihr Vorgehen orientiert sich im einzelnen an dem jeweiligen Entwicklungsstand des Klienten. Ob z. B. eine mehr stützende, regressionsfördernde oder konfrontative und autonomiefördernde Haltung notwendig ist, hängt von individuellen Merkmalen des Klienten und seiner Lebenssituation ab, die prozessual-diagnostisch zu ermitteln sind.

Die Formen der Störung bestimmen auch, ob eine Einzeltherapie und/oder eine Gruppentherapie hilfreich sein könnte. Eine Indikation für Einzeltherapie liegt bei frühen Traumata, Defiziten und Störungen, d. h. schweren Psychosomatosen und psychiatrischen Erkrankungen nahe. Auch Entscheidungen, inwieweit eine Kurzzeit- bzw. Fokalthherapie, eine mittelfristige oder Langzeittherapie indiziert ist, wird von dem Krankheitsbild bestimmt. Eine langfristige Therapie ist zumeist bei Patienten mit frühen Störungen, Traumatisierungen und Defiziten indiziert. Es sind Patienten mit Psychosomatosen, narzißtischen Persönlichkeitsstörungen, Borderline-Strukturen und psychotischen Erkrankungen.

Fokaltherapeutisches Vorgehen ist bei akuten Konflikten, zur Bewältigung von Krisensituationen, Konfliktreaktionen sowie zur Bearbeitung und Klärung leichterer neurotischer Symptome geraten.

7.2.2 Kindertherapie

Lore und *Fritz Perls* arbeiteten als Psychoanalytiker und als Gestalttherapeuten mit Erwachsenen. Aber schon zu Lebzeiten von *Fritz Perls* wandten *J. Ledermann* (1966), *G. I. Brown* (1971) und später *V. Oaklander* (1978), *D. Rahm* (1979), *Petzold* (1972), *Petzold*, *Metzmacher* (1984) die Gestalttherapie in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen an.

In der gestalttherapeutischen Arbeit sollen Kinder und Jugendliche lernen, sich selbst besser gewahr zu werden und in einen direkten Kontakt mit der Umwelt zu treten. Sie sollen eine Stärkung ihrer Identität erfahren und werden darin gefördert, ihre Gefühle zu erkennen und adäquat auszudrücken. Dies kann durch einen gezielten Einsatz von

Medien unterstützt werden, wie: Puppen, Ton, Bewegung, Musik (Petzold 1983a; Kirchmann 1980, Friedrich 1983, Frohne 1982). Die gestalttherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen schließt die Arbeit mit den Eltern ein (Rahm 1979). Oaklander (1978) empfiehlt, die Kontaktaufnahme und das erste Gespräch gemeinsam mit der gesamten Familie zu führen. Dabei sei abzuklären, inwieweit eine Familientherapie indiziert sein könne. Außerdem werde dem Kind gezeigt, daß es in seiner Eigenständigkeit respektiert wird, daß nicht über es gesprochen wird, sondern alles in seiner Anwesenheit ansprechbar und klärbar ist. Eine Kindertherapie ohne die Beteiligung der Eltern ist nur dann angebracht, wenn die familiären Kommunikationsstrukturen geklärt sind und das Kind nicht länger der Symptomträger der Familie ist, oder wenn die Eltern bzw. ein Elternteil sich weigern, in das therapeutische Geschehen einbezogen zu werden.

7.2.3 Familientherapie

Die Regeln der gestalttherapeutischen Arbeit mit Familien ähneln sehr dem familientherapeutischen Konzept von V. Satir (1973, 1975).

Ziel der Arbeit ist, die familiäre Kompetenz zu fördern, so daß es den Familienmitgliedern gelingt, aus ihrer festgefahrenen Struktur heraus zu einem lebendigeren Zusammenleben zu finden. Die vorhandenen Ressourcen der Familie werden gestützt; erst nachrangig liegt der Fokus der Therapie auf den Störungen. Gestalttherapeutische Familientherapie geht von dem Offensichtlichen und dem Gegenwärtigen innerhalb der Familie aus (Kempler 1975). Die Verdeutlichung des Erlebens (*awareness*) und des Kontaktes der Familienmitglieder untereinander bilden in der Arbeit einen Schwerpunkt. Während „gesunde“ Familien über ein offenes Beziehungssystem verfügen und ihnen eine kreative Anpassung an notwendige Veränderungen gelingt, zeigen „gestörte“ Familien geschlossene Systeme, bei denen die Kontaktfunktionen in Verwirrung geraten sind (Schneider 1983). Gestalttherapeutische Arbeit zielt darauf ab, die Eigenverantwortlichkeit jedes einzelnen in der Familie zu fördern und die erstarrten Kommunikationsstrukturen zu lockern. Jedes Familienmitglied soll eigene Identität behalten bzw. gewinnen. Die Familie als Ganzes soll ein neues, positives Selbstbild entwickeln.

7.2.4 Gerontotherapie, Thanatotherapie

Entsprechend ihrer Einsicht, daß das Wachstum der Persönlichkeit ein lebenslanger Prozeß ist, wendet sich die Integrative Gestalttherapie auch an alte Menschen (Petzold, Bubolz 1976, 1979c, Bubolz 1983).

Ziel der gestalttherapeutischen Gerontotherapie ist die Restitution kommunikativer Felder, um einer Atrophie der sozialen Netzwerke entgegenzuwirken. Neben dem Aufbau eines positiven Selbstkonzeptes geht es in der psychotherapeutischen und geragogischen Arbeit mit alten Menschen weiterhin um eine allgemeine Aktivierung und Förderung von Expressivität und Kreativität. Durch die Vielfalt der Medien, die in der Integrativen Gestalttherapie verwendet werden können: Farben, Ton, Arbeit mit Collagen, Masken, Puppen, Bewegung, Musik, Poesie, verfügt sie über ein großes Potential an Ausdrucks- und Stimulierungsmöglichkeiten (Petzold 1982c, 1982d, 1978b, 1977a). Neben dieser Arbeit nehmen problemspezifische Hilfestellungen bei der Bewältigung aktueller Lebenssituationen einen großen Raum ein: Die Verarbeitung von belastenden Problemen, sei es die Trauerarbeit um verlorene Freunde, Verwandte, den Partner oder die Auseinandersetzung mit irreversiblen körperlichen Verlusten, aber auch den Umzug in ein Heim und der Verlust des vertrauten Lebensraumes. Immer wird den alten Menschen angeboten, sich mit dem bisher Gelebten auseinanderzusetzen, eine Lebensbilanz zu ziehen und sich mit dem eigenen Lebensende vertraut zu machen. Die Gerontotherapie umschließt damit auch die Arbeit mit Sterbenden (Thanatotherapie), die Auseinandersetzung mit der offenen oder verdrängten Todesangst (Spiegel-Rösing 1980, Petzold 1980b, Lückel 1980, 1981, Spiegel-Rösing, Petzold 1984).

In der Arbeit mit alten Menschen — insbesondere depressiv Verstimmt — können Aktivierungsprogramme und übungszentrierte Sitzungen einen multiplen Stimulierungseffekt erzielen. Da in der gestalttherapeutischen Auffassung Depressionen vielfach von retrofektorischen Mechanismen ausgelöst werden, strebt die Arbeit an, aggressive Impulse zu aktivieren und nach außen zu bringen. Hierbei können unter Einbeziehung von Mimik und Gestik das psychodramatische Rollenspiel, die Technik des leeren Stuhls und Aggressionsübungen aus der Integrativen Bewegungstherapie hilfreich sein.

Neben der Einzelarbeit bietet sich gerade in der Arbeit mit alten Menschen die Zusammenführung in Gruppen an, um sie aus der oft vorhandenen Isolation schrittweise herauszuführen (Petzold 1979a).

7.3 Nicht-klinische Anwendungsbereiche

In ihren nicht-klinischen Anwendungsbereichen zielt die Gestalttherapie auf Soziotherapie, Prävention und Persönlichkeitserweiterung. Dies gilt für Selbsterfahrungsgruppen, gestalttherapeutische Selbsthil-

fegruppen (Petzold, Schneewind 1983), die Gestaltberatung, die Soziotherapie sowie die Pädagogik und Agogik.

„Psychotherapie, sofern sie sich nicht — unzulässigerweise — auf Behebung von Störungen eingrenzt, hat neben der *restitutio ad integrum*, neben Heilung, Stabilisierung, Bewältigung und Linderung das Ziel der Entwicklung, des Bestandes in der Aufgabe, sich im Lebensganzen, in der persönlichen und kollektiven Geschichte, im sozialen Raum, im Kosmos zu begreifen“ (Petzold 1983c, 65).

7.3.1 Prävention

Bereits die klassische Gestalttherapie wandte sich mit ihren Zielen, der Förderung des potentiell Möglichen und der Erweiterung des aktuellen Lebensbereiches, an jedermann. Untersuchungen belegen, daß die Anwendung gestalttherapeutischer Prinzipien, wie sie vor allem in Selbsterfahrungsgruppen und Marathongruppen verwirklicht werden, zu einer Steigerung der persönlichen Fähigkeiten führen kann (Foulds, Hannigan 1976; Foulds 1970, 1971b; Healy 1979; Lee 1982; Bünte-Ludwig 1980; Miglionico 1978; Pertzborn 1979; Côte 1982; Adesso 1974). Wesentlich ist, den Entfremdungscharakter vieler Präventionsmaßnahmen zu sehen und mit den Zielgruppen durchzuarbeiten (Petzold 1981).

7.3.1.1 Therapeutische Gemeinschaft und Wohngemeinschaft

Gegen Ende seines Lebens gründete F. Perls den „Gestalt-Kibbuz“ und zeigte, wie die gestalttherapeutischen Prinzipien in eine lebendige Form des Miteinander-Lebens und Lernens umgesetzt werden können. Paul Goodman (1975) initiierte und unterstützte Lebensgemeinschaftsprojekte in der alternativen Schulbewegung (*free-school, street school*, vgl. Blankertz 1984). Diese beiden genuinen Konzepte gestalttherapeutischer Gemeinschaft stützen sich auf die Prinzipien der wechselseitigen Hilfe („Exchange helping“) und des wechselseitigen Lernens („Exchange learning“) (Laschinsky, Petzold, Rinast 1979). Offene und direkte zwischenmenschliche Begegnungen ermöglichen dem einzelnen, durch experientielles Lernen seine Persönlichkeit zu entfalten und Intersubjektivität herauszubilden (Keil 1980, Baumann 1980). Besonders im Bereich der Drogentherapie und Altenarbeit, aber auch in der Kinderhausarbeit haben sich gestalttherapeutische Wohngemeinschaften bewährt (vgl. Petzold, Vormann 1980; Witt 1980; Lehmann 1984; Ludwig, Vormann 1981).

7.3.1.2 Selbsthilfegruppen

Vor allem Paul Goodman, der zu den Initiatoren der amerikanischen Gegenkultur gezählt wird (Blankertz 1984), betonte die Möglichkeiten

von Problemlösungsgruppen (z. B. Kriegsdienstverweigerern, Homosexuellen), in solidarischem Handeln die persönlichen Ressourcen zu nutzen und Lebenssituationen zu ändern. Das Ziel dieser Gruppen liegt vor allem in der Aufhebung von Entfremdung durch Bildung von Intersubjektivität. Das bedeutet, daß jeder einzelne mit seinem Potential an Erfahrung und Wissen in *Korrespondenzprozessen* (vgl. 6.12) die Gemeinschaft bereichert. Nach dem Prinzip der Übersummativität entsteht so ein Gruppenleben, das reicher ist, als es die Addition der Einzelerfahrungen ergeben könnte (Petzold, Schneewind 1983; Petzold 1983b; Bünte-Ludwig 1980).

7.3.2 Soziotherapie — Drogenarbeit, Strafvollzug, Gestaltberatung

Der soziotherapeutische Bereich der Integrativen Gestalttherapie umfaßt folgende Arbeitsfelder: Strafvollzug (Keil 1980), Nicht-Seßhaften-Arbeit (Baumann 1980), Gestaltberatung (Rahm 1979, Hille 1982) und vor allem die Drogenarbeit (Saake, Stichtenoth 1980).

In der gestalttherapeutischen Arbeit mit drogenabhängigen Jugendlichen hat sich das „*Four Steps-Modell*“ durchgesetzt (Petzold 1974, 1980c). Drogenabhängige und dissoziale Jugendliche leiden häufig unter familiären Verlusterlebnissen und defizitärer Sozialisation. Von der therapeutischen Wohngemeinschaft wird eine „Ersatzfamilienfunktion“ angeboten, die in ihrer strukturierten Form eine Nachsozialisation ermöglicht (Petzold, Epe 1984). Das Vier-Stufen-Modell umfaßt die Schritte:

Entscheidung: das Sich-Einlassen auf die Gruppe und das Zulassen von Regression. Diese Zeit umfaßt die ersten Monate, bis der *Schritt der Begegnung* möglich ist. Hier, in der Begegnung mit anderen, kann der Jugendliche Eigenständigkeit entwickeln — eine Grundlage für den dritten Schritt, die *Verwandlung*. Im letzten Schritt soll der Jugendliche *Verantwortung* für sich selbst und seinen Lebenszusammenhang übernehmen. Integrativer gestalttherapeutischer Arbeit im psychosozialen Bereich ist gemeinsam: die Betonung des Hier-und-Jetzt-Prinzips, der „*awareness*“, die Ausrichtung auf erlebnisaktivierende Prozesse, ein körperzentriertes Vorgehen, die Ziele der personalen Begegnung und persönlichen Verantwortlichkeit und politisches Bewußtsein (Besems 1977b).

7.3.3 Pädagogik — Agogik

Die gestaltpädagogischen Ansätze wurzeln hauptsächlich in Paul Goodmans sozialkritischen Ideen zu alternativen Möglichkeiten der Erziehung. F. Perls unterstützte zwar das Bemühen seiner Schüler (wie

z. B. *George Brown* 1971, 1977b; *Janet Lederman* 1969), die Konzepte und theoretischen Annahmen der Gestalttherapie in praktisches, nicht-klinisches, edukatives Handeln umzusetzen. Er selbst schenkte diesem Gebiet jedoch keine größere Beachtung. Nach *Petzold* (1977b) sind drei wesentliche gestaltpädagogische Richtungen zu unterscheiden: die *confluent education* (*G. I. Brown* 1971) in ihrem unmittelbaren Rückgriff auf die Arbeit von *Perls* mit dem Ziel des Zusammenfließens von kognitiver und affektiver Erziehung, die *themenzentrierte Interaktion* (*R. Cohn* 1975) mit dem Ziel einer Balance zwischen dem Thema (Es), dem Individuum (Ich) und der Gruppe (Wir) und die *Integrative Agogik*, die von *Petzold* (1973b, 1978c) und Mitarbeitern entwickelt wurde (*Petzold, Bubolz* 1976; *Bubolz* 1983; *Petzold, Reinhold* 1983).

Analog zur Integrativen Therapie stützt sich die Integrative Agogik auf die Gestalttherapie, den psychodramatischen Ansatz *Morenos*, tiefenpsychologisches und sozialpsychologisches Gedankengut und das Konzept des therapeutischen Theaters von *Iljine*, um kognitives, affektives, somatomotorisches Lernen im sozialen und ökologischen Feld zu verwirklichen“ (*Petzold* 1977b, 11). Anknüpfend an die Tradition europäischer Philosophie und Pädagogik wird neben dem affektiven Bereich (*confluent education*) die Dimension des Leibes durch Atem- und Bewegungserziehung berücksichtigt. Ausgangspunkt gestaltpädagogischer Arbeit ist der offensichtliche Erfahrungs- und Erlebnisbereich der Lernenden und Lehrenden. Es wird versucht, die oft deformierten Gefühle und den vernachlässigten Bereich des Leibes zu stärken, sowie Neugierde, Kreativität, Spontaneität und das Streben nach Wachstum anzuregen. Die Schüler werden angeleitet, Verantwortung für individuelles und soziales Leben zu übernehmen (*Bürgermann, Reinert* 1983; *Bürmann* 1983; *Prengel* 1983).

Folgende Interventionsformen finden in der Gestaltpädagogik Anwendung:

1. Support: Schaffen eines freundlichen und unterstützenden Klimas, in dem affektives Lernen möglich ist.
2. Gezielte Verselbständigung: Vermeidung von Hilfen, die sich die Lernenden selbst erwerben bzw. geben können.
3. Verdeutlichung: Durch die Verwendung von Imaginations- und Visualisierungstechniken, Rollenspiel etc. wird das aktuelle Thema dem Lernenden erlebnismäßig nähergebracht.
4. Persönlicher Bezug: Das Thema wird mit persönlicher Lebenserfahrung und dem eigenen Erleben bzw. dem der Gruppe verbunden (*Petzold* 1977b).

8. Evaluation und Forschung

Eine empirische Forschung nach dem kausal-reduktiven Paradigma ist für die Gestalttherapie ebenso schwierig wie für andere psychodynamisch und phänomenologisch-hermeneutisch orientierte Therapieverfahren. Im Unterschied zur traditionellen psychologischen Forschung, die eher methodenzentriert ist, verlangen die gestalttherapeutischen Prinzipien ein problemorientiertes Forschen. Der Mensch müßte in seiner Komplexität, in seiner Abhängigkeit vom Umfeld und in seiner Wechselbeziehung zur Umgebung erfaßt werden. Es ist eine Einheit von Forschen und Handeln anzustreben; das verlangt eine ökologische Forschungskonzeption. Der Forscher muß sich in natürliche Lebenszusammenhänge der zu Beforschenden begeben und diese an dem Forschungsprozeß beteiligen. Neben der Aktionsforschung (Stuhr 1979) verwendet die gestalttherapeutische Forschung biographische Methoden, Lebenslaufanalysen (C. Bühler, Massarik 1969) und Fallstudien. Daneben werden u. a. in anglo-amerikanischen Studien durchaus herkömmliche Forschungsdesigns verwendet. Ein Überblick über gestalttherapeutische Methoden und Forschungen im deutschsprachigen Raum bietet Beling (1976, 1979). Dabei ist festzustellen, daß die gestalttherapeutischen Methoden in ihrer Vielfalt noch nicht hinreichend untersucht werden konnten. Forschungen vorwiegend anglo-amerikanischer Provenienz beziehen sich vor allem auf folgende Bereiche: Überprüfung der Effektivität bestimmter gestalttherapeutischer Techniken (O'Shea 1982; Clarke 1981; Greenberg et al. 1980, 1981, 1982; Miller 1981), die Bedeutung der *awareness* und ihre Effektivität (Barrilleaux et al. 1976; Witchel 1974), Vergleich der Gestalttherapie mit anderen therapeutischen Verfahren (Clarke 1981; Harris 1976; Wemhof 1978; Goldstein 1971; Greenberg 1981; O'Donnell 1978), die Auswirkungen der Gestalttherapie auf das Körpergefühl und Körperbild (Thompson 1978), zur Effektivität der Gestalttherapie bei verschiedenen Symptomen (Foulds et al. 1976; Miglioniko 1978; Lightner 1976; Peller 1976), Gestalttherapie bei Beratungsanlässen (Covens 1977; Dye, Hackney 1975), Gestalttherapie zur Erweiterung der Persönlichkeit (Gannon 1971; Witchel 1973; Connolly 1974; Foulds 1970, 1971b; Pertzborn 1979; Miller 1980; Lee 1982), Gestalttherapie und Psychosomatik (Teegen et al. 1981), Katamnesen in Gestaltwohngemeinschaften für Drogenabhängige (Ludwig, Vormann 1981; Lehmann 1984).

9. Fallbeispiele

1. Eine 32jährige Patientin mit zahlreichen phobischen Symptomen und psychosomatischen Beschwerden (z. B. Lähmungserscheinungen

der Extremitäten und wiederkehrenden gynäkologischen Erkrankungen) berichtete in der sechsten Therapiestunde von dem Tod eines guten, gleichaltrigen Bekannten. Sie fürchte sich vor seiner Beerdigung, fühle sich aber gleichzeitig verpflichtet hinzugehen.

P.: *„Allein die Atmosphäre, dieses Schwarze, Taurige erschüttert mich. Ich glaube nicht, daß ich die Beerdigung durchstehe, ich breche dann zusammen. Ich sehe dann durch den Sarg hindurch und sehe ihn da liegen“.*

Ich bemerkte ihre abwehrend starre Körperhaltung und die aufsteigende Angst. Die für klassische Gestalttherapeuten an sich naheliegende Aufforderung, sich mit dem Toten zu identifizieren, schien mir zu diesem Zeitpunkt verfrüht. Ich bat sie daher, sich ihren Bekannten lebend vorzustellen.

P.: *„Die letzte Begegnung liegt schon mehr als ein Jahr zurück. Ich habe mir so oft vorgenommen, ihn zu besuchen, es aber nicht fertig gebracht, weil er so krank war“.*

Th.: *„Stellen Sie sich vor, Sie besuchen ihn jetzt, und sprechen Sie mit ihm“.*

Pt.: (zögernd) *„Ich habe Dich solange nicht besucht, weil ich nicht wußte, wie es Dir geht“.*

Th.: (auf den leeren Stuhl deutend) *„Was würde er antworten?“*

Pt.: *„Schön, daß Du kommst, es geht mir viel besser, seit ich bei Dr. Issels bin. Ich glaube, ich pack das“.*

Die Patientin fängt an zu weinen, wendet sich an mich und sagt:

Pt.: *„Das ist es, was ich nie aushalten konnte: daß es ihm so schlecht ging, obwohl er so optimistisch war und so sehr um sein Leben kämpfte“.*

Th.: *„Sagen Sie ihm das“.*

Pt.: *„Ich bewundere Deine Kraft und Deinen Optimismus“.*

Th.: *„Was haben Sie ihm nicht gesagt?“*

Pt.: (an mich gewandt) *„Daß er sich was vormacht. Er leidet so und hat nur noch wenig zu leben“.*

Th.: *„Sagen Sie ihm das direkt“.*

Pt.: (stockend) *„Ich befürchte, Du packst das nicht“.*

Ich sehe, wie ihre Hände miteinander ringen.

Th.: *„Schauen Sie auf Ihre Hände. Geben Sie ihnen eine Stimme und lassen Sie sprechen“.*

Pt.: *„Halt mich nicht so fest, ich will hier raus“.*

Th.: *„Was sagt die andere Hand?“*

Pt.: *„Ich bin mächtiger; ich hab Dich im Griff. Du hast schon verloren“.*

Th.: *„Was sagt die andere Hand?“*

Pt.: (sehr erregt) „Ich will aber leben, ich geb nicht auf, ich laß mich nicht bezwingen“.

Th.: „Wer hindert Sie am Leben?“

Pt.: „Die Krankheiten und die Schmerzen“.

Th.: „Und Sie haben Angst, so zu sterben wie Ihr Bekannter“.

Pt.: nickt und weint heftig.

Im weiteren Verlauf der Sitzung versteht die Patientin, daß sie nicht zur Beerdigung gehen will, weil sie sich mit ihrer eigenen Angst vor dem Tod konfrontiert sieht.

In den kommenden Sitzungen wandte sich die Patientin ihren Todesängsten zu, die sie bislang hinter ihren Krankheiten verborgen hatte.

Das Beispiel verdeutlicht das tetradische Vorgehen in der gestalttherapeutischen Arbeit. In der *Initialphase* bietet die Patientin projektiv ein ihr nicht bewußtes Thema an: die Angst vor dem Sterben. In der *Aktionsphase*, in der Arbeit mit dem „leeren Stuhl“ und dem „Dialog der Hände“ erkennt die Patientin die projizierten Inhalte als Äußerungen eigener Konflikte. Mit dem Zurücknehmen der Projektionen beginnt die *Integrationsphase*. Die Patientin versteht den Zusammenhang zwischen ihrer Angst vor der Beerdigung ihres Bekannten und ihrer Angst vor dem eigenen Sterben, womit eine *Neuorientierung* für ihr Leben gewonnen werden kann.

Das folgende 2. Beispiel ist einem Ausschnitt aus einer Traumarbeit von F. Perls (1976, 208f.) entnommen:

Ann: Es ist ein Traum, den ich häufig träume, mit kaum wechselnden Einzelheiten, ... Ich fahre mit dem Zug, mit einer Gruppe. Wir sind alle irgendwohin unterwegs — ich weiß nicht wohin. Aber wir halten auf einer Station, und ich verlasse die Gruppe. Mein Mann gehört in der Regel zu der Gruppe, und ihn verlasse ich auch. Er geht woandershin. Ich fahre allein in einem anderen Zug weiter. Und bald merke ich, daß ich vergessen habe, wohin ich fahren will. Wenn ich dann versuche, mich zurechtzufinden, dann merke ich, daß ich mich auch nicht erinnern kann, wo ich gewesen bin, so daß ich mich auch nicht nach rückwärts orientieren kann.

Fritz: Okay, laß uns am Anfang anfangen. Den ersten Schritt hast du schon übersprungen, du hast die Geschichte in der Gegenwart erzählt. Jetzt gestalte die Szene.

Ann: Ich reise in einem Zug mit einer losen zusammengehörigen Gruppe. Ich weiß eigentlich nicht ... ich empfinde diese Leute nicht als Freunde oder Feinde oder Fremde oder irgend etwas Besonderes. Wir fahren einfach zusammen und sitzen irgendwie in der Gruppe beieinander. Wir ruckeln so etwas mit der Bewegung des Zuges. (Hält inne und schaukelt mit ruckelnden Bewegungen.) Ich habe auch nicht das Gefühl, daß wir irgendwie miteinander reden oder daß wir an einen bestimmten Ort fahren. Wir bewegen uns einfach vorwärts. Wir kommen zu dieser Station, und die Gruppe scheint sich irgendwie zu zerstreuen. Wir verlassen den Zug.

Fritz: Kannst du jetzt, der Regisseur sein und jedem genau sagen, was er tun muß? Ich sehe, daß du wieder auf deinem Hintern sitzen geblieben bist, nicht den Zug verlassen hast und nicht angefangen hast, Verbindung aufzunehmen.

Ann: Okay. Wir steigen jetzt aus dem Zug. Und wir kommen auf einen großen Bahnhof mit mächtigen Säulen — es ist einer dieser hohen alten Bahnhöfe aus rauem Stein mit riesigen Säulen. Und wir gehen nicht richtig in einen Raum. Wir stehen irgendwie draußen in dem hohen Foyer mit diesen Säulen. Und ich stehe ziemlich nahe an dieser Säule und rede zu niemandem. Ich fühle die übrige Gruppe um mich herum, aber wir sind eh, nicht richtig zusammen.

Fritz: Gut. Darf ich vorschlagen, daß du die Säule herausgreifst? Spiele die Säule und spiele den Bahnhof. Wenn du eine Säule wärest, was für eine Existenz hättest du?

Ann: Wenn ich eine Säule in diesem riesigen alten Bahnhof bin, sehe ich eine Menge Leute kommen und gehen. Manche scheinen zu wissen, wohin sie gehen, und manche stehen sehr nahe bei mir, um eine Stütze zu finden. (Fängt an zu weinen)

Fritz: Da beginnt etwas zu geschehen. Sei jetzt der Bahnhof.

Ann: Ich bin ein großer alter solider Bahnhof. Eine Menge Leute kommen durch mich durch . . . und ich gebe ein bißchen Geborgenheit. Ich bin sozusagen ein Ort für Leute, wenn sie irgendwie, wenn sie ankommen oder wenn sie irgendwohin fahren. Wenn Menschen hereinkommen möchten, habe ich Essen für sie und Ruheräume und Plätze, wo sie sitzen und, und sich wohlfühlen können.

Fritz: Okay, laß uns das für eine Auseinandersetzung benutzen. Setz dich hierher. Du bist Ann, und das da ist der Bahnhof. Ihr redet miteinander. Ich nehme an, ihr habt bereits gemerkt, wieviel von der Persönlichkeit durch die verschiedenen Wesen ausgedrückt worden ist. Ich nenne sie nicht Symbole, es sind Grundzüge, Extrakte der Persönlichkeit.

Ann: Ich bin zu dir, Bahnhof, mit dem Zug gekommen und bin hier mit der Gruppe ausgestiegen, aber ich bin nicht hineingekommen, (wischt sich ihre Augen) wo ich vielleicht Geborgenheit finden könnte (schluchzend) oder jemanden, der nach mir sehen würde. (Bahnhof) Warum wolltest du das nicht. Warum wolltest du nicht Rast machen und dich hinsetzen und etwas essen und vielleicht ausruhen, bevor du weiterfährst? Dafür sind die Bahnhöfe da.

(Ann) Ich habe etwas Angst vor dem Rasten und Geborgensein. Ich habe das Gefühl, ich müsse in Gang bleiben, sogar dann, wenn ich nicht weiß, wohin ich mich bewege. (Bahnhof) Warum mußt du . . . es ergibt keinen Sinn, daß du dich dauernd fortbewegst, in einen anderen Zug steigst und ihn irgendwo wieder verläßt und nicht einmal weißt, wo du gewesen bist und wohin du fährst oder . . . hier hast du Freunde, und du läßt sie hinter dir.

Fritz: Gut, das klingt schon ein wenig nach einer existentiellen Botschaft. Okay, so weit möchte ich gehen.

10. Kritische Reflexion des Verfahrens

10.1 Theorie:

Die klassische Gestalttherapie basiert auf einer Vielfalt unterschiedlicher Konzepte und Theorien, die bei einer erkenntnis- bzw. wissenschaftstheoretischen Betrachtungsweise zuweilen als unverträglich angesehen werden müssen. Eine Aufzählung der Theorien und Modelle muß summativ wirken; die Integration, wie sie in einer Integrativen Therapie erwartet wird, ist noch im Prozeß der Entwicklung. Ansätze, diese verschiedenen Teile — Gestaltpsychologie, Phänomenologie, Psychoanalyse, Verhaltenstheorie — widerspruchsfrei in einem konsi-

stenten Aussagesystem zu verbinden, sind am ehesten in dem umfassenden Theorieansatz von *Merleau-Ponty* zu suchen.

10.2 *Therapeutische Praxis und ihre Methoden:*

Die Kasuistiken der Gestalttherapie zeigen, daß sie über ein wirksames und in einem Konsens der Therapeuten auch ausgearbeitetes therapeutisches Inventarium verfügen, was sich auch in dem differenzierten Curriculum des „Fritz Perls Instituts für Integrative Gestalttherapie“ niederschlägt. Wie in anderen therapeutischen Richtungen ist die Beziehung zwischen der Theorie-Ebene und der Ebene des praktischen Handelns nicht hinreichend geklärt. Man muß darin keinen Nachteil sehen, denn die Tradition eines psychotherapeutischen Verfahrens wird eher in kasuistischen Seminaren als in theoretischen Diskussionen vermittelt.

Letzten Endes ist die konkrete Arbeit mit dem Patienten der Ort der Bewährung für ein psychotherapeutisches Verfahren. Dieses Kriterium gilt ganz besonders für die Gestalttherapie, die den Patienten die Fähigkeit zur Selbstverantwortung und Verantwortlichkeit auch für den therapeutischen Prozeß in hohem Maße zumißt. Man kann oft sogar sagen, daß die Patienten nicht nur den Prozeß in der aktuellen therapeutischen Situation bestimmen, sondern auch Einfluß nehmen auf die Entwicklung und Auswahl therapeutischer Methoden.

10.3 *Evaluation und Forschung:*

Ähnlichwie bei anderen psychotherapeutischen Verfahren liegen auch zur Gestalttherapie nur wenig durch empirische Forschung gesicherte Erkenntnisse über die Wirksamkeit des therapeutischen Handelns vor. Es fehlt an methodisch ausgereiften Studien über den Einfluß einzelner Variablen auf seiten des Patienten, des Therapeuten und des Settings (vgl. aber *Teegen et al.* 1979).

Der Hinweis, das multimodale Vorgehen erschwere empirische Untersuchungen über den Therapieerfolg, darf nicht als Alibi für mangelnde Studien über den Prozeß und den Erfolg des therapeutischen Verfahrens gelten. Differenzierte Untersuchungen bleiben gerade im Hinblick auf die Vielzahl der Praxisfelder der Gestalttherapie ein Desiderat.

11. Zusammenfassung

Die Anfänge der Gestalttherapie gehen auf den Berliner Psychiater und Psychoanalytiker *Friedrich S. Perls* (1893-1970) und seine Frau

Lore Perls, einer Gestaltpsychologin und Psychoanalytikerin (geb. 1906) zurück. Später wurde das Verfahren vor allem theoretisch von Paul Goodman (1911-1972), einem Literaturwissenschaftler, Alternativpädagogen und Sozialphilosophen fundiert und erweitert.

Die Gestalttherapie ist ein tiefenpsychologisch begründetes Verfahren, das aus der Psychoanalyse unter Integration phänomenologischer, hermeneutischer und existentialistischer Gedanken entwickelt wurde. Daneben kommen Einflüsse aus der Gestalttheorie (Köhler, Koffka, Wertheimer) zum Tragen. Die Sichtweise, den Menschen als Ganzes zu sehen, indem Organismus und Umwelt ein Feld bilden (Lewin), lernten Fritz und Lore Perls bei dem Neurophysiologen Kurt Goldstein kennen. Von ihm stammen die Prinzipien der organismischen Selbstregulation und Selbstaktualisierung, wonach die Beziehung zwischen Mensch und Welt bestimmt wird durch eine inhärente Kraft zu wachsen und eigene Bedürfnisse zu befriedigen. Die Organismus-Umfeld-Beziehung wird durch eine homöostatische Steuerung bestimmt, die eine „kreative Anpassung“ an die vorhandene Situation ermöglicht.

Der anthropologische Ansatz der Gestalttherapie begründet sich somit in einer holistisch-organismischen Theorie. Dieser Ansatz wird in der Integrativen Therapie von Petzold erweitert durch den Bezug auf die Leib- und Lebenswelt-Theorie von Merleau-Ponty: das Aufeinander-bezogen-Sein von Mensch und Welt (*être-au-monde*).

Wachstum und Selbstverwirklichung durch die Konstituierung von Sinn auf inter- und intrapersonaler Ebene sind Ziele der Therapie. Gestalttherapie kann daher nicht individuumzentriert sein, sondern muß den sozialen und ökologischen Kontext sowie die individuelle und gesellschaftliche Geschichte berücksichtigen. Das bedeutet, daß in der gestalttherapeutischen Arbeit im „Hier-und-Jetzt“ das „Dort-und-Damals“ und das Zukünftige aufgenommen werden. Es wird vom Offensichtlichen, den vorhandenen Phänomenen, ausgegangen, um zu den Strukturen, den die Zeit überdauernden und sich reproduzierenden Erlebens- und Handlungsmustern (strukturelle Ebene) zu gelangen. Dabei ist die Arbeit an und mit der therapeutischen Beziehung wichtig. Übertragungen werden in der Gestalttherapie als Projektionen aufgedeckt; an ihre Stelle sollen intersubjektive Beziehungen treten.

Neben dem psychotherapeutischen Wirken arbeitet die Gestalttherapie auch soziotherapeutisch und gestaltpädagogisch. Es sollen nicht nur Störungen behoben werden (*reparativer Aspekt*), sondern Gesundes soll erhalten (*konservativer Aspekt*) und vorhandene Potentiale

(*evolutiver Aspekt*) sollen gefördert werden. Die Gestalttherapie wird als einzel-, gruppen- und familientherapeutisches Verfahren in der Arbeit mit Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen, alten Menschen, bei neurotischen, psychiatrischen, psychosomatischen und Suchterkrankungen angewendet. Im soziotherapeutischen Bereich werden gestalttherapeutische Methoden erfolgreich eingesetzt in der Arbeit mit Randgruppen, therapeutischen Wohngemeinschaften und Selbsthilfegruppen. Im Bereich der Gestaltpädagogik wird der Dimension des Leibes durch Atem- und Bewegungserziehung neben dem „Zusammenfließen“ von sozialen, kognitiven, affektiven und kreativen Ebenen (*confluence*) eine große Bedeutung beigemessen.

Literatur

- Adesso, V. J. et al., Effects of personal growth group on positive and negative self-reference, in: *Psychotherapy: Theory, Research & Practice* 1974 Vol 11 (4), S. 354-355.
- Barrilleaux, S. P., Bauer, R. H., The effects of Gestalt awareness training on experience levels, in: *Int. Journal of Group Psychotherapy* 1976 Oct. Vol 26 (4), S. 431-440.
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., Weakland, J., Auf dem Wege zu einer Schizophrenie-Theorie, in: *Habermas, J. (Hrsg.), Schizophrenie und Familie*, Frankfurt 1969.
- Baumann, A., Versuch der Veränderung zu therapeutischen Wohngruppen in der Nicht-Seßhaftenarbeit im Heimathof Somborn, in: *Petzold, H., Vormann, G. (Hrsg.), 1980c*.
- Bäumges, U., Petzold, H., Integrative Gestalttherapie in der einzel- und gruppentherapeutischen Behandlung älterer Glaukompatienten, in: *Integrat. Therapie* 2/3 (1983), S. 198-238.
- Becker, H., Nedelmann, C., Psychoanalyse und Politik, Frankfurt 1983.
- Behrend, S., Gestalt- und Integrative Therapie bei der Behandlung von Stimmstörungen mit psychogenen Aspekten, *Folia phoniatica* 33 (1981) 358-368.
- Beling, J., Zum Kontext der Rezeption von Gestalt-Therapie, Trier 1979.
- Beling, J., Zum Kontext der Innovation durch Gestalt-Therapie, in: *Gestalt Theory* 2, 3/4 (1980), 241-254.
- Besems, Th., Philosophisch-anthropologische Bemerkungen zur Integrativen Therapie/Gestalttherapie. In: *Integrat. Therapie* 3/4, 1977a, S. 176-187.
- Besems, Th., Integrative Therapie als Ansatz zu einer kritischen Gestalttherapie, in: *Integrat. Therapie* 3/4, 1977b, S. 189-193.
- Blankertz, S., Kritischer Pragmatismus. Zur Soziologie Paul Goodmans, Wetzlar 1984.
- Bowlby, J., Attachment and Loss. 1969. Dt.: Bindung, München 1975.
- Branger, F., Salomon Friedlaender. Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1983.
- Briner, F., Integrative Tanz- und Bewegungs-Therapie in der Psychiatrischen Klinik. In: *Integrat. Therapie* 2/3 (1981), S. 235-250.
- Bronfenbrenner, U., Ansätze zu einer experimentellen Ökologie menschlicher Entwicklung, in: *Oerter, H. (Hrsg.), Entwicklung als lebenslanger Prozeß*. Hamburg 1978.
- Brooks, Ch., Erleben durch die Sinne. Paderborn 1979.
- Brown, G., Human teaching for human learning; an introduction to confluent education, New York 1971.

- Buber, M., Das dialogische Prinzip, Heidelberg 1979.
- Bubolz, E., Integrative Arbeit mit alten Menschen durch kreative Medien, in: *Petzold, H., Bubolz, E. (Hrsg.), 1979c.*
- Bubolz, E., Bildung im Alter. Der Beitrag therapeutischer Konzepte zur Geragogik, Freiburg 1983.
- Bühler, C., *Massarik, F. (Hrsg.), Lebenslauf und Lebensziele — Studien in humanistisch-psychologischer Sicht, Stuttgart 1969.*
- Bünthe-Ludwig, C., Effekte von Selbsterfahrungsgruppen und Selbsthilfeprojekten im Rahmen der therapeutischen Förderung und Betreuung von Mediatoren, Hamburg 1980.
- Bürgermann, S., *Reinert, G. B. Einführung in die pädagogische Therapie, Düsseldorf 1983.*
- Bürmann, J., Gestaltpädagogik. In: *Sauter, F., Psychotherapie der Schule, München 1983.*
- Canacakis-Canas, J., Zur Praxis der Musiktherapie, in: *Integrat. Therapie 4 (1975), S. 220-228.*
- Chrzanowski, G., Das psychoanalytische Werk von Karen Horney, S. Sullivan u. E. Fromm, in: *Kinderlers Psychologie des 20. Jahrhunderts, Tiefenpsychologie Bd. 3: Die Nachfolger Freuds, Zürich 1977.*
- Chu, V., Gestalttherapie, in: *Linster, H. B., Wetzel, H. (Hrsg.), Veränderung und Entwicklung der Person, Hamburg 1980.*
- Clarke, K. M., The differential effects of the Gestalt two-chairs experiment and cognitive problem-solving on career decision-making, Diss. Loyola Univ. of Chicago 1981.
- Cohn, R., Von der Psychoanalyse zur themenzentrierten Interaktion, Stuttgart 1975.
- Combs, A. W., *Snygg, D., Individual behavior, New York 1959.*
- Connolly, S. G., The effects of human relations training using gestalt therapy techniques, Diss. Univ. of Arizona 1974.
- Côte, N., Effects of an intensive Gestalt Session on the Level of Self-Actualization and the Personality Structure, in: *Gestalt Therapy, Vol 4, (1982) 1/2.*
- Cremerius, J., Abstinenz: Realität und Mythos, Vortrag auf der wiss. Tagung Balint-Institut Hamburg, 25. 2. 1983 a (unveröff. Manuskript).
- Cremerius, J., „Die Sprache der Zärtlichkeit und der Leidenschaft“. Reflexionen zu Sándor Ferenczis Wiesbadener Vortrag von 1932, in: *Psyche, Nov. 1983b, S. 988-1015.*
- Dahl, K.-A., Der phänomenologische Ansatz Maurice Merleau-Pontys und seine Bedeutung für die Gestalttherapie, in: *Integrat. Therapie 2/3 (1981), S. 95-117.*
- Darwin, C. R., *Russel, Wallace, A., Dokumente zur Begründung der Abstammungslehre vor 100 Jahren, Stuttgart 1959.*
- Döbert, R., *Nunner-Winkler, G., Adoleszenzkrise und Identitätsbildung, Frankfurt 1975.*
- Döbert, R., *Habermas, J., Nunner-Winkler, G. (Hrsg.), Entwicklung des Ichs, Meisenheim 1980.*
- Dohrenwend, B. S. (Hrsg.), *Stressful life events, their nature and effects, New York 1974.*
- Dohrenwend, B. S., *Dohrenwend, B. P., Some Issues in research on stressfull life events, in: J. of Nervous and Mental Disease 166 (1978), S. 7-16.*
- O'Donnell, W. E., The relative effectiveness of Transactional Analysis group counseling vs. Gestalt group counseling, Diss. Catholic Univ. of America 1978.
- Edding, F., Verwirklichung des lebenslangen Lernens, in: *Tietgens, H., Leitlinien der Erwachsenenbildung, Braunschweig 1972.*

- Erikson, E., Identität und Lebenszyklus, Frankfurt 1974.
- Fagan, J., Shepherd, I. L., (Hrsg.), Gestalt Therapy now, Palo Alto 1970.
- Feldenkrais, M., Bewußtheit durch Bewegung, Frankfurt 1982.
- Ferenczi, S., Allgemeine Neurosenlehre, Wien 1921.
- Ferenczi, S., Schriften zur Psychoanalyse. Bd. II, Frankfurt 1972.
- Ferenczi, S., Zur Erkenntnis des Unbewußten, München 1978.
- Fletcher, J., Situation ethics, The new morality, Philadelphia 1966.
- Feyerabend, P., Wider den Methodenzwang. Skizze einer anarchistischen Erkenntnistheorie, Frankfurt 1976.
- Filipp, S. H., Kritische Lebensereignisse, München 1981.
- Foucault, M., Die Ordnung der Dinge. Eine Archäologie der Humanwissenschaft, Frankfurt 1971.
- Foulds, M. L., Effects of Personal Growth Group on a Measure of Self-Actualization, in: *J. of Humanistic Psychol.* 10 (1970), 33-38.
- Foulds, M. L., Measured Changes in Self-Actualization as a Result of a Growth Group Experience, in: *Psychotherapy Theory, Res. and Pract.* 8 (1971b), 338-341.
- Foulds, M. L., Hannigan, P. S., Gestalt marathon workshop: Effects on extraversion and neuroticism, in: *J. of College Student Personnel* 1 (1976), S. 50-54.
- Franz, G., Traumarbeit in der Gestalttherapie, in: *Integrat. Therapie* 2/3 (1980), 203-221.
- Franzke, E., Die Verwendung von Handpuppen in der Psychotherapie, in: *Integrat. Therapie* 1/2 (1979), 119-128.
- Friedrich, H., Spiel mit Puppen in einem kindzentrierten Ansatz — in Kindertherapie und Vorschulziehung, in: *Integrat. Therapie* 1 (1983), 44-54.
- Freud, S., Briefwechsel mit Fließ, Frankfurt 1950.
- Freud, S., Jenseits des Lustprinzips, Ges. Werke Bd. XIII. 1920.
- Friedlaender, S., Schöpferische Indifferenz, München 1918.
- Frohne, J., Musiktherapie als Form kreativer Therapie, in: *Integrat. Therapie* 4 (1982), 325-344.
- Frostholm, B., Leib und Unbewußtes, Bonn 1978.
- Gadamer, H. G., Wahrheit und Methode, Mohr, Tübingen 1965.
- Gagarin, C., Taoismus und Gestalttherapie, in: Petzold, H. (Hrsg.), Psychotherapie, Meditation und Gestalt, Paderborn 1983b.
- Gains, J., Fritz Perls, Millbrae, Calif. 1979.
- Gannon, W. J., The effects of the Gestalt oriented group approach in the interpersonal contact attitudes, Diss. Case Western Reserve Univ. 1972.
- Goldstein, K., Der Aufbau des Organismus, Den Haag 1934.
- Goodman, P., The May Pamphlet, 1945, in: Goodman, P., Art and Social Nature, Vinco 1946.
- Goodman, P., Das Verhängnis der Schule, Frankfurt 1975.
- Goodman, P., Nature Heals, New York 1977, Dutton 1979.
- Goodstein, M. A., Comparison of Gestalt and Transactional Analysis Therapies in Marathon, Diss. Illinois Institute of Technology, Ann Arbor 1971.
- Graumann, C. F., Metraux, A., Die phänomenologische Orientierung in der Psychologie, in: Schneewind, K. A. (Hrsg.), Wissenschaftstheoretische Grundlagen der Psychologie, München 1977.
- Greenberg, L. S., Rice, L., The specific effects of a Gestalt Intervention, in: *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 18 (1981), S. 210-216.
- Greenberg, L. S., Training counselors in the Gestalt two-chair method, *Canadian Counsellor* 1 (1980).

- Greenberg, L. S., Higgings, H. M., Effects of two chair dialogue and focusing a conflict resolution, in: *J. of Counseling Psychology* Vol. 27, 3 (1980), S. 221-224.
- Greenberg, L. S., Kahn, S. E., Experimentation: A Gestalt Approach to Counseling, in: *Canadian Counsellor* Vol 13, 1 (1978), S. 23-27.
- Greenberg, L. S., Dompierre, L. M., Specific effects of Gestalt two-chair dialogue in intrapsychic conflict in counseling, in: *J. of Counseling Psychology* Vol 28, 4 (1978), S. 288-294.
- Greenberg, L. S., Webster, M. S., Resolving decisional conflict by Gestalt two-chair dialogue: Relating process to outcome, in: *J. of Counseling Psychology* Vol 29, 5 (1982), S. 468-477.
- Greenwald, J. A., The ground rules in gestalt therapy, in: *J. of Contemporary Psychotherapy*, 1972, 5, 1 (1972), S. 3-120.
- Greenwald, J. A., Rolle und Funktion des Gestalttherapeuten in der klassischen Gestalttherapie, in: Petzold, H. (Hrsg.), 1980a.
- Haller, J., Psychodrama und Theaterarbeit — ein Vergleich, in: *Integrat. Therapie* 1/2 (1979), 129-139.
- Harris, E. S., The relative effects of Gestalt oriented and systematic desensitization approaches in the treatment of the anxious, Diss. Washington Univ. 1976.
- Hartmann-Kottek, L., Schwerpunkt Gestalttherapie im Grenzbereich der Psychiatrie. In: *Z. f. Psychother. Med. Psychol.* 29 (1979), 1-13.
- Hartmann-Kottek-Schroeder, L., Gestalttherapie, in: Corsini, R. J. (Hrsg.), *Handbuch der Psychotherapie*, Weinheim 1983.
- Healy, J. M., Predicting benefit from a Gestalt Therapy marathon workshop, Diss. The Florida State Univ. 1979.
- Heekeren, H.-P., Aspekte der Berufstätigkeit von Gestalttherapeuten. Ergebnisse einer Umfrage, in: *Integrat. Ther.* 1 (1984).
- Heidegger, M., *Sein und Zeit*, Halle 1929.
- Heinl, H., Petzold, H., Gestalttherapeutische Fokaldiagnose und Fokaltherapie bei Störungen aus der Arbeitswelt, in: *Integrat. Therapie* 1 (1980), 20-57.
- Heinl, H., Spiegel-Rösing, J., Integrative Gestalttherapie und Orthopädie, in: *Integrat. Therapie* 1 (1978), 58-65.
- Herzog, W., *Modell und Theorie in der Psychologie*, Göttingen 1984.
- Hille, J., Gestaltberatung. In: *Gruppendynamik* 13, 2 (1982), 91-100.
- Höhfeld, K., Zur Supervision therapeutischer Wohngemeinschaften, in: Petzold, H., Vormann, G., 1980c.
- Horney, K., *Neue Wege in der Psychoanalyse*, Stuttgart 1939.
- Horney, K., *The Neurotic Personality of Our Time*, New York 1937. Dt.: *Der neurotische Mensch unserer Zeit*, München 1964.
- Horney, K., *Neurosis and Human Growth*, New York 1950. Dt.: *Neurose und menschliches Wachstum*, München 1975.
- Husserl, E., *Vorlesungen über Phänomenologische Psychologie* (1925), Hrsg. Biemel, Den Haag 1962.
- Iljine, V. N., *Therapeutisches Theaterspiel*, Paris 1942 (russ.).
- Iljine, V. N., *Das therapeutische Theater*, 1972, in: Petzold, H. (Hrsg.), 2. Aufl. 1978a.
- Jacobson, E., *Das Selbst und die Welt der Objekte*, Frankfurt 1973.
- Joas, H., *Praktische Intersubjektivität*, Frankfurt 1981.
- Jonas, A., Kurzpsychotherapie der multiplen Sklerose, in: *Integrat. Therapie* 2/3 (1983), 248-261.
- Joslyn, M., *Zen und Gestalttherapie*, in: Petzold, H. (Hrsg.), 1983c.

- Katschning, H., Sozialer Stress und psychische Erkrankung, lebensverändernde Ereignisse als Ursache seelischer Störungen, München 1980.
- Keil, E., Die therapeutische Wohngruppe im Strafvollzug, in: Petzold, H., Vormann, G. (Hrsg.), München 1980.
- Kempler, W., Grundzüge der Gestaltfamilienarbeit, Stuttgart 1975.
- Kernberg, O. F., Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus, Frankfurt 1978.
- Kernberg, O. F., Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse, Stuttgart, 1981.
- Kirchmann, E., Selbstdarstellung mit Ton in der Integrativen Kindertherapie — Beispiele aus der Praxis, in: *Integrat. Ther.* 1 (1980), 58-69.
- Kirchmann, E., Moderne Verfahren der Bewegungstherapie, Paderborn 1979.
- Köhler, W., Die Aufgabe der Gestaltpsychologie, Berlin 1971.
- König, K., Der interaktionelle Anteil der Übertragung in Einzelanalyse und analytischer Gruppenpsychotherapie. In: *Gruppenpsychotherapie u. Gruppendynamik*, Bd. 18, (1982), S. 76-83.
- Koffka, K., Principles of Gestalt Psychology, New York 1935.
- Kohli, M., Soziologie des Lebenslaufs, Neuwied 1982.
- Kohut, H., Analysis of the self, New York 1971. Dt.: Narzißmus, Frankfurt 1973.
- Kohut, H., The search for the self, New York 1978.
- Kreuzer, K. J., Handbuch der Spielpädagogik, 5 Bde., Düsseldorf 1983-84.
- Krietsch-Mederer, S., Bewegungstherapie mit einer Gruppe von Langzeitpatienten in einem psychiatrischen Krankenhaus, *Integr. Therapie* 4 (1975), 208-220.
- Kuhn, T. S., Die Struktur wissenschaftlicher Revolution, Frankfurt 1967.
- Landauer, G., Aufruf zum Sozialismus, Wetzlar 1978a.
- Landauer, G., Skepsis und Mystik, Wetzlar 1978b.
- Lang, A., Vom Nachteil und Nutzen der Gestaltpsychologie für eine Theorie der psychischen Entwicklung, in: Foppa, A., Groner, R. (Hrsg.), Kognitive Strukturen und ihre Entwicklung, Bern 1981.
- Laschinsky, D., Petzold, H., Rinast, M., Exchange Learning — ein Konzept für die Arbeit mit alten Menschen, in: *Integrat. Ther.* 3 (1979), 224-245.
- Latner, J., The Gestalt Therapy Book, New York 1973.
- Lee, E., The effects of Gestalt therapy training on present-centeredness and self-report support. Diss. United States International Univ. 1982.
- Lederman, J., Anger and the rocking chair: Gestalt awareness with children, N. Y. 1969.
- Lehmann, G., Katamnese 1984. STEP, Therapiekette Niedersachsen, Hannover 1984.
- Lenke, J., Gestalt-Supervision in therapeutischen Wohngemeinschaften für Drogenabhängige durch Kompetenzgruppen, in: Petzold, H., Vormann, H. (Hrsg.), 1980c.
- Lewin, K., Feldtheorie in den Sozialwissenschaften, Bern 1963.
- Lewin, K., Grundzüge der topologischen Psychologie, Bern 1969.
- Lewin, K., Feldtheorie, Werkausgabe (Graumann, Hrsg.), Bern/Stuttgart 1982.
- Lightner, M. L., Gestalt therapy: An investigation on its effects with anxiety and time orientation. Diss. United States Intern. Univ. 1976.
- Lowen, A., Bioenergetics, New York 1975. Dt.: Bioenergetik, München 1976.
- Ludwig, G., Vormann, G., Katamnestiche Untersuchungen für die therapeutischen Gemeinschaften der STEP 1973-1980, in: *Informationen aus der Therapiekette Niedersachsen* 1 (1981) 29-39
- Lückel, K., Das Vermeiden des Sterbens — und die Begegnung mit dem Unvermeidbaren, in: *Integrat. Therapie* 2/3 (1980), 194-202.
- Lückel, K., Begegnung mit Sterbenden, München 1981.
- Lückel, R., Integrative Arbeit mit Märchen. Beiheft zur *Integrat. Ther.* 1, 1979.
- Mävers, J., Jacobs, K.-H., Psychodrama und Theater, in: *Integrat. Ther.* 1/2 (1982), 58-74.

- Mahler, M. et al., *The psychological Birth of the Human Infant*, New York 1975. Dt.: *Die psychische Geburt des Menschen*, Frankfurt 1979.
- Marcel, G., *Die Erniedrigung des Menschen*, Frankfurt 1964.
- Marcel, G., *Leibliche Begegnung*, in: *Kraus, A.* (Hrsg.), *Leib, Geist, Geschichte*, Heidelberg 1978.
- Marcel, G., *Sein und Haben*, Paderborn 1968.
- Marrow, A. J., *Kurt Lewin — Leben und Werk*, Stuttgart 1977.
- Maslow, A., *Religion, values and peak experiences*, Ohio 1964.
- Mead, G. H., *Mind, Self and Society*, Chicago 1934.
- Merleau-Ponty, M., *Phénoménologie de la perception*, Paris 1945. Dt.: *Phänomenologie der Wahrnehmung*, Berlin 1966.
- Merleau-Ponty, M., *Die Struktur des Verhaltens*, Berlin 1976.
- Merleau-Ponty, M., *Le visible et L'invisible*, Paris 1964.
- Merleau-Ponty, M., *La prose du monde*, Paris 1969.
- Metzger, W., *Gestalttheorie und Gruppendynamik*, in: *Gruppendynamik* 6 (1975), 311-331.
- Metzmacher, B., *Integrative Gestalttherapie bei Diabetes mellitus*, in: *Integrat. Ther.* Jg. 1984 (im Druck).
- Miglionico, L. R., *The relative efficacy of Gestalt and human relations training group treatment*. Diss. Hofstra Univ. 1978.
- Miller, C. M., *An experimental study of the effects of the Gestalt two-chair experiment with conflicted adolescent offenders*. Diss. Univ. of Wisconsin, Madison 1980.
- Moeller, L. M., *Zur Theorie der Gegenübertragung*, in: *Psyche*, 2 (1977), S. 142-166.
- Moreno, J. L., *Role Theory and the Emergence of the Self*, in: *Group Psychotherapy* 2 (1962), 114-117.
- Moreno, J. L., *Psychodrama*, Paderborn 1984.
- Navanjo, C., *Gegenwartszentrierung*, in: *Petzold* (1983c).
- Nave-Herz, R. (Hrsg.), *Erwachsenensozialisation*, Weinheim 1981.
- Oaklander, V., *Windows to our children*, Utah 1978. Dt.: *Gestalttherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Stuttgart 1981.
- Patterson, C. H., *Theories of counseling and psychotherapy*, New York 1973.
- Feller, M., *An analysis of behavior change in gestalt clients and non-client in terms of the goals of gestalt therapy*. Diss. Univ. of Massachusetts 1977.
- Perls, F. S., *Ego, Hunger and Aggression* (1942), New York 1969b. Dt.: *Das Ich, der Hunger und die Aggression*, Stuttgart 1978.
- Perls, F. S., *In and out the Garbage Pail*, New York 1969a.
- Perls, F. S., *Gestalt Therapy verbatim*, Utah 1969.
- Perls, F. S., *The Gestalt Approach & Eye Witness to Therapy*, Palo Alto 1973. Dt.: *Grundlagen der Gestalttherapie*, München 1976.
- Perls, F. S., *Gestalt, Wachstum, Integration*, Paderborn 1980.
- Perls, F. S., Hefferline, R. F., Goodman, P., *Gestalt Therapy*, New York 1951. Dt.: *Gestalttherapie, Wiederbelebung des Selbst*, Stuttgart 1979. Und: *Gestalttherapie, Lebensfreude und Persönlichkeitsentfaltung*, Stuttgart 1979.
- Perls, F. S., *Die Integration der Persönlichkeit* [1948], in: *Integrat. Therapie* 1 (1978), 2-21 und in: *Perls, F.*, Paderborn 1980.
- Perls, L., *Begriffe und Fehlbegriffe der Gestalttherapie*, in: *Integrat. Therapie* 3/4 (1978), 208-214 und in: *Perls, F.*, Paderborn 1980.
- Perls, L., *An oral history of Gestalt Therapy: A Conversation with Laura Perls*. In: *Wysong, J., Rosenfeld, E.*, *An oral History of Gestalt Therapy*, New York 1982.
- Pertzborn, A. M., *The effect of Gestalt Therapy on self-actualization, anxiety and muscular tension in female college students*. Diss. The Fielding Institute 1979.

- Petzold, H., *Les quatre pas, concept d'une communauté thérapeutique*, Paris 1968.
- Petzold, H., *Komplexes Kreativitätstraining in der Arbeit mit Vorschulkindern*, *Schule und Psychologie* 3 (1972) 146-157.
- Petzold, H., *Gestalttherapie und Psychodrama*, Kassel 1973.
- Petzold, H., *Kreativität und Konflikte*, Paderborn 1973b.
- Petzold, H., *Psychotherapie und Körperdynamik*, Paderborn 1974a.
- Petzold, H., *Integrative Bewegungstherapie*, in: Petzold, H. (Hrsg.), 1974a.
- Petzold, H., *Drogentherapie*, Paderborn 1974b; 2. Aufl. Frankfurt 1980.
- Petzold, H., *Die Arbeit mit Puppen und Großpuppen in der Integrativen Therapie*, in: *Integrat. Ther.* 4 (1975), 197-207 und in: Petzold (1983a).
- Petzold, H., *Integrative Therapie ist kreative Therapie*, Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1975a (mimeogr.)
- Petzold, H., Bubolz, E., *Bildungsarbeit mit alten Menschen*, Stuttgart 1976.
- Petzold, H., *Die neuen Körpertherapien*, Paderborn 1977a.
- Petzold, H., Berger, A., *Integrative Bewegungstherapie und Bewegungspädagogik als Behandlungsverfahren für psychiatrische Patienten*, in: Petzold, H. (Hrsg.), 1977a.
- Petzold, H., Brown, G. I., *Gestaltpädagogik*, München 1977b.
- Petzold, H., *Die Medien in der Integrativen Agogik*, in: Petzold, H., Brown, G. I. (Hrsg.), 1977b.
- Petzold, H., *Integrative Arbeit mit Träumen*, in: *Integrat. Ther.* 3/4 (1977c), 147-175.
- Petzold, H., *Der Gestaltungsansatz in der psychotherapeutischen, soziotherapeutischen und pädagogischen Arbeit mit alten Menschen*, in: *Gruppendynamik* 1, 1977d.
- Petzold, H., *Das „therapeutische“ Theater Vladimir N. Iljines*, in: Petzold, H. (Hrsg.), *Angewandtes Psychodrama*, Paderborn 1978a, 2. Auflage.
- Petzold, H., Berger, A., *Integrative Bewegungstherapie und Bewegungserziehung in der Arbeit mit alten Menschen*, in: *Integrat. Ther.* 3/4 (1978b), 249-271.
- Petzold, H., *Das Ko-respondenzmodell in der Integrativen Agogik*, in: *Integrat. Ther.* 1 (1978c), 21-58.
- Petzold, H., *Zur Veränderung der sozialen Mikrostruktur im Alter*, in: *Integrat. Ther.* 1/2 (1979a), 51-78.
- Petzold, H., *Psychodrama-Therapie*. Diss. Univ. Frankfurt, ersch. Paderborn 1979b.
- Petzold, H., Bubolz, E., *Psychotherapie mit alten Menschen*, Paderborn 1979c.
- Petzold, H., *Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der Integrativen Therapie*, in: Petzold, H. (Hrsg.), *Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung*, Paderborn 1980a.
- Petzold, H., *Integrative Arbeit mit einem Sterbenden mit Gestalttherapie, Ton, Poesie-therapie und kreativen Medien*, in: *Integrat. Ther.* 2/3 (1980b), 181-193.
- Petzold, H., *Ablösung und Trauerarbeit im Four-Steps-Modell der gestalttherapeutischen Wohngemeinschaft für Drogenabhängige*, in: Petzold, H., Vormann, G. (Hrsg.), 1980c.
- Petzold, H., Vormann, G. (Hrsg.), *Therapeutische Wohngemeinschaften*, München 1980c.
- Petzold, H., *Gestalttherapie/Integrative Therapie — Stichworte zur Psychotherapie*, in: *Gestalt-Bulletin*, Paderborn, 2/3 (1980c), 37-42.
- Petzold, H., *Wohnkollektive — eine Alternative für die Arbeit mit alten Menschen*, 1980e, in: Petzold, H., Vormann, G. (Hrsg.), 1980c.
- Petzold, H., *Vorsorge — eine Feigenblatt der Inhumanität*, *Zeitsch. f. Humanist. Psychol.* 3/4 (1981), 82-89.
- Petzold, H., *Integrative Dramatherapie*, in: *Integrat. Ther.* 1 (1981a), 46-61 und in: Petzold (1982).

- Petzold, H., Das Hier-und-Jetzt-Prinzip und die Dimension der Zeit in der psychologischen Gruppenarbeit, in: *Bachmann, C. H.* (Hrsg.), *Kritik der Gruppendynamik*, Frankfurt 1981b.
- Petzold, H., Konzepte des Widerstandes in der Psychotherapie, in: *Petzold, H.* (Hrsg.), 1981c.
- Petzold, H., Leibzeit, in: *Integrat. Ther.* 2/3 (1981d), 167-179.
- Petzold, H., *Dramatische Therapie*, Stuttgart 1982.
- Petzold, H., *Mathias, U.*, *Rollenentwicklung und Identität*, Paderborn 1982a.
- Petzold, H. (Hrsg.), *Methodenintegration in der Psychotherapie*, Paderborn 1982b.
- Petzold, H., Puppenspiel in der therapeutischen und geragogischen Arbeit mit alten Menschen, in: *Integrat. Ther.* 1/2 (1982c), 74-112.
- Petzold, H., Poesie- und Bibliothherapie in der Arbeit mit alten Menschen und Sterbenden, in: *Integrat. Ther.* 4 (1982d), 286-324.
- Petzold, H., *Gestalt drama, Totenklage und Trauerarbeit* 1982e, in: *Petzold* (1982).
- Petzold, H., *Orth, I.*, *Poesie und Therapie: Über die heilende Wirkung der Sprache*, Paderborn 1984.
- Petzold, H., *Puppen und Puppenspiel in der Psychotherapie*, München 1983a.
- Petzold, H., *Heinl, H.* (Hrsg.), *Psychotherapie und Arbeitswelt*, Paderborn 1983.
- Petzold, H., Verlust der Arbeit durch die Pensionierung als Ursache von Störungen und Erkrankungen, in: *Petzold, H., Heinl, H.* (Hrsg.), 1983b.
- Petzold, H. (Hrsg.), *Psychotherapie, Meditation und Gestalt*, Paderborn 1983c.
- Petzold, H., Noothherapie und „Säkulare Mystik“ in der Integrativen Therapie, in: *Petzold, H.* (Hrsg.), 1983c.
- Petzold, H., *Frohne, I., Schröder, W.*, *Poesie- und Musiktherapie*, Paderborn 1983d.
- Petzold, H., *Reinhold, K.*, *Humanistische Psychologie, Integrative Therapie und Erwachsenenbildung*, in: *Garnitschnig, K.* (Hrsg.), *Menschen erweckende Erwachsenenbildung*, Wien 1983, 41-67.
- Petzold, H., *Schneewind, U.*, *Gestalttherapeutische Konzepte der Gruppentherapie*, Fritz Perls Institut, Düsseldorf (mimeo.) 1983.
- Petzold, H., Vorüberlegungen und Konzepte zu einer integrativen Persönlichkeitstheorie, in: *Integrat. Ther.* 1 (1984).
- Petzold, H., Die Gestalttherapie von Fritz Perls, Lore Perls und Paul Goodman, in: *Integr. Ther.* 1 (1984b).
- Petzold, H., Der Schrei in der Psychotherapie, in: *Sollmann, U.* (Hrsg.), *Bioenergetische Analyse*, Essen 1984b.
- Petzold, H., *Leiblichkeit*, Paderborn 1984c.
- Petzold, H., Rezension von Blankertz, *Integrat. Ther.* 1 (1984d).
- Petzold, H., *Metzmacher, B.*, *Kreative Medien, Awareness-Training und Interaktionsspiele in der integrativen Gestalttherapie mit Kindern und Jugendlichen*, in: *Kreuzer*, Bd. V, 1984.
- Petzold, H., *Epe, C.*, *Das Spiel und seine Bedeutung für die stationäre Langzeittherapie mit alkohol- und drogenabhängigen Jugendlichen in der integrativen Gestalttherapie*, in: *Kreuzer*, Bd. V, 1984.
- Piaget, J., *Einführung in die genetische Erkenntnistheorie*, Frankfurt 1973.
- Piaget, J., *Abriß der genetischen Epistemologie*, Freiburg 1974.
- Piaget, J., *Jenseits des Empirismus*, in: *Das neue Menschenbild*, Wien 1970.
- Polster, E., *Polster, M.*, *Gestalttherapie*, München 1975.
- Prengel, A., *Gestaltpädagogik*, Weinheim 1984.
- Rahm, D., *Gestaltberatung*, Paderborn 1979.
- Rapaport, A. E., *Die Struktur der psychoanalytischen Theorie*, Stuttgart, 1970².

- Reich, W., Die Funktion des Orgasmus, Köln 1969 (1927).
- Reich, W., Charakteranalyse, Frankfurt 1976 (1933).
- Reich, W., Listen, little manf, New York 1949, London 1972.
- Ricoeur, P., Die Interpretation, Frankfurt 1969.
- Ricoeur, P., Hermeneutik und Psychoanalyse, München 1974.
- Ricoeur, P., Hermeneutik und Strukturalismus, München 1973.
- Riedl, R., Biologie der Erkenntnis, Hamburg 1981.
- Röttger, U., Gestalttherapie. Möglichkeiten und Grenzen in der Herzinfarkt-rehabilitation, in: *Psychother. med. Psychol.* 32 (1982), 60-63.
- Ronall, R., Feder, B., Gestaltgruppen, Stuttgart 1983.
- Rubins, J. L., Karen Horney, sanfte Rebellin der Psychoanalyse, Frankfurt 1980.
- Rycroft, C., Wilhelm Reich, München 1972.
- Saake, E.-K., Stichtenoth, H., Das Four-Steps-Modell der gestalttherapeutischen Wohn-gemeinschaft für Drogenabhängige, in: *Petzold, H., Vormann, G. (Hrsg.)*, 1980c.
- Sagan, C., The Dragons of Eden, London 1978.
- Sandler, J., Dare, C., Holder, A., Die Grundbegriffe der psychoanalytischen Therapie, Stuttgart 1973.
- Satir, V., Familienbehandlung, Freiburg 1973.
- Satir, V., Selbstwert und Kommunikation, München 1975.
- Schenda, R., „Education permanente“ für das Alter, in: *Petzold, H., Bubolz, E.* 1976, 19-36.
- Schneewind, U.-J., Kuchenbecker, A., Familientherapie — zum Einsatz von Methoden aus der Integrativen Therapie in der analytisch-systemischen Familientherapie. Referat, gehalten bei der XVIII Wiss. Tagung der Deutschen Ges. für Kinder- u. Jugendpsychiatrie, Marburg 1983.
- Schneider, K., Widerstand in der Gestalttherapie, in: *Petzold, H. (Hrsg.)*, Widerstand, ein strittiges Konzept in der Psychotherapie, Paderborn 1981a.
- Schneider, K., Das Experiment in der Gestalttherapie, in: *Integrat. Ther.* 3 (1979), 192-207.
- Schneider, K., Meine Wildnis ist die Seele des anderen. Zum 75. Geburtstag von Laura Perls, in: *Integrat. Ther.* 4 (1980), 253-261.
- Schneider, K., Skillfull Frustration, Konfrontation und Support als Interventionsstile in der Gestalttherapie, in: *Integrat. Ther.* 1 (1981b), 26-46.
- Schneider, K., Familientherapie aus der Sicht psychotherapeutischer Schulen, Paderborn 1983.
- Schroeder, W., Hartmann-Kottek-Schroeder, L., Integrative Musiktherapie, in: *Integrat. Ther.* 4 (1982), 344-351.
- Schubert, K., Überblick über den Anwendungsbereich und die Indikation der Gestalttherapie, in: *Integrat. Ther.* 2/3 (1983), 239-247.
- Schultz-Hencke, H., Lehrbuch der analytischen Psychotherapie, Stuttgart 1970.
- Schwendter, R., Therapie und Arbeit, in: *Petzold, H., Heini, H.*, (Hrsg.) Psychotherapie und Arbeitswelt, Paderborn 1983.
- Serlin, L., Ein gestalt-phänomenologischer Ansatz der Bewegungstherapie, in: *Integrat. Ther.* 2/3 (1981), 204-214.
- O'Shea, T. R., The effects of Gestalt therapy empty chair procedures on self-recorded negative interpersonal feelings. Diss. United States Internation, University 1982.
- Sheleen, L., Bewegung in Raum und Zeit — zum Sinn von Tanz und Bewegung in der „Expression Corporelle“, in: *Integrat. Ther.* 1 (1983), 62-73.
- Shepard, M., Fritz. An intimate Portrait, New York 1975.
- Simkin, J. S., Gestalt Therapy Mini-Lectures, H. Millbrae 1976.

- Smuts, J. S., *Holism and Evolution*, New York 1961.
- Spiegel-Rösing, I., Petzold, H., *Psychotherapie mit Sterbenden*, Paderborn 1984.
- Spiegel-Rösing, I., *Thanato-Therapie*, in: *Integrat. Ther.* 2/3 (1980), 123-140.
- Spinner, H. F., *Pluralismus als Erkenntnismodell*, Frankfurt 1974.
- Staemmler, B., *Theoretische Grundlagen und Konzepte der Gestalttherapie*, Diss. Univ. Würzburg 1979.
- Steigerwald, M., *Anthropologische Grundlagen vom Menschenbild der Gestalttherapie*. Diss. Univ. Würzburg 1981.
- Stevens, J., *Die Kunst der Wahrnehmung*, München 1975.
- Stevens, B., *Don't push the river, it flows by it self*, Lafayette, Calif. 1970.
- Stoehr, T. (Ed.), *Nature Heals: The Psychological Essays of Paul Goodman*, New York 1977.
- Störig, H. J., *Kleine Weltgeschichte der Philosophie*, Frankfurt 1978.
- Stuhr, K., *Aktionsforschung*, in: *Integrat. Ther.* 3 (1979), 208-224.
- Süss, H. J., Martin, K., *Gestalttherapie*, in: *Handbuch der Psychologie* Bd. 8, 2. Halbbd.: *Klinische Psychologie*, Göttingen 1978, 2725-2750.
- Teegen, F., Frassa, M., Höniger, S., *Merkmale des Therapeuten- und Klientenverhaltens bei gestalttherapeutischen Kontakten*, *Z. f. klin. Psychol.* 8 (1979) 148-155.
- Teegen, F., Schur, K., Schröder-Battefeld, R., *Kampf an der Kontaktgrenze, Erlebnisprozesse hautkranker Klienten im Gestaltdialog mit ihrem Symptom*, in: *Integrat. Ther.* 2/3 (1981), 214-234.
- Teilhard de Chardin, P., *Der Mensch im Kosmos*, München 1959.
- Thamm, A., *Poesie und Integrative Therapie*, in: *Integrat. Ther.* 4 (1982), 267-286.
- Thiemann, E., *Leben lernen in Wohngemeinschaften*, in: Petzold, H., Vormann, G. (Hrsg.), *Therapeutische Wohngemeinschaften*, München 1980.
- Thomae, H., *Patterns of aging*, Basel 1976.
- Thompson, M. B., *The effects of the Gestalt approach on body image*. Diss. Georgia State Univ. — College of Art and Science, 1978.
- Van de Riet, V., Korb, M. P., Gorrell, J. J., *Gestalt therapy, an introduction*, New York 1980.
- Völker, U., *Humanistische Psychologie* 1980.
- Vormann, G., Heckmann, W., *Zur Geschichte der therapeutischen Wohngemeinschaften in Deutschland*, in: Petzold, H., Vormann, G. (Hrsg.), *Therapeutische Wohngemeinschaften*, München 1980.
- Waldenfels, B., *Die Verschränkung von Innen und Außen im Verhalten. Phänomenologische Forschungen II*, Freiburg 1976.
- Waldenfels, B., *Der Spielraum des Verhaltens*, Frankfurt 1981.
- Walter, H. J., *Gestalttherapie, ein psychoanalytischer und gestalttheoretischer Ansatz*, in: *Gruppendynamik* 8 (1977), 3-27.
- Walter, H. J., *Gestalttheorie und Psychotherapie*, Darmstadt 1978.
- Wenhoff, R. T., *The effects of two different counseling orientations and procedures on self actualization of group counseling*. Diss. Univ. of Idaho 1978.
- Wertheimer, M., *Productive thinking*, New York/London 1945. Dt.: *Produktives Denken*, Frankfurt 1957.
- Witchel, R. I., *Effects of Gestalt-awareness on self-actualization and personal assessment of graduate students*. Diss. Univ. of Georgia 1973.
- Witt, G., *Kinderhäuser mit gestalttherapeutischer Begleitung*, in: Petzold, H., Vormann, G. (Hrsg.), *Therapeutische Wohngemeinschaften*, München 1980.
- Yontef, G. M., *Gestalttherapie als dialogischer Prozeß*, in: *Integrat. Ther.* 2/3 (1983), 98-130.
- Zinker, J., *Gestalttherapie als kreativer Prozeß*, Paderborn 1982.

Bibliographien:

- Bibliographie der Schriften von *F. S. Perls*, in: *Gains* (1982).
Bibliographie der Schriften von *Paul Goodman*, in: *T. Nicely*, *Adam and his Works*. Searecrow, New York 1979.
Bibliographie der Schriften von *H. Petzold*, Beihefte zur Integrativen Therapie, 4, Junfermann, Paderborn 1983.
Bibliographische Materialien zur Gestalttherapie bei: *Beling* (1979, 1980), *Süss, Martin* (1978), *Petzold* (1984a), *G. Kogan*, *Gestalt Therapy Ressources*, New York 1976, 1979; *E. Smith*, *The growing edge of Gestalt Therapy*, New York 1972.

Zeitschriften:

- Gestalt Journal*, Gestalt Journal Publ., New York 1978ff.
Integrative Therapie, Junfermann Verlag, Paderborn 1975ff.
Gestalt Theory, Steinkopff, Darmstadt 1978ff.
Gestalt-Bulletin, Deutsche Gesellschaft für Gestalttherapie und Kreativitätsförderung, Düsseldorf.
Revista de psiquiatria y psicología humanista, Rattles, Barcelona 1982f.

Gesprächspsychotherapie

Die Kraft des Guten

Jürgen Howe, Wolf-Rüdiger Minsel

1. Definition der Gesprächspsychotherapie

Gesprächspsychotherapie (GT) ist eine klinisch-psychologische Behandlungsmethode für psychisch beeinträchtigte Menschen. Sie ist eines der klassischen Psychotherapieverfahren der Humanistischen Psychologie. Anfang der vierziger Jahre wurde sie von Carl R. Rogers aus dessen Tätigkeit in der Erziehungsberatung heraus entwickelt. Die Behandlungsmethode wurde weltweit sehr schnell von der Fachwelt akzeptiert. Die Verbreitung im deutschen Sprachraum erfolgte hauptsächlich durch das Ehepaar *Tausch* (1960, 1979). Als Einführung eignen sich weiterhin die Lehrbücher von *Minsel* (1974), *Biermann-Ratjen, Eckert und Schwartz* (1979) und *Bommert* (1982).

Rogers geht davon aus, daß in jedem Menschen eine Tendenz in Richtung auf psychisches Wachstum, Reife und Selbstverwirklichung wirkt. Bei Beeinträchtigungen und Störungen im Erleben und Verhalten eines Menschen ist dieses Streben ‚verschüttet‘ und muß wieder entdeckt und ‚befreit‘ werden. Dazu verhilft in erster Linie die Beziehung zum Therapeuten, der sich einfühlsam, wertschätzend und aufrichtig um das Verständnis seines Klienten und dessen Probleme bemüht. „Dieser fühlt sich so als Person akzeptiert und verstanden und kann sich vermehrt eigenen schmerzhaften, verletzenden, negativen Erfahrungen zuwenden. Als Folge davon lernt der Klient sich selbst besser kennen und entdeckt u.U. neue Aspekte in seinem Erleben und Verhalten, die zu einer Einstellungs- und Verhaltensänderung führen können. Das Therapeutenverhalten grenzt sich deutlich vom deutenden Verhalten des Psychoanalytikers wie auch von Ratschlägen und Anweisungen direkter therapeutischer Methoden ab“ (*Howe und Minsel* 1981, S. 172-173.)

Rogers selbst charakterisierte kürzlich diesen Psychotherapie-Ansatz folgendermaßen:

„Die personenzentrierte Haltung ist demnach primär eine Art und Weise des Seins, die ihren Ausdruck findet in Einstellungen und Verhaltensweisen, die wachstumsförderndes Klíma schaffen. Sie ist mehr eine basale Philosophie als nur eine Technik oder

eine Methode. Wenn diese Philosophie gelebt wird, hilft sie der Person, die Entwicklung ihrer Fähigkeiten zu erweitern. Wenn sie gelebt wird, stimuliert sie konstruktiven Wandel bei anderen. Sie stärkt das Individuum und wenn diese persönliche Kraft gespürt wird, zeigt die Erfahrung, daß sie dahin tendiert, für persönliche und soziale Veränderungen genützt zu werden (Rogers 1982, S. 77).

2. Geschichte

2.1. Vorläufer und Anfänge der Gesprächspsychotherapie

Seine Assistentenzeit als klinischer Psychologe verbrachte Rogers an einem Institut für Erziehungsberatung (Institute for Child Guidance). Er führte dort psychologische Beratungen und Behandlungen mit straffällig gewordenen Kindern und mit deren Eltern durch, erstellte Diagnosen und Gutachten. Nicht zuletzt aufgrund von Mißerfolgen begann er verstärkt, über die Effektivität seiner Tätigkeit nachzudenken. „Es gab nur ein Kriterium für die Methoden, mit diesen Kindern und ihren Eltern umzugehen: Klappt es? Ist die Methode effektiv? Allmählich formulierte ich meine Ansichten immer mehr aus der tagtäglichen Arbeitserfahrung heraus“ ((Rogers 1973, S. 26).

Auch später machte er immer wieder die Erfahrung,

- daß die anerkannten Lehrmeinungen mit Mängeln behaftet waren,
- daß die Wirkung von Zwang und Druck als psychologische Maßnahmen nur oberflächlich blieben,
- daß die Klienten oftmals selbst genau wußten, wo bei ihnen die Probleme lagen und welche Wege der Lösung einzuschlagen waren.

Fasziniert war Rogers allerdings von den Aussagen des Psychoanalytikers Otto Rank. Pfeiffer (1980, S. 93) bezeichnete Rank kürzlich sogar als „Wegbereiter personenzentrierter Psychotherapie“ (GT) und versuchte Ähnlichkeiten und Gemeinsamkeiten zwischen beiden Therapieansätzen herauszuarbeiten.

Danach hat Rank, der 20 Jahre zu den engsten und vertrautesten Mitarbeitern Freuds zählte, sich von Freuds Instanzenmodell, bestehend aus „Es“, „Ich“ und „Überich“ zwar nicht getrennt, aber er wandte sich gegen die Vormundschaft der außerindividuellen Instanzen des „Es“ und „Überich“. Rank postulierte das „Ich“ als den „Träger des schöpferischen Wollens“ (Rank 1929, S. 7f, zit. n. Pfeiffer 1980, S. 95). Dieser Wille stellte für ihn im Gegensatz zur klassischen Psychoanalyse die eigentliche Lebenskraft des Menschen dar. Die Möglichkeit der bewußten Entscheidung des Menschen aus sich selbst heraus nimmt Rogers später als ein wesentliches Bestimmungsstück seines Menschenbildes auf.

Bei inneren oder äußeren Zwängen tritt oftmals ein Gegenwille auf, der Normen oder Autoritäten ablehnt. Der ursprünglich konstruktive Wille der Person ist dann zunächst nicht zugänglich. Den Eigenwillen der Person gilt es in der Therapie wieder zu befreien, um dem Patienten mehr eigenständige Kreativität und Verwirklichung seiner Individualität zu ermöglichen. Hier finden sich deutliche Parallelen zu Rogers Annahme einer Aktualisierungstendenz, die für letzteren die angeborene Antriebskraft des Menschen darstellt und durch ungünstige Lebensumstände „verschüttet“ werden kann. Mit Hilfe psychotherapeutischer Behandlung erscheint es jedoch möglich, wieder mehr zu sich selbst zu finden und in besserer Übereinstimmung als bisher, mit einem Konzept von sich selbst, sein Leben neu in die Hand zu nehmen.

Sah Freud die Ätiologie einer psychischen Störung jeweils in der Vergangenheit des Patienten, die es galt aufzuhellen, so konzentrierte Rank sich auf die gegenwärtigen Probleme und die aktuelle Situation des Patienten. Damit knüpfte er auch konsequent an bestehende Fähigkeiten und Strebungen des Patienten an, um sie therapeutisch zu nutzen. Die Ursache für die Neurose liegt für Rank zeitlich gesehen somit eher in der Gegenwart. Verbunden mit dieser Auffassung sind Ranks Bemühungen zu sehen, das derzeitige Erleben des Patienten und dessen Gefühle in den Fokus der Therapie zu rücken. Denn ein Neurotiker verleugnet bzw. rationalisiert eben häufig gerade seine Gefühle. Dazu ist eine Entsprechung Rogers spätere Aussage, daß Inkongruenzen und verzerrte Wahrnehmung in den eigenen Erfahrungen zu einem hohen Maß an psychischen Spannungen führen. Den therapeutischen Prozeß der psychischen Gesundung sieht er dann im Zulassen der bis dahin unterdrückten Gefühle und im ermöglichten Realisieren des Erlebens.

„Die analytische Therapie mit ihrer aktionshemmenden und gefühlbildenden Einstellung ist daher im wesentlichen ein Fühlenlernen: ein Prozeß, in dem das Individuum Gefühl entwickeln lernt, aber auch das aufkommende Gefühl in sich anerkennen, d.h. akzeptieren und ertragen muß, ohne es in anderer als in Denk oder Sprechaktion abzuführen“ (Rank 1931, S. 88f, zit. n. Pfeiffer 1980, S. 96). Dieses Aufkommenlassen der Gefühle gilt als charakteristisches Merkmal der Gesprächspsychotherapie. Es bekommt beim sog. Focusing (Gendlin 1979), einer Variante der Gesprächspsychotherapie, herausragende Bedeutung. Durch das Erleben und Verbalisieren der Gefühle entsteht als Prozeß ein Bewußtwerden, was zu einer „Neuinterpretation des Lebens“ führen kann (Rank 1931, S. 94 f., zit. n. Pfeiffer 1980, S. 97). Das angestrebte Ziel einer Gesprächspsychotherapie, eine veränderte

Wahrnehmung der eigenen Person und der eigenen Erfahrungen, klingt dem sehr nahe.

Vergleichbare Bedeutung schreiben *Rank* und *Rogers* der therapeutischen Beziehung zu. *Rank* lehnt es ab, die Beziehung zwischen Therapeut und Patient ausschließlich unter dem Gesichtspunkt des Übertragungsgeschehens zu sehen. Er betont insbesondere für die letzte Phase der Behandlung den Aspekt der Begegnung zwischen zwei realen Personen, die sich gegenüberstehen. In der Beziehung zum Therapeuten erlebt der Patient nochmals seine inneren Konflikte und entlastet sich dadurch. *Rank* verzichtete dabei darauf, daß der Patient während der Behandlung auf der Couch lag. In der Gesprächspsychotherapie wird die therapeutische Beziehung als das therapeutische Heilmittel überhaupt angesehen. Durch sie werden die Selbstheilungskräfte des Patienten gefördert und erlauben es ihm schließlich, so mit sich selbst umzugehen, wie es der Therapeut mit ihm tut, nämlich wertschätzend, einfühlsam und aufrichtig.

Darüber hinaus stimmen die Kriterien für psychische Gesundheit von *Rank* weitgehend mit dem überein, was von *Rogers* später als „fully functioning person“ bezeichnet wird. Durch die Therapie soll der Patient ein höheres Niveau existentiellen Erlebens erreichen. Dazu müssen die eigene Einmaligkeit und Individualität akzeptiert und bisher verleugnete Seiten der Persönlichkeit angenommen werden.

In seinem ersten Buch „The Clinical Treatment of the Problem Child“, (1939) bezieht sich *Rogers* ausdrücklich auf Gedankengut von *Rank* (*Linster* 1980). Eigene theoretische Konzepte werden jedoch schon vorbereitet. Sie finden sich dann in seinem Buch „Counseling and Psychotherapy“ (deutsche Übers.: Die nicht-direktive Beratung und Therapie) im Jahre 1942 zusammenfassend dargestellt.

2.1.1. Die Entwicklung der Gesprächspsychotherapie

Minsel und Bente (1979) haben die Entwicklung der GT von den ersten einschlägigen Buchveröffentlichungen von *Rogers* (1942) an bis heute als drei sich überschneidende Entwicklungsphasen dargestellt. Als erste Phase (1942-1963) benennen sie die „Ausformulierung des Konzepts und die Etablierung der GT als Therapiemethode“. Die sich anschließende zweite Phase (ab 1963) wird als „Differenzieren wesentlicher Grundgedanken des Konzepts der GT“ gekennzeichnet. Es schließt sich die dritte Phase (ab 1969) an, die als „Theoretische Begründung des Konzepts der GT im Sinne einer allgemeinen Psychotherapietheorie“ umschrieben wird.

Als¹⁾ charakteristisch für den Zeitraum von 1942 bis 1963 (*erste Phase*) können vier Punkte bezeichnet werden: die Auseinandersetzung Rogers mit anderen Konzepten klinisch-psychologischer Arbeit, das gezielte Bemühen, durch empirisch-wissenschaftliche Forschung eine Überprüfung der Hypothese zur psychotherapeutischen Situation vorzunehmen; die Hinwendung von der „nicht direktiven Beratung und Therapie“ zur „klientenzentrierten Therapie“; sowie die Spezifizierung der theoretischen Überlegungen und deren Generalisierbarkeit.

Rogers setzt sich intensiv mit der *klinisch-psychologischen Praxis* auseinander, in die er durch Studium und Beruf eingeführt worden ist. Sie ist überwiegend diagnostisch-analytisch ausgerichtet und psychoanalytisch orientiert. Durch persönliche Erfahrungen, u.a. mit Rank und dessen therapeutischer Arbeit, kommt er immer mehr dazu, das Ansprechen der inneren Befindlichkeit des Klienten im „Hier und Jetzt“ der therapeutischen Situation zu betonen, die persönliche Beziehung zwischen Therapeut und Klient als wesentlich für Veränderungen des Klienten zu erachten und Selbstheilungskräfte bzw. Selbstverwirklichungstendenzen als Wirkfaktoren im therapeutischen Prozeß zu hypothetisieren. Dabei ordnet er die beobachteten tiefenpsychologischen Phänomene, wie ‚Übertragung‘, ‚Abwehrmechanismen‘ usw. seinem Denken ein, indem er sie entsprechend seiner persönlichen Haltung als therapeutisch unproblematisch interpretiert. Damit grenzt er sich von anderen Psychotherapieschulen ab (Becker 1975).

Seine Hypothesen, etwa zur Bedeutung der Therapeutenmerkmale ‚Einfühlerndes Verstehen des Klienten‘ oder ‚Ansprechen des Hier und Jetzt im Erleben des Klienten‘ für die persönliche Entwicklung des Klienten im therapeutischen Prozeß, versucht Rogers mit seinen Mitarbeitern durch *Forschungsarbeiten* zu verifizieren. Diese Merkmale werden operationalisiert und von geschulten Beobachtern anhand von Tonbandaufnahmen gesprächspsychotherapeutischer Kontakte beurteilt. Die Veränderung der Variablen im Therapieverlauf selbst und ihre Auswirkungen auf die Klienten werden dabei geprüft. Letzteres geschieht beispielsweise durch sprachanalytische Studien (z. B. Auszählen von Worten, die Gefühle ausdrücken), durch die Verwendung von physiologischen Meßverfahren (z. B. PGR-Ableitungen) während der Therapiesitzungen oder durch die Vorgabe von psychologischen Testverfahren vor Beginn bzw. nach Abschluß der Behandlung (z. B. MMPI, Q-Sort).

1) Von hier bis zum Schluß dieses Abschnitts wörtlich aus: Minsel und Bente 1979, S. 143-144, 150-151, u. 154-155.

Die Ergebnisse derartiger Forschungsarbeiten und die Diskussion um die These, daß ‚Nicht-Direktivität‘ als Behandlungskonzept günstig ist für Veränderungsprozesse bei psychisch gestörten Klienten (Rogers 1942), führen zu einer Neuorientierung von Rogers psychotherapeutischem Konzept. *Klientenzentrierung* bedeutet, daß das Verhaltensspektrum des Psychotherapeuten nur insoweit eingeengt ist, als es von den Einstellungen, ‚unbedingtes Wertschätzen und Akzeptieren des Klienten‘, ‚empathisches Verstehen der psychischen Situation des Klienten‘ und ‚Echtheit im Verhalten seitens des Therapeuten‘ getragen sein soll; überdies soll es die Selbstexploration der inneren Befindlichkeit des Klienten fördern. Die Ausweitung des Konzepts und dessen theoretische Spezifizierung werden aus der beruflichen Veränderung Rogers erklärlich, da er sich als Professor an der Universität Chicago vor die Aufgabe gestellt sieht, Studenten seine Gedanken näherzubringen und eine Verbindung zwischen Theorie und Praxis zu schaffen, die in ihren Wechselwirkungen nachvollziehbar bleibt.“

„Drei Argumente zur Forschung und zum Entwicklungsstand der Theorie in der GT bis 1968 sind es, die zur treibenden Kraft in dem zweiten Entwicklungsabschnitt (*zweite Phase* ab 1963) werden.

Erstens wird die Skepsis gegen die Annahme der Allgemeingültigkeit und Hinlänglichkeit der drei Kernvariablen für den psychotherapeutischen Prozeß immer größer; zweitens wird der Forschung und der therapeutischen Praxis Theorielosigkeit vorgeworfen; drittens wird eine gewisse Einseitigkeit der Forschung zum Diskussionsgegenstand.

Mit einer zunehmenden Verbreitung der GT differenziert sich zum einen das Klientel, und zum anderen werden mit besonderen Klientengruppen bislang nicht realisierte Erfahrungen (z. B. in psychiatrischen Kliniken, Jugendheimen usw.) möglich. Das führt dazu, daß die Kernvariablen als *Basisvariablen* umformuliert und durch die Vielzahl neuer, empirisch ermittelter Zusatzvariablen ergänzt werden. Das sind beispielsweise Verhaltensmerkmale des Psychotherapeuten wie ‚Konkretheit im Formulieren‘, ‚Konfrontierung des Klienten‘, ‚Hinwenden des Gesprächs auf ätiologisch wichtige Bezugspersonen‘, ‚Überzeugungskraft‘ usw.

Viele Merkmale sind nur schwer mit den anthropologischen Grundgedanken von Rogers vereinbar. Doch stellen sie wesentliche Ergänzungen zur erfolgreichen Arbeit mit Klienten einer spezifischen Symptomatik dar.

Die Kritik an den theoretischen Überlegungen von Rogers ist differenziert bei Minsel und Zielke (1977, S. 92ff.) zusammengestellt. Im wesentlichen läuft sie auf drei Punkte hinaus: Die eingeführten Begriffe

sind zum Teil nicht prüfbar; das in das Konzept einbezogene allgemein vorhandene Wissen ist zu selektiv zusammengestellt worden; und Prognosen können nicht hinreichend präzise erstellt werden. Der in dieser Kritik anklingende Anspruch ist allerdings mit den eher philosophisch orientierten Ausführungen von *Rogers* nur schwer vereinbar. Aus diesen Kritikpunkten resultiert jedoch die Entwicklung einer Therapietheorie, die einerseits von den Kernvariablen in unterschiedlicher Operationalisierung ausgehen kann, andererseits deren Stellenwert je nach theoretischer Orientierung ganz unterschiedlich bestimmt. Eine solche Tendenz zeichnet sich etwa ab, wenn der gesprächspsychotherapeutische Prozeß theoretisch als eine ‚systematische Desensibilisierung‘ dargestellt wird (*Tausch* 1968). Der Versuch einer Systematisierung des Desensibilisierungsprozesses würde unmittelbar die Frage nach der Indikation des gesprächstherapeutischen Verhaltensspektrums im Therapieverlauf aufwerfen.

Der Vorwurf der *Einseitigkeit* oder genauer der ungerechtfertigten Einengung der *Forschung* bezieht sich auf unterschiedliche Bedingungen. Zum einen wurden die therapeutischen Kernvariablen einzeln in ihren Auswirkungen untersucht. Fragen der Merkmalskombination der Variablen untereinander bzw. mit anderen Verhaltensmerkmalen, der Veränderung der Variablen über den Therapieverlauf, deren Abhängigkeit usw. wurden überwiegend unberücksichtigt gelassen. Desweiteren wurden vorwiegend konstruktive Effekte der therapeutischen Kernbedingungen untersucht. Deren destruktive Effekte, die aus gleichermaßen günstigen wie ungünstigen Psychotherapeuten-Verhaltensweisen resultieren und Fragen der Indikation bzw. Kontraindikation aufwerfen, wurden nicht systematisch verfolgt (*Hadley* und *Strupp* 1976). Letztlich waren Therapievergleichsstudien auf den Nachweis der Überlegenheit der diskutierten Methode, hier der Gesprächspsychotherapie, hin ausgelegt. Dabei traten differentielle Fragestellungen wie etwa: welche therapeutische Methode bei welcher Art von Klient unter welchen therapeutischen Bedingungen welche Art von Effekten zeitigt, in den Hintergrund.

Die Untersuchungen und Arbeiten zur Theorienbildung, die in dieser Phase anzusiedeln sind, versuchen dem genannten Problembereich näher zu kommen. Dies führt zu einer Vielzahl empirischer Befunde und pragmatischer Aussagen, die nur schwer in einem Konzept integrierbar sind. Es entsteht ein Zustandsbild der GT, das als Voraussetzung einer umfassenderen theoretischen Fundierung charakterisiert werden kann.“

Das Charakteristische der *dritten Phase* ist, daß von unterschiedlichsten Ansätzen her theoretisches Gedankengut an die Gesprächspsychotherapie herangetragen wird, dessen philosophische Grundlagen zum Teil mit den Ausführungen von *Rogers* disharmonieren.

„Die Arbeiten von *Martin* (1972/75), *Feuchter* (1977) oder die Auseinandersetzung zwischen *Truax* (1969) und *Lieberman* (1969) in der Zeitschrift „*Perceptual and Motor Skills*“ legen dafür Zeugnis ab.

Die theoretische Begründung einzelner Phänomene der GT mit konzeptharmonisierenden Theorien aus unterschiedlich sozial und humanwissenschaftlichen Forschungsansätzen dürfte sehr schwerfallen. Dazu weisen die bisherigen Aussagen zum gesprächstherapeutischen Konzept zu viele und zu starke Mängel auf (*Kropf* 1976; *Minsel* und *Zielke* 1977). Die Konfrontation gesprächspsychotherapeutischer mit anderen theoretischen Konzepten muß aber zwangsläufig dazu führen, daß entweder gesprächspsychotherapeutische Forschung in allgemeine Psychotherapieforschung übergeht oder daß aus ideologischen Gründen bestimmte theoretische Überlegungen abgelehnt werden (*Bastine* 1976 vs. *Pavel* 1975).

Die Notwendigkeit der *Begründung einer allgemeinen Psychotherapie* ist schon vielfach formuliert worden (*Ford* und *Urban* 1963). Ihrer Realisierung stehen grundlegende Kenntnislücken in verschiedensten Bereichen klinischpsychologischer Forschung entgegen (*Minsel* 1977). Für die GT bedeutet dieses Anliegen, daß der Stellenwert einzelner ihrer Aussagen in unterschiedlichen psychotherapeutischen Situationen geprüft wird. Die qualitativ beträchtlichen Unterschiede derartiger Ortbestimmungen lassen sich für unterschiedliche psychotherapeutische Situationen belegen, z.B. für die Gruppensituation, den sozialtherapeutischen Ansatz oder in mehr eklektisch orientiertem Vorgehen etwa für Maßnahmen zur Steigerung der Ausdrucksfähigkeit, der Selbstexploration oder der Selbstöffnung der Klienten bzw. zur Etablierung eines günstigen Beziehungsverhältnisses zwischen Klient und Psychotherapeut (*Pattison* 1973; *Mente* und *Spittler* 1975; *Scheid* 1976; *Wexler* und *Butler* 1976; *Feuchter* 1977; *Halpern* 1977).

In engem Bezug zu dieser Problemstellung sehen wir die zukünftige Entwicklung gesprächspsychotherapeutischer Forschung und Praxis.“

2.1.2 *Der zeitgeschichtliche Kontext, die geistesgeschichtliche Situation und deren Relevanz für die Entwicklung der Gesprächspsychotherapie*

Rogers (1951) schreibt gleich zu Beginn seines Buches „*Clientcentered Therapy*“: „Der einzelne kann sich nicht mehr einfach auf die

Bräuche und Traditionen seiner Gesellschaft verlassen, sondern entdeckt viele der grundlegenden Probleme und Konflikte des Lebens in sich selbst. Jeder Mensch muß für sich selbst Fragen lösen, für die früher die Gesellschaft die volle Verantwortung übernahm. Da die Psychotherapie in Aussicht stellt, daß sie einige dieser Konflikte klärt, daß sie dem einzelnen eine befriedigende Beziehung zu anderen und zu seiner Umgebung vermittelt, ist sie zu einem wichtigen Brennpunkt des öffentlichen und fachlichen Interesses geworden. Aus diesem wachsenden Interesse an der Entwicklung von psychotherapeutischen Methoden ist die nicht-direktive oder klient-bezogene Beratung entstanden. Sie ist ein Produkt ihrer Zeit und ihres kulturellen Hintergrundes" (dt. Ausg. 1973, S. 21).

Bedenkt man, daß die Gesprächspsychotherapie bereits zwischen 1942 und 1950 in den USA weite Verbreitung fand, ergibt sich zum einen die Frage, auf welche zeitgeschichtliche Bedingungen dieses zurückzuführen ist, und zum anderen, inwieweit diese Therapieform für die kulturellen, politischen und gesellschaftlichen Verhältnisse in der BRD und anderen Ländern ein geeignetes psychotherapeutisches Verfahren darstellt.

Laut *Rogers* reichen „einige Wurzeln der nicht-direktiven Therapie... sogar (noch weiter) in die erzieherische, soziale und politische Philosophie, die den Kern der amerikanischen Kultur darstellt. Das trifft soweit zu, daß Passagen aus einem Buch wie *Lilienthals* „Democracy on the March“, aus dem Zusammenhang genommen ebensogut eine Erklärung der grundlegenden Orientierung des klient-bezogenen Therapeuten darstellen könnten. So hat die klient-bezogene Therapie bewußt und unbewußt vieles von dem klinischen, wissenschaftlichen und philosophischen Gedankengut verwertet, das in unserer Kultur gegenwärtig ist. (dt. Ausg. 1973, S. 22). Verständlich, aber im gewissen Gegensatz zu diesen Ausführungen, scheinen die Bemühungen von *Rogers* auch kulturunabhängige Gesetzmäßigkeiten entdecken zu wollen. Er behauptet:

„In erster Linie basiert sie (die Gesprächspsychotherapie) auf direkten wesentlichen und spezifischen Beobachtungen des menschlichen Verhaltens innerhalb einer Beziehung, auf Beobachtungen, von denen angenommen wird, daß sie zu einem gewissen Grad die Grenzen oder Einflüsse einer gegebenen Kultur überschreiten. Ebenso ist sie bei ihren Forschungsversuchen zur Entdeckung der wichtigen Gesetze, die in einer therapeutischen Beziehung wirken, bemüht, zu Invariablen zu gelangen, zu Verhaltenssequenzen, die nicht nur für einen Tag oder eine Kultur gelten, sondern darstellen, wie die Natur des Menschen funktioniert“ (dt. Ausg. 1973, S. 22).

Je mehr Belege dafür erbracht werden können, daß es sich bei der GT um ein zeit- und geistesgeschichtlich spezifiziertes Verfahren handelt, desto eingeschränkter sind die Aussagen über die Natur des Menschen an sich gültig. Diese Frage kann selbstverständlich nicht mit empirischen Methoden gelöst werden.

Einen brillanten Versuch zur Aufhellung des gesellschaftlich-historischen Hintergrundes von *Rogers* persönlicher Entwicklung und der Entstehung der GT unternahm kürzlich *Barrett-Lennard* (1983), indem er sehr plausibel die Roosevelt-Ära (New Deal) und deren Einfluß auf *Rogers* darlegt und interpretiert. Die wesentlichen Gedanken sollen im folgenden kurz zusammengefaßt werden.

So vermutet *Barrett-Lennard*, insbesondere aufgrund des Buches von *Rogers* und *Wallen* (1946) „Counseling with returning servicemen“ daß *Rogers* ein Patriot seines Landes war, der fest an die Institutionen, Traditionen und Wertvorstellungen der Vereinigten Staaten glaubte. *Rogers* „Art der psychologischen Beratung für ehemalige Kriegsteilnehmer verglich er mit den Merkmalen einer Demokratie.

„Die Beratungsatmosphäre ist aufgebaut auf Respekt für die Person, Toleranz und Akzeptierung von Unterschieden; Vertrauen in die Fähigkeiten des anderen, Verantwortung für das eigene Verhalten zu übernehmen und in Freiheit bis zur Reife zu wachsen. Es ist vielleicht kein Zufall, daß dieser Beratungsansatz in Amerika herangereift ist“ (*Rogers* und *Wallen* 1946, S. 23, zit. n. *Barrett-Lennard* 1983, S. 20).

Ein Blick auf die allgemeine soziale und historische Situation läßt vermuten, daß es wirklich kein Zufall war. So hebt *Barrett-Lennard* hervor, wie ähnlich die Wertvorstellungen der zeitgenössischen Literatur, repräsentiert durch *Steinbeck*, *Hemingway*, *Faulkner* u.a., denen von *Rogers* waren. In zahlreichen Romanen spiegelte sich soziales Bewußtsein wieder. Eine Konzentration der Charaktere auf das gegenwärtige Sein mit humanitären Gedanken fand sich sehr häufig, wobei Befreiung aus einengenden Verhältnissen und die Sucht nach Offenheit für neue Erfahrungen eine Rolle spielten. Eine unmittelbare Beeinflussung durch bestimmte Autoren hält *Barrett-Lennard* für wenig wahrscheinlich, dennoch schlugen sich Auffassungen und Einstellungen einer Epoche, die natürlich auch für *Rogers* wirksam waren, in der zeitgenössischen Literatur nieder.

Stärker mag der Einfluß der allgemeinen historischen und politischen Situation sowie der des Präsidenten *Roosevelt* gewesen sein. *Roosevelt* wurde im Jahre 1933 erstmalig zum Präsidenten gewählt und führte die Vereinigten Staaten aus der Periode der wirtschaftlichen Depression heraus. Seine Auffassungen vom Staat und vom Menschen

artikuliert er in zahlreichen Reden. Darin finden sich offensichtliche Parallelen zu *Rogers* Menschenbild. Die Politik des New Deal beabsichtigte durch zahlreiche Reformen und Neueinrichtungen von Institutionen entrechtete, unterprivilegierte und schwache Menschen zu unterstützen.

Es wurde auf die positiven Fähigkeiten des Individuums vertraut, die sich unter entsprechenden Bedingungen zeigen würden. Der Wert und die Bedeutung des menschlichen Lebens wurden unterstrichen. Vieles hatte Versuchscharakter und wurde von *Roosevelt* ganz pragmatisch danach beurteilt, ob es funktionieren und Gutes bewirken würde. Zielgerichtetheit, Offenheit für neue Erfahrungen und die Frage nach der Effektivität bilden auch ein Charakteristikum für *Rogers* Tätigkeit. Ein politischer Schwerpunkt bestand in der Planung und Realisierung von Notstands- und Wohlfahrtsprogrammen. Insbesondere den sozial schwächsten Bevölkerungsgruppen, wie Kindern, Arbeitslosen, Behinderten und schlecht Ausgebildeten, sollte geholfen werden, da diese zur Zeit der Depression am stärksten gelitten und eventuell ein negatives Selbstbild erworben hatten. *Roosevelt* glaubte an die Menschen und wollte, daß sie auch an sich selbst glaubten. Er war letztlich von der Vernunft und Konstruktivität des Menschen überzeugt.

Zu dieser Phase arbeitete *Rogers* in Rochester und wechselte dann an die Ohio State University. *Roosevelt* demokratisierte das Land, er wollte die Intelligenz und Fähigkeiten aller Bürger nutzen. Während dieser Periode verbreitete sich die Gesprächspsychotherapie rasch, weil sie „in der Philosophie mit den gesellschaftlich betonten Prinzipien und Werten“ übereinstimmte (*Barrett-Lennard* 1983, S. 29). Weiterhin stellt *Barrett-Lennard* ein „bemerkenswertes Ausmaß an Übereinstimmung in Lebensansichten und im Stil“ (1983, S. 30) zwischen *Roosevelt* und *Rogers* fest. So neigte *Roosevelt* nicht zum systematischen Theoretisieren. Er ermutigte zum divergenten Denken und leistete dann eine Integration verschiedenster Richtungen. Dabei erteilte er keine direkten Befehle, sondern verhielt sich vertrauensvoll, ermutigend und freundschaftlich. Das entspricht recht genau dem Führungsstil in Gruppen von *Rogers* (vgl. *Gordon* 1955). Beide Personen besaßen u.a. die Ausstrahlung eines warmherzigen verständnisvollen Vaters. Zusammenfassend kommt *Barrett-Lennard* zu dem Schluß: „Die persönlichen Parallelen zwischen *Rogers* und *Roosevelt* sowie das Klima, das *Roosevelt* responsiv schuf, sind so gewichtig, daß dadurch erst die Konzeptbildung und die frühe Entwicklung der klientenzentrierten Psychotherapie ermöglicht wurden“ (1983, S. 31)

Inwieweit das Psychotherapieverfahren geeignet ist für die kulturellen, politischen und gesellschaftlichen Verhältnisse in der BRD oder anderen Ländern, läßt sich aus den Ergebnissen des First International Forum on The Person-Centered Approach in Mexico 1982 (*Minsel* 1983, S. 136-137) ablesen. In fünf Punkten ist das zusammenzufassen:

- a) Die Literatur zum person-zentrierten Ansatz nach *C.R. Rogers* hat sich über die letzten Jahre hinweg sehr verändert. Den Trend könnte man als „weg von einer wissenschaftlichen und hin zu einer ideologischen“ Auseinandersetzung mit psychologisch-sozialen Problemen kennzeichnen. Die auf dieser Konferenz vorgelegten Arbeiten spiegeln diese Situation. Allerdings wurden auch zahlreiche theoretische und empirische Forschungsarbeiten vorgestellt, die eindeutig als eine wissenschaftliche Konsolidierung dieses Forschungskonzepts zu verstehen sind. Diese Arbeiten haben thematisch verschiedenste soziale Lebensbereiche zum Gegenstand, wie u.a. Familien, Organisationen, Gemeinden oder Gruppen.
- b) Es fiel relativ schwer und blieb auch ungelöst, die Essentials des person-zentrierten Ansatzes zu ermitteln. Die von *Rogers* in den 50er Jahren geleisteten Forschungsarbeiten und deren Ergebnisse sind soweit „Allgemeingut“ psychologischen Wissens zur Gestaltung sozialer Beziehungssituationen geworden, daß von daher eine „Ortsbestimmung“ nicht möglich ist. Andere wesentliche Punkte dieses Konzepts, wie u.a. Bedürfnisorientierung beim Erarbeiten von Handlungsstrategien, Bestreben nach ganzheitlicher Sicht bei der Analyse der Problemlage und in der Behandlung oder gemeinsame Erarbeitung von Handlungsstrategien und deren Evaluation durch Forscher und Betroffene, sind ebenfalls Bestandteile anderer Konzepte. Damit ist dieser Ansatz, gleichermaßen wie viele, ein eklektischer. Das macht eine detaillierte Beschreibung und Begründung des tatsächlichen Handelns in Forschungsarbeiten zwingend.
- c) Die Vielzahl vertretener Nationen und die Berichte von deren Mitgliedern über konkrete Erfahrungen mit diesem Forschungs- und Praxisansatz ließen deutlich werden, wie kulturspezifisch, speziell amerikanisch, dieses Konzept ist. Zu dieser Verdeutlichung trug maßgeblich eine intensive Auseinandersetzung bei, ob diese Veranstaltung zu einem „Encounter“ oder zu einer wissenschaftlichen Arbeitstagung gestaltet werden sollte. Das Bedürfnis nach Encounter scheint mit speziellen, sozialen und kulturellen Bedingungen verbunden zu sein, wie u.a. sozialer oder affektiver Deprivation, guten ökonomischen Bedingungen usw. Die Diskussion und Analyse dieses Sachverhalts gewann inhaltlich zusätzlich durch einen hohen Grad an Emotionalität in den Aussagen der Vertreter beider Standpunkte. Doch war es zu keinem Zeitpunkt eine ernste Frage, keine wissenschaftliche Tagung stattfinden zu lassen.
- d) Sehr offen wurden auch die dem Konzept inhärenten Manipulations- und Machtmechanismen, wie u.a. das Individualisieren von Problemen, das Verschieben von Verantwortlichkeiten, das Wechseln inhaltlicher Ebenen (z.B. vom Thema zum Affekt), die soziale Durchsetzung über „double bind“-Situationen oder das Dominieren von Vielfalt aufgrund einseitiger, sozial hochkonformer und wünschenswerter Argumentation. In dieser Klarheit wurde das theoretische Konzept von *Rogers*, meines Wissens nach, bisher nicht diskutiert.
- e) In den Arbeitsgruppensitzungen wurden Projekte zum Teil sehr konkret vorgestellt und die damit zusammenhängenden Probleme am Arbeitsplatz und die Entscheidungsschwierigkeiten sehr anschaulich gemacht. Das führte zu der Erkenntnis, daß es bestimmte mit dem person-zentrierten Ansatz verbundene Probleme gibt, die weltweit in vergleichbarer Weise gelöst werden. Derartige Probleme liegen in der

Adaption der Methode an institutionelle und strukturelle, personale und situative Vorgaben, wie sie z. B. in der Schule durch Lehrpläne, Schulbau und -ausstattung, personelle Zusammensetzung des Kollegiums, Schulführung usw. gegeben sind.

2.1.3 Die Persönlichkeit von Rogers und ihre Relevanz für die Ausprägung der Gesprächspsychotherapie

Die Begründung der GT sowie die wesentlichsten Forschungsinitiativen der ersten 20 Jahre sind nahezu allein auf die Person und die Persönlichkeit von Rogers zurückzuführen. Das gilt, obgleich er betont, daß außer ihm zahlreiche Kolleginnen und Kollegen ähnlich gedacht haben.

Stark beeinflusst wurden seine Werke durch eine Vielzahl von persönlichen und beruflichen Erfahrungen und Einsichten. So scheint es kein Zufall zu sein, daß Rogers gerade ein therapeutisches Vorgehen für sich wählt, das u.a. durch gefühlsmäßige Nähe zwischen Therapeut und Klient und weitgehende Selbstbestimmung des Klienten gekennzeichnet ist. Denn in seiner eigenen Kindheit mußte er selbst nach den Wertvorstellungen seiner Eltern, die eng an den Pietismus angelehnt waren, leben. Für eine individuelle sinnerfüllende Lebensweise gab es keinen Raum. Darunter litt Rogers besonders, weil enge gefühlsmäßige Beziehungen zu anderen nicht möglich waren. Gleichzeitig sehnte er sich jedoch danach (Kirschenbaum 1979).

„Ich achtete und mochte einige meiner Mitschüler, sicher achteten und mochten auch einige mich — vielleicht zum Teil meiner guten Noten wegen — aber es blieb nie genügend Zeit, Freundschaften zu entwickeln, und ich hatte nie engen persönlichen Kontakt mit irgendeinem von ihnen. Während der ganzen Zeit meiner High-School-Jahre hatte ich nur ein einziges Rendezvous — zu einem Essen einer Oberstufenklasse“ (Rogers 1980, S. 186).

Seine ersten Freundschaften entstanden deshalb erst, als er bereits ein College besuchte, und sie beeindruckten ihn nachhaltig. Andere Menschen in ihrer Persönlichkeit und auch sich selbst zu entdecken, war eine Erfahrung, die ihm als Kind und Jugendlicher nicht möglich war. Dazu äußert er sich folgendermaßen:

„Rückblickend wird mir klar, daß mein Interesse am Gespräch und an der Therapie zum Teil wohl aus meiner früheren Einsamkeit herrührte. Hier gab es einen gesellschaftlich anerkannten Weg, Menschen wirklich nahe zu kommen und vielleicht ein wenig den Hunger nach Kommunikation zu stillen, den ich selbst verspürt hatte. Dieser Weg bot mir die Möglichkeit, engen Kontakt zu Menschen herzustellen, ohne deshalb mich selbst immer wieder in einer engen Beziehung engagieren zu müssen — ein (für mich) langwieriger und oft schmerzhafter Prozeß.“ (Rogers 1980, S. 189/190).

Nicht nur seine frühen familiären, sondern ebenfalls seine beruflichen Erfahrungen im Umgang mit psychisch beeinträchtigten Menschen verdeutlichen, wie stark die GT der Persönlichkeit Rogers und

dessen sozialen und persönlichen Erfahrungen entspricht. Als wichtige Lernerfahrungen bezeichnet er folgende Aussagen (Rogers 1973, S. 31 bis 43):

- „— In meinen Beziehungen zu Menschen habe ich herausgefunden, daß es auf lange Sicht nicht hilft, so zu tun, als wäre ich jemand, der ich nicht bin.
- Und es scheint, ich erreiche mehr, wenn ich mir „selbst zustimmend zuhören kann, wenn ich ganz ich selbst sein kann ... Wenn ich mich so, wie ich bin, akzeptiere, dann ändere ich mich.
- Ich habe es als äußerst wertvoll empfunden, wenn ich es mir erlauben kann, einen anderen Menschen zu verstehen. Wenn ich mich einen anderen Menschen wirklich verstehen lasse, riskiere ich, durch das Verständnis verändert zu werden.
- Es bereichert, Kanäle zu öffnen, durch die andere ihre Gefühle, ihre privaten Wahrnehmungswelten, mir mitteilen können.
- Ich habe es als höchst lohnend empfunden, einen anderen Menschen akzeptieren zu können. Wenn ich also einen anderen Menschen, noch genauer: die Gefühle, Einstellungen und Glaubensinhalte, die er als realen und vitalen Teil seines Selbst hat, akzeptieren kann, dann helfe ich ihm, ein Mensch zu werden; darin liegt, scheint mir, ein großer Wert.
- Je mehr ich gegenüber den Realitäten in mir und in anderen offen bin, desto weniger ver falle ich dem Wunsch, herbeizustürzen und die Dinge in Ordnung zu bringen.
- Es ist eine sehr paradoxe Sache, in dem Maße, wie jeder von uns gewillt ist, er selbst zu sein, entdeckt er, daß er sich verändert ...
- Dies ist eine der tiefsten Erkenntnisse, die ich in meinem persönlichen und beruflichen Leben gewonnen zu haben glaube.
- Ich kann meiner Erfahrung trauen... Ich habe gelernt, daß das Gefühl, mit dem mein ganzer Organismus eine Situation wahrnimmt, verlässlicher ist als mein Intellekt.
- Urteile anderer können mich nie leiten... Nur ein Mensch kann wissen, ob das, was ich tue, ehrlich, gründlich, offen und gesund ist, und dieser Mensch bin ich.
- Erfahrung ist für mich die höchste Autorität. Weder die Bibel noch die Propheten, weder Freud noch die Forschung, weder die Offenbarungen Gottes noch des Menschen können Vorrang vor meiner direkten Erfahrung haben.
- Ich genieße es, Ordnung in der Erfahrung zu entdecken.
- Die Tatsachen sind freundlich. Und es kann nie eine schädliche, gefährliche oder unbefriedigende Sache sein, wenn man mehr an die Wahrheit kommt.
- Das Persönlichste ist das Allgemeinste... daß gerade das Gefühl, das mir am privatesten, am persönlichsten und deswegen am unverständlichsten für andere erschien, bei vielen anderen Resonanz fand.
- Es ist meine Erfahrung gewesen, daß Menschen eine im Grunde positive Entwicklungsrichtung haben. Ich bin zu folgender Meinung gekommen: Je mehr ein Individuum verstanden und akzeptiert wird, desto besser ist es in der Lage, die falschen Fassaden fallen zu lassen, mit denen es dem Leben begegnet, und desto mehr neigt es dazu, sich in eine Vorwärtsrichtung zu bewegen.
- Das Leben ist im besten Fall ein fließender, sich wandelnder Prozeß, der nicht starr ist. Ich kann lediglich versuchen, nach meiner Interpretation der gegenwärtigen Bedeutung meine Erfahrung zu leben, und versuchen, anderen die Erlaubnis und die Freiheit zu geben, ihre eigene innere Freiheit und somit je ein eigenes sinnvolles Verständnis der je eigenen Erfahrung zu entwickeln.“

2.2 Wirkungsgeschichte der Gesprächspsychotherapie

Aufgrund der Tatsache, das seit dem Erscheinen der ersten Bücher von Rogers kaum mehr als 40 Jahre vergangen sind, kann natürlich nicht auf eine entsprechende Vielzahl an Entwicklungsrichtungen, wie etwa im Vergleich zur Psychoanalyse, zurückgeblickt werden. Dennoch muß festgestellt werden, daß zumindest in der BRD die GT zu den am weitesten verbreiteten psychotherapeutischen Verfahren zählt. Die Erkenntnisse der GT fanden in der BRD erst Ende der 60er Jahre durch *Tausch* (1968) ihren Niederschlag. Als Gründe für die anschließende weite Ausbreitung nennen *Tausch* und *Tausch* (1978), daß die Effekte und Prozesse des psychotherapeutischen Vorgehens gründlich empirisch überprüft wurden, die theoretischen Annahmen dem Realgeschehen entsprechen, das psychotherapeutische Vorgehen sehr transparent gemacht wurde, die psychotherapeutischen Gespräche durch Tonbandaufnahmen fortlaufend kontrolliert wurden, ein geringes Ausmaß an Lenkung und Macht dem Klienten gegenüber stattfand, die Persönlichkeitsänderungen schon nach relativ kurzer Zeit, d.h. sich nach eineinhalb bis sechs Monaten einstellen. Über diese Form der wissenschaftlich erprobten Behandlung psychischer Störungen hinaus existiert kaum ein Bereich in der psychosozialen Versorgung, in dem sich nicht Gedankengut des personenzentrierten Ansatzes wiederfindet. Das gilt z. B. für die Telefonseelsorge, für die Arbeit in Erziehungsberatungsstellen, in medizinischen Kliniken, in Einrichtungen der Sozialhilfe, in Strafvollzugsanstalten, Industriebetrieben, Kindergärten, in der Seelsorge, in Krisenzentren, in der Prävention psychischer Störungen oder in der Nachsorge medizinischer Eingriffe usw.

2.3 Beziehung der Gesprächspsychotherapie zur „Humanistischen Psychologie“

Die Gesprächspsychotherapie von Rogers ist ein Verfahren der Humanistischen Psychologie. Das optimistische Menschenbild, dem konstruktive Kräfte zur Selbstverwirklichung zugeschrieben werden, ist identisch mit dem der Humanistischen Psychologie, die sich als dritte Kraft, als Alternative zur Psychoanalyse und dem Behaviorismus anbietet. Deren Entwicklung dürfte soziokulturell bedingt sein.

Riesman (1950) und *Pervin* (1981) konstatierten eine Änderung der amerikanischen Persönlichkeit durch die schnelle Industrialisierung. Die Bürger orientierten sich weniger an Werten der Tradition, sondern

mehr an Zielen wie Anhäufung von Geld, Besitz und Macht. Durch die bürokratisierten großen Städte und den Hang zum Konsum fand nochmals eine Änderung in Richtung stärkerer Konformität statt, bei gleichzeitigem ängstlichem Bedachtsein auf Beliebtheit und Anerkennung. Die letzten Jahre brachten jedoch eine Abwertung von Konformitäten und Anpassung. Ein individuelles, sinnerfülltes Leben galt nun als erstrebenswerter. Dieses Bedürfnis trafen die Humanistische Psychologie und die Theorien von *Rogers*, in denen Einzigartigkeit, Sinnfindung und Offenheit für Erfahrungen betont wurden.

2.4 Gegenwärtige Situation der Gesprächspsychotherapie

Für die derzeitige Situation der Gesprächspsychotherapie scheint charakteristisch zu sein, daß zum einen die schnelle Verbreitung dieses Verfahrens sich nicht mehr mit der früherer Jahre vergleichen läßt und zum anderen, daß das Konzept inhaltlich ausdifferenziert wird (*Minsel* 1983).

So weist *Minsel* (1983) darauf hin, daß in den Jahren 1976-1980 in den *Psychological Abstracts* lediglich 26 relevante Forschungsarbeiten zu finden waren. In der UdSSR wird Psychotherapie als Re-Edukationsprozeß aufgefaßt. Die Gesprächspsychotherapie besitzt hier wegen ihres philosophischen Hintergrundes keine Bedeutung. In der DDR und Polen findet diese Therapieform zwar Anwendung in Forschung und Praxis, wird jedoch wegen der fehlenden sozialen und historischen Bezüge sowie unklarer Begrifflichkeit des Theoriegebäudes kritisiert. Hauptsächlich in deutschsprachigen Ländern konnte dieses Therapiekonzept eine breite Resonanz finden. In den anderen westeuropäischen Ländern galt es ohnehin als eine von vielen Therapiemethoden.

Der Rückgang der Bedeutung klassischer Gesprächspsychotherapie ist auf einen Trend zum ekletischen therapeutischen Vorgehen zurückzuführen. Das heißt, der Therapeut greift bei der Behandlung auf Behandlungsvorstellungen aus verschiedenen Therapiemethoden zurück. Das hat sich bei sehr vielen psychischen Störungen als unentbehrlich erwiesen.

Eine Befragung von 702 Gesprächspsychotherapeuten in der BRD ergab, daß 31,5% „häufig“, 59,7% „manchmal“ und 8,8% der Befragten „nie“ ihr orthodoxes gesprächspsychotherapeutisches Verhalten modifizierten (*GwG* 1976).

Unterstützt wird dieser Trend durch die Tatsache, daß die meisten Psychologen sich nicht nur in einer Therapieform ausbilden lassen und

das Gelernte aus verschiedenen Richtungen dann in der praktischen Arbeit auch anwenden.

Minsel (1983) stellt zusammenfassend fest, daß das Konzept von Rogers zwar Allgemeingut hinsichtlich der Gestaltung sozialer Beziehungen geworden ist, es jedoch starker Veränderungen bedarf durch Anpassung an spezifische, personelle, situative, institutionelle und sozial-historische Faktoren.

Für die Ausbildung in der Gesprächspsychotherapie zeichnet in der BRD die Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) verantwortlich. Die GwG wurde 1970 gegründet. Im Jahre 1981 bestand sie bereits aus über 6.000 Mitgliedern. Davon waren 61% Diplom-Psychologen. Das allgemeine Ziel dieses Verbandes besteht in der Förderung der GT durch Aktivitäten wie Veranstaltung von Kongressen und Tagungen, Unterstützung und Initiierung von Forschungsvorhaben und Publikationen.

Auf gesundheitspolitischer Ebene fordert die GwG die Einbeziehung des klientenzentrierten Konzepts in das Gesundheitswesen, die Gewichtung von Prävention, Therapie und Nachsorge als gleichrangige Aufgaben der psychosozialen Versorgung sowie den Auf- und Ausbau ambulanter Einrichtungen (z. B. Sozialstationen). Die Ausbildung wird von Lehrtherapeuten (sog. Ausbildern) geleitet. Die Ausbildung in Gesprächspsychotherapie steht in erster Linie Diplom-Psychologen und Ärzten offen, unter besonderen Bedingungen auch einigen anderen Berufsgruppen. Sie teilt sich in eine Grund- und eine Zusatzausbildung. Allgemeine Grundlagen sollen möglichst im Rahmen eines universitären Psychologiestudiums mit Schwerpunkt in Klinischer Psychologie erworben werden. Sie umfaßt insgesamt 200 Ausbildungsstunden, von denen die Hälfte für das Erlernen therapeutischen Basisverhaltens angesetzt werden. Die Zusatzausbildung findet in sog. regionalen Arbeitsgruppen statt und umfaßt insgesamt 700 Stunden. Davon entfallen 150 Stunden auf Selbsterfahrung, 150 Stunden auf Theorie-Kurse, 200 Stunden auf therapeutische Praxis sowie 200 Stunden auf Supervision der therapeutischen Praxis. Die durchgeführten Psychotherapien müssen vollständig dokumentiert sein. Mindestens 5 erfolgreiche Fälle sind nachzuweisen.

Zusätzlich bietet die GwG für Personen, die in der psychosozialen Versorgung tätig sind, einen Ausbildungsgang in klientenzentrierter Gesprächsführung an, der 270 Stunden umfaßt. Er enthält Theorie-, Praxis- und Selbsterfahrungsanteile. In beiden Ausbildungsgängen werden die Teilnehmer zu ständiger kollegialer Supervision verpflichtet.

3. Das Menschenbild in der Gesprächspsychotherapie

3.1 Grundzüge des Menschenbildes

Rogers sieht die menschliche Natur als grundsätzlich positiv und konstruktiv an. Die Menschen entwickeln sich im Laufe ihres Lebens selbstregulierend in Richtung auf zunehmende Reife, Selbstverwirklichung und Sozialisation hin. Diese Annahmen über das Wesen des Menschen sind grundlegend für die Persönlichkeitstheorie von Rogers und zum großen Teil mit eigenen Erfahrungen untermauert. Für Rogers liegen die Ursachen für Fehlentwicklungen in einer ungünstigen menschlichen Umgebung. In seinen Worten faßt er das so:

„Je mehr ein Individuum verstanden und akzeptiert wird, desto besser ist es in der Lage, die falschen Fassaden fallen zu lassen, mit denen es dem Leben begegnet, und desto mehr neigt es dazu, sich in eine Vorwärtsrichtung zu bewegen. Ich möchte in diesem Punkt nicht mißverstanden werden. Ich habe kein euphorisches Bild von der menschlichen Natur. Ich weiß, daß Individuen aus Abwehr und innerer Angst sich unglaublich grausam, destruktiv, unreif, regressiv, asozial und schädlich verhalten können. Es ist dennoch einer der erfrischendsten und belebendsten Aspekte meiner Erfahrung, mit solchen Individuen zu arbeiten und die starken positiven Richtungsneigungen zu entdecken, die sich auf den tiefsten Ebenen bei Ihnen wie bei uns allen finden.“ (Rogers 1973, S. 42).

Die Annahme einer inneren Kraft zur Selbstaktualisierung führt bei Rogers zu der Überzeugung, daß Menschen von außen, z. B. durch politische Institutionen, nicht kontrolliert und gesteuert werden können. In diesem Punkt setzt er sich klar von der Auffassung *Skinner's* ab, der die Anwendung der Prinzipien des operanten Konditionierens bei der Beeinflussung von Menschen mit Nachdruck befürwortet (*Skinner und Rogers 1956*).

Eine wesentliche Bedingung, unter der eine Person ihr Potential und ihre Kreativität voll entfalten kann, sieht Rogers in erster Linie im zwischenmenschlichen Klima festgelegt. Dieses sollte von Anfang an durch Angstfreiheit und Abwesenheit von Bedrohung sowie einfühelndem Verständnis, Wertschätzung und Akzeptierung der Person, unabhängig von deren Leistung bzw. Wohlverhalten, und durch Aufrichtigkeit gekennzeichnet sein. In der Gestaltung von derartigen zwischenmenschlichen Beziehungen besteht das eigentliche Anliegen von Rogers. Entwickelt hat er das Konzept aus seinen Erfahrungen mit psychisch gestörten Menschen. Später dehnte er seine Konzepte mit Erfolg auf zahlreiche unterschiedliche Bereiche des menschlichen Lebens aus und entwickelte so den personenzentrierten Ansatz.

Rogers Menschenbild konkretisiert sich in seiner Auffassung über psychische Gesundheit. Der sog. sich selbstverwirklichende Mensch

(„fully functioning person“) kann zusammenfassend folgendermaßen beschrieben werden:

„Er ist imstande, in und mit allen und jedem seiner Gefühle und Reaktionen erfüllt zu leben. Er gebraucht seinen Organismus als Mittel, die existentielle Situation in sich und seiner Umwelt so genau wie möglich zu erschließen. Er benutzt alle Daten, die ihm sein Nervensystem zur Verfügung stellen kann; er nutzt sie bewußt, berücksichtigt aber, daß sein Gesamtorganismus vielleicht klüger sein mag — und oft ist — als sein Bewußtsein. Er läßt seinen gesamten Organismus in all seiner Komplexität funktionieren, d.h. aus einer Vielzahl von Möglichkeiten das Verhalten auswählen, das im jeweiligen Augenblick die umfassendste und echtste Befriedigung bringt. Er kann seinem Organismus vertrauen; nicht, weil dieser unfehlbar wäre, sondern weil er den Auswirkungen jeder seiner Aktionen vollkommen offen gegenübersteht und sie berichtigen kann, wenn sie ihn nicht befriedigen. Dieser Mensch ist in der Lage, alle seine Gefühle zu erleben, statt Angst vor den eigenen Emotionen zu haben. Er bestimmt sich selbst, ist aber für alle Erfahrungen offen; er ist ganz damit beschäftigt, er selbst zu sein und zu werden, und entdeckt dabei, daß er ein psychisch gesunder und wirklich sozialer Mensch ist. Er lebt vollkommen für den Augenblick, aber er lernt, daß das das Vernünftigste für sein Leben ist. Er ist ein sich ganz verwirklichender und handlungsfähiger Organismus, und auf Grund seines Selbstbewußtseins, das sein Handeln kennzeichnet, ist er auch eine sich verwirklichende und voll handlungsfähige Persönlichkeit“. (Rogers 1974, S. 277-278).

Rogers betont allerdings, daß ein derartiger Mensch nicht existiert. Die Beschreibung kennzeichnet einen hypothetischen Endpunkt persönlicher Entwicklung, der nicht zu erreichen sein wird. Dadurch wird jedoch die Richtung angegeben, in die sich Personen bewegen, die hilfreiche Erfahrungen in der Erziehung, der Therapie, der Familie, der Gruppe usw. machen.

3.3.2 *Das Menschenbild in der Gesprächspsychotherapie und die gesellschaftspolitische Situation*

Rogers betrachtet die Selbstverwirklichungstendenz als grundlegende Antriebskraft des Menschen. Diese Tendenz ist seiner Meinung nach „zu allen Zeiten in allen Organismen wirksam“ und stellt „einen Grundpfeiler unseres politischen Denkens“ dar, denn „der Organismus ist selbstbestimmt. In seinem normalen Zustand strebt er nach seiner eigenen Entfaltung und nach Unabhängigkeit von äußerer Kontrolle“ (Rogers 1978, S. 267). Diese konstruktive Basis menschlicher Motivation verleiht dem einzelnen Macht und versetzt ihn in die Lage „zu einer harmonischen Politik zwischenmenschlicher Beziehungen“ (Rogers 1978, S. 271). Zur Erklärung von Krieg, Elend und unsozialem, destruktivem Verhalten von Menschen verweist Rogers auf die Existenz von Neurosen. Diese wiederum entstehen, wenn eine Person den Bedürfnissen des eigenen Organismus entfremdet ist, d.h. wenn der bewußte Verstand nach Werten strebt, die denen der „Weisheit des Körpers“, dem eigenen organismischen Streben entgegenstehen. Diese

introjizierten Überzeugungen sind häufig starr, „weil sie von außen übernommen werden. Sie sind nicht dem normalen Evaluationsprozeß unterworfen, mit dem das Kind seine Erfahrungen in flexibler, wandelbarer Weise bewertet. Das Kind neigt dazu, seinen Erfahrungsprozeß zu ignorieren, wo immer dieser mit solchen Konstrukten konfligiert; es schneidet sich somit in diesem Maße von seinen organischen Funktionen ab, das heißt, es dissoziiert sich von sich selbst. Sind die dem Kind aufgezwungenen Bedingungen der Wertschätzung zahlreich und signifikant, dann wird diese Dissoziation sehr groß und die psychologischen Folgen sind, wie wir gesehen haben, in der Tat sehr schwerwiegend“ (Rogers 1978, S. 275-276).

Diese Dissoziation stellt für Rogers die Basis für jegliche psychologische Pathologie des Menschen, aber auch für die Pathologie der Gesellschaft dar. Dissoziation entsteht hauptsächlich dann, wenn die Liebe der Eltern für das Kind von bestimmten Voraussetzungen und Bedingungen abhängig gemacht wird. Das Heilmittel sieht er darin, „es dem menschlichen Individuum zu ermöglichen, in einer ständigen vertrauensvollen Beziehung zu der formenden Aktualisierungstendenz in sich zu wachsen und sich zu entwickeln“ (Rogers 1978, S. 277).

Als politische Operationsbasis sieht Rogers es an, dazu beizutragen, daß die Anzahl der sog. „ganzheitlichen“ Menschen zunimmt. Er ist überzeugt davon, daß das der Fall sein wird. Jener neue Menschentyp könnte in der Lage sein, den Niedergang der amerikanischen Nation aufzuhalten. Rogers sieht heute in den Vereinigten Staaten die Demokratie in größter Gefahr. Gegen die Prinzipien der Verfassung, deren Wertvorstellungen personenbezogen sind, wird vielerorts verstoßen. Gedanken- und Redefreiheit wird selbst an Universitäten nicht mehr hochgeschätzt. Die Regierung beteiligt sich an kriminellen Vorhaben, begeht Lügen und Betrug und überwacht und inhaftiert Oppositionelle. Die Schulen beeinflussen die Persönlichkeitsentwicklung ihrer Schüler häufig in negativer Richtung. Die Institutionen, die für Unterprivilegierte geschaffen wurden, verwalten sich lediglich selbst. Zahlreiche Familien befinden sich in einem Zustand der Zerrüttung und Konfusion. Gewaltverbrechen und Terrorismus nehmen zu. Entsprechend dem Menschenbild der Humanistischen Psychologie, nach dem jedes Individuum das Bedürfnis nach einer Sinnggebung des eigenen Daseins in sich trägt, streicht Rogers diesen Aspekt in Verbindung mit der Charakterisierung des Ist-Zustands heraus. „Planlose Gewalttätigkeit ist in einer Kultur undenkbar, in der jedes Individuum sich als Teil eines kontinuierlichen, sinnvollen Prozesses fühlt. Die Entfremdung vom Hauptstrom der Gesellschaft muß weit fortgeschritten sein, damit

unpersönliche Gewalttätigkeit möglich wird." (Rogers 1978, S. 286). Weiterhin wird „Gewalttätigkeit nur dann möglich, ...wenn jeder Glaube an den Wert und die Würde der Person verschwunden ist" (Rogers 1978, S. 286-287).

Rogers zeigt jedoch Optimismus bezüglich der Zukunft. Er glaubt daran, daß ein sog. neuer Menschentyp im Begriff ist, sich zu entwickeln. Das bedeutet, daß eine zunehmende Anzahl von Menschen einen sehr starken Wunsch nach Authentizität besitzt und danach handelt, weil sie einer doppelbödigen Moral während ihrer Erziehung und unaufrichtiger bzw. bewußt irreführender Stellungnahmen von Repräsentanten der Gesellschaft und des öffentlichen Lebens überdrüssig ist.

Große Institutionen tragen häufig inhumane Züge, da sie unflexibel und bürokratisch mit den Bedürfnissen der Menschen umgehen und weniger daran als vielmehr an eigenen starren Regeln orientiert sind.

Kirche, Militär, Wirtschaft, Hochschule und Regierungsinstitutionen verlieren immer mehr an Autorität und Einfluß. Der neue, zukünftige Bürger gibt der Person Vorrang vor der Institution.

Dazu gesellt sich die Einstellung, daß Rogers den Erwerb materieller Güter als Hauptziel eines Lebens in Frage stellt. Verbunden mit einer respektvollen Haltung der Natur gegenüber entwickelt der „neue" Mensch eine gesunde Skepsis gegenüber dem wissenschaftlichen und technologischen Fortschritt um jeden Preis. Er sucht nach Intimität, Nähe, Gemeinschaft und Gemeinsamkeit. Er ist in der Lage, auf seine Gefühle zu achten und sich ihnen hinzugeben, sowie darüber mit anderen zu kommunizieren. Solche Menschen werden sich ständig weiterentwickeln. Sie streben keinen Status quo an und vertrauen mehr ihrer eigenen Erfahrung als äußeren Autoritäten. Rogers zeichnet mit der Beschreibung des „neuen" Menschen eine sehr optimistische Zukunftsvision.

„Vorausgesetzt also er hat eine Chance, an Einfluß zu gewinnen, unsere Kultur zu verändern, wie würde dann das Bild aussehen? Ist es so bedrohlich und schrecklich, wie viele Leute fürchten? Dieser Mensch würde nicht Utopia bringen, er würde Fehler machen und ginge stellenweise zu weit. Aber er würde Veränderungen fördern, die ich programmatisch noch einmal zusammenfassen will:

- Offenheit in allen interpersonalen Beziehungen — in der Familie, bei der Arbeit, in allen Führungspositionen.
- Erforschung des Selbst und Entwicklung eines ganzheitlichen Menschen, Einheit von Leib und Geist.
- Wertschätzung des Einzelnen aufgrund dessen, was er ist, ohne Rücksicht auf Geschlecht, Rasse, Status oder materiellen Besitz.
- Dem Menschen angemessene Gruppierungen in unseren Gemeinschaften, unseren Bildungsinstitutionen, unseren Produktionsstätten.
- Eine respektvolle, ausgeglichene Haltung der Natur gegenüber.

- Streben nach materiellen Gütern nur dann, wenn sie die persönliche Lebensqualität erhöhen,
- Eine gerechte Verteilung materieller Güter,
- Eine Gesellschaft mit einem Minimum an Strukturen, in der die menschlichen Bedürfnisse vor jeder Struktur den Vorrang haben.
- Führung als eine vorübergehende zeitweilige Funktion, gegründet auf die Fähigkeit, ein spezifisches gesellschaftliches Bedürfnis zu befriedigen.
- Fürsorge für jene, die Hilfe brauchen.
- Ein menschlicheres Wissenschaftsverständnis in allen Phasen — in der kreativen Phase, beim Überprüfen der Hypothese, bei der Bewertung der Menschlichkeit ihrer Anwendung.
- Kreativität jeder Art — beim Denken und Forschen, in den sozialen Beziehungen, in der Kunst, Architektur, Stadt- und Regionalplanung, Wissenschaft" (Rogers 1980, S. 216).

4. Die Persönlichkeitstheorie der Gesprächspsychotherapie

Rogers hat im Laufe der Zeit ein umfangreiches Theoriensystem ausgearbeitet, das er 1959 bereits anschaulich dargestellt hat (s. Abbildung).



Abb. 1: Theoriensystem von Rogers (Rogers 1959, S. 193)

Die Therapietheorie steht bei Rogers' theoretischen Konzepten im Mittelpunkt. Es war ihm in erster Linie ein Anliegen, psychisch beeinträchtigten Personen zu helfen und bei diesen konstruktive Persönlichkeitsveränderungen durch therapeutische Gespräche zu erreichen. Die wesentlichen Begriffe zum Verständnis einer Person gehen jedoch aus Rogers persönlichkeitsstheoretischen Aussagen konkret hervor. Es han-

delt sich dabei um einen phänomenologischen und klinisch orientierten Ansatz, der die Möglichkeiten zur Selbstverwirklichung des Individuums betont.

4.1 *Begriff und Verständnis der Person*

Das zentrale strukturelle Element in Rogers' Persönlichkeitstheorie besteht in dem Konzept des „Selbst“. Auslösendes Moment für Rogers' intensive Beschäftigung mit dem Selbstkonzept war seine Erfahrung, daß Klienten bei der Schilderung ihrer Schwierigkeiten und Beeinträchtigungen immer wieder den Begriff des „Selbst“ verwendeten.

Nach Rogers (1983, S. 42) ist darunter folgendes zu verstehen:

„Das Kleinkind macht Erfahrungen, die zur Unterscheidung eines „Ich“ oder „Mich“ führen. Allmählich bildet sich ein Selbstkonzept heraus. Man kann es sich als eine strukturierte, konsistente Vorstellungsgestalt denken, die sich zusammensetzt aus den Wahrnehmungen vom „Ich“ oder „Mich“ und den Wahrnehmungen von den Beziehungen dieses „Ich“ zur Außenwelt und zu anderen Personen.

Dazu gehören auch die mit diesen Wahrnehmungen verbundenen Wertvorstellungen. Diese Gestalt ist zwar fließend und veränderlich, aber sie ist in jedem Augenblick eine Einheit... Sie ist nicht unbedingt bewußt, aber dem Bewußtsein zugänglich. Sie ist für das Individuum ein ständiger Bezugspunkt, an dem es sein Handeln ausrichtet.“

Das Selbstkonzept einer Person verändert sich ständig in Abhängigkeit von der Selbsterfahrung. Unter Erfahrung versteht Rogers alle bewußten und unbewußten inneren Vorgänge, die zu einem bestimmten Zeitpunkt im Organismus stattfinden. Darin sind auch kognitive Bedeutungsinhalte eingeschlossen. Diese Erfahrungen befinden sich in einem ständig fließenden Veränderungsprozeß und können durch Symbolisierung (Sprache, Bilder u.a.) dem Bewußtsein zugänglich gemacht werden.

Zwischen dem Selbstkonzept und der Erfahrung besteht ein differenziertes Zusammenspiel, das ganz bestimmten Gesetzmäßigkeiten unterliegt.

So ist für die psychische Gesundheit einer Person das Ausmaß an Kongruenz zwischen Selbstkonzept und Körper und Sinneserfahrungen entscheidend. Unter Kongruenz versteht Rogers die Identität mit den eigenen Erfahrungen. Dazu gehört Offenheit gegenüber allen Gefühlen und Erlebnissen sowie die Bereitschaft, diese ohne Verzerrungen oder Umdeutungen wahrzunehmen und zur eigenen Person gehörig anzuerkennen. Kongruenz ist dann erreicht, wenn die Selbsterfahrungen genau und vollständig symbolisiert und in dieser Form in das Selbstkonzept integriert werden.

Vollständige Kongruenz entspricht jedoch einem Zielzustand (vgl. „fully functioning person“), der zwar angestrebt, aber nie erreicht werden kann.

Mit dem Begriff des „Selbst“ (bzw. Selbstkonzept und Selbststruktur) stehen alle anderen Bestimmungsstücke von *Rogers* theoretischen Konzepten in Beziehung.

Seine persönlichkeits-theoretischen Gedanken hat *Rogers* zunächst 1951 (dt. 1973) in Form von 19 Thesen und später in einer mehr formalisierten Fassung 1959 veröffentlicht. Im folgenden sollen die 19 Thesen dargestellt und mit kurzen Erläuterungen bzw. Ergänzungen versehen werden.

These I:

Jedes Individuum existiert in einer ständig sich ändernden Welt der Erfahrung, deren Mittelpunkt es ist.

Das Individuum macht ununterbrochen Sinnes- und Körpererfahrungen. Wahrscheinlich erlebt es davon nur einen sehr geringen Teil bewußt. Die meisten Erfahrungen werden nicht symbolisiert. *Rogers* sieht die subjektive Verarbeitung von Erlebnissen für das Leben eines Menschen als sehr wesentlich an. Die Art und Weise, wie ein Mensch ein Erlebnis erfährt und welche Schlußfolgerungen er für sein Handeln und seine Existenz daraus zieht, kann nur dieser Mensch allein kennen. Er allein ist der Mittelpunkt *seiner* Erlebnisse und ist als einziger in der Lage, über deren Bedeutung für ihn relevante Aussagen zu machen.

These II:

Der Organismus reagiert auf das Feld, wie es erfahren und wahrgenommen wird. Dieses Wahrnehmungsfeld ist für das Individuum Realität.

Der Mensch reagiert nicht auf eine absolute Realität, sondern auf die Wahrnehmung dieser Realität. Diese Aussage kennzeichnet *Rogers* phänomenologischen Standpunkt. Das subjektiv Wahrgenommene führt zu einem bestimmten Verhalten, nicht die objektiv meßbaren Umweltgegebenheiten. „Wenn wir als eine Grundtatsache menschlichen Lebens akzeptieren, daß wir in vielen verschiedenen Wirklichkeiten leben, wenn wir darin eine Möglichkeit zu fruchtbarem Lernen sehen, wie wir sie bisher nicht gekannt haben, und wenn wir ohne Furcht zusammenleben, um voneinander zu lernen — dann könnte ein neues Zeitalter anbrechen“ (*Rogers* 1980, S. 184).

These III:

Der Organismus reagiert auf das Wahrnehmungsfeld als ein organisiertes Ganzes.

Rogers kritisiert heftig Versuche, menschliches Verhalten lediglich in kleinen Ausschnitten und in einer atomistischen Art und Weise zu analysieren. Der menschliche Organismus ist immer als Ganzes beteiligt.

„Die hervorstechendste Tatsache, die theoretisch in Betracht gezogen werden muß, ist, daß der Organismus zu allen Zeiten ein total organisiertes System ist, in dem Veränderungen irgendeines Teils zu Veränderungen bei anderen Teilen führen kann. Unsere Untersuchung solcher Teilphänomene muß bei dieser zentralen Tatsache der konsistenten, zielgerichteten Organisation einsetzen“ (Rogers 1976, S. 422).

These IV:

Der Organismus hat eine grundlegende Tendenz, den Erfahrungen machenden Organismus zu aktualisieren, zu erhalten und zu erhöhen.

Rogers betrachtet die Selbstverwirklichungstendenz als eine grundlegende Antriebskraft des menschlichen Organismus, die nicht durch Lernprozesse erworben wird, sondern jedem Menschen angeboren ist. Die Selbstaktualisierung bewegt sich in Richtung auf größere Differenzierung, größere Unabhängigkeit oder Selbstverantwortlichkeit, wachsende Selbstbeherrschung, Selbstregulierung und Autonomie, weg von äußerer Kontrolle. Dieses Motiv stellt den eigentlichen Motor des Menschen dar. Diese Selbstverwirklichung findet nicht immer ohne Umwege und gradlinig statt, sondern ist durchaus mit persönlichen Niederlagen und Schmerzen verbunden.

These V:

Verhalten ist grundsätzlich der zielgerichtete Versuch des Organismus, seine Bedürfnisse, wie sie in dem so wahrgenommenen Feld erfahren würden, zu befriedigen.

Rogers sieht die Ursache des Verhaltens in den Bedürfnissen und inneren Vorgängen eines Menschen. Diese entspringen jedoch im weiteren Sinne dem Motiv zur Selbstverwirklichung. Er ist weiterhin der Auffassung, daß Verhalten immer durch in der Gegenwart wirksame Aspekte ausgelöst wird und nicht, wie Psychoanalytiker meinen, durch vergangene Erfahrungen bestimmt wird. Mit fortschreitender Entwicklung des Selbst dient Verhalten immer mehr den Bedürfnissen des Selbst und nicht denen des Organismus. Das bedeutet, daß Verhalten auch gegen den Organismus gerichtet sein kann.

These VI:

Dieses zielgerichtete Verhalten wird begleitet und im allgemeinen gefördert durch Emotionen. Diese Emotionen stehen in Beziehung zu allen Vollzugsaspekten des Verhaltens, und die Intensität der Emotionen steht in Beziehung zu der wahrgenommenen Bedeutung des Verhaltens für die Erhaltung und Erhöhung des Organismus.

Wichtig scheint bei dieser These der Hinweis zu sein, daß Gefühl (Emotion) nicht zu verwechseln ist mit den inneren Vorgängen, der sog. privaten Welt oder subjektiven Realität einer Person. Dieses ist leider vielfach geschehen und hat zu tiefgreifenden Mißverständnissen geführt.

These VII:

Der beste Ausgangspunkt zum Verständnis des Verhaltens ist das innere Bezugssystem des Individuums selbst.

Selbst sog. abnormes Verhalten läßt sich verstehen, wenn man das innere Bezugssystem der entsprechenden Person kennt. Denn diese reagiert auf ihre Wahrnehmung der Realität in der Gegenwart. Von außen bzw. durch genaue Kenntnis einer bestimmten Situation ist dieses nicht zu erreichen.

Um Informationen über die innere Welt eines Menschen zu erhalten, ist es notwendig, daß diesem seine Erfahrungen bewußt werden und er sie mitteilt. In der Kommunikation darüber können sich viele Fehlerquellen ergeben, die ein Kennenlernen des inneren Bezugssystems verhindern.

These VIII:

Ein Teil des Wahrnehmungsfeldes entwickelt sich nach und nach zum Selbst

Wenn das Kleinkind entdeckt, daß es über einige Aspekte seiner Erfahrungswelt Kontrolle besitzt, entwickelt sich eine Bewußtheit des Selbst, verbunden mit einem Gefühl von Autonomie. Es wird sich seines Einflusses, seiner Existenz bewußt und macht auch die eigene Person zum Gegenstand seiner Gefühle und seines Denkens.

These IX:¹⁾

Als Resultat der Interaktion mit der Umgebung und insbesondere als Resultat wertbestimmender Interaktion mit anderen wird die Struktur des Selbst geformt — eine organisierte, fließende, aber durchweg begriffliche Struktur von Wahrnehmungen von Charakteristika und Beziehungen des „Selbst“ zusammen mit den zu diesen Konzepten gehörenden Werten.

These X:¹⁾

Die den Erfahrungen zugehörigen Werte und die Werte, die ein Teil der Selbststruktur sind, sind in manchen Fällen Werte, die vom Organismus direkt erfahren werden, und in anderen Fällen Werte, die von anderen introjiziert oder übernommen, aber in verzerrter Form wahrgenommen werden, so als wären sie direkt erfahren worden.

Das Kleinkind entwickelt durch die Auseinandersetzung mit seiner Umwelt Konzepte über sich selbst, die eine handlungsleitende Funktion ausüben, auch wenn sie nicht bewußt sind. Das Kleinkind beginnt zu differenzieren zwischen Erfahrungen, die es als angenehm und als unangenehm erlebt. Zu dieser eigenen organismischen Bewertung tritt die Bewertung des Selbst durch die Eltern hinzu. Da jedes Kind das Bedürfnis entwickelt von, seinen Eltern geliebt zu werden, kann es zu Spannungen kommen, wenn die Eltern ein Verhalten des Kindes

¹⁾ Die Thesen IX und X beziehen sich auf ähnliche inhaltliche Bereiche und werden deshalb zusammen erläutert.

schlechter bewerten als es das Kind selbst tut. Dadurch fühlt sich das Kind in seinem Selbst bedroht. Als Beispiel sei genannt, daß ein Kind Befriedigung erfährt, wenn es seinen kleinen Bruder schlägt und die Eltern dann sagen „Du bist schlecht“. Das kann auf den Prozeß der Symbolisierung dieser Erfahrung zum einen die Konsequenz haben, daß das Kind die erfahrene Befriedigung leugnet, zum anderen kann es sein bedrohtes Selbstkonzept dadurch schützen, daß die Aussage der Eltern verzerrt als eigene Erfahrung ausgegeben wird. Dadurch macht das Kind sich selbst vor, daß es das Schlagen des kleinen Bruders als unbefriedigend erlebt. „Die anfänglichen Körper und Sinnesreaktionen werden ignoriert oder nicht ins Bewußtsein gelassen, außer in verzerrter Form. Die Werte, die auf ihnen aufgebaut werden könnten, können vor dem Bewußtsein nicht zugegeben werden. Ein Konzept vom Selbst, das teilweise auf einer verzerrten Symbolisierung basiert, hat ihren Platz eingenommen“ (Rogers 1976, S. 432). Auf diese Art und Weise können introjizierte Werte übernommen werden, die bei der Entstehung psychischer Störungen eine wesentliche Bedeutung besitzen.

These XI:

Wenn Erfahrungen im Leben des Individuums auftreten, werden sie entweder a) symbolisiert, wahrgenommen und in eine Beziehung zum Selbst organisiert, b) ignoriert, weil es keine wahrgenommene Beziehung zur Selbst-Struktur gibt, oder c) geleugnet oder verzerrt symbolisiert, weil die Erfahrung mit der Struktur des Selbst nicht übereinstimmt.

Erfahrungen und Erlebnisse finden Verarbeitung in Abhängigkeit von bestimmten Bedürfnissen und ihrer Beziehung zur Struktur des Selbst einer Person. So werden Erfahrungen ignoriert, die keine Beziehung zu den Bedürfnissen des Selbst besitzen. Es geht eine Person z. B. eine Straße entlang und nimmt die Vielzahl der Geschäfte dort nicht wahr, weil sie nichts kaufen möchte.

„Eine wichtigere Gruppe von Erfahrungen sind diejenigen, die ins Bewußtsein aufgenommen und in irgendeiner Beziehung zu der Selbst-Struktur organisiert wurden, entweder weil sie einem Bedürfnis des Selbst entsprachen oder weil sie mit der Selbst-Struktur übereinstimmen und sie deshalb stärken. Die Klientin, die vom Selbst das Konzept hat, daß „Ich einfach nicht das Gefühl habe, daß ich meinen Platz in der Gesellschaft wie jeder andere einnehmen kann“ nimmt wahr, daß sie aus ihrer Arbeit an der Schule nichts gelernt hat; daß sie versagt, wenn sie versucht, etwas zu tun; daß sie nicht normal reagiert, und so weiter. Sie wählt aus ihren zahlreichen Sinneserfahrungen diejenigen aus, die zu ihrem Konzept vom Selbst passen“ (Rogers 1976, S. 435).

Eine weitere Gruppe von Erfahrungen wird am Eindringen ins Bewußtsein gehindert. Die Wahrnehmung wird geleugnet, weil sie nicht zur Selbst-Struktur paßt, dennoch ist oftmals ein organismisches Bedürfnis beteiligt. So kann es sein, daß die erwähnte Klientin, die ein negatives Selbstkonzept von sich hat, Lob und Anerkennung von anderen Menschen überhaupt nicht registriert bzw. nicht auf sich bezieht. Auch können Erfahrungen, ähnlich wie Freud es beschreibt, verdrängt bzw. verzerrt symbolisiert werden. So kann beispielsweise Ärger gegenüber geliebten Personen nicht zugelassen werden, weil man sich selbst als jemand sieht, der nur akzeptiert wird, wenn er sich liebevoll zeigt. Dieser Ärger könnte sich dann in Form von Kopfschmerzen zeigen, die eventuell vom Selbstkonzept akzeptiert werden.

Bestimmte Erfahrungen werden sehr frühzeitig unterschwellig erkannt, ohne daß diese bewußt werden, und sie werden am Eindringen ins Bewußtsein gehindert, weil das Selbst sich bedroht fühlt.

These XII:

Die vom Organismus angenommenen Verhaltensweisen sind meistens die, die mit dem Konzept vom Selbst übereinstimmen.

Bei der Wahl des Verhaltens zur Befriedigung eines Bedürfnisses ist das Selbst die entscheidende Instanz. Das ist in der Regel unproblematisch, da bei psychisch gesunden Menschen die organismischen Bedürfnisse ohne Verzerrung im Selbst symbolisiert werden. Werden bestimmte organismische Bedürfnisse nicht vom Selbst-Konzept gebilligt, wählt das Individuum — abgesehen von Ausnahmen — ein Verhalten, daß zum Selbst paßt, aber dennoch das Bedürfnis befriedigt. Eine Mutter, die sich verantwortlich für ihre heranwachsende Tochter fühlt, schläft beispielsweise trotz Müdigkeit erst dann ein, wenn sie gehört hat, wie die Tür geschlossen wird und die Tochter in ihr Zimmer gegangen ist.

These XIII:

Verhalten kann in manchen Fällen durch organische Bedürfnisse und Erfahrungen verursacht werden, die nicht symbolisiert wurden. Solches Verhalten kann im Widerspruch zur Struktur des Selbst stehen, aber in diesen Fällen ist das Verhalten dem Individuum nicht „zu eigen“.

Der Druck des organischen Bedürfnisses kann so stark werden, daß der Organismus sein eigenes suchendes Verhalten initiiert und so die Befriedigung des Bedürfnisses herbeiführt, ohne daß er jemals eine Beziehung zwischen dem suchenden Verhalten und dem Selbst-Konzept herstellt. Ein Junge, dessen Erziehung ein Selbstkonzept von Reinheit und Freisein von ‚niederen‘ sexuellen Trieben geschaffen hatte, wurde eingesperrt, weil er zwei kleinen Mädchen die Röcke

hochgehoben und sie untersucht hatte. Er wiederholte immer wieder, daß er sich niemals so verhalten würde, und als man ihm Zeugen gegenüberstellte, war er überzeugt, daß ‚ich nicht ich selbst war‘ (Rogers 1976, S. 439).

These XIV:

Psychische Fehlanpassung liegt vor, wenn der Organismus vor dem Bewußtsein wichtige Körper- und Sinneserfahrungen leugnet, die demzufolge nicht symbolisiert und in die Gestalt der Selbst-Struktur organisiert werden. Wenn diese Situation vorliegt, gibt es eine grundlegende oder potentielle psychische Spannung.

Die Struktur des Selbst repräsentiert ein Großteil der Erfahrungswelt des Individuums. Werden nun wesentliche Teile dieser Erfahrungswelt, z.B. bestimmte Bedürfnisse des Organismus, nicht in der Selbststruktur verankert, dann entstehen sehr leicht Spannungen. Denn das Verhalten richtet sich eher nach den Bedürfnissen des Selbst und nicht nach denen des Organismus. Bewußte Kontrolle fällt diesem Menschen dann sehr schwer, weil die Bedürfnisse des Organismus sich ebenfalls Raum verschaffen, wenn sie sehr stark werden. Oftmals besteht das Selbst-Konzept einer Person zu großen Anteilen aus Bewertungen von Erfahrungen, die nicht die eigenen sind und von anderen als eigene übernommen wurden.

These XV:

Psychische Anpassung besteht, wenn das Selbst-Konzept dergestalt ist, daß alle Körper- und Sinneserfahrungen des Organismus auf einer symbolischen Ebene in eine übereinstimmende Beziehung mit dem Konzept vom Selbst assimiliert werden oder assimiliert werden können.

„Die beste Definition dessen, was Integration ausmacht, scheint die Feststellung zu sein, daß alle Sinnes- und Körpererfahrungen dem Bewußtsein durch genaue Symbolisierung zugänglich sind und in ein System organisierbar, das innerlich konsistent ist und das die Struktur des Selbst ist oder in Beziehung zu ihr steht., dann sind klare Integration und ein Gefühl für die Richtung erreicht worden, und das Individuum spürt, daß seine Kraft auf die klare Absicht einer Aktualisierung und Erhöhung des gesamten Organismus gerichtet ist oder gerichtet werden kann.“ (Rogers 1976, S. 442).

These XVI:

Unter bestimmten Bedingungen, zu denen in erster Linie ein völliges Fehlen jedweder Bedrohung für die Selbst-Struktur gehört, können Erfahrungen, die nicht mit ihr übereinstimmen, wahrgenommen und überprüft und die Struktur des Selbst revidiert werden, um derartige Erfahrungen zu assimilieren und einzuschließen.

Rogers beschreibt mit dieser These die Bedingungen, unter denen eine Reorganisation der Selbst-Struktur möglich ist. Dazu gehört zunächst ein wertschätzendes Akzeptieren jeder von Klienten berichte-

ten Erfahrung, so daß der Klient sich weiter ohne Angst und Verteidigung entdecken kann und die akzeptierenden Werte auf sich selbst anwenden kann, auch dann, wenn der Berater nicht mehr anwesend ist.

These XVIII:

Wenn das Individuum all seine Körper- und Sinnes-Erfahrungen wahr- und in ein konsistentes und integriertes System aufnimmt, dann hat es notwendigerweise mehr Verständnis für andere und verhält sich gegenüber anderen als Individuum akzeptierender.

Diese These dokumentiert ein häufig zu beobachtendes Ergebnis psychotherapeutischer Behandlungen. Eine Person, die wesentliche Ausschnitte ihrer Erfahrungswelt vor dem Selbst verleugnen muß, fühlt sich leicht bedroht und verängstigt, d.h. sie verteidigt sich schnell und ist darauf angewiesen, daß bestimmte Erlebnisbereiche, z. B. auch in Gesprächen mit anderen, unberührt bleiben. Da dieses von anderen nicht gewußt werden kann, reagiert das Individuum beim Berühren sog. nicht bzw. verzerrt symbolisierter Lebensbereiche mit Antipathie oder Ablehnung. Wenn aber alle Erfahrungen dann im Selbstkonzept organisiert sind und somit bewußtseinsfähig sind, ist weniger Abwehr nötig und andere Personen können letztlich besser akzeptiert werden.

These XIX:

Wenn das Individuum mehr von seinen organischen Erfahrungen in seiner Selbststruktur wahrnimmt und akzeptiert, merkt es, daß es sein gegenwärtiges Wert-System, das weitgehend auf verzerrt symbolisierten Introjektionen beruhte, durch einen fortlaufenden, organismischen Wertungsprozeß ersetzt.

Wenn eine Person entdeckt, daß sie stark nach Werten gestrebt hat, die nicht die eigenen waren, sondern die sie von anderen übernommen hat, stellt sie sich häufig die Frage, was eigentlich ihre Werte sind. Um diese Frage beantworten zu können, empfiehlt *Rogers*, auf den eigenen Organismus (auch in körperlichem, physiologischem Sinne) zu hören. Im Laufe der Auseinandersetzung mit sich selbst kann eine Person lernen, immer mehr darauf zu achten, was sie als wirklich befriedigend, erfüllend und selbstwertsteigernd *erlebt*, ohne genau *wissen* zu müssen, welchen Werten sie nachstrebt.

4.2 Die Entwicklungstheorie der Gesprächspsychotherapie

In Form eines Handbuchartikels hat *Rogers* (1959) seine Persönlichkeitstheoretischen Aussagen in einer stärker formalisierten Form zusammengefaßt. Dabei geht er auch auf die Entwicklung der Persönlichkeit ein. Wie und wodurch sich eine psychisch beeinträchtigte Per-

son in Richtung auf seelische Gesundheit hin entwickeln wird, soll nachfolgend behandelt werden.

Die Entwicklung des Selbst, die Entwicklung des Bedürfnisses nach Selbstachtung, die Entwicklung von Werthaltungen sowie die Motivation zur Entwicklung wurden bereits erläutert. Darüber hinaus finden sich bei *Rogers* einige weitere Erläuterungen. Das Kleinkind macht bestimmte Erfahrungen über sich durch die Interaktion mit seiner Umwelt. Ein Teil dieser Erfahrungen entwickelt sich langsam zum Selbst, d.h. zum Bewußtsein des Seins. Damit zusammenhängend ist die Ausprägung eines starken und anhaltenden Bedürfnisses nach positiver Zuwendung zu sehen.

Ein Mensch kann intensiver und nachhaltiger versuchen, dieses Bedürfnis nach positiver Zuwendung durch eine andere Person zu befriedigen als eigene organismische Bedürfnisse. Bei der Befriedigung dieses Bedürfnisses muß natürlich die andere Person und deren Erfahrungswelt miteinbezogen werden. Daher kommen oft Irrtümer zustande. Menschen erleben nicht nur eigene Bedürfnisbefriedigung als angenehm, sondern erleben es ebenfalls als lustvoll, den Wünschen anderer nach positiver Zuwendung entgegenzukommen. Die Befriedigung bzw. Frustration des Bedürfnisses nach positiver Zuwendung ist bei jedem Individuum an bestimmte Erfahrungsbereiche gebunden. Im Laufe der Zeit lernt das Individuum, weitgehend unabhängig von tatsächlich erfolgter Zuwendung bei diesen wiederkehrenden Erfahrungskonstellationen mit sich zufrieden bzw. unzufrieden zu sein.

Es entwickelt sich langsam ein Bedürfnis nach Selbstachtung im Sinne von Wertschätzung der eigenen Person gegenüber. Damit wird eine Person für sich selbst eine wichtige Bezugsperson. Somit gelingt eine zunehmende Differenzierung der Selbsterfahrungen in solche, die als positiv, selbstwerterhöhend, und solche, die als negativ, selbstwertmindernd eingeschätzt werden. Das Individuum entwickelt Wertmaßstäbe für Erlebnisse und Erfahrungen.

Würde einer Person ausschließlich positive Zuwendung entgegengebracht — was in der Realität nicht möglich ist — könnte sich keine Diskrepanz zwischen der organismischen Bewertung (Befriedigung) und der Selbstachtung entwickeln und die sog. ‚fully-functioning-person‘ könnte theoretisch entstehen.

Den einzigen Motor für alle Entwicklungen stellt nach *Rogers* die Aktualisierungstendenz dar. Es handelt sich hier um eine anthropologisch-philosophische Grundannahme über die Antriebskräfte des Menschen. *Rogers* sieht diese Kraft nicht nur im Menschen, sondern in jedem Lebewesen und in jeder Pflanze.

„Ob wir von diesem Seegras oder von einer Eiche sprechen, von einem Regenwurm oder von einem Nachtfalter, von einem Affen oder von einem Menschen — wir werden gut daran tun, zu erkennen, daß das Leben ein aktiver und nicht ein passiver Prozeß ist. Ob der Reiz von innen oder von außen kommt, ob die Umwelt günstig oder ungünstig ist, das Verhalten eines Organismus wird immer darauf eingerichtet sein, sich selbst zu erhalten, zu entwickeln und zu reproduzieren. Das ist die Essenz des Prozesses, den wir Leben nennen“ (Rogers 1978, S. 267).

Rogers leitet die Existenz dieses Motivs aus biologischen und psychologischen Beobachtungen ab. Ein empirischer Nachweis ist bisher dafür noch nicht erbracht worden und auch wohl kaum zu erbringen. Mit den Aussagen zur Aktualisierungstendenz, die dazu beiträgt, daß der Mensch all seine Fähigkeiten zur Erhaltung und Erhöhung seines Organismus und seines Selbst entfaltet, sind auch Implikationen für die gesamte Lebensspanne verbunden. Denn dieser Prozeß der Selbstverwirklichung findet zu allen Lebensaltern, auch im hohen Alter statt. Der Mensch ist selbst im Alter zu Kreativität und einer differenzierten selbsterhöhenden Lebensweise fähig.

Rogers gesellschaftliche Ziel- bzw. Entwicklungsvorstellungen konkretisieren sich in seiner Auseinandersetzung mit den Verhaltenswissenschaften. Große Resonanz fand seine Kontroverse mit *Skinner* über die Kontrolle menschlichen Verhaltens aus dem Jahre 1956.

Skinner und *Rogers* beurteilten den Fortschritt der Verhaltenswissenschaften und die damit sich bietenden Möglichkeiten zur Beeinflussung, Veränderung und Formung menschlichen Verhaltens in zahlreichen Lebensbereichen in ähnlicher Weise. Gemeint sind damit beispielsweise die Verstärkungstechniken. *Skinner* wies darauf hin, daß Kontrolle menschlichen Verhaltens schon immer stattgefunden habe und es jetzt möglich sei, Kontrolle zum Wohle der Menschheit viel systematischer und effektiver auszuüben. Wie dieses in der Erziehung, im Privatleben und im staatlichen Bereich vor sich gehen kann, beschreibt *Skinner* eindrucksvoll in seinem Zukunftsroman „Walden Two“ (1948).

Die Idee der menschlichen Freiheit hält *Skinner* im Kampf gegen die Tyrannei zwar für historisch bedeutsam, sie behindere jedoch die für die Menschen mitzubringende Anwendung der Methoden der Verhaltenssteuerung (*Bommert* 1982).

Für *Rogers* dagegen stellt sich durch den rasanten Fortschritt in der Verhaltenswissenschaft als erstes die Frage nach den Zielen, die durch entsprechende Methoden angestrebt werden sollen. Denn derartige gesellschaftliche Ziele lassen sich niemals wissenschaftlich begründen.

Deshalb ist es von großer Bedeutung, welche Personen Methoden der Verhaltenssteuerung zu welchem Zweck einsetzen. D.h. wer

bestimmt die Ziele und überwacht die Zielerreichung und welche Möglichkeiten zur Selbstbestimmung bleiben dabei für den Einzelnen. Rogers geht davon aus, daß es keine objektive Realität gibt, sondern die Menschen haben nahezu alle eine unterschiedliche subjektive Sichtweise von der Realität. Glück bedeutet somit für jeden Menschen etwas anderes und die Vorstellungen davon können sich schnell ändern. Einen von allen akzeptierten gesellschaftlichen Endzustand kann es also nicht geben. Deswegen schlägt Rogers vor, Werthaltungen und Normen auf gesellschaftlicher Ebene zu fördern, die dem einzelnen die Auswahl eigener persönlicher Zielvorstellungen und Wege zu deren flexibler und kreativer Erreichung ermöglichen. Er bleibt bei seinen Vorstellungen von einer offenen, demokratischen Gesellschaftsordnung, wie sie auch Roosevelt angestrebt hat.

5. Theorie der Gesprächspsychotherapie

5.1 Erkenntnis- und wissenschaftstheoretische Grundlagen

Rogers' Anliegen bestand von Beginn seiner wissenschaftlichen Tätigkeit an darin, den Menschen in seiner Subjektivität und Einmaligkeit zu erforschen. Dabei suchte er dennoch nach allgemeingültigen Gesetzmäßigkeiten und objektiven Erkenntnissen. Hier zeigt sich ein Widerspruch, mit dem Rogers sein gesamtes Leben lang kämpfte. Von Rogers (1964) werden drei Formen der Erkenntnisgewinnung unterschieden. Diese faßt Linster (1980, S. 179) wie folgt zusammen:

„Objektives Erkennen wendet sich Phänomenen der äußeren Umwelt zu, versucht diese von einem externen Bezugspunkt aus zu erkennen und testet die über sie formulierten Aussagen durch beobachtbare Operationen oder mit Hilfe von Schlußfolgerungen, die den Aussagen einer vertrauenswürdigen Bezugsgruppe (etwa einer Expertengruppe) zu entnehmen sind.

Subjektives Erkennen befaßt sich mit der Eigenwelt eines Individuums, mit seinen Gefühlen, Wertvorstellungen, Sichtweisen. Die Hypothesentestung erfolgt aus dem eigenen inneren Bezugsrahmen heraus, durch subjektive Gewißheit oder durch eine Art Evidenzgefühl. Nach Rogers nimmt auch objektives Erkennen seinen Anfang in inneren, subjektiven Akten, durch die der Forscher Hinweise erhält, in welcher Richtung er vorgehen hat und inwieweit er „auf dem richtigen Weg“ ist.

Interpersonales oder phänomenologisches Erkennen bezieht sich auf die Mitwelt, die subjektive Welt eines anderen. Sie ist nur vom inneren Bezugsrahmen dieser Person her zu verstehen. Kriterium für die Hypothesentestung ist daher nicht das eigene Evidenzgefühl oder ein durch externe Bezugsgrößen festgelegtes Urteil, sondern die Aussage des anderen, er fühle sich verstanden. Phänomenologisches Erkennen ist die für die personenzentrierte Psychotherapie originäre Form der Erkenntnisgewinnung, des Verstehens von Fremdseelischem. Denn es handelt sich hierbei um nichts Geringeres als um die Aufgabe des Therapeuten, die private, subjektive Welt des anderen „empathisch“ zu verstehen“ (Linster 1980, S. 179).

Rogers spricht sich dafür aus, alle drei Arten der Erkenntnisgewinnung zu benutzen. Dabei geht er von einfachen Beobachtungen aus. Für ihn stellen seine Erfahrungen in der Psychotherapie mit psychisch gestörten Personen eine wertvolle Quelle für die weitere wissenschaftliche Forschung dar.

Dabei hört er sich Tonbandaufnahmen von Psychotherapiegesprächen an und entwickelt Vermutungen über bestimmte Zusammenhänge, die er später überprüft. Aus empirisch überprüften Hypothesen bildet er dann vorläufige theoretische Konzepte. Rogers betont immer wieder, daß Theorien nicht als etwas endgültiges angesehen werden sollen. Sie gelten für ihn als permanent verbesserungsfähig und müssen jeweils an der Realität getestet und weiterentwickelt werden.

Für Theorien in der Psychologie können nicht die gleichen Perfektionsansprüche gelten wie beispielsweise für Theorien der Naturwissenschaften. Deshalb sollte auf hohe Abstraktionsniveaus verzichtet und auf eine enge Anbindung an die beobachteten und erfahrenen Phänomene geachtet werden. Theorien haben den Sinn, wichtigen Erfahrungen eine innere Ordnung zu geben. Sie stellen das Bedürfnis des Forschers nach Ordnung zufrieden. Sowohl aus Theorien als auch aus der praktischen Erfahrung können Hypothesen abgeleitet werden. Eine Überprüfung wirkt Spekulationen und Irrtümern des einzelnen entgegen. Der Wert der Wissenschaft der Psychologie liegt für Rogers darin, daß mit Hilfe psychologischer Erkenntnisse Methoden bereitgestellt werden können, die sehr effektiv zum Erreichen bestimmter Ziele beitragen können. Wird es z. B. für sinnvoll erachtet, daß Kinder gut in Gruppen arbeiten können, so kann die Psychologie ohne größere Probleme Methoden erarbeiten, wie dieses optimal zu erreichen wäre.

Rogers (*Skinner und Rogers 1956*) weist jedoch in einer vielbeachteten Auseinandersetzung über die Kontrolle und Beeinflussung menschlichen Verhaltens mit *Skinner* nachdrücklich darauf hin, daß jeglicher wissenschaftlicher Forschung eine subjektive Wertentscheidung des Forschers über den Zweck und die Ziele des wissenschaftlichen Projekts, denen es dienen soll, vorausgeht. Dieser subjektive Zielfindungsprozeß, z. B. die Entscheidung, daß es gut und richtig ist, Kindern das Arbeiten in Gruppen beizubringen, kann nicht selbst Teil des wissenschaftlichen Vorhabens sein. Diese Entscheidung spielt sich auf dem Hintergrund persönlicher und gesellschaftlicher Norm- und Wertvorstellungen ab. Derartige Entscheidungen verlangen jedoch eine Vorstellung vom Menschen, um nicht an diesen Interessen und Bedürfnissen vorbei zu forschen. Hier schlägt Rogers vor, bei allen psychologischen Forschungsprojekten davon auszugehen, daß der Mensch im

Prinzip konstruktiv ist, daß er eine grundlegende Tendenz zur Selbstverwirklichung in sich trägt, daß es keine verbindliche Realität für alle gibt, sondern jeder eine individuelle Wahrnehmung dieser Realität hat sowie daß Menschen sich ihr Leben lang in einem Entwicklungsprozeß befinden. Rogers fordert die Berücksichtigung des Menschenbildes der Humanistischen Psychologie.

„Wenn Verhalten wissenschaftlich untersucht wird, versteht man es sicher am besten als durch bestimmte Verursachungsmomente definiert. Das ist eine wichtige wissenschaftliche Tatsache. Aber die verantwortliche persönliche Willensentscheidung, die einen bedeutenden Teil des Menschseins ausmacht, der Kern der Psychotherapie ist und jedes wissenschaftliche Bemühen erst in Gang setzt, ist ein ebenso bedeutsamer Faktor in unserem Leben. Die Erfahrung einer vernünftigen Willensentscheidung zu verleugnen, bedeutet für mich eine ebenso eingeschränkte Auffassungsweise wie ein Verneinen der Möglichkeit einer Wissenschaft vom Verhalten“ (Skinner & Rogers 1956, S. 1065, zit. n. Pervin 1981, S. 247).

5.2 Psychopathologie

In der klientenzentrierten Orientierung wird eine psychische Störung als Problem der Wahrnehmung und der Verarbeitung von Erfahrungen angesehen. Es besteht keine nosologische Einteilung von Krankheitsbildern, sondern es wird davon ausgegangen, daß bei allen Formen psychischer Fehlanpassung prinzipiell ähnliche Prozesse ablaufen. Demnach ist eine Diskrepanz zwischen Selbststruktur und Erfahrung als Ausgangspunkt für Fehlentwicklungen anzusehen. Dieses Ausmaß an Inkongruenz kann mehr oder weniger ausgeprägt sein und sich auf nur einige wenige oder auch zahlreiche Lebensbereiche beziehen. Von daher besteht ein fließender Übergang zwischen psychischer Krankheit und psychischer Gesundheit. Zu einer Inkongruenz zwischen Selbst und organismischer Erfahrung kommt es durch die Werthaltungen des Individuums, die sich aus den Bedürfnissen nach positiver Zuwendung und nach Selbstwertschätzung entwickelt haben. Dadurch nimmt das Individuum seine Erfahrungen selektiv wahr. Eine genaue Symbolisierung im Bewußtsein findet lediglich bei den Erfahrungen statt, die mit den Werthaltungen korrespondieren. Den persönlichen Werthaltungen nicht entsprechende Wahrnehmungen werden verzerrt und selektiv wahrgenommen oder überhaupt geleugnet. Es treten so Selbsterfahrungen auf, die nicht zur Selbststruktur passen, und es entsteht eine Diskrepanz bzw. Inkongruenz zwischen den Erlebnissen eines Menschen mit sich und den Vorstellungen, die er von seiner eigenen Person besitzt. Das Ausmaß an Inkongruenz zwischen Selbst und tatsächlicher Erfahrung gilt als Indikator für die psychische Fehlanpassung. Denn je mehr Erfahrungen ein Mensch, die er mit sich

selbst macht, nicht richtig als solche wahrnehmen kann, desto größer ist sein Ausmaß an innerer Spannung und seelischer Verwundbarkeit. Welche Art psychischer Störung sich dann entwickelt, ist für die klientenzentrierte Psychopathologie auch deshalb nicht von Bedeutung, weil die therapeutischen Interventionen bei jeder Störung im Prinzip gleich sind. Dieser Punkt gehört zu den Schwachstellen der Gesprächspsychotherapie und erscheint veränderungsbedürftig, da insbesondere von Praktikern je nach Störung unterschiedliche therapeutische Vorgehensweisen für unerlässlich gehalten werden. (Howe 1982).

Die Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung zieht auch ähnliche Inkongruenzen im Verhalten eines Individuums nach sich. So werden eigene Verhaltensweisen, die zur Verbesserung und Erhaltung des Selbstkonzepts dienen, präzise wahrgenommen, erinnert und im Bewußtsein symbolisiert, während Verhaltensweisen, die direkt aus organismischen Bedürfnissen entstehen und dem Selbstkonzept widersprechen, verzerrt wahrgenommen werden, so als ob sie mit der Selbststruktur übereinstimmen würden.

Die Verzerrung des Wahrgenommenen kann als Prozeß der Verteidigung bzw. der Abwehr von unangenehmen Gefühlen aufgefaßt werden. Dadurch macht sich das Individuum vor, daß Selbststruktur einschließlich Werthaltung und organismische Bedürfnisse übereinstimmen.

„Die grundlegende Natur der Bedrohung besteht darin, daß, wenn die Erfahrung im Bewußtsein genau symbolisiert würde, das Selbstkonzept nicht mehr eine konsistente Gestalt wäre, die Werthaltungen verletzt und das Bedürfnis nach Selbstwertschätzung frustriert würden. Ein Zustand der Angst würde bestehen“ (Bommert 1977, S. 35).

Dieser Prozeß der Verteidigung ist gekennzeichnet durch zahlreiche neurotische Verhaltensweisen, die z.T. mit *Freuds* Abwehrmechanismen identisch sind wie z. B. Projektion, Rationalisierung. Helm (1978) weist darauf hin, daß dieser Vorgang der Erfahrungsabwehr einem Selbstverstärkungsprozeß unterliegt. Denn je verletzlicher das Individuum ist, desto mehr Sicherheit erhält es durch seine Abwehrvorgänge. Neue Erfahrungen werden dann nicht mehr gesucht, weil die Wahrscheinlichkeit groß ist, daß unerwünschte Selbsterfahrungen gemacht werden. Der Aktionsradius eines psychisch fehlangepaßten Menschen kann sich dann kaum noch erweitern. Das Selbstkonzept bleibt eingengt und rigide. Das Bedürfnis nach Selbstwertschätzung steigt, es kann jedoch nur noch selten befriedigt werden. Die Empfindlichkeit wächst auf diese Art und Weise immer mehr.

Unter bestimmten Bedingungen kann es zu einem Zusammenbruch und einer Desorganisation des Individuums kommen. Ist beispielsweise bei einer Person bereits ein sehr großes Ausmaß an Inkongruenz zwischen Selbst und Organismus festzustellen und macht diese Person Erfahrungen, die nicht mehr zu leugnen sind und der Selbststruktur widersprechen, wäre es möglich, daß die bisher verwendeten Abwehrvorgänge zum Schutze der Selbststruktur überfordert sind und versagen. Die Desorganisation führt dann in der Regel zu starken Angsterlebnissen, und es tritt chaotisches widersprüchliches Verhalten und Erleben auf. Denn diese Person handelt, fühlt und denkt abwechselnd auf dem Hintergrund der Selbststruktur einschließlich der Werthaltungen und des Bedürfnisses nach Selbstwertschätzung und auf dem Hintergrund der abgelehnten, aber jetzt sich durchsetzenden Bedürfnisse des Organismus.

So erklärt sich die klientenzentrierte Theorie psychotische Störungen. Sie sind als Ausdruck lange verleugneter, aber bedeutsamer Impulse zu verstehen, die aufgrund aktueller Ereignisse nicht mehr kontrolliert werden können. Auch hier liefert die klientenzentrierte Theorie nur ein sehr allgemeines Modell.

5.3 Diagnostische Konzepte

Rogers selbst hat zu Beginn seiner praktischen Tätigkeit als Psychologe umfangreiche Diagnostik über die Art der Störung bei seinen Klienten betrieben. Er erachtete das jedoch mit fortschreitender Erfahrung als ineffektiv, ja sogar als schädlich. Diese Auffassung liegt in der logischen Konsequenz der Konzepte über psychische Störungen der klientenzentrierten Richtung.

„Verhalten wird verursacht, und die psychische Ursache des Verhaltens ist eine bestimmte Wahrnehmung oder eine Art des Wahrnehmens. Der Klient ist der einzige, der die Möglichkeit hat, die Eigentümlichkeiten seiner Wahrnehmungen und seines Verhaltens voll und ganz zu erkennen“ (Rogers 1976, S. 207).

Demnach können diagnostische Instrumente niemals das leisten, wozu einzig der Klient selbst in der Lage ist. Nach Rogers wäre es weiterhin kaum möglich, diagnostische Erkenntnisse für die therapeutische Behandlung zu nutzen. Ein einfaches Mitteilen wäre sinnlos, um eine Veränderung der Wahrnehmung zu erreichen. Der Prozeß der konstruktiven Wandlungen durch Psychotherapie ist außerdem entscheidend abhängig von der Art und Weise und dem Tempo der Selbstauseinandersetzung des Klienten. Eine Diagnose des Therapie-

ten, die der Klient nicht ohnehin über sich selbst stellt, kann deshalb nicht hilfreich sein. Rogers macht als weiteren grundsätzlichen Einwand gegen psychologische Diagnosen geltend, daß dadurch der Klient denken könnte, daß die Verantwortung zur Verbesserung seiner Lebenssituation beim Therapeuten und nicht bei ihm liegen könnte. Das würde unerwünschter Passivität und Abhängigkeitstendenzen Vorschub leisten. Zusätzlich wären mit Diagnosen im psychologischen Bereich Normvorstellungen des Therapeuten verbunden, die sich manipulativ auf das Erleben und Erhalten des Klienten auswirken könnten. Ohne eine Diagnosestellung von außen, die Werte und Ziele für ein Individuum enthält, d.h. daß derartige Prozesse dem Individuum selbst überlassen sind, „hätten wir eine Psychologie der Persönlichkeit und der Therapie, die zur Demokratie führt, eine Psychologie, die die Demokratie allmählich in tieferen und grundlegenden Begriffen neu definiert“ (Rogers 1976, S. 210).

Viele Gesprächspsychotherapeuten sehen jedoch seit geraumer Zeit diese Ansichten Rogers als nicht mehr uneingeschränkt gültig an. So unterstreicht *Bommert* (1982), daß Diagnostik bei Fragen nach der Indikation von Psychotherapie, der Therapieplanung und der Erfolgsmessung unverzichtbar ist. Dabei geht *Bommert* von der Annahme aus, daß keine der derzeit existierenden Therapieformen einschließlich der Gesprächspsychotherapie so effektiv ist, daß sie alle psychischen Störungen bei den unterschiedlichsten Klienten erfolgreich behandeln kann. Unter dem Gesichtspunkt einer differentiellen Indikationsstellung prüfen beispielsweise *Biermann-Ratjen* und *Eckert* (1982) im Erstinterview den Leidensdruck, die Therapiemotivation, den zu erwartenden Therapiewiderstand und überlegen ganz praktisch, bei welchem Therapeuten, in welchem Setting und in welcher Therapieform der Klient die besten Möglichkeiten zu konstruktiven Veränderungen besitzt. Bei der Therapieplanung steht u.a. im Vordergrund, daß der Therapeut die Bedingungen schafft, unter denen der jeweilige Klient optimal profitieren kann. Der Therapieprozeß bedarf also ständiger Kontrolle und diagnostischer Überlegungen von seiten des Therapeuten und seiner Supervisionskollegen. Auch die Erfolgsmessung ist unabhängig von den verwendeten Methoden eines diagnostischen Vorgehens (*Zielke, Beltz* 1982). Die Notwendigkeit hierzu ergibt sich schon allein aus der Suche nach den optimalen therapeutischen Verfahren für bestimmte psychische Beeinträchtigungen.

5.4 Ziele und Inhalte der Gesprächspsychotherapie

Die Ziele der Gesprächspsychotherapie beziehen sich erwartungsgemäß nicht auf die Ebene konkreten beobachtbaren Verhaltens. Denn

jeder Klient soll diejenigen Verhaltensweisen ausüben, die seinen aktuellen Bedürfnissen und seiner Wahrnehmung der Realität entsprechen. Hierin unterscheiden sich Menschen jedoch erheblich voneinander. Das generelle Ziel besteht darin, bei einem Klienten einen Prozeß der Persönlichkeitsentwicklung in Gang zu setzen, der zu einem größeren Ausmaß an Kongruenz zwischen dem Selbstkonzept und seinen organismischen Erfahrungen führt. Erfahrungen des Individuums, die bisher verleugnet oder verzerrt symbolisiert wurden, weil sie zum Konzept einer Person von sich selbst passen, sollen jetzt präzise symbolisiert werden können. Dazu muß das Selbstkonzept flexibler und offener werden. Das Wahrnehmungsfeld einer Person bedarf einer neuen Organisation, so daß ein wachsendes Vertrauen zum eigenen Organismus entsteht. Die Bewertung von Erfahrungen durch den Organismus soll stärker als Grundlage des Handelns dienen. Der Körper ist weiser als der Verstand eines Menschen. Angestrebt wird allerdings kein Endzustand, sondern ein ständig in Gang gehaltener Entwicklungsprozeß, der der Selbstfindung und Entfaltung des Einzelnen dient. Als Leitbild dient letztendlich das bereits erwähnte Modell der sich voll entfaltenden Persönlichkeit („fully-functioning person“). Als erstrebenswerte Richtungen, in die Klienten sich häufig entwickeln, nennt Rogers (1976, S. 167-176):

- „Weg von den Fassaden
- weg vom ‚Eigentlich-sollte-ich‘
- weg vom Erfinden kultureller Erwartungen
- weg davon, anderen zu gefallen
- Entwicklung zur Selbstbestimmung
- Entwicklung zum Prozeß-Sein
- Entwicklung zur Komplexität
- Entwicklung zur Erfahrungsoffenheit
- Entwicklung zum Akzeptieren der anderen
- Entwicklung zum Selbstvertrauen“.

Zur Erreichung dieser Ziele richtet sich das Bemühen des Therapeuten auf den inneren Bezugsrahmen, d.h. das Selbstkonzept des Klienten. Dabei spielen Erfahrungen des Klienten, die verzerrt wahrgenommen oder vom Bewußtsein verleugnet werden, die aber in irgendeiner Art und Weise mit den aktuellen Problemen zusammenhängen, eine zentrale Rolle. Unter dennoch zu beschreibenden therapeutischen Bedingungen gelingt es dem Klienten zumeist, seine Abwehrvorgänge abzubauen, sich selbst stärker zu entdecken und von anderen übernommene Wertvorstellungen abzulegen. Damit verringert sich häufig die Diskrepanz zwischen den Vorstellungen, die jemand davon hat, wie er ist, und denen, wie er als Person sein möchte.

6. Behandlungsmethodik der Gesprächspsychotherapie

6.1. *Das spezifische Behandlungskonzept im Vergleich mit anderen Therapieformen*

Ganz im Sinne der Humanistischen Psychologie stellt die Gesprächspsychotherapie die gegenwärtige Problemlage des Klienten in den Mittelpunkt der Betrachtung. Es wird somit vom „Hier-und-Jetzt“ ausgegangen, d.h. wie der Klient derzeitig seine Realität wahrnimmt. Nicht das Symptom oder das gestörte Verhalten sind Gegenstand der therapeutischen Bemühungen, sondern die phänomenale private Welt des Klienten. Dazu gehören seine Auffassungen über sich selbst und seine Erfahrungen, die er macht. Das entspricht ganz der Persönlichkeitstheorie von *Rogers*, nach der jedes Individuum die Realität in einer ihm eigenen Weise sieht und durch ein Verstehen dieser Welt, die nur der Klient selbst richtig kennt, das Handeln einer Person nachvollziehbar und erklärbar wird.

Diese Sichtweise führt dazu, daß der Therapeut nicht die Rolle des Fachmannes spielen kann, dessen Meinungen und Theorien mehr zählen als das vom Klienten Gesagte. Der Klient mit seinen Wahrnehmungen, Empfindungen, Gedanken und Gefühlen steht im Fokus des therapeutischen Prozesses.

Rogers bewertet Therapieansätze, die dem Therapeuten Überlegenheit und ein größeres Gewicht beim Verstehen und Behandeln der Problematik des Klienten einräumen als jenen selbst, negativ, weil dadurch das Vertrauen in die Fähigkeiten des Klienten, sich selbst Lösungswege zu suchen und sein Leben aus eigener Kraft zu gestalten, zu gering eingeschätzt wird. Deswegen wählte *Rogers* auch den Begriff ‚Klient‘ für den Hilfesuchenden und nicht ‚Patient‘. Die Bezeichnung ‚Patient‘ beinhaltet für ihn zu sehr, daß der Therapeut einen großen Wissensvorsprung vor dem Klienten bezüglich des zu behandelnden Problems besitzt. Das trifft für den Bereich der Organmedizin, nicht aber für den der Psychotherapie zu. Darüberhinaus glaubt der Gesprächspsychotherapeut an die Tendenz des menschlichen Organismus zur Selbstverwirklichung als Kraft für Therapiemotivation und Arbeit in der Therapie. Diese Kraft freizulegen, betrachtet er als seine Aufgabe. Es geht nicht darum, z. B. eine Verhaltensänderung herbeizuführen oder das Problem auf dem Hintergrund frühkindlicher Erlebnisse zu analysieren. Er ist deshalb vorrangiger an dem „Wie“ des Prozesses der Persönlichkeitsveränderung interessiert als an dem „Warum“ der Persönlichkeitsstruktur oder den Umweltbedingungen,

die bestimmte Verhaltensweisen aufrechterhalten. Psychisch gestörte Menschen fühlen sich meistens in ihrem Selbstwertgefühl beeinträchtigt, weil die selektive Wahrnehmung der Wirklichkeit, die durch internalisierte Werte und Normen zustande kommt, nicht mehr funktioniert und bedeutsame organismische Bedürfnisse zu Erfahrungen führen, die geleugnet bzw. verzerrt symbolisiert werden müssen.

Als Hilfe zu einer Reorganisation ist von seiten des Therapeuten deshalb unbedingte positive Wertschätzung für den Klienten notwendig. Um Zugang zum inneren Bezugsrahmen des Klienten zu gewinnen, muß der Therapeut ein hohes Ausmaß an einfühelndem Verständnis zeigen. Dazu sollte er sich dem Klienten gegenüber echt und aufrichtig verhalten. Diese Einstellung hält *Rogers* nicht nur in der Psychotherapie, sondern in allen zwischenmenschlichen Beziehungen für wirksam und bedeutungsvoll. Psychotherapie stellt lediglich ein spezielles Beispiel dar, indem der Klient letztlich auch lernen soll, das Beziehungsangebot des Therapeuten anzunehmen und mit sich selbst so umzugehen, wie der Therapeut es mit ihm tut. So wird mehr Übereinstimmung zwischen den Erfahrungen des Klienten und seinem Selbstkonzept (Kongruenz) möglich. Ist das „Beziehungsangebot“ (*Biermann-Ratjen, Eckert und Schwartz 1979*) gestört, sollte der Therapeut die Ursache der Störung versuchen zu ergründen, um die therapeutische Beziehung wieder zu effektivieren. Das erfordert ein hohes Ausmaß an Selbstkontrolle. Der Verzicht auf die Klärung der Psychogenese engt allerdings sein Verhaltensspektrum ein.

Zusammenfassend halten *Biermann-Ratjen, Eckert und Schwartz (1979, S. 72-73)* fest:

„Der Gesprächspsychotherapeut ist darauf eingeeengt und gehalten, sich dauernd seiner Möglichkeiten zu vergewissern, seinem konkreten Klienten in konkretem Kontakt mit ihm angesichts konkreter Äußerungen, die der Klient macht, unbedingt wertschätzend, echt, empathisch zu begegnen. Nur wenn Empathie dieser emotionalen Qualität möglich ist, kann der empathische Prozeß als therapeutisch wirksam angesehen werden. In der starken Betonung dieser emotionalen Qualität der Empathie unterscheidet sich die Anweisung an den Gesprächspsychotherapeuten von der Anweisung an den psychoanalytischen Therapeuten.“ „Die gesprächspsychotherapeutische Theorie ist eine Theorie der Formen der Selbstempathie. Sie enthält keine Konstrukte über Persönlichkeitsstrukturen, die diesen Rahmen überschreiten. Die gesprächspsychotherapeutische Theorie geht davon aus, daß innerhalb einer Therapie das Denken über den Klienten diesen Rahmen auch nicht überschreiten muß.“

„Alle Möglichkeiten, etwas zu ändern, sind in der Theorie der Gesprächspsychotherapie dem Klienten vorbehalten.“

Beim Vergleich mit der Verhaltenstherapie heben die Autoren besonders die Direktivität des Verhaltenstherapeuten im Gegensatz zur Nicht-Direktivität des klientenzentrierten Therapeuten hervor. Gleich-

zeitig hat der Verhaltenstherapeut die Rolle eines Experten inne. Es stehen die Behandlungstechniken, die Symptome und das Verhalten des Klienten im Vordergrund. Zusätzlich sind die Verhaltensstörungen in ihrer Genese, Ätiologie und diagnostischen Kategorie für die Wahl der Behandlungstechnik entscheidend. Die klientenzentrierte Therapie beinhaltet demgegenüber nicht das Wissen über Therapietechniken, sondern über Erfahrungen zur Persönlichkeitsveränderung bei Klienten, die ein größeres Ausmaß an Inkongruenz und damit zusammenhängende psychische Störungen entwickelt haben (Biermann-Ratjen, Eckert und Schwartz 1979).

6.2 Die therapeutische Beziehung in der Gesprächspsychotherapie

Die Gesprächspsychotherapie ist eine Beziehungstherapie. Die therapeutische Beziehung gilt als die Bedingung, die dem Klienten persönliches Wachstum ermöglichen soll. Rogers hat 1957 drei Merkmalsbereiche als notwendige und hinreichende Bedingungen für Persönlichkeitsveränderungen durch Psychotherapie definiert. Es handelt sich dabei um „einführendes Verständnis“ des Therapeuten, „unbedingte Wertschätzung“ des Klienten durch den Therapeuten sowie „Kongruenz, Echtheit“. Hierbei handelt es sich im Sinne Rogers zunächst um Einstellungen dem Klienten gegenüber und nicht in erster Linie um Verhaltensweisen. Alle drei Aspekte gelten als Faktoren einer mitmenschlichen Grundhaltung.

Oftmals wurden diese drei Merkmalsbereiche als Verhaltensweisen gesehen und in diesem Sinne überbetont. Das mag mit dem Bestreben nach objektivierter Forschung zusammengehangen haben. Der Therapeut macht also dem Klienten ein Beziehungsangebot aus diesen drei Grundhaltungen heraus.

Echtheit und Aufrichtigkeit

Nach Rogers ist dieses „die grundlegendste unter den Einstellungen des Therapeuten, die den positiven Verlauf einer Therapie fördern“. Unter Echtheit versteht Rogers (1983, S. 30-31), daß

„der Therapeut in der Beziehung zu seinem Klienten er selbst ist, ohne sich hinter einer Fassade oder Maske zu verbergen. ...daß der Therapeut sich dessen, was er erlebt oder leibhaftig empfindet, deutlich gewahr wird, und daß ihm diese Empfindungen verfügbar sind, so daß er sie dem Klienten mitzuteilen vermag, wenn es angemessen istes bedeutet, daß es sich um eine direkte, personale Begegnung mit dem Klienten handelt, eine Begegnung von Person zu Person. Es bedeutet, daß der Therapeut er selbst ist und sich nicht verleugnet.“

Der Therapeut soll demnach aufrichtig in sich selbst hineinhorchen und auch selbst seine Gefühle unter ganz bestimmten Bedingungen in den Therapieprozeß einbringen. „So würde ich z. B. einem Klienten sagen: ‚ich bin wirklich gelangweilt von dem, was sie mir sagen.‘“ (Rogers 1979, S. 232).

Inwieweit der Therapeut sich mit seinen eigenen Gefühlen einbringen soll und wann dieses angemessen ist, darüber wird innerhalb der Gruppe der Gesprächspsychotherapeuten durchaus kontrovers diskutiert. So sind beispielsweise *Biermann-Ratjen, Eckert und Schwartz* (1979) der Auffassung, daß bei negativen Empfindungen des Therapeuten gegenüber dem Klienten der Therapeut darüber nachdenken sollte, ob diese Empfindungen auf eigenen Problemen gründen oder aber, warum der Klient an dieser Stelle das Beziehungsangebot nicht annehmen kann. Der Klient sollte sich mit sich selbst auseinandersetzen und nicht mit den Auffassungen des Therapeuten. Auch *Rogers* meint nicht, daß der Therapeut den Klienten mit allem konfrontieren soll, was in ihm vorgeht. Er sollte jedoch die Gefühle, die permanent in der Beziehung eine Rolle spielen, vor sich selbst akzeptieren und auch äußern. Diese Einstellung zu realisieren, setzt ein großes Ausmaß an Selbstempathie des Therapeuten voraus, das er sich beispielsweise durch Teilnahme an Selbsterfahrungsgruppen bzw. durch eine Eigen-therapie erwerben muß.

Wertschätzung oder bedingungsloses Akzeptieren

Diesen Merkmalsbereich beschreibt *Rogers* folgendermaßen (1983, S. 27-28)

„Wenn diese Zuwendung frei ist von Beurteilungen und Bewertungen der Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen des Klienten, verdient sie die Bezeichnung ‚bedingungs-freies Akzeptieren‘ ... Er steht nicht einigen Gefühlen des Klienten bejahend und anderen ablehnend gegenüber.

Er begegnet ihm mit einer warmen, entgegenkommenden, nicht besitzergreifenden Wertschätzung ohne Einschränkungen und Urteile ... Offenbar ist der Therapeut zu einer solchen emotionalen Zuwendung dann im Stande, wenn er den Klienten im Innersten ganz als das akzeptieren kann, was dieser ist — oftmals eine defensive, verletzte, innerlich zerrissene Person, die aber ungeheure Wachstumsmöglichkeiten in sich trägt.

Dieser Merkmalsbereich führt bei den Klienten, die ja, wie die theoretischen Ausführungen gezeigt haben, ein geringes bzw. verletztes Selbstwerterleben haben, zu einer erhöhten Selbstachtung und Selbstannahme. Dadurch schafft der Klient sich die Kraft, sich bedrohlichen und angstbesetzten Erlebnissen bei sich selbst zuzuwenden und sich damit auseinanderzusetzen. Es wird hier der selektiven Wahrnehmung und Selbstwert-schätzung des Klienten entgegen gearbeitet. Die ihm vermittelten Erfahrungen führen häufig dazu, daß er sich selbst als Person schätzt, unabhängig von Leistungen oder Normen, die an ihn herangetragen werden.“

Präzises, einführendes Verstehen, Empathie

Dieser Merkmalsbereich ist im Laufe der Jahre mit sehr unterschiedlichen Begriffen bezeichnet worden, wie z. B. spiegeln, reflektieren von Gefühlen, Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte, aktives Zuhören, einführendes Verständnis, empathisches Verstehen, präzises einführendes Verstehen u.a. Auch Rogers Definitionen haben sich im Laufe der Zeit geändert. Eine neuere Kennzeichnung dieses Merkmals, in der mehr die Prozeßhaftigkeit betont wird, lautet:

„Die als empathisch bezeichnete Art des Umgangs mit anderen hat verschiedene Seiten. Empathie bedeutet, die private Wahrnehmungswelt des anderen zu betreten und darin ganz und gar heimisch zu werden. Sie beinhaltet, in jedem Augenblick ein Gespür zu haben für die sich ändernden gefühlten Bedeutungen in dieser anderen Person, für Furcht, Wut, Herzlichkeit, Verwirrung oder was auch immer sie erlebend empfindet. Empathie bedeutet, zeitweilig das Leben dieser Person zu leben; sich vorsichtig darin zu bewegen, ohne vorschnell Urteile zu fällen; Bedeutungen zu errahnen, deren sie selbst kaum gewahr wird; nicht aber, Gefühle aufzudecken versuchen, deren sich die Person gar nicht bewußt ist, dies wäre zu bedrohlich. Sie schließt ein, daß man die eigenen Empfindungen über die Welt dieser Person mitteilt, da man mit frischen und furchtlosen Augen auf Dinge blickt, vor denen sie sich fürchtet. Sie bedeutet schließlich, die Genauigkeit eigener Empfindungen mit der anderen Person zusammen zu überprüfen und sich von ihren Reaktionen leiten zu lassen. Der Therapeut ist für die Person der vertraute Begleiter in ihrer inneren Welt, indem er sie auf die möglichen Bedeutungen in ihrem Erlebnisfluß hinweist, hilft er ihr, sich auf einen Bezugspunkt zu konzentrieren, die Bedeutungen stärker zu erleben und im Erleben selbst Fortschritte zu machen.“ (Rogers 1980, S. 79).

Dieser Merkmalsbereich beinhaltet, daß der Therapeut seine eigenen Ansichten und Wertvorstellungen zunächst zurückhält, um sich in den anderen hineinversetzen zu können. Das, was er wahrnimmt und sieht von der Welt des anderen, teilt er ihm mit. Es sind starke Verhaltensaspekte, die beobachtbar sind, hiermit verknüpft. Daran mag es liegen, daß dieses Merkmal in Untersuchungen sehr häufig zum Gegenstand des Interesses geworden ist. *Tausch, Eppel, Fittkau & Minsel* (1969) haben eine Beurteilungsskala vorgelegt. Sie verwenden hierbei die Bezeichnung „Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte“.

Bitte beurteilen Sie anhand der nachfolgenden Beurteilungsskala von 2 — 12, in welchem Ausmaß der Psychotherapeut die persönlich-emotionalen (persönlich-gefühlsmäßigen) Erlebnisse des Klienten verbalisiert. Lassen Sie sich bitte bei Ihrer Beurteilung nicht durch die folgende Ablehnung oder Zustimmung des Klienten beeinflussen.

Bitte ordnen Sie jede Therapeutenäußerung derjenigen Stufe zu, die Ihrer Meinung nach für die Äußerungen am zutreffendsten ist.

Stufe 1

Stufe 2: Keine Verbalisierung der vom Klienten ausgedrückten persönlich-emotionalen Inhalte des Erlebens durch den Psychotherapeuten. Auch keine Äußerung über irgendwelche vom Klienten vorgebrachten äußeren Sachverhalte. Die Äußerung besteht etwa aus einer Belehrung oder Ermahnung.

Stufe 3

Stufe 4: Keine Verbalisierung der vom Klienten ausgedrückten persönlich-emotionalen Inhalte des Erlebens durch den Psychotherapeuten. Jedoch Äußerung über irgendwelche vom Klienten vorgebrachten äußeren Sachverhalte.

Stufe 5

Stufe 6: Verbalisierung eines oder einiger nebensächlicher vom Klienten ausgedrückten Erlebnisinhalte. Es werden nicht diejenigen Erlebnisinhalte vom Psychotherapeuten verbalisiert, auf die der Klient in seiner Äußerung das Hauptgewicht legte; z. B. bezieht sich der Psychotherapeut ausschließlich auf einen Inhalt, den der Klient nur als Beispiel für den Hauptinhalt des Erlebens brachte.

Stufe 7

Stufe 8: Verbalisierung eines Teiles der wesentlichen, vom Klienten ausgedrückten persönlich-emotionalen Inhalte des Erlebens durch den Psychotherapeuten. — Es fehlen aber andere wesentliche Erlebnisinhalte.

Stufe 9

Stufe 10: Verbalisierung des überwiegenden Teiles der wesentlichen vom Klienten ausgedrückten persönlich-emotionalen Inhalte des Erlebens durch den Psychotherapeuten; es sind aber noch nicht alle wesentlichen Erlebnisinhalte berücksichtigt.

Stufe 11

Stufe 12: Verbalisierung in genauer Form aller wesentlichen vom Klienten geäußerten persönlich-emotionalen Inhalte des Erlebens durch den Psychotherapeuten.

Skala zur Beurteilung des Merkmals „Verbalisierung persönlichemotionaler Erlebnisinhalte des Klienten durch den Psychotherapeuten“ (nach *Tausch, Eppel, Fittkau & Minsel* 1969).

Diese Skala enthält jedoch zahlreiche Einzelmerkmale, die *Schwartz* (1975) dargestellt hat. Nach *Bommert* (1982) gilt es für den Therapeuten bei der Realisierung von Empathie zwei Extreme zu vermeiden. Die Klientenäußerung sollte nicht echohaft wiederholt werden, weil sie den Prozeß der Klärung für den Klienten nicht unterstützen kann. Denn dann werden zu wenig Anregungen gegeben. Andererseits sollten auch Interpretationen, Schlußfolgerungen oder Bewertungen vermieden werden. Damit würde der Therapeut die Art und Weise, wie der Klient seine Problemlage wahrnimmt, verlassen und den Vorgang der Auseinandersetzung des Klienten mit sich selber stören.

Rogers betrachtet Echtheit als die grundlegendste Einstellung des Therapeuten. Zahlreiche Untersuchungen hatten zum Ergebnis, daß die Therapie dann am erfolgreichsten waren, wenn alle drei Einstellungsbereiche in einem hohen Ausmaße realisiert wurden (*Tausch* 1973, *Minsel* und *Bente* 1980). Selbstkongruentes und echtes Verhalten des Therapeuten ist als Voraussetzung anzusehen für das Realisieren der anderen beiden Haltungen. Denn nur bei einem aufrichtigen Therapeuten, sich selbst und dem Klienten gegenüber, kann Wertschätzung vom Klienten auch als aufrecht erlebt werden und nur dann wirksam werden. Das Bemühen um das Verständnis des inneren Bezugsrah-

mens des Klienten kann ebenfalls ausschließlich bei Selbstkongruenz und Wertschätzung dazu führen, daß der Klient sich mit bedrohlichen Inhalten auseinandersetzt und sein Selbstkonzept letztendlich neu strukturiert. Die funktionale Beziehung zwischen diesen drei Merkmalsbereichen ist jedoch empirisch noch nicht hinreichend geklärt. Weiterhin bleibt offen, ob diese drei Merkmalsbereiche tatsächlich als notwendig und hinreichend für Persönlichkeitsänderungen durch Psychotherapie zu betrachten sind. Daran wird unter Bezugnahme auf unterschiedliche Störungen in den letzten Jahren von Gesprächstherapeuten Kritik geübt. Zumindest eine Integration von therapeutischen Handlungsweisen aus Therapieformen der Humanistischen Psychologie wäre denkbar (*Tscheulin 1983*).

6.3 Prozeßvariablen

Gelingt es dem Therapeuten, die beschriebenen Bedingungen herzustellen, ist es sehr wahrscheinlich, daß der Klient allmählich beginnt, sich zu entwickeln. Die Beschreibung des therapeutischen Prozesses erfolgt in der klientenzentrierten Konzeption konsequenterweise in Begriffen, die den Prozeß der Reorganisation des Selbst repräsentieren. Im großen und ganzen verläuft die Entwicklung kontinuierlich von einer rigiden Festgelegtheit der Einstellungen, Konstrukte und Wahrnehmungen hin zu einer fließenden Veränderlichkeit in all diesen Bereichen.

Sie verläuft von Entferntheit des Erlebens hin zur Unmittelbarkeit des Erlebens. Sie führt zu einer Qualitätsveränderung des Lebens, das zuerst statisch und strukturverbunden ist und später prozeßhaft und fließend wird (*Rogers 1983, S. 33*). Damit hat *Rogers* einige typische Merkmale und Richtungen dieses Veränderungsprozesses des Klienten in der Psychotherapie beschrieben, die er auch in einer schematisierten Übersicht als Prozeßskala vorgestellt hat. Als Forschungsinstrument hat jedoch die Skala zur Einschätzung des Ausmaßes der „Selbstexploration des Klienten“ im deutschen und englischen Sprachraum eine wesentlich größere Rolle gespielt als die Prozeßskala von *Rogers*.

Stufe 1: Der Klient sagt nichts über sich selbst, weder über sein Verhalten noch über sein inneres Erleben. Er spricht ausschließlich über Tatbestände, die unabhängig von seiner Person sind.

Stufe 2: Der Klient berichtet nichts über sich selbst, weder über sein Verhalten noch über sein Erleben. Er erzählt jedoch von Personen und/oder Sachen, die zu ihm in einer Beziehung stehen (z. B. von seinen Eltern, seinem Auto).

Stufe 3: Der Klient berichtet von äußeren Vorgängen und auch von seinem eigenen Verhalten, jedoch ohne von seinen spezifisch persönlichen inneren Erlebnissen zu sprechen, die dazu in Beziehung stehen.

Stufe 4: Der Klient berichtet von äußeren Vorgängen und auch von seinem eigenen Verhalten, jedoch ohne von spezifisch persönlichen inneren Erlebnissen zu sprechen, die im Zusammenhang damit stehen. Man kann jedoch annehmen, daß das Berichtete für ihn mit Gefühlen verbunden oder für ihn von ziemlicher Bedeutung ist.

Stufe 5: Der Klient berichtet über sein eigenes Verhalten oder äußere Vorgänge und über die spezifisch persönlichen inneren Erlebnisse, die dazu in Beziehung stehen. Der überwiegende Teil der Aussage besteht in der Schilderung seines Verhaltens oder äußerer Ereignisse; seine spezifisch persönlichen inneren Erlebnisse werden nur kurz erwähnt.

Stufe 6: Der Klient berichtet über sein eigenes Verhalten oder äußere Vorgänge und über die spezifisch persönlichen inneren Erlebnisse, die dazu in Beziehung stehen. Der Inhalt der Aussage besteht überwiegend aus der Schilderung seiner inneren Erlebnisse.

Stufe 7: Der Klient berichtet überwiegend von seinen spezifisch persönlichen inneren Erlebnissen. Zusätzlich ist ein Ansatz zu erkennen, seine inneren Erlebnisse weiter zu klären; etwa sie in neuen Zusammenhängen zu sehen, sich zu fragen, woher gewisse Einstellungen kommen, Widersprüche zu entdecken u.ä.

Stufe 8: Der Klient schildert ausführlich seine spezifisch persönlichen inneren Erlebnisse. Das Suchen nach neuen Aspekten und Zusammenhängen in seinem inneren Erleben kommt deutlich zum Ausdruck.

Stufe 9: Der Klient schildert seine spezifisch persönlichen inneren Erlebnisse. Es wird deutlich, daß er neue Aspekte und Zusammenhänge in seinem inneren Erleben findet.

Skala zur Einschätzung des Ausmaßes der „Selbstexploration des Klienten“ (nach *Tausch, Eppel, Fittkau und Minsel, 1969*).

Im Laufe zahlreicher Untersuchungen stellte sich jedoch heraus, daß dieses Merkmal der Selbstexploration, erfaßt durch die Skala, mehrere Einzelmerkmale beinhaltet, die sich konkreter aufteilen und entflechten lassen. *Schwartz (1975)* fand folgende Einzelmerkmale: Undifferenziertheit der Klientenäußerungen, Intensität der Auseinandersetzung des Klienten mit sich selbst, Fehlen von gefühlsbezogenen Selbstreferenzen, gefühlsmäßige Nähe des Klienten zu seinen Äußerungen und Spontaneität des Sprechens, Akzeptierung eigener Gefühle. Das Merkmal der „Auseinandersetzung des Klienten mit sich Selbst“ haben *Tausch und Tausch (1978)* näher definiert. Sie haben dabei herausgestellt, daß es bedeutsam ist, daß der Klient über persönlich bedeutsame Inhalte spricht, daß er offen ist für die vielfältigen Aspekte, Erlebnisse, Empfindungen und gefühlten Bedeutungen in seiner Person, daß er gefühlsmäßig stark beteiligt ist und dieses Fühlen zum Erspüren der persönlichen Bedeutung von Erfahrungen für sein Selbst heranzieht, und daß der Klient aktiv engagiert ist und sich intensiv bemüht, sich mit sich selbst auseinanderzusetzen, sein Selbst kennenzulernen und sein Fühlen vollständig zu erfahren. Diese Prozeßmerkmale hängen mit konstruktiven Änderungen zusammen (*Tausch und Tausch 1978*). Daneben hat in jüngster Zeit das Merkmal ‚Experiencing‘ (*Gendlin 1973*) vermehrt Aufmerksamkeit erhalten. ‚Experiencing‘, bezeichnet das Konkrete, im Augenblick vor sich gehende, gefühlsmäßige Erleben

eines Individuums. Die Aufmerksamkeit richtet sich dabei auf einen gefühlten Erlebnisgegenstand, der nicht unbedingt völlig verbal zu erfassen sein muß, der aber in seiner Bedeutung ansatzweise erahnt oder körperlich empfunden, körperlich wahrgenommen wird“ (Bense 1977, S. 9).

Die dargestellten Prozeßmerkmale stellen charakteristische Vorgänge in der Gesprächspsychotherapie dar. Sie spiegeln die Veränderung der Beziehung des Klienten zu sich selbst, wozu der Therapeut durch die beschriebenen Merkmale und Einstellungen die notwendigen Anstöße gibt. Das Phänomen der Übertragung, das zentral für die Psychoanalyse ist, spielt nach Rogers keine Rolle. Unter Übertragung ist zu verstehen, daß eine Person Einstellungen und Probleme aus der Kindheit auf gegenwärtige Beziehungen überträgt, in denen sie jedoch nicht angemessen sind. Übertragungsphänomene entwickeln sich in der Gesprächspsychotherapie zum einen deshalb nicht so leicht, weil der Therapeut keine Autoritätsfigur darstellt und somit weniger solche Abhängigkeitsgefühle hervorruft, wie sie Kinder gegenüber ihren Eltern haben. Der Therapeut agiert als reale Person, die sich zuweilen selbst in die Beziehung einbringt. Zum anderen wird Übertragung durch das unmittelbare akzeptierende Eingehen des Therapeuten auf die Gefühle und Wahrnehmungen des Klienten verhindert. Einhergehend mit Empathie wird so die Auseinandersetzung des Klienten mit sich selber stark stimuliert, wodurch der Klient seine eigenen Übertragungen relativ schnell als solche erkennt und sie aufgibt. In der Psychoanalyse dagegen werden Übertragungseinstellungen geradezu hervorgerufen, um sie zum Gegenstand der Auseinandersetzung mit frühkindlichen Erfahrungen zu machen. Durch die geringere Kontakthäufigkeit und die kürzere Dauer der Therapie wird darüber hinaus laut Pfeiffer (1977) ebenfalls die Bildung des Übertragungsphänomens nicht begünstigt. Mehrere Beispiele dazu, wie Gesprächspsychotherapeuten mit Übertragungserleben des Klienten umgehen, finden sich in Rogers (1972).

6.4 Formen des Setting

Jede Behandlung gliedert sich prinzipiell in die vortheraeutische Phase, die Psychotherapie und nachtherapeutische Phase. Normalerweise meldet sich der Klient aufgrund seiner persönlichen Schwierigkeiten freiwillig bei einem in der Gesprächspsychotherapie ausgebildeten Diplom-Psychologen an. Vorausgegangen ist häufig eine persönliche Empfehlung von Bekannten oder die Überweisung durch einen

Arzt bzw. aus einer Institution der psychosozialen Versorgung. In einem Vorgespräch kann der Klient sich über Einzelheiten der Psychotherapie informieren. Es dient ebenfalls als Probegespräch, in dem der Klient von seinen Problemen erzählt und der Therapeut die Wirkung einzelner klientenzentrierter Interventionen prüft. So kann die Eignung des Klienten für diese Therapieform ermittelt werden. Der Klient wird mit folgenden Gesichtspunkten vertraut gemacht:

Der Klient soll frei und offen seine Gefühle ausdrücken und über das sprechen, was ihm Probleme oder Schwierigkeiten macht. Die Themen bestimmt er selbst. Dabei bemüht sich der Psychotherapeut zunächst, alles zu verstehen, was der Klient über sich selbst ausdrückt, und teilt das Verstandene dem Klienten mit, so daß dieser sich weitergehend mit sich selbst auseinandersetzen kann. Der Therapeut gibt keine Ratschläge zur Problemlösung. Es wird dabei davon ausgegangen, daß der Klient, nachdem er sich etwas mehr kennengelernt hat und in Ruhe über sich reflektiert hat, selbst fähig wird, angemessene Lösungen für seine Probleme und psychischen Schwierigkeiten zu finden. Normalerweise findet ein Gespräch von 40 — 60 Minuten Dauer pro Woche statt. In Ausnahmefällen können häufigere Kontakte zustande kommen. Die Anzahl der Kontakte insgesamt richtet sich nach der Art und Weise der Probleme und hängt davon ab, wie er und der Therapeut zusammenarbeiten können. Eine Prognose kann hier nicht gestellt werden. Einige Klienten kommen mit 10 — 20 Therapiestunden aus, andere brauchen 50 oder mehr.

Nach etwa 5 Sitzungen soll Bilanz gezogen werden über die Art und Weise der Therapie und die Hoffnungen bezüglich der Fortschritte. Auch über die Zufriedenheit mit der bisherigen Zusammenarbeit sollte zu diesem Zeitpunkt nachgedacht werden.

Bei einem Verdacht auf körperliche Ursachen für die psychischen Schwierigkeiten wird der Besuch eines Arztes empfohlen.

Von allen therapeutischen Gesprächen werden Tonbandaufnahmen angefertigt, wenn der Klient dem schriftlich zustimmt. Dadurch kann der Therapeut sich selbst kontrollieren und andererseits sich auch mit Kollegen über bestimmte Punkte auseinandersetzen.

Nach jeder Sitzung füllen der Therapeut und der Klient einen Therapiebegleitfragebogen aus. Dieser ermöglicht zum einen, immer wieder neu über bestimmte Aspekte der Therapie nachzudenken, und zum anderen eine gewisse Prognose über den Erfolg der Behandlung. Vor Beginn und nach Abschluß der Therapie erfolgt eine psychodiagnostische Untersuchung von etwa ein- bis zwei Stunden Dauer. In erster Linie sollen hierdurch die Effekte der Behandlung erfaßt werden. Als

diagnostische Instrumente werden Persönlichkeitsfragebögen, Symptomlisten, problemorientierte Fragebögen, Anamnesefragebögen u.a. eingesetzt (vgl. *Zielke 1982*).

In der Gesprächspsychotherapie wird Wert darauf gelegt, daß Therapeut und Klient sich als gleichberechtigte Partner verstehen. Deshalb sitzen sie sich in der Regel an einem Tisch schräg gegenüber.

Eine gründliche Vorbereitung der Klienten auf die Psychotherapie hat sich als nützlich erwiesen. Oftmals werden sogar Video-Aufnahmen aus therapeutischen Behandlungen mit anderen Klienten gezeigt, um Mißverständnisse auszuräumen und die Erwartungen des Klienten in eine bestimmte Richtung zu lenken. (*Suckert-Wegert 1976*).

Ist die Behandlung beendet, treffen sich Therapeut und Klient in der Regel zu einem Nachgespräch, um Bilanz zu ziehen über die Wirkung und Nacheffekte der Therapie. Dabei werden auch die Ergebnisse der psychodiagnostischen Untersuchung besprochen.

Eine Verpflichtung für den Klienten zum Absolvieren einer bestimmten Stundenzahl besteht nicht. Der Klient kann zu jedem Zeitpunkt die Behandlung ohne Konsequenzen abbrechen.

Bei der Therapie mit mehreren Personen ist das Vorgehen grundsätzlich ähnlich. In der Paartherapie, Familientherapie und Gruppentherapie wird entweder mit einem oder mit zwei Therapeuten (ein männlicher und ein weiblicher Therapeut) gearbeitet. Oftmals gehen Einzeltherapien voraus (*Mente und Spittler 1980*).

7. Anwendung der Gesprächspsychotherapie

7.1 *Klinische Anwendungsbereiche, Indikationen und Kontraindikationen*

Im Jahre 1942 beschreibt *Rogers* 8 Kriterien, die ein Klient erfüllen sollte, um eine hohe Wahrscheinlichkeit für eine erfolgreiche Psychotherapie zu besitzen:

1. „Das Individuum steht unter Spannung, die sich aus widersprüchlichen und persönlichen Wünschen oder aus dem Konflikt zwischen sozialen Forderungen der Umgebung und persönlichen Bedürfnissen ergeben. Die so erzeugte Spannung ist stärker als der Druck, den das Ausdrücken seiner Gefühle in Bezug auf diese Probleme zur Folge hat.
2. Das Individuum verfügt über einige Fähigkeit, mit dem Leben fertig zu werden. Es besitzt genügend Stabilität, um eine gewisse Kontrolle über die Elemente seiner Situation ausüben zu können. Die Umstände, denen es sich gegenüber sieht, sind nicht so ungünstig oder unabänderlich, als das es unmöglich für das Individuum wäre, sie zu kontrollieren oder zu verändern.

3. Es besteht die Möglichkeit, daß das Individuum seine konflikterzeugenden Spannungen in Kontakten mit dem Berater ausdrückt.
4. Das Individuum ist imstande, diese Spannungen oder Konflikte entweder verbal oder durch irgendein anderes Medium auszudrücken. Der bewußte Wunsch nach Hilfe ist vorteilhaft, aber nicht unbedingt notwendig.
5. Das Individuum ist emotionell wie räumlich in angemessener Weise von familiärer Kontrolle unabhängig.
6. Es ist in angemessener Weise frei von übermäßiger Labilität, insbesondere von Labilität organischer Natur.
7. Es verfügt über eine angemessene Intelligenz, um mit seiner Lebenssituation fertig zu werden.
8. Es ist alt genug, um sich einigermaßen unabhängig mit dem Leben auseinanderzusetzen, und jung genug, um über eine gewisse Elastizität zur Anpassung zu verfügen. Also ungefähr zwischen 10 und 60 Jahre" (Rogers 1942, S. 76-77).

Später lehnt Rogers (1951) es ab, eine Indikation zu bestimmen. Er hält diese Liste, insbesondere die Punkte (5.) und (8.) für falsch und ist der Auffassung, daß hierdurch beim Psychotherapeuten diagnostizierende Haltungen hervorgerufen werden. Das widerspricht den philosophischen Aussagen der klientenzentrierten Orientierung und könnte den therapeutischen Prozeß behindern. Damit wird die Gesprächspsychotherapie zu einem Breitbandverfahren erklärt.

„Wir sind der Ansicht, daß der Versuch, der Anwendbarkeit einer solchen Therapie dogmatische Grenzen zu setzen, keinen Vorteil bringt. Wenn es gewisse Arten von Individuen gibt, die nicht empfänglich sind oder für welche die klientenbezogene Therapie kontraindiziert ist, dann werden Erfahrungen und Forschung zeigen, welche Gruppen das sind. In der Zwischenzeit wird der Mangel an definitivem Wissen über die Gruppen, für die die klientenbezogene Therapie mehr oder weniger erfolgreich sein kann, kein Grund zur Besorgnis sein, da unsere klinische Erfahrung zeigt, daß diese Therapie dem Individuum offenbar keinen Schaden zufügt. Wenn bei der Beratung durchgehend von einem klient-bezogenen Ansatz ausgegangen wird, dann kommt es unserer Beurteilung nach sehr selten vor, daß der Klient aus der Erfahrung gestörter hervorgeht, als er es zuvor war" (Rogers 1951, S. 214).

Diese Auffassung, — auch wenn sie durch keine empirische Untersuchung untermauert ist — macht Forschungsvorhaben zur Indikation selbstverständlich überflüssig. Von Rogers ist sie auch nicht betrieben worden. Sein Bestreben bestand konsequenterweise darin, grundlegende Aussagen der klientenzentrierten Orientierung auf Lern- und Erziehungssituationen sowie auf nahezu alle Bereiche, in denen zwischenmenschliche Beziehung eine große Rolle spielt, auszudehnen. Damit bekam die Anwendung von Prinzipien aus der Gesprächspsychotherapie zugleich einen präventiven Charakter. In einem großen Ausmaß erfolgte eine Resonanz in unterschiedlichsten Sozial- und Helfersituationen, wie z. B. in der Telefonseelsorge, der Eheberatung und -therapie, der Kindertherapie, der Gruppentherapie und in Encounter-Gruppen, in der Aus- und Weiterbildung von Lehrern und Erziehern,

Eltern, Theologen, Altenpflegern, Strafvollzugsbeamten, Juristen, Managern, Ärzten, Bewährungshelfern usw. Forschungsbefunde aus diesen Bereichen belegen grundsätzlich die Nützlichkeit dieses Vorgehens.

Dennoch wird der Verzicht Rogers auf die Bearbeitung der Indikationsfrage in letzter Zeit heftig kritisiert. So machen *Biermann-Ratjen, Eckert und Schwartz (1979)* darauf aufmerksam, daß sehr viele Klienten mit ungeklärter psychischer Problematik zu Gesprächspsychotherapeuten überwiesen werden. Das ist auf fehlende Indikationsregeln zurückzuführen.

„Selbst wenn man davon ausgeht, daß Psychotherapie im eigentlichen Sinne niemandem schaden kann, so kann doch der Umstand, überhaupt Psychotherapie-Patient gewesen zu sein, sich ausgesprochen schädlich auswirken: z. B. für Einstellungs- oder Beschäftigungschancen, für Sorgerechtsentscheidungen, für das allgemeine soziale Ansehen überhaupt bzw. für den Respekt, den andere Menschen einem entgegenzubringen bereit sind. Erst recht kann der Versuch einer Psychotherapie, die den gewünschten Behandlungserfolg nicht nach sich zieht, eine Enttäuschung darstellen, die Krankheitswert bekommen kann (ich bin ein unbehandelbarer psychisch kranker Mensch)“ (*Biermann-Ratjen, Eckert und Schwartz 1979, S. 115*).

Diese Auswirkungen dürften in der Bundesrepublik häufiger auftreten als in den Vereinigten Staaten, weil dort die Bevölkerung ein wesentlich aufgeschlosseneres Verhältnis zur Psychologie besitzt, während in der BRD noch wesentlich ausgeprägtere negative Vorurteile, insbesondere in ländlichen Regionen, zu finden sind. Das Eingeständnis der Notwendigkeit, sich einer psychotherapeutischen Behandlung zu unterziehen, ist für viele Personen mit einer Minderung des Selbstwertgefühls verbunden. Zudem wird die Gesprächspsychotherapie in der BRD in erster Linie als klinisch-psychologisches Heilverfahren zur Behandlung psychischer Störungen angewandt. Deshalb erscheint eine Auseinandersetzung mit Indikationsfragen außerordentlich bedeutsam. Bisher konnten zahlreiche psychische Störungen erfolgreich behandelt werden. Dazu gehören:

- „— Psychoneurotische Persönlichkeitsstörungen (z. B. allgemeine Ängste, Unsicherheit, Minderwertigkeitsempfindungen, Entscheidungsschwierigkeiten, Konzentrationsmängel, Kontaktstörungen, sexuelle Probleme, Hemmungen, Leistungsstörungen, Stimmungsschwankungen);
- Psychiatrische Persönlichkeitsstörungen (Phobien, Depressionen, Zwänge, Borderline-Symptome, Schizophrenien, Wahnvorstellungen);
- Psychosomatische Persönlichkeitsstörungen (z. B. Asthma Bronchiale, Ulcus, usw.)“ (*Howe und Minsel 1981, S. 184*).

Die Symptomatik als Indikationskriterium zu nehmen, hat sich jedoch als wenig effektiv erwiesen. Zum einem, weil auch andere Therapieformen die genannten Symptome erfolgreich behandeln können,

und zum anderen, weil auch negative oder keine Behandlungseffekte nachweisbar waren. Nach der Theorie psychischer Störungen der klientenzentrierten Orientierung ist dieses auch nicht anders zu erwarten. Denn als Störung der Persönlichkeit bzw. der Persönlichkeitsentwicklung sieht Rogers einzig und allein eine Inkongruenz zwischen Selbststruktur und organismischer Erfahrung an. Daraus könnten sich dann unterschiedliche Symptombilder entwickeln. Daraus folgt, daß eine Gesprächspsychotherapie immer dann indiziert ist, wenn der Klient tatsächlich unter eine Inkongruenz leidet, unabhängig vom Symptombild. Vorausgesetzt ist natürlich, daß es sich tatsächlich um eine psychische Störung handelt. Weiterhin sollte der Klient in der Lage sein, das vom Therapeuten ausgehende Beziehungsangebot annehmen zu können, zumindest in einem gewissen Ausmaß. Zudem sollte er in der Lage sein, eine Beziehung zu sich selber aufzunehmen, d.h. auch, sich mit sich selbst als Person auseinandersetzen zu können. Auch in seiner eigenen Einschätzung sollte der Klient als Ursache für seine Störungen ein gewisses Ausmaß an Inkongruenz annehmen bzw. von der Aufhebung der Inkongruenz sich die Lösung bzw. Klärung seiner Probleme versprechen (Biermann-Ratjen, Eckert, Schwartz 1979, S. 122). Ob bei einem Klienten diese Merkmale vorhanden sind, läßt sich am besten durch ein Vorgespräch bzw. eine Probebehandlung (3-5 Sitzungen) feststellen. Der Psychotherapeut sollte dabei auf das Ausmaß an Selbstexploration, die Intensität der Auseinandersetzung des Patienten mit sich selbst, seine gefühlsmäßige Beteiligung, sowie das Ausmaß der Akzeptierung eigener Gefühle achten (Schwartz 1975).

7.2.1 Gesprächstherapie mit Erwachsenen

Einzelsitzungen mit Erwachsenen stellen bis heute die häufigste Form der Gesprächspsychotherapie dar. Die meisten Untersuchungen und Erfahrungsberichte beziehen sich auf diese Standardsituation. Schwab und Tönnies (1983) geben einen Überblick über neuere Erfolgs- und Vergleichsstudien. Einige davon sollen im folgenden kurz referiert werden.

So untersuchte Feindt (1978) die Effekte der Behandlung bei Klienten mit geringer Schulbildung (60% Hauptschulabschluß, keine Abiturienten). Als Auswirkung der Therapie zeigte sich durch einen Vergleich zwischen der Therapiegruppe (N = 52) mit der Wartegruppe (N = 53), daß im Durchschnitt das Ausmaß an emotionaler Labilität, Depressivität und Gehemmtheit signifikant vermindert worden und positive Selbstkommunikation deutlich angestiegen ist. 80% der Klienten schätzen die Therapie als erfolgreich ein; 10% der Klienten ging es nach der Behandlung schlechter als vorher. Die Autorin führt die Ursache für nicht erreichte bzw. destruktive Effekte auf schlechte Leistungen der Therapeuten zurück, die den Klienten keine hohen Ausprägungen in den

drei Einstellungsmerkmalsbereichen anboten. Jedoch hatten die erfolgreichen Klienten im Vortest positivere Vorerwartungen und höhere Intelligenzwerte.

Boeck-Singelmann (1978) analysierte die Auswirkungen von Team-Therapien. D.h. ein Klient wird von zwei Therapeuten behandelt. Dabei ist einer der Ausbilder des anderen. Die Therapiegruppe bestand aus 29 Klienten, die Kontrollgruppe aus 19 Klienten. Zusätzlich zu den eben genannten Effekten wurden hierbei besonders stark psychosomatische Beschwerden reduziert (Magenschmerzen, Herzbeschwerden, Kreislaufstörungen, Kopfschmerzen). Hier zeigte sich, daß die erfolgreicherer Klienten signifikant mehr Therapiesitzungen brauchten als die weniger erfolgreichen, 13% der Klienten brachen die Therapie ab.

Nach vergleichbaren Versuchsplänen sind zahlreiche Forschungsarbeiten in unterschiedlichsten Varianten durchgeführt worden. Es zeigten sich jeweils ähnliche Ergebnisse. So berichten *Tausch* und *Tausch* (1978), daß bei guten Therapeuten 80 — 90% der Klienten zu deutlichen, konstruktiven Persönlichkeitsänderungen und damit Verminderung ihrer seelischen Beeinträchtigungen kommen. Bei schlechten Therapeuten liegt dieser Prozentsatz immer noch bei 25 — 30%. Im einzelnen kann der Klient „sich tiefer, offener und in engem Kontakt zu seinem Fühlen auseinandersetzen, er horcht mehr in sich hinein, er versucht weniger, sich hinter einer Fassade zu verstecken, er verteidigt sich weniger, er kann besser mit seinen Erfahrungen und seinem Fühlen umgehen, er läßt die Fülle seiner Erfahrungen relativ frei in sein Selbst eingehen, er vertraut mehr seinem Fühlen und der Auseinandersetzung mit seinem Selbst, er kann besser mit sich selbst umgehen, er kommuniziert mit sich selbst besser, Erfahrung, gegenwärtiges Fühlen sowie Handeln sind mehr integriert, er ist mehr zu selbständiger Wertebildung fähig und unabhängiger von anderen, er kann Informationen besser aufnehmen, bewerten und verarbeiten, er akzeptiert sich selbst mehr, achtet sich mehr, er nimmt sein Selbst günstiger wahr, sein Selbst und seine Erfahrungen sind kongruenter“ (*Tausch* und *Tausch* 1978, S. 1927 — 1928).

Diese Effekte halten bei entsprechenden Lebensbedingungen auch nach der Therapie an. Deutlich ist jedoch auch, daß selbst unter optimalen Bedingungen immer ein gewisser Prozentsatz von Klienten keine bzw. negative Veränderungen erfährt. Das unterstreicht die Bedeutung der Indikationsstellung. Es legt die Überlegung nahe, ob nicht bei gewissen Klienten eine Erweiterung des Verhaltensrepertoires des Therapeuten notwendig ist (*Minsel* und *Bente* 1982, *Schulz* und *Seiwert* 1982, *Heinrich* 1982).

7.2.2 Gesprächspsychotherapie als Kindertherapie

Die klientenzentrierte Kindertherapie, auch klientenzentrierte Spieltherapie genannt, entwickelte sich ähnlich wie die Erwachsenenthera-

pie in Absetzung und Abgrenzung vom psychoanalytischen Vorgehen. Einen der wesentlichsten Beiträge lieferte *Axline* (1947). Sie übertrug die Prinzipien des klientenzentrierten Ansatzes auf die Behandlung von Kindern. Sie nahm auch bei Kindern die Existenz einer Tendenz zur Selbstverwirklichung, d.h. zur Entwicklung reiferer Entwicklungs- und Verhaltensweisen an. Der Therapeut verwirklicht ähnliche Einstellungs- und Verhaltensmerkmale wie in der Erwachsenentherapie. Nur beschränkt er sich nicht auf verbale Interaktionen. Vielmehr vollzieht sich die Therapie im Medium des Spiels. Eine Vielzahl kindlicher Verhaltensstörungen, wie z.B. Aggressivität, Konzentrationsstörungen, Einnässen, Einkoten, Ticks, Nägelkauen, Schüchternheit, Ängste, Mutismus u. a. konnten erfolgreich behandelt werden. Die Therapie ist jedoch auch hier auf die Entwicklung der kindlichen Persönlichkeit gerichtet und nicht so sehr auf die Behandlung eng umschriebener Verhaltensstörungen. Entscheidend dabei ist die Beziehung, die der Therapeut zum Kind aufbauen kann. Dabei soll die Initiative im Spiel grundsätzlich vom Kind ausgehen und der Therapeut soll keine Deutung oder Interpretationen anbieten. Die Art und Weise, wie das Kind seine Umwelt wahrnimmt, seine Gefühle und Einstellungen sind Gegenstand des therapeutischen Handelns. Das Spiel selbst besitzt oftmals eine kathartische Funktion. Darüber hinaus lernt das Kind allerdings häufig auch, eigene Gefühle und Verhaltensweisen genauer wahrzunehmen und Erlebnisse realitätsgerechter zu verarbeiten. Vom Therapeuten wird besondere Einfühlsamkeit verlangt, da er in der Therapiesituation auch Grenzen setzen muß, z.B. wenn das Kind mutwillig Spielzeug zerstört oder sich selber Verletzungen beibringt. Auch das Durchführen von Gruppentherapien mit 2 — 5 Kindern ist sinnvoll. Die Behandlungsdauer umfaßt meistens zwischen 20 und 30 Kontakten. Häufig werden die Eltern in irgendeiner Art und Weise in die Behandlung einbezogen, da die kindlichen Verhaltensstörungen nicht selten auf familiäre Probleme zurückzuführen sind. Eine ausführliche Fallstudie liegt u.a. auch von *Axline* (1971) vor. Weiterentwicklungen im deutschen Sprachraum nahmen vor allem *Schmidtchen* (1978) in verhaltenstherapeutischer Richtung, in psychoanalytischer Richtung *Ginott* (1966) sowie in psychoanalytischer und kommunikationstherapeutischer Richtung *Baumgärtel* (1975) vor.

7.2.3 Gesprächspsychotherapie als Familientherapie

Eine Familientherapie wird häufig dann gemacht, wenn die psychischen Beeinträchtigungen eines Mitgliedes auf die Art und Weise des Miteinander-Umgehens in der Familie zurückzuführen ist. *Pavel* (1978)

berichtet, daß meistens vor den gemeinsamen Treffen der ganzen Familie Einzelgespräche mit den Eltern und den Kindern stattgefunden haben und auch zwischen den Familiengesprächen, die in der Regel einhalb Stunden dauern und einmal pro Woche stattfinden, immer wieder angesetzt werden. Dadurch ergibt sich die Möglichkeit einer sehr individuellen Betreuung der Beteiligten. Die Familiensitzungen dienen dazu, die Fähigkeiten zur Bewältigung von affektiv besetzten Konfliktsituationen zu üben, indem das Verständnis für die einzelnen Personen und deren Sichtweise gegenseitig gestärkt wird. Die Familientherapie wird oftmals von zwei Therapeuten gemeinsam durchgeführt. Ihnen kommt hierbei eine ganz wichtige Modellfunktion für das Bewältigen von und den Umgang mit Konflikten zu. Das Prozeßgeschehen in der Familientherapie ist außerordentlich komplex, denn die Mitglieder befinden sich in der Regel in sehr unterschiedlichen sozialen Rollen und weichen in der Art und Weise ihrer Realitätswahrnehmung häufig stark von einander ab. Unter präventiven Gesichtspunkten ist ein Ansatz von *Gordon* (1972) zu erwähnen. Er beschreibt das Modell einer Familienkonferenz, in der Konflikte in Form einer sogenannten „niederlagenlosen Methode“ bearbeitet werden. Ein Konzept zur Paartherapie beschreibt *Auckenthaler* (1983).

7.2.4 Gesprächspsychotherapie in der Gerontotherapie

Die Gesprächspsychotherapie gilt allgemein als erfolgreich in der Anwendung bei alten Menschen. *Bergeest* und *Rönneke* (1979, S. 305) weisen jedoch daraufhin, daß bei älteren Klienten spezifische Lebensumstände Berücksichtigung finden müssen:

1. Umstrukturierung der Lebenssituation nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben
2. Verlust von Sozialpartnern und erhöhte Einsamkeit
3. Bewußtwerden der Endlichkeit des Daseins
4. Morbidität und damit verbundene Einschränkung der Bewegungsfreiheit
5. Mögliche Einschränkung der Handlungsfreiheit aus verschiedenen äußeren Gründen wie z. B. verschlechterte finanzielle Situation nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben oder nach dem Tod des Ehepartners.“

Somit wird für einen großen Teil der alten Menschen eine Umstrukturierung des Selbstbildes, des sozialen Lebensraumes und des persönlichen Lebensraumes zwingend notwendig (*Lehr* 1971). Bei diesen Anforderungen kann der klientenzentrierte Ansatz hilfreich sein.

Rönneke u.a. (1976) führten mit Frauen, die über 65 Jahre alt waren, wöchentliche Telefongespräche. 24 von Ihnen sprachen mit Gesprächspsychotherapeuten über ihre Probleme und 23 mit Laienhelfern. Bereits nach 8 Gesprächen stieg die Lebenszufriedenheit der Gruppe, die mit Gesprächspsychotherapeuten gesprochen hatte, ganz deutlich an. Bei den Laienhelfern waren die Veränderungen uneinheitlich. Positive Veränderun-

gen hingen zusammen mit dem Ausmaß an einfühlendem Verständnis und der Auseinandersetzung mit dem eigenen Selbst.

Bergeest u.a. (1977) untersuchten die Auswirkungen von Encounter-Gruppen mit alten Menschen. Sie verglichen altershomogene mit altersgemischten Gruppen. Die Gruppen bestanden jeweils aus 5 alten Menschen, 5 jüngeren Menschen und 2 Gesprächspsychotherapeuten bzw. ausschließlich alten Menschen. 45 alte Menschen mit einem Durchschnittsalter von 72 Jahren nahmen an den altersgemischten Gruppen teil und 38 alte Menschen mit einem Durchschnittsalter von 70 Jahren an den altershomogenen Gruppen. Die Ergebnisse sind vergleichbar denen aus der Arbeit von *Rönneke* u.a., wobei sich in den altersgemischten Gruppen konstruktivere Prozesse fanden.

Bei der Beschreibung einer gerontopsychiatrischen Rehabilitationsstation unterstreicht *Junkers* (1983), daß eine rein individuelle psychische Betreuung von alten Menschen nicht ausreicht, sondern daß auch eine therapeutische Gestaltung des gesamten Milieus unbedingt notwendig ist. Verursachend für psychische Störungen und Probleme im Alter ist sicherlich auch die soziale Situation der alten Menschen sowie das vorherrschende negative Bild vom Alter. Diese Einflüsse können auf einer breiten Ebene nicht durch Psychotherapie behoben werden. Erwähnung finden soll an dieser Stelle auch, daß der klientenzentrierte Ansatz sich auch in der Begleitung von Sterbenden als hilfreich erwiesen hat (*Koch* und *Schmeling* 1982, *Bergeest* und *Haupt* 1983).

7.3 Nicht-klinische Anwendungsbereiche

7.3.1 Gesprächspsychotherapie in der Prävention

Als klassisches Präventiv-Verfahren der personenzentrierten Richtung gilt die Encounter-Gruppe. Deren Ziel besteht nicht in der Behandlung einer psychischen Störung, sondern ganz allgemein in der Persönlichkeitsentwicklung in Richtung auf mehr psychische Gesundheit („fully functioning person“). *Rogers* hält die Encounter-Gruppe für „eine der bedeutendsten sozialen Einrichtungen dieses Jahrhunderts, da sie die Möglichkeit bietet, Entfremdung und Einsamkeit auszuschalten. Sie ermöglicht bessere Kommunikation zwischen den Menschen und hilft uns, neue Einsichten über uns selbst zu gewinnen, indem wir von anderen Menschen Informationen darüber erhalten, wie wir wahrgenommen werden. Sie dient vielen nützlichen Zwecken“ (*Rogers* 1979, S. 231).

Diese Gruppenbewegung fand ihren Anfang durch die Entwicklung sog. Trainingsgruppen von *Kurt Lewin* in den 40er Jahren. Sie dienten in erster Linie zur Ausbildung der Fähigkeit zur Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen. *Rogers* experimentierte das erste Mal mit Gruppen in den Jahren 1946 und 1947, als er den Auftrag bekam, per-

sönliche Berater für Kriegsopfer und Kriegsversehrte auszubilden. Hier beobachtete er, wie Gruppenmitglieder tiefe wichtige Erfahrungen machten, die nachhaltigen positiven Einfluß ausübten. Die große Anziehungskraft von Encounter-Gruppen erklärt *Rogers* folgendermaßen (1974, S. 18):

„Ich glaube, es ist ein Hunger nach etwas, daß der Mensch weder in seiner Arbeitswelt noch in seiner Kirche und ganz sicher nicht in seiner Schule oder auf seinem College findet. So traurig das auch sein mag — er findet es nicht einmal im modernen Familienleben. Es ist der Hunger nach engen und wirklichen Beziehungen, in denen Gefühle und Emotionen spontan, ohne Angst und Vorsicht, ausgedrückt werden können, in denen tiefe Erfahrungen — Enttäuschungen und Freuden — geteilt und Arten des Verhaltens gewagt und ausprobiert werden können. Kurz, der Hunger nach Beziehungen, die ihn dem Zustand näher bringen, in dem alles bekannt ist und alles akzeptiert wird und weiteres wachsen möglich wird.“

In der Regel treffen sich etwa 6 — 20 Teilnehmer für zwei bis fünf Tage mit ein bis zwei Psychotherapeuten. Derartige Blockveranstaltungen fördern intensive Auseinandersetzungen und Erfahrungen. Von den Therapeuten werden keine Strukturen für die Gruppenarbeit vorgegeben. Sie konzentrieren sich auf den Prozeß des unmittelbaren Gruppengeschehens und begegnen den einzelnen Mitgliedern mit der gleichen mitmenschlichen Haltung, die für die Einzeltherapie beschrieben worden ist. So wird ein Klima der psychologischen Sicherheit und des Vertrauens hergestellt, in dem die Gruppenmitglieder sich mit sich selbst auseinandersetzen können. Diese konzentrieren sich auf das Hier und Jetzt und sind dadurch in der Lage, sich zu öffnen und über die Art und Weise, wie sie bestimmte Prozesse des Gruppengeschehens in Verbindung mit sich selbst wahrnehmen, zu berichten. Nach *Rogers* (1974) verläuft der Gruppenprozeß mehr oder weniger in verschiedenen Phasen. So ist der Beginn meist durch eine allgemeine Unsicherheit gekennzeichnet. Intervalle des Schweigens wechseln ab mit höflicher oberflächlicher Interaktion. Da nichts vorgegeben wird, erkennen die Mitglieder die Notwendigkeit, etwas von sich selbst einzubringen und Verantwortung für den Gruppenprozeß zu übernehmen. Häufig ist ein Widerstand gegen persönlichen Ausdruck oder Exploration zu beobachten. Durch das Sich-Öffnen von einigen Personen werden andere Gruppenmitglieder ermutigt oder aber sie ziehen sich noch mehr zurück. Langsam beginnt danach die Phase der Beschreibung vergangener Erfahrungen und Gefühle. Im Anschluß daran werden oftmals negative Gefühle ausgedrückt, die sich gegen einzelne Mitglieder der Gruppe oder die Gruppenleiter richten können. Überraschenderweise beginnen nach solchen negativen Äußerungen die Erforschung und das Ausdrücken von persönlich wichtigem Material. Nachdem die negati-

ven Erfahrungen mit der Gruppe besprochen worden sind und der einzelne sich nicht abgelehnt gefühlt hat, ist das Vertrauen etwas gesteigert. So beginnt der Prozeß, in dem die Mitglieder sehr persönliche Dinge von sich selbst einbringen und sich selbst entdecken. Im Anschluß daran drücken die Teilnehmer auch häufig Erfahrungen und Gefühle aus, die sich unmittelbar auf einzelne Mitglieder der Gruppe beziehen. Daraus entwickelt sich die Heilungskapazität in der Gruppe, weil ein Teil der Gruppe schon gelernt hat, wie man hilfreich auf andere eingehen kann. Diese Erfahrungen des Akzeptierens und des Verständnisses in schwierigen persönlichen Belangen führt bei vielen zu einer größeren Selbstakzeptierung und zu Veränderungen in der Wahrnehmung, bzw. zur Erweiterung der Wahrnehmung. Dadurch kann es auch zu Verhaltensänderungen innerhalb der Gruppe kommen. Kennzeichnend für die Gruppenentwicklung ist ebenfalls, daß Fassaden manchmal aufgebrochen werden oder von selbst fallengelassen werden, weil die Gruppenteilnehmer sich häufig Rückmeldung über die Art und Weise, wie sie aufeinander wirken, geben. Auch außerhalb der Gruppensitzungen kommt es letztendlich zu engen hilfreichen Beziehungen zwischen den Teilnehmern, und positive Gefühle der Nähe werden ausgedrückt und erfahren.

Rogers weist jedoch auch auf gewisse Risiken und Gefahren der Teilnahme an Encounter-Gruppen hin. So kann es beispielsweise sein, daß die erreichten Persönlichkeitsveränderungen innerhalb des Gruppengeschehens nicht von Dauer sind, weil die ‚rauhe Wirklichkeit‘ danach wieder beginnt. Eigeninitiative der Teilnehmer zur Gestaltung der eigenen zwischenmenschlichen Beziehungen ist hier vonnöten. Darüber hinaus, so drückte ein Teilnehmer es einmal aus, ist die Gruppenerfahrung „keine Lebensweise, sondern eine Orientierungshilfe“. Weiterhin kann es sein, daß Teilnehmer sich nach Beendigung der Gruppe mit ihren Problemen allein gelassen fühlen. Konflikte werden zwar aufgerissen und angesprochen, jedoch nicht durchgearbeitet. Deswegen ist es notwendig, daß bei Bedarf die Möglichkeit zu weiteren therapeutischen Gesprächen eingerichtet wird. Eine weitere Gefahr liegt darin, daß innerhalb der Gruppe sehr enge, auch sexuelle, Beziehungen entstehen können. Das hat möglicherweise nachträgliche negative Auswirkungen auf bestehende Partnerschaften. Auf dieses Risiko sollte ebenfalls von seiten der Gruppenleitung hingewiesen werden. Bei der Auswahl der Gruppenteilnehmer ist darauf zu achten, daß keine psychisch beeinträchtigten Personen als Mitglieder genommen werden. Bei diesen ist die Gefahr besonders groß, daß sie durch die Grup-

penerfahrung nachträglich ungünstige Erfahrungen und Entwicklungen durchmachen.

Für den Gruppenleiter hält *Rogers* für wichtig, daß er zusätzlich zu den grundlegenden Einstellungs- und Verhaltensmerkmalen die Gruppe mit seinen eigenen Gefühlen konfrontiert und feed-back gibt. Er sollte auch hier Interpretationen über den Gruppenprozeß vermeiden. Darüber hinaus sollte er der Gruppe keine Vorschriften machen, sie nicht manipulieren oder irgendwelche Aufgaben oder Strukturen setzen. Die Gruppe soll sich in ihrem Prozeß selbst bestimmen. Nur dadurch wird persönliches Wachstum ermöglicht. Als Gruppenleiter eignen sich keine Personen mit großen eigenen persönlichen Problemen, in der Regel sind eine Ausbildung und sehr viel Erfahrung erforderlich. Am besten geeignet sind Gesprächspsychotherapeuten.

Rogers (1970) beschreibt Anwendungsmöglichkeiten von Encounter-Gruppen in der Industrie, innerhalb kirchlicher oder staatlicher Institutionen, für die Überwindung von Vorurteilen zwischen verschiedenen rassischen Gruppen, für Familien, für Ehepaare, für Generationskonflikte, innerhalb von Erziehungsinstitutionen usw. Bekanntgeworden ist ein Encounter-Treffen zur Verminderung interkultureller Spannungen in Nord-Irland. Dieses wurde von *Rogers* und *Rice* im Jahre 1972 mit neun Personen aus Belfast durchgeführt. Fünf davon waren Protestanten und vier Katholiken. Die Gruppensitzungen dauerten insgesamt 16 Stunden. Zwischen den Personen sollte offene Kommunikation und Verständnis für die Position des anderen gefördert werden. *Rogers* (1978) berichtet, daß die ersten Sitzungen gekennzeichnet waren durch Beschreibungen von Hoffnungslosigkeit, Brutalität und Verzweiflung über das Alltagsleben. Es wurde über die Angst geredet, nahestehende Angehörige zu verlieren, über Erfahrungen von gewalttätigen Auseinandersetzungen und von der Art und Weise, wie unter diesen fürchterlichen Bedingungen das Leben gestaltet werden kann. Trotz dieser sehr trennenden Erlebnisse berichtet *Rogers*, daß das Verständnis zwischen Katholiken und Protestanten zunehmend wuchs und man in der Gruppe bereit war, Verzweiflung und Angst des anderen tatsächlich zu verstehen. Nach Beendigung des Encounters bestand die Gruppe sogar weiter und man traf sich im Haus eines Teilnehmers. Dieses Encounter-Treffen wurde gefilmt, jedoch lehnte das Irische Fernsehen die Ausstrahlung wegen des kontroversen Charakters des Films ab. Es gab Hinweise dafür, daß auch die britische Armee ihren Einfluß geltend gemacht hat, um zu verhindern, daß das englische Fernsehen den Film sendet, weil kritische Äußerungen über deren Aktivitäten in Nord-Irland zu hören waren. *Rogers* hebt hervor, daß

bei Vorführungen des Films in Nord-Irland die Forderung laut wurde, daß Gruppenhelfer in einer großen Anzahl ausgebildet werden sollten, um Encounter-Gruppen mit Personen aus bestimmten Straßenzügen und in vielen Gemeinden durchzuführen. Rogers verbucht diese kurze Erfahrung als Erfolg und stellt fest, daß die intendierten Ziele erreicht worden sind. Somit weist er der Encounter-Bewegung auch eine potentielle politische Bedeutung zu.

Im deutschen Sprachraum haben hauptsächlich *Tausch* und *Tausch* (1979) die Auswirkungen von Encounter-Gruppen untersucht.

So analysierten *Bergeest*, *Steinbach* und *Tausch* (1980) die Gesprächsinhalte und Prozeßvorgänge von neun 2 1/2 tägigen Encounter-Gruppen mit insgesamt 90 Teilnehmern. Am häufigsten wurde über Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen gesprochen. Die Auswirkung der personenzentrierten Haltungen der Gruppenleiter förderte sehr stark die Selbstöffnung der Mitglieder. Diese gaben an, daß sich ihre Unzufriedenheit mit dem eigenen Verhalten und ihre emotionalen Schwierigkeiten deutlich verringern. Körperliche Beschwerden, Schwierigkeiten mit äußeren Lebensumständen und Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen blieben jedoch unverändert.

Witter und *Tausch* (1978) fanden bei einer Untersuchung von 26 Lehrern, die an 2 1/2tägigen Gesprächsgruppen zusammen mit Psychotherapeuten teilnahmen, ähnliche Ergebnisse. Im Vergleich zu einer Wartegruppe zeigten sich deutliche Verbesserungen in persönlichen und schulischen Schwierigkeiten. Diese bestanden auch 4 Monate später noch fort. Die meisten Lehrer (80- 90%) lernten besser mit sich umzugehen und zeigten ein größeres Ausmaß an Einfühlung gegenüber ihren Schülern. Sie waren in der Lage, günstigere Arbeitsatmosphäre in der Schulklasse herzustellen, und beurteilten auch 4 Monate später die Teilnahme am Encounter als hilfreich, sowohl in persönlicher als auch beruflicher Hinsicht.

Rogers' Hoffnung, daß die Durchführung von Encounter-Gruppen einen Beitrag zur Lösung von politischen Problemen, gesellschaftlichen und internationalen Spannungen leisten kann, widerspricht *Mann* (1979) ganz entschieden. Er bezeichnet diese Auffassung als unrealistisch, naiv und als illegitime Grenzüberschreitung. Sie „eignen sich... durchaus zur Modifikation menschlicher Einstellungen, Verhaltens- und Kommunikationsweisen in einem durchaus größeren sozialen Feld als in demjenigen der geschlossenen psychotherapeutischen Kleingruppen. Sie können in einzelnen Fällen auch organisatorisch-strukturelle Veränderungen im kleineren, d.h. institutionellen Bereich bewirken. Sie sind aber kein Medium für eine direkte, unmittelbare und umfassende Einwirkung auf sozio-ökonomische und sozio-kulturelle Systeme und Strukturen unserer Gesellschaft“ (*Mann* 1979, S. 248 - 249).

7.3.2 Soziotherapie

Unter Sozio- bzw. Sozialtherapie werden nach *Feuchter* (1977, S. 169) „alle klinisch-psychologischen Interventionsverfahren subsum-

miert, die die Soziogenese des Individuums und seine soziale Verflochtenheit im Kontext seiner Umwelt mit berücksichtigen". Für die klientenzentrierte Orientierung muß festgestellt werden, daß sie sich um eine Integration von soziogenetischen mit individual-genetischen Aspekten bei der Behandlung von psychischen Störungen nie gekümmert hat. Soziogenetische Konzepte klientenzentrierter Richtung liegen nicht vor. Psychische Beeinträchtigungen, die wesentlich durch das soziale Milieu bzw. die Subkultur bedingt sind, wie z. B. Drogenabhängigkeit und Delinquenz, können deswegen kaum erfolgreich mit Gesprächspsychotherapie behandelt werden (Minsel und Howe 1983). Feuchter (1977) fordert hier zu Recht eine Revision der klientenzentrierten Theorien, damit soziale Bedingungsfaktoren nicht weiter außer acht gelassen werden. Sie kritisiert in diesem Zusammenhang die Einengung der Störungskonzeption auf eine Behinderung der Selbstaktualisierungstendenz.

7.3.3 Pädagogik

Stärker als auf anderen Gebieten hat das Gedankengut der klientenzentrierten Orientierung in der Pädagogik Resonanz gefunden. Bei einer Bestandsaufnahme der herkömmlichen Erziehung trifft Rogers (1980, S. 129, 132) folgende Charakterisierung:

- „1. Der Lehrende besitzt die Kenntnis, der Lernende ist der intendierte Empfänger.
2. Die Vorlesung oder eine andere Art verbalen Unterrichts ist das Hauptmittel, dem Empfänger Kenntnis zu vermitteln. Die Prüfung mißt, in wie weit der Lernende sie aufgenommen hat. Dies sind die zentralen Elemente, dieser Art von Erziehung.
3. Der Lehrende besitzt die Macht, der Lernende gehorcht.
4. Macht durch Autorität ist die im Klassenzimmer gültige Politik.
5. Vertrauen wird klein geschrieben.
6. Die Subjekte (die Lernenden) werden am besten dadurch regiert, daß man sie periodisch oder dauernd in einem Zustand der Angst hält.
7. Die Demokratie und ihre Werte werden in der Praxis ignoriert und verachtet.
8. Im Bildungssystem ist kein Platz für die ganze Person, sondern nur für ihren Intellekt.“

Die Grundzüge des personenzentrierten Lernens beschreibt er folgendermaßen (Rogers 1980, S. 133-34):

- „1. Vorbedingung: ...ein Mensch, der in einer Situation als Autoritätsperson wahrgenommen wird, ist seiner selbst und seiner Beziehung zu anderen sicher genug, so daß er auf die Fähigkeiten anderer, selbst zu denken und zu lernen, zutiefst vertrauen kann.
2. Die helfende Person teilt sich mit den anderen — mit den Schülern, möglicherweise deren Eltern oder Mitgliedern der jeweiligen Gemeinde — in die Verantwortung für den Lernprozeß.
3. Die helfende Person schafft Lernmöglichkeiten aufgrund ihrer Person, ihrer Erfahrung, sei es aus Büchern, anhand von Materialien oder durch Gemeinschaftserfahrungen.

4. Der Lernende entwickelt sein eigenes Lernprogramm allein oder zusammen mit anderen.
5. Es wird ein hilfreiches Lernklima geschaffen.
6. Die Betonung liegt in erster Linie auf der Forderung eines andauernden Lernprozesses.
7. Die Disziplin, die der Lernende benötigt, um sein Ziel zu erreichen, ist Selbstdisziplin.
8. Umfang und Bedeutung des Lernens werden vom Lernenden selbst beurteilt.
9. In diesem wachstumsfördernden Klima wird das Lernen tiefer, geht schneller voran und hat größeren Einfluß auf das Leben und Verhalten des Lernenden als der herkömmliche Unterricht."

Im deutschen Sprachraum sind weitere Differenzierungen und Präzisierungen von *Tausch* und *Tausch* (1973), *Minsel, Kaatz und Minsel* (1976) sowie von *Wagner* u.a. (1976) vorgenommen worden.

8. Evaluation und Forschung zur Gesprächspsychotherapie

Als Charakteristikum für die klientenzentrierte Orientierung gilt eine enge Verflechtung zwischen Praxis und Forschung. So hebt *Bergin* (1966) noch hervor, daß die Gesprächspsychotherapie die einzige intervieworientierte Methode ist, die durch Forschung ihre Gültigkeit und Wirksamkeit unterstreichen konnte. Von Bedeutung ist in diesem Zusammenhang jedoch die Art und Weise der Forschung. Ein rein experimentelles Vorgehen, bei dem bestimmte Therapiebedingungen experimentell variiert werden, ist schon alleine wegen der Komplexität des Forschungsgegenstandes nicht möglich (*Bommert* 1977). Denn die Anzahl der Variablen, die das Psychotherapiegeschehen beeinflussen, ist einfach zu groß. Weiterhin sind ethische Gesichtspunkte zu berücksichtigen, die ein experimentieren z.T. verbieten. Bis heute sind Fragen nach adäquaten Meßinstrumenten, Zielsetzungen und Bewertungskriterien für psychotherapeutisches Handeln nicht eindeutig zu beantworten. Für die klientenzentrierte Orientierung ist dazu auffällig, daß sie sich weniger an ihren theoretischen Konzepten als vielmehr an der Praxis orientiert. So ist es zu erklären, daß weniger die theoretischen Aussagen überprüft wurden, als vielmehr die Merkmale des therapeutischen Handelns. Diese hat *Rogers* (1942, 1951) auch eher in Form konkreten Verhaltens beschrieben, so daß eine Überprüfung der Auswirkungen leichter möglich war (*Bommert* 1977). Die Auswirkungen der Merkmale „einführendes Verständnis“, „Akzeptieren“ und „Echtheit“ sind mit Hilfe von Skalen in einer Vielzahl von empirischen Forschungsarbeiten analysiert worden (*Tausch* 1973, *Helm* 1978, u.a.). Die positiven Effekte auf die Selbstexploration des Klienten und auf konstruk-

tive Persönlichkeitsveränderungen scheint für die Einzel-, Gruppen- und Kindertherapien hinreichend belegt zu sein (*Truax und Mitchell* 1971). Grundsätzlich stellt sich jedoch die Frage nach der Angemessenheit der Forschungsmethoden gegenüber diesem Therapieverfahren humanistisch-psychologischer Prägung. Das subjektive Erleben eines Menschen und seine subjektiven Wahrnehmungen sind kaum mit objektivierenden empirischen Methoden erfassbar.

Unter Betonung der existentialistisch-humanistischen Herkunft der klientenzentrierten Orientierung fand nach *Linster* (1980) eine erneute Betonung der Bedeutung der therapeutischen Beziehung statt. Die Gestaltung der Beziehung erweiterte sich. „Die Beziehungen werden dialogischer, gleichberechtigter, stärker von Person zu Person konzipiert. Durch die Begegnung mit dem Therapeuten soll eine Aktivierung des Erlebens, eine Verbesserung der Erlebens- und Erfahrungsmöglichkeiten des Klienten erreicht werden. Aufgabe des Therapeuten ist, als Person real zugegen zu sein und durch seine Haltung und bestimmte Verhaltensweisen die therapeutische Beziehung so zu gestalten, daß der Klient Zugang zu seinem Erleben bekommt. Der Therapeut wird so un-professioneller in seinem Vorgehen und -technischer.“ (*Linster* 1980, S. 203).

Dagegen bewegt sich die empirisch-akademisch ausgerichtete Forschung eher in die Richtung, daß sie Modellvorstellungen und theoretische Konzepte wissenschaftlich überprüfen und der Forschung zugänglich machen will. Die Veränderungsvorschläge für die Praxis richten sich eher auf eine Erweiterung des konkreten therapeutischen Verhaltens. Häufig werden integrative Psychotherapietheorien und eine stärkere Anbindung an Erkenntnisse der allgemeinen Psychologie gefordert. Gleichzeitig heben *Minsel und Bente* (1982) hervor, daß in den letzten 10 Jahren die methodischen Standards für Psychotherapieuntersuchungen sich erhöht haben, daß eine stärkere Differenzierung der Untersuchungsziele stattgefunden hat. Sie sehen darin Ursachen für erneute Zweifel an der Wirksamkeit der gesprächspsychotherapeutischen Variablen. In einer neueren Arbeit zum Forschungsstand der klientenzentrierten Psychotherapie in den USA stellt *Bozarth* (1983) fest, daß die Merkmale der klientenzentrierten Orientierung in mehreren Untersuchungen an nicht-klientenzentrierten Psychotherapeuten erhoben wurden und keine Effektivität wie bisher ermittelt werden konnte. Er geht deswegen davon aus, daß die Merkmale lediglich bei Therapeuten, die auf dem Hintergrund der klientenzentrierten Philosophie arbeiten, wirksam sind. Er spricht sich deswegen zum einen dafür aus, Untersuchungsmethoden zu entwickeln, die der Analyse klienten-

zentrierter Prozesse angemessen sind, und zum anderen unterstreicht er, daß Gesprächspsychotherapie nur dann sinnvoll untersucht werden kann, wenn der Therapeut die entsprechenden charakteristischen Werthaltungen auch für sich übernimmt. Dieses Spannungsfeld zwischen charakteristischen und allgemeinen Effekten gesprächstherapeutischer Variablen und zwischen empirischen Forschungsmethoden und der Bedeutung der Subjektivität für das Individuum muß stärker bei der Planung wissenschaftlicher Untersuchungen berücksichtigt werden.

9. Fallbeispiel¹⁾

Die folgenden Interaktionen aus verschiedenen psychotherapeutischen Gesprächen eines Klienten dienen der Veranschaulichung gesprächstherapeutischen Verhaltens. Die einzelnen Ausschnitte verdeutlichen nicht den Prozeß der Behandlung, sondern nur einige mögliche Verhaltensaspekte des Psychotherapeuten, wie „das Ansprechen von Gefühlen und Erleben“, „das Konkretisieren unspezifischer Aussagen“, „aktives Bemühen“ usw. und die entsprechend beim „Kl“ stimulierten Reaktionen, wie „Selbstexploration“, „Differenzieren von Gedanken und Empfindungen“, „unmittelbares Erleben von gefühlsauslösenden Problemsituationen“ usw. „Th“ steht für Psychotherapeut, „Kl“ für Klient. Der „Th“ ist als erfahren in der GT zu bezeichnen. Der „Kl“ ist die Behandlung beim „TH“ vom Gesundheitsamt empfohlen worden, da sie bei einer Einstellungsuntersuchung über starke Depressionen klagte. Diese Problematik erwies sich als peripher. Eine auf frühkindliche Erlebnisse und Erfahrungen zurückgehende Selbstwert- und Identitätsproblematik stellte sich als der eigentliche Behandlungsfokus heraus.

Ausschnitt aus der 4. Sitzung

Kl: Na ja, das ist wahrscheinlich, äh..., also..., das ist komisch, aber nachts, wenn ich da im Dunkeln lieg, dann sollte man ein Gerät haben, das die Gedanken aufzeichnet..., da kommt was Wertvolles dabei raus und wenn ich dann hier mit Ihnen sitz, da ist dann alles weg.

Th: Was sind denn das für Gedan-

Kl: (unterbricht sehr energisch) ich sag doch, da ist wieder alles weg. Deshalb sollte man das nachts irgendwie aufzeichnen können (Th: Ja) oder aufschreiben...oder

¹⁾ entnommen: Hockel & Feldhege 1981, S. 189-193.

Th: Ja...wenn Sie jetzt einfach mal versuchen sie kommen zu lassen, diese Gedanken. Was fällt Ihnen da ein?

Kl: (Pause)...Da ist mir letzte Nacht soviel durch den Kopf gegangen...

Th: Mhm

Kl: Das wußte ich, daß das weg ist.

Th: Sie haben überhaupt keine Vorstellung mehr, was das sein könnte?

Kl: Ja doch, ich weiß nur noch, daß das... daß das eigentlich nicht das Problem ist, das...mit einem anderen Mann schlafen, das will ich auf keinen Fall. Das ist es nicht, wahrscheinlich ist es das, daß ich doch einseh, daß mein... mein Leben falsch läuft, ich kann es aber nicht ändern, weil ich einen Sohn hab, der mich braucht.

Th: Mhm

Kl: ...und solange muß ich eben noch aushalten.

Th: Was würden Sie denn verändern wollen?

Kl: Wahrscheinlich würd ich...ähm...würd ich unter alles einen Strich ziehen und würd allein leben...einfach allein leben.

Th: Mhm. Wie stellen Sie sich das vor... alleine leben?

Kl: Schwer, natürlich schwer.

Th: Mhm

Kl: (Pause) Würde mir dann vielleicht auch eine andere Arbeit suchen, obwohl — am Freitag nachmittag ging' s mir auf einmal besser, da habe ich einen Anruf bekommen (Th: Mhm), daß die Frau X sehr zufrieden war mit meiner Arbeit und da ging' s mir auf einmal ganz... wesentlich besser (Th: ja), war die Angst wie verfliegen...(lacht) (Th: Mhm). Aber jetzt ist es schon wieder (lacht) jetzt ist es schon wieder da. Das ist... (seufzt).

Th: Mhm. Wenn Sie so an Ihr Leben denken und — äh daran, daß das eigentlich so in Bahnen läuft, die Sie nicht mögen — ähm — ...was ist es da, was Ihnen da Probleme macht?

Kl: (Pause) Ja, das ist...das ist...das ist das Monotonie (stottert) im Privatleben, so, das ist einfach, einfach, nicht...nicht...ich...mein Mann spricht sehr wenig und — das fehlt mir irgendwie... ich...daß ich jemand hab, mit dem ich sprechen kann.

Th: Ja, Sie möchten eigentlich etwas Pep haben in der Beziehung.

Kl: Ja, ich äh...ich äh brauch einfach jemand, mit dem ich spre... einfach normal sprechen kann... das kann ich nicht. (Sehr unruhige Gestik, verspricht sich ständig)

Th: Ja. Das würde Ihnen eigentlich schon reichen, wenn Sie —

Kl: (barsch) Ja, das würde mir schon viel helfen.

Th: Mhm

Kl: ...deshalb ich mein, ich... ich...

Th: Mhm, aber eigentlich alles wär das noch längst nicht.

Kl: (Pause) Ach, da wär ich schon sehr zufrieden damit. (lacht)

Th: Ja

Kl: Doch, doch.

Th: Was ist es, was Sie sonst noch wollen?

Kl: Auf jeden Fall nicht das, was Sie denken!(lacht)

Th: Ja, was denk ich denn?

Kl: Nein. Na ja, Sie denken, ich brauch unbedingt jemanden, mit dem ich ins Bett gehen kann, das ist aber nicht wahr. (sehr schnell)

Th: Mhm

Kl: Das ist es nicht.

Th: Was ist es, woran Sie denken?

Kl: (Pause, räuspert sich) Daß ich jemand hab, mit dem ich...äh...über alles sprechen kann... das kann ich nicht, mein Mann verschließt sich immer gleich und will nichts davon wissen... das, das ist ihm egal, was ich tu, wie's mir geht, er fragt nicht nach der Arbeit, nichts. Das ist...

Th: Eigentlich möchten Sie so jemanden haben, der... für den Sie fast der Mittelpunkt sind.(Pause)

Kl: Ja...auf jeden Fall mehr wie so...das ist... wenn mein Sohn da, der kommt ab und zu mal und will was wissen oder so...das...

Th: Mhm. Das ist das einzige, was Sie überhaupt kriegen an Zuwendung — äh — und Liebe.

Kl: ...Hm, so ziemlich, ja... vielleicht bin ich auch dran schuld, kann ja sein...

Th: Sie haben so den Eindruck, in der Beziehung zu meinem Mann verrockne ich eigentlich

Kl: Mhm (lacht). Bin ich schon verrocknet und.. und.. daraus kommt das dann, daß ich immer wieder ab und zunehme.

Th: Ja, Sie erleben sich richtig verdorrt.

Kl: Na ja, das ist so...

Th: Was bedeutet das für Sie?

Kl: (Pause) (leise) Es ist sehr schlimm. Es ist... (lacht)

Th: Mhm. Sie müssen fast darüber lachen, wenn Sie das so sagen.

Kl: Na ja, ich...ich...ich...könnt...es ist...wirklich zum Lachen, weil... weil... weil mir das vielleicht niemand glaubt... es ist aber so.

Th: Mhm. Sie selber — äh — wenn Sie sich so anschauen, würden eigentlich eher das große Heulen kriegen.

Kl: (Pause) (erstarrt)

(sehr schnell, fast unverständlich) Das will ich nicht, selber übermich heulen, ich bin ja selber schuld. (lacht)

Th: Ja, Sie müssen... was so hochkommt in Ihnen, müssen Sie eigentlich dauernd runterschlucken.

Kl: Na ja, wenn ich' s nicht runterschluck...da...

Th: Was ist dann?

Kl: Dann gibt' s einen Krach und...

Ausschnitt aus der 14. Sitzung

Th: Was haben Sie sich vorgenommen für heute?

Kl: Ich hab mir schon was vorgenommen. Sie sagen, Sie möchten so gern, daß ich Vertrauen hab ... Gut, das ist auch in Ordnung. Für mich ist aber besonders wichtig, daß jetzt zum Beispiel Sie zu mir Vertrauen haben.

Th: Hm.

Kl: Das ist mir nämlich noch viel wichtiger.

Th: Irgendwo haben Sie den Eindruck, daß ich Ihnen eigentlich nicht vertraue.

Kl: Nein, ich hab nicht den Eindruck, daß Sie mir nicht vertrauen, aber ich hab keine sichtbaren Beweise.

Th: Was meinen Sie damit? Was wollen Sie haben?

Kl: Das ist schwer auszudrücken. Ich mein, daß man jemand hat... daß man sicher ist, man hat jemand... ach... zu dem, dem man alles sagen kann und der zu einem hält, ob' s einem schlecht geht oder gut geht... aber... (seufzt)...

Th: Ja, Sie haben den Eindruck, ich bin eigentlich nur für das gute Wetter da.

Kl: Ich, ich, ich... weiß eben nicht, wo ich dran bin,... und, und, und wenn ich nicht, wenn ich das nicht weiß, daß jemand zu mir... genauso Vertrauen hat... dann ist es einfach schlecht, dann ist...

Th: Was meinen Sie denn mit diesem „zu Ihnen halten“?

Kl: (seufzt) Daß man mir sagt, genau was man von mir denkt. Einfach nicht nur abfragt, sondern sagt, so bist du, und das denk ich von dir, also einfach sagt, was man von mir denkt... und... aber das ist wahrscheinlich zu viel verlangt.

Th: Was bedeutet Ihnen das, wenn ich Ihnen sagen würde, was ich denke?

Kl: Das wär mir sehr wichtig und würde mir sehr viel bedeuten.

Th: Wofür?

Kl: Das würde mir beweisen, daß Sie Vertrauen haben.

Th: Was verstehen Sie unter Vertrauen?

Kl: Einfach, wenn man sich auf jemanden voll und ganz verlassen kann... und der eine, dem man wirklich alles sagen kann, ohne das der andere die Freundschaft sozusagen abbricht. Ich mein, da gehört allerhand dazu und das gibt es sehr selten... und... solche Menschen, die so zueinander halten, die hab ich eben nicht.

Th: Sie sagen: Ich möchte dich eigentlich als Freund haben.

Kl: Ja, in dem Sinne... wie das Freundschaft unter Männern oder unter Frauen gibt,... solche Freundschaften mein ich.

Th: Es stört Sie einfach, daß es in unserer Situation etwas gibt, das Sie immer wieder darauf hinweist: hier ist eine Schranke. Hier geht es um etwas ganz anderes.

Ausschnitt aus der 20. Sitzung

Kl: Ich, ich, ich,... ich genier mich einfach,... Ich möcht eigentlich nicht weinen.

Th: Hm... Ich muß stark sein.

Kl: Ja, aber wie

Th: Hm...

Kl: Wenn Sie mir da ein Rezept verraten können, ist alles gut... vielleicht.

Th: Kann ich Ihnen... Sagen Sie: Ich darf schwach sein.

Kl: (heftig) Dann geht es von morgens bis abends so. Das geht nicht.

Th: Was geht nicht?

Kl: Ein Leben lang schwach sein.

Th: Wo Sie's doch sind.

Kl: ... Ja, aber ich sollte es nicht sein.

Th: Wer sagt das?

Kl: Das sag ich mir... und damit, damit..., dann....

Th: Was passiert, wenn sie schwach sind?

Kl: (laut) Dann bin ich ganz allein und dann ist keiner da, der mir hilft. Wenn einer schwach ist, dann muß man demjenigen doch helfen. Nur hab ich niemand.

Th: Sie haben eigentlich immer festgestellt, wenn es mir wirklich dreckig ging und ich anderen gezeigt habe, daß ich von anderen was brauchte, dann war eigentlich niemand da.

Kl: Doch,... das ist jetzt so, aber früher war das eigentlich anders, als, als... ich Schwierigkeiten irgendwie hatte, hat mir mein Vater immer geholfen. (Weint nicht mehr)

Th: Da sind Sie sicher, daß er Ihnen geholfen hat, wenn Sie Schwierigkeiten hatten.

- Kl: Ja. (schnieft wieder)
- Th: Hat er Ihnen geholfen, wenn Sie Schwierigkeiten mit sich hatten?
- Kl: (zuckt mit Schultern) Was heißt „mit sich“... wenn ich, wenn ich berufliche Schwierigkeiten hatte.
- Th: Das ist eigentlich das, was Sie brauchen.
- Kl: (schlägt mit Faust aufs Knie) Es hilft mir halt niemand mehr! Und deshalb kommen die Ängste und...
- Th: Ja,... wenn ich wirklich das zeige, was in mir ist, dann ziehen sich alle zurück.
- Kl: ...Die wenigen, die das sehen, ja, die, die, die ziehen sich zurück (immer leiser werdend), die wollen damit nichts zu tun haben.
- Th: Hm... Wem haben Sie das denn schon mal gezeigt?
- Kl: Tja,... Wem? Na, meiner Familie zu Hause.
- Th: Was haben Sie denen gezeigt?
- Kl: Ja, wenn ich Angst hatte und traurig war,... dann, dann...
- Th: Was dann?
- Kl: Dann hat man mich, dann hat man das so hingestellt, als wär das nur so ein Getue.
- Th: Hm
- Kl: Man nimmt mich da nicht ernst.
- Th: Und,... war' s ein Getue?
- Kl: (heftig) Nein! Das hab ich ja nicht nötig so zu tun,... als hätt ich Angst, wenn' s nicht wahr ist.
- Th: Wovor hatten Sie denn da Angst?
- Kl: (laut) Ich weiß nicht, es war plötzlich einmal so da... (fängt an zu stottern) Ich, ich...das ist es ja...es kann's ja auch niemand glauben, wenn ich nicht sag, wovor ich Angst hab...effektiv.
- Th: Wovor fürchten Sie sich denn?
- Kl: (zuckt Schultern, stöhnt) Überhaupt,...vor meinem ganzen Leben...deshalb wär es ja auch besser, ich wär nicht da,...aber...
- Th: Hm. Ich hab eigentlich gar keine Berechtigung, hier zu sein.
- Kl: (wackelt mit den Beinen, seufzt) Ja, ich seh gar keinen Sinn drinnen...und ich, ich...(fängt wieder an zu weinen)
- Th: Woran haben Sie eben gedacht? (beugt sich nach vorne, in Richtung Kl.)
- Kl: Wenn ich, wenn ich nur wüßte, warum ich hier bin (läßt Hand aufs Knie fallen)...wenn ich den Sinn des Lebens...
- Th: Woran haben Sie eben gedacht?
- Kl: (laut und trotzig) Das es besser wär, ich wär nicht da.
- Th: Mich wollte eigentlich keiner, von Anfang an.
- Kl: (weint und schnieft).

Th: Ist es das, woran Sie gedacht haben?

Kl: Mich will auch jetzt niemand.

10. Kritische Reflexion der Gesprächspsychotherapie

Die Gesprächspsychotherapie wird zumindest in der BRD auf breiter Ebene mit viel Erfolg angewendet. In zahlreichen Helfersituationen wirken sich Prinzipien klientenzentrierter Orientierung konstruktiv aus. Dennoch ist eindeutig ein Trend festzustellen, in Richtung auf Integration und Kombination verschiedener psychotherapeutischer Verfahren. Das hängt sicherlich damit zusammen, daß die Psychotherapeuten in mehreren therapeutischen Verfahren ausgebildet sind und das Gelernte in der Praxis auch anwenden. Häufig erfordern die psychischen Störungen der Klienten auch ein Verlassen der klientenzentrierten Vorgehensweise, weil möglicherweise keine sorgfältige Indikationsstellung für eine Gesprächspsychotherapie erfolgt ist. Wie bereits beschrieben, ist das psychotherapeutische Handeln an der Praxis ausgerichtet und nicht so sehr an der Theorie der klientenzentrierten Orientierung. Dieses sehr pragmatische Vorgehen ist sicherlich auch darin begründet, daß keine enge Verzahnung zwischen den theoretischen Konzepten und dem praktischen Handeln besteht. Will man Psychotherapie nicht ausschließlich zu einer Glaubensangelegenheit machen, dann muß ein gewisses Ausmaß an Kontrolle und Transparenz herstellbar sein. Objektivierung ist jedoch ohne empirisch-wissenschaftliche Forschung nicht möglich. Deshalb ist zu überprüfen, inwieweit die theoretischen Aussagen Rogers sich als Grundlage wissenschaftlicher Analysen eignen. Die deutlichste und differenzierteste Kritik stammt von Ford und Urban (1963). Sie lautet im Wesentlichen:

- Das Abstraktionsniveau bei der Darstellung von Ereignisarten ist zu allgemein (z. B. beim Begriff des Selbstkonzeptes).
- Bestimmte Begriffe sind nicht empirisch hergeleitet, so der Begriff der Aktualisierungstendenz, der eher als Glaubenssetzung zu verstehen ist.
- Die Voraussetzung für Wahrnehmungsprozesse, das sind sowohl äußere als auch innere Faktoren, werden nicht hinreichend berücksichtigt.
- Das objektive beobachtbare Klientenverhalten wird vernachlässigt, was problematisch erscheint, da eine eindeutige Beziehung zwischen äußerem Verhalten und inneren Prozessen nicht ohne weiteres angenommen werden kann.
- Erkenntnisse anderer Forschungsgebiete, wie z. B. aus der Entwicklungspsychologie oder der Psychopathologie, werden kaum oder unzureichend in die theoretischen Darstellungen einbezogen.

Bommert (1977) ergänzt diese Kritik im Detail. So zweifelt er an, daß das Individuum eine biologische Grundausstattung besitzt mit einer Tendenz in Richtung konstruktiven Verhaltens. Sowohl kon-

struktives als auch destruktives Verhalten sei, zumindest zum Teil, das Ergebnis sozialer Lernvorgänge. Die Bewertung hängt außerdem vom gesellschaftlichen Umfeld ab. Auch kann es organismische Bewertungsprozesse, die relativ autonom sind, nicht so geben, wie *Rogers* sie postuliert, denn alle Arten von Bewertungsprozessen sind ebenfalls das Ergebnis sozialen Lernens. Auch das Postulat von *Rogers*, daß alle neurotischen und psychotischen Störungen auf eine Diskrepanz zwischen Selbst und Erfahrung zurückzuführen sind, hält *Bommert* für zu global. Diese Unzulänglichkeiten und sehr allgemeinen Aussagen in den theoretischen Konzepten von *Rogers* müssen als Schwäche des klientenzentrierten Ansatzes gelten. Sie liefern keine hinreichende Erklärung der therapeutischen Prozesse, weiterhin verhindern sie eine klare Indikationsstellung in der Praxis. In der theoretischen Unzulänglichkeit der klientenzentrierten Orientierung mag es bedingt sein, daß eine Tendenz zum eklektischen therapeutischen Handeln in der Praxis besteht. Zudem wäre zu überlegen, ob psychotherapeutisches Handeln in erster Linie verbal sein muß, wie es in der klientenzentrierten Orientierung postuliert wird.

11. Zusammenfassung

Gesprächstherapie ist ein psychotherapeutisches Heilverfahren. Zur Indikation und Kontraindikation liegen Daten vor, obwohl das zugrundeliegende theoretische Konzept von tradierten, medizinisch orientierten Vorstellungen stark abweicht. Krankheits- und Gesundheitstheorien sind ganzheitlich und entwicklungsorientiert ausgerichtet. Die theoretischen und praxisorientierten Ausführungen des Begründers der Gesprächspsychotherapie, *Carl Rogers*, haben die Psychotherapieforschung insgesamt stimuliert, zur Entwicklung der Humanistischen Psychologie stark beigetragen und die Demokratisierung gesellschaftlicher Institutionen über das faktische Handeln der darin Arbeitenden angeregt. Die sog. Encounter-Gruppen sind zu letzterem ein signifikanter Beitrag. Wissenschaftstheoretisch ist die Einordnung der Gesprächspsychotherapie ebenfalls von Interesse, da der Konflikt zwischen den theoretischen Grundlagen, ihrer wissenschaftlichen Überprüfung und ihrer gesellschaftsverändernden Potenz immer deutlicher wird. Wie eine Konfliktlösung dazu aussieht, ist nicht absehbar.

Literatur

- Auckenthaler, A., Klientenzentrierte Psychotherapie mit Paaren, Kohlhammer, Stuttgart 1983.
- Axline, V., Play therapy, Houghton Mifflin, Boston 1947.
- Barrett-Lennard, G., Inkubation und Geburt der klientenzentrierten Psychotherapie: „Die Roosevelt-Rogers-Verbindung“. GWG-Info 51, 1983, S. 16-35
- Bastine, R., Ansätze zur Formulierung von Interventionsstrategien in der Psychotherapie. In: Jankowski, P., Tschulin, D., Fittkau, H.-J., Mann, F. (Hrsg.) Klientenzentrierte Psychotherapie heute, Hogrefe, Göttingen 1976, S. 193-207.
- Baumgärtel, F., Theorie und Praxis der Kinderpsychotherapie. Pfeiffer, München 1975.
- Becker, A.M., Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. In: Strotzka, H. (Hrsg.) Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen, Urban & Schwarzenberg, München 1975, S. 265-278.
- Bense, A., Erleben in der Gesprächspsychotherapie. Beltz, Weinheim 1977.
- Bergeest, H.G., Haupt, U., Personenzentrierte Arbeit mit Sterbenden. Zeitschrift für Personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie, 1983, S.331-343.
- Bergeest, H.G., Rönneke, B., Gesprächspsychotherapie mit alten Menschen. In: Petzold, H. Bubolz, E. (Hrsg.) Psychotherapie mit alten Menschen. Junfermann, Paderborn 1979, S.295-310.
- Bergeest, H.G., Steinbach, E., Tausch, A., Psychische Hilfe für Besucher von Altengestätten durch Teilnahme an Personenencountergruppen. Aktuelle Gerontologie, 7, 1977, S. 305-313.
- Bergeest, H.G., Steinbach, E., Tausch, A.-M., Gesprächsinhalte in personenzentrierten Gesprächsgruppen und ihr Zusammenhang mit Prozeßvorgängen bei Nicht-Klienten. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 28, 1980, S. 259 – 266.
- Bergin, A.E., Some implications of psychotherapy research for therapeutic practice. Journal of Abnormal Psychology 71, 1966, S. 235-246.
- Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert J., Schwartz, H.J., Gesprächspsychotherapie: Verändern durch Verstehen, Kohlhammer, Stuttgart 1979.
- Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J., Differentielle Indikation für Psychotherapie in der Praxis. In: Howe, J. (Hrsg.) Therapieformen im Dialog, Kösel, München 1982, S. 11-22.
- Böck-Singelmann, C., Personenzentrierte Gesprächspsychotherapie in Form von Teamtherapie. Eine Untersuchung der Wirksamkeit und Prozesse. Diss., Universität Hamburg 1978.
- Bommert, H., Grundlagen der Gesprächspsychotherapie, Kohlhammer, Stuttgart 1977.
- Bommert, H., Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. Kohlhammer, Stuttgart 1982.
- Bozarth, J., Gegenwärtige Forschung zur klientenzentrierten Psychotherapie in den USA GWG-Info 51, 1983, S. 38 - 51.
- Feindt, K., Überprüfung des Therapieerfolgs und Untersuchung der Prozesse von Gesprächspsychotherapien mit Klienten geringer Schulbildung. Diss., Universität Hamburg 1978.
- Ford, D.H., Urban, H.B., Systems of psychotherapy. A comparative study. New York 1963.
- Feuchter, E., Sozialtherapeutische Erweiterung des klientenzentrierten Ansatzes. In: Wild-Missong, A., Teussen, E. (Hrsg.) Psychotherapeutische Schulen im Gespräch miteinander. Otto Müller, Salzburg 1977, S. 168-178.
- Gendlin, E.T., Experiential psychotherapy. In: Corsini, R. (Ed.) Current psychotherapies. Itasca: Peacock, 1973, S. 317-352.

- Gendlin, E.T., Focusing. A step-by-step technique that takes you past getting in touch with your feelings — to change them and solve your personal problems. Everest House, New York 1978.
- Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG): Ergebnisse der GwG-Mitgliederbefragung April/Mai 1976. *Informationsblätter der GwG* S. 91-97.
- Ginott, H., Gruppenpsychotherapie mit Kindern. Beltz, Weinheim 1966.
- Gordon, T., Familienkonferenz. Hoffmann & Campe, Hamburg 1972.
- Gordon, T., Group-centered leadership. Houghton Mifflin, Boston 1955.
- Hadley, S.W., Strupp, H.H., Contemporary views of negative effects in psychotherapy: An integrated account. *Archives of General Psychiatry*, 33, 1291-1302.
- Halpern, T.P., Degree of client disclosure as a function of post disclosure, counselor disclosure, and counselor facilitativeness. *Journal of Counseling Psychology*, 24, S. 41-47.
- Helm, J.: Gesprächspsychotherapie. VEB, Berlin 1978.
- Heinerth, K.: Effektivität unterschiedlichen Therapeutenverhaltens: Die Auswirkungen einzelner Interventionen auf Selbstexploration und Selbsterleben (experiencing) von Klienten. In: Howe, J. (Hrsg.) Therapieformen im Dialog. Kösel, München 1982, S. 55-91.
- Hockel, M., Feldhege, F.-J., (Hrsg.) Handbuch der Angewandten Psychologie. (Hrsg.: Berufsverband Deutscher Psychologen). Bd. 2: Behandlung und Gesundheit. Moderne Industrie, Landsberg am Lech 1981.
- Howe, J. Minsel, W.-R., Gesprächspsychotherapie. In: Hockel M., Feldhege, F.-J., (Hrsg.) Handbuch der Angewandten Psychologie. (Hrsg.: Berufsverband Deutscher Psychologen). Bd. 1, Verlag Moderne Industrie, München 1981, S. 171 — 194 .
- Junkers, E.: Prävention und Rehabilitation für psychisch kranke Ältere aus psychologischer Sicht. *Zeitschrift für Personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 2, 1983, S. 357-365.
- Kirschenbaum, H.: On becoming Carl Rogers. Delacorte, New York 1979 .
- Koch, U. Schmeling, C. Betreuung von Schwer- und Todkranken. Urban Schwarzenberg, München 1982.
- Kropf, D.: Grundprobleme der Gesprächspsychotherapie. Hogrefe, Göttingen 1976.
- Lehr, U.: Psychologische Aspekte einer Psychotherapie im Alter. In: Bölaw, V. (Hrsg.) Alter und Psychotherapie. Schattauer, Stuttgart 1971.
- Lieberman, L.R.: Reinforcement and non-reinforcement in Rogerian psychotherapy: A critique. *Perceptual & Motor Skills*, 28, 1969, S. 559-565.
- Lieberman, L.R.: Reinforcement in Rogerian psychotherapy: Rejoinder. *Perceptual Motor Skills*, 29, 1969, S. 861-862.
- Linster, H.-W.: Gesprächspsychotherapie. In: Linster, H. W., Wetzel, H. (Hrsg.) Veränderung und Entwicklung der Person: Grenzen und Möglichkeiten psychologischer Therapie. Hoffmann & Campe, Hamburg 1980, S. 170-229.
- Mann, F.: Personenzentrierte Encounter-Gruppen. In: Heinerth, K. (Hrsg.) Einstellungs- und Verhaltensänderungen. Reinhard, München 1979, S. 234-250.
- Martin, D.G.: Learning-based client-centered therapy. Belmont: Brooks/Cole 1972. Dtsch. Gesprächs-Psychotherapie als Lernprozeß, Müller, Salzburg, 1975.
- Mente, A. Spittler, H.-D.: Ambulante klientenzentrierte Gruppentherapie — ein Konzept und seine praktische Anwendung. *Gruppendynamik* 6, 1975, S. 261-270.
- Mente, A. Spittler, H.-D.: Erlebnisorientierte Gruppenpsychotherapie, Junfermann, Paderborn 1980.
- Minsel, W.-R.: Praxis der Gesprächspsychotherapie. Böhlau Nachfolger, Wien 1974.

- Minsel, W.-R.: Zur Frage einer Theorienbildung über dyadisches psychotherapeutisches Handeln. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 25, 1977, S. 231-245.
- Minsel, W.-R., Zielke, M.: Theoretische Grundlagen der CCT. In: Pongratz, L.J. (Hrsg.) *Klinische Psychologie*, 1. Halbband. Hogrefe, Göttingen 1977, S. 953-980.
- Minsel, W.-R., Kaatz, S., Minsel, B., *Lehrverhalten*, Band 1 und Band 2, Urban & Schwarzenberg, München 1976.
- Minsel, W.-R., Bente, G.: Entwicklung der Gesprächspsychotherapie und ihr neuester Stand. In: Howe J. (Hrsg.) *Therapieformen im Dialog*. Kösel, München 1982, S. 23-54
- Minsel, W.-R.: Gesprächspsychotherapie 1982: Stand und Trends in Ost und West. *Zeitschrift für Personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie* 2, 1983, S. 133-138.
- Minsel, W.-R., Howe, J. Gesprächspsychotherapie bei Delinquenten. In: Lösel, F. (Hrsg.) *Kriminalpsychologie*. Beltz, Weinheim 1983, S. 248-258.
- Pattison, J.E.: Effects of touch on self-exploration and therapeutic relationship. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40, 1973, S. 170-175.
- Pavel, F.-G.: Die Entwicklung der klientenzentrierten Psychotherapie in den USA von 1942-1973. In: GwG (Hrsg.) *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. Kindler, München 1975, S. 24-41.
- Pavel, F.-G.: *Die klientenzentrierte Psychotherapie*. Pfeiffer, München 1978.
- Pervin, L.A.: *Persönlichkeitstheorien*. Reinhardt, München 1981.
- Pfeiffer, W.M.: Carl R. Rogers' Theorie der Psychotherapie und ihre Anwendung auf die Praxis. In: Eicke, D., (Hrsg.) *Die Psychologie des 20. Jahrhunderts*. Bd. III: Freud und die Folgen (2). Kindler, München 1977, S.1014-1043.
- Pfeiffer, W.M.: Diskussionsbemerkung zu F.-M. Staemmler: Zum Problem der Übertragung in der klientenzentrierten Psychotherapie. *GwG-Info* 29, 1977, S. 3-4.
- Pfeiffer, W.M.: Otto Rank: Wegbereiter personenzentrierter Psychotherapie. In: Schulz, W., Hautzinger, M. (Hrsg.) *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Bd. 5, DGVT und GwG, Tübingen, Köln 1980, S. 93-101.
- Rank, O., *Wahrheit und Wirklichkeit. Entwurf einer Philosophie des Seelischen*. Denticke, Leipzig 1929.
- Rank, O.: *Die Analyse des Analytikers und seiner Rolle in der Gesamtsituation*. Bd. III: *Technik der Psychoanalyse*. Denticke, Leipzig 1931.
- Riesman, D.: *The lonely crowd*. Doubleday, Garden City 1950.
- Rönneke, B., Becker, M., Bergeest, H.-G., Freytag, C., Jürgens, G., Steinbach, E., Tausch, A.M.: Gespräche über Telefon zwischen alten Menschen und gesprächspsychotherapeutisch vorgebildeten Psychologen oder Laienhelfern. *Zeitschrift für Gerontologie* 9, 1976, S. 455-462.
- Rogers, C.R.: *The clinical treatment of the problem child*. Houghton Mifflin, Boston 1939.
- Rogers, C.R.: *Counseling and psychotherapy*. Houghton Mifflin, Boston 1942.
- Rogers, C.R., Wallen, J.L.: *Counseling with returned servicemen*. Mc Graw-Hill, New York 1946.
- Rogers, C.R.: *Client-centered therapy*. Houghton Mifflin, Boston 1951.
- Rogers, C.R., Skinner, B.F.: Some issues concerning the control of human behavior: A symposium. *Science*, 124, 1956, S. 1057-1066.
- Rogers, C.R.: The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal Consulting Psychology* 21, 1957, S. 95-103.

- Rogers, C.R.: A theory of therapy, personality and interpersonal relationship as development in client-centered framework. In: Koch, S. (Ed.) *Psychology: A study of a science*. Vol. III. Mc Graw-Hill, New York 1959, S.184-256.
- Rogers, C.R.: *Entwicklung der Persönlichkeit*. Klett, Stuttgart 1973. Engl. Ausg.: *On Becoming a Person. A Therapist's View of Psychotherapy*, Houghton Mifflin, Boston 1961.
- Rogers, C.R.: *Toward a science of the person*. In: Wann, T.W. (Ed.) *Behaviorismus and phenomenology*. University of Chicago Press, Chicago 1964, S. 109-133.
- Rogers, C.R.: *Carl Rogers on encounter groups*. Harper, New York 1970.
- Rogers, C.R.: *Encounter-Gruppen*. Kindler, München 1974.
- Rogers, C.R.: Eine neue Definition von Einfühlung. In: Jankowski, P., Tscheulin, D., Fittkau, H.-J. Mann, F. (Hrsg.) *Klientenzentrierte Psychotherapie heute*. Hogrefe, Göttingen 1976, S. 33-51.
- Rogers, C.R.: *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. Kindler, München 1976.
- Rogers, C.R.: *Die Kraft des Guten*. Kindler, München 1978.
- Rogers, C.R.: *Empathie — eine unterschätzte Seinsweise*. In: Rogers, C.R., Rosenberg, R.L.: *Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit*. Klett-Cotta, Stuttgart 1980, S. 75-93.
- Rogers, C.R.: *Meine Philosophie der interpersonalen Beziehungen und ihre Entstehung*. In: Rogers, C.R. Rosenberg, R.C.: *Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit*, Klett-Cotta, Stuttgart 1980, S. 185-198.
- Rogers, C.R.: *Meine Beschreibung einer personenzentrierten Haltung*. *Zeitschrift für Personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie* 1, 1982, S. 75-77.
- Rogers, C.R.: *Therapeut und Klient*, Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. Fischer, Frankfurt 1983.
- Scheid, A.B.: Client's perception of the counselor: The influence of counselor introduction and behavior. *Journal of Counseling Psychology* 23, 1976, S.503-508.
- Schmidchen, S.: *Handeln in der Kinderpsychotherapie*. Kohlhammer, Stuttgart 1978.
- Schulz, W. Seiwert, N.: *Psychotherapeutische Behandlung von Kopfschmerzen*. In: Howe, J. (Hrsg.) *Therapieformen im Dialog*. Kösel, München 1982, S. 155-165.
- Schwab, R. Tönnies, S.: *Klientenzentrierte Einzelpsychotherapie und personenzentrierte Gesprächsgruppen — Neuere Forschungsergebnisse und Entwicklungen* In: Baumann, U., Berbalk, H., Seidenstücker, G.: *Klinische Psychologie*, Trends in Forschung und Praxis. Bd.6, Huber, Bern 1983, S. 132-166.
- Schwartz, H.-J.: *Zur Prozeßforschung in klientenzentrierter Psychotherapie*. Unveröffentlichte Diss., Universität Hamburg 1975.
- Skinner, B.F.: *Walden two*, Macmillan, New York 1948.
- Suckert-Wegert, K.: *Das klientenzentrierte Konzept der Gesprächspsychotherapie und die ‚therapeutenzentrierte‘ Erwartungshaltung des Klienten: Eine Untersuchung über die Effekte vorthérapeutischer Beeinflussung falscher Klientenerwartungen auf den Therapieverlauf*. Diss., Universität Münster 1976.
- Tausch, R.: *Das psychotherapeutische Gespräch*. Hogrefe, Göttingen 1960.
- Tausch, R.: *Gesprächspsychotherapie*. Hogrefe, Göttingen 1968, 1973.
- Tausch, R. Tausch, A.-M.: *Erziehungspsychologie*. Hogrefe, Göttingen 1973.
- Tausch, R. Tausch, A.-M.: *Gesprächspsychotherapie*. Hogrefe, Göttingen 1979.
- Tausch, R. Tausch, A.: *Personenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. In: Pongratz, L.J. (Hrsg.) *Klinische Psychologie*, 2. Hbd. (Handbuch der Psychologie Bd. 8) Hogrefe, Göttingen 1978, S. 1911-1954.
- Tausch, R., Eppel, H. Fittkau, B. Minsel, W.-R.: *Variablen und Zusammenhänge in der Gesprächspsychotherapie*. *Zeitschrift für Psychologie*, 176, 1969, S.93-102.

- Truax, C.B.: Reinforcement and non-reinforcement in Rogerian psychotherapy: A reply. *Perceptual and Motor Skills*, 29, 1969, S. 701-702.
- Truax, C.B., Mitchell, K.M.: Research in certain therapist interpersonal skills in relation to process and outcome. In: Bergin, A.E., Garfield, S.L. (Eds.) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Wiley, New York 1971, S. 299-344.
- Tscheulin, D.: *Beziehung und Technik in der klientenzentrierten Therapie*. Beltz, Weinheim 1983.
- Wagner, A.C., Uttendorfer-Marck, I., Laible-Nann, R., Uttendorfer, J., Kais, P., Mack, J., Vogel, H.: *Schülerzentrierter Unterricht*. Urban & Schwarzenberg, München 1976.
- Wexler, D.A., Butler, J.M.: Therapist modification of client expressiveness in client-centered therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 1976, S. 261-265.
- Witter, J.-O., Tausch, A.: Auswirkungen personenzentrierter Gesprächsgruppen auf die Person von Lehrern, ihr Erleben und Verhalten im Unterricht. *Psychologie, Erziehung und Unterricht*, 26, 1979, S. 330-340.
- Zielke, M. (Hrsg.) *Diagnostik in der Psychotherapie*. Kohlhammer, Stuttgart 1982.

Fünf Freiheiten Familientherapie

Gesa Jürgens, Heidi Salm*

„Es ist mehr Kraft in einem Samenkorn als in einem
Gewehr“, V. Satir

1. Definition von Familientherapie

Familientherapie ist eine neue Sichtweise von der Entwicklung des Menschen im Zusammenhang mit den ihn umgebenden Systemen. Aufbauend auf einer Vielfalt schon bestehender Erkenntnisse in Philosophie, Systemtheorie, Anthropologie und Physik zeigt die Familientherapie in der Abkehr vom linearen Denkmodell, das auf Ursache-Wirkung-Zusammenhängen beruht, eine ganzheitlich kreisförmige Betrachtungsweise auf. Gesundheit und Krankheit werden daher in einem neuen Kontext gesehen. Es werden neue diagnostische Vorgehensweisen verwendet. Das nach außen sichtbare „Symptom“, z. B. Magenschmerzen des Vaters oder Schulschwänzen des Kindes, ist als ein Signal zu sehen für Störungen des Gleichgewichts im Gesamtsystem Familie, wie auch in Gruppen, Teams und größeren gesellschaftlichen Gemeinschaften. Die Familientherapie arbeitet mit einer Vielzahl von bedeutsamen Einflußfaktoren, die in Wechselwirkung zueinander stehen: z. B. Strukturierungsformen, Kommunikationsmuster, Lebenszyklus, Prozeßverläufe, Prägung, Energiequellen, Regeln, Normen und Werte, sowie Wertschätzung und Kongruenz des Einzelnen. In der Familientherapie wird das umgebende System (meist die Familie) in verschiedener Weise real mit einbezogen und sichtbar gemacht.

Im Verlaufe der Therapie werden sowohl die Gesamtfamilie wie auch Untergruppen mit einbezogen. Dieses kann innerhalb von Institutionsräumen wie auch im häuslichen Bereich, in Gruppen von mehreren Familien oder auch in Seminaren mit einzelnen Paaren und Familien geschehen.

Je nach methodischem Ansatz wird stärker die gegenwärtige oder die vergangene Lebenssituation bearbeitet/ betrachtet. In dem zirkulären Therapiemodell ist der Therapeut als Teil eines größeren Systems zu sehen. Es entsteht eine Wechselwirkung zwischen seiner Art wahr-

*) Wir danken Virginia Satir, Gert Brüning und dem Institut für Familientherapie, Weinheim für ihre Unterstützung.

zunehmen, zu denken und zu fühlen sowie seinen eigenen Prägungsprozessen in seiner Vergangenheit und im gegenwärtigen Lebenskontext und all diesen Faktoren in der Familie.

Die Therapieziele passen sich den Bedürfnissen und dem Entwicklungsstand der Familie und den Möglichkeiten des Therapeuten an, so daß das methodische Vorgehen und die Dauer der Therapie sehr unterschiedlich sein können.

Um diese systembezogene Arbeit machen zu können, benötigt der Therapeut eine sehr sorgfältige und langjährige Ausbildung, in die er auch seine eigene Familie mit einbezieht. Neben seinen individualtherapeutischen Kenntnissen kann er eine Fülle von Techniken und Medien kreativ einbeziehen. Seine praktische Arbeit muß fortlaufend begleitet werden durch Supervision und Hilfestellung von außen.

2. Geschichte der Familientherapie

2.1 Wegbereiter

Die Familientherapie baut bereits auf eine lange Geschichte von Erfahrungen, geistesgeschichtlichen Strömungen und Untersuchungen in verschiedenen Fachgebieten auf (Trenkmann 1982, Broderick u. a. 1981), auch wenn sie von ihren Anfängen her (1955) noch eine sehr junge Therapieform ist.

Psychoanalytische Wegbereiter

Freud (1911) hat durch seine Arbeiten den Blick auf die Familie gelenkt und seinen Schülern ermöglicht, in Anlehnung oder in Abgrenzung zu ihm eine im weiteren Sinne familienbezogene Therapiekonzeption zu entwickeln: besonders Adler¹⁾, Jung, Horney und Sullivan, Fromm beschäftigten sich schwerpunktmäßig mit Erwachsenen.

Die Weiterentwicklung der Konzepte im Rahmen psychoanalytisch orientierter Kinderpsychotherapie geschah vorwiegend durch folgende Frauen: A. Freud, M. Klein, F. Fromm-Reichmann (Toxmann 1979). Im Bereich der Therapie herrschte in den vierziger Jahren in den USA eine fast uneingeschränkte Dominanz der Psychoanalyse. Zur gleichen Zeit wurde durch die ersten soziologisch-psychiatrischen Untersuchungen die Bedeutung von familiären Beziehungsmustern deutlich gemacht (Boszormenyi-Nagy/Framo 1975). Zu der Zeit waren sie meist jedoch noch eingeschränkt auf die Mutter-Kind-Beziehung. Diese Untersuchungen trugen mit dazu bei, Konzepte zu formulieren, die die einzelne Person mit ihren Störungen als Ergebnis psychosozialer Einflußfaktoren beschrieb (Sullivan 1938).

Andere Wegbereiter

Voraussetzung für die Entwicklung eines Ansatzes, die ganze Familie konkret in die Behandlung mit einzubeziehen, waren Beobachtungen von Familien in ihrer natürlichen Umgebung (Hoffman 1982).

Anthropologische Studien, wie sie beispielsweise Mead und Bateson in anderen Kulturen durchführten, wie auch die philosophischen und biologischen Studien von Bateson (Gurman u.a. 1981) waren Wegbereiter für neue Denk und Sichtweisen. Ebenso bedeutungsvoll sind die Erkenntnisse innerhalb der Sozialarbeit in Amerika (z.B. Richmond 1917; Richardson 1945) und Deutschland (z.B. Baum 1927; Wronsky und Kronfeld 1934) sowie die ersten Beschreibungen von Gruppenstrukturen (Moreno 1920) und therapeutischen Gemeinschaften und interaktionalen Ansätzen (Moreno, 1937).

Moreno hat durch die Entwicklung von Rollenspiel, Stegreiftheater und später Psychodrama besonders nach seiner Emigration in den zwanziger Jahren nach Amerika viele amerikanische Therapeuten beeinflusst (z.B. N. Ackerman) (vgl. Compernelle, 1982).

Er trug durch seine „Theorie der sozialen Netzwerke“ wesentlich dazu bei, ein ganzheitlich systemisches Denken innerhalb der Psychotherapie zu entwickeln und entdeckte Techniken, die später besonders in die Humanistische Familientherapie eingingen.

Durch die Ausbreitung des Nationalsozialismus und als Folge davon die Vernichtung und Bedrohung sehr vieler Menschen, die im Bereich von Wissenschaften, Kunst und Ethik neue Erkenntnisse entwickelt hatten, wurde in Deutschland in fast allen diesen Bereichen eine Weiterentwicklung für lange Zeit verhindert.

Fast alle führenden Therapeuten mußten emigrieren. Ihre zum großen Teil in den USA weiterentwickelten Erkenntnisse kamen erst in den sechziger und siebziger Jahren durch sie selbst oder durch ihre Schüler nach Europa zurück.

Sehr viele Therapeuten, besonders die, die versuchten, sogenannten randständigen Personen zu helfen, begannen sich vom herkömmlichen psychoanalytischen Therapievorgehen zu lösen, das in den fünfziger Jahren die Therapieszene in den USA beherrschte, und mußten neue Denk- und Behandlungswege entwickeln. Die Impulse, die z.B. durch Lewin, Bateson, Reich, Perls, Moreno und Rogers gegeben wurden und eine humanistische Bewegung — besonders in den USA — vorbereiteten, erleichterten den Entstehungsprozeß u. a. auch der Familientherapie. Die humanistische Bewegung führte zu einer veränderten Betrachtung des Menschen, indem auch die Wechselwirkung seiner

jeweils biologischen, sozial-politischen und physikalischen Umwelt gesehen wurde. Unter dieser Sichtweise begann man eine systemisch-ökologische Neuorientierung in den Sozialwissenschaften. Dies ermöglichte die Abkehr von einer bisher praktizierten, eher automistisch-reduktionistischen Denkweise, die durch das Zerlegen der beobachteten Wirklichkeiten in immer kleinere Einheiten die Welt als Ganzes zu erklären versuchte (c.f. *Duss v. Werdt u.a.*, 1980).

Die Impulse, die durch die humanistische Bewegung gegeben wurden, hatten ihre Weiterentwicklung, Fortführung, Entsprechung in den Systemwissenschaften wie Kybernetik, Kommunikationstheorien und neueren Richtungen der Erkenntnistheorie (Epistemologie, c.f. *Wirsching, Stierlin*, 1982). Erkenntnisse aus den oben genannten Bereichen, besonders jedoch aus der modernen Physik und Biologie, machten es möglich, die Kausalitätsvorstellungen, die bisher in allen Naturwissenschaften vorherrschten, zu hinterfragen (*Bateson* 1981). Das lineare Denken in einfachen Ursache-Wirkung-Zusammenhängen wurde zunehmend aufgegeben zugunsten eines Denkens in Wirkungsnetzen (*Wirsching, Stierlin*, 1982). Da jedoch unsere westlichen Sprachgewohnheiten mit ihren grammatikalischen Strukturen uns in dem linearen Denkstil leicht festhalten, ist es schwer, diese alternativen Denkmodelle einzuführen.

In der Literatur wird der Begriff „System“ je nach Fachgebiet und Forschungsziel unterschiedlich definiert. Eine sehr allgemeine und verständliche Definition zitieren *Watzlawick, Beavin und Jackson* (1974).

Danach sind Systeme nicht nur durch Objekte und deren Eigenschaften gekennzeichnet, sondern auch durch die Beziehungen der Objekte und deren Eigenschaften untereinander. Begriffe, die unter anderem die Systemstrukturen beschreiben, kommen aus der Systemtheorie und werden in verschiedenen Therapieansätzen verwendet: *Hall, Fagan* (1956), *Satir* (1967, 1983), *Minuchin* (1974) z.B.: offene und geschlossene Systeme und Systemhierarchien.

Heute wird in vielen Naturwissenschaften (z. B. der modernen Physik) die Systemtheorie angewandt, die die Bedeutung von Wirkungsnetzen betont und den Einfluß von Beobachtern und ihren Betrachtungsinstrumenten miteinbezieht. Neuerdings öffnen sich diesem Denk-, Forschungs- und Therapieansatz mehr und mehr etablierte Vertreter der Medizin (*Wirsching, Stierlig*, 1982) und der Psychologie.

Im Bereich der Familientherapie werden wir immer vertrauter im Umgang mit den systemischen Denk- und Handlungsweisen, jedoch erscheint uns im Gegensatz dazu zur Zeit eine Definierung dieser Begriffe noch sehr schwierig.

Begründer der Familientherapie

Zu der Gruppe der „Begründer im engeren Sinne“ werden häufig eine große Anzahl von Personen gezählt (*Hoffman 1982, S.15*). Daran wird deutlich, daß an vielen Orten der Welt die „Zeit reif war“ und Personen mit dem unterschiedlichsten theoretischen Hintergrund anfangen, mit Familien zu arbeiten. Da jedoch die Grundsätze des psychoanalytischen Establishments es verboten, das Therapiekonzept durch die konkrete Einbeziehung von Verwandten zu „vermischen“, konnten häufig Behandlungen in der Anfangszeit lediglich im Rahmen von Forschungsprojekten durchgeführt werden. Unbekannt blieben für viele lange Zeit die Ende der dreißiger Jahre gemachten Versuche von *Moreno*, in systembezogener Art mit Paaren und Familien zu arbeiten (*Petzold 1982*).

Zu den großen Schöpfern und Pionieren der Familientherapie gehören *Virginia Satir, Nathan Ackerman, Don Jackson* und *Carl Whitaker*.

Diese Pioniere sind nicht in die sich später etablierenden Therapieschulen einzuordnen (*Hoffman 1982*). Einige andere Forscher (*Gurman/Kniskern 1981, S. 18*) zählen außerdem zu den Pionieren: *John Bell, Christian Midelfort, Theodor Lidz, Lyman Wynne*.

3. Ansätze der Familientherapie

Nach der verhältnismäßig kurzen Entwicklungszeit der Familientherapie erstaunt und verwirrt auf den ersten Blick unter einer systemischen Sichtweise die Fülle von verschiedenen Ansätzen. Vermutlich ist diese Entwicklung, die auch bei anderen therapeutischen Methoden zu beobachten ist, unter anderem ein Ausdruck der großen geistigen und sozialen, technisch und ökologischen Umstrukturierungsprozesse, die im zweiten Teil unseres Jahrhunderts geschehen.

Da sowohl amerikanische wie auch deutsche Forscher die Ansätze verschieden einordnen, ist nach meiner Ansicht eine eindeutige Klassifikation zur Zeit nicht möglich, besonders auch deshalb nicht, weil der Annäherungs- und Austauschprozeß unter Familientherapeuten im Fluß ist.

Im „*Handbook of Family Therapy*“ (*Gurman u.a. 1981*) werden dazu 20 verschiedene Ansätze dargestellt, die in vier Hauptgruppen zusammengefaßt werden: *Psychoanalytic and Object-Relations Approaches, Intergenerational Approaches, Systems Theory Approaches, Behavioral Approaches*.

Hoffman (1982) unterscheidet dagegen zwischen

- Historisch orientierten Methoden
- Ökologischen, strukturellen und strategischen Methoden
- Systemisches Modell

Im deutschen Sprachraum beschreiben *Wirsching* und *Stierlin* (1982) die von ihnen benutzten Konzepte als

- analytische
- strukturelle
- strategische Familientherapie.

Der zumindest im deutschen Sprachraum wohl verbreiteste Ansatz ist der eines

- integrativen familien- und systembezogenen Vorgehens (*Jürgens* 1982), bei dem sich entwicklungs-, kommunikationstherapeutische, strukturelle und historische Ansätze treffen.

Im folgenden Kapitel werden wir daher schwerpunktmäßig auf die letztgenannten Ansätze eingehen.

Der Vollständigkeit halber möchte ich erwähnen das

- klientenzentrierte Vorgehen und den
- verhaltenstherapeutischen Ansatz.

3,1 Historisch orientierte Familientherapie

Fast alle Familientherapeuten, die sich schwerpunktmäßig mit den Aspekten der Familiengeschichte beschäftigen, sind von ihrer Herkunft her Analytiker. Sie arbeiten jedoch im Gegensatz zu dem traditionell analytischen Vorgehen mit der ganzen Familie in der Realität.

Grundlage dieses Therapieansatzes bleibt im wesentlichen das analytische Konzept (*Stierlin* 1975, *Wirsching* u. *Stierlin* 1982, *Buchholz* 1983). Vertreter dieser Richtung gehen davon aus, daß das Aufdecken und Durcharbeiten von langbestehenden Familienkonflikten und Mustern auch über mehrere Generationen hinweg zu einer schrittweisen Veränderung der Beziehungen in der Familie führt. Die Personen sind sich ihrer Konflikte nicht bewußt, dieses führt zu verschiedenen Übertragungen innerhalb der Familiengruppe. Die Familienmitglieder zeigen Verzerrungen in ihrer Wahrnehmung sowohl als Einzelperson wie auch in ihrer Beziehung zu anderen und der Umwelt.

In den vergleichsweise unstrukturierten Familiengesprächen — meist einmal bis zweimal die Woche — werden diese unbewußten Konflikte, die die Ursache der Familienstörung sind, aufgedeckt und durchgearbeitet.

Eine zentrale Intervention ist die Deutung der Konflikte; die dadurch in der Regel hervorgerufenen Ängste, Scham und Schuldgefühl werden als Widerstände verstanden. Die Durcharbeitung des Widerstandes ist ein wesentlicher Teil der Familienbehandlung. Die Aufarbeitung der Familiengeschichte und der Beziehungen zwischen den Generationen, die häufig anwesend sind, steht im Mittelpunkt.

Boszormenyi-Nagy und *Framo* (1975, vgl. *Hoffman* 1982) gehören zu einigen der wichtigen, frühen Vertreter dieser Richtung. *Bowen*, *Stierlin* und *Richter* veränderten ihr Vorgehen durch die Hinzunahme von weiteren Denkansätzen. *Sperling* (1976, 1983) und *Overbeck* (1978) beschreiben die praktische Anwendung dieser Ansätze im deutschen Sprachraum.

Virginia Satir hat im Rahmen eines entwicklungsorientierten Vorgehens durch die Arbeit an Themen und Mustern der individuellen und familiären Vergangenheit in den sechziger Jahren bedeutsame Interventionsformen entwickelt, wie z.B. die „Familienrekonstruktion“ (vgl. Kap. 5.3).

3.2 Strukturelle Familientherapie

Minuchin, als der heute bekannteste Vertreter dieses Therapie-Ansatzes, lernte in den sechziger Jahren von *Nathan Ackerman* (*Hoffman* 1982) und *Montalvo*. Er entwickelte in Zusammenarbeit mit *Auerswald* und im Austausch mit *Haley u. a.* ein therapeutisches, stark strukturiertes Vorgehen, was ihm ermöglichte, speziell Familien der Unterschicht aber auch Familien mit Kindern mit psychosomatischen Problemen erfolgreich zu behandeln.

Minuchin (1977, S. 152) entwickelte seinen Arbeitsstil u. a. bezogen auf gewisse Erlebnisse in seiner Kindheit. Er wuchs im ländlichen Argentinien auf, in einer verstrickten Familie von mehr als 200 Tanten, Onkeln und Cousinen, die, zum großen Teil in seiner Heimatstadt wohnend, ein mehr oder weniger enges Familiennetz bildeten. Somit lernte er schon als Kind, wie lebensnotwendig Grenzen zwischen Subsystemen und das Erkennen von Strukturen sind, um die eigene Identität zu bewahren.

Er nennt zwei Konstanten als Ausrichtung seines therapeutischen Stils: Bewahrung der Individualität — Förderung der Gegenseitigkeit.

Bei seiner späteren Arbeit mit Minoritäten in amerikanischen Großstädten, besonders „Ghetto-Familien“, konnte er neben den existenzbedrohenden äußeren Problemen — wie Armut — häufig chaotische oder rudimentäre Familienbeziehungen beobachten. Da in diesen

Familien meistens innere Strukturen und Leitlinien fehlten, und Kriminalität und Drogen verbreitet waren, entwickelten *Minuchin* und Mitarbeiter ein stark strukturiertes, therapeutisches Vorgehen, in dem die Aktivität und Autorität des Therapeuten sehr wesentlich sind (*Hoffman* 1982, S. 269).

Am Anfang stellt der Therapeut sofort eine starke, persönliche Beziehung zu allen Familienmitgliedern her (*joining*). In den häufig wöchentlichen Sitzungen orientiert er sich an den aktuellen Nöten und Sorgen der einzelnen und gibt klare und konkrete Hinweise. Er orientiert sich schwerpunktmäßig nicht an Inhalten und Familiengeschichte, sondern versucht, die Struktur des Familiensystems zu erkennen und zu verändern, u. a. durch Beachtung von Sprecherabfolgen, Grenzsetzung, Koalitionsbildung und durch die Arbeit mit Hausaufgaben (*Wirsching u. Stierlin* 1982, S. 172f.).

Der strukturelle Ansatz (*Minuchin* 1977) geht von der Vorstellung aus, daß sich die Familienmitglieder aus ihren jeweiligen individuellen, biologisch-psychologischen Dynamiken in ihrem Umgang miteinander an bestimmte Vereinbarungen halten, die ihre Transaktionen lenken.

Diese transaktionalen Muster sieht *Minuchin* durch zwei einschränkende Systeme aufrecht erhalten. Das eine sind die Universalregeln, die die Familienorganisation lenken, u. a. die Machthierarchie in der Familie (*K. C. Faller* 1979), das zweite ist „idiosynkratischer“ Art und ergibt sich aus den charakteristischen Eigenarten, Veranlagungen und Neigungen. Hier sind die gegenseitigen Erwartungen der Familienmitglieder untereinander angesprochen.

Im strukturellen Modell hat die Familie vor allem die Funktion, die Mitglieder zu schätzen und zu unterstützen in einer Gesellschaft, die extrem hohe Forderungen an die Flexibilität und Wandlungsfähigkeit ihrer Mitglieder stellt. Sie vermittelt ihren Angehörigen Identität. *Minuchin* nennt sie auch „Matrix der Identität“, und zwar über das Gleichgewicht folgender Empfindungen: das Erleben von Zugehörigkeit und das Erleben von Getrenntsein (*von Schlippe* 1983, S. 39).

Die Prozesse der Familie laufen über die Subsysteme ab, die auf dem Hintergrund von Generation, Geschlecht, Interessen und Aufgaben gebildet werden. Der einzelne bildet in sich ein Subsystem und gehört verschiedenen Subsystemen innerhalb der Gesamtfamilie an, in denen er jeweils unterschiedliche Macht besitzt und differenzierte Fertigkeit erwirbt. Die Grenzen eines Subsystems werden durch Regeln festgelegt, die darüber bestimmen, wer an diesem Subsystem beteiligt ist und

wie seine Beteiligung aussieht. Diese „Grenzen haben die Funktion, die Differenzierung des Systems zu bewahren“ (Minuchin 1977, S. 73). Sie müssen deutlich sein, damit die Familie angemessen funktionieren kann, d.h. sie müssen klar sein, Abgrenzung und Schutz sowie auch Kontakt zu anderen Familienmitgliedern und der Außenwelt ermöglichen. Somit ist ein Blick auf die Klarheit der Grenzen innerhalb einer Familie ein wichtiger Indikator für die Beurteilung des Funktionierens der Familie. Vor allem die Generationsgrenzen müssen eindeutig sein, um den Kindern eine klare Orientierung zu ermöglichen.

Die Stärke des Systems hängt von der Fähigkeit ab, auch alternative Transaktionsmuster zu mobilisieren, wenn innere oder äußere Umstände eine Neustrukturierung der Familie erforderlich machen. Minuchin setzt ein normatives Modell einer gut funktionierenden Familie (Hoffman 1982, S. 267). Die Systemtheoretiker sprechen von einem „offenen sozialen System (Krähenbühl 1980, S. 326).

Während Minuchin auf die Vorgänge der Familiensitzung eingeht und diese gezielt beeinflusst, entwirft er für sich und mit der Familie zusammen ein Organisationsschema, eine Art Landkarte (Minuchin 1977, S. 9), auf der zu sehen ist, wer, wo und mit wem welchen Platz in dem Gesamtsystem Familie innehat. Somit ermöglicht er durch diese grafische Darstellung in einer Symbolschrift, die über unterschiedliche Sprachbegriffe hinweg Verständigung erlaubt, formale Aspekte einer zur Behandlung kommenden Familie wie eine Art Blitzlicht festzuhalten. Die immer wieder neu aufgezeichneten Organisations schemata zeigen im Laufe der Therapie, schon im Lauf einer Therapiesitzung, die Veränderungsprozesse an und deuten auf die Beweglichkeit bei offenen oder auf Rigidität bei geschlossenen Systemen hin. Minuchin vergleicht den Therapeuten mit einem Forscher, der eine Gummilinie benutzt (a. a. O. S. 26) und mit unterschiedlicher Brennweite einzelne oder Subsysteme unter die Lupe nehmen kann. Die Fähigkeit des Therapeuten als Beobachter auf dem visuellen Wahrnehmungskanal wird hiermit deutlich hervorgehoben.

Fallbeispiel — (Supervisionsworkshop DAF Jahrestagung 1982)

Informationen über die Familie: (hier verschlüsselt)

Name jedes Familienmitgliedes

Alter

Beruf

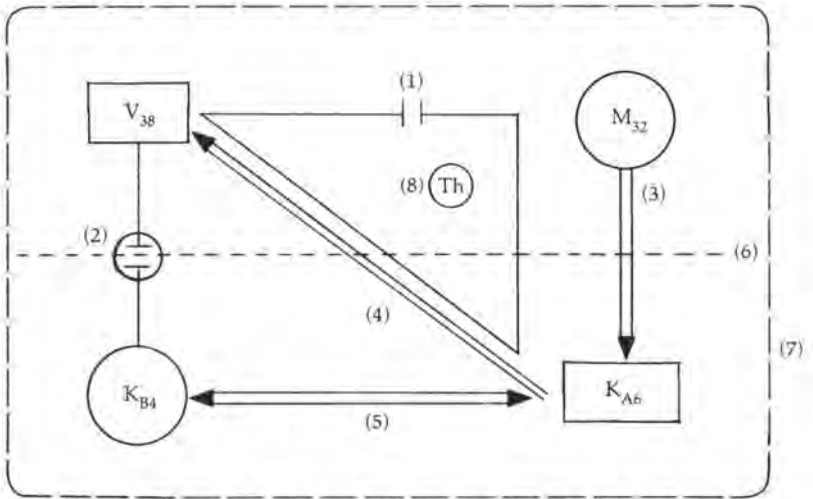
I. P. (identifizierter Patient)

— Herr Meyer
38 Jahre, Tätigkeit
im sozialen Bereich

— Frau Meyer
32 Jahre, Soz.-Arb.
z. Zt. Hausfrau

— Sohn Anton
6 Jahre (I. P.)
Symptomträger
aggressives
Verhalten
„schwer
erziehbar“

— Tochter Berta
4 Jahre



Schlüssel zu den Organisationsschemata (Minuchin 1977, S. 73)

- klare Grenze
 - - - diffuse Grenze
 - starre Grenze
 - == Annäherung
 - | — Konflikt
- } Koalition
- Umleitung
 - ⊕ verdeckter Konflikt (d. Verf. hinzugefügt)

Erklärung der Skizze:

- 1) Umleitung des Konfliktes zwischen Vater und Mutter und ihrem Sohn Anton (Triangulation)
- 2) Verdeckter Konflikt zwischen Vater und Tochter
- 3) Identifikation und Annäherung von Mutter und Anton
- 4) Annäherung von Anton an seinen Vater
- 5) Gegenseitige leichte Annäherung von Berta und Anton
- 6) Diffuse Generationsgrenze
- 7) Klare Außengrenze des Familiensystems
- 8) Platz des Therapeuten in der letzten Sitzung

Beobachtete Auffälligkeiten:

- Vater macht nur Kontakt über offene oder verdeckte Konflikte
- Elternsubsystem: Kontakt = Konflikt
- Anton steht als einziger mit allen Familienmitgliedern direkt oder durch Umleitung in Kontakt (belasteter Mittelpunkt?)
- zwischen Berta und Mutter ist kein Kontakt eingezeichnet — der Therapeutin ist keine Kommunikation sicht- oder hörbar gewesen
- Berta ist durch den umgeleiteten Konflikt von den Eltern isolierter als Anton
- die diffuse Generationsgrenze, sichtbar durch den umgeleiteten Konflikt und die einseitige Annäherung der Mutter zu Anton
- durch die Stellung der Therapeutin innerhalb des umgeleiteten Konfliktes ist ein Blick auf das Gesamtsystem aus dieser Position heraus nicht möglich.

Nah-Ziel:

Eine klare Generationsgrenze und direkten Kontakt der beiden Subsysteme untereinander ermöglichen.

Situation:

Während den Kindern in einer Spielecke Möglichkeit zum Spielen gegeben wird, erarbeitet Th. X mit den Eltern praktikierbare und als notwendig erachtete Grenzsetzung den Kindern gegenüber.

Sohn Anton läuft zwischen den Eltern und unterbricht das Elterngespräch, indem er sofortige Aufmerksamkeit für sein Spielzeug verlangt. Die Therapeutin fordert die Eltern auf, gemeinsam dem Kind gegenüber offen ihr Gestörtsein zu äußern und dafür zu sorgen, daß sie ihr Gespräch ohne Unterbrechung durch die Kinder fortsetzen können. Sobald den Eltern eine gemeinsame Interaktion und Abgrenzung gegenüber dem Kind gelungen ist, bekommen sie von der Therapeutin Anerkennung. Bei Grenzüberschreitungen muß die Therapeutin Modell für Abgrenzung sein.

Untersuchungen haben wiederholt gezeigt, daß die Anwendung der strukturellen Familientherapie bei bestimmten schweren Krankheitsbildern wie Magersucht, Diabetes und Asthma zu außerordentlich schnellem Verschwinden der Symptome führte und im Vergleich zu anderen Psychotherapiemethoden auffällige Verbesserungen zeigte (Minuchin 1977, S. 7).

3.3 Strategischer Ansatz

Haley benutzte als erster den Ausdruck „strategisch“ und bezeichnete damit die Methode, mit der ein Therapeut aktiv den Problemen angemessene Interventionen plant. Nach Lynn Hoffman zählen Watzlawick, Weakland und Fish (Watzlawick 1974) zu strategischen Therapeuten, während M. Wirsching und H. Stierlin auch das Mailänder Team um Selvini-Palazzoli hinzufügen (Wirsching u. Stierlin 1982).

Für die strategische Schule ist nicht die Familie und das Familiensystem der Ansatzpunkt, sondern das aufgezeigte Problem selbst. Der Therapeut zieht es daher auch oft vor, mit Subsystemen und Individuen getrennt zu arbeiten, um z. B. durch Ausspielen der Gruppen gegeneinander die Veränderung zu vergrößern. Während S. Minuchin bei der äußeren Struktur und Organisation der Familie beginnt, wird im strategischen Ansatz auf der spezifischen Symptomebene begonnen und sich dann nach außen gearbeitet. Das Erstgespräch ist eine stark strukturierte Befragung jedes Einzelnen, speziell über das Problem, wann, wie oft und wo, in welchem Zusammenhang es auftaucht; wie sich jeder dazu verhält und welche Lösungen bisher versucht wurden. Damit identifizierte Haley u. a. (1977) die das Problem umgebenden Verhaltenssequenzen, denen er dann durch seine therapeutischen Strategiestritte und Hypnosetechniken Veränderungen ermöglicht; wodurch wiederum häufig sich das Problem auflöst und das Symptom nicht mehr länger erforderlich ist.

Haley nutzt den „Widerstand“ in der Familie, in dem er sie z.B. durch die Konfrontation mit einer für sie unangenehmen und nicht akzeptierbaren Problemlösung oder Sichtweise zwingt, eine für sie passendere Lösung selbst auszudenken.

Während der Strukturtherapeut z.B. sich in der Erziehung streitende Eltern dazu bringt, sich zu vereinen (z.B. durch räumliches Sichtbar-Machen der Generationsgrenzen und klare Hinweise), wird im „strategischen“ Ansatz die Vereinigung der Eltern dadurch erreicht, daß der Therapeut die Situation des Elternstreites neu formuliert. Er betont dabei Mutter und Vater gegenüber, wie sie sich bemühen, gute Eltern zu sein: er verhilft ihnen zu der Sichtweise, ihr jeweiliges Verhalten in dem Konflikt als etwas sie Verbindendes, Gemeinsames, Positives zu erkennen. Diese intensive Paararbeit erübrigt möglicherweise die Einbeziehung der Kinder. Wenn das Ehepaar nicht mit einem neuen Problem kommt, sieht der Therapeut seine Arbeit als beendet an. Ein Beispiel einer von *Watzlawick* geleiteten strategischen Kurztherapie gibt *Lynn Hoffman* (1982, S. 277-280).

Dieses Umgestalten der Sichtweise („Reframen“) ist für die Strategen der Schlüssel zur Veränderung. Somit wird die „Kunst der Therapie zur Kunst der Rhetorik“ (a.a.O. S. 281). Da der strategische Therapeut nur ein begrenztes Ziel hat, sind schnelle Erfolge und kurze Behandlungszeiten möglich.

3.4 Das Mailänder Modell

Mitte der siebziger Jahre findet sich *Selvini-Palazzoli* (1974) mit ihren Mitarbeitern in der Lage, von ihrem psychoanalytischen Behandlungsmodell von Kindern zu einem familientherapeutischen Vorgehen zu wechseln. Obgleich sie grundlegend auf den Erkenntnissen der Palo Alto Gruppe aufbaut, entwickelt sie doch ein anderes Vorgehen und betont bestimmte Aspekte des systemischen Denkens. So werden z.B. durch zirkuläre Befragungen, in denen jedes Familienmitglied reihum zu seinen Ansichten über den anderen Auskunft geben muß, durchgeführt. In noch größerem Ausmaß als andere Therapeuten arbeitet sie mit ihren Mitarbeitern mit paradoxen Interventionen. Spezifisch für das Mailänder Team ist, daß sie nicht nur das problematische Verhalten selber verschreiben, sondern auch die Konstellation der Beziehun-

gen in ihre Verschreibung miteinbeziehen. Sie arbeiten schwerpunktmäßig an der gegenwärtigen Situation.

Das äußere Setting erfordert ein sehr stark aufeinander eingespieltes und langfristig ausgebildetes Therapeutenteam, das gemeinschaftlich die Familie behandelt. Während 1-2 Therapeuten in direktem Kontakt zur Familie stehen, beobachten die anderen hinter einer Einwegscheibe das Geschehen. In Therapiepausen finden Interaktionsanalysen, sowie Interventionsplanungen statt und die Formulierung von den Verschreibungen.

Die verhältnismäßig kleine Anzahl von Familiensitzungen, die meist mehrere Stunden dauern, finden in großen Zeitabständen statt (mehrere Wochen und Monate). Die Mailänder Gruppe spricht von „langer Kurztherapie“ (Hoffman 1982, S. 289). Sie beschreiben das Interaktionsmuster der Familie als „Familien-Spiel“. In diesem Spiel zeigen sie den Machtkampf auf, wie jede Person versucht, Einfluß auf die Familiengesetze zu gewinnen, gleichzeitig aber diese Versuche leugnet. In diesem Machtkampf stehen die Therapeuten klar zu ihrer „Neutralität“, die ihnen verhilft, in ihrer Position zu bleiben.

Das therapeutische Vorgehen beruht auf einer beständigen Kontrolle und Beobachtung, andererseits auf klar definierten Handlungsstrategien. Das Konzept ist nur durchführbar, wenn die Therapeuten ihr eigenes Handeln ständig neu in Frage stellen und diesen Forschungsprozeß als Teil ihrer Arbeit verstehen.

Da dieses Vorgehen momentan auf großes Interesse im euroäischen Raum stößt und häufig auch von Anfängern ausprobiert wird, die weder die umfangreiche Vorbildung noch das dafür notwendige Team zur Verfügung haben, äußert sich *Selvini-Palazzoli* beunruhigt über die vorschnelle Umsetzungspraxis ihres in den Büchern beschriebenen Vorgehens (Kongreß in Zürich 1982).

3.5 Entwicklungsorientierter Ansatz

Innerhalb des entwicklungsorientierten Ansatzes wird der Blick auf die Potentiale des einzelnen Menschen und seiner ihn umgebenden Systeme gelegt. Den verschiedenen Vertretern ist gemeinsam, daß sie sich den humanistischen Grundlagen verbunden fühlen, jedoch sonst eine Vielzahl von Unterschiedlichkeiten mit einbringen. Der entwicklungsorientierte Ansatz ist im deutschsprachigen Raum sehr stark verbreitet, besonders in Kombinationen mit strukturellen Methoden (*Jürgens* 1982).

Die ersten Grundlagen wurden von *Virginia Satir* (1964, 1967, 1973, 1975 und 1978) gegeben; sie ist die Begründerin dieser Richtung. Andere Therapeuten, wie *B. Duhl* (1981 und 1983) oder in Kombination mit Gestalttherapie *W. Kempler* (1973) sowie in Verbindung mit transaktionaler Analyse *R. McClelland* stehen diesem Ansatz nahe. Inzwischen haben viele von *Virginia Satir*'s Schülern diesen Ansatz beschrieben, vermittelt und auch weiterentwickelt (*Luthman, Kirschenbaum* 1974; *Bosch* 1977, 1978, 1983 und *Gammer* 1983).

Es ist erstaunlich, wie trotz der großen praktischen Bedeutsamkeit des Vorgehens verhältnismäßig wenig Veröffentlichungen in den vergangenen Jahren zu finden sind. Nach meinen Beobachtungen und Erhebungen haben sich gerade Vertreter dieser Ausrichtung in der Vergangenheit schwerpunktmäßig mit der Praxis beschäftigt, indem sie ihre eigene Aus- und Fortbildung langfristig und intensiv durchführten und Erfahrungen in der Arbeit mit Familien sammelten und seit Mitte der siebziger Jahre in großem Ausmaß Energie in die Entwicklung von Ausbildung und Supervision steckten.

Es wird in Therapie-Ausbildung und Supervision in diesem Ansatz mit einer Fülle von ganzheitlichen, körperbezogenen, kommunikativen und kreativen Techniken gearbeitet. Damit ist es möglich gewesen, die neue Sichtweise in verschiedenen Praxisfeldern in Ansätzen zu übertragen (*Schneider* 1983). Es scheint also für viele Familientherapeuten eine langjährige, befriedigende Praxiserfahrung eine Voraussetzung zu sein, um diesen Ansatz schriftlich darzustellen.

Dieses Buch soll einen Beitrag in dieser Richtung leisten.

3.6 *Integration der verschiedenen Ansätze*

Bei einer Befragung von Familientherapeuten in Deutschland wurde deutlich, daß ein großer Teil der Familientherapeuten mindestens zwei verschiedene Ansätze in ihrer praktischen Arbeit kombinieren (*Jürgens* 1982). Diese Tendenz der Kombination von verschiedenen Vorgehensweisen ist auch bei der Ausbildung zum Familientherapeuten zu beobachten.

Bei der Durchsicht der Literatur fällt auf, daß die Therapeuten auch auf internationaler Ebene — bei allen bestehenden deutlichen Unterschieden — offen werden für die verschiedenen Denk- und Handlungsmodelle anderer familientherapeutischer Richtungen (*Hoffman* 1982; *Gurman* u. *Kniskern* 1981). So haben sich z. B. bestimmte Techniken wie Arbeit mit Skulpturen, Rollenspiele, das positive Umdeuten von

Situationen und Verhalten sowie die Herstellung von Interaktionsanalysen allgemein durchgesetzt.

Die Einsicht, daß der Familientherapeut für seine Arbeit eine sorgfältige Eigen-Ausbildung und Therapie braucht, sowie seine Arbeit fortlaufend durch Supervision begleiten lassen muß, wird inzwischen in fast allen Ansätzen vertreten.

4. Entwicklung der Persönlichkeit und des Behandlungsansatzes von Virginia Satir

4.1 *Biographie*

Im Verlauf ihres Lebens hat sich *Virginia Satir* zunehmend mit ihrer eigenen Vergangenheit beschäftigt und deren Bedeutung im Laufe der letzten Jahre in Seminaren immer mehr mit einbezogen (*Satir*, München-Ottobrunn, April 1983).

Beide Großeltern von Satir sind aus Deutschland ausgewandert. Die deutsche Vergangenheit war für die ganze Familie lange ein problematischer Bereich, der für Satir später in Tabus und Mythen deutlich wurde. Sie selbst wurde 1906 auf einer Farm in Wisconsin (Milwaukee) als ältestes Kind einer kinderreichen Familie geboren und erhielt viel Zuwendung von Vater und Mutter, bis im Alter von 18 Monaten ihre Zwillingbrüder geboren wurden. Virginia lernte in den folgenden Jahren früh, sich auf ihre eigenen Beine zu stellen, selbständig zu werden.

Sie entwickelte schwerpunktmäßig ihre intellektuellen Fähigkeiten, übernahm jedoch sehr früh Verantwortung für ihre nachgeborenen Geschwister. Sie konnte mit drei Jahren lesen und hatte bereits im Alter von neun Jahren die Bibliothek der Stadtbücherei durchgelesen. Diese frühe intellektuelle Entwicklung ist wohl vor dem Hintergrund der vielen z.T. schweren körperlichen Erkrankungen in der frühen Kindheit zu sehen. Mit sieben Jahren erkrankte sie an einer Blinddarmentzündung. Da die Mutter sie durch ihre Zugehörigkeit zu den „Christlichen Wissenschaften“ nicht in ärztliche Behandlung gab, wurde Virginia erst durch den Einsatz ihres Vaters in letzter Minute zum Arzt gebracht und gerettet. Als Folge der vorherigen Erkrankung litt sie vom 7. bis zum 9. Lebensjahr an einer Taubheit. Sie war dadurch gezwungen, Informationen über Menschen auf nonverbalen Weg zu erfassen. In dieser Zeit fand sie sowohl im Familienkreis als auch in der Schule Wesentliches über sich selbst heraus: sie konnte mit ihrem eigenen Körper „hören“. Sie entdeckte, daß sie ihrem Gefühl trauen konnte, wenn sie entspannt war bzw. daß der Grad ihrer eigenen Anspannung im Zusammenhang stand mit der Aufrichtigkeit ihrer

Mitmenschen. In dieser Zeit entwickelt sie die Gewißheit, daß ihr Körper ihr verlässlichstes Sinnesinstrument ist („sensing resource“, Robb 1983). Satir war schon als Kind körperlich sehr groß; da sie jedoch als „schwach“ angesehen wurde und 2 Jahre lang Schienen an den Beinen tragen mußte, hatte sie Gelegenheit, sich mit persönlicher Schwäche auseinanderzusetzen und deren positive Seiten kennenzulernen. Sie bezeichnet häufig zwei Tatsachen, die in ihrer Kindheit maßgeblich zur Entwicklung ihrer Stärke beigetragen haben:

In ihrer Familie gab es kein Bild von einem strafenden Gott, und Virginia Satirs Mutter ermutigte sie stets, voll Selbstvertrauen Neues auszuprobieren, es gab kaum Verbote.

Aus dieser elementaren Erfahrung ihrer Kindheit heraus entstand die Grundeinstellung ihrer späteren Arbeit (Vargiu, Satir).

Sehr früh schloß sie die 7 1/2 Jahre dauernde Schule, mit 20 Jahren das College ab und unterrichtete dann 6 Jahre lang als Lehrerin, wobei sie mit unterschiedlichsten Bevölkerungsschichten zusammenkam. Um besser unterrichten zu können, besuchte sie von Anfang an regelmäßig die Familien ihrer Schüler. Aufbauend studierte sie Sozialarbeit, erhielt eine psychoanalytische Ausbildung nach Freud und arbeitete ab 1950 auf dem noch sehr neuen Gebiet der Berufsberatung (Bodin 1983). Sie schloß ihre Studien in Chicago ab. Satir heiratete Ende der vierziger Jahre und adoptierte 1949 die beiden Schwestern Mary und Ruth im Alter von 10 und 11 Jahren. Diese erste, spontan geschlossene Ehe, die wegen des Kriegsgeschehens nicht gelebt werden konnte, wurde nach Rückkehr des Mannes geschieden.

Später heiratete sie N. Satir, einen orthodoxen Juden. Diese Ehe bestand 9 Jahre. Rückblickend äußert Virginia sich dazu, daß beide Ehen für sie sehr wichtig gewesen sind, ihr aber damals Fähigkeiten fehlten, den andersartigen Partnern tiefer und dauerhaft begegnen zu können.

Satir arbeitete mit großem Engagement in einer Kinderheim/Beratungsstelle in Texas; 1951 zog sie wieder zurück nach Chicago und eröffnete eine Privatpraxis. Im Rahmen einer Therapie mit einer als „schizophren“ diagnostizierten Frau entdeckte sie die Notwendigkeit einer Behandlung der ganzen Familie (vgl. Robb, 1983 Zitat und vgl. Satir 1982, S. 4).

4.2 Erste Behandlung einer ganzen Familie

„Meine erste Familienbehandlung“ (Übersetzung aus Satir 1982, S. 4ff, von Eva Janata, Paris)

„Ich sah meine erste Familie 1951. Mir wurde eine 26-jährige Frau überwiesen, die als „schizophren“ diagnostiziert worden war. Sie hatte viele Therapeuten mit wenig Erfolg gesehen.

Ich arbeitete buchstäblich „by the seat of my pants“ — freihändig, und experimentierte mit verschiedenen Möglichkeiten, sie zu erreichen. Ich schob soviel wie möglich von dem zur Seite, was ich über Schizophrenie gelernt hatte und wie eine Behandlung zu erfolgen hätte. Ich begab mich in eine Beobachterposition und ließ mich im wesentlichen von meiner Intuition leiten, natürlich unterstützt von meiner Logik. Damals gab es weder Schriftliches über die Arbeit mit Familien noch wurde darüber gesprochen. Ich mußte meine eigenen Leitlinien entwickeln.

Ungefähr nach sechsmonatiger Behandlung, in deren Verlauf sich die junge Frau enorm gebessert hatte, rief mich ihre Mutter an und drohte mir mit einer Klage wegen „Entfremdung von Zuneigung“. Aus irgend einem Grund hörte ich an diesem Tag 2 Botschaften in der Stimme der Mutter: eine verbale Drohung und eine nonverbale Bitte. Ich entschied mich, auf ihre Bitte einzugehen und ihre Drohung zu ignorieren (Hier beschreibt *Satir* eine ihrer vielen Möglichkeiten, mit „Widerstand“ umzugehen.). Ich lud sie ein, zu mir zu kommen. Zu dieser Zeit war das eine äußerst ungewöhnliche Sache, die ich tat. Gleichwohl nahm sie meine Einladung an.

Als Mutter und Tochter das erste Mal gemeinsam in meiner Praxis waren, bemerkte ich etwas überaus Ungewöhnliches. Innerhalb von Minuten nach dem Erscheinen der Mutter verhielt sich „meine Patientin“ genauso wie zu Beginn unserer Behandlung. Ich war völlig verblüfft. Ich konnte einfach nicht glauben, was ich sah. Nichts in meiner Ausbildung hatte mich darauf vorbereitet. Das einzige, was ich tun konnte war, meinen Mund zu halten und zu beobachten. Ich bemerkte, wie ich mehr und mehr gefühlsmäßige Botschaften wahrnahm, die sich durch Stimme (Stimmfärbung), Blicke und Gesten ausdrückten und vollkommen unvereinbar mit den verbalen Botschaften waren. Dies war der Beginn meines Bewußtseins und Verständnisses von Kommunikation und wurde zu einer der „tap roots“ (Hauptwurzeln) meiner Theorie und Praxis. Ich sah die doppelten Ebenen und doppelten Botschaften, die später so trefflich von Don Jackson, Gregory Bateson und der MRI-Gruppe beschrieben wurden (vgl. Kap. 4.3).

Als ich mich von meinem ersten Schock erholt hatte, arbeitete ich mit der Mutter und Tochter auf eine solche Weise, daß es zu einem neuen Gleichgewicht zwischen den beiden kam. An irgend einem Punkt kam mir der Gedanke, daß die junge Frau vielleicht einen Vater und die Mutter einen Ehemann haben könnte. Als ich nachfragte, stellte sich dies als zutreffend heraus. Damals wurden Väter nicht wirklich als ein Teil des Gefühlslebens einer Familie angesehen, deshalb dachten die Therapeuten gewöhnlich gar nicht an sie. Andererseits wurden Mütter als wesentlich beeinflussend angesehen — hauptsächlich im schlechten Sinn — und auf diese Weise wurden sie in Betracht gezogen, obwohl sie während der Behandlung des Kindes nicht anwesend waren (vgl. Kap. 2).

Ich fragte Mutter und Tochter, ob sich der Vater möglicherweise beteiligen würde. Sie nahmen meine Einladung an, obwohl man keineswegs erwarten konnte, daß sie es tun würden. Gemäß der Denkweise dieser Zeit konnte man annehmen (erwarten), daß sie sich dieser Idee heftig widersetzt hätten. Der Vater kam und dann erlebte ich einen weiteren erschütternden Schock. Sowohl Mutter als auch Tochter waren da, wo wir angefangen hatten. Wiederum beobachtete ich. Und ich sah die Überreste der Koalitionen innerhalb der ursprünglichen Triade (Vater, Mutter, Kind). Diese Beobachtung wurde später zum ersten Bindeglied, so daß ich die Familie als System ansehen konnte. Es führte mich auch dazu, auf die Machtspiele innerhalb der Triade zu achten. Ich arbeitete mit diesen dreien, bis sich eine neue Balance zwischen ihnen ergab. Dann erschien der ältere „perfekte“ Sohn. Als er kam, tauchte die gleiche Störung auf. Ich arbeitete damit, bis ein

neues Gleichgewicht erreicht wurde. Bald danach wurde die Behandlung beendet. Meine Nachuntersuchung ergab, daß das neue Gleichgewicht stabil war und die Dinge gut liefen.

Ich kann nicht genau sagen, was ich tat, um die Situation zu ändern, außer daß ich an einer tiefgehenden Überzeugung festhielt, daß all diese Familienmitglieder miteinander in echtem Kontakt sein könnten und kongruent miteinander sprechen könnten. Indem ich von dieser Möglichkeit fest überzeugt war, wurde dies tatsächlich erreicht. Danach mußte ich herausfinden, was ich tat. Ich tappte im Dunkeln. Worum ich mich deutlich erinnere ist, daß die Dynamik die ich sah, vollkommen neu für mich war. Ich hätte mir nie träumen lassen, daß es solche Vorgänge gab. Was ich von dieser Familie lernte, benutzte ich mit anderen Familie, während ich weitermachte“ (vgl. Kapitel 2).

4.3 Einwicklungsschritte in Therapie, Ausbildung und Forschung

„Diese frühe Periode war aufregend für diejenigen von uns, die mit Familien zu arbeiten begonnen hatten, denn wir bewegten uns auf völlig neuem Gebiet. Es war ängstigend, sich über die Grenzen des Erlaubten hinauszuwagen, denn wir setzten theoretisch und manchmal buchstäblich unser berufliches Ansehen aufs Spiel. Da ich nicht Medizinerin war, bekam ich nicht so viel Kritik ab und hatte nicht so sehr viel zu verlieren.

Zu Beginn arbeiteten die meisten von uns isoliert und standen nicht in Kontakt damit, was andere taten. Da wir uns alle mit Schizophrenie beschäftigten — die als mehr oder weniger unbehandelbar galt — befanden wir uns ursprünglich am Rand der psychiatrischen Gemeinde.

Ich glaube, daß das, was ich über Familien lernte, seinen Ursprung in der Arbeit mit den sogenannten „hilflosen“ schizophrenen Menschen hatte. Diese erste Familie, die ich beschrieb, war sehr bedeutsam für mich, und bald entdeckte ich weitere Familien, die aus der Versenkung auftauchten. Da waren so viele, die um meine Hilfe baten. 1955, als ich am Illinois State Psychiatric Institute zu lehren begann, hatte ich beinahe 300 Familien gesehen.

Wiederholt sah ich die gleichen Phänomene, wie ich sie in der ersten Familie beschrieb, bei diesen letzteren Familien. Noch später, als ich mit Familien mit straffälligen Mitgliedern arbeitete, und wieder später, als ich mich mit Familien beschäftigte, die psychosomatisch oder physisch kranke Mitglieder hatten, sah ich weitere Abwandlungen desselben Themas²¹.

Zu diesem Zeitpunkt hatte ich mich selbst frei gemacht, um auf Möglichkeiten zu achten, mit denen ich Menschen helfen konnte, mit sich selbst in Kontakt zu kommen; ich gestattete mir, mit allem Erdenklichen zu experimentieren, vom dem ich dachte, daß es helfen könnte. Ich griff auf meine Erfahrung in Erziehung, Drama, Kunst, allgemeiner Semantik (Wortbedeutungslehre, d. Verf.), Pflanzenkunde und Philosophie ebenso zurück, wie auf das, was ich über individuelle Entwicklung wußte.“ (Satir, 1982)

Sie arbeitete in den folgenden Jahren zunehmend mit ganzen Familien: Basis ihrer Arbeit war ihre Fähigkeit, mit allen Beteiligten Kontakt voll Wärme aufzunehmen, und ihre Fürsorge und Entdeckerfreude.

Satir entwickelte eine Methode, jeder Familie ihre Entdeckung mitzuteilen und sie dadurch zu befähigen, ihre eigenen Probleme zu lösen.

„Verwandle eine Familie aus Anklägern in ein Team von gemeinsam Forschenden!“

Als Sozialarbeiterin führte sie eine große Anzahl von Therapien durch. In den Jahren 1955-1958 arbeitete sie in Chicago am Chicago State Hospital (*Dr. Jarco*) mit mehr als 500 Familien (pers. Mitteilung, Ottobrunn 1983). Unter dem Auftrag von *Dr. Kalman Gyarfás* entwickelte sie in dieser Zeit ein unter dem Namen „Familydynamics“ laufendes *Familientherapie-Ausbildungsprogramm*. Dieses Programm, bei dem auch der heute sehr bekannte Psychiater *Ivan Boszormenyi Nagy* als Teilnehmer dabei war, basiert eher auf einem „Health-Modell“ als auf einem psychopathologischen Ansatz (*Duhl* 1983). Die im Illinois State Psychiatric Institute hospitalisierten Patienten erhielten von *Satir* zusammen mit ihren Familien eine Behandlung. Die ortsansässigen Ärzte und Pfleger wurden so durch die Demonstrationen und Diskussionen praxisnah ausgebildet.

Satir legte schon zu dieser Zeit großes Gewicht auf die Einbeziehung der Geschichte der Familien. 1956 nahm sie Kontakt zu *Murray Bowen* auf. Er hatte als Arzt in seiner klinischen Praxis mit Kindern am Medical Institute for National Health erkannt, welche Bedeutung die Arbeit mit der ganzen Familie hat und begann, in diesem Sinne zu praktizieren (*Jürgens/Stahl* 1982, S. 157).

Als *Satir* auf den Aufsatz von *Don Jackson* über Familienhomöostase stieß, nahm sie zu ihm Kontakt auf und erfuhr von dem ethnologischen Forschungsprojekt, an dem *Gregory Bateson*, *John Weakland*, *Bill Frey* und *Jay Haley* arbeiteten. *Don Jackson* bat sie 1957, zusammen mit *Jules Riskin* ein Projekt auszuarbeiten, in dem es um den Zusammenhang von Gesundheit, Krankheit sowie der Interaktionsart zwischen den Familienmitgliedern ging. 1959 gründeten *Don Jackson*, *Virginia Satir* und *Jules Riskin* das *Mental Research Institute* und erhielten 1959 Gelder des National Institute of Mental Health für ihr Forschungsprojekt.

Schon zu Ende der 50iger Jahre standen die Therapeuten, die mit ganzen Familien zu arbeiten versuchten, miteinander in Kontakt. *Broderick u. a.* (*Gurman/Kniskern* 1981) berichten davon, daß die Palo Alto-Gruppe Videobänder von Rollenspielen von Beratungssituationen herstellten (in einem davon übernahm *Virginia Satir* die Mutter-Rolle) und tauschten dann diese Bänder mit Kollegen, z. B. *Wynne*, am National Institute of Mental Health in Bethesda aus.

Für *Virginia Satir* begann eine sehr fruchtbare Phase der Zusammenarbeit, in der sie ihre Kenntnisse der Familientherapie mit Forschungsansätzen der „Familientherapeuten der ersten Stunde“ verbinden

konnte. In dieser Zeit wurden für sie selbst Begegnungen mit *Gregory Bateson* sowie *Milton Erickson*, dem Begründer der Hypnosetherapie, wichtig. Letzterer nahm Anfang der 60iger Jahre auch an den wissenschaftlichen Treffen teil. 1962 trat *Paul Watzlawick* in das MRI ein, 1963 folgte *Jay Haley*. Als Ergebnis dieser Zusammenarbeit entstanden Grundlagenwerke, z. B. das 1967 veröffentlichte Buch von *Watzlawick, Beavin, Jackson* „*Pragmatics of Human Communication*“, das normale und pathologische Kommunikation analysiert.

Da *V. Satir* sich in der alleinigen Forschungstätigkeit nicht wohlfühlte und es ablehnte, ein „*armchair-expert*“ zu werden (pers. Mitteilung, Ottobrunn 1983), entwickelte sie am MRI ein Ausbildungsprogramm für Praktiker. Für die Durchführung dieses Programmes, das sie am MRI leitete, erhielt sie von der US-Regierung 800 000 US Dollar, dies war die erste staatliche Förderung, die zur Ausbildung von Familientherapeuten gewährt wurde. Durch diese Gelder war die Forschungsarbeit des MRI über einige Zeit finanziell abgesichert (*Jürgens/Stahl* 1982, S. 200).

Anfang der 60er Jahre ist z. B. die *American Association of Marriage Counselors*, ein multi-disziplinärer Verband von Therapeuten, daran interessiert, Ansätze der Familientherapie kennenzulernen, neben *Ackerman, Bell* und anderen demonstriert auch *Virginia Satir* schon zu der Zeit ihre Arbeit (*Broderick et al.*, 1981).

Sie wird zunehmend aufgefordert, in verschiedenen Orten der USA ihren Therapieansatz vorzustellen. 1961 kommt die erste Einladung aus Europa (Kongreß Wien).

Sie leitet 6 Jahre lang das Ausbildungsprogramm am MRI und bezeichnet diese Zeit als „*goldene Jahre*“. 1966 verläßt sie das Institut (vgl. *Jürgens u. Stahl* 1982) und wird Direktorin des Esalen Instituts in Big Sur/Californien, USA.

Im Rahmen des MRI-Instituts entstanden bedeutsame Werke. 1961 wurde die Zeitschrift „*Family Process*“ unter dem Herausgeber *Jay Haley* gegründet, die dazu beitrug, die verschiedenen Ansätze von Familientherapie zusammenzufassen. *Satir* übertrug einige Modelle der Palo Alto-Gruppe, wie z. B. das Meta-Modell, in eine für die Praxis handhabbare Form (vgl. „*Conjoint Family Therapy*“, 1964 mit späteren Publikationen von *Watzlawick, Beavin* und *Jackson*).

Da *Virginia Satir* sich zunehmend den Grundideen der sich entwickelnden Human Growth-Bewegung zuwandte, fand sie neue Formen, Familientherapie zu praktizieren und zu vermitteln. So vermittelt sie 1961 in einer Gruppe von 1.000 Personen Familientherapie erstmalig mit Hilfe von Rollenspiel (vgl. Kap. 5). *Satir* beschreibt, daß sie

schon immer ihre Patienten in der Therapie auch körperlich berührt hat. Gerade im Kontakt mit der Human Growth-Movement lernte sie, wie heilend Körperberührung ist. So nimmt sie Anfang der 60iger Jahre diese systematisch in ihr Behandlungskonzept mit auf. *Broderick* schreibt im „Handbook for Familytherapy“:

„Mehr als jeder andere Begründer (von Familientherapie) war sie dafür verantwortlich, diese Bewegung bekannt zu machen. Sie hatte eine Art von klarer, nicht-technischer und charismatischer Darstellung, die sie dazu befähigte, Millionen von Menschen persönlich sowie über ihre Bücher und die Medien anzusprechen.“

Sie entwickelt vielfältige neue Therapieformen, Übungen und Vorgehensweisen, z. B. entwickelt sie im Jahr 1964 die „Kommunikationsformen“ und arbeitet mit Skulpturen. Viele Familientherapeuten werden durch die Demonstrationen in ihrer eigenen Entwicklung angeregt und übernehmen Teile ihrer Denk- und Vorgehensweise in das eigene therapeutische Vorgehen z. B. *Salvadore Minuchin*, *David Kantor*, *Boszormenyi-Nagy*. Ende der 60er Jahre ist sie wohl die bekannteste Familientherapeutin. Durch viele internationale Ausbildungs- und Therapieseminare hat sie Schüler in allen Teilen der Welt.

V. *Satir* sieht Probleme nicht nur im familiären Umfeld verursacht, sondern versucht, bei Lösungen den kulturellen, geschichtlichen und nationalen Hintergrund mit einzubeziehen. Auf diese Weise entwickelt sie speziell tiefgreifende Methoden wie die „Familienrekonstruktion“ und die „Parts Party“ (vgl. Kap. 5). Sie benützt die Verschiedenheit von Menschen als fruchtbares Potential und nutzt diese Unterschiedlichkeit von Geschlechtern, Volksgruppen etc. für die Entwicklung in ihren internationalen Großgruppen-Seminaren.

V. *Satir* wurde von vielen Menschen zu der Zeit als eine Art „Meisterzauberin“ verehrt (vgl. auch *L. Hoffman* 1982). Ihre Vorgehensweisen wurden von vielen Therapeuten hauptsächlich durch Nachahmung und Übung gelernt.

Anfang der 70iger Jahre (1972) lernt sie *R. Bandler* kennen (*Jürgens* u. *Stahl* 1982, S. 210), den sie durch Seminare, Bücher und Bereitstellen ihrer Therapiebänder in ihre therapeutische Vorgehensweise einführt. *Bandler* studierte in Zusammenarbeit mit dem Linguisten *J. Grinder* *Satirs* Videobänder, um die Wirkmuster und Strukturen ihres therapeutischen Vorgehens zu erkennen. Sie entdeckten und formalisierten dabei übergreifende Wirkmuster in der therapeutischen Veränderungsarbeit. Sie war froh, durch *Bandler* und *Grinder* Personen gefunden zu haben, die ihr halfen, ihre differenzierten Vorgehensweisen aufzuschlüsseln und sprachlich in kleinsten Sequenzen zu beschrei-

ben und sie damit auch stärker über eine theoretische Ebene vermittelbar zu machen.

V. Satir war von deren Entdeckungen angetan und vermittelte den beiden Kontakte zu *Milton Erickson*, *Fritz Perls* u. a., um die Theorien auch anhand von deren therapeutischen Vorgehensweisen mit Hilfe von Videobändern zu erforschen. Die Ergebnisse dieser Arbeit wurden beschrieben: 1975 in „Changing with families“ (*Bandler/Grinder/Satir*) sowie in 1975 „The structure of magic I“ und 1976 „The structure of magic II“ (vgl. *Stahl* 1983).

Ihre Ziele richten sich längst nicht mehr nur auf die Lösung von Familienkonflikten: sie folgt einer inneren Mission, um die Verständigung zwischen den Volksgruppen zu fördern.

1972 wird sie von der Universität von Chicago mit einer Gold-Medaille für „Outstanding service of human kind“ (deutsch: hervorragende Arbeit im Dienste der Menschheit) ausgezeichnet. (*Satir*, 1983 Filmaufnahme)

Außerdem wurden V. Satir Ehrendoktorwürden verliehen.

Durch die Erfahrung, daß es nur möglich ist, humanistische und familientherapeutische Grundgedanken in einem weltbezogenen Zusammenhang zu verwirklichen, gründet sie 1977 mit vielen ihrer internationalen Freunde ein International Human Learning Resource Network (IHLRN) und eine reisende Universität („Travelling University for being more fully human“).

Im Rahmen dieser Organisation bietet sie in verschiedenen Teilen der Welt dreimonatige Seminare für Familien- und Therapeutengruppen an. Sie versucht, an dem jeweiligen Seminarort die äußeren Gegebenheiten — Landschaft, ethnographische und kulturelle Gegebenheiten (z.B. bei Indianern, Deutschen, Tschechoslowaken) in den therapeutischen Prozeß mit einzubeziehen.

Zur Umsetzung ihrer Ziele gründet sie mit 42 humanistisch orientierten Personen — überwiegend Therapeuten — ein Teaching Network AVANTA. Das Umgehen mit der Triade — als zentralster und nährender Untergruppe der Familie — (z.B. Vater, Mutter, Kind) wird im Rahmen von AVANTA durch Lehrende und Teilnehmer vermittelt, erfahren und reflektiert.

V. Satir geht es nicht in erster Linie darum, daß Therapeuten bessere Therapietechniken erarbeiten, obwohl sie eine Fülle davon entwickelt hat — sondern sie möchte Menschen dazu ermutigen, sich zu verändern und stellt ihnen dazu alle nötigen Mittel der Selbsthilfe zur Verfügung. Grundlage ihrer Arbeit ist die Arbeit mit heterogenen Gruppen und Einbeziehung von Angehörigen von Therapeuten sowie von Min-

derheiten. Aus diesem Grund hat sie im Verlauf ihres Lebens und ihrer Lehr- und Therapietätigkeit ihre Sprache immer mehr vereinfacht und angereichert mit vielseitig verstehbaren Mitteln wie: Metaphern, Witzen, Symbolen usw.

4.4 Literatur

Das Bemühen um Verständlichkeit über Berufsgruppen, Nationalitäten und Altersgruppen hinweg zeigt sich auch in der Entwicklung ihrer schriftlichen Werke. Anfangs schrieb sie zusammen mit Kollegen Abhandlungen, deren Ausdrucksweise eher an einen wissenschaftlichen Sprachgebrauch angelehnt waren. In diesem insgesamt *ersten Lehrwerk für Familientherapeuten* faßt sie handbuchartig viele bis dahin bekannte Informationen für Praktiker zusammen. In dem Buch „Conjoint Familytherapy“ 1964 (deutsch: „Familienbehandlung“) bezieht sie die in der Palo Alto Gruppe entwickelten Theorien zur Kommunikation mit ein und überträgt diese in eine für Praktiker verwendbare Darstellungsform, indem sie Anleitungen, Übungen und Beispiele gibt. Zu dieser Zeit gab es nur vereinzelt Ansätze zu Theorien zur Familie (Ackerman 1937), Kommunikation (Ruesch/Bateson 1951), Homöostase (Jackson 1957) und Schizophrenie (Jackson 1961), aber kein Lehrwerk für Familientherapie.

1967 erscheinen wichtige Aufsätze für Praxis und Forschung der Familienbehandlung von ihr, z.B. „The family as a treatment unit“, „A family of angels“. 1968 hat sie das vollständige Konzept der Familienrekonstruktion entwickelt und ausprobiert (vgl. Kap. 5). 1970 folgen Bücher, Gedichte und Poster zu folgenden Themen: Selbstwert, Kontakt, „Ich bin ok“, Kongruenz.

Dem Wunsch ihrer Schüler und Klienten folgend, stellt sie 1972 in dem Buch „Peoplemaking“ (deutsch: Selbstwert und Kommunikation, 1975) Übungen und Grundideen ihrer Seminare als Anleitung zur Selbsthilfe dar, deren Bedeutung von vielen Lesern erst nach Erfahrung ihres therapeutischen Vorgehens nachvollzogen werden kann.

In den folgenden Jahren erscheinen weitere Aufsätze von und über Virginia Satir. Sie verfaßt mehrere Bücher (u.a. Making Contact, 1975, Your many faces, 1978). Hier zeigt sie mit Hilfe von Bildern, Witzen, Symbolen und Geschichten Beispiele ihrer kreativen Ausdrucksmöglichkeiten und gibt Anregungen für die eigene Weiterarbeit.

Da V. Satir in erster Linie für die Teilnehmer ihrer Seminare schreibt und arbeitet, liegen eine große Zahl von Videobändern, Filmen und nicht veröffentlichten Manuskripten vor (vgl. Literaturanhang).

Sie hat Zeit ihres Lebens ihr Wissen in sehr freigebiger Form weitergegeben ... Eine Folge davon ist, daß erst jetzt begonnen wird, ein Archiv ihrer Werke einzurichten und die zahlreiche wissenschaftliche Literatur zu sichten (*Jack Denis*).

Nach einer Lebensphase, in der sie viel reiste und dabei ihr Wissen weitergab, will sie sich nun mit der Fertigstellung ihrer beiden Bücher „The third birth“ und „Steps by steps“ befassen. Weiter möchte sie Entwicklungen innerhalb der Humanistischen Bewegung fördern.

Dafür steht sie in engem Kontakt mit bedeutsamen Vertretern anderer geistiger und wissenschaftlicher Richtungen z.B. *J. Schwarz*, *K. Pribram*.

4.5 Weltbild — Menschenbild

Virginia Satir beschreibt zwei grundlegend verschiedene Sichtweisen von der Wirklichkeit: sie findet im Verlauf ihres Lebens dafür verschiedene Metaphern und Ausdrucksweisen, z.B. „flache vs. runde“ Sichtweise. Sie benutzt den Begriff „Pathologie-orientierter Ansatz“ (pathology orientated approach), wenn sie Symptom-Beseitigung meint. Der gesundheitsorientierte Ansatz (health orientated approach) bedeutet für sie: Umwandlung von Energie (*Satir/Baldwin 1983*).

Während die alte Sichtweise, wie wir sie in der herkömmlichen Medizin wiederfinden, sich auf Defizite, Krankheiten, Symptome usw. richtet und den Menschen damit nur in Teilaspekten betrachtet, steht bei der neuen Sichtweise, die innerhalb der Humanistischen Bewegung wieder entdeckt und geschätzt wurde, die ganze Gestalt, die Geschichte, das Wachstum, Entwicklungsmöglichkeiten sowie das Umfeld des Menschen im Vordergrund.

4.5.1 Zwei verschiedene Sichtweisen des Menschen

Die zwei Sichtweisen sollen nicht als „richtig“ oder „falsch“ verstanden werden, sie stellen extreme Standpunkte eines fortlaufenden Prozesses von praktizierten Lebensformen und Bilder dar. Nach *Satir* haben wir dadurch die Chance, entsprechend unserer jeweiligen Lebenssituation und Entwicklung unser Lebens- und Menschenbild neu zu bestimmen.

Pathologie-orientiertes Menschenbild: Sichtweise, die auf „Belohnung-Bestrafung“ basiert.

In dieser Sichtweise, die vielen von uns in unserem westlichen Kulturkreis vermittelt wurde, werden Ereignisse in einer linearen und ver-

einfachen Art erklärt, ohne die zahllosen sie beeinflussenden Variablen der Realität mit einzubeziehen.

Im Bereich von Gesundheit und Therapie führte dieser Weg des linearen Denkens häufig zu diagnostischen Festlegungen oder zu Erklärungen über die Gründe von Verhalten und Ursachen und Störungen, wodurch Veränderung und Entwicklung eher erschwert als begünstigt wird.

Auch in der Werbung werden z. B. Medikamente häufig als die einzige Lösung aller Probleme angeboten, was einfach und verständlich klingt, gut zu verkaufen ist, aber den Käufer innerhalb dieser Sichtweise irreführt.

Durch das Festhalten an überlieferten Regeln und Normen, anstatt die eigene Grundeinstellung immer wieder je nach Lebensphase neu zu hinterfragen, begegnen wir häufig unserer Umwelt mit vorgefaßten Bildern. Angst vor Unsicherheit und Instabilität verstärkt als Überlebensstrategie die Erhaltung des „status quo“. Was einerseits das Gefühl der Sicherheit vermitteln mag, kann aber gleichzeitig geistige und körperliche Unbeweglichkeit bedeuten. Diese Unbeweglichkeit wiederum führt zu Gefühlen und Reaktionen, die u. a. zur Unterdrückung und Bedrohung auf der einen Seite, Vor- u. Rückzug und Verteidigung auf der anderen Seite führen. Wenn wir uns selbst gering einschätzen, besteht die Gefahr, uns ständig mit anderen Personen oder Maßstäben zu vergleichen.

Wir empfinden den Gegensatz zwischen unserer eigenen Persönlichkeit (Selbstbild) und dem angestrebten Idealbild als negativ und erleben uns als minderwertig.

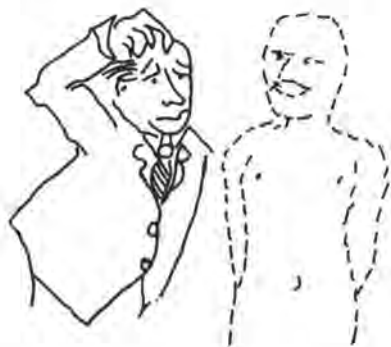


Abb. aus: Virginia Satir, Selbstwert und Kommunikation, Pfeiffer, München.

Die Angst, von den anderen so erkannt zu werden, wie ich mich wirklich fühle, führt schnell zu sogenannten Selbsthilfestrategien, wie Wahrnehmungsverzerrung, Maskentragen, Rollenspiel usw., die aber auch die Spannungen im Einzelnen und zwischen den Menschen nicht abbauen können. Wie häufig spielt dies in Beziehungen eine Rolle, die als nicht befriedigend erlebt und eher im Rahmen von persönlicher Schuld oder als krank diagnostiziert werden.

Mit dieser pathologischen Sichtweise wird dann sehr schnell zu äußeren Hilfsmitteln gegriffen, wie Medikamente, stationärer Aufenthalt, und der Betroffene wird als „krank“ bestimmt, aus seinem für ihn wichtigen Beziehungskreis herausgerissen und somit schnell zum Außenseiter — ohne daß die damit im Zusammenhang stehende Sichtweise kritisch hinterfragt wird.

Gesundheitsorientiertes Menschenbild: Sichtweise, die auf „Wachstum und Entwicklung“ basiert

V. Satirs Grundphilosophie fußt auf der Überzeugung, daß wir Menschen grundsätzlich alles in uns haben, was wir brauchen, um zu leben. Jeder Mensch hat eine Lebenskraft in sich, die als ein „Schatz“ gesehen werden kann. Dieser Schatz ist da, selbst wenn der Mensch über Zeiten hinweg nicht in direktem Kontakt mit ihm steht. Menschen werden als grundlegend gut angesehen. Dies bedeutet nicht, daß sie „gut“ geboren werden, sondern daß ihren Körpern eine Weisheit innewohnt, wonach sie sich unter nährenden Bedingungen höchstwahrscheinlich zu gesunden Erwachsenen entwickeln können.

„In meiner Praxis und in meinem Leben stelle ich fest, daß Menschen, die sich als Ganzheit erleben und das Gefühl besitze, selbst etwas wert zu sein, fähig sind, mit allen Herausforderungen des Lebens in schöpferischer und angemessener Weise fertig zu werden — auch in liebevoller Weise. . . . Wenn ich all das betone, was falsch an dir ist, an irgendjemandem anderen oder an mir, ist das so, als würde ich überhaupt nichts hinzufügen. Ich werde nicht beim Wachsen helfen. . . . Wachstum bedeutet, daß das Leben in beständiger Veränderung steht, und es gibt keine Möglichkeit, das zu unterbinden: wie der Tag in die Nacht übergeht, die Jahreszeiten einander folgen und sich ein Jahr in dem nächsten auflöst. Wir beginnen als Säuglinge und bewegen uns ständig fort, bis wir am Ende sterben. Veränderung ist immer gegeben. . . . (Schneider, 1983, S. 45)“

Veränderung wird als ein ständig fortschreitender Lebensprozeß angesehen, der sich sowohl im zellulären Bereich wie auch auf einer kosmischen Ebene abspielt. Menschen sind sich bewußt, daß Veränderung ihnen neue Wahlmöglichkeiten und Chancen eröffnet, die ihnen nicht zugänglich wären, wenn sie an einem Status quo festhalten würden. Das ist gewöhnlich ängstigend, denn neue Gebiete sind unbekanntes Terrain, das uns neuen Risiken aussetzen kann. Veränderung kann aber auch als Möglichkeit begrüßt werden, in neue Gebiete vorzudringen.

Beziehungen sind gekennzeichnet durch die gegenseitige Anerkennung der Einzigartigkeit des Menschen. Sie finden auf einer horizontalen Ebene statt, mit einem hohen Ausmaß von Gleichberechtigung und Akzeptierung der Verschiedenartigkeit.

Ereignisse entstehen durch eine Vielzahl von gleichzeitig und nacheinander ablaufenden Variablen, die zusätzlich in einem Zusammenhang miteinander stehen. Der *Beobachter* nimmt ein Ereignis durch seine speziellen Wahrnehmungsmöglichkeiten auf. Nach dieser Sichtweise gibt es keine Beschreibung einer absoluten Wahrheit. Die Wahrheit bleibt immer subjektiv (*Schneider*, 1983, S. 15ff)."

4.5.2 Konzept von Gesundheit

Es ist auffällig, daß Familientherapeuten und Wissenschaftler in der Vergangenheit sich schwerpunktmäßig mit kranken Familien beschäftigt haben (vgl. *Framo* 1981). *Virginia Satir* hat sich aber schon in den 60er Jahren mit „normalen“ Familien auseinandergesetzt, um Modelle zu finden, wie gesunde Familien funktionieren können. Uns fällt auf, daß *Framo* in seiner Beschreibung der gesunden Familie zu stärkeren Festlegung(en) tendiert, während *V. Satir* durch Beschreibung von Prozessen gerade Veränderungsmöglichkeiten als wichtigen Gesundheitsvorgang ansieht. Aus diesem Grund stellen wir in diesem Buch so ausführlich ihre positiven Modelle von Einzelnen, Familien und Gruppen dar.

„Zu diesem Zeitpunkt sehe ich meine therapeutische Aufgabe darin, die *Energie*, die sich in einer Person oder in in einer Familie als Krankheit darstellt, *umzuwandeln* und neuzuformen zu einem nützlichen Ziel. Dies steht im Gegensatz zu meinem früheren Glauben, daß meine Aufgabe darin bestünde, die Pathologie zu beseitigen. Mein gegenwärtiges Herangehen halte ich für ein gesundheitsorientiertes Vorgehen, obwohl es in Wirklichkeit mehr als das ist. Ich nenne es *Human validation process model* (*Satir* 1982, S. 8f)“.

„Um diesen Ansatz weiter zu verdeutlichen, gebe ich die folgende Analogie. Laßt uns nun ein Rad vorstellen mit der Radnabe in der Mitte und den Speichen, die zur Felge führen. Die Speichen repräsentieren die verschiedenen Teile einer Person. Die Felge stellt die Grenzen einer Person dar.

In einem pathologisch-orientierten Ansatz beginnt man mit der Betonung der Pathologie des Symptoms, der Radnabe, die man zum Zentrum der Aufmerksamkeit macht. Auf diese Weise wählt man in einem Individuum nur das aus, was destruktiv und symptombezogen ist.

In einem gesundheitsorientierten Ansatz sehe ich die Radnabe als die „potentielle Gesundheitsquelle“ des Individuums an — gegenwärtig nicht berührt und verdeckt und daher für diese Person nicht erreichbar. In diesem Rahmen des Denkens ist ein Symptom ein „gesunder“ Versuch des Individuums mitzuteilen, daß sein festgefahrener Glaube und starre Regeln seine Gesundheit blockieren.

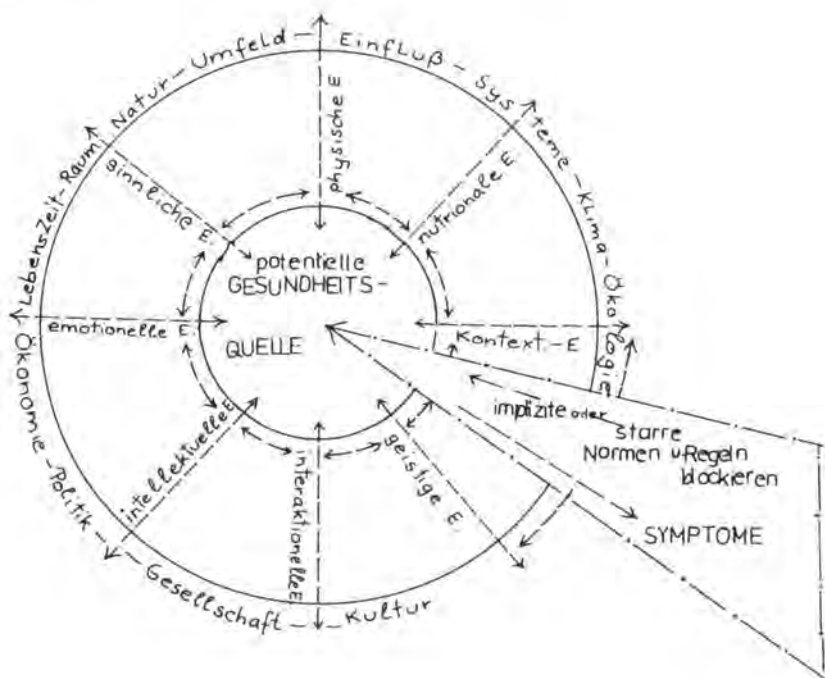
Zu diesem Zeitpunkt sehe ich acht verschiedene Ebenen, die zusammen die Gesundheit bilden, weitere werden sicher noch entdeckt werden.

Diese Ebenen haben einen losen Zusammenhang zu den Speichen des Rades:

- die physische (— Körper)
- die intellektuelle (linke Gehirnhälfte, Gedanken, Tatsachen)
- die emotionelle (rechte Gehirnhälfte, Gefühle, Intuition)

- die sinnliche (Ohren/Töne, Augen/Sicht, Nase/Geruch, Mund/Geschmack, Haut/Taktils und Körpergefühle/Berührung/Bewegung)
- die interaktionelle (Ich – Du: Kommunikation zwischen einem selbst und anderen, Kommunikation mit sich selbst)
- die nutritionale (ernährungsmäßig: die festen und flüssigen Stoffe, die wir aufnehmen)
- die durch den Kontext gegebenen (Farben, Geräusche, Licht, Luft, Temperatur, Formen, Bewegung, Raum, Zeit) und
- die geistige Ebene (die eigene Beziehung zur Bedeutung des Lebens, der Seele, des Geistes, der Lebenskraft).¹³⁾

EBENEN der GESUNDHEIT nach V.SATIR



Graf. Darst.: Jürgens/Salm⁴⁾

V. Satir unterrichtet Therapeuten über ihr Modell von Gesundheit mit Hilfe verschiedener Bilder und Metaphern. So gibt sie z. B. konkrete Anweisungen, wie der Einzelne sein eigenes „Resource Wheel“ darstellen kann, indem sie ihn auffordert, für die verschiedenen Ebenen individuell passende Farben oder Klänge zu finden (Satir 1978).

Gerade an diesem Beispiel wird deutlich, wie Satir bei Therapie- und Vermittlungsprozessen die speziellen Funktionen besonders der rechten Gehirnhemisphäre fördert. Wie bedeutungsvoll sie die Erkenntnisse der neueren Gehirnforschung (vgl. Teegen 1983) einschätzt, zeigt der große Raum, den sie Übungen zu diesem Bereich gibt (vgl. Jürgens u. Stahl 1982, S. 205ff.).

In jedem menschlichen Wesen besteht zu jedem Zeitpunkt ein dynamisches Zusammenspiel zwischen allen acht Ebenen. Alle Teile fügen sich zu einem Selbst zusammen, obwohl das Selbst mehr ist, als die Summe der Teile. Gleichwohl kann jeder Teil getrennt erforscht werden. Aber die Wahrheit bleibt bestehen, daß jeder von uns ein System darstellt. Während wir über jeden Teil getrennt sprechen können, funktionieren sie zusammen, genau wie jedes andere System. Genau wie eine Familie.

4.6 Menschenbild — Familiensystem

4.6.1 Individuum — System

V. Satir fand heraus, daß das Erleben und die Verhaltensspielräume eines Menschen in der Familie wie auch in umgebenden Systemen wesentlich dadurch bestimmt sind, wie er wahrnimmt, nach welchen Regeln er lebt, wie er mit seinen Mitmenschen kommuniziert und wie der Stand seines Selbstwertes ist (vgl. Satir 1978, S. 16).

Selbstwert bezeichnet sie als die Gefühle und Vorstellungen, die der Mensch von sich selbst hat.

Kommunikation nennt sie die Arten und Weisen, die Menschen ausarbeiten um einander zu verstehen und Beziehung miteinander zu finden.

Menschen haben *Regeln*, um sich in ihrem Verhalten und ihren Gefühlen zu orientieren.

Familienregeln unterscheiden sich von anderen Arten von Regeln und Gesetzen dadurch, daß sie nicht schriftlich festgelegt sind. Sie sind in Familien das „ungeschriebene Gesetz“, nach dem die Familie sich ausrichtet und das häufig nicht bewußt ist.

Diese impliziten Familienregeln werden nicht selten über mehrere Generationen weitergegeben.

Zu Beginn beschreiben und begrenzen Familienregeln Verhalten. Sie haben die Tendenz zur Wiederholung im Laufe der Zeit und werden durch andere sie unterstützende und durch sie bedingte Regeln im Familiensystem verstärkt.

Sobald sie explizit werden, verlieren sie einen Großteil ihrer „magischen“ Macht (Bosch, 1977).

Der Beobachter oder Therapeut kann aus einem sich häufig wiederholenden Verhalten in der Familie Muster wahrnehmen und daraus Schlußfolgerungen ziehen, inwieweit hier feststehende Regeln zu erkennen sind.

Beobachtung: Die Frau beginnt erst zu sprechen, nachdem sie Blickkontakt mit dem Mann hatte.

Regel: Frauen müssen sich von Männern die Erlaubnis zum Sprechen holen.

Somit entwickeln sich diese Regeln zu autonomen Gebilden, die Verhalten vorschreiben und verordnen, obgleich sie selten von einem Familienmitglied direkt verbal geäußert werden und häufig für den gegenwärtigen Zeitpunkt nicht zweckmäßig erscheinen.

Der *Selbstwert eines Menschen in seiner Familie/Umfeld* ist niedrig, wenn die Kommunikation indirekt, vage und nicht wirklich ehrlich ist, wenn die Regeln starr und unmenschlich sind, nicht angesprochen werden dürfen und ewig gelten sollen, Beispiel: Mutter sagt zur Tochter betr. Unordnung im Zimmer: „Man muß ja wohl schon blind sein, um in Deinem Zimmer leben zu können.“ anstatt: „Es fällt mir schwer, Deine ganz andere Vorstellung von Ordnung zu akzeptieren. Gut, daß Du Dein eigenes Zimmer hast. In meinen Räumen möchte ich meine eigene Ordnung halten.“

Der Selbstwert eines Menschen ist niedrig, z. B. wenn „Männer keine Gefühle zeigen dürfen“ und dieses nicht angesprochen werden darf, ist es verständlich, daß der Selbstwert von Vätern und Söhnen in dieser Familie nicht hoch sein kann.

Auch wenn Familienmitglieder gelernt haben, den Kontakt zur Umwelt voll Furcht, anklagend oder beschwichtigend ablenkend oder rationalisierend zu handhaben, kann der Selbstwert des Einzelnen nur gering sein und bleiben.

Wie anders ist es in Familien, wo die Kommunikation klar, direkt spezifisch und ehrlich sein kann. Der Selbstwert der einzelnen wird hoch sein, wenn alle sich bemühen, Regeln flexibel und menschlich und entsprechend den Bedürfnissen und der Situation veränderbar zu gestalten und wenn für sie die Möglichkeit besteht, Verbindung zur Gesellschaft offen und voller Hoffnung zu haben.

Mit Hilfe dieser grundsätzlichen Aspekte hat *Virginia Satir* Familien in verschiedenen Kulturen einschätzen können. Bei der Veränderung dieser Bereiche beeinflussen sich die Prozesse zwischen dem Individuum und dem Familiensystem gegenseitig.

Die Familie ist natürlich in vielfältiger Weise in weiteren sozialen, ökologischen, ökonomischen, nationalen und politischen Systemen eingebunden.

Im Verlaufe ihrer Arbeit mit Familien entwickelte *Virginia Satir* Vorstellungen vom Menschen, wie er sein könnte, wenn er zunehmend menschlicher lebt (vgl. *Satir* 1978).

4.6.2 Individuum und Familie im Lebenszyklus

Entwicklung geschieht innerhalb von sich ergänzenden und sich stets verändernden Spannungsfeldern. Insofern ist auch das Leben des Menschen von seiner Zeugung bis zu seinem Tod ein sich Bewegen in diesen vielfältig entstehenden und sich wiederauflösenden Polarisierungen. Somit ist die Veränderung und Entwicklung ein durchgehendes Merkmal des menschlichen Lebens.

V. *Satir* demonstriert seit vielen Jahren in Seminaren die Entwicklungsphasen eines Kindes mit Hilfe von Rollenspielen. Sie benutzt dabei Geschichten, Taue und Tücher, um die Prozesse der „Einbindung“ in das elterliche System zu zeigen. Die Beobachter können bei dieser Methode nachvollziehen, *wie* (und durch welche äußerlichen Ereignisse ausgelöst), der Anpassungsprozeß des Kindes geschieht, indem das Kind, um in dieser Familie überleben zu können, unbewußt zu vielerlei Ein- und Beschränkungen bereit ist, z. B. Ausschaltung von Sinneskanälen.

Ein innen oder außen sich bildendes Spannungsfeld steht in Wechselwirkung zu dem, was wir als Krisen bezeichnen.

Im Laufe des menschlichen Lebens bezeichnen wir einige „Entwicklungssprünge“ als Ausdruck von „natürlichen Krisen“. Diese sind natürlich auch abhängig vom kulturellen, sozialen, ökologischen und ökonomischen Umfeld.

In unserer Kultur zählen wir für den einzelnen Menschen folgende Ereignisse zu den „natürlichen Krisen“: eigener Geburtsvorgang, Eingliederung in Kindergarten und Schule, wie auch das Erleben der Geburt von Geschwistern, von Krankheiten und Tod eines Familienmitgliedes, Trennung der Eltern, Wechsel des Lebensraumes durch Umzug, Bindung und Trennung in Partnerschaft, Veränderungen im beruflichen Umfeld: Arbeitslosigkeit, Rente, usw. Je starrer die äußere

ren Festlegungen im Lebensraum sind, desto heftiger kommt es zur Entladung von Spannungsfeldern.

In unserer Gesellschaft finden wir häufig starke Bewertungen von bestimmten Lebensphasen.

Ein Jugendlicher von 16 Jahren wird oft noch als Kind mit allen damit verbundenen Regeln und Gesetzmäßigkeiten behandelt und in seinen ihm zur Verfügung stehenden Kompetenzen (Offenheit für Dynamik, Kritik und Veränderungsbereitschaft) eingeschränkt. Dazu kommt, daß er in dieser Phase — besonders in den Städten — wenig äußere Räume zu seiner Entfaltung zur Verfügung hat. Während der Jugendliche für vieles als noch „zu jung“ gilt, hört der alte Mensch ab 50 Jahren häufig die Bewertung „schon zu alt zu sein“. Damit kann er häufig die seiner Lebensphase innewohnenden Kompetenzen (u.a. Lebenserfahrung) und Möglichkeiten für sich und andere nicht lebendig gestalten.

Somit ist die Gefahr, daß nur die mittlere Lebensphase, die etwa ein Drittel des gesamten Lebenszyklus ausmacht, realtiv „frei“ von gesellschaftlichen Einschränkungen in Bezug auf das Alter ist.

Auch die Entwicklungsstufen und Krisen einer ganzen Familie können als Zyklus beschrieben und in Bildern darstellt werden.

Diese Demonstration gerade mit Hilfe von Skulpturen wird häufig in der Ausbildung von Familientherapeuten durchgeführt (Institut für Familientherapie, Weinheim, Lehrmaterialien).

4.6.3 Familien-Systeme

V. Satir versteht unter Familie alle *Familienformen* — natürliche, gemischte, allein-erziehende, erweiterte und Wohngemeinschaften. Sie alle haben grundsätzlich die gleichen Komponenten und bestehen aus Erwachsenen und Kindern, häufig spielen auch andere Lebewesen, wie z.B. Tiere, eine Rolle.

V. Satir sieht die Familie als die entschiedene *Stätte* an, in der Menschen gebildet werden. Sie ist der Auffassung, daß ein System darauf gegründet ist, was die Erwachsenen, die für die Familie verantwortlich sind, aus ihrer vergangenen Erfahrung einbringen an Hoffnungen, Wissen, Information, Werten und Verhaltensweisen. Dabei geht sie grundsätzlich davon aus, daß *Eltern sich in bester Absicht* bemühen, ihren Kindern eine gute Entwicklung zu ermöglichen, daß sie jedoch durch ihre eigene *Vergangenheit so geprägt* sind, daß sie keine anderen Möglichkeiten sahen und kannten, als diejenigen, die sie anwandten. Sie ist tief davon überzeugt, daß die Eltern keine Schuld trifft und daß

sie trotz ihrer gegebenen Grenzen lernen können, ihren Kindern und sich selbst im Sinne des obigen Menschenbildes Freiräume zur eigenen Entwicklung zu geben. Grundlegend dabei ist, wie ein Paar sich findet, zusammenpaßt, verschmilzt oder Konflikte auf seine spezielle Weise, miteinander umzugehen, austrägt.

Gerade die Eltern brauchen es, verstanden zu werden, und sie brauchen Hilfe, sich ihrer selbst bewußt zu werden und darüber unterrichtet zu werden, um noch ganzheitlicher und freier werden zu können. Wenn man wenigstens drei Generationen einer Familie erforscht, kann man die Ergebnisse des Lernens und Abstufungen des Selbstwertgefühls wahrnehmen.

Ein Ziel der Familie ist es, daß die Kinder erwachsen werden und auch die Erwachsenen sich entsprechend ihrer Entwicklungs- und Lebensphase weiter verändern können. Somit hat jedes Familienmitglied innerhalb des Prozesses die Möglichkeit, für sein Wohlbefinden zu sorgen.

4.6.4 Systeme

Grundsätzlich unterscheidet V. Satir (1967, 1973 1983) zwei verschiedene Arten von Systemen: offene und geschlossene (auch: funktional-dysfunktional, homöostatisch-regide, restringiert), wobei es verschiedene Abstufungen zwischen diesen Extremen gibt. Alle Systeme in Familien dienen dem Schutz und dem gegenseitigen Umgang ihrer Mitglieder.

Offene Systeme

Ein offenes System bietet Auswahl und Flexibilität. Es besitzt sogar die Freiheit, für eine Weile „geschlossen“ zu sein, wenn das paßt.

Der Schlüssel zu einem gesunden und offenen System scheint in der Fähigkeit zu liegen, sich mit einem verändernden Kontext zu ändern und diese Tatsache anzuerkennen. Das bedeutet, daß Hoffnungen, Ängste, Liebe, Ärger, Frustrationen und Fehler als zur Person gehörig akzeptiert und frei geäußert werden können. In anderen Worten, es kann die volle Bandbreite dessen, was wir als Menschen wissen, ohne Bedrohung gezeigt werden. Das offene System ermutigt die bewußte Entwicklung des Selbstwertes, kongruente Kommunikation und wird geleitet durch „menschliche Richtlinien“.

In offenen Systemen, die durch Liebe und Verstehen gekennzeichnet werden, werden die Energiequellen als immer gegenwärtige Möglichkeiten gesehen. Personen leben in aller Menschlichkeit, mit Vertrauen, Humor, Wirklichkeit und Veränderungsfähigkeit. Probleme werden

als Möglichkeiten angesehen, mit denen man umgehen kann — nicht als etwas, dem man unterworfen wird. Dazu gehört, daß man sich Hilfe holt, wenn man sie braucht.

Geschlossene Systeme

Geschlossene Systeme in Familien scheinen mit einem Satz von rigiden, festgeschriebenen Regeln zu funktionieren, die unabhängig, ob diese Regeln passen, in einem gegebenen Kontext angewandt werden. Diese Systeme haben schwache, verzerrte und rigide Beziehungen mit der Außenwelt.

Ein geschlossenes System ist beherrscht von Macht (power), neurotischer Abhängigkeit, Gehorsam, Mangel, erzwungener Übereinstimmung und Schuld. Es kann keine Veränderung gestatten, denn Veränderungen würden das Gleichgewicht stören. Die Menschen klammern sich an diese Balance, weil sie Angst haben. Sie scheinen die Phantasie zu haben, daß, wenn Veränderung gestattet wäre, eine Katsstrophe geschähe, die zu einer totalen Zerstörung führen würde.



Abb. aus: Virginia Satir, Selbstwert und Kommunikation, Pfeiffer, München.

In geschlossenen Systemen werden die Quellen als begrenzt und endlich erfahren, denn sie werden mit großer Furcht gehandhabt. Menschen in geschlossenen Systemen leben in einer feindlichen Welt, in der Liebe in Geld, Bedingungen, Macht und Status berechnet (aufgewogen) wird.

Ein geschlossenes System kann nur so lange existieren, solange Aspekte eines offenen Systems existieren, z. B. Anpassungsfähigkeit. Es wird zusammenbrechen, wenn eine oder mehrere Personen an das Ende ihrer Anpassungsfähigkeit kommen. Wenn dies geschieht, entwickelt einer ein Symptom.

5. Diagnostische und therapeutische Vorgehensweise von V. Satir

5.1 Diagnostische Denkmodelle

5.1.1 Therapeutesicht

Rogers weist schon 1951 in seinen Grundsatzätzen zur Diagnostik (Bosch 1977) darauf hin, daß die natürlichen, konstruktiven und kreativen Kräfte, die eine Änderung des Selbst und ein Umlernen ermöglichen, primär im Klienten selbst sind und nicht von außen kommen.

Haley (1971, S. 231) meint, daß durch das Festhalten an diagnostischen Begriffen und Diagnose der Therapeut seine eigene Angst und Spannung zu bewältigen sucht, anstatt seine eigene Betroffenheit kreativ zu erfahren, und Kempler meint, daß individuelle Diagnosen mehr über den aussagen, der sie stellt, als über den, der untersucht wird (1977 in Bosch 1977, S. 192).

Auch die Verhaltenstherapeuten beginnen ansatzweise, die Aussagen der Klienten über ihre subjektive Befindlichkeit als einen diagnostischen Aspekt im Rahmen ihres bisherigen Vorgehens mit einzubeziehen.

In der Vergangenheit war Diagnose tatsächlich oft eine subtile Art der *Anklage*, anstatt eine horizontale und vertikale Exploration des Lebens dieser Person zu sein.

„Diagnose, die pathologisch orientiert ist, befaßt sich mit dem Symptom“ (vgl. Satir 1982, S. 18).

V. Satir benutzt für das Symptom ein analoges *Bild*, ähnlich einer Warnlampe, die auf dem Armaturenbrett eines Autos angebracht ist. Die Lampe, wenn sie aufleuchtet, zeigt an, daß das System, das erwartungsgemäß das Auto betreibt, sich in einer Form der Erschöpfung, des Ungleichgewichts, der Verletzung oder Behinderung befindet. Wenn irgendein Teil oder eine Kombination von Teilen zusammenbricht, wird das ganze System betroffen. Gerade wie in der Familie.

Das Symptom eines Menschen kann als Ausdruck seines *Bemühens* verstanden werden, sich an ein dysfunktionales System (Person / Familie / Gesellschaft) *anzupassen*. Einerseits möchte er überleben — andererseits möchte er seine Bezugsgruppe, die von ihm auch als fremd und gefährlich erlebt wird, nicht verlassen und fühlt sich gleichwohl nicht in der Lage, etwas am System zu verändern.

Uns scheint es während unseres Lebens so zentral zu sein, daß wir uns geliebt und zugehörig, sinnvoll und wichtig fühlen, daß wir bereit

sind, um das zu erreichen, einen hohen Preis zu zahlen — auch wenn wir uns dabei an Körper, Geist und Seele einschränken und schädigen.

Im familientherapeutischen Ansatz wird ein Symptom als ein Signal betrachtet, das den Blick auf Symptomträger im Rahmen der Gesamtfamilie lenkt und immer wieder die Verwobenheit aller Ebenen im Gesamtsystem der Familie aufzeigt. Wenn wir in der Therapie von Wachstum, Entwicklung und Veränderung ausgehen, kann eine diagnostische Beschreibung im Laufe eines Prozesses nur eine Momentaufnahme und ein momentaner Hinweis auf eine bestimmte Richtung sein, aber keine Festlegung oder Festschreibung, wie sie uns heute häufig noch in Psychiatrieakten begegnen.

Virginia Satir sieht die Familie und das Individuum in gleicher Weise: ihre Betonung liegt auf dem *Verstehen der Botschaft des Signals*. Sie versucht, die Art und Weise kennenzulernen, durch die sich Familienmitglieder auslaugen, blockieren oder sich selbst und andere verletzen. Ihre *Behandlungsweise* besteht darin, die blockierte Energie freizusetzen und neu auszurichten. Das geschieht dadurch, daß sie mit dem Ziel, menschlich zu sein, sich mit dem Selbstwert eines jeden, der Kommunikation und den Regeln in der Familie befaßt. Durch die hierdurch freigesetzte Energie kann der Gesundungsprozeß auf allen 8 Ebenen geschehen.

Im entwicklungsorientierten Ansatz wird bei einem „Steckenbleiben“ des Therapieprozesses *mit dem Widerstand* des Klienten und nicht *gegen* ihn gearbeitet (vgl. Kap. 4.2) Beispiel:

Familie Meyer will nicht weiter zur Therapie kommen, da die Schulnoten von Hans nicht besser, der Druck durch den Sohn aber in letzter Zeit stärker geworden ist.

Hier entscheidet der Therapeut, die verbale Drohung (Therapieabbruch) zu ignorieren, und greift die nonverbale *Bitte nach Hilfe* auf. So erfährt er beim Nachfragen reihum in der Familie, *was jedem Druck macht*. So z. B., daß nicht nur die Schulnoten des Sohnes, sondern die Überlastung und Hilflosigkeit der Mutter das Thema ist, die sich durch ihren Mann und seine Erwartungen an sie als Haus-, Ehefrau und Mutter überfordert fühlt.

Da es keine objektive Einschätzung von offenen oder geschlossenen Systemen gibt und auch objektive Testverfahren zur Zeit nicht vorhanden oder praktikabel sind, kommt dem Therapeuten oder den *Beobachtern* bei der Wahrnehmung von Familien-Systemen eine zentrale Bedeutung zu (vgl. Kap. 5.5). Damit wird der Therapeut zum Instrument des augenblicklichen Geschehens in der Familie.

Wie kann ein Therapeut *wahrnehmen*, welche Anteile von Förderung oder Störung in einer Familie vorherrschen?

Im Bereich der entwicklungs- und systembezogenen Familientherapie gibt es keine herkömmlichen Erhebungsinstrumente (Tests usw.), die objektive Wahrheiten und Aussagen über die Potentiale und Störungen einer Familie erlauben. Der Therapeut lernt eine Familie zu einem bestimmten Zeitpunkt kennen. Seine subjektiven Eindrücke und Wahrnehmungen erlauben eine „Momentaufnahme“ der Familie, nicht jedoch endgültige Aussagen über diese Familie und deren Entwicklungsmöglichkeiten. Der Therapeut ist mit seinem Körper, seinen Sinnen, seiner Wahrnehmung seiner eigenen Geschichte, seinen Denk- und Glaubensansätzen ein wesentliches Instrument bei der Begegnung und Einschätzung der Familie. Diese Relativität der Wahrnehmung des Therapeuten wird in allen systemischen Ansätzen (vgl. *Guntern* 1983), ganz besonders im entwicklungsbezogenen Ansatz der Familientherapie, gesehen.

Der Therapeut beschreibt differenziert die Familien auf verschiedenen Ebenen.

Wahrnehmungen:

1. *über Augen*, Beobachtungen wie eine Kamera: Körpergestaltung, Gestik, Mimik, Motorik, Atemprozesse, Augenbewegungen, Hautreaktionen, Bewegungsabläufe im Gesamtsystem.
2. *über Ohren*, wie ein Tonband: Stimme, Sprechweise, Geräusche, Töne, Lachen, Seufzen, Sprache (vollständige und unvollständige Sätze, Generalisierung, Tilgung, Verzerrung), Geräusch- und Sprachabläufe im System (vgl. Sprache).
3. *über Nase*: Gerüche
4. *über Tasten*, wie ein Seismograph: Temperatur, Spannung, Festigkeit, Weichheit, Trockenheit, Energie.

Mit Hilfe seiner intellektuellen Fähigkeiten und ganzheitlichen Wahrnehmung ist der Therapeut in der Lage, die in der Familie ablaufenden Regeln, Normen, Botschaften, Beziehungsmuster und Verhaltensabläufe zu erkennen und sie verbal und nonverbal aufzuzeigen.

Durch die vielseitigen Wahrnehmungsaufgaben reagiert der Therapeut selber mit seiner *Ganzheit als Mensch* (Körper, Geist und Seele). Diese Reaktionen differenziert wahrzunehmen und *eigene Anteile* von den Einwirkungen von außen zu unterscheiden, ist die schwierigste, aber zentralste Aufgabe. Dadurch, daß der Therapeut auf einem Boden vielfältiger eigener sinnlicher Erfahrungen in Systemen aufbaut, ist er in der Lage, bei der Arbeit mit Familien ganzheitlich zu reagieren.

Im Verlaufe seines Ausbildungsprozesses lernt er, seine sinnlichen Wahrnehmungsmöglichkeiten zu schulen und bestimmte Verhaltensmuster in Systemen schneller zu erkennen, z. B. Kommunikationsformen unter Streß, geeichte Kommunikationsschleifen, sprachliche Repräsentationsformen, Zugangsweisen (vgl. Stahl 1983). Dadurch, daß er zunehmend in der Lage ist, auch zwischen seinen vergangenen und gegenwärtigen Situationen und Möglichkeiten zu unterscheiden, wird auch die Fähigkeit wachsen, zwischen Innen- und Außenwelt zu differenzieren und bewußter damit umzugehen. Damit wird er sich, psychoanalytisch gesehen, weniger in das Spiel von „Übertragung und Gegenübertragung“ verwickeln lassen (Buchholz, 1983).

Insofern sind die im folgenden Abschnitt sehr verkürzt beschriebenen Wahrnehmungen auf allen Ebenen das Handwerkszeug von Diagnostik und Therapie, das zugleich subjektive und objektive Elemente enthält.

„Objektiv“ benennen wir die Beschreibung eines Prozesses, in dem Beobachtungen ohne Bewertungen gemacht werden. Diese Beobachtungen können durch außenstehende, geschulte Beobachter mit Hilfe von Tonband- und Videoaufzeichnungen jederzeit nachvollzogen werden.

„Subjektiv“ nennen wir, was nicht „falsch“ oder „ungenügend“ bedeutet, aber nicht nachvollziehbar und ableitbar ist oder im Kontext eines individuellen Erlebens auftaucht.

5.1.2 Familienmodelle: „Gestörte und Fördernde Familien“

V. Satir, die diese ganzheitliche Wahrnehmung seit zwanzig Jahren an Therapeuten vermittelt, ordnet die Familien, die sie kennenlernte, von „sehr fördernd“ bis „sehr gestört“ ein, betont aber bei diesen Modellbildern neben den Ähnlichkeiten der Art und Weise, wie diese Familien funktionieren, ihre individuellen Unterschiedlichkeiten. Somit können sie auch nur dazu dienen, daß der Leser in der einen oder anderen etwas erkennt, was ihm aus dem eigenen Familienleben bekannt vorkommt.

„Gestörte Familien“

In „gestörten“ Familien ist vor allem die Körpersprache eine deutliche Aussage, während die Stimmen oft kaum hörbar oder rauh und scharf im Ton sind. Die verbalen Äußerungen sind eher unvollständig, unklar und lückenhaft. Die einzelnen Mitglieder der Familie sind häufig festgefahren in einem bestimmten Streßverhalten (Kommunika-

tionsform). In der Kommunikation benutzen sie überwiegend nur einen oder zwei ihrer Sinneswahrnehmungen, z. B. bevorzugt nur sehen oder hören, nicht aber fühlen. Diese Einschränkungen drücken sich in der Art aus, wie sie sprechen (Wortwahl) und wie sie Informationen speichern und abrufen. Der direkte *Augenkontakt* wird vermieden, das *Zuhören* fällt schwer. Die Gesichter wirken mürrisch, traurig oder wie leere Masken. Die Körperhaltung ist steif, angespannt oder aber schlaff.



Abb. aus: *Virginia Satir, Selbstwert und Kommunikation*, Pfeiffer, München.

Neben viel Pflichtgefühl ist wenig Freude und Spaß zu finden und der Humor oft verletzend. Die Erwachsenen sind so damit beschäftigt, ihrem Kind zu sagen, was es tun oder lassen soll, daß sie ihr Kind nie kennenlernen, wie es ist und sich nie an seiner Person erfreuen können. Auch das Kind kennt mehr „erziehende“ Eltern als Vater und Mutter, als Mensch so wie sie sind.

„Niemand würde sich absichtlich diesen belasteten Lebensweg aussuchen. Die Familien akzeptieren ihn nur deswegen, weil sie keinen anderen Weg kennen.“

„Fördernde Familien“

Wie anders ist es, in einer „fördernden Familie“ zu leben! Die Sprache ist klar, konkret und vollständig (vgl. *Bandler, Grinder, Satir*). Die Menschen hören einander zu und fragen nach, wenn etwas nicht gehört oder verstanden wird. Sie schauen sich gegenseitig an, berühren einander und zeigen sich ihre Zuneigung, gleichgültig, wie alt sie sind. Die Kinder werden als vollwertige Personen behandelt. Sie können offen und freundlich sein. Jeder hat das Erlebnis, daß auf ihn Rücksicht genommen wird, und bemüht sich, auf den anderen Rücksicht zu neh-

men. Mitglieder einer „fördernden“ Familie fühlen sich frei, einander zu sagen, was sie denken und empfinden, über Enttäuschungen, Ängste, Verletzungen und Kritik wie auch über Freuden und Leistungen zu reden, ohne sich bewertet oder getadelt zu fühlen.

Wenn z. B. der Vater oder die Mutter aus irgendeinem Grund schlechte Laune haben, kann der Sohn oder die Tochter frei heraus sagen: „Mensch, Papa (Mama), Du bist heute abend aber brummig.“ Er (sie) braucht keine Angst zu haben zu hören: „Wie kannst Du es wagen, so mit Deinem Vater (Deiner Mutter) zu reden!“ Stattdessen kann der Vater (die Mutter) auch offen sein: „Ich bin wirklich brummig, ich hatte einen verdammt schlechten Tag heute.“ Worauf der Sohn (die Tochter) erwidern darf: „Danke, daß Du mir das gesagt hast. Ich dachte schon, Du hast Dich über mich geärgert.“ In dieser Familie gilt die Botschaft, daß das menschliche Leben und menschliche Gefühle wichtiger sind als alles andere. Wenn wir V. Satirs Beschreibung der verschiedenen Familienmodelle (*Satir 1978, S. 24f.*) lesen, fällt uns auf, daß sie überwiegend Worte aus dem Bereich des Sehens und Fühlens wählt und schwerpunktmäßig die Körpersprache der Familie aufzeigt. Da sie in den letzten zehn Jahren bis zum Erscheinen dieses Buches mit verschiedensprachigen Familien aus allen Kontinenten gearbeitet hat, ist nachzuvollziehen, daß für *Virginia Satir* die Körpersprache das neuentdeckte allgemeinverbindende Bindeglied wurde.

Vermutlich wirken hier jedoch grundlegend auch biographische Faktoren: Während einer mehrjährigen Taubheit war die Körpersprache ihre einzige Informationsquelle (vgl. Kap. 4).

Da wir aus zahllosen Anschauungen und Befragungen wissen, daß sie über körperliche Annäherung und Berührung einen Großteil ihrer Informationen aufnimmt und damit visuelle und auditive Wahrnehmungen überprüft/ergänzt, erstaunt es uns, daß sie diesen, für ihre Methode typischen Weg so wenig direkt benennt. In ihren Handlungen hat sie schon lange den Mut, das in unserer Gesellschaft noch weitgehend bestehende Tabu der Körperberührung zu durchbrechen, vermutlich hält sie es nicht für sinnvoll, ihr eigenes in Situationen stimmiges Verhalten schriftlich zu fixieren und es damit zu einem abstrakt weitergegebenen Verhaltensschema zu machen.

5.2 Ziele in der Familientherapie

In der entwicklungs- und systemorientierten Familientherapie richten sich die Ziele sowohl auf die Veränderung von Menschen und

Lebensbildern wie auch auf die Veränderung von speziellen Verhaltens- und Interaktionsweisen.

Ziele bestehen in der Veränderung von Einzelnen, Familien und Gruppen in Richtung auf: „Gesundheit“ (vgl. Kap. 4) „Fördernde Familien“ (vgl. Kap. 5.1) „Offene Systeme“ (vgl. Kap. 4.3).

Unter anderem bedeutet das, die von V. Satir benannten „fünf Freiheiten“ bewußter im alltäglichen Leben einzusetzen:

„Die Freiheit

— das zu sehen und zu hören, was jetzt ist, anstelle von dem, was sein sollte, sein könnte, gewesen ist oder sein wird.

— das zu sagen, was man fühlt und denkt, anstelle von dem, was man sollte;...

— das zu fühlen, was man empfindet, anstelle von dem, was man sollte;...

— danach zu fragen, was man möchte, anstatt immer auf Erlaubnis zu warten;

— statt Sicherheit zu wählen und „keine Wellen zu schlagen“ — eigenverantwortlich Risiken einzugehen.“

Ein Ziel ist ein verantwortungsbewußtes, menschliches Wesen, das entsprechend seinen Bedürfnissen wählt und plant und Unterschiede zwischen Personen genauso erkennt, wie vorhersagbare Gleichheiten (Satir 1973, S.361).

„.... das Erkennen und Überprüfen von überkommenen Werten, Normen, Regeln, Kommunikationsmustern und Verhaltensweisen für das gegenwärtige Leben.“

5.3 Diagnostische und therapeutische Vorgehensweisen und Übungen

5.3.1 Simulierte Familie

Während eines Forschungsprojektes über die Kommunikation von sog. „schizophrenen“ Familien kam die Bateson-Gruppe 1954 auf die Idee, eine Familie mit Hilfe von Rollenspielern darzustellen. Die Tonaufnahmen dieses Rollenspiels wurden uneingeweihten Therapeuten vorgelegt, die nach der Rollenspielanalyse die Einschätzungen der Bateson-Gruppe bestätigen konnten (vgl. Gurman, Kniskern 1981).

1962 war Virginia Satir in Colorado zu einer Versammlung von über tausend Menschen eingeladen, um zu zeigen, wie sie ganze Familien behandelt. Da die Familie absagte, mußte sich Virginia kurzfristig ein neues Vorgehen ausdenken. Sie bat einige Teilnehmer, die Rollen von Familienangehörigen zu übernehmen. Damit wurde erstmalig ein

Familien-Rollenspiel benutzt, um familientherapeutisches Vorgehen vor einer großen Gruppe ganzheitlich und lebendig darzustellen.⁵¹ Durch dieses Spiel wird den Rollenspielern — Familienmitglieder oder Gruppenteilnehmer — ermöglicht, das eigene Familiensystem zu erkennen und besser zu verstehen, wie auch spielerisch Erfahrungen in neuen Verhaltensmustern zu machen. Sie können so auch bisher neue Interaktionsmuster einüben. Da im Rollenspieler während der Übungen sehr viele Erlebnisse aus der eigenen Vergangenheit anklingen, wird er angeregt, unabgeschlossene Prozesse zu reflektieren.

Damit wird das Familienrollenspiel zu einem der vielen Wege, den Prozeß der Familientherapie anzuregen und zu einem Basiselement bei der Ausbildung zum Familientherapeuten.

5.3.2 Skulpturen

Um Beziehungsformen in Familien in neuer Weise zu erfassen und das Charakteristische ihrer Beziehung sichtbar zu machen, ließ V. Satir schon in den frühen sechziger Jahren beide Ehepartner nonverbal ihre Idealbeziehung körperlich darstellen:



Beide Partner umarmen sich eng zusammenstehend, Brust und Bauch beider berühren sich wie zusammengewachsen.

In einem nachfolgenden Gespräch wird die Bedeutung dieses Positionsbildes von dem Paar angesprochen. Folgender Basissatz wird genannt:

- „Leben heißt zusammenstehen und niemals auseinandergehen.“
- Die Partner erleben sich nicht als Einzelwesen, sie benutzen nur die wir-Form.

Durch diese Art, ihre Beziehung körperlich und räumlich wahrzunehmen, wird den Partnern anschließend deutlich, daß wenig Kontakt zur Außenwelt besteht und daß keiner der Partner sich bewegen kann, ohne den anderen zu beeinträchtigen.

Der Kreativität des Therapeuten sind keine Grenzen gesetzt, in ähnlicher Weise auch andere Beziehungsmuster von Paaren oder von größeren Systemen darzustellen. Diese ermöglichen eine Bearbeitung auf allen Ebenen.

Diese Beziehungsbilder, von *V. Satir* 1964 entdeckt, wurden zu einem wesentlichen Handwerkszeug der humanistisch orientierten Familientherapeuten und erstmals von *Streitfeld* und *Lewis* beschrieben (vgl. *Bosch* 1977). 1969 fanden *Kantor*, *Duhl* und *Gerrisch* (vgl. *Duhl* 1983) ebenfalls zu diesen Darstellungsformen von Familien und prägten den Begriff Skulptur. In der Folgezeit wurde die Skulptur weiter entwickelt von *Peggy Papp*, die Bewegungen einführte und zu einem Tanz erweiterte (Choreographie). Eine Erweiterung zu „Familienspielen“ beschreiben *Kantor* und *Duhl* (vgl. *Duhl* 1983).

Da Familienprozesse gleichzeitig ganzheitlich und kreisförmig sind, gibt es keine Ursache-Wirkung-Zusammenhänge, wie diese durch die Sprache ausgedrückt werden.

Durch die Skulptur ist es möglich geworden, diese Prozesse zeitlich und räumlich darzustellen und durch Hinzufügung der Bewegung die Veränderbarkeit, Gleichzeitigkeit und Kreisförmigkeit von Beziehungen sichtbar zu machen.

Die Arbeit mit Skulpturen erleichtert außerdem das Umgehen mit ganzheitlichen Bildern und Metaphern. Damit werden die Prozesse in unserer rechten Gehirnhälfte, die in unserer Kultur stark vernachlässigt werden, wieder angeregt und geübt.

Das Nichtangewiesensein auf die sprachliche Komponente ermöglicht die Skulpturarbeit mit allen Altersgruppen, sozialen Schichten und verschiedenen Nationalitäten.

5.3.3 Kommunikationsformen unter Stress

Bei der Behandlung von Familien beobachtete *Satir*, daß Menschen in Belastungssituationen besondere Verhaltensmuster zeigen. Wenn wir uns in Gegenwart von anderen Menschen unter Stress und Ablehnung befinden, sind wir häufig nicht in der Lage, unsere Körperreaktionen und tieferliegenden Gefühle und Gedanken wahrzunehmen. Um

uns zu schützen, schränken wir uns dabei sowohl in unserer Sinneswahrnehmung, Beweglichkeit des Körpers und Denkmöglichkeiten ein. Die Folge davon ist die Verringerung unseres eigenen Selbstwertes. Anderen Menschen gegenüber zeigen wir dann ein Verhalten, das nicht eindeutig und klar verstanden werden kann, z. B. *Doppelbotschaften*.

Die Kommunikationsformen, die wir dann unter Stress zeigen, sind verschiedenartig: wir

- vermitteln, beschwichtigen (to placate)
- klagen an, greifen andere an (to blame)
- rationalisieren, verhalten uns übervernünftig (to compute, to be superreasonable)
- lenken vom Thema ab (to be irrelevant).



Abb. aus: Virginia Satir, *Selbstwert und Kommunikation*, Pfeiffer, München.

Alle diese Kommunikationsformen unter Stress haben wir in früher Kindheit als Überlebensmuster entwickelt. Sie treten später unbewußt in ähnlichen Beziehungs- und Streßsituationen spontan-reaktiv wieder auf. Sie sind ganzheitlich beobachtbar sowohl an Körperhaltungen, wie auch an Stimme, Redeweise u.a. Wir haben sehr vielfältige Kommunikationsformen als Potentiale in uns. Die oben genannten Formen wirken sich besonders bei einseitigem, starrem, nicht wählbarem

Gebrauch destruktiv aus, wobei häufig auch Körpersymptome auftreten.

In der Diagnostik, Therapie und Ausbildung ist die Arbeit mit dem Modell dieser Muster ein zentrales Hilfsmittel. Im Gegensatz zu herkömmlicher Diagnostik mit Hilfe verbaler Information oder medizinischen Geräten arbeiten die entwicklungs- und systembezogenen Familientherapeuten mit der Wahrnehmung des Klienten in seiner Gesamtheit.

Durch Schulung der Wahrnehmung auf diese Muster ist es Therapeuten und Klienten möglich, in kurzer Zeit die den Interaktionsfluß hemmenden Verhaltensweisen zu erkennen und damit Ansatzmöglichkeiten für Veränderungen zu entwickeln (vgl. *Satir 1978*).

Die Kommunikationsformen, die *Virginia Satir 1964* entwickelte, später erweiterte und als Grundlage für eine Fülle von Übungen und Spielen anwandte, bilden heute eine Basis für Diagnostik, Therapie und Ausbildung.⁶¹

5.3.4 Strukturiertes Familieninterview

Satir mißt der Vergangenheit eines Menschen sehr großen Stellenwert zu. Sie bezeichnet als Vergangenheit nicht nur die des Individuums, sondern sie bezieht sowohl den über mehrere Generationen reichenden Zeitraum einer Familie wie auch die allgemeinen, geistigen, geschichtlichen, kulturellen und ökologischen Situationen mit ein.

Schon in ihrem ersten Lehrwerk (vgl. *Satir 1964*) Mitte der 60iger Jahre hat sie einen detaillierten Plan aufgestellt, der eine differenzierte Aufnahme der Familiengeschichte ermöglicht. Zu der damaligen Zeit hat sie fast jede Therapie mit der Aufnahme der Familiengeschichte begonnen, heute verwendet sie andere Vorgehensweisen.

Durch eine strukturierte Erhebungsform wollte sie vor allem die Anfangssituation für die Familie erleichtern und Informationen über die Bedeutung von Symptomen bekommen. Durch die Aufnahme der Familiengeschichte wird die Aufmerksamkeit vom „kranken“ oder „bösen“ Mitglied (identifizierter Patient/I.P.) umgelenkt auf andere Aspekte. Es ist wichtig, daß der Therapeut sich bei der Durchführung des Interviews nach dem Rhythmus und den speziellen Reaktionsweisen der Familie richtet. Aus den Beobachtungen über die Interaktionen während des Interviews kann der Therapeut Aussagen über die augenblicklichen Familienbeziehungen machen. Er erfaßt Einzelheiten darüber, wie das Paar sich kennenlernte, wie die beiden zu „Architekten“ der Familie wurden und die „eheliche Homöostase“ begründeten.

Er lenkt den Blick darauf, wie die beiden Eltern sich während der verschiedenen Lebensabschnitte in ihrem Selbstwert gefühlt haben.

Es ist wichtig, daß sich der Therapeut in einer positiven Weise den Mitgliedern zuwendet und mit ihnen auf Entdeckungsreise geht. Er informiert sich darüber, ob noch weitere Personen in ihrem Haushalt wohnen bzw. von Bedeutung für die Familie sind oder waren (z. B. Großmutter, Tante, Amme), bzw. wichtige Menschen, die einmal bei ihnen waren und dann wegzogen oder starben.

Der Therapeut hat die Möglichkeit, die positiven Situationen der Vergangenheit herauszuarbeiten und sie als nährnde Basis für die Therapie nutzbar zu machen (z. B. durch Reframing).

Er läßt sich von den Eltern sehr differenziert das Äußere ihrer Eltern sowie ihre Beziehung zueinander beschreiben und fragt u. a. nach den Reaktionen der Ursprungsfamilien auf den Entschluß zu heiraten. Er erkundigt sich nach ihren frühen Vorstellungen von Ehe und Partnerschaft sowie ihren späteren Erfahrungen damit.

Wenn er nach den Kindheitserfahrungen und der Herkunftsfamilie der Eltern fragt, werden nicht selten Parallelen zu dem deutlich, was die Familie belastet. Häufig versuchen Eltern, an den eigenen Kindern oder Partnern nachzuholen, zu bearbeiten oder zu bekämpfen, was sie selbst einst erlitten oder vermißt haben.

Im Verlauf dieses Prozesses bezieht der Therapeut das Kind durch kindgerechte Umformulierungen und Fragen mit ein. Er hat dadurch die Möglichkeit, selbst wenn das Kind verbal nicht reagiert, sicherzustellen, daß es an diesem Geschehen Anteil nehmen kann und dabei ein wichtiges Familienmitglied ist.

Nachdem die Eltern detailliert befragt worden sind, werden die Kinder ermutigt, ihre Sichtweise von Vater, Mutter, Familienleben etc. zu geben bzw. sich zu Themen wie Spaß, Verschiedenheit, Gleichheiten, Konflikte usw. zu äußern.

V. Satir wendet schon damals zirkuläre Befragungsformen an, die später unter dem Mailänder Modell weiter ausgebaut wurden. Indem Virginia Satir die Vergangenheit einer Familie in vielfältiger Weise mit einbezog — z. B. innerhalb von strukturierten Interviews, wie auch durch die reale Einbeziehung von Personen aus der Großelterngeneration — bestätigten sich ihre Erfahrungen, daß bestimmte Probleme und Regeln, Verhaltensmuster und Kommunikationsweisen sich über die Generationen hin tradierten. Außer den sehr anregenden und z. T. provokativen Fragen benutzte sie Beziehungsbilder, Skulpturen und Rollenspiele, um bestimmte Ereignisse aus der Vergangenheit lebendig zu machen.

5.3.5 Familienrekonstruktion

1964 hat Virginia Satir ihr Konzept einer „Familienrekonstruktion“ im Detail entwickelt und in die Erprobung gebracht.

Da sie in der Kontaktaufnahme zur individuellen Vergangenheit und den familiären Wurzeln (über mehrere Generationen hinweg) eine bedeutsame Kraftquelle sieht — die mehr und mehr erschlossen wird — hat sie sovieler unterschiedliche Methoden entwickelt. Während ihrer langjährigen Ausbildungsarbeit kommt sie zu dem Schluß, daß besonders die angehenden Therapeuten Gelegenheit haben müssen, ihre eigene Geschichte aus der gegenwärtigen Situation wahrzunehmen und sie erlebnismäßig und intellektuell neu einzuordnen. Innerhalb der vierwöchigen Seminare mit angehenden Therapeuten in verschiedenen Ländern entwickelte sie neue Methoden zur Rekonstruktion von Familien und deren Geschichte (vgl. Satir 1972, Yuen 1980).

Vorgehen

Bei einer Familienrekonstruktion werden zunächst die zeitgeschichtlichen und realen, persönlichen Daten, die in einer „Zeitliste“ (Life Chronology) eingetragen werden, erfaßt. Zusätzlich wird ein „Familienstammbaum“ (Family Map, Genogramm) über mindestens drei Generationen erstellt, in dem eine Fülle von objektiven und persönlichen Daten eingetragen wird: Namen aller Personen, Geburts- und Sterbedaten, Heirat, Berufsbezeichnung, Wohnortwechsel etc., sowie pro Person drei wesentliche Eigenschaften; Krankheiten sowie Totgeburten. Außerdem werden aus den Familien erinnerte Sprüche, Regeln, Geschichten, Mythen usw. gesammelt. Hat die Person, für die eine Rekonstruktion gemacht werden soll („Star“, Hauptperson), über einige Vorfahren keine Kenntnisse oder Überlieferungen zur Verfügung, so ist es möglich, mit Hilfe ihrer Phantasie und genauer Befragung der Rollenspieler die geschichtlichen Lücken in etwa zu füllen.

Vorbereitend nimmt die Hauptperson Kontakt zur eigenen Herkunftsfamilie auf und versucht in Gesprächen, besonders mit allen Verwandten, die gewünschten Einzelheiten zu erfahren. Durch die Sammlung von Familienfotos erhält sie zusätzliches Material, das den Einstieg für sie selbst und die Rollenspieler erleichtert.

Erst wenn in der Gruppe ein bestimmter Rahmen von Sicherheit und Vertrauen ⁷⁾ geschaffen ist und zwischen Therapeut und Hauptperson guter Kontakt besteht, kann mit dem Eintauchen in die Familiengeschichte begonnen werden. Die Hauptperson wird in Gegenwart der Gruppe mit dem Therapeuten einen Kontrakt über die Form der

Zusammenarbeit treffen: sie wird die für sie wichtigste *Frage* herausarbeiten, die sie durch die Rekonstruktion für sich beantwortet haben möchte, und zusammen mit dem Therapeuten auch anhand der vorherigen gemeinsamen Beschäftigung mit den Materialien herausfinden, welcher Teil der Familiengeschichte bzw. des Stammbaumes in dieser Sitzung rekonstruiert werden soll. Der Therapeut bespricht Fragen, die den zeitgeschichtlichen Kontext sichtbar machen sollen.

Unter Anleitung wählt die Hauptperson Rollenspieler für die Angehörigen aus. Der Spielleiter steht während des gesamten Ablaufes in engem Kontakt zu der Hauptperson und den Rollenspielern und achtet auf möglichst genaue Rekonstruktion vergangener Geschichts- und Sozialisationsdarstellung, wie auch auf jede sicht- und hörbare Reaktion der Hauptperson.

Wie im Psychodrama leitet der Therapeut die Spielszenen an, z. B. wie sich Großvater und Großmutter kennenlernten; er befragt Rollenspieler wiederholt zu ihren Wahrnehmungen, Gefühlen und Gedanken. Er wird die Spielsequenzen häufig unterbrechen, um der Hauptperson Gelegenheit zu geben, eigene Wahrnehmungen, Gefühlsreaktionen und Gedanken zu äußern. Außerdem kann die Hauptperson in direkten Kontakt zu Personen (= Rollenspielern) treten, u. a. solche, die sie in der Realität wenig oder nie kennenlernen konnte — um sich ihnen mitzuteilen und ihnen wichtige Fragen zu stellen.

Es kann vorkommen, daß zusätzlich Personen, die geschichtlich wichtig sind, aber von der Familie tabuisiert sind, nachträglich in das Geschehen eingeführt werden, z. B. die Geliebte des Großvaters und deren unehelicher Sohn.

Familienrekonstruktionen können auf sehr unterschiedliche Weise durchgeführt werden. Häufig wird der Prozeß des Kennenlernens der Eltern, deren Familienbildungsprozeß sowie die Geburt des Protagonisten dargestellt. Oft stehen Situationen im Zentrum, die deshalb bedeutsam sind, weil sie entweder besonders schön oder traumatisch waren bzw. Szenen, über die es kaum Informationen gibt: z. B. nach der Scheidung der Eltern verliert der zweijährige Sohn den Kontakt zum Vater und entwickelt in der Folgezeit ein Bild des Vaters aus der Sichtweise der Mutter (kein direktes Vaterbild wegen Scheidung oder Krieg); Szenen, wo der Abschied und die Ablösung zwischen Menschen nicht gelebt werden konnten; Situationen, in denen Sexualität und Ärger sichtbar gemacht werden.

Indem der erwachsene Protagonist jetzt neu hören, sehen, darüber fühlen und nachdenken kann, wird er eher in der Lage sein, Ereignisse zu verstehen. Er wird die Informationen des zeitgeschichtlichen Kon-

textes mit einbeziehen, die Bilder, Mythen und Regeln, die er als kleines Kind aufgenommen hat, korrigieren können. Das unvollständige Wissen von der Realität hat ihn oft an der Entfaltung seiner eigenen Potentiale gehemmt. Indem dies klar wird, kann er eine Gestalt schließen und Energien werden frei.

Aus dieser ganzheitlichen, überwältigenden Erfahrung können im Klienten tiefgreifende Veränderungsprozesse geschehen: alte Muster brechen zusammen und neue Verhaltensspielräume eröffnen sich. Dabei finden alle erdenklichen therapeutischen Interventionstechniken ihre Anwendung: z. B. Atem- und Körpertherapie, Gestalt, Psycho-drama, Hypnoseinterventionen und weitere, bei *Bandler/Grinder* angeführte Vorgehensweisen.

Häufig wird die Verbindung zu den eigenen geschichtlichen Wurzeln als Kraftquelle erfahren. Abgetrennte Teile der Familie werden neu gesehen und integriert; damit wird es möglich, auch die eigenen ausgeblendeten, verhassten Teile anzunehmen und deren positive Bedeutung für das eigene Wachsen zu verstehen. Eindrucksvoll ist dieser Prozeß für die als Beobachter anwesenden „tatsächlichen“ Familienmitglieder. Dieser Prozeß wirkt sehr stark und lange weiter und wird häufig auch mit therapeutischer Hilfe weiterbearbeitet. Es ist zu beobachten, daß Teile des Rekonstruktionsprozesses „vergessen“ werden, die dann zu einer „passenden Zeit“, manchmal nach mehreren Jahren, neu ins Bewußtsein treten und dann abgeschlossen werden können. Spezielle Interventionen durch den Therapeuten erlauben sowohl das Wahrnehmen, Behalten und Vergessen sowie das spätere Wiedererinnern eines Ereignisses.

Zum Abschluß des Therapieprozesses folgt eine behutsame, sehr genaue Rollentlassung mit anschließendem Erfahrungsaustausch von Rollenspieler und Beobachter.

Da *Satir* großen Wert darauf legt, daß die Rekonstruktionsgruppen möglichst heterogen zusammengesetzt sind, kommt es zu einer Begegnung von Menschen mit sehr verschiedenartigem persönlichem, geschichtlichem, kulturellem und nationalem Hintergrund. Alle Beteiligten werden gebeten, ihnen zur Verfügung stehendes Wissen über diese Epoche und Situation einzubringen. Indem sich die ganze Gruppe über mehrere Stunden mit dem Leben in einer bestimmten Epoche beschäftigt, wird der weltpolitische ebenso wie der nationale und räumliche Kontext dieser Familie sehr lebendig. In diesem Prozeß kann die Hauptperson nachvollziehen, wie bestimmte Mythen, Normen und Regeln entstanden sind und sein Verständnis für diese Zusammenhänge und die Menschen wächst.

Ereignisse wie Krieg und Frieden, Einberufungen usw. werden durch das Spielen des individuellen Schicksals als überindividuelle Erscheinungen nachvollziehbar. Die Gruppe und die Rollenspieler sind in solchen Phasen sehr gefordert und auch dazu aufgefordert, ihren eigenen Ängsten bei diesen Themen zu begegnen und bereit zu sein, ihre Bilder von „gut“ und „böse“ zu hinterfragen. Dieser Prozeß verlangt viel Energie von den Beteiligten.

Nach unserer Erfahrung ist es in einem solchen Rahmen am ehesten möglich, prekäre Themen wie Krieg, Frieden, Nationalsozialismus anzugehen. Nach dem gemeinsamen Durchlaufen eines solchen Prozesses können völkerverbindende Begegnungen neu entstehen.

5.3.6 *Parts Party*

Unter den vielen von V. Satir zur Therapie des Individuums entwickelten Verfahren nimmt die *Parts Party* einen wichtigen Platz ein. Wie alle ihre Gruppenverfahren, so hat sie auch diese Vorgangsweise innerhalb ihrer langjährigen Arbeit mit Familien und Großgruppen entwickelt (vgl. Satir 1972).

Eine *Parts Party*, ein „Festspiel“ zur Integration der verschiedenen Seiten einer Person, ist ein von V. Satir entwickeltes gruppentherapeutisches Verfahren, das dem Klienten (= Protagonisten) mit Hilfe von Rollenspielen in einer partyähnlichen Interaktion die Entwicklungsmöglichkeiten seiner verschiedenen Persönlichkeitsanteile darstellt.

Da die *Parts Party* sowohl für den Protagonisten wie auch für die beteiligten Rollenspieler und Beobachter ein tiefgehendes Erlebnis ist, ist es wichtig (ähnlich wie bei der Familienrekonstruktion), auf folgende Voraussetzungen Wert zu legen:

- Vertrauen und Sicherheit für ein „Sich zeigen können“ in der Gruppe
- Erfahrungen mit Gestalttherapie und Rollenspielen (besonders Umgehenkönnen mit De-roling-Techniken)
- sowie gute Erfahrungen in Klein- und Stützgruppen.

Besteht ein guter Kontakt zum Therapeuten, eine Bereitschaft vom Protagonisten und mindestens sechs Rollenspielern zur Gestaltung sowie ausreichend Zeit (eventuell drei Stunden), so kann die *Parts Party* in der Gruppe stattfinden. Dieses Ereignis wird dann häufig tatsächlich zu einem Fest der Neugeburt innerhalb der Gruppe.

Der Protagonist nennt drei Männer und drei Frauen aus dem öffentlichen Leben (Politik, Geschichte, Kunst, Unterhaltung etc.), die er besonders faszinierend oder abstoßend findet.

Jeder gewählten Persönlichkeit ordnet der „Gastgeber“ der Party eine Eigenschaft zu und wählt passende Rollenspieler aus. Die Rollenspieler werden vom Therapeuten für ihre Aufgabe, die Eigenschaft in übertriebener Weise auszuspielen, vorbereitet — eventuell kostümieren sie sich für dieses Spiel. Während des ersten Teils der Party, dem der Gastgeber nur als Beobachter beiwohnt, begegnen sich die Persönlichkeiten. In dem folgenden Prozeß, der vom Therapeuten zeitlich stark strukturiert und häufig unterbrochen wird, kann der Gastgeber beobachten, wie seine Persönlichkeitsteile miteinander agieren, in Konflikt geraten und einzeln versuchen, die Party zu dominieren. Über alles wird Protokoll geführt und damit auch festgehalten, wie die einzelnen Anteile während des Prozesses in bestimmten Situationen und Begegnungen ihre Eigenschaften verändern. Häufig fehlen besondere Persönlichkeitsteile — die für den Gastgeber mit einem Tabu versehen sind (z. B. Sexualität, Aggression). Die Rollenspieler, die diesen Teil spielen, werden nachträglich zur Party eingeladen. Nach den Phasen von Begegnung, Konflikt und Chaos gibt der Therapeut die Anweisung an die Rollenspieler, zu einem sich ergänzenden Zusammenspiel zu kommen, selbst wenn sie dabei wiederum ihre ursprünglich verordnete Eigenschaft umwandeln müssen.

Während des Prozesses wird der Gastgeber vom Therapeuten sorgsam begleitet und fortlaufend gebeten, das mitzuteilen, was er von seinen eigenen Prozessen im Spielablauf wiedererkannt hat. Die Fragen des Therapeuten sprechen alle Ebenen des Protagonisten an: was er hört, sieht, fühlt und denkt, sowie Muster seiner inneren Erlebnisabläufe.

Nachdem die Rollenspieler endlich zu einer Einigung gefunden haben, übergeben alle Teile in einem nachfolgenden Ritual ihre gemachten Erfahrungen aus dem ganzen Prozeß an den Gastgeber. Durch das ganzheitliche, tiefe Erleben in diesen Stunden kann der Protagonist in diesem Moment die neuen Erfahrungen in sich aufnehmen.

Nach einem De-Roling der Rollenspieler tauschen sich die anwesenden Personen über ihre eigenen Erlebnisse bei dem Spiel aus.

Virginia Satir verhilft durch ihr therapeutisches Vorgehen, gegenwärtige Probleme des Klienten schnell und tiefgreifend anzugehen. Die Wechselbeziehung von Vergangenheit und Gegenwart wird sichtbar gemacht und ihre Manifestierung in psychischen Leiden, Körpersymptomen und Krankheiten nachvollziehbar. Dem Klienten wird die Möglichkeit gegeben, ihm bisher unbekanntes Seiten seiner Persönlichkeit zu erfahren und gewünschtes neues Verhalten einzuüben.

5.3.7 Weitere Darstellungsformen und Übungen

Virginia Satir benutzt weitere Hilfsmittel, um Beziehungen in Systemen sichtbar zu machen, z. B. symbolisiert sie mit Hilfe von Tauen, durch die Familienmitglieder untereinander verbunden sind, deren Beziehungsgeflecht.⁸⁾

Die Zusammengehörigkeit und das Zusammenspiel von Menschen in größeren Systemen hat sie z. B. 1978 in einer internationalen Seminargruppe von 60 Personen verschiedenen Alters mit Hilfe eines Taus erleben lassen.

Aus der Arbeit mit ihren Kommunikationsformen (*Schmitt* 1979) entwickelt sie in der praktischen Arbeit eine Vielfalt von weiteren Übungen und Spielen: Rettungs- und Koalitionsspiele; tödliche Spiele, Wachstums-, Vitalitäts- und Kommunikationsspiele, die das Ziel haben, eine wirkungsvolle, kongruente Kommunikation zu erlernen (vgl. *Bosch* 1977).

Sie verwendet Zeichnungen, Bilder ... Sie ermutigt die Teilnehmer, ihre eigene Kreativität zu entfalten und bezieht in ihre Arbeit die Bilder, Gesänge, Gedichte und Pantomimen mit ein. Sie selbst erfindet eine Fülle von metaphorischen Bildern (z. B. Selbstwert-Pot), Geschichten und Witzen und bringt durch eigene pantomimische Darstellung Leben und Vielfalt in ihre Arbeit mit Menschen (vgl. Film, *Ottobrunn*, 1983).

5.3.8 Fallbeispiel

Familie Müller

Inge und Hans Müller gehen gemeinsam auf ein Seminar, um ihre Paarbeziehung zu verbessern.

Inge ist 23 Jahre, Sekretärin und im 5. Monat schwanger. Hans ist 25 Jahre alt und arbeitet als Therapeut.

Für beide ergibt sich die Möglichkeit, im Seminar außerhalb der vorgesehenen Übungen mit Virginia zu arbeiten. Sie geben ihre Erlaubnis, daß diese Therapiesitzungen auf Video aufgezeichnet werden und als Lehrmaterial verwandt werden dürfen (vgl. Film des Projekts).

Ablauf der Therapie (gerafft)	Interventionen, Techniken, Ziele
Die Therapeutin beginnt die Sitzung innerhalb der Großgruppe mit der Kontaktaufnahme zu Inge und Hans.	Joining

Während sie ihnen einiges Allgemeine über die Unterschiedlichkeit von Menschen mitteilt, faßt sie beide an den Händen und gibt ihnen Zeit, sich das Gehörte vorzustellen und zu fühlen. Sie läßt sich berichten, welche Unterschiedlichkeiten das Paar kennt.

Die genannten Beispiele läßt *Satir* durch Entstehung von Bildern plastischer werden.

Inges Thema: „Ich bin schneller als Hans“ überträgt Virginia in das Bild „Begrüßung auf einer Party“.

Sie läßt es unter Einbeziehung der Gruppe nachspielen, wobei deutlich wird, in welcher Weise in dieser Szene Inge die Führende und Schnellere von beiden ist.

Beide teilen ihre Reaktionen während des Rollenspieles mit. Hierbei wird deutlich, daß Hans seine Gefühle sehr direkt in Worten ausdrücken kann.

Inge braucht mehr Zeit und äußert dann eine Reihe von Gedanken.

Die Therapeutin erarbeitet mit beiden die sichtbar gewordenen Regeln in ihrer Partnerschaft: z. B. „Man darf als Frau nicht schneller sein als der Mann!“

Im weiteren Gespräch werden vergleichbare Muster bei Inges Eltern aufgedeckt, z. B. die Mutter schiebt heimlich den Vater voran.

Die Therapeutin läßt das Verhalten von Inges Eltern ebenfalls in einer Skulptur demonstrieren. Durch das Sichtbarmachen und Anspielen der Regel im Kontext von Ehe und Herkunftsfamilie wird dies für beide Partner bewußt.

Die Therapeutin läßt Vor- und Nachteile reflektieren und ermutigt sie, diese Regel für sie passend zu verändern.

Zentrierung, Energieübertragung, Erhöhung des Selbstwertes, Wahrnehmung auf allen Ebenen, Anker. Thema: Verschiedenheiten.

Visualisierung

Wechsel der Darstellungsebene

Rollenspiel, Konkretisierung und Lebendigmachen, Humor

Übung zur ganzheitlichen Wahrnehmung in der Interaktion, Sichtbarmachen von Unterschieden. Positives Umdeuten (Reframen)

Therapeutin paßt sich dem auditivem Wahrnehmungskanal an (Joining).

Regeln

Bezug zur Herkunftsfamilie, Systemregeln und Verhaltensmuster, Skulptur

Skulptur

Abgrenzung von individuellen Prozessen und interaktionellem Geschehen.

Gleichzeitig läßt die Therapeutin das Paar sich gegenüberstellen und durch veränderte Körper- und Handhaltungen den Unterschied zwischen „Frau zieht Mann“ — „Frau schiebt Mann“ und „Frau und Mann berühren sich leicht“ erfahren.

Erprobung neuen Verhaltens.

5.4 Therapeut

Nach *Satir* (1976/78) wird der Therapeut in einem beträchtlichen Ausmaß mit seinem Verhalten zu einem *Modell* für den Klienten werden.

Daher ist es besonders wichtig, daß der Therapeut sich über seine eigenen Bilder, seine Rolle und seine Einstellungen, Gefühle und Verhalten sehr klar wird und seine persönliche Weiterentwicklung durch Lebenserfahrung, Ausbildung und Therapie fördert (*Jürgens*, 82 und *Schlippe*, 83).

Satir sieht für den Therapeuten das schwierigste Problem darin, „Experte“ zu sein, ohne für den Patienten allwissend zu erscheinen. Durch seine Fähigkeit, sich zu öffnen und klar zu kommunizieren, reduziert er die Angst des Klienten ebenso, wie durch das Aufstellen von Interaktionsregeln, Strukturierung des Gesprächs und klare Fragen und Antworten.

Er vermeidet den Gebrauch von psychiatrischen oder entwertenden Begriffen und behandelt die Patienten als erwachsene Menschen, die für ihr Handeln einstehen können. Er beschreibt Rollen, Funktionen und macht auf Diskrepanzen aufmerksam, er erhöht die Selbstachtung des Klienten.

Indem er durch bestimmte Techniken (*Bandler*, *Grinder*, *Satir* 78) „Gedankenlesen“ auflöst, führt er direkte Kommunikation zwischen den Personen ein, die vollständig ist, verständlich und alle Kommunikationskanäle mit einbezieht.

Familietherapeuten, die entwicklungsbezogen arbeiten, beziehen in großem Umfang eigene Gefühle und Bilder, die in ihnen während des Therapieprozesses entstehen, in den Prozeß mit ein.

Einerseits bilden diese Hinweise für die persönliche Betroffenheit oder Verwicklung des Therapeuten in eigene biographische Muster (diese sollen dann innerhalb einer Supervision oder Eigentherapie aufgelöst werden), andererseits können sie Anhaltspunkte für die Diagnostik und Charakterisierung des momentanen Systems und Prozesses der Familie geben (vgl. Kap. 5.1.1 „Therapeutensicht“).

Obwohl innerhalb der entwicklungsbezogenen Familientherapie eine Fülle von effektiven und kreativen Techniken entwickelt wurden und heute systematisch gelehrt und angewendet werden, so haben sie im Vergleich zu den Grundhaltungen des Therapeuten einen kleinen Stellenwert. Die Kongruenz und Selbstachtung des Therapeuten bilden ebenso wie die Wertschätzung und Akzeptierung des Klienten die Grundlage der therapeutischen Beziehung.

Nach *Virginia Satir* sollte sich ein Familientherapeut folgenden *Grundanschauungen* verpflichtet fühlen (*Satir/Baldwin*, 1983).

1. Vertrauen in das Wachstumsmodell sowohl in Bezug auf den therapeutischen Prozeß wie auch auf den Wachstumsprozeß des Therapeuten selbst.
2. Überzeugung, daß die Klienten alle Wachstumsmöglichkeiten in sich tragen.
Vergleichbar einer „Hebamme“: er begleitet und ermutigt die Entstehung neuer Möglichkeiten, doch er erschafft sie nicht; die Lebenskraft existiert unabhängig von ihm.
3. Wertschätzung für den Prozeß der Familie; dies muß nicht gleichbedeutend mit Liebe sein, sondern ist eher einer nicht beurteilenden Haltung vergleichbar, die anklagendes Verhalten ausschließt.
4. Gebrauchen der eigenen Menschlichkeit als therapeutisches Mittel; um sich dem Therapeut-Sein gewachsen zu zeigen, ist es nötig, ständig seine eigene Menschlichkeit und Reife zu entwickeln, seinen inneren Wahrnehmungen zu trauen, wenn unklar ist, was geschieht. Offen sein gegenüber eigenen Blockierungen und Bereitschaft dazu, mehr darüber zu erfahren (vgl. Familienrekonstruktion), wie auch Modell-Sein für die Familie, dadurch daß er sich selbst zeigt.
5. In Demut akzeptieren, daß er weder in bezug auf eine Einzelperson, noch für eine Familie weiß, was das Beste für sie wäre.
6. Ehrfurcht vor der Lebenskraft, auf deren Ausdruck er hinwirken möchte.

6. Gegenwärtige Situation der Familientherapie

Obwohl die Familientherapie noch nicht „alt“ ist, hat sie sich in den letzten zwanzig Jahren stark verbreitet (vgl. *Jürgens* 1983).

In den USA ist die Familientherapie in vielen Universitäten ein fester Bestandteil der universitären Ausbildung und kann mit einem Spezialmagister und -diktorexamen abgeschlossen werden.

In Deutschland wird in mehreren Universitäten begonnen, Familientherapie als Zusatzangebot oder vereinzelt auch im Rahmen eines Curriculums anzubieten. Daneben gibt es — wie auch in den USA — viele Privatinstitute, die eine praxisbezogene Ausbildung anbieten. Es erscheinen inzwischen eine Fülle von Zeitschriften. Regelmäßig durchgeführte Kongresse wie auch Berufsverbände sorgen — auch auf internationaler Ebene — für einen regen Austausch unter Praktikern und Forschern. Die Literatur ist — besonders in den USA — in der letzten Zeit so stark angewachsen, daß es nur noch Forscherteams möglich ist, den Anschluß zu halten (vgl. *Gurman* und *Kniskern* 1981). Obwohl viel in diesem Bereich geforscht wird, erweisen sich die Forschungsmethoden, die den Anspruch haben, die neuen Sichtweisen, die Komplexität und Abhängigkeit der Merkmale sowie die Prozeßbezogenheit in der Familientherapie mit einzubeziehen, als außerordentlich schwierig zu handhaben. Das Interesse an familien- und systemtherapeutischen Vorgehensweisen steigt auch in fachfremden Bereichen stark an.⁹⁾

Aufgrund einer Befragung von 377 Familientherapeuten im Jahre 1981 (vgl. *Jürgens* 1982) zeichnet sich folgendes Bild der familientherapeutischen *Situation in Deutschland* ab:

Familientherapeuten, die in ihren Grundberufen überwiegend Diplom-Psychologen, Sozialpädagogen, Mediziner und Pädagogen sind, haben in Mehrheit für ihre *Spezialausbildung* zwei, drei und mehr Jahre gebraucht. Sie halten diese überwiegend für nicht abgeschlossen. Die Ausbildung findet unter erheblichem finanziellem Aufwand, bei staatlicher und kirchlicher finanzieller Unterstützung in Deutschland in Ausbildungsinstituten statt, die differenzierte Curricula entwickelt haben und langfristig praxisbezogen arbeiten¹⁰⁾ und/oder im Zusammenhang mit einer Klinik¹¹⁾ oder im Rahmen von kirchlichen Trägern.¹²⁾ Die meisten Therapeuten haben zusätzlich zwei oder mehr *individualtherapeutische Methoden* vorher kennengelernt: Gesprächspsychotherapie, Psychoanalyse, Gestalttherapie, Verhaltenstherapie und Psychodrama.

Familienbehandlungen finden zum überwiegenden Teil in Beratungsstellen und freien Praxen statt, zunehmend jedoch auch im Rahmen von psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken, im Rahmen von Suchtkrankenhilfe, Behindertenarbeit und in Behörden (vgl. *Schneider* 1983, *Brunner* 1983). Schwer scheint es noch zu sein, familientherapeutische Behandlungsmethoden zu kombinieren mit Heimerziehung und Strafvollzug. Dieses gelingt pionierhaft besonders da, wo

die Behandlung zusätzlich von außen angeboten wird, so daß keine Rollenvermischungen auftreten.

Da die *Finanzierung* der Behandlung noch auf das vorgenannte Denksystem der isolierten Behandlung des Individuums eingestellt ist, wird es besonders schwer, institutionelle Rahmen für Familientherapie herzustellen. Es ist uns keine Klinik in Deutschland bekannt, die schwerpunktmäßig die gesamte Familie stationär behandelt, obwohl schon sehr viele Institutionen familientherapeutische Abteilungen haben.

Gerade in den letzten Jahren ist der *Bedarf an Systemberatung* von ganzen Arbeitsteams, Projekten der Sozialarbeit und Forschung wie auch von Firmen stark angestiegen und wird von erfahrenen Familientherapeuten durchgeführt.

Sehr wichtig sind die systembezogenen Behandlungen für *Krisensituationen* — nicht nur für Familien, sondern auch für ganze Schulklassen oder z. B. Stadtteilgruppen und ihre Probleme in der Nachbarschaft und bei der Behandlung von Randgruppen.¹³⁾

Eine Behandlung unter Einbeziehung aller beteiligten Helfer und Helfergruppen bringt oft sehr überraschende Erfolge.

Da innerhalb der Familientherapie eine Fülle von neuen Supervisionstechniken entwickelt wurden und Familientherapeuten ihrer eigenen *Supervision* große Bedeutung zumessen, werden sie häufig auch von Vertretern anderer therapeutischer Richtungen für Team- und Fallsupervision angefragt.

Die meisten Familientherapien, unter gleichzeitiger Einbeziehung von Kindern und Erwachsenen, werden zu gleich großen Anteilen entweder nur bis zu 6 Monaten oder bis zu 12 Monaten durchgeführt. Etwa ein Viertel der Behandlungen dauert länger als ein oder zwei Jahre.

Mit Hilfe von Familientherapie erlebten viele Personen mit Symptomen, die bisher nur schwer oder gar nicht heilbar erschienen, schnell Erleichterung. Diese *Behandlungseffekte* wurden inzwischen auch in einer Fülle von wissenschaftlichen Untersuchungen beschrieben (vgl. *Minuchin, Gurman und Kniskern* 1981).

Zunehmend bemühen sich Mediziner, diese Ansätze selbst zu lernen bzw. durch enge Zusammenarbeit mit Familientherapeuten diese Vorgehensweisen in die Behandlung ihrer Klienten einzubeziehen (oft in Praxisgemeinschaft). Dieses ist jedoch häufig deshalb sehr schwierig, weil es ihrem herkömmlichen medizinischen Behandlungskonzept widerspricht und die Krankenkassen noch keine angemessene Finanzierung dieser Behandlungsform eingerichtet haben.

7. Kritische Reflexionen

Virginia Satir hat sich über viele Jahrzehnte in einem positiven Denken und einer systemischen Wahrnehmung geschult. Wie schwierig und unmöglich es ist, ihre Ideen und Vorgehensweisen dem Leser schriftlich zu vermitteln in einer Weise, daß sie für ihn nachvollziehbar und verständlich werden, ohne dabei die Fülle und Komplexität des Lebendigen einzuschränken und zu verzerren, haben wir bei dem Schreiben dieses Artikels häufig erlebt. Ihre Fähigkeit, von anderen Menschen zu lernen, sie zu ihren eigenen Potentialen zu führen und ihr Wissen freigiebig weiterzugeben mit dem Vertrauen, daß daraus etwas Positives geschieht, hat uns fasziniert.

Dies hat sicherlich dazu beigetragen, daß viele Therapeuten Gedankengänge und Übungen von ihr übernommen haben, ohne sich — gerade bei schriftlichen Veröffentlichungen — auf *Satir* als Urheberin zu berufen.

Somit ermöglicht ihre Offenheit und der Verzicht auf Kontrolle einen Mißbrauch ihres Angebotes. Obwohl wir den Beitrag von *Bandler*, *Grinder* u.a. zur Erschließung der Techniken von *Satir*, *Erikson*, *Perls* u.a. im „Neurolinguistischen Programmieren“ sehr wichtig finden, so erschreckt es uns, wenn wir wahrnehmen, was in kurzer Zeit durch die Herauslösung und Vermittlung dieser Techniken geschehen konnte:

Noch bevor ihre Vorgehensweisen in großem Ausmaß an Therapeuten vermittelt werden konnten, wurden sie als *Techniken herausgelöst aus einem humanistischen Kontext* und bereits sehr konzentriert eingesetzt in Management und Werbung. Dieses geschah gerade *V. Satir*, die so großen Wert darauf legt, daß im Begegnungs- und Veränderungsprozeß der Kontext und die positive Grundhaltung dem Menschen gegenüber gewahrt bleibt.

Es ist im Ganzen beeindruckend, wie viele neue Denk- und Vorgehensweisen im Rahmen von humanistisch orientierter Familientherapie in den letzten Jahren entwickelt und erprobt wurden. Es bleibt jedoch offen, ob Familientherapeuten und andere, die sich für dieses systembezogene Denken öffnen konnten und können, in der Lage sind, ihre Erkenntnisse und positiven Bilder auf andere Ebenen wie z. B. die der politischen und wissenschaftlichen Ebene zu übertragen und die Möglichkeit bekommen, diese zu gestalten.

Es scheint dringend erforderlich zu sein, alle Kenntnisse, Fähigkeiten und Energien aller Menschen, unabhängig von therapeutischer Methode, Fachrichtung und Nationalität zusammenzutragen, um die zuneh-

mend brennenden sozialen, ökonomischen, ökologischen und politischen Probleme auf unserer Erde zu lösen.

Es ist verständlich, daß in jüngerer Vergangenheit sich viele Familientherapeuten schwerpunktmäßig auf kommunikative Aspekte von Einzelnen und Systemen beschränkt haben. Zunehmend sollten gerade Familientherapeuten es schaffen, sich in diesem Sinne geistig und emotional weiterzuentwickeln, damit sie fähig werden, mit Menschen anderer Fachrichtungen und Überzeugungen zusammenzuarbeiten, damit sie den Kontakt halten zu dem nötigen, ganzheitlichen Umwandlungsprozeß auf der Erde.

8. Zusammenfassung

Im vorliegenden Beitrag wird die Familientherapie dargestellt unter besonderer Berücksichtigung des entwicklungsorientierten Vorgehens von *Virginia Satir*.

In einem allgemeinen Teil wird angedeutet, in welchem Rahmen und auf welchen geistigen Grundlagen sich die neuen Sichtweisen vom Menschen und seinen umgebenden sozialen Systemen entwickeln konnten. Die unterschiedlichen familientherapeutischen Behandlungsformen, die daraus erwachsen, sind häufig geprägt durch die spezielle Lebenssituation ihrer Gründer (vgl. struktureller Ansatz).

Anhand einer Untersuchung der gegenwärtigen Situation in Deutschland wird deutlich, daß die meisten Familientherapeuten in ihrer Praxis und Ausbildung verschiedene Therapieansätze zu integrieren versuchen bei ihrer Arbeit mit Familien und anderen Systemen.

In einem speziellen Teil wird die Entwicklung der Persönlichkeit und das Vorgehen von *Virginia Satir* anhand von verschiedenen Quellen (wie Bücher, Aufsätze, Interviews, Videobänder und Seminarschriften) dargestellt.

Anhand eines chronologischen Abrisses wird gezeigt, wie *V. Satir* aus ihrer speziellen Lebenssituation ihre sinnlich-kreativen und prozeßbezogenen Behandlungsweisen entwickelte, ausübte und verbreitete.

Auf der Grundlage eines humanistischen und ganzheitlichen Menschenbildes orientiert sie sich am Gesundheitspotential von Einzelnen und Familien und anderen Systemen. Sie arbeitet an der Veränderung von interpsychischen und intrapsychischen Mustern unter der Einbeziehung von gegenwärtigen, vergangenen und zukünftigen Aspekten, sowie des Kultur- und Lebensraumes des Menschen.

Welche Bedeutung V. Satir für die Entwicklung der Familientherapie hat, zeigt ihre

- Arbeit am Mental Research Institute,
- Ausbildungsarbeit im In- und Ausland,
- Veröffentlichung von Lehrbüchern,
- Förderung der Entwicklung einer Metatherapie, auch über die Unterstützung von *Bandler* und *Grinder*,
- Kontinuierliche Durchführung von internationalen, heterogenen Großgruppentreffen und Seminaren, die über die Vermittlung von Familientherapie hinaus völkerverständigende Ziele verfolgen,
- Entwicklung von wirksamen Vorgehensweisen, Methoden und Übungen in den sechziger und siebziger Jahren, wie z. B.: Familienrekonstruktion, Kommunikationsformen unter Stress, Skulpturen, Parts Party und viele Übungen und Übungsabfolgen, die Familienprozesse und Systemzusammenhänge sinnlich nachvollziehbar machen mit Bildern, Metaphern, Grafiken, Tauen, Poesie und Humor.

Anmerkungen

- 1) *Titze u. a.* 1982; vgl. *Ackerknecht* 1983: Einrichtung von Erziehungsberatungsstellen im Wien der zwanziger Jahre, wo Alfred Adler in Gruppen soziale Probleme besprach.
- 2) Für eine weitere Ausführung und Anwendung des Prozesses und des Konzepts des Selbstwertes für die Therapie, vgl. „*Changing with Families: A Book About Further Education For Being Human*“ (deutsch: *Mit Familien reden*) von *Richard Bandler*, *John Grinder* und *Virginia Satir*, Palo Alto, California: Science Behavior Books, Inc., 1976 und „*Helping Families To Change*“ von *Virginia Satir*, *James Stachowiuk*, *Harvey A. Taschman*, New York: Jason Aronson, Inc., 1975.
- 3) Wörtl. Übersetzung aus *Satir*, 1982 von *Eva Janata*
- 4) Grafische Darstellung der Verfasserinnen
- 5) Mitteilung V. *Satir*, *Schmitt* 1979.
- 6) Vgl. Inst. f. Familientherapie, Buchenweg 7, 6940 Weinheim — Arbeitsmaterialien 1977 -.
- 7) Theoret. Konzept u. praktiziertes Vorgehen — Beobachtungen von Satirseminaren seit 1975 d.d. Verfasser —.
- 8) Satir-Seminar Hamburg 1975.
- 9) Z. B. bei Pädagogen, in der Institutsberatung, in Stadtteilgruppenarbeit sowie bei der Arbeit mit Minderheiten.
- 10) Vgl. *Bosch*, 1983; z. B. größte Einrichtung: Institut für Familientherapie, Weinheim.
- 11) Z. B. Psychotherapeutisches Zentrum, Stuttgart, Klinik Sonnenberg.
- 12) Vgl. Berliner Modell...
- 13) Vgl. die Krisenhilfe in Nachbarschaftsgruppen in London von *Tonio Manocchio* und die Arbeit mit Unterschichtsfamilien von *Montalvo (Hoffman)*, 1982).

Literatur

- Ackerknecht, L. K., Individualpsychologische Familientherapie, in: *Schneider*, 1983.
- Ackerman, No., The Family as a social an emotional Unit, Bulletin of the Kansas Mental Hygiene Soc, October 1937.
- Bandler, R., Grinder, J., Satir, V., Changing with Families, Science and Behavior Books, Palo Alto 1975; dt.: Mit Familien reden, Pfeiffer, München 1978.
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., Weakland, J. H., Ökologie des Geistes, Vorstudien zu einer Theorie der Schizophrenie, Suhrkamp, Frankfurt 1981.
- Baum, M., Familienfürsorge, Karlsruhe 1927.
- Bodin, A.M., Interactional View. Family Therapy Approaches of the Mental Research Institute, in: *Gurman, A.S., Kniskern, D.P.*, Handbook of Family Therapy, Brunner/Mazel, New York 1981.
- Bosch, M., Ansätze der entwicklungsorientierten Familientherapie (Dissertation), Frankfurt 1977.
- , *Kohaus, M.*, Die therapeutische Beziehung — Funktion und Rolle des Therapeuten in der Familientherapie, in: *Integrative Therapie*, Junfermann, Paderborn 1978.
- , Strukturell- und entwicklungsorientierte Familientherapie, in: *K. Schneider* (Hrsg.), Familientherapie in der Sicht psychotherapeutischer Schulen, Junfermann, Paderborn 1983.
- Boszormenyi-Nagy, L., Framo, J.L., Familientherapie 1 u. 2, Theorie und Praxis. Rowohlt, Hamburg 1975.
- Broderick, C.B., Schrader, S.S., The History of professional Marriage — and Family Therapy, in: *Gurman, A.S., Kniskern, D.P.*, Handbook of Family Therapy, Brunner/Mazel, New York 1981.
- Brunner, E.J., Eine ganz alltägliche Familie, Beispiele aus der familientherapeutischen Praxis von Helm Stierlin, Michael Wirsching u.a., Kösel, München 1983.
- Buchholz, M., in: *Schneider, K.* (Hrsg.) 1983.
- Compernelle, Theo, J. L. Moreno, Ein unbekannter Wegbereiter der Familientherapie, in: *Integrative Therapie*, 3/1982.
- Duhl, B.S., Duhl, F.J., Integrative family therapy, in: *Gurman, A.S., Kniskern, D.P.*, Handbook of Family Therapy, Brunner/Mazel, New York 1981.
- , From the inside out and other metaphers, Brunner/Mazel, New York 1983.
- Duss-von Werdt, J., Welter-Enderlin, R., Der Familienmensch. Klett, Stuttgart 1980.
- Essen, S., Körpererleben und religiöse Erfahrung, in: Wege zum Menschen, Heft 1/2, 1981.
- Freud, S., Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia (1911), in: Gesammelte Werke, Bd. VIII, Frankfurt am Main 1967.
- Gammer, C., Phasische Familientherapie, in: *K. Schneider* 1983.
- Gester, P., Kontext Nr. 6 — Informationsblätter DAF Okt. 82, Interview mit V. Satir: Im Zentrum ist die Gesundheit.
- Guntern, G., Die kopernikanische Revolution in der Psychotherapie: der Wechsel vom psychoanalytischen zum systemischen Paradigma, *Familiendynamik* 1, 1980.
- Guntern, G., Systemtherapie, in: *K. Schneider* 1983.
- Gurman, A.S., Kniskern, D.P., Handbook of Family Therapy, Brunner/Mazel, New York 1981.
- Haley, J., Direktive Familientherapie, Pfeiffer, München 1977.
- Hall, A. D., Fagan, R. E., Definition of systems, in: General System Yearbook I., Nr. 18, 1956.
- Hoffman, L., Grundlagen der Familientherapie, Isko-Press, Hamburg 1982.

- Jackson, D. D., The Question of Family Homeostatis, *The psychiatric Quarterly Supplement* 31 (1957).
- Jackson, D. D., The monad, the dyad, and the family therapy of schizophrenics, in: A. Burton (Hrsg.), *Psychotherapy of Psychoses*, Basic Books, New York 1961.
- Jackson, D.D., Satir, V., Family diagnosis and family therapy, in: N.W. Ackermann, F.L. Beatman, S.N. Sherman (Ed.), *Exploring the Base for Family Therapy*. Family Service Ass., New York 1961.
- Jürgens, G., Anwendung familientherapeutischer Hilfsmittel in der Teamsupervision. Referat, gehalten am 16.2.82 Berlin, GwG/GVT Kongreß, Veröffentlichung (Kürzung) im Kongreßbericht.
- , Familientherapie in Deutschland — Eine Erhebung zur Ausbildung und Arbeit von praktizierenden Familientherapeuten, Hamburg 1982; Veröffentlichung (Nr. 54) des Fachbereichs Psychologie der Universität Hamburg.
- , Stahl, Th., Gespräche mit Virginia Satir, in: *Integrative Therapie*, Nr. 3/82 8. Jhrg.
- Kantor, D., and Lehr, W., *Inside the Family*, San Francisco: Jessey-Bass, 1975.
- Kempler, W., *Gestaltfamilientherapie*, Klett, Stuttgart 1975.
- Krähenbühl, V., Live-Supervision — Ihre Begründung und ihr Stellenwert im Lernprozeß, in: *Familiendynamik*, Heft 4, S. 323, 1980.
- Luthman, S., Kirschenbaum, M., *Familiensysteme*, Pfeiffer, München 1976.
- Metzmacher, B., Ross, J., von Schlippe, A., Schmauch, R., Ein familientherapeutisches Konzept von Veränderung, in: *Integrative Therapie* 3/82, S. 173-192.
- Minuchin, S., *Familie und Familientherapie*, Lambertus, Freiburg 1977.
- Moreno, J. L., *Interpersonale Therapie und die Psychopathologie zwischenmenschlicher Beziehungen*, in: *Soziometrie, 1937c*, Nachdruck: Junfermann, Paderborn 1983.
- Nitz, H. R., *Neue Wege einer verhaltensorientierten Familientherapie*, in: K. Schneider 1983.
- Overbeck, A., *Entwicklung und Neuorientierung einer Magersuchtfamilie*, in: *Eine ganz alltägliche Familie*, E. J. Brunner, Kösel, München 1983.
- Petzold, H., *Der Mensch ist ein soziales Atom*, in: *Integrative Therapie*, Junfermann, Paderborn 1982, Heft 3.
- Pribram, K., *Languages of the brain*. Prentice Hall, New Jersey 1971.
- Richardson, H., *Patients Have Families*, New York 1945.
- Richmond, M., *Social Diagnose*, New York 1945.
- Richter, H.E., *Eltern, Kind, Neurose*. Rowohlt, Reinbek b. Hamburg 1969.
- , *Patient Familie*, Rowohlt, Reinbek b. Hamburg 1972.
- , *Familie und seelische Krankheit*. Rowohlt, Reinbek b. Hamburg 1978.
- , *Zur Psychologie des Friedens*, Rowohlt, Reinbek b. Hamburg 1982.
- , Robb, Ch., *The healing ways of Virginia Satir*, in: *Boston Globe Magazine*, March 22, 1, 1983.
- Riskin, J., Satir, V., *A Method of Analysis of a Family Interview*; *Archive of General Psychiatry* 1961 Bd. 5, S. 321-339.
- Ruesch, J./Bateson, G., *Communication. The Social Matrix of Society*, W. W. Norton, New York 1951.
- Satir, V., *The quest for survival*, in: *Acta Psychother.*, Basel 2: 33-38, 1963.
- , *Schizophrenia and family therapy*, in: *Social Work Practice*, Columbia University Press, New York 1963.
- , *The family as a treatment unit*, in: *Confina Psychiatrica*, 8: 37-42, 1965.
- , *Conjoint Family Therapy. Science and Behavior Books*, Palo Alto 1964, 1967; dt.: *Familienbehandlung*, Lambertus, Freiburg 1973.
- , *Selfesteem*, Celestial Arts, Millbrae (Calif.) 1970.

- , *People making*, 1972; dt.: *Selbstwert und Kommunikation*, Pfeiffer, München 1975.
- , *Cherchez the Pot*, aufgezeichnet von Marilow Burnett 1975, Manuskript, 1972 S. 29–87, Familienrekonstruktion.
- , *Making Contact*, Celestial Arts, Millbrae (Calif.) 1976.
- , *Your Many Faces*, Celestial Arts, Millbrae (Calif.) 1978.
- , *A Partial Portrait of a Family*, *Therapist in Process*. For Inclusions in: *Festschrift for S. Minuchin*, January, 1982.
- Satir, V., Baldwin, M., *Step by Step*, im Manuskript 1983.
- Schlippe, A. v., *Familientherapie im Überblick. Basiskonzepte, Formen, Anwendungsmöglichkeiten*, *Integrative Therapie*, Beiheft 6, Junfermann, Paderborn 1984.
- Schneider, K., Satir, V., *Die Grenze der Gegenwärtigkeit. Ein Gespräch*, in: K. Schneider 1983.
- Schwarz, J., *Human Energy Systems*. New York 1980.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, C., Prata, G. *Paradoxon und Gegenparadoxon. Ein neues Therapiemodell für die Familie mit schizophrener Störung*. Klett-Cotta, Stuttgart 1977.
- Sperling, E., *Die Mehrgenerationenfamilientherapie*, in: K. Schneider 1983.
- Stahl, Th., *Interventionsmuster des NLP in der Familientherapie*, in: K. Schneider 1983.
- Stierlin, H., *Von der Psychoanalyse zur Familientherapie*, Klett, Stuttgart 1975.
- Teegen, F., *Ganzheitliche Gesundheit. Der Sanfte Umgang mit sich selbst*, Rowohlt, Hamburg 1983.
- Titze, B., Titze, M., *Individualpsychologische Familientherapie*, in: *Integrative Therapie*, Junfermann, Paderborn 1982.
- Trenkmann, U., *Familienforschung und Therapie in den psychiatrischen Krankheitskonzepten des 19. Jahrhunderts*, Hirzel, Leipzig 1982.
- Watzlawick, P., Beavin, J. u. Jackson, D. D., *Pragmatics of Human Communication*, W. W. Norton, New York 1967; dt.: *Menschliche Kommunikation*, Huber, Bern.
- Watzlawick, P., Weakland, J.H., Fish, R., *Lösungen*, Huber, Stuttgart 1974.
- Wirsching, M., Stierlin, H., *Krankheit und Familie, Konzepte — Forschungsergebnisse — Therapie*, Klett-Cotta, Stuttgart 1982.
- Wronski, S./Kronfeld, A., *Sozialtherapie und Psychotherapie in der Fürsorge*, Berlin 1932.
- Yuen, L.M., *Family Reconstruction: A Study of its effects on self-concept, irrational beliefs and interpersonal perception in College Students*, Berkley 1980, Dissertation: Faculty of the Calif. School of Professional Psychology.
- Schneider, K. (Hrsg.), *Familientherapie in der Sicht psychotherapeutischer Schulen*, Junfermann, Paderborn 1983.

Auf der Suche nach Sinn

Logotherapie

Elisabeth Lukas

1. Definition des Verfahrens

Im Zusammenhang mit Logotherapie bedeutet „Logos“ einfach Sinn, und tatsächlich ist die Logotherapie ihrem Wesen nach eine sinnzentrierte Psychotherapie.

Begründet wurde sie von dem Wiener Neurologen und Psychiater Viktor E. Frankl, dessen erste Publikationen auf die Jahre 1924/1925 zurückgehen.

Die der Logotherapie zugrundeliegende Motivationstheorie geht von der Hypothese aus, daß der Mensch im Grunde ein Wesen auf der Suche nach Sinn ist. Dieser sein „Wille zum Sinn“ wird aber unter den gegenwärtigen gesellschaftlichen Bedingungen frustriert, und das daraus resultierende „Sinnlosigkeitsgefühl“ manifestiert sich dann in Massenphänomenen wie Depression, Aggression oder Drogenabhängigkeit. Selbstverständlich ist es nicht das Anliegen der Logotherapie, Sinn sozusagen zu verordnen, sondern sie geht der Frage nach, wie es der Mensch faktisch zustande bringt, Sinn zu finden; und auf Grund der empirischen Forschung von Logotherapeuten in aller Welt stellt sich heraus, daß es — entgegen dem Sinnlosigkeitsgefühl — eigentlich keine Situation gibt, die letzten Endes nicht *doch* eine Sinnmöglichkeit böte.

Die Logotherapie läßt sich aber nicht nur das Leiden am scheinbar sinnlosen Leben angelegen sein, sondern hält auch für die Neurosen im engeren klinischen Sinne Techniken bereit, unter anderem die sogenannte „Paradoxe Intention“, die von Frankl bereits 1939 publiziert wurde und inzwischen weltweite Anerkennung und experimentelle Bestätigung hinsichtlich ihrer therapeutischen Effizienz gefunden hat, und die „Dereflexion“, die neueren Forschungen zufolge ein unerläßliches Instrumentarium zum Abbau psychosomatischer Störungen und emotionaler Überreaktionen ist.

2. Geschichte

Die Geschichte der Logotherapie ist weitgehend identisch mit der Lebensgeschichte ihres Begründers *Viktor E. Frankl*, der 1905 in Wien geboren wurde. Es gibt zwar bereits Weiterentwicklungen, die auf dem von ihm gelegten Gedankenfundament aufbauen, aber es gibt kaum „Urfundamente“, die sein eigenes Fundament tragen. Zumindest keine „psychologischen Urfundamente“, was begrifflich wird, wenn man ins Kalkül zieht, daß die Logotherapie ursprünglich aus einer Opposition gegen den Psychologismus in der Psychotherapie entstanden ist. Und da der Psychologismus zur Zeit der Entstehung der Logotherapie die gesamte damalige Psychologie beherrschte, ja, nicht unerheblich dazu beitrug, daß die junge Wissenschaft der Psychologie gerade erst begann, im Leben und Bewußtsein des modernen Menschen eine Rolle zu spielen, kann ein oppositorisches Denksystem dieser jungen Wissenschaft nicht entsprungen sein, es sei denn, man erklärt ein Kontrastgefüge als Wechselwirkungseinheit zwischen den beiden kontrastierenden Polen.

Um die Entstehung der Logotherapie zu verstehen, muß daher die auch heute noch erstaunlich verbreitete Position des Psychologismus — als einer Unterform des Reduktionismus — kurz umrissen werden, damit jenes Fehlpotential der Humanwissenschaften abgesteckt wird, das die Logotherapie mit ihrer Konzeption zu füllen sich vorgenommen hat. Nach psychologistischem Muster werden alle geistigen Inhalte triebdynamisch aufzuschlüsseln versucht, was dazu führt, daß vor allem weltanschauliche oder künstlerische Vorstellungen als Ausdruck mehr oder weniger abnormer Persönlichkeitsstrukturen interpretiert werden. Dies kann ausarten in einer permanenten wissenschaftlichen Demaskierungstendenz, die letztlich keinerlei Werte mehr zuläßt, weil jedwedes „Ideal“ als Ergebnis eines neurotischen Aktvollzugs entwertet wird.

Denkaufgabe: Suchen Sie Beispiele einer psychologistischen Deutung der Begriffe: Freundschaft, Opferbereitschaft, Harmonie, Ehrfurcht, ...

Was haben Sie gefunden? Hier ist ein Beispiel für jeden Begriff:

Freundschaft ist (nichts anderes als) eine Sublimierung des infantilen Wunsches nach Zuwendung und Geborgenheit.

Opferbereitschaft ist (bloß) eine Abart masochistischer Störungsbilder.

Harmonie ist (nichts als) Flucht vor der Konfrontation durch Verdrängungsmechanismen.

Ehrfurcht ist (nur) die Projektion einer übermächtigen Vaterfigur in vorgesetzte Personen der Umwelt.

Sicher haben Sie auch andere mögliche Deutungen gefunden. Überprüfen Sie diese, ob a) eine Reduktion auf emotionale (Stör-)Faktoren (Angst, Flucht, Wunsch...) statt-

gefunden hat, und b) eine Entwertung darin zum Ausdruck kommt (... nichts als, ...). Wenn beides zutrifft, haben Sie die Vorgangsweise des Psychologismus erfaßt.

Selbstverständlich gibt es psychologische Deutungen, die mit großem Wahrscheinlichkeitsgrad zutreffend sind. Viele menschliche Äußerungen und Verhaltensweisen lassen sich tatsächlich als durch tieferliegende emotionale Strukturen beeinflußt verstehen. Der „psychologistische“ Aspekt beginnt erst dort, wo *alles* Menschsein restlos psychologisch hinterfragt wird, ohne zu berücksichtigen, daß es Phänomene gibt, die aus dem einfachen Grunde nicht psychologisch deubar sind, weil sie eben genauso gemeint sind, wie sie sich darstellen, oder anders gesagt, weil sie „echt“ sind.

Eine der kritischen Folgen des Psychologismus ist die Einordnung von jeder aus der Norm fallenden menschlichen Handlung oder Idee in psychiatrische Kategorien. Danach muß z.B. ein Goethe unweigerlich als hochgradiger Sexualneurotiker oder ein Jesus als halluzinierender Schizophrener verstanden werden. Aber auch umgekehrt werden alle Handlungen oder Ideen von wirklich seelisch kranken Menschen als unabdingbar ihrer Krankheit entsprungen definiert, wie positiv oder genial sie auch sein mögen. Die Möglichkeit, daß ein Neurotiker oder ein Schizophrener ein künstlerisch wertvolles Bild malt, wird a priori gar nicht zugelassen, weil jedwede schöpferische Kreation als Symbolik ins Unbewußte verdrängter Komplexe gilt.

Frankl hat schon in jungen Jahren den Fehler des Psychologismus darin erkannt, daß „aus der Entstehung eines Denkaktes auf die Gültigkeit seines geistigen Inhaltes geschlossen wird“, und stützte sich dabei auf Hinweise von *Walden* und *Max Scheler*. Besonders was die Frage nach dem Sinn des Lebens und philosophisch-weltanschauliche Entwürfe dazu betrifft, wehrte er sich von Anfang an gegen psychologistische Interpretationen. Diese Kritik des jungen Frankl war die Keimzelle der historischen Entwicklung der Logotherapie. Es sollte das Anliegen seiner Lehre werden und bleiben, „den Psychologismus in der Psychotherapie zu überwinden und die herkömmliche Psychotherapie um die Dimension des Geistigen zu ergänzen und zu erweitern“.

2.1 Vorläufer

Das 19. Jahrhundert hinterließ zu seinem Ausklang ein Selbstverständnis des abendländischen Menschen als das eines unfreien Wesens. Viele biologische, psychologische und soziologische Zusammenhänge waren plötzlich transparenter geworden als in früheren Jahrhunderten, mit der Folge, daß die biologische, psychologische und soziologische

Bedingtheit des menschlichen Lebens mit seinen zahlreichen unsteuerbaren Abhängigkeiten und Zufallsvarianten ins wissenschaftliche Blickfeld gerückt war. Die uralte Frage „Was ist der Mensch?“ hatte neue Antworten gefunden, etwa die Antwort „ein durch Genmutationen und Selektionen entstandenes Evolutionsprodukt“ oder „ein von frühen Elternbeziehungen und späteren Umwelteinflüssen geprägtes Sozialprodukt“ und der gleichen mehr. Die Ausgeliefertheit, das Bekenntnis der Ohnmacht des Individuums im Gesamtgeschehen war das Kernstück der damaligen naturalistischen Sicht.

Die Gegenreaktion auf dieses extreme Menschenbild wurde von der Existenzphilosophie geliefert, vor allem von *Karl Jaspers*, der zur Rückbesinnung auf die Tatsache aufrief, daß „Menschsein Verantwortlichsein bedeutet im Angesicht des Freiseins gegenüber den Gegebenheiten naturhafter Bindung“, und von *Martin Heidegger*. Die Existenzphilosophen haben also den Freiraum menschlichen Seins trotz aller naturgegebenen Bedingtheit wiederentdeckt und damit die ethische Bewertbarkeit menschlichen Handelns, die ja nur dort denkbar ist, wo Handlungsfreiraum besteht.

Analoges geschah zum Auftakt des 20. Jahrhunderts in der Psychologie. Auch hier führten an sich bedeutsame moderne Erkenntnisse zu einseitigen Auslegungen der menschlichen Natur. Die neuerforschte Macht des Triebgeschehens schien jedwede Motivationsgrundlage zu durchdringen, die plötzlich begriffene Wichtigkeit der Mutter-Kind-Beziehung schien vernachlässigte Menschen an lebenslängliche defizitäre Ketten zu fesseln oder die geheimnisvolle Automatik des Unbewußten schien über jeden freien Willensakt zu dominieren. Der Mensch wurde ein Opfer des „Determinismus“, indem er selber zum Opfer der ihn determinierenden Umstände erklärt wurde.

Auch dieses Extrem konnte nicht ohne Gegenreaktion bleiben, und die Gegenreaktion darauf verdichtete sich zur Logotherapie. Erst mit Frankl nämlich wurde die trotz aller seelischen Bande bestehende Freiheit des menschlichen Geistes in die Psychologie wiedereingeführt und damit die Verantwortlichkeit menschlicher Lebensgestaltung reinstalled. Wie die Existenzphilosophie dem materialistischen Realismus seiner Zeit das existenzielle Sein des Menschen entgegenhielt, so stellte die Logotherapie dem Begriff des „triebhaft Unbewußten“ in der damaligen Psychologie das „geistig Unbewußte“ als Quelle menschlicher Selbstbestimmung gegenüber.

Als Vorläufer der Logotherapie kann daher die Existenzphilosophie, nicht aber eine vorhergehende psychologische Richtung genannt werden.

Denkaufgabe: Zeigen Sie an Hand einer konkreten Situation sowohl die Bedingtheit als auch die Freiheit menschlichen Handelns auf. Wählen Sie dabei eine Situation, die sowohl das Attribut „emotional unangenehm“ als auch „cognitiv sinnvoll“ enthält. Was stellen Sie fest?...

Wahrscheinlich haben Sie eine Situation gewählt, bei der Triebe und Gefühle eine Rolle spielen, deren Auftreten nicht steuerbar ist, denen gegenüber jedoch, was die geistige Reaktion betrifft, durchaus willentliche Steuerungsmechanismen vorhanden sind.

Ein Beispiel dafür wäre die Situation eines Hungrigen, der zufällig an ein offenes Fenster kommt, aus dem ihm intensiver Bratengeruch in die Nase steigt. Der aus dem Eßbedürfnis entstehende emotionale Druck gehört zur absoluten Bedingtheit des Menschen, denn dieser kann ihn weder verhindern, noch sich ihm entziehen. Was er aber kann, ist, sich die Handlungsfreiheit darüber zu bewahren, ob er mit knurrendem Magen am Fenster vorbeigeht oder heimlich eindringt, um etwas Eßbares zu entwenden. Wovon wird die Entscheidung abhängen?

Wenn es trotz Triebdruck eine freie geistige Entscheidung gibt, wird sie sich danach richten, für wie sinnvoll der Betreffende das Vorbeigehen oder das Eindringen hält. Hält er es für sinnvoll, auf sein Verlangen zu verzichten, etwa um seinen guten Ruf und damit seinen Arbeitsplatz nicht zu gefährden, wird er weitergehen. Hält er es für sinnvoll, das Risiko auf sich zu nehmen, etwa um seiner hungrigen Familie zu Hause etwas mitbringen zu können, wird er eindringen.

Die menschliche Bedingtheit setzt sich aus physischen und psychischen (emotionalen und sozialen) Faktoren zusammen, die menschliche Freiheit hingegen zentriert sich um einen „Willen zum Sinn“. Genau dieses Erkenntnis war die Ausgangsbasis der Logotherapie.

2.2 Die Anfänge

Damit sich die Logotherapie aus einer Opposition gegenüber psychologistischen Interpretationen des Menschen heraus entwickeln konnte, mußte sich ihr Begründer zuerst einmal selbst intensiv mit den psychologisch-medizinischen Ansichten seiner Zeit auseinandersetzen. Und tatsächlich erwachte das Interesse des jungen Frankl an der Psychoanalyse bereits in seiner Gymnasialzeit, in der er sogar eine rege Korrespondenz mit *Sigmund Freud* anging. Aber bei aller Faszination durch das Gehörte und Gelesene meldete sich auch schon früh die Eigenkreativität wissenschaftlicher Schöpfungskraft in ihm zu Wort. Im Rahmen einer „Philosophischen Arbeitsgemeinschaft“ an der Wiener Volkshochschule, die von *Edgar Zilsel* geleitet wurde, hielt Frankl mit 16 Jahren seinen ersten Vortrag über den „Sinn des Lebens“. In diesem Vortrag bahnten sich zwei Thesen an, die Jahrzehnte später zu festen Bestandteilen seiner Logotheorie heranreifen sollten, nämlich die These vom „Antworten auf Lebensfragen“ und die These vom „Übersinn“. Erstere besagt, daß eigentlich nicht der Mensch nach dem Sinn des Lebens zu fragen habe, sondern sich umgekehrt als ein vom Leben her Befragter verstehen möge, als jemand, der statt zu fragen zu antworten habe, und zwar dem Leben selbst, das als „Fragesteller“ auf-

zufassen sei. Auf die Fragen des Lebens antworten könne der Mensch jedoch nur durch ver-antwortliches Tun und Handeln, weswegen alles Geschehen, das der Mensch bewußt und willentlich in die Welt setze, in irgendeiner Form eine Antwort auf die „Fragwürdigkeit“ seines Lebens sei. Die zweite These aus dem Vortrag des 16-jährigen Frankl bezog sich auf die gedankliche Erwägung eines „Übersinns“, der nichts mit „Übersinnlichem“ zu tun hat, sondern als jener „letzte Sinn“ zu verstehen ist, der „über unser Fassungsvermögen hinausgeht“.

Als Frankl das Gymnasium mit der Maturaarbeit „Zur Psychologie des philosophischen Denkens“ abschloß, war das Leitmotiv seines gesamten späteren Lebenswerkes bereits angeklungen, das sich ab nun unablässig um die Erhellung des Grenzgebietes zwischen Psychologie und Philosophie bemühen sollte. Daß dies aber nicht nur ein theoretisches Ringen um Erkenntnis werden, sondern auch sehr praktische, therapeutische Konsequenzen mit sich bringen würde, war durch die medizinische Ausbildung und ärztliche Laufbahn Frankls gesichert. Nachdem *Otto Pötzl*, der Nachfolger von *Julius Wagner-Jauregg*, Frankl noch vor dessen Promotion erlaubte, unter *Dozent Otto Kogger* an der psychotherapeutischen Ambulanz der Wiener Universitätsklinik für Psychiatrie selbständig zu arbeiten, ging Frankl daran, aus dem Gebräu eines existenzphilosophisch beeinflussten, vom Widerstand gegen den Psychologismus durchdrungenen und mit Eigenideen verbrämten Menschenbildes handhabbare psychotherapeutische Vorgangsweisen zu destillieren und sie an der Praxis zu überprüfen. Bald schlug die Geburtsstunde der weltberühmten Technik der „paradoxen Intention“, die nicht nur der Bewährungsprobe im klinischen Alltag standhielt, sondern so durchschlagenden Erfolg hatte, daß sich zu Recht die Frage erhob, ob das neue Menschenbild nicht noch mehr solche Überraschungen therapeutischer Effizienz zu bieten habe. Diese Frage ist bis heute nicht vollkommen ausgelotet worden, denn einem wissenschaftlichen System, dessen theoretische Untermauerung gut fundiert ist, sind bei der Erfindung praktischer Anwendungsmöglichkeiten kaum Grenzen gesetzt.

Denkaufgabe: Überlegen Sie sich auf Grund des bisherigen Textes, welche „Schlußfolgerung“ die Logotherapie bei ihrem Schritt vom Menschenbild zur psychotherapeutischen Methodik zieht. Zu welcher der folgenden Aussagen neigen Sie?

- a) Sie schließt von abnormen Persönlichkeitsstrukturen auf die Bedürfnisse gesunder Menschen.
- b) Sie schließt von tierischen Verhaltensweisen auf Gesetzmäßigkeiten menschlichen Handelns.
- c) Sie schließt von der existentiellen Wesensart des Menschen auf Heilungsansätze bei seelisch Kranken.

Gewiß haben Sie auf c) getippt, was auch die richtige Antwort ist. Dabei sollten Sie sich aber bewußt bleiben, daß die Schlußfolgerung c) keineswegs selbstverständlich, ja, nicht einmal üblich ist im Konstruktionsgefüge anderer, nicht-logotherapeutischer Schulen der Psychotherapie.

2.2.1 Zeitgeschichtlicher Kontext und geistesgeschichtliche Situation und ihre Relevanz für die Entwicklung des Verfahrens

W. Soucek hat das Schlagwort „Dritte Wiener Schule“ für die Logotherapie geprägt und damit insofern eine gute Formulierung getroffen, als die drei Wiener Richtungen der Psychotherapie, die Psychoanalyse Freuds, die Individualpsychologie Adlers und die Logotherapie Frankls, obwohl sie zeitlich sehr kurz hintereinander entstanden sind, vollkommen eigenständige Gebilde darstellen, die sich voneinander nicht ableiten lassen. Vielmehr hat die jeweils später entstandene Richtung eher den Status eines Korrektivs gegenüber jeder früheren, also die Individualpsychologie gegenüber der Psychoanalyse, und die Logotherapie gegenüber Individualpsychologie und Psychoanalyse, was sich auch daran zeigt, daß Frankl genauso wegen „Abweichungen von der Orthodoxie“ aus der Gesellschaft für Individualpsychologie ausgeschlossen worden ist, wie zuvor Adler aus dem Kreis der Psychoanalytiker.

1924 veröffentlichte Frankl noch ein Manuskript mit dem Thema „Zur Entstehung der mimischen Bejahung und Verneinung“ in der „Internationalen Zeitschrift für Psychoanalyse“. Es ist bezeichnend, daß es in diesem Aufsatz um die Entstehung von menschlichen Ausdrucksformen ging, eben um *Analyse* in irgendeiner Form. Frankls zweite wissenschaftliche Arbeit aus dem Jahr 1925 erschien bereits in der „Internationalen Zeitschrift für Individualpsychologie“, und zwar zum Thema „Psychotherapie und Weltanschauung“. Nicht mehr stand der analytische Aspekt im Vordergrund, sondern eher der philosophisch-psychologische, der *individualpsychologische*. 1926 kam es zur 1. Meinungsdivergenz zwischen Adler und Frankl. *Alfred Adler* beharrte darauf, daß jede neurotische Erkrankung ein „Mittel zum Zweck“ darstelle, während Frankl die Möglichkeit ins Auge faßte, daß einer Neurose auch Ausdrucksfunktion zukommen könne. *Oswald Schwarz*, der Begründer der psychosomatischen Medizin, und *Rudolf Allers*, Leiter eines sinnesphysiologischen Laboratoriums, stärkten Frankl den Rücken, und das Werk „Formalismus in der Ethik“ von *Max Scheler* überzeugte Frankl vollends, auf der richtigen Spur zu sein.

Nach seinem Ausschluß aus dem Adler-Kreis hielten *Erwin Wexberg*, *Rudolf Dreikurs* und Alfred Adlers Tochter *Alexandra* treu zu ihm, und *Franz Wittels*, der Autor der ersten Freud-Biographie, und *Maximilian Silbermann* gründeten mit ihm zusammen den „Akademischen Verein für medizinische Psychologie“, in dessen Rahmen bei einem Vortrag Frankls zum erstenmal das Wort „Logotherapie“ fiel. Die Wiener Schule war vom Analysieren (Psycho-analyse) über das Psychologisieren (Individual-psychologie) zum Therapieren (Logotherapie) vorgestoßen, und es ist wiederum bezeichnend, daß das erste Buch über Logotherapie, das je entstand, einen Namen trägt, der auf keine Erklärung oder Deutung psychischer Phänomene abzielt, sondern auf das Heilen und Helfen-wollen in seelischer Not: „Ärztliche Seelsorge“.

2.2.2 *Persönlichkeit des Gründers und ihre Relevanz für die Ausprägung des Verfahrens*

Zitat (von *Kurt Wimmer* aus dem Buch „Österreicher, die der Welt gehören“, Verlag Brüder Rosenbaum, Wien, 1979):

Frankl hat viel von seiner Lehre aufgrund persönlicher Erfahrungen formuliert. Er hatte zum Beispiel Angst vor schweren Klettertouren - „das aber hab' ich mir von mir nicht bieten lassen“, sagt er heute. Er überwand die Angst und wurde ein passionierter Alpinist. Zwei Klettersteige sind nach ihm benannt.

Er vertritt einen Freiheitsbegriff, der besagt, daß der Mensch immer die Möglichkeit hat, „sich selbst gegenüberzutreten und nötigenfalls sogar sich selbst entgegentreten“. Frankl nennt das „Trotzmacht des Geistes“.

Was für ein Mensch ist Viktor Frankl? Diese Frage ist nicht leicht zu beantworten, denn er ist anders, als man es erwarten mag, wenn man ihn nur aus seinen Schriften kennt, Werfen wir noch einmal einen Blick auf Verhaltensmuster aus seiner Lebensgeschichte. Da ist der Pubertierende, dem der Nihilismus zu schaffen macht, der sich mit der Frage nach dem Sinn des Lebens herumschlägt. Er ist zweifellos hochintelligent, aufgeweckt, ein kritischer Geist. Der heranwachsende Frankl bewältigt seine Sinnkrise und engagiert sich in vielen Bereichen, unter anderem bei der Wiener Sozialistischen Arbeiterjugend. Er hält Vorträge, er studiert, er organisiert Jugendberatungsstellen in mehreren Städten, er startet 1930 eine Sonderaktion zur Zeugnisverteilung mit dem Ergebnis, daß seit vielen Jahren erstmals keine Kurzschlußhandlung eines Schülers stattfindet..., er ist unglaublich rege und aktiv, und Pflicht und Privatinitiative scheinen für ihn vollkommen miteinander zu verschmelzen. Nach seiner Promotion folgen vier Jahre Arbeit im psychiatrischen Krankenhaus „Am Steinhof“, aber was für eine Arbeit! Er leitet den „Selbstmörderinnenpavillon“, wobei in dieser Zeit

ca. 12000 Patientinnen durch seine Hände gehen. Um tagaus, tagein Gespräche mit depressiven, suizidalen Patientinnen führen zu können, ohne von deren Lebenszweifeln und -ängsten „angesteckt“ zu werden, braucht man schon eine enorme seelische Stabilität, die Tragkraft einer positiven weltanschaulichen Überzeugung, die unerschütterlich ist, und Frankl hat sie offenbar.

Aber der eigentliche „Test“ seiner inneren Standfestigkeit wartet noch auf ihn, noch sind die Patientinnen, mit denen er es zu tun hat, fremde, ihm nicht nahestehende Personen. Erst 1940, als er das amerikanische Ausreisevisum erhält und wählen muß zwischen der Sicherheit im Ausland, die allerdings seine Eltern ihrem Schicksal überlassen würde, oder dem Ausharren unter der NS-Herrschaft, was aber durch die leitende Stellung am Rothschild-Spital, die er zu dieser Zeit innehat, einen gewissen Deportationsschutz für seine Eltern gewährt, fällt die folgenschwere Entscheidung für oder gegen die Stimme seines Gewissens. Und Frankl folgt seinem Gewissen, er läßt das Visum unbenützt. Er hat sich zu seiner eigenen Überzeugung, daß das Gewissen als „Sinn-Organ“ des Menschen fungiere, das den jeweiligen Sinn einer Situation aufspüre, welchem der Mensch zu gehorchen habe, bekannt, und zwar unter Einsatz seines eigenen Lebens. Uns muß diese seine Haltung heute sehr heldenhaft erscheinen, noch dazu, da er seine Familienangehörigen - bis auf eine Schwester - trotz des persönlichen Opfers nicht retten konnte, aber es ist anzunehmen, daß die Entscheidung für Frankl eher selbstverständlich war. Er ist bisher nicht ein einziges Mal von seiner geistigen Linie abgewichen, und vielleicht hätte ihn eine Inkonsistenz mit seiner Überzeugung eher getötet als jedwede physische Folter.

Nun, er übersteht die Konzentrationslager, aber sie gehen nicht spurlos an ihm vorbei. Der Frankl nach dem Krieg ist stiller, weniger heldenhaft, weniger organisatorisch rege. 1946 fürchten Freunde von ihm, daß er sich ein Leid antun könne, man muß ihn mit einer Blankovollmacht überreden, sich für die Leitung der Neurologischen Abteilung der Wiener Poliklinik zu bewerben, wo er dann 25 Jahre lang bleibt, man muß ihm auch zureden, sein Buch „Ein Psycholog erlebt das Konzentrationslager“ unter seinem Namen zu veröffentlichen; etwas von dem selbstbewußten, vor Kreativität und Flexibilität überschäumenden jungen Arzt der Vorkriegsjahre ist gebrochen. Kein Wunder, seine ersten vier Bücher sind Toten gewidmet: seiner toten Frau, seinen toten Eltern, seinem toten Bruder.

Er empfindet keinen Haß, er kann und will „die Nationalsozialisten“ nicht pauschal verurteilen, weil er an keine Kollektivschuld glaubt,

sondern schon immer die Eigenverantwortung des Einzelindividuums betont hat, die für jede Rasse und für jede politische Partei ausnahmslos gilt; er steht über den Dingen, aber er steht irgendwie auch über den Menschen seiner engeren Umwelt. War er vor dem Krieg Arzt und Psychotherapeut mit Leib und Seele, so wird er nach dem Krieg Philosoph und Wissenschaftler mit Leib und Seele. Er baut das Menschenbild der Logotherapie aus, von der *Giambattista Torello* später feststellen wird, daß sie „das letzte vollständige System in der Geschichte der Psychotherapie“ sei, er habilitiert sich mit einer Neufassung seines verlorengegangenen Werkes „Ärztliche Seelsorge“ und diktiert in seiner Freizeit seiner zweiten Frau die weiteren Bücher zur Logotherapie, die bald folgen. Noch einmal kommen Jahre, in denen etwas von seiner früheren ungewöhnlichen Lebensenergie aufflammt: neben seiner klinischen Tätigkeit und dem Vorlesungsbetrieb unternimmt er zahlreiche Vortragsreisen, vor allem in die USA, wo 1970 der 1. Lehrstuhl für Logotherapie geschaffen wird.

Dennoch, der Abstand zu den Menschen vertieft sich. Heute ist Frankl ein weiser, alter Mann geworden, den Ratsuchende und Interessenten aus aller Welt täglich mit Telefonanrufen und Briefen bombardieren, doch im Grunde ist er allein mit seiner Frau, die sich ihm ganz widmet. Aus dem Optimismus, der sein Leben einst kennzeichnete, ist ein „tragischer Optimismus¹⁾“ geworden — immerhin: zum Pessimismus konnte das Schicksal ihn nicht zwingen.

Was folgt aus alledem für die Entwicklung seiner Lehre? Sie ist ein philosophisch-psychologisches Denksystem, das dem Nihilismus eine klare Absage erteilt und diese argumentativ erhärtet. Sie ist eine Ermunterung für alle kranken und leidenden Menschen, „...trotzdem Ja zum Leben (zu) sagen²⁾“, wie es Frankl selbst getan hat. Sie ist aber auch ein realistisches Konzept, das sich nicht scheut, das Leiden in der Welt, die Schuldhaftigkeit personalen Handelns und die Unausweichlichkeit des Todes als Tatbestände menschlichen Seins anzunehmen und einer Sinndeutung zuzuführen. Idealismus und Realismus bilden in der Logotherapie eine ebenso enge Legierung wie in der Persönlichkeit ihres Begründers, der in der 1. Hälfte seines Lebens, vor dem großen Trauma, vielleicht mehr Idealist war, und danach mehr Realist wurde, aber doch stets beides problemlos zu vereinen wußte.

Die Logotherapie ist somit optimistisch, idealistisch, realistisch — und was ist sie nicht? Spiegeln wir sie ein letztes Mal an den Zügen ihres Schöpfers, des Entdeckers der „Selbst-Transzendenz“ des Menschen, also der Fähigkeit des Menschen, über sich selbst und alle eigen-nützige Engstirnigkeit hinauszulangen. Niemals wollte er mit ihr einen

persönlichen Gewinn wie Anerkennung, Reichtum, Ehre erzielen, zeit-
lebens ging es ihm um „die Sache an sich“. Und in der Tat ist die
Logotherapie noch niemals vermarktet worden, wird sich niemals zu
einer psychologischen Modeströmung entwickeln, und ist ganz und
gar ungeeignet, ein einträgliches Geschäft aus menschlicher Not zu
machen. Das mag der Grund dafür sein, daß sie bisher relativ wenig
Verbreitung fand: sie könnte mit ihrem Humanismus am Egoismus des
Zeitgeistes scheitern.

2.3 Wirkungsgeschichte

Viktor Frankl hat nicht nur eine Professur an der Wiener Universität
inne, sondern lehrt zugleich an der United States International Univer-
sity von San Diego, ferner hatte er Professuren an der Harvard Univer-
sity, an der Stanford University, an der Southern Methodist Univer-
sity in Dallas sowie an der Duquesne University in Pittsburgh. Einla-
dungen von insgesamt 178 Universitäten führten ihn in 34 Länder auf
allen fünf Kontinenten, davon allein 50 mal in die USA. Er hat 26
Bücher geschrieben, die in 20 Sprachen erschienen sind, unter anderem
auch in japanisch und chinesisch. Einzelne wurden auf englisch verfaßt
und liegen in deutscher Sprache gar nicht vor, so z.B. die Bücher „Psy-
chotherapy and Humanism (The Unheard Cry for Meaning)“ und
„Psychotherapy and Existentialism“. Viele seiner Bücher erwiesen sich
als Bestseller, das berühmteste unter ihnen mit dem Titel „Man’s
Search for Meaning“ ist in weit mehr als zwei Millionen Exemplaren
verkauft worden. Aber auch von Frankl-Schülern sind mittlerweile 30
Bücher über Logotherapie erschienen, wozu noch 77 Dissertationen
über dasselbe Thema kommen.

2.4 Beziehung des Verfahrens und seines Begründers zur „Humanistischen Psychologie“

Amerikanische Wissenschaftler wie *Gordon W. Allport* ordneten die
Logotherapie der „existential psychiatry“ zu, europäische Fachkapazi-
täten wie *Charlotte Bühler* ordneten sie der Humanistischen Psycholo-
gie zu. Man kann die Logotherapie aber nur beschränkt zur Humanis-
tischen Psychologie rechnen; zwar haben beide Richtungen ihre Wur-
zeln in der Existenzphilosophie, und es bedienen sich auch beide des
phänomenologischen Ansatzes in der Erkenntnislehre von der mensch-
lichen Natur, doch geht die Logotherapie einen Gedankenschritt weiter
als die Humanistische Psychologie, weil sie dem „in der Welt Sein“ des
Menschen die Selbst-Transzendenz allen menschlichen Wirkens hinzu-

fügt, oder anders ausgedrückt, die (von der Humanistischen Psychologie erneuerte) Begegnung zwischen dem Ich und dem Du erweitert zur Begegnung des Menschen mit dem Sinncharakter seines Lebens.

Dieser eher theoretische Unterschied hat eine sehr praktische Konsequenz in der voneinander abweichenden Zielsetzung beider psychologischen Systeme. Während es die Humanistische Psychologie für erstrebenswert hält, den Menschen in seinem jeweiligen So-Sein zu verstehen, will ihm die Logotherapie zu seinem bestmöglichen Sein verhelfen, wo auf der einen Seite der „Mut zum Selbst“ propagiert wird, wagt die andere Seite die „Erziehung zur Verantwortlichkeit“.

2.5 *Gegenwärtige Situation*

Obwohl Frankl nichts zur Institutionalisierung und organisatorischen Vervielfältigung seines Werkes beigetragen hat, haben Schüler von ihm (die auch keine Schüler im üblichen Sinne, sondern mehr oder weniger Autodidakten sind) in aller Welt Institute und Zentren zur Vermittlung und Weiterentwicklung der Logotherapie errichtet. Das bedeutendste davon ist das von *Joseph Fabry* geleitete „Institute of Logotherapy“ im kalifornischen Berkeley, das auch die Zeitschrift „The International Forum for Logotherapy“ herausgibt. Andere Institute existieren in Chicago und Atlanta, aber auch außerhalb der Vereinigten Staaten, z.B. in Japan, Kanada, Argentinien, Südafrika und Australien. In Europa ist Messina ein wichtiges Zentrum mit einem Viktor-Frankl-Institut an der Universität, ähnliche Bestrebungen sind in England und Finnland im Gange. Deutschland besitzt eine „Deutsche Gesellschaft für Logotherapie“ und mehrere Nervenkliniken und Beratungsstellen, die logotherapeutisch arbeiten. Das jüngste Institut wurde 1983 in der Geburtsstadt der Logotherapie, in Wien, gegründet; *Gabriele Vesely*, die Tochter Viktor Frankls, konnte zur Mitwirkung darin gewonnen werden.

Neben solchen lokalen Niederlassungen hat sich eine flexible „Bewegung“ zur Weiterführung des logotherapeutischen Gedankengutes konstituiert: die „World Congress Corporation“ mit ihrem Sitz in San Diego, die bereits auf drei stolze Weltkongresse für Logotherapie zurückblickt, welche in regelmäßigen Abständen jeweils an einem anderen Ort der Welt stattfanden, zuletzt in der BRD. Bei diesen Kongressen versammeln sich viele hundert Ärzte, Psychologen und sonstige Fachleute, um auf einem internationalen und interdisziplinären Podium über ihre Erfahrungen mit der Logotherapie zu diskutieren;

ein Erfahrungsaustausch, der jedesmal danach in einem Kongreßband namens „Analecta Frankliana (I,II,...)“ veröffentlicht wird.

3. Menschenbild

Ohne eine genaue Kenntnis des dahinterstehenden Menschenbildes ist die logotherapeutische Taktik nicht zu verstehen. Denn Taktik, Strategie, Technik und Setting zählen wenig in der Logotherapie. Was zählt, ist vielmehr die auf die jeweilige Problematik und den jeweiligen Patienten abgestimmte Improvisation und Individualisation³⁾ unter dem Leitstern eines unwandelbaren Menschenbildes. Der Logotherapeut darf auf den verschiedenen Psycho-Methoden wie auf einer Klaviatur spielen, und er ist ganz und gar unabhängig von bestimmten Hilfsmitteln oder Räumlichkeiten; er kann unter „Rockern“ in einer Diskothek genauso logotherapeutisch wirksam werden wie am Sterbebett eines Karzinomkranken. Aber eines kann er nicht, wenn er Logotherapeut bleiben will, und das ist: seinem Menschenbild untreu werden.

Dies ist keine unnötige Orthodoxie, sondern liegt in der Logik der Sache bedingt. Das Menschenbild der Logotherapie ruht nämlich auf den Pfeilern der *Dimensionalontologie*, die wiederum erst jene Voraussetzungen schafft, um bestimmte Anteile des Menschseins — nennen wir sie gesunde — gegen andere, schwache oder kranke Anteile auszuspielen. Der Dimensionalontologie zufolge vereinen sich im Menschen drei Dimensionen: die physiologisch/biologische Dimension, die psychologisch/soziologische Dimension und die geistig/noetische* Dimension. Zur physiologischen Dimension ist nichts weiter zu sagen, als daß sie die körperliche Grundstruktur des Menschen darstellt, das Zellgewebe, die Organe und ihre Funktionen. Die psychologische Dimension muß schon genauer definiert werden, weil es Mißverständnisse geben kann, wenn „Psyche“ in diesem Zusammenhang mit „Seele“ übersetzt wird. Gemeint ist der emotionale und soziale Bereich des Menschen, der sich aus seiner Gefühlswelt (Ängste, Stimmungen, Launen, Sehnsüchte, Bedürfnisse, Triebe, Hemmungen, Lustgefühle...) und seiner gesellschaftlichen Umwelteingebundenheit (Machtgelüste, Minderwertigkeitsgefühle, Aggressionen, Dominanz- und Erfolgsstreben, Sympathien, familiäre Rollen, Elterninstinkte, Territorialansprüche...) zusammensetzt. Das Charakteristikum der psychologischen

*) Das Wort „noetisch“ leitet sich vom griechischen Wort „noos“ ab, welches „Sinn“ bedeutet.

Dimension ist ihre geringe Beeinflussbarkeit durch Willensanstrengungen, ihre Manipulierbarkeit durch innere oder äußere Reize, ja eben die Unfreiheit gegenüber dem Auftreten ihrer diversen sensitiven Färbungen.

Es ist im Großen und Ganzen die Dimension, um deren Untersuchung und Klärung sich die Psychologie jahrzehntelang bemüht hat. Frankl moniert, daß darüber die dritte Dimension, die geistige Dimension, vernachlässigt worden sei; gerade diese dritte aber ist seiner Ansicht nach die eigentlich menschliche, die „spezifisch humane“ Dimension, die den Menschen erst zum Menschen macht. Einen Körper nennen Pflanzen, Tiere und Menschen gleichermaßen ihr eigen, eine Psyche im erläuterten Sinne haben Tiere vielfach ähnlich dem Menschen, aber Geist besitzt zweifellos nur der Mensch. Es ist seine Dimension der Lebenspläne und Lebensgestaltung, der Zielwahrnehmung und Willensvorgänge, der Erfahrung von Sinn und des Glaubens an einen Übersinn, die Ebene künstlerischer Intuition und wissenschaftlichen Forschungsdranges, und nicht zuletzt die Quelle seines ethischen Empfindens, der Sprache des Gewissens. Eine Dimension, die ausgezeichnet ist durch das Geschenk der Freiheit — und sei es nur die Freiheit der Einstellung zu unfreien Gegebenheiten —, und die belastet ist durch die Bürde der Verantwortung, die geistigem Sein allemal zukommt.

Dieses drei-dimensionale Modell ist keineswegs zu vergleichen mit einer Drei-Schichten-Theorie, denn auch bei einem Quader beginnt nicht die Schicht „Höhe“ dort, wo die Schicht „Länge“ oder „Breite“ aufhört. Der dimensionale Ansatz ermöglicht es, das Paradoxon von Einheit und Ganzheit trotz Mannigfaltigkeit der verschiedenen Menschesebenen zu verstehen, und mit ihr die Tatsache, daß jede „höhere“ Dimension (höher im Sinne von „phylogenetisch weiterentwickelt,“) jede „niedrigere“ Dimension in sich einschließt, aber nicht umgekehrt⁴⁾. Wie eine geometrische Fläche die Existenz von Geraden und ein geometrischer Raum die Existenz von Geraden und Flächen voraussetzt, bedarf das Vorhandensein einer Psyche des Körpers, und das Vorhandensein von menschlichem Geist eines Körpers und einer Psyche.

Warum ist dieses kurz skizzierte Menschenbild nun so wesentlich für jedwede logotherapeutische Intervention? Die Antwort lautet: Weil sich die Logotherapie auf das Erkennen und Fördern der spezifisch noetischen Fähigkeiten des Menschen spezialisiert hat, also auf die Erhellung der geistigen Dimension und ihrer Mitwirkung beim Heilungsprozeß. Wer demnach nicht über die Kraftpotentiale in der geistigen

Ebene des Menschen Bescheid weiß — und es handelt sich dabei um ganz andere Energiefelder als diejenigen von Triebdynamik und Konditionierungsautomatismen in der psychologischen Ebene —, ja, wer die humane Dimension überhaupt ausklammert und sich auf subhumane „Seelenanalysen“ beschränkt, kann nicht logotherapeutisch tätig sein.

3.1 Grundzüge des Menschenbildes

Bei der Exploration der geistig/noetischen Dimension des Menschen ist Frankl auf zwei „fundamental-anthropologische Urphänomene“ gestoßen, die als stärkste Kraftpotentiale menschlichen Denkens und Handelns fungieren: die „Fähigkeit zur Selbstdistanzierung“ und die „Fähigkeit zur Selbst-Transzendenz“. Das menschliche Denken kann — im Gegensatz zur cognitiven Reichweite des Tieres — den Ort seines Ursprungs verlassen, und das nicht nur bildlich gesprochen, sondern inhaltlich ganz real gemeint. Ein intelligenter Affe mag darüber nachsinnen, wie er eine zu hoch hängende Banane herabbefördert, aber er wird sich niemals den Kopf über die Entstehung des Weltalls zerbrechen. Die Banane „geht ihn etwas an“, das Weltall tut dies nicht. Das Besondere am menschlichen Geist hingegen ist seine Eigenart, auch das Nicht-Selbstbezogene, Nicht-Ichhafte, Unabhängig-von-ihm-Existierende erreichen und betrachten zu können, indem er eine Plattform außerhalb des eigenen Standortes schafft, von der aus er entweder auf sich selbst zurückschauen kann: die „Selbstdistanzierung“, oder in die Um- und Aussenwelt hinausschauen kann: die „Selbst-Transzendenz“. Mit Hilfe der Selbstdistanzierung steht es dem Menschen somit offen, sich gedanklich von sich selbst weg in eine gewisse Distanz zu bringen, aus der heraus die ihn betreffenden Sachverhalte in einem neuen Licht erscheinen. Mit Hilfe der Selbst-Transzendenz wiederum kann es dem Menschen gelingen, jene ihn selbst betreffenden Belange für eine gewisse Zeit zurückzustellen, um sich voll und ganz an eine wichtige Aufgabe hinzugeben, die auf ihn wartet, oder um für eine andere Person dazusein, die ihn braucht. Beide Fähigkeiten öffnen Türen von geistiger Freiheit und innerem Wachstum: wer sich von seinen Gefühlen distanzieren kann, ist ihnen nicht hilflos ausgeliefert, wer an seinen eigenen Schwächen vorbei auf ein Ziel hin-agieren kann, wird dafür stark.

DENKAUFGABE: Suchen Sie je ein Beispiel für das Vorliegen von menschlicher Selbstdistanzierung und Selbst-Transzendenz. Warum handelt es sich bei beiden Fähigkeiten um „Widerstandskräfte“, und wogegen richtet sich ihr Widerstand?

Beispiele von Selbstdistanzierung finden sich bei jeder Form von innerer Zwiesprache. Der Choleriker, der sich sagen kann: „Aha, jetzt bin ich wieder einmal im Begriff, über-

mäßig heftig zu reagieren“, ist schon nicht mehr wirklich cholerisch, oder der Alkoholiker, der eine Flasche Wein in den Mülleimer kippt und dabei murmelt: „Du würdest mich wohl gar zu gerne verleiten, was?“, ist auf dem besten Weg, seiner Sucht zu entkommen.

Beispiele von Selbst-Transzendenz finden sich bei jeder Überwindung egoistischer Motivationen. Die junge Mutter, die abends nicht tanzen geht, sondern bei ihrem Baby zu Hause bleibt, handelt selbst-transzendental. Der Feuerwehrmann, der bei einer Brandkatastrophe im Nachbarort freiwillig Überstunden macht, obwohl er sehr müde ist, handelt ebenfalls selbst-transzendental.

Die Fähigkeit zur Selbstdistanzierung verhindert, daß der Mensch „sich von sich selbst alles gefallen lassen muß“⁵⁾, verhindert also das Verharren im Ist-Zustand; die Fähigkeit zur Selbst-Transzendenz ermöglicht, daß der Mensch sich für etwas interessieren kann, das „nicht wieder er selbst ist“⁶⁾, ermöglicht also das Hineinwachsen in einen Soll-Zustand. Beides sind geistige Widerstandspotentiale gegen das „Tierische“ im Menschen, das dem Ist-Zustand ewig verhaftet und dem Soll-Zustand ewig entfremdet bliebe.

3.2 Menschenbild und persönliche Biographie

Frankl hat an vielen seiner Krankengeschichten aufgezeigt, daß es selbst bei schweren physischen und psychischen Beeinträchtigungen etwas im Menschen gibt, das von dessen Krankheit nicht befallen wird, ja, das theoretisch überhaupt nicht krank werden kann. Dieses Etwas ist geistiger Natur und vermag allen Widerstand eines geistigen Wesens gegen seine umständegemäße Ausgeliefertheit an Schmerz, Leid, Schwäche, Verwirrung und Not in sich zu vereinen; Frankl nennt es die „Trotzmacht des Geistes“. Er hat ferner nachgewiesen, daß überall dort im ärztlich-seelsorgerischen Raume, wo solche „Trotzmacht des Geistes“ bei einem Patienten aktiviert werden kann, die Krankheit ihren Stachel verliert, und zwar sogar dann, wenn sie unheilbar sein sollte.

Diese „Trotzmacht des Geistes“ ist jedoch nicht bedingungslos verfügbar. Und Frankl weiß, an welche Bedingung sie geknüpft ist; er, der seine eigene „Trotzmacht des Geistes“ ein Leben lang erfolgreich eingesetzt hat gegen widrige Faktoren seines Schicksals. Die Armut der späten Jugendjahre wollte ihn einschränken - doch er hat sich durch das Arztstudium durchgekämpft, die Internierung im KZ hat ihn sein 1. Manuskript, die Quintessenz langer Jahre Arbeit, gekostet - doch er hat es im Fiebertraum zwischen Leben und Tod rekonstruiert*, der Rassismus seiner Zeit hat ihm die Familie geraubt - doch er hat eine neue Familie gegründet, die Fachwelt hat ihn vielfach ignoriert - doch er hat sich auf seinem wissenschaftlichen Weg nie entmutigen lassen.

*) Was nicht unerheblich zur Stützung seines Überlebenswillens im Lager beigetragen hat.

Aber nicht nur dem Schicksal, auch seinen eigenen Schwächen vermochte er zu trotzen - etwa seiner Furcht vor der Höhe mit dem kühnen Erwerb eines „Solo-Flight-Certificates“.

Was also ist jene Bedingung, die die Schleusen der „Trotzmacht des Geistes“ aufbricht und nahezu übermenschliche Kräfte in Bewegung setzen kann? Frankl behauptet, es sei das Wissen um ein Wozu, das Erahnen eines tieferen *Sinns*, der dem Leben Wert und Inhalt gibt, wie sehr es auch mit Hindernissen beladen sein mag. Er muß es wissen wie kaum ein anderer.

3.3 Menschenbild und Weltbild

Wir haben das Menschenbild der Logotherapie als ein dreidimensionales erklärt und hinzugefügt, daß es im Rahmen dieser Psychotherapieform darum geht, die dritte, die geistige Dimension des Menschen zu untersuchen und für Heilungszwecke fruchtbar zu machen. Wir haben ferner festgestellt, daß eines der Untersuchungsergebnisse die Entdeckung zweier spezifisch menschlicher Fähigkeiten beinhaltet, die aus therapeutischer Perspektive als „Widerstandskräfte“ gegen seelische Krankheit aufgefaßt werden können und sich unter dem Oberbegriff einer „Trotzmacht des Geistes“ subsumieren lassen.

Mit der Vokabel „Sinn“ ist jedoch etwas Neues und Anderes in die Diskussion miteingeflossen, etwas, das die Umrisse des Menschenbildes übersteigt. Sinn ist nämlich nach logotherapeutischer Doktrin nicht einfach dasjenige, was von einem bestimmten Menschen subjektiv als Sinn „gedeutet“ wird, sondern besitzt die objektive Qualität des „in der Welt Seins“, unabhängig davon, ob er rezipiert wird oder nicht. Hier verlassen wir den Boden des Menschenbildes und treten ein in das Weltbild der Logotherapie, das nicht mehr, wie ihr Menschenbild, empirischer Beweisführung zugänglich ist, sondern die Grundlagenaxiomatik des gesamten Denksystems darstellt. Die Welt ist von Sinn durchdrungen, ist voller Sinnzusammenhänge, und deswegen hat auch das Leben des Menschen einen unabdingbaren Sinn, und jede einzelne Lebenssituation birgt ihre Sinnmöglichkeiten. . . , das ist das Credo der Logotherapie. Der argumentative Bogen spannt sich von der philosophischen Ausgangsbasis (mit ihren Wurzeln in der Existenzphilosophie) über die dimensionalontologisch präformierte Psychologie (mit ihrer Betonung noetischer Phänomene) zurück zu einer Philosophie positiver Überzeugung (mit dem Axiom von der Sinnhaftigkeit der Welt); ein Bogen, der sich zu folgendem Kettenschema⁷⁾ komprimieren läßt:

FREIHEIT DES WILLENS → WILLE ZUM SINN → SINN DES LEBENS

(existenzphilosophisch
untermauert)

(dimensionalontologisch
untermauert)

(weltanschaulich
untermauert)

Die „Freiheit des Willens“ wird in die Waagschale geworfen gegen den *Pan-Determinismus*⁸¹ mit seinen unzähligen Abhängigkeitshypothesen, die den Menschen zum Sklaven seiner Determinanten degradieren. Der „Wille zum Sinn“ wird in die Waagschale geworfen gegen den *Reduktionismus*, der jedwede menschliche Äußerung auf ein Symbol innerer Getriebenheit und Egozentrik reduziert. Der „Sinn des Lebens“ schließlich, und zwar mit bedingungsloser Geltung, wird in die Waagschale geworfen gegen den *Nihilismus*, der stets alles Positive verneint und dabei von Fatalismus, Zynismus und Resignation begleitet wird.

Aus der „Freiheit des Willens“ resultiert die Schuldfähigkeit und Verantwortlichkeit des Menschen. Aus dem „Willen zum Sinn“ resultiert die personale Einstellung des Menschen, die nicht zuletzt auf seiner Fähigkeit zur Selbstdistanzierung und Selbst-Transzendenz beruht. Aus dem „Sinn des Lebens“ resultiert die unantastbare Werthaftigkeit und Wertfülle des Lebens sogar angesichts der „tragischen Trias“ von Schuld, Leid und Tod⁹¹. Die Logotherapie bekennt sich also zu einer Ethik, zu einem Menschenbild und zu einem Weltbild, und hinsichtlich jedes Bereiches versteht sie ihre Aufgabe als eine andere: einmal als eine pädagogische, einmal als eine psychotherapeutische, und einmal als eine (ärztlich-)seelsorgerische.

	Freiheit des Willens	Wille zum Sinn	Sinn des Lebens
richtet sich gegen den	Pan-Determinismus	Reduktionismus	Nihilismus
ist Basis der	Schuldfähigkeit und Verantwortlichkeit des Menschen	personalen Einstellung des Menschen	unantastbaren Werthaftigkeit des Lebens
betrifft den philosophischen Schwerpunkt	Ethik	Menschenbild	Weltbild
Ausrichtung der logotherapeutischen Aufgabenstellung auf	Gewissenschulung, „Erziehung zum Menschen“	Mobilisierung von geistigen Selbstheilkräften	Bewältigung von unabänderlichem Schicksal
im Bereich der	Pädagogik	Psychotherapie	(ärztl.) Seelsorge

3.4 Menschenbild und gesellschaftliche Position

Das Credo der Logotherapie, daß das Leben unter allen Umständen sinnvoll bleibt, wird manchmal dahingehend falsch ausgelegt, daß die Logotherapie ein „Sichabfinden“ mit Mißständen predige, die sich beseitigen ließen. Davon kann jedoch keine Rede sein. Kein Logotherapeut wird jemals dazu aufrufen, etwa dem Waldsterben ergeben zuzuschauen und geduldig einen Sinn darin zu suchen. Noch wird er einem Patienten raten, seine Arbeitslosigkeit als unabwendbares Fatum anzuerkennen und die Hände in den Schoß zu legen im Vertrauen darauf, daß auch dies noch irgendwie Sinn habe. Die Logotherapie ist eine idealistische Psychologie, und als eine solche „glaubt“ sie an eine Vielfalt von Verbesserungschancen für das Leben und an die dringende Notwendigkeit, jedwede davon zu ergreifen. „Die Welt ist nicht heil, aber heil-bar“ lautet nicht umsonst ihr Motto¹⁰⁾.

Doch die Logotherapie ist auch eine realistische Psychologie, wie wir bereits erfahren haben, und als eine solche „weiß“ sie um die Existenz von Unabänderlichkeiten. Es gibt nun einmal unheilbare Krankheiten, nicht wiedergutzumachendes Unglück, nicht aufhebbare Not und von Privatpersonen nicht änderbare politische Strukturen. Woran ihr liegt, ist nicht, zu zeigen, daß alle diese Schrecknisse sinnvoll seien, sondern daß das Leben *trotz ihnen seinen Sinn nicht verliert*. Der Mensch kann nämlich sogar dem Leiden — wohlgermt: dem unabwendbaren Leiden! — noch einen Sinn abringen in der Art und Weise, wie er es trägt. Wo die „Handlung“ aufhört, weil kein Handlungsspielraum mehr besteht, dort beginnt die „Haltung“; wo die Priorität der Beseitigung eines Übels an ihre Grenzen kommt, weil nichts mehr beseitig-bar ist, dort keimt die Superiorität eines heldenhaften und aufrechten Ertragens dieses Übels in Würde empor¹¹⁾.

Die Logotherapie macht deswegen durchaus nicht passiv, schon gar nicht in gesellschaftspolitischer Hinsicht. Sie stimuliert zu sinnvollen Aktionen, sie aktiviert zum Widerstand gegen sinnlose Destruktion in jedem Lebensraum, ihr Kampf gilt dem Nihilismus, wo immer sie ihn findet. Ob hinsichtlich der Energieverschwendung, der Kriegsindustrie oder der Landschaftszerstörung, ob in der Wohlstandszeit oder in der Wirtschaftskrise . . . , immer und überall ist es das logotherapeutische Bestreben, die nihilistische Infektion — mit der „geistigen Totenstarre“ in ihrem Gefolge¹²⁾ — aufzuhalten bzw. den Menschen dagegen zu immunisieren, auf daß er die Aufforderung der Situation erkenne und erfülle.

Nein, Logotherapie macht nicht passiv, aber sie macht - gelassen. Wo der einzelne seiner Verantwortung nachgekommen ist, dort ist kein Platz mehr für Panik und Weltuntergangsstimmung, dort prallt die Angst vor den vielen denkbaren Katastrophen wirkungslos ab, denn aus dem erfüllten Sinn des Augenblicks erwächst die Kraft für den je nächsten Augenblick des Daseins. Möglich, daß die logotherapeutischen Thesen die Welt verändern könnten, doch das Besondere an ihnen ist eher, daß sie auch noch verändern können, wo Unveränderbares existiert: im Banne von Unveränderbarem ist der Mensch aufgerufen, sich selbst zu ändern¹³⁾.

4. Persönlichkeitstheorie

ZITAT (aus dem Buch „Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie“ von Viktor E. Frankl, Verlag Hans Huber, Bern, 1975): Zur Fähigkeit des Menschen, über den Dingen zu stehen, gehört nun auch die Möglichkeit, über sich selbst zu stehen. Nur daß wir dann unterscheiden müssen zwischen dem Ich, das da über etwas steht, und dem „Ich“, über dem der Mensch dann steht. Das erstgenannte Ich ist zweifelsohne identisch mit der geistigen Person. Das zweitgenannte „Ich“ jedoch ist nicht mehr die Person selbst: dieses zweitgenannte „Ich“ ist nämlich nicht mehr etwas, das ich „bin“, sondern nur mehr etwas, das ich „habe“, — mir gegenüber habe. Mit anderen Worten: dieses „Ich“ steht nicht mehr in der Vollzugswirklichkeit geistiger Selbstvollzüge, dieses „Ich“ ist bereits Es.

Vielleicht ist das Es, auch im Sinne der Psychoanalyse, letzten Endes überhaupt nichts anderes als ein mit der Zeit überwundenes Ich. Diesen ungemein wertvollen Gedanken hat unseres Wissens erstmalig J. Berze geäußert: daß das Es eigentlich das „alte Ich“ sei. Tatsächlich mag es sich auch wirklich so verhalten, daß die ichhaften Entscheidungen im Laufe der Entwicklung des Ich zu eshaften Dauerhaltungen werden, sich also gleichsam sedimentieren. Es ließe sich dann sagen: *Die Entscheidung von heute ist der Trieb von morgen*. Das Es wäre dann das jeweils schon entwirklichte Ich — eine These, die dann zu einer zweiten verführen könnte, nämlich zur Behauptung: das Überich ist das noch nicht verwirklichte, das erst zu verwirklichende Ich. Kürzer gesagt: das Es ist das Nicht-mehr-ich — das Überich ist das Noch-nicht-ich.

4.1. Begriff und Verständnis der Person

Die logotherapeutische Erkenntnis, daß der Mensch im Unterschied zu allen anderen Lebewesen auf Erden die Fähigkeit zur Selbstdistanzierung besitzt, zwingt uns die Frage auf, wer genau sich dabei von wem distanzieren, und wer zu wem dann aus der Distanz heraus Stellung beziehe? Frankl gibt darauf eine eindeutige Antwort: die geistige Person steht dem seelischen Charakter gegenüber. Beide werden nach folgenden Kriterien unterschieden:

die (geistige) Person

gehört zur 3. Dimension des logotherapeut. Menschenbildes

kann auch Ich genannt werden

ist frei zur Stellungnahme und zur Entscheidung

ist niemals schicksalhaft gegeben

gestaltet etwas aus den Erbanlagen

der (seelische) Charakter

gehört zur 2. Dimension des logotherapeut. Menschenbildes

kann auch Es (Nicht-mehr-ich) genannt werden

ist unfrei und wird von fremden Faktoren entschieden

ist schicksalhaft gegeben

entspricht und entspringt den Erbanlagen

Auf Grund dieser Wesensdifferenz entscheidet „in letzter Instanz“ die geistige Person über den seelischen Charakter. Deswegen kann menschliches Verhalten auch nie fehlerlos vorherberechnet werden, denn der Mensch verhält sich nicht nur „aus seinem Charakter heraus“, sondern nimmt zu allem und jedem nochmals (geistig) Stellung, sogar zu seinem eigenen Charakter¹⁴⁾.

Wie steht es aber mit der Umwelt? Beeinflusst sie nicht massiv jede personale Stellungnahme? Frankl hält an der radikalen Freiheit der geistigen Person fest, auch was Umwelteinflüsse betrifft. Er sieht die Freiheit gegenüber der Umwelt nämlich in der Freiheit gegenüber dem Charakter inbegriffen, weil ja die Bereitschaft eines Menschen, sich von seiner Umwelt beeinflussen zu lassen, selbst wiederum eine Charaktereigenschaft ist, zu der der Mensch letzten Endes Stellung beziehen kann.

Der Begriff „Freiheit“ wird in der Logotherapie allerdings als Janusgesicht verstanden, dessen zweite Hälfte die Züge der „Verantwortung“ trägt. Deswegen begnügt sie sich nicht mit dem Auffinden eines „Freiseins von etwas“, sondern sucht zugleich nach dem „Freisein zu etwas“, und zwar zur verantwortlichen Gestaltung dieses Freiraums. Auf die geistige Person bezogen erwächst aus der Freiheit vom Charakter die Freiheit zur Persönlichkeit.

Freiheit der Person

bedeutet

Freiheit vom Charakter

Freiheit vom Sosein

Freiheit vom Es (Nicht-mehr-ich)

Freiheit von der Orientierung an subjektiven Lust und Unlustgefühlen
Möglichkeit zur Selbstbestimmung
(in Selbstüberwindung)

Freiheit zur Persönlichkeit

Freiheit zum Andersein

Freiheit zum Überich
(Noch-nicht-ich)

Freiheit zur Orientierung an einer objektiven Sinn- und Wertewelt
Notwendigkeit zur Selbstbestimmung
(in Verantwortlichkeit)

Frankl formuliert dies so: „Während ich das Schicksal gestalte, gestaltet die Person, die ich bin, den Charakter, den ich habe, — gestaltet ‚sich‘ die Persönlichkeit, die ich werde.“ Daraus folgert er: „Der Mensch ‚hat‘ einen Charakter, aber er ‚ist‘ eine Person und ‚wird‘ eine Persönlichkeit.“

DENKAUFGABE: Aus dem logotherapeutischen Verständnis der Person ergibt sich eine ganz bestimmte Interpretation der typischen Tendenz des Neurotikers. Neurotische Menschen sagen sehr oft: „Weil ich Angst habe, kann ich nicht . . .“ oder „Das traue ich mir nicht zu, deswegen fange ich gar nicht an . . .“ oder „Ich tue dies und jenes, bloß damit ich nicht nervös werde . . .“ und dergleichen mehr. Was geschieht hier mit der Freiheit ihrer geistigen Person?

Nach logotherapeutischer Auffassung überbewertet der Neurotiker sein Sosein. Bei vielen Versagenserlebnissen beruft er sich direkt auf seinen angeborenen oder anerzogenen Charakter und macht ihn dadurch zum Sündenbock. Auf jeden Fall nutzt er seine geistige Freiheit nicht, weil er die Überzeugung nährt: „Ich bin nun einmal so und kann nicht anders.“ In Wahrheit jedoch kann er jederzeit anders, also ist er überhaupt nicht „irgendwie“; es ist nur seine fixe Idee, die ihn im Sosein paralyisiert. Deshalb gehört es zum vorrangigen Ziel einer logotherapeutischen Behandlung, dem Neurotiker sein Anders-sein-können vor Augen zu führen, und ihm damit die Freiheit zur Persönlichkeit zurückzuerobern¹³⁾.

4.2 Entwicklungstheorie

Daß der „Wille zum Sinn“¹⁶⁾ während sehr frühen oder sehr späten Phasen des Lebens noch nicht oder nicht mehr ausreichend „in Funktion ist“, spricht keinesfalls gegen seine grundsätzliche Potentialität in jedem Menschen und nur im Menschen. Ist doch auch die Sprachkapazität eine spezifisch menschliche Befähigung, unabhängig davon, ob sie beim Kleinkind noch nicht entwickelt oder beim Aphasiker hirnnorganisch beeinträchtigt ist. Immerhin hat *Edward M. Bassis*, was Kleinkinder betrifft, nachgewiesen, daß deren intensive Neigung, die Umwelt zu erforschen und mit ihr experimentieren zu wollen, nicht auf der Basis von Bedürfnisdruck und Triebbefriedigung allein zu erklären ist. Auch - und insbesondere - satte, geliebte, zufriedene Kinder interessieren sich, wenn sie gesund sind, für die Außenwelt und die Vorgänge darin; sie wollen etwas Neues zusammenbauen, etwas Schönes entdecken, etwas Bewegliches beobachten usw., alles Basiselemente eines sich anbahnenden „Willens zum Sinn“, der späterhin die Brücke zwischen der Kreativität des Selbst und der Konstruktivität der Umwelt schlagen wird.

Damit soll natürlich nicht geleugnet werden, daß die simple Bedürfnisbefriedigung umso mehr im Vordergrund des Daseins steht, je jünger ein Mensch ist. *Aaron J. Ungersma* hat in diesem Zusammenhang einen sehr geistreichen Vergleich gezogen, nämlich daß sich die drei

Wiener Schulen der Psychotherapie als Spiegel der ontogenetischen Entwicklung des Individuums von der Kindheit zur Reife deuten lassen: der „Wille zur Lust“ (Freud) sei das führende Lebensprinzip des Kindes, der „Wille zur Macht“ (Adler) sei das führende Lebensprinzip des Jugendlichen, und der „Wille zum Sinn“ (Frankl) sei schließlich das führende Lebensprinzip des Erwachsenen.

Zur Entwicklungstheorie der Logotherapie gibt es einige Studien von *Karl Dienelt* und *Elisabeth Lukas*. Beide sind übereinstimmend zu der Überzeugung gelangt, daß die Motivationslage von Kindern und Eltern enorm wichtig ist für jedweden pädagogischen Erfolg. Lukas hat an Hand von drei umfassenden Gruppen von Erziehungsproblemen, und zwar bei

- 1) Schulschwierigkeiten / Konzentrationsstörungen,
- 2) Kontaktschwierigkeiten / Aggressivität,
- 3) Störungen im Antrieb und Selbstwertgefühl

zeigt, daß trotz unterschiedlichsten Ausprägungen und Auslösemomenten dieser Störungsbilder jedes letztlich auf schwache oder einseitige Motivationslagen bei Kindern oder Eltern zurückgeführt werden kann¹⁷⁾, also auf einen Mangel an „Willen zum Sinn“, der durch Dominanzstreben, Kalkulation von Eigenvorteilen oder Gleichgültigkeit ersetzt wird.

Dieselbe entscheidende Rolle kommt der Güte und Intensität der Motivationslage von Ehepartnern in Bezug auf den Zusammenhalt der ganzen Familie zu. Eine enge Lebensgemeinschaft wie die Familie ist darauf angewiesen, daß jedes Mitglied bereit ist, eine sinnvolle Funktion in dieser Gemeinschaft zu übernehmen und ebenso den anderen Familienmitgliedern zu gewähren. Wo diese Bereitschaft überdeckt wird von egoistischen Bestrebungen im Sinne einer mißverstandenen „Selbstverwirklichung“, dort ist die Familie zum Scheitern verurteilt.

Wir haben schon einmal — beim Thema „Ethik“ — die Logotherapie als eine „Erziehung zum Menschen“ apostrophiert. Was das praktisch heißt, bewies u.a. *Louis S. Barber* von der United States International University in San Diego, der jugendliche Kriminelle in seinem logotherapeutischen Rehabilitationszentrum behandelte. Er konnte deren Rückfallquote von 40% auf 17% herabsetzen, und hatte dabei nichts anderes getan, als die Motivationslage der ihm anvertrauten jungen Menschen nach Sinn und Werten neu zu orientieren. Wie sehr unterstützt ein solches Ergebnis doch die Auffassung von *Charlotte Bühler*, die einmal sagte: „Man kann den Sinn als Grundprinzip für die Aufrechterhaltung der inneren Ordnung und die Integration in unserer Existenz bezeichnen.“¹⁸⁾

4.3 Konzepte zur Lebensspanne

Die größte Divergenz zwischen der Tiefenpsychologie und der Logotherapie liegt in der unterschiedlichen Betrachtungsweise der Vergangenheit.

Während die Tiefenpsychologie ihre ganze Kraft darauf konzentriert, die Vergangenheit eines Menschen nach Geschehnissen zu durchleuchten, die ihrer Doktrin nach die Gegenwart dieses Menschen empfindlich stören, um nicht zu sagen, vorwiegend mitbestimmen, konzentriert die Logotherapie ihre ganze Kraft darauf, die Gegenwart eines Menschen nach Sinnmöglichkeiten zu durchleuchten, die ihrer Doktrin nach die Zukunft dieses Menschen inhaltsreicher und erfüllter gestalten könnten. Während die Tiefenpsychologie somit alles daran setzt, ihren Patienten zu helfen, vergangene Konflikte und Traumata durch Bewußtmachung und Ausagierung „aufzuarbeiten“, kümmert sich die Logotherapie nur insofern um die Vergangenheit ihrer Patienten, als es ihr um eine positive Einstellung zu einem unveränderbaren Tatbestand geht, eine Einstellung, die hier und jetzt, also in der Gegenwart, geformt werden muß. Es ist die feste Überzeugung aller Logotherapeuten, daß eine wahrhaft sinnerfüllte Gegenwart durch keine wie immer geartete Vergangenheitstragik zu erschüttern ist, sondern daß vielmehr die Umkehrung gilt: nur in eine sinnentleerte Gegenwart, nur in eine trostlose Zukunft hinein wuchert die traumatisierende Wirkung eines vergangenen Schmerzes.

Aus diesen Gründen gibt es kein eigentliches Konzept zur „Vergangenheitsbewältigung“ in der Logotherapie, sehr wohl aber gibt es ein Konzept zur „Vergänglichkeitsbewältigung“*, also zur Konfrontation des Menschen mit seiner Vergänglichkeit, mit seiner Sterblichkeit, die ja auch seine Gegenwart und Zukunft unausweichlich überschattet. Hebt denn die Endlichkeit der menschlichen Lebensspanne den Sinngehalt des Lebens nicht wieder auf? Ist es nicht in 1000 oder 2000 Jahren ganz egal, was ein Mensch getan, erlebt und erlitten hat, ist nicht all sein Wirken und Mühen gleichgültig und damit sinnlos geworden? Frankl spricht darauf ein klares Nein und begründet es folgendermaßen:

Für ihn ist eine Sinnwahrnehmung „die Entdeckung einer Möglichkeit vor dem Hintergrund der Wirklichkeit“. Jede solche Sinnmöglichkeit ist einmalig und einzigartig; wenn sie nicht verwirklicht

*) Titel des Hauptreferates von Viktor E. Frankl auf dem Aachener Psychotherapieseminar 1983.

worden ist, dann ist sie für immer dahin, wenn sie aber einmal verwirklicht worden ist, dann ist sie *ein für allemal* verwirklicht worden. Sie ist „hineingerettet“ in die Vergangenheit, ist dort sicher „aufbewahrt“ und kann nie mehr aus dem Sein – dem Vergangen-sein – entfernt werden.

ZITAT (aus dem Buch „Die Sinnfrage in der Psychotherapie“ von Viktor E. Frankl, Verlag Piper, München, 1981): Im Vergangensein ist nämlich nichts unwiederbringlich verloren, vielmehr alles unverlierbar geborgen. Für gewöhnlich sieht der Mensch nur das Stoppfeld der Vergänglichkeit; was er übersieht, sind die vollen Scheunen des Vergangenseins. Was immer wir getan und geschaffen haben, was immer wir erlebt und erfahren haben – wir haben es in diese Scheunen hineingerettet, und nichts und niemand kann es jemals wieder aus der Welt schaffen.

Wäre das Leben nun nicht endlich, hätte man vielmehr unbegrenzte Lebenszeit zur Verfügung, dann bestünde überhaupt keine Notwendigkeit, irgendetwas Sinnvolles zu beginnen, weil man ja alles Vorhaben auch in unendlichen Zeiten noch ausführen, und alles Wichtige auf später verschieben könnte. Deshalb würden sich auch die Scheunen des Vergangenseins nicht füllen; wo es keine Stoppfelder gibt, dort gab es niemals eine Ernte. Von dieser Warte aus betrachtet macht der Tod das Leben erst sinnvoll, denn nur er nötigt uns, die Sinnmöglichkeiten des Lebens zu ergreifen, wenn sie nicht ungenutzt verfließen sollen. Er setzt uns unter Zugzwang, aber er ist zugleich unser Impuls zum Leben.

Frankl vergleicht die Lebensspanne des Menschen von der Geburt bis zum Tod gerne mit einem Film, der gedreht wird und erst am Lebensende, mit der letzten Szene, fertiggestellt ist. In dem fertigen Film kann kein Bild mehr verschoben werden, jedes hat seinen Platz, und vor allem hat jedes seinen Sinn gerade an dem Platz, an dem es sich befindet, auch wenn der übergreifende Gesamtsinn vielleicht erst mit der Vollendung des Films erkennbar wird. Der Film selbst jedoch ist die Konservierung aller flüchtigen Momente seiner Aufnahmen, er hält fest, was aus der vorüberhuschenden Gegenwart in die Vergangenheit geronnen ist, die *eine* Wirklichkeit, die sich aus unzähligen Möglichkeiten herauskristallisiert hat auf Ewigkeit.

Als Frankl, der bereits persönliche Kontakte zu *Martin Buber*, *Karl Jaspers*, *Ludwig Binswanger* und *Gabriel Marcel* unterhalten hatte, in der Nachkriegszeit von *Martin Heidegger* besucht wurde, kam das Gespräch der beiden Männer auf dieses logotherapeutische Konzept der „Vergänglichkeitsbewältigung“. Heidegger war so beeindruckt davon, daß er unter ein gemeinsames Foto seine Art von Konsens niederschrieb: „Das Vergangene geht. Das Gewesene kommt.“

4.4 *Individuum und Gesellschaft*

Wir haben den Gedanken nachvollzogen, daß jede Sinnmöglichkeit einmalig und einzigartig ist. Aber auch jeder Mensch ist nach logotherapeutischem Verständnis einmalig und einzigartig. Aus der Einmaligkeit seiner Existenz konnten wir ableiten, daß der Tod das Leben nicht sinnlos macht, sondern dessen Sinnhaftigkeit sogar erst konstituiert. Aus der Einzigartigkeit folgt etwas Analoges dazu, und zwar, daß die Unvollkommenheit des Menschen ihn nicht wertlos macht, sondern ebenfalls seine Werthaftigkeit erst konstituiert. Wären nämlich alle Menschen vollkommen, wären sie einander gleich, was bedeuten würde, daß man sie gegenseitig austauschen könnte. Jeder wäre durch jeden ersetzbar. Nur die Unvollkommenheit garantiert daher die Individualität des Menschen und damit seine Unentbehrlichkeit.

Unentbehrlichkeit wofür? Nun, selbstverständlich nicht für sich allein, sondern für die Gemeinschaft. Der Sinn aller persönlichen Einzigartigkeit des Menschen liegt nach Frankl in der Bedeutsamkeit für die Gemeinschaft. Aber Frankl verbindet diese Aussage mit einer Warnung: Auch die Gemeinschaft bedarf der Individualität des einzelnen, um Sinn zu haben.

Es sind mit der fortschreitenden Entwicklung der Psychologie eine Reihe von Abhandlungen über die „typischen Phänomene der Masse“ entstanden, z.B. über hysterische Effekte, simultane Ausrichtung des Wollens, Herabsetzung der Hemmschwellen in der Masse usw., doch scheinen die meisten den tieferen Kern des „Massenphänomens“ nicht zu treffen. Was die Masse so negativ macht, ist die Unterdrückung von (bzw. der Verzicht auf) Individualität, ist die Deklaration der Einzigartigkeit jedes ihrer Mitglieder als Störfaktor. In der Masse verliert der Mensch sein „Eigentlichstes“: Verantwortlichkeit, und das kostet ihn seine spezifisch humane Dimension, er sinkt ab auf das Niveau des Tieres.

Ganz etwas anderes geschieht bei der Hingabe des Menschen an eine Gemeinschaft, wobei Gemeinschaft definiert werden kann als eine „Gemeinschaft verantwortlicher Personen“¹⁹⁾. Im persönlichen Einsatz für das Wohl der Umwelt, im Dasein für Freunde, Verwandte, Bekannte gewinnt der Mensch noch ein Plus an zusätzlicher Verantwortlichkeit dazu, und seine spezifisch humane Dimension kommt zur bestmöglichen Entfaltung.

Das positive Gelingen einer Gesellschaftsordnung - wie immer sie beschaffen sein mag - hängt daher ganz davon ab, ob sie ihre „Untertanen“ freiwillig oder unfreiwillig zu einer Masse „entpersönlichter

Wesen“ aneinanderschmiedet (Konformismus, Totalitarismus) oder ihnen die Chance zugesteht, eine ihrer jeweiligen Einzigartigkeit gemäÙe, in gegenseitiger Verantwortlichkeit miteinander verbundene Gemeinschaft zu bilden.

DENKAUFGABE: Warum kann der Mensch allein durch seine Zugehörigkeit zu einem bestimmten Typus (Rasse, Klasse, Charakter...) nicht gerecht beurteilt werden? Argumentieren Sie mit Hilfe logotherapeutischer Grundannahmen!

Es gibt eine Denkrichtung, die trotzdem aus der Typuszugehörigkeit eines Menschen auf dessen Eigenschaften und Wertigkeit schließt. Wie heißt diese Denkrichtung, und wessen macht sie sich schuldig?

Der Mensch ist schon deswegen nicht durch seine Zugehörigkeit zu einem bestimmten Typus eindeutig beurteilbar, weil *ein* Attribut seines Menschseins aus jedem Typus-schema ausgeschlossen ist, nämlich seine Freiheit, zu den Bedingtheiten seines Typus Stellung zu nehmen, ja, sogar in Opposition zu gehen. Wer diese Freiheit des Menschen leugnet, verfällt der gefährlichen These des Kollektivismus, der alle Menschen eines einheitlichen Typus gleich bewertet. Der Kollektivismus macht sich schuldig, Urteile über Menschen zu sprechen hinsichtlich ihrer Unfreiheit (Rasse, Klasse, Charakter...) und nicht hinsichtlich ihrer Freiheit (persönliches anständiges oder unanständiges Verhalten), er gewichtet Herkunft und Abstammung an Stelle von Verantwortung²⁰¹.

5. Theorie der Psychotherapie

Gibt es eine objektive Wirklichkeit außerhalb unserer Erkenntnis? Wenn ja, wie kann das erkennende Subjekt dann jemals an das zu erkennende Objekt herankommen? Wie kann der menschliche Geist trotz seiner sinnesphysiologischen Angebundenheit die Welt ringsum erfassen? Diese Fragen haben jahrhundertlang die Philosophie beschäftigt. Aber sie nehmen auch Einfluß auf die Psychotherapie, deren Aufgabe nicht zuletzt darin besteht, Patienten zu einer gewissen „Erkenntnis“ zu verhelfen.

Frankl löst das Problem, indem er die scharfe Kluft zwischen Subjekt und Objekt mildert: eine Distanz zwischen dem geistigen Sein des einen und dem Vorhanden-Sein des anderen gibt es im Grunde nur räumlich; denn Geist „ist bei“ allem, woran er denkt, aber eben nicht örtlich, sondern existentiell, nicht „ontisch“, sondern „ontologisch“²¹¹. Das erkennende Subjekt „ist“ daher seiner Ansicht nach immer schon „beim“ zu erkennenden Objekt gewesen, es wird überhaupt erst zum erkennenden Subjekt dadurch, daß sein Geist beim zu erkennenden Objekt weilt, was aber nicht so zu verstehen ist, als ob der Geist den menschlichen Körper verlasse, um forschend durch die Welt zu schweifen. Auf Geistiges trifft Räumlichkeit nicht zu, Geist ist weder innerhalb noch außerhalb des Körpers, Geist ist einfach ein Seiendes, das ein anderes Seiendes „begreifen“ kann, „bei ihm sein“ kann, ohne seinen eigenen „Standort“, sein „Selbst“ zu verlassen. Wahr-

scheinlich „findet“ er nur dann einen eigenen „Standort“, ein „Selbst“, wenn er sich „bei“ anderem Seienden „befindet“.

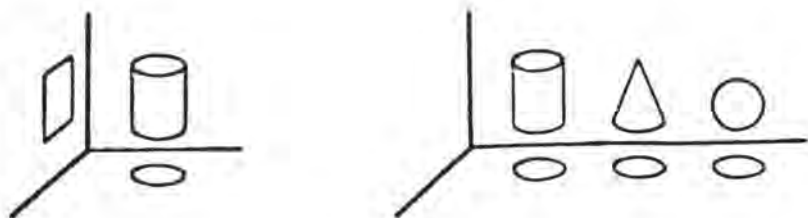
Dieser „selbst-transzendente“, auf „anderes Sein“ hin gerichtete Aspekt geistigen Seins spielt eine große Rolle im theoretischen Unterbau der Logotherapie als Psychotherapie. Verwandelt doch die geistige Dimension des Menschen die uralte semipermeable Trennungsmembran zwischen subjektivem Innenleben und objektiver Außenwelt in eine permeable: nicht mehr greift nur die objektive Außenwelt in das subjektive Innenleben ein (wie es z.B. einem Hasen geschieht, der von einem Hund gejagt wird, oder einem Hund geschieht, der von einem Hasen zur Jagd stimuliert wird), nunmehr tastet auch das subjektive Innenleben in die objektive Außenwelt hinaus (wie es z.B. der Mensch tut, der einen Hund dressiert und Hasen züchtet).

5.1 Erkenntniss- und Wissenschaftstheoretische Grundlagen

Im Zuge seiner Dimensionalontologie hat Frankl zwei Gesetze konstruiert, die vor allem für die logotherapeutische Diagnostik relevant sind²²⁾. Sie lauten:

- 1) Ein und dasselbe Ding, aus seiner Dimension heraus in verschiedene Dimensionen hinein projiziert, die niedriger sind als seine eigene, bildet sich auf eine Art und Weise ab, daß die Abbildungen einander widersprechen.
- 2) Verschiedene Dinge, aus ihrer Dimension heraus in ein und dieselbe Dimension hinein projiziert, die niedriger ist als ihre eigene, bilden sich auf eine Art und Weise ab, daß die Abbildungen mehrdeutig sind.

Zum näheren Verständnis verwendet er geometrische Analogien, die die beiden Gesetze veranschaulichen sollen.



- ad 1) Wird der Zylinder in der linken Skizze aus dem dreidimensionalen Raum heraus in die zweidimensionalen Ebenen des Grund- und Seitenrisses hineinprojiziert, dann bildet er sich einmal als Kreis und einmal als Rechteck ab, also in widersprüchlichen Figuren. Die Widersprüchlichkeit verschärft sich noch mehr, wenn der Zylinder etwa ein Trinkglas darstellt, das nach oben hin offen ist, während seine beiden Projektionsfiguren geschlossene Formen zeigen. Diese geometrische Analogie versinnbildlicht die Aussage des 1. dimensionalontologischen Gesetzes.
- ad 2) Werden hingegen die drei verschiedenen geometrischen Körper in der rechten Skizze, der Zylinder, der Kegel und die Kugel, aus dem dreidimensionalen Raum heraus in die zweidimensionale Ebene des Grundrisses hineinprojiziert, dann bilden sich alle drei in Kreisen ab. Der Kreis als zweidimensionale „Schattenprojektion“ eines dreidimensionalen Körpers ist also mehrdeutig, was die Aussage des 2. dimensionalontologischen Gesetzes versinnbildlicht.

ZITAT (aus dem Buch „Von der Tiefen- zur Höhenpsychologie“ von Elisabeth Lukas, Verlag Herder, Freiburg/Br., 1983): Vielleicht können zwei praktische Beispiele die Bedeutung der dimensionalontologischen Aussage erhellen. Nehmen wir an, eine Mutter sorgt intensiv für ihre Kinder und opfert sich dabei fast selber auf. Das 1. dimensionalontologische Gesetz warnt davor, diese Mutter als „Säugetier mit stark entwickelten Brutpflegeinstinkten“ oder als „hochgradige Neurotikerin, die einen inneren Haß auf die Kinder durch overprotectives Verhalten zu überspielen trachtet“ hinzustellen, also die spezifisch menschliche, die geistige Dimension dieser Frau bei der Interpretation der Sachlage auszuklammern (wie etwa ihre möglicherweise aufrichtige Liebe zu den Kindern), und dadurch Projektionen zu erhalten, die nicht nur widersprüchlich, sondern auch fragwürdig sind.

Nehmen wir nun den gegenteiligen Fall an, nämlich den Fall, daß mehrere Mütter ihre Kinder vernachlässigen. Das 2. dimensionalontologische Gesetz warnt davor, das ähnliche Verhalten dieser Mütter nach ein- und demselben Schlüssel zu interpretieren, also etwa allen eine Identitätsschwäche hinsichtlich ihrer Rolle als Frau und Mutter zu bescheinigen. Unter Zuziehung der spezifisch menschlichen, der geistigen Dimension könnte sich nämlich herausstellen, daß die eine dieser Mütter vielleicht überlastet ist, weil sie Beruf, Haushalt und einen kranken Mann zu versorgen hat und deshalb kaum für ihre Kinder zur Verfügung steht, während eine andere dieser Mütter eventuell sogar zu stark entlastet ist, weil ihr alles Mögliche abgenommen wird und sie deshalb keinen Grund sieht, irgendeine Arbeit selbst zu tun, und sei es nur, mit ihren Kindern zu spielen.

Nicht alles, was unterschiedlich aussieht, muß unvereinbar sein, und nicht alles, was gleich aussieht, muß dieselbe Ursache haben.

Die Grundlage jedweden psychotherapeutischen Vorgehens in der Logotherapie besteht darin, zunächst einmal differentialdiagnostisch abzuwägen, welche Reaktions- und Verhaltensweisen eines Patienten

welcher Dimension seines Menschseins entspringen, um danach therapeutisch in eben dieser Dimension auch anzusetzen, und wenn es sein muß, in allen dreien. Selbstverständlich darf dabei nicht aus den Augen verloren werden, daß, wie Frankl betont, der Mensch kein „additives“ Wesen ist, sondern ein „integrales“, also wesenhaft Einheit und Ganzheit verkörpert. Das bedeutet aber nicht, daß der Therapeut mit seinem Behandlungskonzept quer durch die verschiedenen Seinsebenen des Menschen wechseln darf. Probleme, die sich einem Patienten auf geistiger Ebene stellen, wie z.B. die Sinnfrage, dürfen nicht in der psychologischen Ebene einer Lösung zugeführt werden, wie z.B. durch Rückführung auf ein schwaches Selbstbewußtsein. Andererseits dürfen auch Probleme, die sich in der psychologischen Ebene eines Menschen häufen, z.B. übersteigerte Angstattacken, nicht bloß in der physiologischen Ebene bekämpft werden, z.B. durch Tranquillizer. Ebenso ist es kritisch, leibliche Beschwerden aus der physiologischen Ebene als „bloß psychisch bedingt“ zu interpretieren und mittels Gesprächen heilen zu wollen, ohne zugleich sicherzustellen, daß nicht doch ein realistischer somatischer Hintergrund mitbeteiligt ist, wie es bei psychosomatischen Krankheiten gewöhnlich der Fall ist.

Alle diese Fehler sind Verstöße gegen die Gesetze der Dimensionalontologie und rächen sich bitter: die Patienten fühlen sich verletzt und verkannt, nicht verstanden und nicht ernstgenommen, denn zutiefst in ihrem Inneren fühlen sie ganz deutlich, welcher „Seinsschicht“ ihre wahre Not entstammt, und nichts verteidigen sie mehr als diese Zugehörigkeit. Eine „Fehllokalisation menschlicher Not“ durch den Therapeuten bewirkt nicht mehr und nicht weniger als eine iatrogene Schädigung des Patienten, die bei allen Behandlungsrisiken niemals passieren darf.

5.2.1. *Psychopathologie der psychotischen (endogenen) Krankheitsformen*

Aus logotherapeutischer Sicht ist jede Psychose und jede endogene Depression (oder Manie) letztlich somatogen. Damit soll nicht gesagt sein, daß beides der Psychotherapie nicht zugänglich wäre, insbesondere einer Psychotherapie vom Geistigen her. Denn so sehr auch die Ursachen der Erkrankung im körperlichen Bereich und die Auswirkungen der Krankheit im seelischen Bereich liegen mögen, also zwei Dimensionen des Menschseins affiziert sind, — die geistige Freiheit, zur eigenen Krankheit Stellung zu beziehen, sei es, sie so weit wie möglich abzuwehren, sei es, sie versöhnlich zu erdulden, ist fast immer noch gegeben.

Die exakte Unterscheidung zwischen Ursache und Auswirkung psychotischer Krankheitsformen wird vor allem deswegen dem Logotherapeuten abverlangt, damit er nicht einem Denkfehler verfällt, der wiederholt in der herkömmlichen Psychotherapie begangen worden ist, nämlich die bei solchen Krankheitsformen zahlreich vorzufindenden seelischen Komplexe, Konflikte und zwischenmenschlichen Probleme für die *Ursache* der Krankheit zu halten, statt für deren *Auswirkung*. All die vielen Konflikte und Probleme, die sich um das Leben eines psychotisch oder endogen depressiv Kranken ranken, gehören bereits zur Symptomatologie der ausbrechenden Krankheit, und nicht zu deren Ätiologie. Frankl vergleicht dies mit dem Bild eines bei Ebbe auftauchenden Riffs im Meer: das Riff ist keinesfalls die Ursache der Ebbe, es wird vielmehr bloß deshalb sichtbar, weil der Wasserspiegel gesunken ist. Und genauso wird eben manches Trauma und manche seelische Vernarbung nur sichtbar bei einer „Ebbe der Lebensgefühle“, bei depressiven Verstimmungen oder realitätsfremden Verwirrungen. Dem widerspricht auch nicht die Tatsache, daß es Auslösefaktoren für Psychosen gibt: psychologische in Form von geballtem emotionalem Streß oder plötzlicher psychischer Entlastung und physiologische meist in Form hormoneller Art (Pubertät, Klimakterium). Auslöser haben niemals das „zwingende Muß“ einer Verursachung, sie sind Zufallsstimulanzen, die eine schlafende Krankheit früher erwecken können als unbedingt notwendig.

5.2.2 Psychopathologie der neurotischen Krankheitsformen

Hinsichtlich der neurotischen Erkrankungen lernt der Logotherapeut nicht minder exakt zu unterscheiden zwischen der *Auslösung* und der *Auswirkung* einer Neurose, zwei Vorgängen, die selten in derselben Menscheseinsebene stattfinden, sondern meistens auf Wechselwirkungsmechanismen zwischen zwei Ebenen beruhen. Frankl, der die Neurosen in 5 Kategorien einteilt*, klassifiziert sie nach dem jeweiligen Entstehungs- und Einflußbereich der jeweils beteiligten „Seinsschicht“ folgendermaßen:

1) *Psychogene Neurosen*: Es kommt zu einer krankhaften Auswirkung von Psychischem in den somatischen Bereich. Sie werden also von Psychischem verursacht.

*) Zugleich bekennt er: „Eigentlich gibt es keine rein somatogenen, psychogenen und noogenen Neurosen, vielmehr bloß Mischfälle - Fälle, in denen sich je nachdem ein somatogenes, psychogenes oder noogenes Moment in den Vordergrund theoretischer Absichten schiebt.“

2) *Somatogene Neurosen*: Es kommt zu einer krankhaften Auswirkung von Somatischem in den psychischen Bereich. Sie werden also von Somatischem verursacht.

Anmerkung: Im allgemeinen sind es somatische Funktionsstörungen, die psychische Auswirkungen haben, weswegen die somatogenen Neurosen auch *funktionelle Neurosen* genannt werden.

3) *Psychosomatische Erkrankungen*: Nach einer Auslösung im Psychischen kommt es zu krankhaften Erscheinungen im somatischen Bereich. Sie werden also von Somatischem und Psychischem verursacht.

4) *Reaktive Neurosen*: Nach einer Auslösung im Somatischen oder Psychischen kommt es zu krankhaften Rückwirkungen im psychischen Bereich. Sie werden also von Somatischem oder Psychischem verursacht.

Anmerkung: Der auslösende Faktor kann auch eine unbedachte negative Aussage oder Prognose eines Arztes sein. In diesem Fall spricht man von *iatrogenen Neurosen*.

5) *Noogene Neurosen*: Es kommt zu einer krankhaften Auswirkung von Geistigem in den psychischen Bereich. Sie werden also von Geistigem verursacht.

Anmerkung: Geistige Konflikte, religiöse Krisen, Sinnlosigkeitsgefühle usw. werden mitunter durch eine kollektive nihilistische Grundstimmung gefördert, die ganze Bevölkerungsschichten erfaßt hat. In diesem Fall handelt es sich um *soziogene Neurosen*.

(Ein Pendant zu den „noogenen Neurosen“, also eine krankhafte Auswirkung von Psychischem in den geistigen Bereich gibt es nicht, weil Geistiges nicht krank werden kann.)

Diese differenzierten Wechselwirkungen zwischen Auslösung und Auswirkung von Neurosen sind in nachfolgendem Schema noch einmal übersichtlich zusammengestellt²³⁾:

nootisch	⋮ noogen			
psychisch	⋮ psychogen ↓	⋮ psycho- somatisch ↓	↑ funktionell 	reaktiv ← iatrogen
somatisch				↑
	Auswirkung	Auslösung	Auswirkung	Rückwirkung

5.3 Diagnostische Konzepte

Wir haben gesehen, daß sich die Logotherapie der Vielfalt an Verursachungen von seelischen Krankheiten wohl bewußt ist. Hat sie doch durch ihre Miteinbeziehung der geistigen Dimension ins Menschenbild sogar noch eine Verursachung mehr entdeckt als alle vorhergehenden Schulen der Psychotherapie, nämlich die noogene Komponente. Aber die von ihr vorgenommene dimensionale Erweiterung hat eine zusätzliche Möglichkeit aufgetan, die bisher keiner einzigen Neurosentheorie zur Verfügung gestanden hat. Ursachen, Auslöser und Auswirkungen von seelischen Erkrankungen sind in psychologischen Laboratorien weltweit nach allen Regeln der Wissenschaft untersucht worden und heute teilweise bereits Populärwissen interessierter Laien. Was jedoch kaum Gegenstand der Forschung war, war die *Verhinderung* von Neurosen, und zwar aus dem einfachen Grund, weil im „Leib-Seele-Menschenbild“ kein Platz mehr frei war für eine „höhere Instanz“, die der leiblich-seelischen Verwicklung in den neurotischen Krankheitsprozeß entgegenwirken hätte können. Im drei-dimensionalen „Leib-Seele-Geist-Menschenbild“ der Logotherapie aber gibt es plötzlich einen solchen Platz, einen „Freiplatz“, der von der Neurose nicht besetzt werden kann, nicht einmal dann, wenn sie geistig verursacht, also noogen ist. Es ist die geistige Seinsebene des Menschen, die durchströmt wird vom „Willen zum Sinn“, die getragen wird von den menschlichen Fähigkeiten zur Selbstdistanzierung und Selbst-Transzendenz, und die kumuliert im Kräfte-reservoir der „Trotzmacht des Geistes“. Sollten solche gewaltigen Energiefelder nicht die Chance in sich bergen, neurotische Prozesse im Psychophysikum aufzuhalten oder gar zu verhindern? Eine ganz neue Forschungsrichtung bot sich mit einem Mal der Logotherapie dar, nämlich abzuweichen vom Kurs der Ursachenaufdeckung und Auslösersuche, um verstärkt geistige Potentiale einzusetzen zur Bremsung und Abheilung neurotischer Strukturen. Der heutige Stand der Logotherapie ist ein umfassender; immer noch werden Ursachen und Auslöser von seelischen Erkrankungen in der Diagnostik registriert und bei der Therapie berücksichtigt, dennoch liegt der Schwerpunkt logotherapeutischer Arbeit woanders: auf der Verhinderung seelischer Krankheiten mit geistigen Mitteln.

Diese Wendung in der psychotherapeutischen Vorgangsweise läßt uns verstehen, warum sich die logotherapeutische Diagnostik „unüblicher“ Konzepte bedient. Der Kranke wird nicht speziell auf seine Krankheit hin analysiert — der *gesunde* Teil in ihm muß ja gestärkt werden, um dem kranken Teil ausgleichend gegenüberzutreten, also

muß der Therapeut über die gesunden Kräfte, sprich geistigen Kräfte des Patienten mindestens ebenso gut Bescheid wissen wie über dessen körperliche Anfälligkeiten und psychische Unzulänglichkeiten. Deshalb vermischen sich bei der diagnostischen Erhebung Fragen, die auf physiologische Vorbedingungen des Kranken abzielen, und Fragen, die sich an dessen psychosozialer Problematik orientieren, mit Fragen, die einfach den Grad seiner „persönlichen Sinnerfüllung“ (als Indikator geistiger Verfügbarkeit) transparent machen sollen. Dazwischen aber schieben sich auch Antworten des Therapeuten, z.B. Argumente gegen oft vorgebrachte Abhängigkeitshypothesen von Patienten, welche meinen, ihrer Krankheit hilflos ausgeliefert zu sein, oder zustimmende Äußerungen auf erste zaghafte Versuche, sich von der Krankheit innerlich zu distanzieren und sich über sie zu stellen. Diese Art der Diagnostik ist zugleich schon eine Art von eingeleitetem Erkenntnisprozeß, weil sie dem Ratsuchenden ein Gespür dafür vermittelt, was für ihn wirklich wichtig ist: nicht nur seine neurotische Behinderung, in die er gerade verstrickt ist, sondern viel mehr noch seine geistige Rüstigkeit, die ihn über jedwedes Hindernis hinwegzuheben vermag.

DENKAUFGABE: Das nachstehende Schema von Elisabeth Lukas²⁴⁾ symbolisiert den „dimensionalen Sprung“ in die geistige Dimension beim Verlauf von Neuroseentwicklungen.

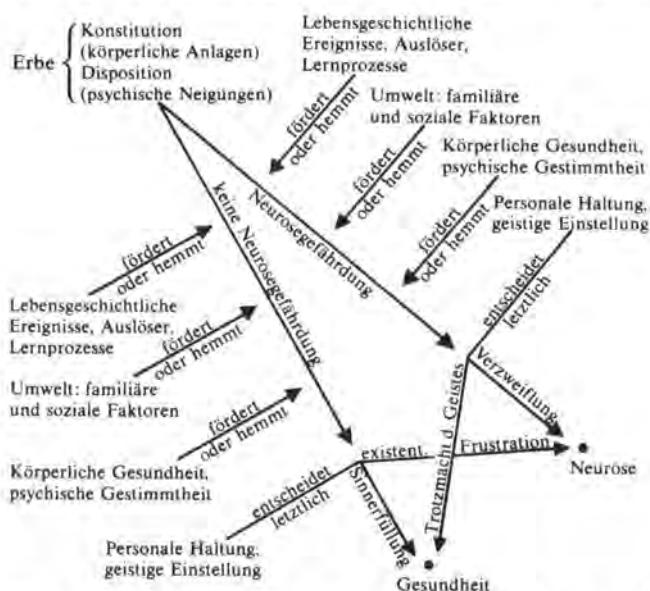


Abb. aus: Elisabeth Lukas, von der Tiefen- zur Höhenpsychologie. Logotherapie in der Beratungspraxis, Herder Verlag 1983, S. 253

Demnach trifft die personale Haltung eines Menschen die letzte Entscheidung darüber, ob eine „vorprogrammierte“ Neurose, die durch alle möglichen Umstände noch verstärkt worden sein kann, zu verhindern ist oder nicht; bzw. umgekehrt, ob eine gesunde und stabile Entwicklung eines Menschen, die vielleicht durch keinerlei neurotisierende Umstände belastet ist, trotzdem noch zur Neurose führt oder nicht. In beiden Fällen gibt es auch das „unerwartete Ergebnis“, das sich in den gekreuzten Pfeilen ausdrückt: Gesundheit trotz Neurosegefährdung und Krankheit trotz fehlender Neurosegefährdung. Gesundheit, die erobert wird mittels der „Trotzmacht des Geistes“, und (noogene) Krankheit, die einzig und allein auf eine „existentielle Frustration“²⁵⁾ zurückgeht, womit Sinnleere und Sinnmangel, geistige Unzufriedenheit mit dem Leben, Überdruß, Unausgefülltheit, eben das Fehlen von lebenswerten Inhalten bezeichnet wird.

Was fällt Ihnen an Hand dieses Schemas zum Umfang logotherapeutischer Diagnostik ein? Könnte man sie reduzieren auf Untersuchungen zum eventuellen Vorliegen einer „existentiellen Frustration“ bzw. zur Intensität von geistigen Widerstandskräften?

Das kann man ganz sicher nicht, denn eine personale Haltung ist logischerweise eine Haltung *gegenüber etwas*, und eine geistige Einstellung ist auch eine Einstellung *zu etwas*, ja selbst Sinnfülle und Sinnleere beschäftigen sich mit Daseiendem oder Fehlendem, also jedenfalls *mit etwas*. Wir sagten, Geist „ist“ stets „bei“ anderem Seiendem, wenn auch nicht räumlich. Die logotherapeutische Diagnostik muß daher, wenn sie Geistiges erkennbar machen will, auch das jeweils „Seiende“ ans Tageslicht bringen, das „etwas“, zu dem Haltung bezogen werden muß, das „etwas“, das Sinngestalt annehmen könnte, schließlich auch das „etwas“ in der Physis, Umwelt oder Lebensvergangenheit, dem getrotzt werden soll. Der Umfang logotherapeutischer Diagnostik ist deswegen eher größer als der anderer Verfahren, dafür aber fällt die Abgrenzung zur Therapie weg: die logotherapeutische Diagnostik ist bereits ein Stück Therapie.

5.4 Ziele und Inhalte der Therapie

Aus dem bisher Besprochenen ist wiederholt hervorgegangen, daß sich die Logotherapie von einer gezielten Mobilisierung geistiger Fähigkeiten des Menschen therapeutische Effekte gegenüber psychischen und psychophysischen Krisen verspricht. Die *Ziele* dieser Therapieform sind wahrhaft in wenigen Worten beschreibbar, sie kreisen um die optimale Ausschöpfung der geistigen Kapazitäten einer menschlichen Existenz. Oder noch prägnanter gesagt: das Ziel der Logotherapie ist die Restaurierung einer gesunden, natürlichen Wertehierarchie, die in einem sinnerfüllten Leben gipfelt.

Die *Inhalte* der Therapie sind vielfältiger und methodisch stärker durchkomponiert, wengleich auch sie auf allzuviel Konkretion verzichten. „Alle Psychotherapie muß improvisieren, sie muß erfinden, und zwar sich selbst, und das eigentlich in jedem Falle, für jeden Fall aufs neue“²⁶⁾, ist einer der gewagten Aussprüche Frankls zur Plastizität und Elastizität, die seiner Meinung nach von jeder therapeutischen Einflußnahme auf „einzigartige“ Wesen zu verlangen ist. Dennoch kann man die Inhalte der Logotherapie in drei große Gruppen gliedern, die sich durch verschiedene Aufgabenstellungen voneinander unterscheiden.

Die erste Gruppe hat die Aufgabe, die menschliche Fähigkeit zur Selbstdistanzierung zu stärken, was insbesondere dann notwendig ist, wenn es darum geht, einem Patienten zu helfen, sich von seiner Angst- oder Zwangsneurose zu befreien. Die zweite Gruppe hat die Aufgabe, die menschliche Fähigkeit zur Selbst-Transzendenz zu stärken, was sich bei einer weiteren Unterform psychogener Neurosen bewährt hat, nämlich bei Sexualneurosen, was aber über dieses Gebiet hinaus auch bei psychosomatischen Erkrankungen Anwendung findet, und bei

Theorie der Psychotherapie / Behandlungsmethodik

Paradoxe Intention
(Förderung der Selbst-
distanzierungsfähigkeit)

wird angewandt

bei psychogenen
Neurosen (Angst- und
Zwangsneurosen)

Dereflexion
(Förderung der Fähigkeit zur
Selbst-Transzendenz)

wird angewandt

bei psychogenen
Neurosen
(Sexualneurosen)

Bei psychosomatischen
Funktionsstörungen
(und Schlafstörungen)

Einstellungsmodulation

Einstellungsverbesserung
zu Negativem (Förderung der
„Trotzmacht des Geistes“)

wird angewandt

bei reaktiven
Neurosen

zur Bewältigung
von Leid, wie

somatogenen
(endogenen)
Krankheiten

unveränderbaren
Schicksals-
gegebenheiten

Einstellungsverbesserung
zu Positivem (Förderung des
„Willens zum Sinn“)

wird angewandt

Bei noogenen Neurosen
und noogenen Depressionen

Schlafstörungen. Die dritte Gruppe ist nochmals teilbar nach zwei Aufgabenschwerpunkten, die sich auf eine Förderung der „Trotzmacht des Geistes“ und auf eine Förderung des „Willens zum Sinn“ konzentrieren. Erstere ist bei reaktiven Neurosen angezeigt, aber grundsätzlich bei jeder (auch nicht-neurotischen) Reaktion auf seelischen Kummer, sei er hervorgerufen durch ein äußeres Schicksal oder eine somatogene Krankheit. Letztere ist angezeigt bei noogenen Neurosen oder noogenen Depressionen, die im Gegensatz dazu eines äußeren oder inneren „Grundes“ entbehren und auf eine „existentielle Frustration“, ein Sinnvakuum zurückgehen.

Die erste Gruppe therapeutischer Inhalte kann mit dem Oberbegriff „paradoxe Intention“ überschrieben werden, die zweite Gruppe mit „Dereflexion“ und die dritte Gruppe mit „Einstellungsmodulation“, wobei dieser Oberbegriff erst später in die Logotherapie eingeführt worden ist²⁷⁾, um einzelne kleinere Techniken wie den „Sokratischen Dialog“, die „Methode des gemeinsamen Nenners“, „Sinnfindungsgespräche“ usw. unter ein zusammenfassendes Kennwort zu bringen. Das unter 5.2.2 erläuterte Frankl'sche Neuroseschema paßt nun fügenlos in dieses nebenstehende dreiteilige Therapieschema hinein.

6. Behandlungsmethodik

Die vielen Variationen logotherapeutischer Behandlungsmethodik, die den drei genannten Therapiegruppen zugehören, sind nicht in wenigen Sätzen darstellbar, sie füllen Bücher. Deswegen soll hier nur der Versuch unternommen werden, die Quintessenz einer jeden methodischen Gruppe herauszumodellieren.

Die *paradoxe Intention* ist ein Verfahren zur Ausschaltung der katastrophalen Wirkung übersteigerter „Erwartungsängste“. Je mehr nämlich ein Patient ein negatives, ihn beschämendes oder gefährdendes Ereignis ängstlich erwartet, umso eher tritt es auf Grund seiner angespannten, verkrampften inneren Haltung auch wirklich ein, und je öfter es eintritt, desto stärker wird es von ihm wiederum gefürchtet, so daß der Patient am Ende mitten in einem Teufelskreis zwischen Erwartungsangst und eingetretenem ängstigenden Ereignis steht, dem er nicht mehr entkommen kann. Solche Kreisschlingen sind bei allen Phobien auffindbar, speziell dann, wenn vegetative Körperprozesse mitinvolviert sind.

Die ängstliche Erwartung, in einer bestimmten Situation zu erröten, zu stottern, zu schwitzen, ohnmächtig zu werden usw. fördert das erwartete Symptom kolossal, ja, sie zieht es geradezu herbei, worauf-

hin die Gewißheit des Patienten, daß es in einer ähnlichen Situation wiederkehren werde, natürlich in die Höhe schnell. Manchmal genügen minimale Zufallsauslöser, um die phobische Kreisschlinge zu legen: ein unbedeutendes Unwohlsein im ungeeigneten Moment oder eine spöttische Bemerkung aus der Umwelt, die die Aufmerksamkeit des Betroffenen auf seine körperliche Instabilität lenkt und sein Selbstvertrauen ins Wanken bringt. Ist die Unsicherheit einmal aufgekommen, bemächtigen sich präneurotische (und ggf. auch larviert depressive) Persönlichkeitsmuster ihrer und gießen sie in die Form einer „Erwartungsangst“, die dann ihr übriges tut, nämlich die Phobie zwischen befürchtetem und eingetretenem Symptom fixieren.

Der Patient wird nun logotherapeutisch angeleitet, seine panische Furcht vor dem einzutretenden Symptom paradoxerweise in einen „innigen Wunsch“ zu verwandeln, sich also ausgerechnet dasjenige herbeizuwünschen, was er so sehr fürchtet. Damit dies gelingen kann, muß er sich geistig vom eigenen psychophysischen Symptom distanzieren, und das ist am ehesten möglich unter Zuziehung eines spezifisch menschlichen Phänomens, das eben in der geistigen Dimension angesiedelt ist: dem Humor. In der Praxis sieht dies so aus, daß der Patient lernt, sich zu bemühen, „röter als eine Tomate zu werden“, aller Welt zu beweisen, „welch blendender Stotterer er sei“, davon zu träumen, „sich einen ganzen Badesee zusammenschwitzen“ oder zu beabsichtigen, „einen Kollaps nach dem anderen aus dem Ärmel zu schütteln“. Wenn solch paradoxe „Wünsche“ auch nur kurzfristig produziert werden können, genügen sie doch meist vollkommen, um der Erwartungsangst „den Wind aus den Segeln zu nehmen“, wie Frankl es ausdrückt, also die phobische Kreisschlinge zu zerreißen. Wo es aber keine Erwartungsangst gibt, dort tritt das neurotische Symptom auch nicht mehr ein, die Angst davor sinkt, das Selbstvertrauen wächst, und die Unbefangenheit natürlicher Körpervollzüge kehrt zurück.

Eines muß allerdings bei der paradoxen Intention beachtet werden, und zwar, daß tatsächlich der *Gegenstand der Angst* paradox intendiert wird. Bei vegetativen Phobien wie den erwähnten fällt der Gegenstand der Angst größtenteils mit dem Symptom zusammen*, aber bei

*) Es sei denn, ein Symptom (z.B. Stottern) wird nur in Gegenwart anderer Personen gefürchtet. Der Gegenstand der Angst ist dann nicht so sehr das Symptom an sich, sondern die damit verbundene Blamage. Daß der *Gegenstand der Angst* paradox intendiert wird, unterscheidet übrigens diese logotherapeutische Methode von der Jahrzehnte später entwickelten Methode der „symptom prescription“ von Paul Watzlawick, bei welcher stets das *Symptom* (um paradoxer Effekte willen) verstärkt wird.

Ängsten, die ein Ereignis betreffen, zu dessen Vermeidung symptomatische Handlungen gesetzt werden, ist dies nicht der Fall. Ein Patient etwa, der fürchtet, er könne andere Leute mit seinen Bakterien anstecken, und der sich deswegen andauernd die Hände wäscht, fürchtet nicht sein Symptom (das Händewaschen). Hier wechseln wir über in den zwangsneurotischen Krankheitsbereich, dessen Kreisschlinge ein wenig anders aufgebaut ist: das Vermeidungsverhalten verhindert die Einsicht in die Harmlosigkeit und Irrationalität der Befürchtung, und ohne diese Einsicht bleibt die Befürchtung lebendig und verleitet zum Vermeidungsverhalten. Also muß das Befürchtete paradox intendiert werden, damit dessen Harmlosigkeit zu Tage tritt; z.B. wird obiger Patient angewiesen, mittels seiner Bakterien „möglichst ein ganzes Stadtviertel auszurotten, damit endlich genügend Platz für die übrigen Stadtbewohner wird“, was ihm logischerweise nicht einfach ist zu befolgen. Aber gerade dies muß er erleben: daß er seiner irrationalen Befürchtung gar nicht nachkommen kann, selbst wenn er dies wollte, und folglich nicht ständig seine Hände zu waschen braucht.

Die paradoxe Intention hilft immer, übersteigerte Ängste oder sinnlose Zwänge zu ironisieren und ihnen damit die „erpresserische“ Macht über einen Kranken zu nehmen; in dem Moment, da sie „ausgelacht“ werden können, fallen sie in sich zusammen.

Auch die *Dereflexion* hat die Wirkung, psychopathologische Symptome schrumpfen zu lassen, jedoch auf einer andersartigen Basis. Nicht das Ironisieren ist ihr „Trick“, sondern das Ignorieren. Es gibt nämlich Symptome, die nur deshalb existieren, weil ihnen eine übermäßige Aufmerksamkeit geschenkt wird, eine „Hyperreflexion“, wie man in der Logotherapie sagt. Der Kranke beobachtet sich hinsichtlich irgendeiner Körperfunktion, die besser unbeachtet bliebe, um vollkommen natürlich und „automatisch“ zu erfolgen. Weil sie aber beachtet wird, gerät sie aus dem Gleichgewicht, und ihre Störung bindet wiederum die Aufmerksamkeit des Betreffenden erst recht an sie, womit eine neuerliche Kreisschlinge geschlossen ist. Zu einer solchen „Hyperreflexion“ gesellt sich schnell etwas hinzu, das in der Logotherapie als „Hyperintention“ bezeichnet wird, nämlich ein krampfhaftes Erzwingen dessen, was nicht mehr richtig funktioniert. Das aber macht den Teufelskreis perfekt, denn erzwingen lassen sich (vom autonomen Nervensystem regulierte und in diesem Sinne) „automatisch“ ablaufende Funktionen überhaupt nicht; was noch an restlicher Funktionsfähigkeit vorhanden ist, kommt dadurch endgültig zum Erliegen.

Gute Beispiele für solche Hyperreflexionsmechanismen sind Schlafstörungen und Sexualstörungen: je mehr ein des nachts wachliegender

Patient sein Wachsein dramatisiert und das Einschlafen forciert, desto länger hält er sich selbst am Wachbleiben; und genauso sind sexuelle Versagenserlebnisse nicht selten das Ergebnis einer ungeduldig beobachteten und angestrebten Erektions- oder Orgasmusfähigkeit, die prompt ausbleibt.

Die Dereflexion hilft dem Patienten nun, die Aufmerksamkeit von seinem Problem *abzulenken*, und das ist nur möglich, wenn ein Inhalt aufgezeigt werden kann, der sinnträchtig genug ist, die Aufmerksamkeit des Patienten zu sich *hinzulenken*. Dieser Methode wird manchmal vorgeworfen, „bloß ein Ablenkungsmanöver“, ja sogar eine „Verdrängung“ zu sein, aber dabei wird stets der 2. Arbeitsgang der Dereflexion, die „Hinlenkung“ der Aufmerksamkeit auf etwas, vergessen. Nach logotherapeutischer Auffassung ist der Patient nämlich durch seine Hyperreflexion und Hyperintention zu stark mit sich selbst beschäftigt, so stark, daß er der Sinnmöglichkeiten seines Lebens vor lauter Kummer nicht mehr gewahr wird. Können ihm diese jedoch wieder ins Blickfeld gerückt werden, dann wendet er sich ihnen zu und gibt die verkrampte Selbstbespiegelung auf, was das Symptom auf der Stelle ausblendet. So wird dem an Schlafstörungen leidenden Patienten geraten, sich keinerlei Sorgen um seinen Schlaf zu machen (Ablenkung), sondern stattdessen lieber die durchwachte Nachtzeit zu verwenden, um den nächsten Wochenendausflug zu planen oder eine Überraschung für jemanden gedanklich vorzubereiten u.a. (Hinlenkung). Der Sexualneurotiker wiederum erhält ein dereflektorisches Koitusverbot für eine gewisse Zeit (Ablenkung), und dazu den Hinweis, besonders liebevoll auf den Partner einzugehen und sich mit dessen Person zärtlich zu befassen (Hinlenkung). Im allgemeinen können beide Ratschläge nur bedingt befolgt werden, weil der eine Patient während seiner nächtlichen Planungen alsbald einschläft, und der andere Patient trotz Koitusverbot der Anziehungskraft des Partners alsbald erliegt²⁸⁾.

Eines muß allerdings bei der Dereflexion gut abgewogen werden, und das ist der geistige Inhalt, der zur Aufmerksamkeits-Hinlenkung dienen soll. Um selbst-transzendente Kräfte des Patienten aufzurufen, muß ein solcher Inhalt wirklich sinngebenden Charakter besitzen. Dann und nur dann ist er imstande, die gedankliche Fixierung des Patienten von dessen Problematik zu lösen, und damit die Problematik selbst „aufzulösen“.

6.1 Das spezifische Behandlungskonzept im Vergleich mit anderen Therapieformen

Um die dritte Therapiegruppe, die mit dem Sammelbegriff *Einstellungsmodulation* überschrieben worden ist, besser kennenzulernen, müssen wir die allgemeine Motivationstheorie der Logotherapie kurz rekapitulieren. Frankl ist überzeugt, daß die tiefste, ureigentlichste Motivation des Menschen nicht auf das Selbst gerichtet ist, sondern über das Ich hinausreicht.

ZITAT (aus einem Vortrag von Viktor E. Frankl, gehalten 1975 auf Einladung des Internationalen PEN-Clubs, abgedruckt im Buch „Das Leiden am sinnlosen Leben“, Verlag Herder, Freiburg/Br., 6. Aufl. 1977-81): Die Selbst-Transzendenz menschlicher Existenz läßt sich am besten erläutern an Hand des Auges. Ist Ihnen jemals die Paradoxie aufgefallen, daß die Fähigkeit des Auges, die Welt wahrzunehmen, abhängig ist von seiner Unfähigkeit, sich selbst wahrzunehmen? Wann sieht denn das Auge sich selbst oder etwas von sich selbst? Doch nur, wenn es erkrankt ist. Wenn ich an einem grauen Star leide, dann nehme ich ihn in Form eines Nebels wahr, den ich sehe, und wenn ich an einem grünen Star erkrankt bin, dann sehe ich, rings um die Lichtquellen, einen Hof von Regenbogenfarben. So oder so, in dem Maße, in dem das Auge etwas von sich selbst sieht, ist das Sehen auch schon gestört. Das Auge muß sich selbst übersehen können. Und genauso verhält es sich mit dem Menschen. Je mehr er sich selbst übersieht, je mehr er sich selbst vergißt, indem er sich hingibt einer Sache oder anderen Menschen, desto mehr ist er selbst Mensch, desto mehr verwirklicht er sich selbst. Erst die Selbstvergessenheit führt zur *Sensitivität* und erst die Selbsthingabe zur *Kreativität*.

Mit dieser Auffassung steht Frankl im Kontrast zu den gängigen psychologischen Vorstellungen, daß der Mensch vor allem nach Befriedigung seiner Triebe strebe, um sein inneres Gleichgewicht aufrechtzuerhalten („Homöostaseprinzip“), nach Lustgewinn und Verstärkern (je nach psychodynamischer oder lerntheoretischer Auslegung) oder nach Selbstverwirklichung und Selbsta Ausdruck („humanistische“ Auslegung). Allen diesen Konzepten stellt er sein „noodynamisches Modell“ gegenüber, dem zufolge sich der Mensch ständig in einem wohl dosierten Spannungsbogen zwischen Sein und Soll vorfinden muß²⁹⁾, durchdrungen vom Streben nach einem objektiven Sinn, aus dem ihm die Energie zum Leben zufließt. Schwächt sich die „Noodynamik“ aus irgendeinem Grunde plötzlich ab, fällt der Mensch in ein „existentielles Vakuum“, und das unabhängig davon, ob er Gelegenheit zur Triebbefriedigung hat oder nicht. Umgekehrt aber kann er auch sehr viel Verzicht auf Lustgewinn, Verstärker und Selbstverwirklichung unbeschadet hinnehmen, wenn er nur um einen tieferen Sinn seines Verzichtes weiß.

Allein aus Sicht dieser Motivationstheorie wird das spezifische Behandlungskonzept der Logotherapie verständlich, das sich ebenfalls

von dem üblicher Therapieformen unterscheidet. Es geht darin eben *nicht* um die Wiederherstellung eines inneren Gleichgewichts oder um die Anpeilung der eigenen Selbstverwirklichung, sondern vielmehr um eine Stützung und Sicherung der gesunden Noodynamik mit ihrer Ausrichtung nach Sinn und Werten.

Dazu ist nun die *Einstellungsmodulation* das geeignete Werkzeug. Sie hilft Menschen in guten Lebensverhältnissen, die an Überdruß, chronischer Langweile, Ziel- und Haltlosigkeit leiden, eine neue Einstellung zu den vielfältigen Sinngestalten ihres Daseins zu finden und sich, diese aufgreifend, in den Dienst einer Sache oder anderer Menschen zu stellen, ohne erst lang nach Eigenvorteilen zu fragen. Im aktiven Einsatz für ein positives Ziel fällt ihnen als „Nebeneffekt“ das „Glück“ in den Schoß, das ihnen ohne ein solches trotz allem Wohlstand unzugänglich gewesen war. Die Einstellungsmodulation hilft aber auch Menschen in schlechten Lebensverhältnissen, sich am Sinn zu orientieren, und zwar entweder am Sinn, der in einer künftigen Verbesserung der gegenwärtigen Situation besteht, oder am Sinn, der selbst einem tapferen, würdevollen Akzeptieren unveränderbarer schmerzlicher Gegebenheiten noch innewohnt. Sogar in solchen Fällen wird dann so etwas wie ein „Mitschwingen von Glück“ denkbar, ein Glück, das der Treue zu sich selbst, dem Gleichklang mit dem eigenen Gewissen entspringt*, auch wenn das Schicksal hart zugepackt hat.

Das Streben nach Lust, Vorteil, Gewinn ist selten erfüllbar, das Streben nach Sinn hingegen immer.

Denkaufgabe: Es ist bereits ausdrücklich vermerkt worden, daß Sinn nicht *gegeben* werden kann, schon gar nicht vom Therapeuten, sondern daß Sinn *gefunden* werden muß, und zwar vom Patienten selbst. Die Aufgabe des Therapeuten ist es lediglich, den Patienten zur Sinnfindung „instandzusetzen“, ihn dafür „aufzuschließen“. Dies erinnert an ein Wort von *Albert Görres*, der in seinem Buch „Kennt die Psychologie den Menschen?“ (Piper Verlag, München, 1978) schreibt: „Wo Psychotherapie nicht mehr der Versuch ist, den Zutritt des Menschen zu ihm verschlossenen, aber grundsätzlich zugänglichen Sinnbereichen zu finden, degeneriert sie zur Gesundheitsdressur.“

Überlegen Sie bitte, wie man in der Psychotherapie nun praktisch vorgehen könnte, um einen Patienten, der an einer noogenen Neurose leidet und somit von Sinnzweifeln, Leeregefühlen und Lustlosigkeit geplagt wird, bei der Sinnfindung zu helfen?

In der Logotherapie, die ja auf diese Problematik spezialisiert ist, gibt es eine Anzahl bewährter Taktiken dazu. Eine Möglichkeit ist es, die Vergangenheit und die Zukunft des Patienten nach sinngebenden Inhalten zu durchsuchen. Der Patient wird angewiesen, sich zu erinnern, bei welchen Gelegenheiten oder in welchen Situationen seines bis-

*) Der Unterschied zwischen dem inneren Gleichgewicht im Sinne des „Homöostaseprinzips“, also im Sinne der Triebdruckreduzierung, und dem Gleichklang mit dem eigenen Gewissen im Sinne der „Noodynamik“, also im Sinne der Erfüllung eines Soll-Anspruchs, ist ein dimensionaler, nämlich der Sprung in die geistige Dimension.

herigen Lebens er voll engagiert gewesen ist, von einer Aufgabe gepackt. Er wird aber auch gebeten, sich vorzustellen, er läge auf dem Totenbett und blicke zurück auf sein Leben mit der Frage, worum ihm wahrhaft leid täte, daß er es nicht mehr verwirklichen, nicht mehr erleben könne. Beide Gedankenspiele lassen Unwesentliches zurücktreten und klären den Blick des Patienten für das Wesentliche seiner Existenz. Eine andere Möglichkeit ist es, ihn nach Personen seiner mitmenschlichen Umwelt zu fragen, von denen er annehme, sie besäßen eine reiche innere Sinnerfüllung. Über eine Analyse dessen, worauf diese Annahmen beruhen, lassen sich eventuell Parallelen und Vorbilder für sein eigenes Leben finden. Weitere Möglichkeiten liegen darin, Elemente aus den Gesprächen mit dem Patienten aufzugreifen, die lediglich von subjektiver Bedeutung sind, und diese in einen objektiven Sinnzusammenhang zu bringen. So kann z.B. einer Mutter, die darüber klagt, wegen der Kleinkinder ständig ans Haus gebunden zu sein, durch die Feststellung, daß es mehreren Müttern am Ort so gehen mag — es sei denn, sie ließen sich gemeinsam eine Lösung einfallen —, die sinnvolle Idee kommen, einen turnusmäßigen Babysitterdienst einzurichten, der allen Müttern wechselweise mehr Freiraum gibt. Allein das Ersetzen einer passiven Unzufriedenheit durch eine produktive Idee und das Aufgeben einer destruktiven Vorwurfshaltung zugunsten aktiver Handlungsbereitschaft kann eine Kette von „Sinnwahrnehmungen“ auslösen, wobei eine aus der anderen entsteht, und der noogenen Neurose bald kein Raum mehr bleibt.

6.2 Die therapeutische Beziehung

Daß der Erfolg einer psychotherapeutischen Behandlung außerordentlich stark von der Beziehung zwischen Therapeut und Patient abhängt, ist bekannt. Der Patient soll den Mut finden, alle seine Sorgen vorbehaltlos auszubreiten, der Therapeut soll Verständnis ausstrahlen und Vertrauen gewinnen. In der Logotherapie sind solche zwischenmenschlichen Variablen nicht weniger wichtig als anderswo. Dennoch kommt ein weiterer Faktor ins Spiel, der über das intersubjektive Moment hinausgeht. Der Patient spricht in der logotherapeutischen Sitzung nicht nur über sich selbst, er wird angehalten, seinen Aufmerksamkeitsradius zu erweitern. Auch der Logotherapeut hört nicht nur zu, er bringt Anregungen, Ideen, Vorschläge, Fragen und Antworten ins Gespräch, und auch sie beziehen sich keineswegs bloß auf die Person des Ratsuchenden. Die Objektivität eines „Logos“ tritt in die Diskussion mit ein und öffnet das „Tor zur Welt“; in der Beziehung zwischen Therapeut und Patient ist die Welt ringsum das dritte Bezugssystem.

Bildlich gesprochen könnte man sagen, daß die Augen des Patienten weder ausschließlich nach innen, noch ausschließlich auf den Therapeuten gerichtet sind, wie auch die Augen des Therapeuten nicht nur an seinem Patienten haften. Oft genug schauen beide gemeinsam hinaus in die Gestaltenfülle des Lebens und sprechen über das, was sie dort zu erblicken vermögen, jeder von seiner Warte und aus seiner Perspektive. Später kommen die Stunden, in denen die therapeutische

Beziehung weniger und weniger wichtig wird, weil der Patient nach einer Phase der „seelischen Blindheit“ befähigt worden ist, die Welt, in der er lebt, wieder wahrzunehmen und seinen ganz persönlichen Weg darin zu sehen. Jetzt nimmt sich der Logotherapeut vorsichtig zurück und läßt den geheilten Patienten seinen Weg allein weitergehen. Da von vornherein die Wirklichkeit in der logotherapeutischen Behandlung immer präsent gewesen ist, erweist sich der Übergang vom „therapeutischen Schonraum“ zum pulsierenden Leben mit seinen täglichen Anforderungen weit weniger schwierig als sonst. Die Entstehung einer Abhängigkeitsbeziehung zwischen Patient und Therapeut ist in der Logotherapie undenkbar.

6.3 Prozeßvariablen

Auf das Zustandekommen einer sogenannten „Übertragung“ wird in der Logotherapie herzlich wenig Wert gelegt. Worauf es dem Logotherapeuten ankommt, ist, eine *Überzeugung* beim Patienten zu wecken, nämlich die Überzeugung, daß dies oder jenes des persönlichen Einsatzes lohnt. Der Patient soll ja lernen, aus den freien Wahlmöglichkeiten einer Situation jeweils die beste herauszusuchen, und das nicht dem Therapeuten oder sich selbst zuliebe, sondern um der Sache willen, die dahintersteht, oder um eines Menschen willen, dem er liebend zugetan ist, also jedenfalls um eines Sinnes willen, den es zu verwirklichen gilt. Natürlich bleibt die Person des Therapeuten nie ohne Einfluß auf den Patienten, und der Logotherapeut ist sich dieser seiner Verantwortung voll bewußt, besonders eingedenk der exemplarischen Wirkung, die von ihm ausgeht: er *muß* selber ein stabiles, reichhaltiges Wertsystem besitzen.

Mitunter wird die therapeutische Suche nach Sinn zu einem heftigen gemeinsamen Ringen um Sinn, aber auch solch ein „Kampf“ wird in der Logotherapie nicht als „Widerstand“ oder „Abwehrgefecht“ des Patienten interpretiert, sondern als eine argumentative Auseinandersetzung auf geistiger Ebene, die eben geleistet werden muß. Im Gegenteil ist „Widerstand“ eher erwünscht in der logotherapeutischen Arbeit, zumindest mehr erwünscht als Apathie, denn „Widerstand“ läßt sich umpolen in eine geistige Opposition des Patienten gegen seine eigenen psychischen Schwächen, während Apathie keinerlei positive Funktion ausüben kann.

Nein, der Logotherapeut fürchtet nicht Prozeßvariablen wie Übertragung, Gegenübertragung oder Abwehrtendenzen, aber er achtet auf zwei bestimmte Gesichtspunkte innerhalb der therapeutischen Kom-

munikation. Der eine ist seine Pflicht, dem Patienten auf jeden Fall Scham zu ersparen, und der andere ist sein Bemühen, niemanden, der mit einer Frage auf den Lippen gekommen ist, ohne Antwort nach Hause zu schicken. Was die Scham anbelangt, so beruft sich Frankl auf ein Wort von *Friederich W. Nietzsche*, der einmal gesagt hat, das Menschlichste überhaupt sei es, einem Menschen Scham zu ersparen. Beim logotherapeutischen Gespräch braucht kein Patient etwas zu erzählen, das er für sich behalten möchte, das Recht auf Intimsphäre bleibt gewahrt. Der Logotherapeut versteht sich weder als jemand, der alles weiß (=durchschaut), noch als jemand, der alles wissen muß (=erfahren muß). Vielmehr als jemand, der selber Rede und Antwort stehen soll auf alles, was der Patient an ihn heranträgt, und zwar nicht kraft eines überragenden Wissens über den Menschen, sondern einer von Wissenschaft durchglühten Menschlichkeit.

6.4 Formen des Setting

Frankl hat seine Logotherapie ursprünglich als Einzeltherapie und als Kurzzeittherapie geschaffen. Als Einzeltherapie deshalb, weil er stets auf eine individuelle Abstimmung der Behandlung auf den einzelnen Patienten gepocht hat und dieses Individualisieren in der Gruppe zu kurz käme. Als Kurzzeittherapie wiederum deshalb, weil keine langen „Vorarbeiten“ (Anamnesen, Analysen, Datensammlungen) nötig sind, um in die effektive Therapiephase einzusteigen; die „Zündung“ geistiger Selbstheilkräfte gelingt relativ rasch (oder gar nicht). Wie wir sagten, laufen Diagnostik und Therapie bereits Hand in Hand, und die Erfolge der speziellen Methoden wie paradoxer Intention, Dereflexion oder Einstellungsmodulation zeichnen sich gewöhnlich auch schon nach wenigen Beratungsstunden ab. Dazu kommt, daß eine „Erziehung zum Menschen“ so viel wie eine „Erziehung zur Selbstverantwortlichkeit“ bedeutet, die Logotherapie also großes Interesse daran hat, dem Patienten zu keiner Behandlungsphase die Eigenverantwortung abzunehmen, sondern ihn eher schnellstmöglichst dem Stadium der Selbstverantwortlichkeit zuzuleiten. Deshalb werden die Gesprächskontakte nie öfter oder länger angesetzt als unbedingt notwendig — der Logotherapeut dosiert seine Hilfen auf ein Maß, das nicht hilflos macht.

Schüler von Frankl haben die Logotherapie sowohl in Amerika als auch in Europa weiterentwickelt und ihr dabei zeitweise auch die Form einer Gruppentherapie und Langzeittherapie gegeben. Trotzdem sind sie nicht vom Konzept ihres Meisters abgewichen, sondern haben es

nur mit neuen Ideen befruchtet. Die Idee zur Gruppentherapie, die in den 50er-Jahren von *Paul Polak*, *Kurt Kocourek* und *Eva Niebauer* aufgegriffen³⁰⁾ und Ende der 70er-Jahre von *Joseph Fabry*, *Uwe Böschemeyer* und *Elisabeth Lukas* konsequent verfolgt worden ist, steht in keinerlei Widerspruch zum Individualisationsauftrag der Logotherapie, weil sie erst dann zur Anwendung gelangt, wenn die individuelle Therapie weitgehend abgeschlossen worden ist. Sie ist der „Nachbetreuungsphase“ zuzuordnen, als deren Ziel eben der Wiedereintritt des geheilten Patienten ins selbstverantwortliche Leben genannt werden kann, und soll nichts anderes als eine Auflösung des Patient-Therapeut-Verhältnisses und eine Identifizierung des ehemaligen Patienten mit sich selbst als Nicht-Patient erreichen.

DENKAUFGABE: Gut bewährt haben sich zwei Formen der logotherapeutischen Gruppentherapie von Elisabeth Lukas: die „Dereflektionsgruppe“ und der „Logotherapeutische Meditationskreis“. Wie läßt sich aus dem Namen der beiden Gruppen auf ihre Thematik schließen, und was hat ihre Thematik mit Nachbetreuung zu tun?

Die „Dereflektionsgruppe“ hat denselben Zweck wie Dereflektion im allgemeinen, nämlich den, eine pathologische „Hyperreflexion“ abzubauen und eine gesunde Selbst-Transzendenz aufzubauen. Die „Hyperreflexion“, die in der Nachbetreuungsphase als „Therapierest“ übrigbleibt und unbedingt noch reduziert werden muß, ehe ein geheilter Patient endgültig entlassen werden kann, ist sein gedankliches Kreisen um die durchlittene Krise inclusive der Befürchtung, sie könnte wiederkehren. Eine solche innere Haltung würde in der Tat einen Rückfall provozieren. In der „Dereflektionsgruppe“ wird daher keineswegs von Problemen gesprochen, es wird sogar eine Klausel vereinbart, derzufolge nichts Negatives über einen selbst zur Sprache gebracht werden soll (Ablenkung). Ansonsten ist die Gruppe bei der Wahl der zu besprechenden Inhalte frei und begibt sich gemeinsam auf die Entdeckung von positiven und lebenswerten Inhalten, die von jedem einzelnen Teilnehmer noch intensiver wahrgenommen und verwirklicht werden könnten als bisher (Hinlenkung).

Der „Logotherapeutische Meditationskreis“ tendiert eher in Richtung von Einstellungsmodulationen und hat prophylaktischen Charakter. Die Themen der „Meditationen“ stammen aus dem philosophischen Weltbild der Logotherapie und sollen (unabhängig von der persönlichen Weltanschauung der Gruppenteilnehmer) geistigen Rückhalt geben bei eventuell neu auftauchenden Problemen oder Schicksalsschlägen im weiteren Leben der zu entlassenden Patienten.

Beide Nachbetreuungsmodelle, die gedankliche Loslösung der Patienten von ihrer überstandenen seelischen Erkrankung und ihre Sicherung in einer positiven Lebensphilosophie, bringen ein Grundanliegen der Logotherapie zum Ausdruck, das alle ihre Bestrebungen kennzeichnet: Die Logotherapie will sich keinen treuen Kundenstock heranziehen, will die Bevölkerung nicht zusätzlich „psychologisieren“; sie will heilen, und wenn irgendetwas möglich will sie heilen *ein für allemal*.³¹⁾

Was die Ausdehnung der Logotherapie zur Langzeittherapie betrifft, so steht diese im Zusammenhang mit ihrer außerordentlich guten Kombinationsfähigkeit mit anderen Therapieformen. Sofern kein kontradiktorisches Menschenbild zu Grunde liegt, kann eine logothera-

peutische Begleitung in jede Langzeitbehandlung (z.B. von Suchtkranken, endogenen Depressiven, Paranoikern usw.) miteingeflochten werden als wesentlicher Bestandteil eines ganzheitlichen Therapieprogramms, das als einziges die Chance hat, der Schwere und Multidimensionalität lebenslanger psychischer Belastungen gerecht zu werden.

7. Anwendung

Für die angewandte Logotherapie gibt es fünf Indikationsstellungen³²⁾:

1) Das Vorliegen einer noogenen Neurose, die eine logotherapeutische Behandlung als *spezifische Therapie* erfordert, um eine krankhaft gestörte Noodynamik wieder in Gang zu bringen und die damit verbundene Suizidgefahr zu bannen.

2) Das Vorliegen von psychogenen Neurosen oder psychosomatischen Erkrankungen, die eine logotherapeutische (Zusatz-)Behandlung als *unspezifische Therapie* erfordern, um pathologische Zirkelmechanismen auf der Basis von Erwartungsängsten und Hyperreflexionen bzw. Hyperintentionen therapeutisch in den Griff zu bekommen.

3) Das Vorliegen von somatogenen Neurosen, endogenen Verstimmungen, unheilbaren Krankheiten oder unveränderbaren Leidenszuständen, die eine logotherapeutische Intervention in Form von *ärztlicher Seelsorge* erfordern, um Einstellungsverbesserungen des Betroffenen zu seinem Schicksal zu erreichen.

4) Das Vorliegen von Sinnlosigkeitsgefühlen und durch „existentielle Frustration“ bedingter innerer Not, die keinem Krankheitsstatus*, sondern dem geistigen Ringen eines Menschen nach Sinn entsprechen und logotherapeutische *Hilfen zur Sinnfindung* erfordern.

5) Die Notwendigkeit der *Prophylaxe* (reaktiver oder iatrogener) neurotischer Erkrankungen durch Vermittlung einer nicht nihilistischen Lebensphilosophie auf seiten des Patienten und, auf seiten des Therapeuten, eines nicht reduktionistischen Menschenbildes.

Aus dieser Aufzählung wird ersichtlich, daß die Logotherapie den klinischen Anwendungsbereich überschreitet, denn nur die ersten drei von ihren fünf Indikationsstellungen haben einen direkten Bezug zu Krankheitsbildern. Eine „existentielle Frustration“ hingegen ist keine seelische Krankheit, sie ist eher ein Beweis für geistige Lebendigkeit

*) Allenfalls könnte man diesbezüglich von einer „soziogenen Neurose“ sprechen!

und Beweglichkeit: der menschliche Geist ist nicht ausgelastet und sucht nach einem sinnvollen Betätigungsfeld. Da keine Krankheit zu diagnostizieren ist, ist auch keine Therapie indiziert, und doch vermag die Logotherapie den in diesem Fall so dringend notwendigen Sinnfindungsprozeß anzukurbeln und damit eine geistig/seelische Stagnation zu verhindern, die kritische Folgen zeitigen könnte, nicht zuletzt in der Verdichtung der existentiellen Unzufriedenheit zu einer noogenen Neurose.

Noch stärker tritt der präventive Charakter logotherapeutischer nicht-klinischer Einsatzfelder auf erzieherischem Sektor zutage, der seinen Schwerpunkt nicht in der Kindererziehung, sondern in der geistigen Nachreifung Erwachsener findet. Wie kaum ein anderes psychologisches System legt die Logotherapie Strukturen menschlicher Verantwortlichkeit bloß, um sie durch ihre Bewußtmachung im Entscheidungsfreiraum menschlichen Denkens und Handelns zu verankern. Dazu gibt es bereits Stimmen, die meinen, daß die Logotherapie der von Krisen erschütterten Menschheit als Philosophie noch weit mehr zu geben haben wird, als sie es als Psychotherapie bisher getan hat.

7.1 *Klinische Anwendungsbereiche, Indikation und Kontraindikation*

Was nun den Stellenwert der Logotherapie im klinischen Anwendungsbereich betrifft, so beschreibt ihn Frankl folgendermaßen: „Es ist nicht möglich, die Psychotherapie durch Logotherapie zu ersetzen, es ist aber notwendig, die Psychotherapie durch Logotherapie zu ergänzen.“ Elisabeth Lukas berichtet Ähnliches aus der psychologischen Arbeit: „Man kommt in der Beratungssituation nicht mit Logotherapie allein aus, aber man kommt auch nicht ohne Logotherapie aus...“

Worin besteht dieser „ergänzende Faktor“, der die Logotherapie so unentbehrlich macht? Betrachten wir die drei klinischen Indikationsstellungen genauer. Da sind erstens die auf einen extremen Sinnverlust zurückgehenden noogenen Neurosen, die nirgendwo diagnostiziert werden, außer in der Logotherapie, obwohl sie nachgewiesenermaßen 20% aller Neurosen ausmachen.* Mit herkömmlichen psychologischen Mitteln sind sie nicht angebar, weil die „Fehllokalisierung“ der Störung (in der psychologischen statt in der noetischen Dimension)

*) Nachgewiesen in Arbeiten von Werner (London), Langen und Volhard (Tübingen), Prill (Würzburg), Niebauer (Wien), Frank M. Buckley (Worcester/USA), Nina Toll (Middletown/USA), Elisabeth Lukas (München), Kazimierz Popielski (Lublin/Polen), Eric Klinger (Minneapolis/USA) und Gerald Kovacic (Wien).

Therapeut und Patient unumgänglich aneinander vorbeireden läßt. Ohne spezifische logotherapeutische Hilfe sind sie unheilbar. Da sich jedoch die Anzeichen mehren, daß der Prozentsatz der noogenen Neurosen weltweit im Steigen begriffen ist, und zwar nicht nur in den westlichen hochindustrialisierten Kulturen, sondern auch unter östlichen Regimen, ja, nach neuesten Meldungen sogar in den Entwicklungsländern, gebührt diesem Phänomen immerhin einige Beachtung.

Bei den psychogenen Neurosen und psychosomatischen Erkrankungen, der 2. klinischen Indikationsstellung für eine logotherapeutische Behandlung, geht es weniger um Sinnzweifel und Wertfragen, bei ihnen liegt die Störung tatsächlich auf psychologischer Ebene. Sie muß daher auch in dieser Ebene behandelt werden, und das geschieht mittels der logotherapeutischen Techniken der paradoxen Intention und der Dereflexion. Wäre dies alles, müßte zugegeben werden, daß sich die logotherapeutischen Techniken genausogut ersetzen ließen durch andere psychotherapeutische Techniken, z.B. die paradoxe Intention durch die verhaltenstherapeutische „systematische Desensibilisierung“, oder die Dereflexion durch Hypnose und Suggestionen. Aber die logotherapeutischen Techniken, die aus einer „Psychotherapie vom Geistigen her“ erwachsen sind, haben anderen Verfahren etwas voraus, nämlich einen „Nachhall“ im Geistigen, so treffsicher sie auch im Psychischen ansetzen mögen. Sie greifen die Symptome an deren psychischen Wurzeln, bei den Erwartungsängsten und Hyperreflexionstendenzen, an, aber indem sie dies tun, mobilisieren sie geistige Fähigkeiten zur Selbstdistanzierung und Selbst-Transzendenz, fördern Humor und Hingabe, machen innere Wandlung erfahrbar und eigene Verantwortung ertragbar, kurz, sie wirken wieder in die noetische Dimension hinein, aus der heraus sie einst konzipiert worden sind. Und dieser „Nachhall“ ist es, der der unspezifischen Logotherapie den Stempel der Unentbehrlichkeit aufdrückt. Denn wenn eine Neurosebehandlung nicht bloß Symptome beseitigen soll (was gewiß auch wichtig ist!), sondern die neugewonnene emotionale Stabilität in einer gefestigteren Persönlichkeit des Patienten sichern will, dann ist sie auf positive geistige „Begleiterscheinungen“ angewiesen, die eben die „Freiheit vom (neurotischen) Charakter“ in eine „Freiheit zur (individuellen) Persönlichkeit“ umgestalten.

Die 3. klinische Indikationsstellung für eine logotherapeutische Behandlung reicht in die unterste Seinsschicht des Menschen, in seine physiologische Ebene hinab. Es geht um körperliche Funktionsstörungen, um Gefahr an Leib und Leben. Im übertragenen Sinne um Nöte anderer Art, die so groß sind, daß sie auch „ans Leben greifen“. Sofern

eine Behandlung möglich ist, muß sie selbstverständlich auf derselben Ebene erfolgen, in der die Störung vorliegt, also mittels Operation, Bestrahlung, Medikation usw. Im übertragenen Sinne mit einer radikalen Verbesserung der belastenden Umstände. Logotherapie ist hier nicht indiziert, zumindest nicht vorrangig. Wenn aber keine Behandlung oder keine Verbesserung der Situation möglich ist, was dann? Bei unheilbarem Krebs, bei Querschnittlähmung durch einen Unfall, bei einem Todesfall in der Familie, bei der Geburt eines behinderten Kindes, bei Verlust des Augenlichts . . . , gibt es trotz aller Endgültigkeit eine Hilfe, einen „psychologischen“ Trost? Die Logotherapie hat sich als einzige von vielen Psychotherapieschulen darum bemüht, eine lehr- und erlernbare Form von „ärztlicher Seelsorge“ zu entwickeln, die auch dieser Aufgabenstellung noch gewachsen ist - und das soll kein Vorwurf gegen Vertreter anderer Methoden sein, die sich als „Spezialisten der Psyche“ in solchen Fällen nur für inkompetent erklären können. Der psychische Bereich wird durch körperliches oder schicksalhaftes Leid automatisch in Mitleidenschaft gezogen, das ist weder zu verhindern noch zu ändern. Der geistige Bereich allerdings ist frei und bleibt frei zur Stellungnahme gegenüber allem, was sich ihm darbietet, auch gegenüber seelischen Qualen und leiblicher Bedrängnis. Nur eine „Psychotherapie vom Geistigen her“ ist folglich in der Lage, den absolut letzten Freiraum menschlicher Existenz zu nutzen, um dort, wo ein Kranker oder Verzweifelter an die Grenzen seiner Macht stößt, immer noch eine „Grenzüberschreitung“ zustande zu bringen, indem sie ihn befähigt, sein Leiden in eine menschliche Leistung zu transformieren.³³⁾

Die ärztliche Seelsorge ist somit weder eine spezifische, noch eine unspezifische Therapie, sie ist *keine* Therapie. Dennoch hat sie heilenden Einfluß; aber nicht auf eine Krankheit, sondern auf einen Kranken, der mit einem unheilbaren Schicksal konfrontiert ist.

DENKAUFGABE: Wie wir gesehen haben, gibt es Indikationen für ein logotherapeutisches Eingreifen bei Störungen in allen drei Dimensionen menschlicher Existenz: in der noetischen, in der psychologischen und in der leiblichen. Dürfen wir daraus schließen, daß es keine *Kontraindikation* für ein logotherapeutisches Vorgehen gibt?

.....

Diese Schlußfolgerung wäre deswegen voreilig, weil wir bei einer Indikationsstellung stets den Störungsbereich in Beziehung zum therapeutischen Medium setzen müssen; und wenn wir dies bei der angewandten Logotherapie tun, dann erkennen wir, daß zwar die Störungsbilder verschiedenen Dimensionen entstammen mögen, nicht aber die therapeutischen Medien. Alle logotherapeutischen Interventionen arbeiten mit geistigen Mitteln, sogar dann, wenn sie sich vorübergehend psychologischer Techniken oder pharmakologischer Unterstützung bedienen. Das heißt, die Intaktheit der geistigen Dimension ist in der Logotherapie unverzichtbar.

Damit ist aber nicht gesagt, daß die Patienten ein hinreichendes Intelligenzniveau besitzen oder verstandesmäßig völlig orientiert sein müßten. Solange eine minimale geistige Freiheit besteht, zu sich und zur Umwelt Stellung zu nehmen, solange fällt der logotherapeutische Rat auf fruchtbaren Boden; erst wenn die eigentlich menschliche Dimension zusammenbricht, hat die Logotherapie zu schweigen.

7.2.1 In der Therapie von Erwachsenen

Die Logotherapie ist eine Therapie von Erwachsenen. Alle Erweiterungen auf andere Altersstufen und auf außerklinische Tätigkeitsfelder sind von Schülern oder Kollegen Frankls vorgenommen worden, aber nicht von ihm selbst. Sein Bestreben war es, aus der Logotherapie Heilungschancen herauszuholen für die gesamte Palette seelischer Unzulänglichkeiten im Leben eines erwachsenen Menschen. So kam es, daß die Logotherapie von vornherein nicht auf eine „Theorie und Therapie der Neurosen“ beschränkt blieb. Sie enthält vielmehr Anweisungen für den ärztlichen und psychologischen Umgang mit *jedweder Art menschlichen Versagens, das eine geistige Resonanz erzeugt*.

Deswegen gehört es auch zu ihrem Ressort, bei Psychosen „mitzureden“, die hauptsächlich medikamentös behandelt werden müssen. Ein gutes Beispiel dafür ist die Behandlung endogener, zyklisch wiederkehrender Depressionen. Die depressive Phase kann psychotherapeutisch nicht aufgehoben werden, sie kann höchstens mit Hilfe künstlicher Stimmungsaufheller einigermaßen ausgeglichen werden. Daneben aber gibt es aus logotherapeutischer Sicht eben jene geistige Resonanz, die so positiv wie möglich gehalten werden soll, um den Krankheitsausbruch auf das niedrigste unumgängliche Maß zu reduzieren. Dabei handelt es sich 1) um die persönliche Einstellung des Kranken zu seiner Depression, und 2) um seine Bereitschaft zur optimalen Ausschöpfung der gesunden Zwischenphasen zwischen den depressiven Schüben.

Die ideale Krankheitseinstellung zur Depression besteht darin, die traurige Gestimmtheit mitsamt allen Schuld- und Minderwertigkeitsgefühlen, Sinnlosigkeits- und Hoffnungslosigkeitsgefühlen geduldig anzunehmen, aber nicht als grundsätzlich zutreffend, sondern als vollkommen unzutreffende, krankheitsimmanente Fehleinschätzung, die bloß eine vorübergehende Urteilstrübung zum Ausdruck bringt. Ein Kranker, der hilflos traurig ist und dennoch weiß, daß er in Wahrheit keinerlei Grund zum Traurigsein hat, leidet wesentlich weniger unter seiner Traurigkeit als ein Gesunder, der seine Traurigkeit gewaltsam überspielt, wohl wissend, daß er in Wahrheit einen echten Grund zum Trauern hat. Eine „Fata Morgana“ verliert einfach ihre Anziehungskraft, sobald sie als „Fata Morgana“ identifiziert worden ist, sogar

dann, wenn sie immer noch deutlich wahrgenommen werden kann. Der Logotherapeut „erlaubt“ daher dem Patienten seine Depression, enthüllt sie ihm aber als Symptom einer Krankheit, an der der Kranke keine Schuld trägt - seine einzige Verantwortung sei es nur, sie gefaßt über sich ergehen zu lassen im Vertrauen darauf, daß sie ganz sicher vorüberzieht.*

Womit wir auch schon beim „danach“ der depressiven Phase ange- langt sind, das nicht geringerer therapeutischer Aufmerksamkeit bedarf. In den gesunden Phasen kommt dem Kranken nämlich erst so richtig zu Bewußtsein, daß ständig ein Damoklesschwert über ihm schwebt, das seinen Lebensradius jederzeit wieder extrem einengen kann. Jetzt ist es von weichenstellender Bedeutung, ob es gelingt, den Patienten trotz seiner zeitweise schlechten Befindlichkeit zu motivieren, gegebene Sinnmöglichkeiten unbeirrbar zu ergreifen, oder ob er von der bedrohlichen Ausstrahlung seiner Krankheit dazu verleitet wird, auch in guten Zeiten den Kopf hängen zu lassen. Daß letzteres ihn noch viel tiefer in sein Leiden hineindrückt, ja bis zum Suizid treiben kann, braucht nicht weiter erörtert zu werden.

Die logotherapeutische Erwachsenentherapie klammert keine Problematik aus, nicht einmal progressive mentale Störungen, die ebenfalls nur medikamentös eingedämmt werden können, etwa aus dem schizophrenen Formenkreis. Handelt es sich bei diesen doch um „Fata Morgana - Phänomene“, die vom Patienten nicht mehr als solche zu identifizieren sind, weil sie für ihn Wirklichkeitscharakter mit allen Konsequenzen haben. Aber selbst zwischen jenen Wahngewalten ist bei vorsichtigem therapeutischen „Abklopfen“ meist noch eine schwache geistige Resonanz erspürbar, die nach Erklärungen und Auswegen sucht. Der Logotherapeut wird in dem Fall darauf verzichten, die „Fata Morgana“ zu entlarven, er wird jedoch dem Patienten nahelegen, sie zu umgehen. Vermeintliche Feinde können nicht aus der Welt des Paranoikers geschafft werden; immerhin mag er noch die Wahl haben, sie anzugreifen oder ihnen zu verzeihen, und der Logotherapeut wird seine Argumente fürs Verzeihen miteinbringen. Die Einflüsterungen fremder, nicht-existenter Stimmen können auch nicht eliminiert werden, dennoch mag noch eine kleine Spanne geistiger Freiheit darin liegen, wie intensiv ihnen der Kranke lauscht; und wiederum wird der

*) Einer Depression soll nicht nur nicht opponiert werden, sie darf schon gar nicht paradox intendiert werden, weil die akute Gefahr einer Verzweiflungshandlung besteht. Weder besitzt der Kranke die für eine paradoxe Intervention nötige „Trotzmacht des Geistes“, noch den dafür erforderlichen Humor!

Logotherapeut seine Argumente fürs Nichtbeachten verdeutlichen*. Während bei den endogenen Depressionen der Patient das Annehmen seiner krankhaften Verstimmung leisten muß, ist es bei den Schizophrenien der Therapeut, der das Annehmen der halluzinatorischen Vorstellungen seines Patienten leisten muß - das Annehmen und den Umgang damit in einer Weise, die trotz allem noch „menschwürdig“ bleibt.

7.2.2 In der Kindertherapie

Im Zusammenhang mit Kontraindikationen ist erwähnt worden, daß die Intaktheit der geistigen Dimension eines Patienten für das logotherapeutische Vorgehen unverzichtbar ist. Wie steht es aber mit Kindern, deren geistige Entfaltung erst im Wachsen begriffen ist? Sind sie für eine logotherapeutische Behandlung ungeeignet?

In der Tat muß die Logotherapie etwas modifiziert werden, wenn sie auf Kindertherapien abgestimmt werden soll. Natürlich sind ihre im *Psychischen* ansetzenden Techniken problemlos anwendbar und werden sogar oft „unbewußt“ von Eltern benützt. Es gibt z.B. kaum einen besseren Trick, trotzig Kleinkinder zur Beendigung ihres Schreiens zu bewegen, als sie freundlichst aufzufordern, so laut wie möglich zu schreien („paradoxe Intention“). Und Kindertränen sind mit nichts schneller zu trocknen, als mit einem aufregenden Erlebnis, das vom momentanen Kummer ablenkt („Dereflektion“). Deswegen haben Stottertherapien, die mit Hilfe der paradoxen Intention durchgeführt werden, hohe Erfolgsraten, genauso wie dereflektorische Methoden bei psychogenem Bauchweh und anderen Somatisierungen in angstbesetzten Situationen.

Was hingegen schwieriger zu bewerkstelligen ist, das sind gezielte Erweiterungen kindlicher Sinnorientierung. Die Fähigkeit der „Weltzugewandtheit“ erwacht frühestens mit der Pubertät, meist sogar später, und solange in dieser Hinsicht Defizite bestehen, bleibt die Ausrichtung kindlicher Motivation mehr oder weniger eine egozentrische. Der Jugendliche muß erst langsam entdecken, daß es außer der Befriedigung eigener Wünsche so etwas wie sinnvolle Aufgaben gibt, die seiner harren. Ist er seelisch gesund, reift er ganz von selbst dazu heran, verläuft seine Entwicklung jedoch gestört, kann es passieren, daß er gerade im Motivationsbereich schwere Schäden mit ins junge Leben

*) Hier wird eine spezielle Dereflektionsart angewandt, um dem Kranken ein weitgehendes Ignorieren seiner irrealen Eindrücke zu ermöglichen. Die Anwendung der paradoxen Indikation ist kontraindiziert.

nimmt, die ihn noch lange belasten. Deshalb hält die Logotherapie die altersgemäße Anbahnung und Förderung selbst-transzendentaler Wertvorstellungen in der Kindertherapie für unerlässlich und kennt keine Form von „Spieltherapie“, die dem nicht Rechnung trüge.

Frankl unterscheidet drei Wertkategorien, die sich menschlicher Sinnfindung besonders darbieten, nämlich „schöpferische Werte“, „Erlebniswerte“ und „Einstellungswerte“. Wie die Namen andeuten, versteht er unter „schöpferischen Werten“ alle kreativen Aktivitäten handwerklicher oder geistiger Art, die aus vorhandenem Material etwas Neues gestalten; unter „Erlebniswerten“ alle kontemplativen Impressionen emotionaler Färbung wie Natur-, Kunst- oder Liebeserfahrungen; und unter „Einstellungswerten“ die Realisierung der bereits mehrfach erwähnten heroischen Haltung zu unveränderbaren negativen Gegebenheiten.

In der logotherapeutischen Kindertherapie werden nun Anbahnungen für alle drei Wertkategorien systematisch vollzogen. Gut bewährt hat sich die therapeutische Akzentuierung auf „schöpferische Werte“ bei aggressiven, hyperaktiven, verwahrlosten und erziehungsschwierigen Kindern, die beim „selbstvergessenen“ Basteln, das unter gewisse Zielintentionen gestellt wird, auch ihre überreizte Sensorik und Motorik „vergessen“ lernen. Die Bewußtmachung von „Erlebniswerten“ wiederum hilft Kindern mit sozialen Schwächen, Kontaktproblemen, aber auch autistischen Zügen und Hemmungen, sich einer Begegnung mit der Umwelt zu öffnen und den inneren Blockaden positive Gefühle entgegenzusetzen, die jene zunehmend aufwiegen. Dazu werden Erlebnisse der Freude und Faszination eingebunden in lustige Rollenspiele, enge Berührungen mit der Natur, musikalische oder tänzerische Phantasien usw., die über den kompensatorischen Zweck hinaus eine Bereicherung der kindlichen Apperzeptionsfähigkeit bewirken.

Die Miteinbeziehung von „Einstellungswerten“ in die Therapie schließlich hat ernstere Gründe. Entweder handelt es sich um „hysterische“ Kinder, die beim Spiel nicht verlieren und ihre Sachen mit niemandem teilen können bzw. ihren Willen unaufhaltsam durchsetzen wollen, oder es geht um Kinder, die ein schweres Trauma zu bewältigen haben, einen Schock, eine Trennung, ein Versagenserlebnis. Logotherapeutisch werden dann in spielerischer Weise Interpretationen angeboten, die vom Kinde akzeptiert werden können und es all-

*) Eine solche Zielintention kann z.B. die Wiedergutmachung von begangenen Zerstörungensein, etwa die Herstellung von neuem Spielzeug aus mutwillig kaputtgeschlagenen Spielzeugteilen für einen Basar.

mählich zu einer neuen und besseren Einstellung zu sich und seinen negativen Erfahrungen geleiten. Hierbei wird — im Unterschied zu den gängigen non-direktiven Verfahren — ziemlich direkt vorgegangen und doch behutsam, es wird mit Symbolen gearbeitet und doch die primitive Ebene der Bildersprache transzendiert in Richtung auf eine kognitive Verständlichkeit. Nach logotherapeutischen Thesen genügt es eben nicht, ein Trauma emotional „auszuagieren“, es muß geistig in einen Sinnzusammenhang eingebettet werden, um seine Verwundungskraft zu verlieren.

7.2.3 In der Familientherapie

„Familientherapeutische“ Sitzungen sind in der Logotherapie bis auf wenige Ausnahmen nicht üblich. Es wird lieber der Reihe nach mit den einzelnen Familienmitgliedern gesprochen, und das hat seinen Grund. Die Logotherapie hat sich nämlich sehr viel mit geistigen Feed-back-Mechanismen beschäftigt und dabei alarmierende Ergebnisse ermittelt, was die „Wahrheit“ von psychologisch wirksamen Aussagen betrifft. Eine Wahrheit kann, sobald sie ausgesprochen worden ist, durch ihre geistige Feed-back-Wirkung zur Unwahrheit werden, und eine Unwahrheit kann, sobald sie ausgesprochen worden ist, durch ihre geistige Feed-back-Wirkung zur Wahrheit werden. Frankl bevorzugt ein Beispiel aus der Medizin zur Demonstration dieser verblüffenden Paradoxie.

ZITAT (aus dem Buch „Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn“ von Viktor E. Frankl, Verlag Piper, München, 1982): Der Wille zum Sinn läßt sich nicht als ein bloßes Desiderat, als ein frommer Wunsch, abtun, als „wishful thinking“. Eher handelt es sich um eine „self-fulfilling prophecy“, wie die Amerikaner eine Arbeitshypothese nennen, die das, was sie entwirft, zu guter Letzt auch hervorbringt. Und wir Ärzte erleben das ja täglich und stündlich, sprechstündlich. So etwa, wenn wir einem Patienten den Blutdruck messen und feststellen, daß dieser 160 beträgt. Fragt uns der Patient nach der Höhe des Blutdrucks, und wir sagen ihm „160“, dann haben wir ihm schon längst nicht mehr die Wahrheit gesagt, denn der Patient regt sich daraufhin auf und hat sogleich einen Blutdruck von 180. Sagen wir ihm hingegen, der Blutdruck sei praktisch normal, dann haben wir den Patienten nicht angelogen, sondern erleichtert aufatmend wird er uns gestehen, er hätte sich vor einem Schlaganfall gefürchtet, aber anscheinend sei diese seine Furcht grundlos gewesen, und wenn wir jetzt den Blutdruck nachmessen, können wir feststellen, daß er inzwischen auch wirklich auf einen normalen Wert heruntergesunken ist.

Welche Querverbindung gibt es aber zwischen der Erkenntnis von der Relativität psychologischer „Wahrheiten“ und der Familientherapie? Nun, es besteht kein Zweifel daran, daß bei familientherapeutischen Sitzungen notgedrungen einige „Wahrheiten“ aus dem internen Beziehungsgeflecht zur Sprache kommen, die im normalen Alltag übergangen werden. Heimliche Ärgernisse, kleine Kränkungen, lang-

gehütete Aversionen und uralte Schuldnachtragungen steigen an die Oberfläche und werden gegenseitig vorbehaltlos präsentiert. Der Annahme, daß solche Störfaktoren familiärer Kommunikation mit ihrer Sichtbarwerdung zugleich von der Bildfläche verschwinden, steht die Logotherapie skeptisch gegenüber. Sie hält deren Auftauchen eher für krisenverschärfend, ähnlich der wahrheitsgetreuen ärztlichen Aussage über den erhöhten Blutdruck, die zu einem noch höheren Blutdruck führt. Wenn alle Familienmitglieder wissen, wer genau welchen Groll gegen wen hegt und warum, sind sie noch lange nicht in der Lage, eine harmonische Familie zu bilden.

Das Anliegen der Logotherapie ist daher die Umkehrung dieses Vorgangs, nämlich die Einleitung einer positiven „self-fulfilling prophecy“, die die Familienmitglieder einander näher bringt. Dazu ist es notwendig, mit den Beteiligten einzeln zu sprechen und jedem von ihnen die Lebenssituation der anderen so einfühlbar zu machen, daß er ihnen gegenüber zu größerer Toleranz, zur Anerkennung ihrer guten Seiten und zum Verzeihen ihrer Fehler befähigt wird und aus solchem Verstehen heraus seine eigene Handlungsweise neu überprüft. Hier schimmert der Grundgedanke durch, daß der Zusammenhalt der Familie praktisch für jeden eine Quelle vielfältiger Sinnerfüllungsmöglichkeiten darstellt, auch dann, wenn ihm dafür das eine oder andere persönliche Opfer abverlangt wird. Diese logotherapeutische Behauptung mag für manche unglückliche Familie nicht mehr zutreffen, aber sie hat immer noch die Chance, *zutreffend zu werden*, ähnlich jener nicht ganz wahrheitsgetreuen ärztlichen Aussage über den „praktisch normalen“ Blutdruck, die unter Einkalkulierung geistiger Feed-back-Mechanismen durchaus zur Wahrheit werden kann.

Der Logotherapie wird manchmal der Vorwurf gemacht, sie wolle existierendes Negatives mit aufgezeigtem Positivem überdecken. Diesen Vorwurf weist sie nicht zurück, sie stellt nur die Gegenfrage, ob konträrdenkende psychotherapeutische Schulen nicht mitunter existierendes Positives unter aufgedecktem Negativem begraben?

7.2.4 In der Gerontotherapie

Kaum eine andere Problematik spielt in der Gerontotherapie eine so dominierende Rolle wie die der „Sinnleere“ und die der „Konfrontation mit unaufhebbaarem Leid“, also die beiden Indikationsstellungen für Logotherapie als „spezifische Therapie“ und als „ärztliche Seelsorge“. Das existentielle Vakuum entsteht sehr leicht beim alternden Menschen durch die diversen Verluste, die er erleidet: Verlust der Berufstätigkeit („Pensionierungsschock“), Verlust der Kinder, die sich

selbständig machen, Verlust des Partners oder von Freunden, die wegsterben, Verlust gesundheitlicher Kräfte u.a. Dazu kommen Konfrontationen mit einer Realität, hinsichtlich der sich der alternde Mensch kaum mehr belügen kann: er wird von der Gesellschaft immer weniger gebraucht, seine körperlichen, wirtschaftlichen und intellektuellen Leistungen lassen nach, er bleibt zunehmend hinter seiner Zeit zurück, er hat öfters Schmerzen und wird bald sterben.

Mit alledem setzt sich die Logotherapie auseinander. Sie kann nachweisen, daß die meisten Verluste eigentlich „Wandlungen“ der Lebensperspektiven sind, und daß sich neue Tore öffnen, wenn sich die alten schließen. Die Befreiung von der täglichen Arbeitsroutine gestattet die intensivere Beschäftigung mit Liebhabereien, die gerade wegen des Berufes stets zu kurz gekommen sind. Die Entbindung von familiären Pflichten nimmt eine Verantwortung von den Schultern, die viele Jahre aufgebürdet war. Die Abschwächung der vitalen Kräfte zwingt zu Beschaulichkeit und meditativer Ruhe, was den philosophischen Horizont erweitert. Rückblickend ordnen sich alle Ereignisse des Lebens auf dem ihnen zukommenden Rangplatz ein; die Scheuklappen gegenüber den wahrhaft glücklichen Augenblicken fallen genauso ab wie verkrampte Überbewertungen von Nebensächlichkeiten — die Konturen eines persönlichen „Lebensmosaiks“ treten klarer hervor. Trotz allen physischen und psychischen Einengungen bleibt *eine* Expansionsmöglichkeit bis ins hohe Alter erhalten: die geistige Fluktuation, die niemals zum Stillstand zu kommen braucht, es sei denn bei schweren hirnorganischen Defekten.

Neben der Vermittlung solch positiver Einstellungen zum Alter, für die *Uwe Böschmeyer* sogar einen „logogeriatrischen Fünfstufenplan“ entwickelt hat³⁴⁾, konzentriert sich die Logotherapie in der Gerontotherapie auf ihre ärztlich-seelsorgerische Konzeption, die ja speziell für Personen in „Grenzsituationen“ entworfen worden ist. Die Konfrontation mit der Realität bedeutet, auf menschliche Existenz bezogen, immer eine wechselseitige, was mit der „permeablen Trennungsmembran“ zwischen subjektivem Innenleben und objektiver Außenwelt bereits angeklungen ist. Nicht nur „bedrohen“ Einsamkeit, Krankheit und Tod den alten Menschen, er reagiert auch auf diese Bedrohung, und es bleibt ihm unbenommen, zu wählen, *wie* er darauf reagiert. Seine subjektive Reaktion aber wirkt wieder zurück auf die objektive Außenwelt und verändert sie. Es gibt Reaktionen, die Einsamkeit aufheben, z.B. wenn ein alter Mensch sich ehrenamtlich betätigt, statt sich zu Hause zu verkriechen; es gibt auch Reaktionen, die Einsamkeit mit Sinn auffüllen, z.B. wenn jemand in der Stille seine Memoiren

schreibt. Ebenso gibt es Reaktionen auf Krankheit und Todesnähe, die sogar diesen Bedrängnissen noch einen Sinn abgewinnen, z.B. indem sie jemanden veranlassen, begangene Verfehlungen in Form irgendwelcher „Schuldabtragungen“ zu tilgen, oder andere Menschen in ähnlichen Nöten zu ermutigen, ihr Los tapfer auf sich zu nehmen, ohne daran zu zerbrechen. „Jede Tat ist ihr eigenes Denkmal“ schreibt Frankl und meint damit die Unauslöschlichkeit aller „geistigen Werke“, die jemals verwirklicht worden sind. So ist es die letzte und kostbarste Chance des alternden Menschen, jenes Denkmal zur Vollen- dung zu bringen, das er sich durch sein Leben selbst gesetzt hat.

7.3 Nicht-klinische Anwendungsbereiche

Obwohl die Logotherapie hauptsächlich im klinischen Bereich Anwendung findet, und zwar sowohl in stationären Einrichtungen (Krankenhäusern, Rehabilitationszentren) als auch in ambulanten Ein- richtungen (Beratungsstellen, Arztpraxen), hat sie auch außerklinische Erfolge, vor allem auf vier Fachgebieten:

- a) in den *Erziehungswissenschaften* (Schulwesen, Unterrichtsgestal- tung, Behindertenpädagogik),
- b) in der *Wirtschafts- und Arbeitswelt* (Berufsberatung, Mitarbeiter- führung, Management),
- c) in der *Rechtsprechung und Resozialisierung* (Schuldfrage, Bewäh- rungshilfe, Gefangenenbetreuung) und
- d) in den *kirchlichen Diensten* (Telefonseelsorge, Beichtgespräche, caritative Gemeindegarbeit).

Zwei weitere Bereiche könnten sehr wohl aus einer Anwendung logotherapeutischer Prinzipien profitieren, öffnen sich diesen jedoch nur zögernd, obwohl *Joseph Fabry*, der Direktor des Logotherapie- Institutes von Berkeley, in den letzten Jahren verstärkt darauf drängt, nämlich die großen Menschheitsaufgaben:

- e) *politische Verantwortung und Entscheidung* (Friedenssicherung, Umweltschutz, Güterverteilung, Gesetzgebung) und
- f) *kulturelle Entwicklung* (Massenmedien, künstlerische Strömungen, Technologie).

Bezüglich der Fachgebiete a) bis d) sollen im folgenden einige Bei- spiele nicht-klinischer logotherapeutischer „Orientierungshilfe“ her- ausgegriffen werden, wie sie auf dem 3. Weltkongreß für Logotherapie

im Juni 1983 an der Universität Regensburg (neben mehr als 30 Referaten zu medizinisch-psychologischen Themen) diskutiert worden sind:

ad a) *Walter Bärsch* (Universität Hamburg) sprach die Bedeutung der Logotherapie für die pädagogische Förderung Behinderter an; *Vera Lieban-Kalmar* (Logotherapie-Institut Berkeley/USA) berichtete über angewandte Logotherapie in der amerikanischen Mittelschule; *Robert A. Wilson* (Schulbehörde Fresno/USA) stellte ein logotherapeutisches Erziehungskonzept für Grundschullehrer vor; *Wynand du Plessis* (Universität Potchefstroom/Südafrika) brachte Daten aus seiner logotherapeutischen Arbeit mit Studenten mit.

ad b) *Walter Böckmann* („littera film und buch“ Bielefeld) entwickelte seine These vom Sinntheorem der Logotherapie als Orientierungshilfe in Wirtschaft und Gesellschaft³³¹; *Eugene Heimler* (Hochschule für Sozialarbeit London/GB) beabsichtigte ebenfalls, über den Sinnfaktor in der menschlichen Arbeits- und Sozialfunktion zu berichten, war aber zuletzt verhindert.

ad c) *Paul H. Bresser* (Universität Köln) wählte das Thema „Verantwortung“ aus Sicht der Rechtsmedizin und schloß sich der logotherapeutischen Auffassung vom Sinn der Schuld an; *Wolfgang G. Jilek* (Universität Vancouver/Kanada) erzählte vom Sinnverlust in Indianerreservaten und den Bemühungen, gefährdete Indianer in logotherapeutischen Gruppen zu resozialisieren.

ad d) *Günter Funke* (Institut für Diakonie Berlin) zog Parallelen zwischen seiner logotherapeutischen Gemeindegarbeit und dem allgemeinen Wirken für den Frieden; *M. Bernard Lynch* (Caritaszentrum Pittsburgh/USA) brachte die Möglichkeit zum Ausdruck, logotherapeutische Elemente in der pastoralen Seelsorge zu verwenden.

Außerdem gab es Kongreßbeiträge, die an die nicht-klinischen Anwendungsbereiche angrenzten, z.B. den Bericht von *Edward Lazar* (Edgewater Hospital Chicago/USA) über die guten logotherapeutischen Erfolge bei der Rehabilitation von Herzinfarktpatienten, was zwar dem klinischen, aber nicht dem psychotherapeutisch-psychiatrischen Aufgabenfeld zugehört, oder die Darlegung von *Alfried Längle* (Psychosozialer Dienst Wien/Österr.) über das Seinerleben als Schlüssel zur Sinnerfahrung, was auf eine philosophische Orientierungshilfe für den normalen Durchschnittsbürger hinausläuft, wenn sie auch psychotherapeutisch verwertbar ist.

7.3.1 Prävention und Soziotherapie

Präventive und soziotherapeutische Wirksamkeiten der Logotherapie fallen quasi zusammen, weil beide darauf ausgerichtet sind, ein existentielles Vakuum aufzufüllen, welches pathogen ist — bereits geworden ist oder erst werden wird.

ZITAT (aus dem Buch „Der Wille zum Sinn“ von Viktor E. Frankl, Verlag Hans Huber, Bern, 3. Aufl. 1982): Die Logotherapie ist nicht nur in Fällen von noogener Neurose, sondern auch in Fällen von Alkoholismus, Kriminalität und Rauschgiftsucht indiziert. Mehr oder weniger liegt ihnen ja ebenfalls ein existentielles Vakuum zugrunde. Konnte doch *Annemarie von Forstmeyer* in 90 Prozent der Fälle von schwerem Alkoholismus ein abgründiges Sinnlosigkeitsgefühl feststellen. *James Crumbaugh* testete Alkoholiker, von denen je eine Gruppe mit alcoholic treatment, marathon therapy (sensitivity training) und group logotherapy behandelt wurden, vorher und nachher hinsichtlich des Grades, in dem ein existentielles Vakuum nachweisbar war. „Only logotherapy showed a statistically significant improvement“.

Was Kriminalität anlangt, liegt mir ein Bericht von *Milton E. Burglass* vor, der das Rehabilitationsprogramm eines amerikanischen Gefängnisses leitet und eine Serie von Experimenten abgeschlossen hat, in deren Rahmen 3 Gruppen von je 16 Personen 72 Stunden hindurch mit Freud'scher Psychoanalyse, behavioristischer Therapie und Logotherapie behandelt wurden, während eine gleich große Kontrollgruppe unbehandelt blieb. Das Ergebnis wurde nun nicht nur in entsprechenden Gesprächen, sondern auch auf Grund exakter Tests erstellt, und lautete: allgemeine Unzufriedenheit mit der psychoanalytischen Behandlung, Interesselosigkeit gegenüber der behavioristischen Therapie, ausgesprochen positive Reaktionen auf die logotherapeutische Behandlung.

Alvin R. Fraiser wandte die Logotherapie wieder auf narcotic addicts an, und zwar im Rahmen eines Rehabilitationszentrums in Kalifornien. „As a result of logotherapy, I have become the only counselor in the history of the institution to have three consecutive years of the highest success rate. My approach to dealing with the addict has resulted in a three year forty (40) percent 'success rate' as compared to an institutional average of about eleven (11) percent, using the established approach.“

Gewiß kann man nicht behaupten, daß Sinnfrustrationen die *alleinige* Ursache von Massenproblematiken wie Alkoholismus und Rauschgiftsucht, Kriminalität und Jugendrevolte, Promiskuität und Perversion seien, wengleich aus zahlreichen wissenschaftlichen Untersuchungsbefunden hervorgeht, daß sie bei all diesen Phänomenen ausnahmslos mitbeteiligt sind. Unbestritten gibt es auch andere Ursächlichkeiten dafür. Jedoch: nicht das Freisein von negativen Bedingungen hält eine Bevölkerung gesund, sondern das Vorhandensein von positiven Inhalten. Ein Volk, das viele positive Werte sein eigen nennt und dessen Menschen auf ihrer Suche nach Sinn leicht fündig werden können, weil ihnen das Leben genügend Aufgaben stellt, die zu erfüllen sich lohnt, ist weitgehend gefeit gegen Massenproblematiken wie die obengenannten. Die Sinnfrustration erzeugt nicht unbedingt Anomalie, aber die Sinnorientierung schützt vor Anomalie!

Gesellschaften hingegen, die immer weniger sinnvolle Aufgaben zu verteilen haben, sei es, weil sie durch Armut, Unterernährung oder politische Notstände blockiert sind, sei es auch, daß sie, durch Überfluß und technische Errungenschaften verwöhnt, zum Konsumdenken verführt worden sind, haben gewöhnlich geringe Widerstandskräfte gegen die zunehmende Neurotisierung und Degeneration ihrer Mitglieder. Historische Vergleiche legen sogar die Vermutung nahe, daß Aufstieg und Untergang von ganzen Kulturen damit in Zusammenhang stehen könnten, weil nämlich der Aufbau einer Kultur eine starke geistige Herausforderung darstellt, die von eminent sinngebender Funktion ist, während die bloße Bewahrung einer bereits aufgebauten Kultur geistig „unattraktiv“ ist und zum Nachlassen sinnorientierter Wachsamkeit verleitet, was wiederum den inneren Verfall dieser Kultur einleitet, lange schon, bevor sie von äußeren Feinden zerstört wird.

Wenn daher durch eine Verbreitung des logotherapeutischen Gedankengutes auf allgemein-verständlichem Niveau das sinnzentrierte Weltbild der Logotherapie ins Volk dringen würde und dort die Wichtigkeit - statt von Besitz und Prestige - von zielstrebigem Engagement und personalem Einsatz ins Bewußtsein rufen könnte, wäre dies die beste *Prävention* gegen jedwede Psychopathologisierung breiter Bevölkerungsschichten. In gewissem Rahmen geschieht dies auch schon, und zwar in der logotherapeutisch fundierten Beratungsarbeit, der sich Frankl selbst bereits in den 20er Jahren gewidmet hat, und über die er in der von ihm herausgegebenen Broschüre „Jugendnot und Jugendberatung“ schrieb, daß „durch die Jugendberatung mehr Neurosen verhütet würden, als in ihrem Rahmen faktisch zur Beratung gelangen“.

Andererseits erreicht der logotherapeutische Aufruf zur Besinnung und Neu-Orientierung nach existentiellen Wertigkeiten gelegentlich auch diejenigen in der Bevölkerung, die verzweifelt nach Lösungen suchen oder dumpf resigniert haben, weil sie sich in einer der „Außenseiter-Sackgassen“ verrannt haben. Nicht selten kommt es dann zu Spontanheilungen erstaunlichen Ausmaßes, und das bloß auf Grund der Lektüre eines logotherapeutischen Buches oder über entsprechende Hinweise in Radio- und TV-Sendungen, also durch Übertragung eines Denksystems, das eben *soziotherapeutisch* wirkt. Es liegt eine Flut von Dankesbriefen an den Schöpfer der Logotherapie vor, deren Absender aus Spitälern, Gefängnissen, Elendsvierteln oder auch ganz normalen bürgerlichen Haushalten an ihn schrieben, wie sehr seine Ideen sie aufgerüttelt und veranlaßt hätten, ein neues Leben zu beginnen*. Dabei haben alle diese Personen niemals eine logotherapeutische Behandlung erhalten, sie haben nur plötzlich erkannt, daß es auch für sie bis zu ihrem letzten Atemzug die Möglichkeit gibt, ihr Leben mit Sinn zu erfüllen und daran zu gesunden.

7.3.2 Pädagogik/Agogik

Jede (Päd)agogik setzt sich aus 2 Teilen zusammen : einer *Wissens-*schulung (= die didaktische Vermittlung von Lernstoff) und einer *Gewissens-*schulung (= die tradierte Vermittlung von Normen und Werten).

DENKAUFGABE: Eine der am schwierigsten zu beantwortenden Fragen lautet: *Ist das Gewissen überhaupt schulbar?* Schwierig daran ist, daß eine Verneinung der Frage fast jegliche Erziehungsarbeit überflüssig zu machen scheint, während eine Bejahung der

*) Analoges gilt auch für Publikationen und Vorträge seiner Schüler.

Frage die Verantwortlichkeit „wenig gewissensgeschulter Personen“ für ihre Taten extrem herabzumindern scheint. Beides jedoch kann mit der Realität nicht übereinstimmen: die Wichtigkeit einer guten Erziehung muß genauso erhalten bleiben wie die Verantwortlichkeit von Menschen, die das Pech hatten, eben nicht gut erzogen worden zu sein. Wie läßt sich das Rätsel mit logotherapeutischen Maßstäben lösen?

.....

Da sowohl „ja“ als auch „nein“ zu falschen Schlußfolgerungen führt, muß die Antwort heißen: „ja und nein“. Das Gewissen ist nach logotherapeutischer Auffassung schulbar, aber nur bis zu einem gewissen Grad. Nämlich dem Grad, in dem Normen- und Werteorientierung aus der Hand von Eltern, Gesellschaft und Überlieferung übernommen werden kann. Sicher ein außerordentlich notwendiges Unterfangen, ohne das die positive Integration eines Menschen in seine Umwelt unmöglich wäre. Über diesen Grad hinaus gibt es jedoch in jedem Menschen eine geistige Instanz, die zu jener „anerzogenen“ Normen- und Werteorientierung noch einmal Stellung bezieht: sein persönliches Gewissen. Wenn das persönliche Gewissen mit der erworbenen Gewissensbildung im Einklang steht, halten wir beides für eins, wenn es aber auf Grund von Veränderungen und Neuentwicklungen andere Werte kreiert, die mit den althergebrachten Werten in Konflikt geraten, dann merken wir erst, daß das persönliche Gewissen keinesfalls identisch ist mit jenem von der Umwelt geformten „Überich“, das unsere Erziehung geschaffen hat.

Somit läßt sich feststellen: Das Gewissen eines Menschen kann niemals vollkommen geschult werden, aber auch ohne Schulung gibt es niemals einen vollkommen „gewissenlosen“ Menschen. Wenn die Erziehung versagt hat, fehlen zweifellos Wertorientierung und Normenkenntnis, aber die Stimme des persönlichen Gewissens verstummt auch dann nicht in ihrem Aufruf zum verantwortlichen Handeln. Denn dort, wo das Gewissen nicht mehr schulbar ist, dort braucht es auch nicht geschult zu werden; dort handelt es sich um ein „präreflexives“, intuitives, angeborenes Sinn- und Werteverständnis³⁶⁾, das zum Wesen des Menschen selbst gehört.

Ihren (päd)agogischen Beitrag versteht die Logotherapie nun weniger im erzieherischen Sinne einer Gewissensschulung (und schon gar nicht in Form einer Wissensschulung), sondern eher in einer Schärfung der „Hellhörigkeit“ von Patienten jeden Alters in Bezug auf die Stimme ihres persönlichen Gewissens. Auch wenn dieses — über allen Normen stehende — persönliche Gewissen selbstverständlich irren kann, weil nichts Menschliches perfekt ist, stellt es doch das optimale, einzig vom Sinn diktierte Handlungsprinzip im menschlichen Leben dar, das es zu erlauschen und dem es zu gehorchen gilt. Zu beidem will die Logotherapie ermutigen.³⁷⁾

Die Psychotherapie hat sich lange Zeit pädagogisch berufen gefühlt, einen bestimmten „Personentypus“ umzuerziehen, nämlich Personen, die nicht oder nur schwer „nein“ sagen können. Es sind Leute, die sich von ihren Mitmenschen leicht ausnützen lassen und ihre Eigeninteressen nicht genügend verteidigen. Über eine Art „Ichstärkung“ sollten sie zum Nein-sagen-Können erzogen werden.

Die Logotherapie macht sich viel mehr noch um einen ganz anderen „Personentypus“ Sorgen, nämlich um die Scharen von heutigen Menschen, die im Grunde nicht wissen, wozu sie „ja“ sagen wollen. Was da nottut, meint sie, das sei über eine „Ichstärkung“ hinaus eine „Gewissensstärkung“, eine Erziehung zum Entschlüsseln der den einzelnen Lebenssituationen innewohnenden Sinnmöglichkeiten und zum verantwortlichen Ja-sagen-Können.

8. Evaluation und Forschung

Es liegen so viele Forschungsberichte vor, die die Thesen der Logotherapie bestätigen, daß es schwer fällt, eine repräsentative Auswahl zu treffen. In allen Erdteilen konnte das Sinnlosigkeitsgefühl als schwerwiegende Ursache seelischer Erkrankungen nachgewiesen werden. Z.B. erbrachte eine Untersuchung von 60 Studenten, die Selbstmord versucht hatten, an der Idaho State University das Ergebnis, daß 85% von ihnen an schweren Sinnfrustrationen litten; überraschend war, daß 93% von ihnen gute Studienerfolge hatten, in zufriedenstellenden häuslichen Verhältnissen lebten und körperlich gesund waren. *Stanislav Kratochvil*, *Osvald Vymetal* und *Christa Kohler* eruierten ähnlich alarmierende Daten in kommunistischen Ländern Osteuropas, *L.L. Klitzke* beobachtete denselben Trend an afrikanischen Studenten in Tansanien, *W.A.M. Black* und *R.A.M. Gregson* von der Universität in Neuseeland fanden an Gefängnisinsassen heraus, daß Kriminalität und Sinnerfüllung in umgekehrt proportionalem Verhältnis zueinander stehen, und *Hiroshi Takashima*, der eine logotherapeutische Klinik in Tokio/Japan leitet, meldete hohe Prozentsätze an noogenen Neurosen aus seinem Patientengut.

Aber auch über Erhebungen an seelisch gesunden Versuchspersonen liegen interessante Studien vor, die der logotherapeutischen Behauptung recht geben, daß Sinn gefunden werden kann von Menschen in allen Lebenslagen, also unabhängig von Alter, Bildungsgrad, Geschlecht, familiärem Stand oder Konfession. *James C. Crumbaugh*, *Stanislav Kratochvil*, *Augustine Meier*, *Leonard Murphy*, *I. Planova*, *Thomas D. Yarnell* und *Diana D. Young* haben sich um diese wissenschaftlichen Überprüfungen verdient gemacht. Dabei konnten sie exakte psychometrische Verfahren verwenden, von denen es heute allein 10 psychologische Tests gibt, die den Grad der individuellen Sinnerfüllung und Sinnorientiertheit einer Person mit statistischer Signifikanz messen.

Hinsichtlich der Effizienz logotherapeutischer Techniken häufen sich die Kontrolluntersuchungen bereits zu einer unübersehbaren Menge, vor allem aus den Reihen verhaltenstherapeutisch geschulter Wissenschaftler. *L. Michael Ascher*, Nachfolger von *J. Wolpe* an der Universitätsklinik von Philadelphia, hat zahlreiche Parallelen zwischen der Technik der paradoxen Intention und verhaltenstherapeutischen Paradoxien gezogen und stets hinzugefügt, daß die Logotherapie manche gute Erfindung der Verhaltenstherapie längst vorweggenommen habe und einigen davon sogar überlegen sei. Desweiteren ist die Güte der paradoxen Intention von *L. Solyom*, *J. Garza-Perez*, *B. L. Ledwidge* und *C. Solyom* von der Psychiatrischen Klinik der Mc Gill University in Montreal an einer Klientel chronischer Zwangsneurotiker validiert worden, wobei die Experimentatoren nicht nur auf die ausgezeichneten Erfolge mit paradoxer Intention (verglichen mit anderen Verfahren) hinwiesen, sondern besonders auf die Tatsache, daß nach Abschluß der Behandlungen niemals ein einziges Ersatzsymptom aufgetreten ist.

Zur Effizienz logotherapeutischer Einstellungsmodulationen und dereflektorischer Ansätze gibt es Belege, die seit neuestem vermehrt aus dem jungen Wissenschaftszweig der Psychosomatik eintreffen. Hat doch Frankl die Zusammenhänge zwischen der Affektlage und der Immunlage des Menschen schon lange erkannt und noch ergänzt um den Zusammenhang zwischen der geistigen Einstellung eines Menschen und dessen Affektlage. Eine positive („sinnzentrierte“) Einstellung stabilisiert nämlich die Affektlage, und diese stabilisiert ihrerseits das Immunsystem des Organismus, ein Gesichtspunkt, der die psychosomatische Medizin in die Lage versetzt, nicht nur „Gründe fürs Krankwerden“, sondern auch „Gründe fürs Gesundbleiben“ aufzufinden, was vielleicht sogar das bedeutsamere Forschungsziel ist. Auf dem Gebiet der körperlichen Krankheitsverhütung und Gesundheitsbewahrung können wir den Wert der Logotherapie noch gar nicht ermessen, erst künftige „noopsychosomatische“ Untersuchungen werden ihn uns verstehen lehren.

9. Fallbeispiel

(aus dem Buch „Auch dein Leben hat Sinn“ von Elisabeth Lukas, Verlag Herder, Freiburg/Br., 1980, gekürzt)

Die vielfältigste Kombination habe ich einmal bei einem besonders hartnäckigen Fall von *Seilbahn-Furcht* angewandt. Es handelte sich um eine Frau, deren Ehemann eine Vorliebe für Bergfotos hatte und jeden Urlaub dazu verwendete, in den Bergen auf Motivsuche zu

gehen. Seine Frau liebte es, ihn zu begleiten, aber sie konnte sich nicht überwinden, die Seilbahnen zu benützen. Nun war sie in früheren Jahren die Berge zu Fuß hinaufgestiegen und eben etwas später am vereinbarten Treffpunkt zu ihrem Mann gestoßen, der inzwischen die Seilbahn benutzt hatte. Doch mittlerweile war ihr das Bergsteigen zu beschwerlich, und so häuften sich die Konflikte. Sie war jahrelang bei Nervenärzten in Behandlung gewesen und hatte verschiedenste Medikamente ausprobiert, unter deren Schutz sie hin und wieder Seilbahnfahrten riskieren konnte, aber nur unter Herzklopfen, Schwindelgefühlen und mit geschlossenen Augen, während sie sich an ihren Mann klammerte.

Als diese Frau zu mir kam, war es Januar, und sie gestand, daß sie sich bereits vor dem Sommer fürchtete und am Überlegen war, ob sie diesmal nicht allein zu Hause bleiben werde. Aber ich unterbreitete ihr einen Gegenvorschlag: Da wir die Therapie nicht an Ort und Stelle, also in der Seilbahn, üben konnten, sollte sie die Therapie ganz allein bei sich selbst durchführen. In dem halben Jahr, das uns bis zum Sommer blieb, würde ich ihr alle geeigneten Methoden so sicher anlernen, daß sie aus eigener Kraft die Angst überwinden könne.

Und wir nutzten das halbe Jahr gut. In allen möglichen geschlossenen Verkehrsmitteln übten wir die paradoxe Intention, wobei sie sich vorstellen mußte, sie befinde sich nicht im Bus, sondern in der Seilbahn. Daneben lernte sie die „progressive Muskelrelaxation“ (nach *Jacobson*). Zusätzlich suchten wir Beschäftigungsmöglichkeiten, die sich in einem geschlossenen Verkehrsmittel durchführen ließen und ihre ganze Aufmerksamkeit erforderten, wobei sie das Auflösen schwerer Kreuzworträtsel und Briefeschreiben bevorzugte. So vorbereitet fuhr ich mehrmals kurze Strecken in einem Zugabteil, wo sie von sich aus die therapieadäquate Reaktion zu suchen hatte, während ich ihr herausfordernde Fragen zur imaginären Seilbahnfahrt stellte.

Übungseinheit: (ich frage, sie antwortet)

Wir gehen gemeinsam zum Zug.

Frage: Wie nützen Sie die Zeit vor dem Betreten der Seilbahn?

Antwort: Ich nehme mir innerlich fest vor, nur unter größtem Herzklopfen die Seilbahn zu betreten, schließlich will ich auch etwas haben für mein Geld.

Frage: Was ist mit den Augen?

Antwort: Die werde ich selbstverständlich offenlassen, sonst ver säume ich das schönste Schwindelgefühl, und es gibt nichts Schöneres auf der Welt als richtig schwindlig zu sein, das ist wie Champagner-Trinken, sag ich Ihnen!

Wir betreten den Zug und setzen uns in ein Abteil.

Frage: Die Zeit des Wartens ist gefährlich, oder?

Antwort: Ach wo, ich habe doch ein Rätselheft bei mir, und da werde ich mich jetzt gleich hineinvertiefen. Ich will nämlich eine Wette mit meinem Mann abschließen: Ich behaupte, daß ich ein großes Silbenrätsel bis zur Bergstation fehlerfrei fertigbekomme, was er mir natürlich nicht glaubt. Der Gewinner bekommt eine silberne Anstecknadel: er für den Hut, ich für die Jacke.

Der Zug beginnt zu fahren, die Frau löst Rätsel.

Frage: Die Seilbahn schwankt ein wenig, und Sie bekommen doch ein „komisches Gefühl“, wird die Angst jetzt siegen?

Antwort: Die Angst wird nicht siegen, sie möchte es zwar gerne, aber es soll ihr nicht gelingen. Denn gegen das komische Gefühl weiß ich etwas: Fäuste anspannen und die Spannung halten . . . langsam loslassen, das Gefühl der Entspannung genießen . . . und das mehrmals hintereinander. Wenn ich dann auf das Kreuzworträtsel schaue, bin ich wieder topfit!

Frage: Die Seilbahn nähert sich der Bergstation, Sie müssen das Rätselheft einpacken, was nun?

Antwort: Jetzt bin ich stolz, und vor lauter Stolz werfe ich noch einen Blick zum Fenster hinaus — soll doch kommen was will. Und wenn die ganze Gondel hinunterfällt, ich habe es gewagt, aus dem Fenster zu blicken; und wenn sich die ganze Gondel um ihre eigene Achse dreht — das wäre doch einmal lustig! — ich blicke allem zum Trotz aus dem Fenster!

Der Zug hält an einer Station und wir steigen aus.

Frage: Sie verlassen die Seilbahn. Könnte nicht nachträglich die Angst Sie beschleichen?

Antwort: Die Angst, die lassen wir schön drin in der Seilbahn, wozu soll ich sie mitnehmen? Vielleicht findet sie einen anderen Passagier, der sich mit ihr anfreundet? Die Gondel ist noch da und nicht hinuntergefallen, das Herz ist noch da und nicht zersprungen; schade, ich wollte ein bißchen Abwechslung erleben, aber es passiert doch rein gar nichts auf so einer Gondelfahrt! Oh Schreck, jetzt fällt mir ein, daß das Rätsel nicht fertig ist, na, während der Rückfahrt mit der Seilbahn kann ich ja weiterknobeln. Da freue ich mich schon darauf! Aber die Anstecknadel bekommt leider mein Mann.

Wie unschwer zu erkennen ist, enthielt die Übungseinheit Elemente der paradoxen Intention (zum Abbau der Erwartungsängste), der Dereflexion (zur Überbrückung „gefährlicher“ Zeitspannen), der Selbstentspannung (für den Notfall) und der Aktivierung der „Trotzmacht des Geistes“ (zur Festigung der inneren Sicherheit). Damit ausgerüstet fuhr die Patientin auf Urlaub. Und nach einiger Zeit erhielt sich eine schöne Bergmotivkarte von ihr, auf der geschrieben stand: *„Sehr geehrte, liebe Frau Dr. Lukas! Das Kreuzworträtsel ist fertig, und bevor ich anfangen, mit der Angst zu liebäugeln, schreibe ich Ihnen ein paar Zeilen. Ja, es ist wahr, ich schreibe in der Seilbahn auf dem Rücken meines Mannes, mit offenen Augen, und er kommt aus dem Staunen nicht heraus. Nicht wahr, Sie staunen auch? Ihre ...“*

10. Kritische Reflexion des Verfahrens

Es gibt drei Einwände, die von Kritikern gegen die Logotherapie erhoben werden, nämlich: sie sei einseitig, sie gehe allzu kognitiv („verkopft“) vor, und sie verlange zuviel vom Patienten. Teilweise treffen diese Kritikpunkte zu. Vor allem der letzte: die Logotherapie ist keine bequeme, angenehme Psychotherapie. Der Patient kann sich nicht unbegrenzt „ausweinen“, er darf sich nicht selbst bemitleiden, und es wird ihm schon gar nicht erlaubt, die gesamte Schuld an seinen Schwierigkeiten auf die Mitmenschen zu schieben. Auch wird er sofort gebremst, wenn er dazu neigt, seine Sorgen zu hyperreflektieren, und wird ständig aufgefordert, sich ihnen gegenüber noch einen letzten Entscheidungsfreiraum abzutrotzen. Die Logotherapeuten meinen jedoch, was sie ihren Patienten abverlangen, sei „viel“, nicht „zuviel“. Es müsse viel sein, weil auch viel auf dem Spiel stehe: die Erfüllung eines Menschenlebens. Ein Patient, der eine logotherapeutische Behandlung durchgemacht hat, ist ja nicht nur von einigen mehr oder weniger neurotischen Symptomen erlöst, er ist, wenn die Behandlung erfolgreich war, auch gelöst, und zwar von den Ketten aller ihn lähmenden Abhängigkeiten von seelischen oder körperlichen Schwächen, vergangenen Träumen oder gegenwärtigen Umwelteinflüssen, kurz, er wird nicht bloß befreit von seiner Krankheit, sondern frei zu demjenigen, wofür er gesund werden wollte.

Das erfordert schon ein Stück Arbeit, auch ein Stück „Mitarbeit“ des Patienten beim therapeutischen Werk. Daß dies allerdings immer nur eine kognitive Arbeit sei, stimmt nicht ganz. Geist ist nicht einfach gleichzusetzen mit Kognition und Intellekt. In Geistiges fließen durchaus Gefühle mit ein, wie die wortwörtliche Übersetzung jener Wissen-

schaftslehre zeigt, die sich ausschließlich mit Geistigem befaßt. „Philosophie“ heißt ja „Liebe zur Weisheit“, „Liebe“ als Ausdruck ihres gefühlsmäßigen Anteils an Hingabe und Verbundenheit, und „Weisheit“ als Ausdruck ihres kognitiven Anteils an Erkenntnis und Erfahrung. Ähnlich ist es beim „Willen zum Sinn“. Das „Wollen“ ist niemals bloß eine Sache des Verstandes, es hat auch mit Sehnsüchten, Wünschen, emotionalen Bewertungen zu tun — es besitzt gleichsam wie das „Lieben“ eine Komponente starker seelischer Beteiligung — während der „Sinn“ das Pendant zur Weisheit darstellt, das objektiv Vernünftige, da sich dem Denken erschließt. So spricht die Logotherapie die Herzen ihrer Patienten an, auch wenn noch so viel mit dem Kopf gearbeitet wird; sie macht „feinfühlicher“, je „hellhöriger“ sie werden läßt für das Gebot der Stunde.

Womit der Vorwurf der Einseitigkeit übrigbliebe. *Franz Kreuzer* spricht von einer „laserstrahlartigen Konzentration“ der Logotherapie auf den Sinn³⁸⁾, manche Kritiker verurteilen *Frankl* als „Prediger des Sinns“. Nun, es gab eine Zeit, da kam der Begriff „Sinn“ weder in der Psychologie, noch in der Medizin vor, einzig und allein in den frühen Schriften *Frankls*. Dabei schwelte das Sinnlosigkeitsgefühl weltweit unter der Oberfläche zivilisationskranker Völker, um bald als akute Krankheit vulkanartig auszubrechen. *Frankl* hat diese Entwicklung um Jahrzehnte vorausgesehen, aber er konnte sie selbstverständlich nicht aufhalten, und niemand glaubte ihm. Daraufhin sammelte er mit wissenschaftlicher Akribie empirische Befunde über die hohen Korrelationen zwischen seelischer Krankheit und fehlender Sinnorientierung³⁹⁾, die seine Theorie unterstützten. Man begann, ihn ernst zu nehmen. Schließlich wurde der Sinnverlust immer spürbarer, er erfaßte die Jugend und machte sie rebellisch, er befiel die ältere Generation und irritierte sie . . . , endlich konnten die Fachleute nicht mehr umhin, ihn wenigstens zu registrieren. Heute ist das Sinnproblem fast schon zur Mode geworden, denn allerorten wird davon gesprochen, freilich meist ohne zu erwähnen, wer der Pionier auf diesem Gebiet gewesen ist und wie er es gedeutet hat. Eines aber darf man von solchen „Neuentdeckern“ des menschlichen Sinnbedürfnisses nicht erwarten: sie können die quantitativen und qualitativen Errungenschaften eines halben Jahrhunderts logotherapeutischer Forschung nicht mehr einholen. Aus der ursprünglichen Einseitigkeit der Logotherapie ist, was das gegenwärtige „existentielle Vakuum“ betrifft, eine fachliche Unschlagbarkeit geworden.

11. Zusammenfassung

Viktor E. Frankl hat seine Theorie bis in eine metaklinische Lehre vom Wesen des Menschen, also bis in eine philosophische Anthropologie hinein verfolgt und an Hand einer Fülle von Kasuistik bewiesen, daß sie sich trotz aller Kompliziertheit und Komplexität problemlos in die ärztlich-psychologische Praxis umsetzen läßt. Dabei kennzeichnen zwei Marksteine seine Theorie, nämlich 1) daß der Mensch letztlich ein um den konkreten Sinn seines persönlichen Daseins geistig ringendes Wesen ist, und 2) daß der neurotische Mensch, aus irgendeinem psychophysischen Grunde unsicher geworden, zur Kompensation dieser seiner Unsicherheit des Haltes am Geistigen ganz besonders bedarf⁴⁰⁾. Das Anliegen der Logotherapie ist es daher, 1) dem seelisch gesunden Menschen in seinem geistigen Ringen Beistand zu leisten, und 2) den seelisch kranken Menschen zu lehren, mit geistigen Waffen gegen seine Krankheit vorzugehen. Beides geschieht auf der Basis einer Bewußtmachung des „tragenden geistigen Grundes alles Menschseins“: der Sinnorientiertheit des Menschen und seiner Verantwortlichkeit für die Sinnerfüllung.

Insofern nun, als die Logotherapie die geistige Dimension des Menschen - der ihr Untersuchungs- und Arbeitsauftrag gilt - als die eigentlich menschliche, die *humane* Dimension betrachtet, wächst sie über ihre Position als „humanistische Psychologie“ hinaus und zu einer „rehumanisierten Psychotherapie“ heran.

Quellenhinweise

- 1) Anspielung auf den Titel der Festrede, die Viktor E. Frankl anlässlich des 3. Weltkongresses für Logotherapie 1983 gehalten hat: „Argumente für einen tragischen Optimismus“. Dieser Vortrag wird abgedruckt im Sammelband „Sinn-voll heilen“, Verlag Herder, Freiburg/Br., im Erscheinen.
- 2) Anspielung auf den Buchtitel „... trotzdem Ja zum Leben sagen“ von Viktor E. Frankl, Kösel Verlag und dtv, München, 1982.
- 3) Viktor E. Frankl, „Theorie und Therapie der Neurosen“, Verlag Ernst Reinhardt, München, 1982, Seite 9.
- 4) Viktor E. Frankl, „Theorie und Therapie der Neurosen“, Verlag Ernst Reinhardt, München, 1982, Seite 199.
- 5) Franz Kreuzer im Gespräch mit Viktor E. Frankl, „Im Anfang war der Sinn“, Verlag Franz Deuticke, Wien, 1982, Seite 72.
- 6) Viktor E. Frankl, „Die Sinnfrage in der Psychotherapie“, Verlag Piper, München, 1981, Seite 38.
- 7) Viktor E. Frankl, „The Will to Meaning“, New American Library, New York, London und Scarborough, 1981, Seite VII.

- 8) Viktor E. Frankl in „Forschungen und Fortschritte“, Band 35, Heft 2, 1961 (Zeitschrift, hrsg. von der Deutschen Akademie der Wissenschaften).
- 9) Viktor E. Frankl, „Ärztliche Seelsorge“, Verlag Franz Deuticke, Wien, 10. Aufl. 1982, Seite 236.
- 10) Viktor E. Frankl, „Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn“, Verlag Piper, München, 1982, Seite 15.
- 11) Viktor E. Frankl, „Das Leiden am sinnlosen Leben“, Verlag Herder, Freiburg/Br., 1981, Seite 81/82.
- 12) Viktor E. Frankl, „Ärztliche Seelsorge“, Verlag Franz Deuticke, Wien, 10. Aufl. 1982, Seite 117.
- 13) Viktor E. Frankl, „Die Sinnfrage in der Psychotherapie“, Verlag Piper, München, 1981, Seite 66.
- 14) Viktor E. Frankl, „Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie“, Verlag Hans Huber, Bern, 1975, Seite 214.
- 15) Viktor E. Frankl, „Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie“, Verlag Hans Huber, Bern, 1975, Seite 217.
- 16) Viktor E. Frankl, „Der unbedingte Mensch“, Verlag Franz Deuticke, Wien, 1949 (vergriffen).
- 17) Elisabeth Lukas, „Auch deine Familie braucht Sinn“, Verlag Herder, Freiburg/Br., 1981, Seite 190/191.
- 18) „Lebenslauf und Lebensziele“, hrsg. von Charlotte Bühler und Fred Massarik, Verlag Gustav Fischer, Stuttgart, 1969, Seite 295.
- 19) Viktor E. Frankl, „Ärztliche Seelsorge“, Verlag Franz Deuticke, Wien, 10. Aufl. 1982, Seite 90.
- 20) Viktor E. Frankl, „Ärztliche Seelsorge“, Verlag Franz Deuticke, Wien, 10. Aufl. 1982, Seite 37f.
- 21) Viktor E. Frankl, „Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie“, Verlag Hans Huber, Bern, 1975, Seite 109.
- 22) Viktor E. Frankl in „Jahrbuch für Psychologie und Psychotherapie“ 1, 1953, Seite 186, enthalten im Buch „Ärztliche Seelsorge“, Verlag Franz Deuticke, Wien, 10. Aufl. 1982, Seite 31/32.
- 23) Viktor E. Frankl, „Theorie und Therapie der Neurosen“, Verlag Ernst Reinhardt, München, 1982, Seite 48 (Die geringfügige Abweichung der Zeichnung im Text von der Zeichnung im Buch ist von Frankl selbst vorgenommen worden.)
- 24) Elisabeth Lukas, „Von der Tiefen- zur Höhenpsychologie“, Verlag Herder, Freiburg/Br., 1983, Seite 253.
- 25) Viktor E. Frankl, „Ärztliche Seelsorge“, Verlag Franz Deuticke, Wien, 10. Aufl. 1982, Seite 19.
- 26) Viktor E. Frankl, „Die Psychotherapie in der Praxis“, Verlag Franz Deuticke, Wien, 4. Aufl. 1982, Seite 8.
- 27) Der Begriff „Einstellungsmodulation“ wurde von Elisabeth Lukas geprägt und taucht erstmals in ihrem Buch „Auch dein Leben hat Sinn“, Verlag Herder, Freiburg/Br., 1980, Seite 74ff. auf.
- 28) Viktor E. Frankl, „Theorie und Therapie der Neurosen“, Verlag Ernst Reinhardt, München, 1982, Seite 39f.
- 29) Viktor E. Frankl, „Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn“, Verlag Piper, München, 1982, Seite 225f.
- 30) „Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie“, hrsg. von Viktor E. Frankl, Victor E. von Gebattel und J. H. Schultz, Band III, Verlag Urban & Schwarzenberg, München, 1959, Seite 758ff.

- 31) *Elisabeth Lukas*, „Von der Tiefen- zur Höhenpsychologie“, Verlag Herder, Freiburg/Br., 1983, Teil II, Kapitel 9 und 10.
- 32) *Viktor E. Frankl*, „Die Psychotherapie in der Praxis“, Verlag Franz Deuticke, Wien, 4. Aufl. 1982, Seite 58/59.
- 33) *Viktor E. Frankl*, „Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie“, Verlag Hans Huber, Bern, 1975, Seite 314f.
- 34) *Uwe Böschmeyer* in „The International Forum of Logotherapy“, Volume 5, Number 1, Verlag Human Sciences Press Inc., New York/London, 1982. Vgl. auch: *Nikolaus Petrilowitsch*, „Probleme der Psychotherapie alternder Menschen“, Verlag Karger, Basel, 1964 (Das Buch enthält 3 Kapitel über Logotherapie bei alternden Menschen.)
- 35) Vgl. dazu: *Walter Böckmann*, „Sinn-orientierte Leistungsmotivation und Mitarbeiterführung“, Verlag Ferdinand Enke, Stuttgart, 1980.
- 36) *Viktor E. Frankl*, „Der unbewußte Gott“, Verlag Kösel, München, 1979, Seite 26f.
- 37) *Viktor E. Frankl*, „Das Leiden am sinnlosen Leben“, Verlag Herder, Freiburg/Br., 1981, Seite 29.
- 38) *Franz Kreuzer* im Gespräch mit Viktor E. Frankl, „Im Anfang war der Sinn“, Verlag Franz Deuticke, Wien, 1982, Seite 7.
- 39) U. a. nachgewiesen von *Elisabeth Lukas* in ihrer Dissertation „Logotherapie als Persönlichkeitstheorie“, die in Kurzform als eigenes Kapitel im Buch „Der Wille zum Sinn“ von Viktor E. Frankl, Verlag Hans Huber, Bern, 3. Aufl. 1972-82, enthalten ist.
- 40) *Viktor E. Frankl*, „Die Psychotherapie in der Praxis“, Verlag Franz Deuticke, Wien, Vorwort zur 1. Aufl. 1947.

Literatur

- Walter Böckmann*, Sinn-orientierte Leistungsmotivation und Mitarbeiterführung. Ein Beitrag der Humanistischen Psychologie, insbesondere der Logotherapie nach Viktor E. Frankl, zum Sinn-Problem der Arbeit, Verlag Enke, Stuttgart 1980.
- , Psychologie des Heilens. Arbeit - Konflikt - Kranksein in der Industriegesellschaft. Verlag Herder, Freiburg/Br. 1982.
- Detmar Bösch*, Friedenspädagogik im Unterricht. Theorie und Praxis der Logotherapie Viktor E. Frankls und ihre Bedeutung für unterrichtliches Planen und Handeln, Universität Oldenburg 1982.
- Uwe Böschmeyer*, Die Sinnfrage in Psychotherapie und Theologie. Die Existenzanalyse und Logotherapie Viktor E. Frankls aus theologischer Sicht, Verlag Walter de Gruyter, Berlin 1977.
- Karl Dienelt*, Erziehung zur Verantwortlichkeit. Die Existenzanalyse Viktor E. Frankls und ihre Bedeutung für die Erziehung, Österr. Bundesverlag, Wien 1955.
- , Von Freud zu Frankl, Österr. Bundesverlag, Wien 1967.
- , Von der Psychoanalyse zur Logotherapie, Verlag Ernst Reinhardt, München 1973.
- Dieter Doering*, Die Logotherapie Viktor Emil Frankls, Universität Köln 1981.
- Joseph Fabry*, Das Ringen um Sinn. Eine Einführung in die Logotherapie, Verlag Herder, Freiburg/Br., 3. Aufl. 1973-1980.
- Viktor E. Frankl*, Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn. Eine Auswahl aus dem Gesamtwerk, Verlag Piper, München 1979.
- , Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse, Verlag Franz Deuticke, Wien, und Kindler, München, 11. Aufl. 1946-1982.
- , ...trotzdem Ja zum Leben sagen. Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager, Verlag Kösel und dtv, München, 6. Aufl. 1977-1982.

- , Der Wille zum Sinn. Ausgewählte Vorträge über Logotherapie. Verlag Hans Huber, Bern, 3. Aufl. 1972-1982.
- , Die Psychotherapie in der Praxis. Eine kasuistische Einführung für Ärzte, Verlag Franz Deuticke, Wien, 4. Aufl. 1947-1982.
- , Der unbewußte Gott. Psychotherapie und Religion Verlag Kösel, München, 5. Aufl. 1948-1979.
- , Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie, Verlag Hans Huber, Bern 1975.
- , Theorie und Therapie der Neurosen. Einführung in die Logotherapie und Existenzanalyse, Verlag Ernst Reinhardt, München, 5. Aufl. 1956-1982.
- , Die Sinnfrage in der Psychotherapie, Verlag Piper, München 1981.
- , Psychotherapie für den Laien. Rundfunkvorträge über Seelenheilkunde, Verlag Herder, Freiburg/Br., 9. Aufl. 1971-1981.
- , Das Leiden am sinnlosen Leben. Psychotherapie für heute, Verlag Herder, Freiburg/Br., 6. Aufl. 1977-1981.
- , Psychotherapy and Existentialism. Selected Papers on Logotherapy, Verlag Simon and Schuster, New York, und Souvenir Press, London, 10. Aufl. 1967-1978.
- , The Will to Meaning. Foundations and Applications of Logotherapy. Verlag New American Library, New York, 7. Aufl. 1969-1981.
- , The Unheard Cry for Meaning. Psychotherapy and Humanism. Verlag Simon and Schuster, New York, und Hodder and Stoughton, London, 4. Aufl. 1978-1979.
- Franz Kreuzer im Gespräch mit Viktor E. Frankl*, Im Anfang war der Sinn, Verlag Franz Deuticke, Wien 1982.
- Elisabeth Lukas*, Auch dein Leben hat Sinn. Logotherapeutische Wege zur Gesundheit, Verlag Herder, Freiburg/Br. 1980.
- , Auch deine Familie braucht Sinn. Logotherapeutische Hilfen in Ehe und Erziehung, Verlag Herder, Freiburg/Br. 1981.
- , Auch dein Leiden hat Sinn. Logotherapeutischer Trost in der Krise, Verlag Herder, Freiburg/Br. 1981.
- , Von der Tiefen- zur Höhenpsychologie. Logotherapie in der Beratungspraxis, Verlag Herder, Freiburg/Br. 1983.

Existenzialpsychologisch-Meditative Therapie

Das Tor zum Insgeheimen Öffnen*

Aleš Wotruba und Sarka Wotruba

1. Definition

„Heute ist das Wesen nur noch mit unwesentlichen Mitteln zu erfassen, weil sich das Wesen als solches bis zur Unkenntlichkeit verwandelt hat und wir diesem einfach nicht mehr genügen.“ *Ivan Divis* 1981

Die Worte des Dichters führen uns direkt zur Sache. Was ist Meditation? Die den Psycho-Markt in jüngster Zeit überschwemmenden Schriften bieten viele Definitionen an. Das Thema „Meditation“ ist von der allgemeinen Verwirrung bezüglich des Wesentlichen nicht verschont geblieben.

Im folgenden sollen Sattipathana (*Nyanaponika* 1970), eine Klarblickmethode des Theravadabuddhismus, und Zen, der japanische Weg der Mahayanabuddhisten, als zwei Beispiele der Meditationstechniken vorgestellt werden. Während der Zen dank Beiträgen namhafter Psychologen (*Watts* 1970, *Fromm* 1960, *Graf Dürckheim* 1949, 1954c) inzwischen für ein breiteres Publikum zum Begriff geworden ist, blieb die Sattipathana bisher im Westen unbekannt, obwohl das ihr zugrundeliegende System der Abhidhamma-Psychologie nach Meinung vieler Autoritäten auf diesem Gebiet die reinste Form der buddhistischen Lehre darstellt.

Die Praxis von Sattipathana und Zen gliedert sich in einzelne, meistens beiden Systemen gemeinsame Übungen (*Ananda* 1962), die als letztes Ziel eine vollkommene Emanzipation von allen leidenverursachenden Bedingtheiten anstreben. Diese beiden in der Psychotherapie gut anwendbaren Methoden werden (nicht ganz der traditionellen Bedeutung des Wortes entsprechend) als Meditation verstanden. Meditationsausübung mit psychohygienischen und therapeutischen Zielen erfährt gegenwärtig eine wachsende Popularität. Nachteile dabei sind, daß auch viele dilettantische, oberflächliche oder gar pathogene Angebote hemmungslos vermarktet werden, indem sie die in unserer Zivilisation geläufigen Verdrängungen, Frustrationen und Tabus konsumpolitisch ausnützen. Dies hat oft Schädigungen der Konsumenten,

*) *Medard Boss*, dem wir so viel zu verdanken haben, zum achtzigsten Geburtstag.

Beschuldigungen der Befürworter und eine zunehmende Verwirrung der Öffentlichkeit — die Angehörigen der helfenden Berufe miteingeschlossen — zur Folge. Somit wird auch für uns die überaus wichtige Grundfrage aller bewährten altehrwürdigen Meditationssysteme eröffnet: die Ethik.

Alle Methoden der Meditation (auch wenn es ihre Vertreter eventuell leugnen) stehen in Beziehung zu einem kulturell geprägten Wissensgebäude. Die zweite Grundfrage gilt also der kognitiven Landkarte, die auf dem Wege der Meditation benützt wird und die bei der Übersetzung in die Sprache unserer Psychologie meist auf Theorie und Methodik reduziert wird. Die Analyse und Beleuchtung der theoretischen Grundlagen, die eine Besinnung über die semantische Zugehörigkeit der Erklärungen und Auslegungen mitberücksichtigen muß, ist Hauptziel der vorliegenden Arbeit. Unsere Analyse richtet sich allerdings nicht primär auf die Theorien der Meditation, wie es die meisten wissenschaftlichen Abhandlungen auf diesem Gebiet tun, sondern auf die Ausführungsart der wirklich in der Psychotherapie angewandten meditativen Praktiken. Wo der psychologische Interpretationscode nicht ausreicht, um die Kommensurabilität der Theoreme und der methodischen Konzepte zu ergründen, was oft der Fall sein wird, greift die Analyse auf das der Meditation eigene Wissensgebäude zurück. Weil der Begriff Meditation sehr unpräzise und variabel gebraucht wird und weil es um Psychotherapie geht, interessiert hier nur die Meditation im Rahmen von klinischen Methoden, die von Anfang an auf dem Boden der wissenschaftlichen Psychologie steht (Pongratz 1973). Somit fallen die „meditationsähnlichen Verfahren“ und „Versuche, die Meditation als Therapeutikum einzusetzen“, die in dem Überblicksartikel von Scharfetter (1979) mitberücksichtigt werden, aus dem Feld unserer Analyse weg. Entgegen den undifferenzierten Behauptungen, Meditation sei an sich schon Psychotherapie (z. B. in Reiter 1976), gelten hier als Psychotherapie nur solche Verfahren, die gezielt methodisch das Leiden einer konkreten Person, einer Beziehung oder einer Gruppe angehen.

Es gibt einige psychologische Methoden, die die Kriterien einer „Psychotherapieform“ (Pongratz 1973) erfüllen und sich als meditativ verstehen (Boorstein 1980; Gendlin 1974, 1978, 1980; Petzold 1977, 1983; etc.); sie werden als *meditative Psychotherapieverfahren* bezeichnet. Wenn Meditation im Rahmen der psychotherapeutischen Strategie als Medium der erlebniszentrierten oder funktionalübungsorientierten Arbeit (Petzold 1983) von Patienten oder aber auch von Therapeuten (Scharfetter 1979, S. 87ff) systematisch ausgeübt

wird, handelt es sich um eine Anwendung *meditativer Praktiken*. Wo Meditationsmethoden für ethische Diagnose und Reflexion der therapeutischen Intervention in Supervision (Frýba 1978, S. 62, 68 ff; 1980, S. 80) oder für Planung und Gestaltung der Therapiebeziehung (Fryba und Spring 1982, S. 125 ff) angewendet werden, nützt die Konzeptualisation der *Meditation als Metatherapie* (Goleman 1971), d. h. als „eine andere Psychotherapie ergänzendes, im Ziel den therapeutischen Horizont weit überschreitendes Verfahren“ (Scharfetter 1979, S. 86).

2. Geschichte

Der kulturelle Hintergrund bedarf einer eingehenden Klärung, soll die Meditation nicht bis zur Unkenntlichkeit und in ihrer ursprünglichen Funktion entstellt werden. Im folgenden soll der Typus des *Schamanen*, des *Yogi* und des *Buddha* dargestellt und gegeneinander abgehoben werden, um die außereuropäischen kulturellen Einflüsse auf die heute praktizierte Meditation zu verdeutlichen.

Die Annahme, es gebe geschichtslose Kulturen, ist genauso unhaltbar, wie das immer noch weit verbreitete Vorurteil einer einzigen, nämlich der westlichen Geschichtlichkeit, woraus sich Maßstäbe für das Verständnis anderer Völker von selbst ergeben würden. Gegen die Geschichtslosigkeit einer noch so primitiv wirkenden Kultur sprechen jene merkwürdigen, überall anzutreffenden Mythen von „*illu tempi*“, die von einer paradiesischen Zeit des Himmels auf Erden, als die Götter noch nahe waren, berichten. Die Entrückung des Himmels in weite Ferne und die sich daraus ergebende Unerreichbarkeit der Götter wurde manchmal als Folge eines rituellen Fehlers, manchmal als Folge ungebührlicher Hybris (unsere alttestamentliche Vertreibung aus dem Paradies) oder als eigene Verschuldung angesehen.

Der Mensch, welcher Kultur auch immer er angehört, ist sich schmerzhaft bewußt, daß sich die Welt in einem unaufhörlichen Wandel befindet. Die archaische Menschheit bemüht sich allerdings, das Aufkommen einer Geschichte in unserem Sinne zu verhindern. Die rituellen Handlungen folgen überall einem Paradigma, das *Eliade* (1953) in Anlehnung an *Nietzsche* den „Mythos der ewigen Wiederkehr“ nannte. Er sieht in dieser Verweigerung jedoch alles andere als eine ontologische Gleichgültigkeit, die dem Primitiven nicht selten nachgesagt wird, weil man übersieht, von welcher immensen Sorge um das eigene und gemeinsame Dasein, von welchem Durst nach dem Wirklichen, von welcher Furcht vor einem Versinken in die Bedeu-

tungslosigkeit der profanen Existenz sein unermüdliches Festhalten am Thema der ewigen Wiederkehr zeugt.

Es bedarf nicht geringer Anstrengung, uns von unserem eigenen Mythos der fortschreitenden und (vielleicht) fortschrittlichen Linearität zu lösen und die sich aus der nichtlinearen Zeitlichkeit ergebenden sozialen und religiösen Strukturen in ihrer Dynamik zu erfassen. Ähnliche Schwierigkeiten stellen sich dem Verständnis der phänomenologischen Methode des hermeneutischen Umkreisens in den Weg, denn auch hier wird ein Umdenken vorausgesetzt, das einen entscheidenden Bruch mit der uns allen eingepflichten, eingleisigen Linearität bewirkt.

Während Heidegger mit der in „Sein und Zeit“ (1927) entworfenen Daseinsanalytik die Struktur der menschlichen Existenz freizulegen versuchte, gebührt *Eliade* das Verdienst, die religiöse Struktur, unter anderem diejenige des Schamanismus, in der archaischen Welt verdeutlicht zu haben. Das Gemeinsame beider Ansätze besteht darin, daß eine eindimensionale, eben nomothetische Erklärung der Phänomene zugunsten eines hermeneutischen Auslegens zurückgewiesen wird.

Die Ausführungen *Eliades* deuten einerseits darauf hin, wie fremd dem Primitiven unsere Vorstellung des linearen Zeit- und Geschichtsverlaufs und wie anstößig gegen die göttliche Ordnung sie ihm erscheinen muß. Andererseits erweist sich jedoch das immer noch geläufige Klischee der dem Zeitlichen gegenüber angeblich gleichgültigen archaischen Verhaltensweise als eine bloß oberflächliche Beobachtung, die außer Acht läßt, mit welcher Sorge und Hingabe der Primitive zu bestimmten Zeiten, etwa beim Neujahrsfest, an der mythischen und rituellen Wiederherstellung der kosmischen Ordnung beteiligt ist. Der Unterschied in der Einstellung dem Zeitlichen gegenüber spiegelt das verschieden geartete Verhältnis zum Sein wider, dessen eigentliche und uneigentliche Modi freizulegen ja das Anliegen des nicht vollendeten Werkes „Sein und Zeit“ (1927) ist.

2.1 Vorläufer

Wenn nun die Gestalt des Schamanen als erstes Beispiel der initiatischen „Primitiven“ kurz vorgestellt wird, so kann dies nur vor dem Hintergrund seiner Gemeinschaft und ihrer Normen geschehen (Friedrich 1955). Der Schamane wurde zuerst in Sibirien von russischen Forschern beschrieben. Er stellt den Typus eines ekstatischen Heilers, Medizinmannes dar, der zur „Himmels-“ oder (im Fall des sogenannten schwarzen Schamanen) „Unterweltsreise“ fähig ist. Die Funktion

seiner Ekstase ist als eine heilende Handlung zu betrachten, welche die von den Geistern in Besitz genommene Seele auf die Erde zurückholen will.

Das Wort „Schamane“ stammt aus dem tungusischen Wortschatz, wobei bis heute unklar bleibt, ob etwa der buddhistische Pali-Titel für den Asketen „Samana“ nicht die eigentliche Quelle ist, zieht man den nachweislichen Einfluß des indischen Kulturbereiches auf die Völker Sibiriens in Betracht. Selbst wenn letzteres zutreffen sollte, bleibt allerdings das Verhältnis des einer höheren zivilisatorischen Stufe entstammenden Buddhisten zum Schamanen der Jägerstämme immer noch ungeklärt. So lassen sich im buddhistischen Sri Lanka schamanistische Rituale beobachten, die keinesfalls als Widerspruch zu der Lehre des Erhabenen empfunden werden (*Fryba* 1982c). Sogar die Bezeichnung des Lehrmeisters des sonst eher nüchtern wirkenden Theravadabuddhismus als „arahat“, läßt schamanistische Untertöne anklingen, ergibt doch dieses Wort das singhalesische Verbum „rahatve“, das soviel wie „Verschwinden“, „augenblicklich von einem Punkt zum anderen wechseln“ bedeutet (*Eliade* 1975, S. 390).

Der Versuch, einen idealen Typus des Schamanen zu rekonstruieren (vgl. *Castaneda* 1973), wäre genauso frucht- und ergebnislos wie die Suche nach einem reinen buddhistischen Lebenswandel (*Hesse* „Siddhartha“). Der Ethnologe wie auch der Religionsforscher treffen vielmehr lebende Traditionen an, die durch verschiedenste Einflüsse geprägt wurden, wofür schon in der Etymologie ausreichend Hinweise zu finden sind. Darüber hinaus käme jeder Versuch einer (Re)Konstruktion des idealen „patterns“ einer Eingleisigkeit gleich, wie sie nur in einer mathematisierten, zunehmend nomothetisch gekennzeichneten Kultur, die sich schon im idiographischen Umgang mit ihrer eigenen Geschichtlichkeit (*Windelband* 1884) schwer tut, auftreten kann.

In einer zusammenfassenden Darstellung zum Thema „Schamanen — Urbild des Therapeuten“ (1983) verweist *Scharfetter* sowohl auf die unrühmlichen Versuche der Psychiater auch in jüngster Vergangenheit, das ethnologische Material über das Schamanentum in psychopathologische Kategorien zu übersetzen und somit zu „erklären“, als auch auf die verblüffende Parallelität des Schamanendaseins mit der Stellung des modernen Psychotherapeuten (vgl. auch *Lévi-Strauss* 1979). Die bei *Scharfetter* hervorgehobenen sogenannten „paranormalen Bewußtseinsweisen“ des Schamanen setzen allerdings ein Weltbild voraus, das der Jägerkultur völlig unvorstellbar wäre.

Die gegenwärtig weit verbreitete Meinung, wonach der Schamane Einblick in den Kosmos hat, also über die alltägliche Realität hinaus-

sieht, und daß er dort wie hier wirksam werden kann, und zwar aufgrund „seiner Fähigkeit, selbsttätig in außernormale Bewußtseinszustände einzutreten, damit aus dem alltäglich-gewöhnlichen Bereich der Realität auszutreten und in andere, kosmisch-universelle Seinsschichten einzudringen, ja mehr noch: dort aktiv zu werden für die Wiederherstellung und das Bewahren der Harmonie“ (Scharfetter 1983, S. 82), geht nämlich von der Annahme aus, daß es in der Jägerkultur so etwas wie Dichotomie des Alltäglichen in Abhebung vom Außergewöhnlichen oder den Begriff der Harmonie gibt. Diese Begriffe sind allerdings erst seit Plato, d. h. seit der Weltachsenzeitwende, in welcher die Vorstellung eines einheitlichen Kosmos und infolgedessen einer störbaren und wiederherstellbaren Harmonie geprägt wurde, gebräuchlich und eigentlich erst brauchbar geworden.

Wohl kann man den Schamanen als einen Soziotherapeuten par excellence („keineswegs nur Diagnostiker und Therapeut“, sondern auch „Opferpriester und Orakeldeuter, Seher und Prophet, Magier und Schicksalskundigen“ (Scharfetter 1983, S. 81) bezeichnen, der sowohl die Angehörigen des Kranken wie auch letztlich den ganzen Stamm zu kosmogonischen Heilquellen führt, die in der Urideologie des Höchsten Himmelswesens, „mit dem man durch den Aufstieg zum Himmel direkte Beziehungen unterhalten kann“, verankert sind (Eliade 1975, S. 466). Das Zurückholen der Seele des Patienten endet bezeichnenderweise mit der Rückkehr auf die Erde. Um dem himmlischen und irdischen Bereich gleichermaßen gerecht zu werden, muß der Schamane allerdings eine Mittlerposition einnehmen. Dafür sprechen die von ihm verwendeten Symbole, der etwa mit seinem Zelt versinnbildlichten Weltachse, die sich in der Gestalt des Lebensbaumes universell belegen läßt. Als Vermittler werden die Schamanen von Eliade zu Recht zu den großen Eingeweihten gezählt, deren „Methoden denen der großen Mystiker des Ostens und Westens vergleichbar sind“ (S. 466).

2.2 Die Anfänge

Zwischen dem Schamanen und dem späteren Mystiker liegt allerdings ein Ereignis, welches die Historiker als „Weltachsenzeit“ bezeichnen. Merkwürdigerweise wurden alle damals existierenden Zivilisationen von dieser Wende erfaßt, deren Zeuge für uns Westliche Sokrates geworden ist. Er ist nämlich der erste, der die Erfahrung des Entzugs der Helle, des Herausgerissenseins aus den Bahnen des Gewohnten philosophisch anspricht.

In der Folge ist „theoria“ immer weniger anschaulich. Das Wissen hat mit „videre“, wovon es ja nicht zufälligerweise abgeleitet wurde, immer weniger zu tun. *Platon* hat die Krise der Zeit nicht mehr wie sein Lehrer *Sokrates* dialogisch bewältigen können und unternahm statt dessen den ersten schicksalhaften metaphysischen Schritt, indem er dem „Eidos“ die „Idea“ und somit der Realität den Bereich des Idealen gegenüberstellte. Die auf diese Weise entstandene Esoterik ist von den archaischen Initiationen des Schamanen grundverschieden.

Unsere klassizistisch angehauchte Bewunderung der griechischen Antike darf uns nicht übersehen lassen, daß die Entstehung der Metaphysik zu gleicher Zeit und unabhängig voneinander in verschiedenen Weltgegenden feststellbar ist. Die unruhige Zeit Buddhas und anderer Stifter der universellen Ethik veranlaßte manche ihrer Jünger, die Worte der Meister zu systematisieren, um in der Situation der Auflösung der Tradition den eigenen Standort zu wahren. Darin erblickt *Toynbee* auch die Quelle aller heutigen Religionen: „Zeitlich liegt das „Achsenzeitalter“ ungefähr auf halbem Wege zwischen dem Beginn der frühesten regionalen Zivilisation und unserer heutigen Zeit ... Die Kräfte des Zerfalls, die die Menschheit heute ihre geballte Faust spüren lassen, hatten um das sechste Jahrhundert v. Chr. bereits so viel Macht gespeichert und so viel Chaos gestiftet, daß im weitesten Umkreis Schrecken, Enttäuschung, Unzufriedenheit und Unglück um sich griffen; unbezähmbar wuchs die Sehnsucht nach einer Lebensordnung, die besser sein sollte als alles, was die Menschen bis dahin erlebt oder erträumt hatten“ (*Toynbee* 1962, S. 629). Die bereits erstaunlich differenzierten Gesellschaftsstrukturen der Völker Altägyptens, Babylo niens, des antiken Griechenlands, Chinas etc. waren in ihrer Widersprüchlichkeit von der einheitlichen Idylle der Jägerkulturen bereits sehr weit entfernt, als die ersten Schritte zur individuellen Ethik getan wurden.

Die indischen Priester gaben ihren Namen der von ihnen geprägten Epoche des Brahmanismus, in welcher die archaischen Riten und Mythen der ewigen Wiederkehr bis zur völligen Sinnentleerung formalisiert worden sind. Obwohl die Priesterschaft der Brahmanen die herrschende Kaste der Indo-Arier aus Iran darstellten, haben sie in ihrem Synkretismus viele Elemente der vorarischen Vergangenheit integriert, wie das die lange noch nicht abgeschlossenen Ausgrabungen der vorvedischen Zivilisation in Mohenjo-Daro und Harrapa nahelegen. So entdeckten etwa die französischen Archäologen *Meadow* und *Jarrige* unlängst, nachdem sie die Überreste aus einer archaischen Werkstatt mit den Produkten und der Herstellungsart der einheimischen Töpfer

verglichen (1983, S. 104), daß die Art der Tonverarbeitung seit 5 (!) Jahrtausenden in einem bestimmten Gebiet Pakistans unverändert beibehalten worden ist.

Aus dem Umstand, daß man in den Ausgrabungsstätten jener alten Kulturen auch Einzelstatuen in typischer Yogahaltung fand, läßt sich folgern, daß der indische Yogaweg eine besonders archaische Tradition darstellt, die sich wohl nicht von ungefähr in einem merkwürdigen Spannungsverhältnis zu der brahmanischen Priesterschaft bereits vor Buddha befand. Der Yogi jener Zeit, nicht weniger als der Yogi von heute, genießt eine Sonderstellung, die unter allen bekannten Kulturen wohl einmalig ist. Der Yogi bekennt sich nämlich zu keiner tradierten Religion, auch nicht zum heutigen Hinduismus, sondern stellt sich über das Konfessionelle, ohne deshalb in eine Aussteigerposition zu geraten. Nicht selten verkündet er eine Synthese aller ihm bekannten Religionen, was jedoch nicht verhindert, daß er von den Mitmenschen seiner Kultur und seiner religiösen (hinduistischen) Herkunft als ein Heiliger verehrt wird.

Seinerzeit ging *Buddha* auf dem klassischen Yogapfad einen entscheidenden Schritt weiter, indem er sich nicht jenseits, sondern unter dem Eindruck vom Zeitgeist seiner Weltachsenzzeit diesseits der herrschenden Religion auf einen bis dahin nicht realisierten ethischen Standpunkt stellte. Im Unterschied zu den übrigen tradierten religiösen Strömungen will seine Lehre kein Dogma um seiner selbst willen verkünden, sondern lediglich eine Ausgangsbasis als einen Rahmen für meditative Verarbeitung seiner Einsicht darstellen. *Suzuki* weist etwa darauf hin, daß *Buddha* nach seinen eigenen Worten während „neunundvierzig Jahren seiner Lehrtätigkeit kein Wort über Dharma verloren hat“ (1965, S. 17).

Zur Zeit des aufblühenden Buddhismus, nämlich im dritten Jahrhundert v. Chr., kam der makedonische Eroberer Alexander mit einem großen Anhang der Gelehrten nach Indien. Der durch die Schrecken des gewonnenen Krieges zum Buddhismus bekehrte Kaiser Asoka vereinigte zu jener Zeit das gesamte Indien, einschließlich des heutigen Pakistans und Afghanistans, zu einem Reich, in dem er das Prinzip der Ahimsà, des Kein-Leid-Zufügens, zur Grundlage seiner Herrschaft erhoben hat und seine humanitären Ideale unter anderem auch auf sanskrit-griechisch beschrifteten Säulen verkünden ließ. Pyrrhon, einer der Begleiter Alexanders, der von den Künsten der indischen „Gymnosophen“ beeindruckt war, gründete nach seiner Rückkehr nach Griechenland die Schule der Skeptiker, deren offensichtliche

buddhistische Prägung wie auch Bedeutsamkeit für die abendländische Philosophie bis in unsere Gegenwart weiter unten (Kap. 3) erläutert werden soll.

Eine buddhistische Schrift namens *Millindapañha*, in der ein Gespräch eines buddhistischen Mönches mit Meandros, dem griechischen Statthalter in einer indischen Provinz geschildert wird, ist zu einem wichtigen Bestandteil der buddhistischen Literatur Indiens geworden. Auf die Begegnung mit der griechischen Kultur ist auch der Gandhāra-Stil der buddhistischen Bildhauer zumindest indirekt zurückzuführen, der insofern einen Bruch mit bis dahin geltenden Gepflogenheiten vollzog, indem von nun an die menschliche Figur Buddhas auch als Verehrungsobjekt naturalistisch dargestellt und zum Vorbild all jener fernöstlichen Buddhastatuen wurde, die wiederum unsere Vorstellung von Buddha in seiner kennzeichnenden meditativen Sitzhaltung wesentlich beeinflußt haben (*De Jong* 1973, S. 135).

Im Unterschied zum Yoga-Aussteigertum verkündet der Buddhismus eine Erlösungslehre, die sich nicht nur an jederman wendet, sondern darüber hinaus auch politische Transformierung der Gesellschaft anstrebt. Die drei Typen der Einweihungswege, der schamanistische, yogische und buddhistische, lösen mit der zunehmenden Individualisierung des gesellschaftlichen Lebens einander ab. Aus dem von Strukturalisten hervorgehobenen Unterschied zwischen der auf Initiationsriten gegründeten „kalten“ und der geschichtlichen „heißen“ Kultur (*Lévi-Strauss* 1967) erklären sich auch die Besonderheiten der drei Einweihungswege. Führte der Schamane seine Rituale noch in einer Eintracht mit seiner Gemeinschaft aus, will der Buddhist dem nach Eintritt des Achsenzeitalters in Gang gekommenen Individualisierungsprozeß gerecht werden. Der nachbuddhistische Yogi integriert dann viele Elemente der beiden Wege, und zwar je nach Ausrichtung in verschiedenem Ausmaß, so daß er als ein Übergangstypus betrachtet werden kann.

2.2.1 Zeitgeschichtlicher Kontext

Obwohl manche der Yogapraktiken vom schamanistischen Einfluß gekennzeichnet sind, macht *Eliade* auf einen wesentlichen strukturellen Unterschied aufmerksam: „Der Schamanismus kennt zwar Konzentrationstechniken (z. B. Initiationsriten bei den Eskimos usw.), doch liegt sein Endziel immer in der Ekstase und der ekstatischen Reise der Seele in die verschiedenen kosmischen Regionen, während das Yoga die Enstase, die höchste Konzentration des Geistes und den „Ausweg“ aus dem Kosmos, verfolgt“ (1960, S. 397). Das von *Eliade* hervorgehobene

„soteriologische“ Kennzeichen der gesamten indischen Philosophie unter dem Leitmotiv der Befreiung des Menschen vom „Leiden“ läßt sich vor dem Hintergrund der besonderen Bedingungen der Hochkultur, welche verschiedenartigste rassische, biologische, geographische etc. Einflüsse in ihr Kastensystem integriert hat, das sich zwar bis heute dem archaischen Mythos der ewigen Wiederkehr unterwirft, jedoch den einzelnen nicht mehr am Ganzen des kulturellen Miteinanderseins teilnehmen läßt (Unberührbare), soziologisch erklären.

Traditionell wird die Aussteigerrolle des Yogi von der indischen Gesellschaft sanktioniert, indem ihm ein ähnliches Gemisch an Bewunderung und Verabscheuung wie dem Schamanen in seiner eigenen Kultur entgegengebracht wird, obwohl er außer der Heilssuche und (seltener) -verkündung keine vergleichbare Heilungsfunktion mehr ausübt. Gewisse Yogarichtungen weisen sogar den Theismus und andere grundlegende Doktrinen des Hinduismus zurück und huldigen vielmehr der agnostischen Philosophie von Sankhya. Der sich nach westlicher Logik notgedrungen vollziehende Widerstreit zwischen einem solchen Ketzertum und der Orthodoxie findet allerdings kaum statt, da das „Dharma“-Verständnis der indischen Religion eben schon vom Wort her (vgl. Kap. 6.3) das Tragende und nicht bloß die Verbindung (re-ligere) des zuvor Getrennten betont. Das Sowohl-als-Auch-Prinzip des indischen Denkens ist unserem gewohnten Entweder-Oder-Argumentieren in seiner Komplexität nicht ohne weiteres zugänglich (Wotruba 1983). Dies geht allein schon daraus hervor, daß das Aussteigen des Yogis aus dem Kastensystem keineswegs von der Gesellschaft so problematisiert wird wie die vergleichbare Häresie in der westlichen Welt, sondern eine anerkannte Möglichkeit darstellt, und zwar für jedermann, der die eigenen Schranken seiner Herkunft hinter sich lassen will.

Das sich sechs Jahrhunderte später formierende Christentum ereignet sich in einer völlig anderen, beinahe entgegengesetzten Tradition. Bereits die zehn Gebote werden von Moses in einer Exilsituation verkündet. Christus ist unterwegs geboren und seine Kreuzigung findet in einer besetzten Heimat statt. Unter den Vorzeichen der bangen Entborgenheit, Ausgeliefertheit an die Übermacht der weltlichen Ordnung, spendet Christus Vertrauen. Der christliche Glaube erwies sich schließlich stärker als die weltlichen Herrscher des römischen Reiches. Dennoch steht auch zwei Jahrtausende später das Bekenntnis zur jenseitigen Barmherzigkeit einer intoleranten Umwelt gegenüber.

Vom Vertrauen an die Wiederkehr des ewig Gleichen getragen, geht der Buddhist genauso selbstverständlich von seiner Annahme der Wie-

dergeburt aus, wie wir dem geheimnisvollen Nichts des Todes entgegenstarren. Seine einzige Sorge gilt dem Heraustreten aus diesem sich letztlich als leidvoll erweisenden Kreislauf der Wiedergeburten. Die westliche Interpretation sieht die Voraussetzungen der östlichen Meditation im Sinne des Glaubens, während der östliche Mensch unseren Glauben ohne weiteres in seine Geborgenheit zu integrieren weiß. Vom östlichen Standpunkt aus ist das Ausspielen des angeblich westlichen und östlichen Glaubens ein Zeichen westlicher Oberflächlichkeit, wobei der unreflektierte Eklektizismus mancher moderner Religionsansätze in der Regel nicht tiefschürfender ist. Die Exilsituation des in dieser Welt, aber nicht von dieser Welt seienden Christen einerseits und das Eingebettetsein des zur Verwindung seiner Gebundenheit an das Tragende von Buddha ermahnten Orientalen andererseits wird nicht mehr konträr, sondern zunehmend komplementär empfunden.

Das planetarische Ereignis der technischen Welteroberung wird auch die nichtchristlichen Religionen ihres bisherigen Eingebettetseins in den Kreislauf der Natur verlustig gehen lassen. Der von Buddha gepredigte Grundsatz der allem Lebendigen zugrundeliegenden Leidhaftigkeit wird nicht nur den wenigen wachen Mönchen, sondern auch den unzähligen Laien schmerzhaft bewußt, so daß die in der buddhistischen Lehre angepriesene Erlösung angesichts der zunehmenden Entborgenheit an Aktualität gewinnen wird.

Immer mehr moderne Christen erfahren schon heute das biblische Gebot „Macht Euch die Erde untertan“ nicht mehr im herkömmlichen metaphysisch überheblichen Sinne, sondern als ein Gebot der Verantwortlichkeit und Zugehörigkeit schlechthin zu allem Lebendigen. Für den Osten gewinnt so das die Kluft zwischen Natur und Mensch schließende Wieder-Verbinden (re-ligio) an Bedeutung, während sich der Christ zunehmend dem Tragenden des ungeteilten Seins (dharma) öffnet. Lernt der Orientale vom Christen Sorge zu tragen, so muß sich der Christ der Erfahrung des Tragenden vermehrt öffnen, sollte die christliche Sorge an der Belastung des kommenden Zeitalters nicht zerbrechen. Von dem meditativen Verweilen soll jene Für-Sorge ausgehen, die das Ereignis des Aufgehens zum Tragenden im Miteinandersein zur Wirklichkeit werden läßt.

Eine solche Annäherung mag zum Vorwurf des Synkretismus Anlass geben. Liegt es jedoch nicht im Wesen des „re-ligio“ und „dharma“, die vielfältigen Impulse des Sinns aufzufangen und zu integrieren? Um so mehr gilt dies für ein Konzept, das die therapeutische Aufarbeitung der Lebenskonflikte anstrebt (concipere = fassen, empfangen, bergen).

Im folgenden soll also auf eine Unterscheidung zwischen den hinduistischen, buddhistischen, islamischen und christlichen Termini bewußt verzichtet werden, heißt doch unser Ziel nicht vergleichende Religionsgeschichte, sondern *humanistisch orientierte meditative Therapie*. Die vorausgegangene Analyse der Situation des Schamanen, des Yogis und des Buddhas bietet eine ausreichende Gewähr dafür, daß die einzelnen Elemente der meditativen Erfahrung bezüglich ihrer Herkunft erkannt und zur Genüge beachtet werden, damit das humanistische Anliegen an der Widersprüchlichkeit der den einzelnen Aspekten immanenten Zielsetzung nicht von vornherein scheitert.

2.2.2 Persönlichkeit des Gründers

Karlfried Graf Dürckheim (*1896) nimmt als der Vermittler zwischen der östlichen und westlichen meditativen Überlieferung eine besondere Stellung ein. Während des ersten Weltkrieges wurde ihm eine Grenzerfahrung zuteil, die später als Fronterlebnis von verschiedenen Autoren literarisch verarbeitet worden ist. Der Einbruch des Numinosen ließ ihn in den Zwischenkriegsjahren dann nie mehr ganz los. So ereignete sich beim Besuch eines Malerateliers (1919) ein weiteres Schlüsselerlebnis. Seine spätere Frau Enja von Hattingberg las ihm aus dem *Tao-Te-King* vor.

„Beim Hören des elften Spruchs schlug der Blitz in mich ein“ (vgl. 5.4. „khanikapiti“!). „Der Vorhang zerriß, und ich war erwacht. Ich hatte es erfahren. Alles war und war doch nicht, war diese Welt, und zugleich durchscheinend auf eine andere. Auch ich selbst war und war zugleich nicht. War erfüllt, verzaubert, ‚jenseitig‘ und doch ganz hier, glücklich und wie ohne Gefühl, ganz fern und zugleich tief in den Dingen drin. Ich hatte es erfahren, vernehmlich wie ein Donnerschlag, lichtklar wie ein Sonntag und das, was war, war gänzlich unfaßbar. Das Leben ging weiter, das alte Leben, und doch war es das alte nicht mehr. Schmerzliches Warten auf mehr ‚Sein‘, auf Erfüllung tiefempfundener Verheißung. Zugleich unendlicher Kraftgewinn und die Sehnsucht zur Verpflichtung — auf was hin — ?“ (*Hippius* 1966, S. 9)

Auf der Suche nach einem neuen Menschenbild, das es „in die Tat umzusetzen galt, ergaben die Übungen der Stille, der wachsamsten Selbstkontrolle und der Meditation“ (ebenda S. 10 f.) den Leitfaden für sein späteres Wirken. 1924 wird seine Dissertation „Ergebnisformen, Ansatz zu einer analytischen Situationspsychologie“ an der Universität Kiel angenommen. Im Anschluß an seine „schöpferische Pause“ in Italien folgte eine Berufung nach Leipzig, wo er von *Felix Krueger*, dem Nachfolger von *Wilhelm Wundt*, als Leiter der Entwicklungs- und Persönlichkeitspsychologieabteilung angestellt wird. Spätere Umhabilitation auf die Universität Kiel und ein intensiver Kontakt mit den Lehrern des Bauhauses in Dessau, der von seiner künstlerisch interessier-

ten Mutter angebahnt worden ist, schien die vielseitige Entwicklung von *Dürckheim* optimal zu gewährleisten. 1938 wird *Dürckheim* nach Japan geschickt, um dort die geistigen Grundlagen der Erziehung zu studieren (Forschungsauftrag des Erziehungsministeriums). Bei Beginn des Krieges nach dem Tod seiner Gattin wird er erneut nach Japan geschickt zur Aufrechterhaltung der Verbindung mit japanischen Wissenschaftlern. Dort bleibt er bis zum Ende des Krieges. Im zerstörten Deutschland schlägt er Angebote zu einer Universitätslaufbahn aus, um mit *Maria Hippius* die Existential-psychologische Bildungs- und Begegnungsstätte in Rütte im Schwarzwald aufzubauen und dort seine Synthese zwischen östlicher Weisheit und westlicher Psychotherapie, Initiatische Therapie genannt, voranzutreiben, die heute eine erstaunliche Ausstrahlungskraft über ganz Europa bis nach Amerika ausübt. *Dürckheim* gelang es, auch in christlichen Kreisen sich Gehör zu verschaffen, wovon etwa der kürzlich veröffentlichte Dialog mit dem Theologen *Goettmann* (1981) ein eindrückliches Zeugnis abgibt. Er darf als ein Psychotherapeut aus dem Numinosen (*Otto* 1917) heraus bezeichnet werden, der eine Brücke zwischen der christlichen und der buddhistischen Mystik einerseits und der modernen Existenzphilosophie andererseits schlug.

Eine autobiographische Schilderung der Initiatischen Therapie in dem von *Pongratz* 1973 herausgegebenen Band „Psychotherapie in Selbstdarstellungen“ führt das hier nur Erwähnte weiter aus. Beachtenswert ist ebenfalls die Erzählung der Lebensgeschichte *Dürckheims* von seiner Partnerin *Maria Hippius* „Transzendenz als Erfahrung“ (1966) in der von ihr herausgegebenen Festschrift zum 70. Geburtstag von *Dürckheim*. Das Leben von *Maria Hippius* selber, die alleine mit ihren Kindern als Kriegswitwe durch die gefährvolle Nachkriegslandschaft zu Fuß vom Osten nach Deutschland zurückkehrte und der die Transzendenz dabei wiederholt begegnet ist (1982, persönliche Mitteilung), wirkte sich auf die Ausformung der initiatischen Methoden gewichtig aus. Wenn sie sich auch nicht das Za-Zen als ihren Weg gewählt hat, gelang es ihr, den „Zugang zum Sein“ methodisch zu erfassen. *Dürckheim* faßt den Hauptgehalt eines solchen persönlichen Ringens um den Sinn folgendermaßen zusammen:

„Es gibt vortreffliche Menschen, die gut, tüchtig, zuverlässig und höchst intelligent sind und doch seinstaub. Gewiß ist jeder in seinem Wesen ‚Buddha‘, aber das Organ, den Ruf aus seiner Wesensnatur zu hören und die Bereitschaft, ihm zu folgen, ist nicht bei allen im gleichen Maße vorhanden. Bisweilen sind es schwere Erschütterungen und tiefes Leid, die die primäre Natur brechen oder den wohlengespielten Ich-Panzer einschmelzen und dieses Organ wecken können. Bisweilen kann eine richtig angesetzte tiefenpsychologische Behandlung zu dieser Tiefe vorstoßen. Immer aber verläuft der Weg

zur Verwandlung auf zwei Geleisen: erstens Vertiefung der Föhlung mit der uns immanenten Transzendenz, zweitens Treue zum Exerzitium, das eine dieser Föhlung widersprechende Verfassung ausfleischt und die ihr entsprechende, das heißt sie ermögliehende und bewährende Verfassung bewußt macht und einfleischt." (1973, S. 160).

Grundlegend für den initiatischen Weg ist das Exerzitium. Wie wichtig *Dürckheim* das Exerzitium, in seinem Falle das Za-Zen, ist, dokumentieren die folgenden Ausschnitte aus einem Gespräch (vom 11. Juni):

Dürckheim: „Aber entscheidend für den initiatischen Weg ist diese unbedingte Treue zur pünktlichen Wiederholung tagtäglich ... Wenn ich auf Reisen gehe, dann weiß ich ganz genau, daß ich in den nächsten vier Tagen nicht um 8 Uhr oder um 6 Uhr die Meditation machen kann. Dann muß ich das vorher frei entscheiden. Der Mensch bleibt für mich immer frei, er kann entscheiden: Ich bin im Moment in einem merkwürdigen Zustand, es hat gar keinen Sinn, ich entscheide: 14 Tage kein Za-Zen. Aber nicht hinterher sagen, weil ich krank war, kam ich nicht dazu.“

Fryba: „Also man hört zu meditieren aus eigenem Entschluß und nicht als Opfer der Umstände auf.“

Dürckheim: „Genau. Und das Exerzitium unterscheidet sich von einer gewöhnlichen Übung dadurch, daß man es auch dann gerade macht, wenn man keine Lust hat. Man kann also nicht sagen, ich mache es morgen um 7.20 Uhr und morgen um 7.30 Uhr, sondern entweder ist man zu dem Exerzitium entschieden, dann ist es eben jeden Tag zur gleichen Stunde. Es gibt da keine Ausnahme und keine Entschuldigung. Es ist eine strenge Askese, eine Askese im Sinne von Thomas von Aquin. Thomas von Aquin nannte Askese zuchtvoller Dienst an sich selbst, bei dem am Schluß dann die Fülle des Seins aufrauscht. Eine herrliche Definition" (*Fryba* 1982a).

2.3 Wirkungsgeschichte

Betrachtet man Sattipathana und Za-Zen als den Zwillingstamm des Baumes meditativer Psychotherapieverfahren, der aus dem Boden der in Visuddhi Magga systematisierten Therapeutik der vorchristlichen Theras wächst, dann darf man aber nicht vergessen, daß die gegenwärtig so aufblühende Baumkrone der meditativen Therapien ihren Reichtum auch den verschiedenen Schöblingen des Dhamma verdankt, die sich zu verschiedenen Zeiten verselbständigten. Nicht nur die Mystiker und meditierenden Religionsstifter Eurasiens schöpften aus der Weisheit uralter Kulturen, die schon vor 5 Jahrtausenden von Kreta bis zum Harappa des Industals im regen Austausch standen (*Moder* 1944, S. 130). Auch der Verkehr der Gelehrten und Staatsmänner des klassischen Altertums beschränkte sich nicht auf Handel mit Gewürzen und Seide, wie den Schulbüchern zu entnehmen wäre.

Der schon erwähnte Herrscher des ganzen Subkontinents, Asoka, sendet 253 vor Christus hochqualifizierte Theras zu seinen verbündeten Königen Antiochus in Syrien (dem späteren Gebiet der meditierenden Wüstenväter), zu Ptolemaios in Ägypten, Antigonos in Mazedo-

nien, Magas in Kyrenien, Alexander in Epirus und seinen eigenen Sohn Mahinda Thera sendet er zu Devanampiyatissa in Sri Lanka. *Plinius* (1. Jahrhundert nach Chr.) berichtet ausführlich über die Beziehungen Roms zu Indien und erwähnt auch die mit heiligen Schriften ausgerüsteten Theras, die vom König Mahanaga (67-79 nach Christus) aus Sri Lanka geschickt wurden. Seit dem Altertum bis ins Mittelalter wanderten die Theras (russisch: Starzen) zwischen den Klöstern auf dem Balkan und in den baltischen Gebieten einerseits und den zentral- und ostasiatischen Klöstern in Turkestan, Tibet und der Mongolei andererseits. Dank diesem Austausch wurden z. B. die Buddhisten Barlaam und Josaphat von der katholischen Kirche heilig gesprochen (*Jungclaussen* 1971, S. 33) und die Pancatantra im 11. Jahrhundert in mehrere europäische Sprachen übersetzt (*de Jong* 1973, S. 138). Auch die vorchristlichen Germanen und Slawen gehörten einer Kultur an, die eines Austausches mit dem Orient fähig war. Hier könnte man die archäologischen Funde der slawischen Siedlungen bei Bamberg (*Herrmann* 1981) und die Statue des buddhistischen Mönchs Jonas (pali: Nagasena Thera; s. *Milinda Pañha* 1984) im Portal des Bamberger Doms erwähnen oder sich mit *Jungclaussen* (1971) Gedanken über die Quellen *Meister Eckhardt* machen. Alle die mit diesen Namen verbundenen Äste des uralten Weisheitsbaums tragen die gleichen meditativen Früchte, deren Kern dieselbe Wesenschau darstellt.

Wendet man mit *Schuon* (1981) ein anderes Gleichnis an, das die initiatische Praxis dem farb- und formlosen Licht gleichsetzt, dann sind die Theorien der verschiedenen Traditionen durch Ansichten gefärbt und durch Dogmen geformt. Diese Dimension ist auch bei der Beurteilung moderner Psychotherapien relevant. Der Unterschied zwischen den Schulen besteht hauptsächlich darin, wie offen, tolerant und aufnahmefähig ohne Preisgabe ihres emanzipatorischen Sinns sie sind. Will man die konkret (auch institutionell) am deutlichsten ausgeformten meditativen Psychotherapieverfahren im deutschsprachigen Raum kurz überblicken, so zeigt sich gegenwärtig die zenorientierte Initiatische Therapie von *Dürckheim* als die kompakteste und anthropologisch fundierteste und die eher sattipathanaorientierte Integrative Nootherapie von *Petzold* als methodischste und psychologisch am besten ausgearbeitete Richtung. Die beiden Schulen haben ihre eigenen Ausbildungsinstitute und pflegen Austausch mit Therapeuten anderer Richtungen (s. auch 2.5).

2.4 Beziehung des Verfahrens und seiner Begründer zur humanistischen Psychologie

Die Entstehung der dritten Kraft der amerikanischen Psychologie ist auf die Initiative jener Kreise zurückzuführen, die dem Meditativen sehr aufgeschlossen waren, wenn sie die Meditation nicht sogar zu ihrem Hauptthema machten (Ferguson 1982, S. 159 f.). Die systematische Erfassung eines so vielfältigen Phänomens wie der Bewegung der humanistischen Psychologie ist schon deshalb ein schwieriges Unterfangen, weil die Unzufriedenheit mit den mechanistischen Auffassungen der etablierten Psychoanalyse und des Behaviorismus den wichtigsten gemeinsamen Nenner der Anfänge bildete.

Gendlin prägte und beschrieb als einer der ersten den zu einem Schlüsselwort der amerikanischen Humanisten gewordenen Begriff des „Experiencing“ (1962). Seine Bestimmung der humanistischen Wende der sechziger Jahre als eines dem Experimentiellen zugewandten Existentialismus erlaubte, das gesamte Spektrum der Gründer amerikanischer humanistischer Psychologie von May, Perls über Maslow, Bühler bis Rogers und Fromm zu erfassen. Die europäische Besinnung auf die philosophisch-anthropologischen Grundlagen des therapeutischen Tuns und Lassens (Binswanger, Boss, Frankl, Gebattel, Tellenbach und viele andere) nimmt darin den ihr gebührenden Platz ein, wobei aber der europäische Intellektualismus dem Ek-sistentiellen mehr Beachtung schenkt. Charlotte Bühler zeigt in ihrem kurzen historischen Überblick über die Ursprünge des humanistischen und existentialistischen Denkens, „daß in der heutigen humanistischen Bewegung in den Wissenschaften zwei Faktoren wirksam sind: Erstens die Kritik an rigiden Methodologien und an der Einengung der Forschung auf bestimmte vorgeschriebene Bereiche und Modelle, und zweitens die Konzentration darauf, wie der Mensch seine Existenz erlebt“ (Bühler 1974, S. 27). Ausgehend von dem „Versuch der Grundlegung der humanistischen Psychologie“ (Wotruba 1978), der die amerikanischen und europäischen Impulse zur Bildung der dritten Kraft gleichermaßen berücksichtigt hat, soll im folgenden der Standort des humanistischen Psychologen als ein experientiell-existentialer verstanden werden. Die humanistischen Psychologen wenden sich von dem rigiden Paradigma des „normalen Wissenschaftsbegriffes“ (Kuhn 1962) ab und treiben Erkundungen des Menschen voran, „die möglicherweise als mehr östlich denn westlich einzuordnen sind, weil sie dem ständigen Wandel im Menschen und in den sozialen Systemen Rechnung tragen und den Fluß des Geschehens mehr betonen als Beharren“ (Bühler 1974, S. 27f).

Der Stellenwert der Meditation für die humanistische Psychologie ist infolge der Vielfältigkeit der Bewegung nur in Ansätzen reflektierbar. So wie sich die unterschiedliche Gewichtung des experientiellen und des existentiellen Gesichtspunktes als ein zentrales Charakteristikum der verschiedenen humanistischen Schulen erweist, so wichtig ist auch die Berücksichtigung dieses Aspekts in der Festlegung der Bedeutung der meditativen Verfahren für das humanistische Anliegen.

Die Initiatische Therapie kann nicht ohne den Verlust des innersten Kerns, ihres Menschenbildes und Ethos in Kategorien übertragen werden, die für die Ausmerzungen des Erlebnishaften in der Schulpsychologie verantwortlich sind. Obwohl die behavioristischen Autoren etwa eine Renaissance des „Mentalen“, der „Seele“, wenn auch zaghaft und schematisierend in Form von verschiedenen „Instanzen“, wie „versteckte Aspekte des Bewußtseins“ (Hilgard 1977, S. 255) oder „versteckter Beobachter“, „Doppel-Ich“ und ähnliches mehr eingeleitet haben, ist das Menschenbild durch solche Theorien nach wie vor bedenklich verkürzt (Hilgard 1977, Lazarus 1976).

Der hohe Stellenwert der „Transparenz“ erinnert an die Ansätze der Pioniere der amerikanischen humanistischen Psychologie. So wies Jourard 1964 mit seinem Buch „Transparent Self“ auf die Wichtigkeit der Transparenz im therapeutischen Prozeß hin. Unter dem Titel „genuinity“ wurde die Durchlässigkeit des Therapeuten für eigene Gefühlsregungen von Rogers (1979) in den Mittelpunkt seiner Klient-bezogenen Methoden gestellt. Perls spricht wiederum von der „selektiven Offenheit“ (Perls 1969).

Bemerkenswert ist ebenso die Verwurzelung Dürckheims in der phänomenologischen Tradition, wie auch seine Weigerung, die Bezüge etwa zur Heideggerschen Terminologie auf schulmeisterliche Art zu reflektieren. So erinnert wohl nicht von ungefähr die Zielsetzung der Initiatischen Therapie, die als „gelassene Heiterkeit“ formuliert wird, an die Redewendung Heideggers über die „heitere Gelassenheit“. Die weiteren Zusammenhänge sollen die Kapitel 3 und 4 ans Licht bringen. Abschließend soll die Hoffnung ausgesprochen werden, daß sowohl die experientiellen wie auch die existentiellen Gesichtspunkte künftig vermehrt im Vergleich verschiedener Schulen der humanistischen Orientierung zur Darstellung kommen, nachdem die Phase der Identitätssuche allmählich überwunden werden dürfte.

Die Vorsicht Dürckheims bei der Erörterung der in Frage stehenden Gemeinsamkeiten zur humanistischen Psychologie ist nur verständlich, wenn man bedenkt, daß auch Vertreter von ausgesprochen assertiv rücksichtslosen und/oder sozialtechnokratischen Verfahren neuer-

dings eine humanistische Fahne aushängen. Nichtsdestotrotz stellt unseres Erachtens die intensive Zusammenarbeit zwischen dem Initiatischen Ansatz und der übrigen, wahrhaft humanistisch orientierten Psychotherapie eine unumgängliche Aufgabe der Zukunft dar.

2.5 Gegenwärtige Situation

Ausgehend von der Definition der Psychotherapie als „freiwillige, zeitlich begrenzte Beziehung“ (Zimmer 1983), wollen wir uns hier auf die Initiatische Psychotherapie als einziges Beispiel der meditativen Psychotherapiemethoden beschränken. Die meisten anderen Meditationsarten preisen zwar ihre therapeutische Wirksamkeit oft an, streben jedoch in der Regel eine langfristige Beeinflussung, die eher im Sinne eines lebensbegleitenden Maßnahmenkatalogs als ein einem reflektierten therapeutischen Bündnis entstammenden Verfahren angesehen werden können, an. So weisen die meisten von Reiter (1976, S. 96f) oder von Schwäbisch/Siems (1980, S. 216 f) beschriebenen Gruppierungen versteckte oder offensichtliche sektiererische Züge auf und koppeln den Prozeß der Selbstfindung in problematischer Weise an irgendeine Form des Aussteigertums. Damit wird ein ebenso wichtiges Merkmal der Psychotherapie, nämlich: „therapeutische Interaktion ändert sich mit dem Prozeß der zunehmenden Fähigkeit des Klienten, wieder für das eigene Handeln Verantwortung selbst zu übernehmen“ (Zimmer 1983), mißachtet, und zwar mit all den sich daraus ergebenden Folgen der Regression bis hin zur Hörigkeit.

Nach ihrer Gründung im Jahre 1948 entwickelte sich die „Existential-psychologische Bildungs- und Begegnungsstätte Rütte“ im Schwarzwald zu einem Zentrum, das heute 25 Mitarbeitern die Betreuung von bis zu 50 Gästen bzw. Schülern ermöglicht. An anderen, auch ausländischen Orten wurden inzwischen weitere Übungsstätten ehemaliger Mitarbeiter von Dürckheim und Hippus eröffnet. Bis 1965 nennt Dürckheim seine Methode „Große Therapie“ oder auch „Therapie zur Verwirklichung des wahren Selbst“. Erst 1968 taucht der Begriff der initiatischen Therapie auf, der seit 1970 zur ausschließlichen Bezeichnung der Psychotherapie nach Dürckheim und Hippus reserviert wird.

Nach Müller (1981) erfolgt die Ausbildung im engen Kontakt mit älteren Mitarbeitern. Die Teilnahme an Selbsterfahrungs- und Ausbildungsgruppen ist dabei obligatorisch, sofern die Konzepte mit dem initiatischen Leitgedanken, wie im Falle der Bioenergetik oder Gestaltthe-

rapie und verschiedenen Formen der Tanztherapie in Übereinstimmung zu bringen sind.

In der sogenannten „Kerngruppe“ vertieften sich angehende Mitarbeiter unter der Leitung von *M. Hippus* nicht nur in die theoretischen Grundlagen der Initiatischen Therapie, sondern reflektierten ebenfalls ihren gruppenspezifischen Lernprozeß auf tiefenpsychologischer Basis. Dazu kommen noch kausistische Demonstrationen anhand von Traumserien und Zeichenprotokollen sowie Kolloquien und gemeinsame Meditationssitzungen.

Die Ausbildung ist nach *Müller* (1981, S. 221 f) noch nicht in dem Maße wie das Jung-Institut oder die Ausbildungsgänge der Psychoanalytiker institutionalisiert. Gleichwohl legt man Wert darauf, daß der Therapeuten-Selbsterfahrungsprozeß „Parallelen zur Lehranalyse“ aufweist. Die Zielsetzung der Ausbildung zum „initiatischen Mitarbeiter“ wird in Abhebung vom mit einem negativen Beigeschmack behafteten Begriff des Gurus als „Meisterschaft im Werden“ umschrieben. Auf die Problematik dieses Titels gehen die Kapitel 5.4, 6.3, 6.4 und 7.1 ein.

Laut *Dürckheim* besteht das Ausbildungsziel nicht darin, „sich als Meister zu fühlen . . . aber in dem Maße, als wir uns selbst im Zeichen der hier gestellten Fragen und auf dem Weg initiatischer Verwandlung befinden, stehen wir in der Kraft des inneren Meisters und dürfen ihn sprechen und antworten lassen“ (1973b, S. 73).

3. Menschenbild

Beim Thema „Menschenbild“ bestätigt sich der alte Grundsatz „keine Philosophie ist die denkbar schlechteste“. Jeder Wissenschaft liegt letztlich ja ein vorwissenschaftliches Menschen- bzw. Weltbild zugrunde, und zwar unabhängig davon, ob sich ihre jeweiligen Vertreter darüber im klaren sind oder, was öfter vorkommt, diese Ausgangsposition nicht berücksichtigen oder gar, aus Sorge um ihren wissenschaftlichen Ruf, verschleiern. Die vorwissenschaftlichen Vorstellungen über den Menschen, seinen Ort in der Welt und über den Sinn des Lebens prägen nicht nur das Konzept, aus dem die jeweilige Persönlichkeitstheorie entsteht, sondern beeinflussen nicht minder das Handeln dem Menschen und der Welt gegenüber. Eine beispielhafte Analyse dieser Thematik aus humanistischer Sicht findet sich in dem „Korrespondenzmodell“ von *Petzold* (1978). Das Menschenbild ist ein Faktum der Anthropologie, das den Angehörigen einer bestimmten Kultur oder Subkultur gemeinsam ist.

Das Ringen um das dem Menschen angemessene Bild spiegelt sich in unseren geographischen Breiten in der nie erlahmenden Auseinandersetzung zwischen der erklärenden und verstehenden Psychologie (*Dilthey* 1894) wider, welche mit gutem Grund als der psychologische Konflikt des XX. Jahrhunderts angesehen werden kann (*Balmer* 1982). Eng verbunden damit ist die Methodendiskussion, die auf den von *Windelband* (1884) formulierten Unterschied zwischen dem für den Siegeszug der Naturwissenschaften charakteristischen reduktionistischen „nomothetischen“ Modell und dem die Unüberholbarkeit des Individuellen postulierenden „idiographischen“ Ansatz der Historie zurückgeht. Obwohl die Urheber der erwähnten Terminologie die Komplementarität der beiden Vorgehensweisen von Anfang an betont haben, sind wir weit davon entfernt, den diesen beiden Zugangsarten zum Menschlichen und der Welt eigenen Widerspruch zu lösen. Davon zeugt nicht zuletzt auch die Entstehung der dritten Kraft der Psychologie, welche ja ihre Entstehung dem Unbehagen an der mangelnden Reflektiertheit der herrschenden behavioristischen und psychoanalytischen Menschenmodelle verdankt.

3.1 Grundzüge des Menschenbildes in den Meditationsverfahren

Die erwähnte Problematik wirkt sich auf die Rezeption der Meditation schwerwiegend aus. Jeder reduktionistische Zugang zum Menschen verstellt ja notgedrungen das Experientielle des Meditativen, wenn es nicht geradezu als ein psychopathologisches Phänomen wegerklärt wird (siehe 2.1). Gleichwohl läßt sich in neuerer Zeit feststellen, daß nicht nur die phänomenologisch ausgerichteten Denker (*Boss* 1959), sondern auch die von der Naturwissenschaft stammenden Autoren (wie von *Weizsäcker* 1976, *Capra* 1977) der Meditation vermehrt Beachtung schenken. Die gegenwärtig stattfindende Auseinandersetzung mit dem Meditativen in verschiedenen Disziplinen hängt mit der herrschenden Uneinigkeit bezüglich des Wesens des Menschen wohl aufs engste zusammen. Im folgenden soll nun zwischen dem analogenischen und dem ontologischen Standpunkt unterschieden werden.

Die analogische Vorstellung des Menschen stützt sich auf Modelle, von denen das in der modernen Systemik gebräuchliche kybernetische Modell ein weit verbreitetes Beispiel ist. Die radikale Phänomenologie hingegen, welche den auf Platon zurückgehenden, zwischen dem Experientialen (Eidos) und dem Theoretischen (Idea) scheidenden Dualismus überwinden will und auf ihre Art das alte mosaische Gebot

„Macht Euch keine Bilder“ erneuert, weist mit ihrer ontologischen Menschenerfassung jegliche Modelltheorie als ein letztlich reduktionistisches Mißverständnis zurück. Um die Relevanz der beiden Auffassungen gerade im Zusammenhang mit der Meditation aufzuzeigen, sollen nun gewisse, üblicherweise zu wenig beachtete geschichtliche Zusammenhänge erläutert werden.

Unsere Unterscheidung hebt den fließenden Übergang zwischen der Abstraktheit (Abgezogenheit) des Modells über die Anschaulichkeit der (religiösen) Gleichnisse bis zum radikalen Versuch *Heideggers*, die Sprache des Seins zum Wort kommen zu lassen, hervor. Besonders in der Meditationsliteratur stellt das Gleichnis jenen Verweisungszusammenhang dar, der zwischen Sein und seiner Analogie vermittelt. Die Koane der Zenbuddhisten setzen den Adepten dem Paradoxen aus, das die bisherigen Annahmen über Gott und Welt (*doxas*) erschüttert, auflöst und im günstigen Fall sogar das numinose Aha-Erlebnis der stummen Begegnung mit dem, was ist, ermöglicht. Vergleichbare Beispiele lassen sich in der Literatur aller Religionen finden. So etwa verkündet der Prediger im Alten Testament die Unergründbarkeit des göttlichen Waltens unter dem Motto: „Es ist alles so nichtig, es ist alles umsonst“ (vgl. *Watts* 1954, *Suzuki* 1969). Eine besonders beachtenswerte Kostprobe eines solchen Vorgehens, das die „*doxas*“ der üblichen Konzeptionen folgerichtig bis zu jenem „*para*“ des Unsagbaren führt, stellt der überlieferte Dialog zwischen dem in der griechischen Gelehrsamkeit beflissenen indischen Statthalter Meandros (auf pali: *Milinda*) und dem buddhistischen Mönch *Nagasena* dar (*Nyanatiloka* 1984).

Die überlieferte Praxis von Zen und *Sattipathana* wird durch die Konzepte der prozeßhaften Relativitätstheorie von *Abidhamma* gesteuert, die sich in ihrer Begrifflichkeit dem Menschen- und Weltbild des jeweiligen Kulturkreises, in dem sie praktiziert wird, fügt. So heißt es etwa in einer ceylonesischen buddhistischen Schrift vom Sohn des indischen Kaisers *Ashoka* vom *Arahat Mahinda Thera*, daß er dem Sri Lanka-König auf die Frage, wann der Buddhismus wirklich tiefe Wurzeln in seinem Königtum schlägt, folgende Antwort gab: „Nachdem ein in Sri Lanka, von Sri Lanka-Eltern Geborener zum Mönch in Sri Lanka wird, die Lehre in Sri Lanka studiert und weitergibt“ (*Rahula* 1978). *Dalai-Lama* kündigte jüngst die Möglichkeit an, daß sich ein in diesem Sinne „westlicher Buddhismus“ entwickeln könnte, der in „gewissen äusserlichen Dingen, vor allem kulturellen, ... für westliche Buddhisten geeigneter wäre“ (1983).

Die buddhistische Unbekümmertheit um die Färbung durch jeweilige kulturelle Verhaltensmuster steht in auffallendem Kontrast zu dem

traditionellen christlichen Bestreben nach einer einheitlichen Normierung des religiösen Lebens, ungeachtet der bestehenden kulturellen Überlieferung. Das westliche Bedürfnis nach Universalnormen entspringt einer bestimmten Vorstellung des Absoluten, die auf lateinisch als *ab-solvere*, d.h. loslösen zu verstehen ist, während das östliche religiöse Streben dem *Los-Lassen*, im Sinne auch des *Zu-Lassens*, gilt.

Die geläufigen Vorstellungen über das Wesen der buddhistischen Lehre und ihrer frühesten Systematik in der Philosophie von „Abhidhamma“ tragen das Siegel dieses westlichen Absolutheitsanspruchs. So wird etwa „Nirwana“ üblicherweise als „Auslöschen“ in dem eben zitierten *ab-soluten* Sinn falsch interpretiert. Dabei vertritt die Abhidhamma die Konzeption der kompromißlosen Relativität, also der Bezogenheit im ursprünglichen Sinne des Wortes. Dies zeigt sich schon im Pali-Wort „dhamma“, das wie der Sanskrit-Begriff „dharma“ mit unserem „Tragen“ oder mit dem englischen „bear“ (vgl. etwa auch unser „ge-bären“ etc.) verwandt ist. Die sich daraus ergebende Bedeutsamkeit für das Verständnis der östlichen Religionen ist andernorts (Wotruba 1983) ausführlich beschrieben worden, wird jedoch am Beispiel von „Übertragung“ in Kap. 4 bezüglich ihrer psychotherapeutischen Relevanz noch ausgeführt.

Unbestritten darf die allgemein vertretene These übernommen werden, daß die Abhidhamma, wie auch die sich aus ihr ableitenden Meditationsverfahren durch den herrschenden technischen Zeit(un)-geist leicht mißverstanden werden können. Die folgenden Ausführungen über die geschichtlichen Konzepte unseres westlichen Menschenbildes sollen hingegen belegen, daß die nicht minder „selbstverständliche“ Meinung über die angebliche Unvereinbarkeit der buddhistischen Lebenseinstellung und der westlichen Philosophie einem Europozentrismus entspricht, der auch dafür verantwortlich zeichnet, daß offensichtliche philosophiegeschichtliche Zusammenhänge zwischen Ost und West bisher nicht genügend gewürdigt worden sind.

3.2 Menschenbild und persönliche Biographie

Bereits ein flüchtiger Vergleich der ursprünglichen Auffassung von *Aristoteles* mit dem, den meisten modernen Betrachtungen zugrundeliegenden lateinischen Menschenbild des „animal rationale“ zeigt, wie sehr der Begriff der Seele infolge der Übertragung ins Römische Reich eingengt wurde. Während die Psyche der aristotelischen Schrift „*Peri Psyché*“, der ältesten Abhandlung der abendländischen Psychologie,

noch alle Bereiche des Lebendigen umfaßte, sprechen die späteren christlichen Konzilien bald das Seelische nur noch dem Menschen zu. Doch nicht nur die Übersetzung der *Psyché* als „Anima“, sondern ebenso das griechische „Logos“ erfuhr durch die Lateinisierung eine folgenschwere Umdeutung. Von der ursprünglichen Weite des Begriffes „Logos“ bleibt in der deutschen Sprache etwas aufrechterhalten, wenn bedacht wird, daß sich das Wort „Vernunft“ von „Vernehmen“ ableitet. Demgegenüber geht die lateinische *Ratio* auf eine ganz andere Quelle, nämlich auf die „Rechnung“ der römischen Kaufleute zurück. In ähnlicher Weise ist das Logische mittlerweile zum Inbegriff der berechnenden Gegenwart geworden.

Die ontologische Naivität der römischen Welt läßt sich am Beispiel der Einführung des indisch-arabischen Zahlencodes eindrücklich veranschaulichen. Während die *Abhidharmalehre*, wie früher auch die *Veden*, das Sein und das Nichts in dem Begriff der „*sunjata*“, der Leere in der Fülle, vereinigt haben, reagierte die Geschäftswelt des Mittelalters auf die Begegnung mit dem Osten völlig unvorbereitet. „Den Westeuropäern, die sich mit ihren römischen Ziffern noch im Stadium der additiven Zahldarstellung befanden, ... kam das wie das Teufelswerk vor: ‚Wie kann etwas, das selber nichts ist, zu anderem hinzugefügt, dessen Wert verzehnfachen?‘ räsonierte man“ (*Posner* 1983). Die Aufgabe der Null, die selber „nichts“ bezeichnet und gleichwohl, rechts angehängt, anderen Ziffern zu einer Verzehnfachung ihres Wertes verhilft, war den Geschäftsleuten lange Zeit so ungeheuerlich, „daß manche Stadträte, wie der von Florenz 1299, die Verwendung der indisch-arabischen Ziffern kurzerhand verboten“ (dasselbst). Dennoch lernten jene aufstrebenden Renaissance-Städte mit dem Ungeheuerlichen zu leben und zwar so erfolgreich, daß sich der Frühkapitalismus, die Grundlage des modernen Reichtums, auf ihrem Boden entwickeln konnte. Dies ist nur eines der frühen Beispiele, wie die *Ratio* die Zweifel des *Logos* (oder anders gesagt: die Technik das Sein) um der Rationalität (sprich Rechnung) willen verdrängen kann. Bewältigt wurde damit das Problem keineswegs, weshalb aus seinem Nachdenken über das Sein der Zahl der Mathematiker *Husserl* zum Phänomenologen geworden ist und eine Grundlage schuf, der auch die humanistische Psychologie nicht Weniges zu verdanken hat.

Eine besondere Stellung in der phänomenologischen Auseinandersetzung mit der herrschenden technischen Wirklichkeitserfassung nimmt das Phänomen der Zeit ein. Die Geschichte zeigt sich in dieser neuen Sicht nicht mehr als musealer Konditionierungsballast des Hier und Jetzt, sondern als eine Vergangenheit, deren Vergehen-Lassen eine

Offenheit für das In-Anspruch-Nehmende des Zu-künftigen fördert. Ohne die existenziale Analyse der Zeitlichkeit als des sich zeitigenden Seins kann die Rezeption der östlichen Meditationspraktiken dazu verleiten, das Hier und Jetzt des meditativen Verweilens als ein gleichsam mathematisches punktuell Ereignis zu deuten und sich so den Zugang zum darin offenbarenden Sein von vornherein zu verbauen. Nicht weniger mißverstanden wird in der Regel das Vorgehen der modernen Psychotherapie, deren viele namhafte Vertreter einem Zeit- und Geschichtsmodell huldigen, das zu einer Mystifikation der regressiven Rückführung auf eine angebliche frühere Entwicklungsstufe führt. Bei näherem Hinsehen handelt es sich bei jedem solchen Akt des therapeutisch wirksamen Angesprochen-Werdens auf die eigene Unreife um ein Aufgehen der Bedeutsamkeit einer Verhaltensweise, die durch vergangene Traumata, jedoch niemals im Sinne einer Verursachung, sondern immer als eine Verfallenheit an einen bestimmten Anlaß motiviert sein mag.

Die therapeutische Zielsetzung der *heiteren Gelassenheit* strebt eine Befreiung von der Bindung an solche Anlässe an. *Dürckheim* will kein Lesemeister, sondern ein Lebensmeister sein (*Hippius* 1966, S.13). Dies führte ihn zur Konzeption der Initiatischen Therapie, welche dem Leben, und zwar der „Großen Erfahrung“ dienen wolle. Der Begriff erinnert an eine Schrift von *Suzuki*, womit unter dem Titel „Große Befreiung“ (1939) der Zen-Buddhismus in Europa eingeführt worden ist. Die Initiatische Therapie nimmt sowohl vom Namen wie auch von der Zielsetzung her eine archaische Tradition auf, die zuerst *van Gennep* beschrieben hat (1906). Das Leben des Angehörigen einer primitiven Kultur wird von Initiationsriten markiert, welche ihm die Möglichkeit bieten, die Krisen des Übergangs von einem Lebensabschnitt in einen anderen zu meistern. Solche „Rites de Passage“ erneuern die etwa durch den Tod eines Nächsten oder infolge der Heirat erschütterte Identität und vermitteln einem die Fertigkeit und Fähigkeit, mit der neuen Rolle im Stammesleben zurechtzukommen. Der Schamane erhielt die für seinen Beruf notwendige Weihe in besonderen Initiationsriten, die der „Großen Erfahrung“ in noch viel höherem Grade als die des gewöhnlichen Stammesangehörigen nahekommen (*Eliade* 1953). Die Strukturalisten bezeichnen die von „Rites de Passage“ durchwirkte Kultur als eine „kalte“, während unsere moderne Zivilisation mangels geeigneter Übergangsbegleitungen, in der aufwühlenden Krisenzeit der Pubertät oder der Wechseljahre etwa, als eine „heiße“ bezeichnet wird, da hier die Generationskonflikte wegen ausbleibender

emotionaler Bewältigungsmöglichkeiten ständig zunehmen und die gesellschaftliche Dynamik somit ständig „anheizen“ (Lévi-Strauss 1967).

Bei solchen Initiationsvorgängen, die in manchen Kulturen weitgehend ritualisiert sind und bei allen Konfliktsituationen der Stämme grundsätzlich beobachtet werden können, hebt *Rutishauser* das Moment der „konstruktiven Frustration“ hervor, bei der das „Bedürfnis nach einer Rückkehr zu dem vorhergegangenen Niveau der Kleinkindstufe . . . versagt“ bleibt (1982, S. 304). Unsere Zeit leidet am Schwund solcher schützenden Freiräume, die dem einzelnen im Laufe seines Lebens Gelegenheit bieten würden, seine Frustrationen konstruktiv zu lösen. Das „Heiße“ unserer Kultur macht eben die unaufhörliche Verschiebung der Grenze des gesellschaftlich Normalen und Abnormalen aus.

Schon von ihrem Namen her setzt sich die Initiatische Psychotherapie mit einem Weg auseinander, der die Begegnung mit dem ordnenden Numinosen „initiiert“, in welchem Erlebnis, „Große Erfahrung“ genannt, die Hemmnisse der alltäglichen Frustriertheit von ihrem Wesen aus zugänglich werden könnten. Das Leiden wird als ein „Pathos“ im ursprünglichen, umfassenden Sinne aufgefaßt, dem es zu verdanken ist, daß der Weg zur Offenheit überhaupt begangen wird. *Ostertag* kommentiert diesen initiatischen Standpunkt mit den Prinzipien der „notwendigen Härte“ und der „notwendigen Wärme“. Der erste Grundsatz besteht darin, daß „in diesem Sinne führend nur ein Mensch sein kann, der selbst durch Tode seines Ich gegangen ist, der die Tücke kennt, mit der das Ich um seine Vorrangstellung kämpft, und der aus der eigenen Läuterung heraus den inneren Ort des Schülers sehen kann, so daß er den Schüler fordert, wie es dessen Weg und Möglichkeiten entspricht“ (1981, S. 45). Die Wärme des initiatisch Führenden ist wiederum notwendig, um den Hilfesuchenden in der Krisensituation zu ermuntern, „zu seiner Person in ihren Vorzügen und Erfolgen wie in ihren Schwächen und Mißerfolgen ein uneingeschränktes Ja zu sagen“ (S. 46). Ein solches Vorgehen setzt seitens des Führenden einige Reife voraus. „Persönliches Wachstum“, das geflügelte Wort der humanistischen Psychologie, soll um den Begriff der Reife ergänzt werden. Erst die Reife kann jenen angemessenen Rahmen vermitteln, der notwendig ist, damit ein persönliches Wachstum initiiert wird. In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, daß das Wort „Krise“, wie auch das ebenfalls zum Thema „Initiation“ gehörende „Kriterium“ sowie „Kritik“ vom griechischen „krinein“ abstammen, das zugleich „scheiden, trennen“ wie auch „ent-scheiden, ur-

teilen“ besagt. Der erfahrene ontologische Unterschied zwischen Sein und Seiendem liefert den letzten Hinweis für das Verständnis der Reife, die in der „heiteren Gelassenheit“ aufgeht.

3.3 Menschenbild und Weltbild

Die immer wieder beschworene Gegensätzlichkeit oder Unvereinbarkeit des abendländischen und morgenländischen Denkens läßt sich am Beispiel der einflußreichen Skeptiker schwer aufrechterhalten. Die durch die direkten Kontakte zwischen der Welt der Antike und des buddhistischen Indiens vermittelten Impulse haben in Europa bis in die Gegenwart an Wirksamkeit nichts eingebüßt. Der eigentliche Bruch vollzog sich erst an der Schwelle zur Neuzeit, als der Philosoph *Descartes* sich zur Zeit des Dreißigjährigen Krieges, ähnlich wie seine skeptischen Vorgänger, in einer äußerst widersprüchlichen Situation befand. Doch die cartesianische Auseinandersetzung mit dem Zweifel ist ganz andere Wege gegangen. Sie führte zur Grundlegung der modernen Naturwissenschaft und in letzter Konsequenz zur Aufstellung von einem Menschen- und Weltbild, das uns, nach fünf Jahrhunderten, selbstverständlich zu sein scheint. Nur so ist es erklärlich, daß die Einwände gegen die außereuropäische Geistigkeit mit Argumenten umgehen, die sich beim näheren Betrachten als cartesianische Kategorien der Menschen- und Weltbetrachtung entpuppen. Dasselbe gilt allerdings für die vielen unreflektierten Übernahmen der buddhistischen Anschauungs-„modelle“, deren übersetzungsbedingte Botmäßigkeit dem cartesianischen Menschen- und Weltbild gegenüber einen Schein der Vertrautheit vermittelt, der mit dem schwerwiegenden Preis der Verfremdung der ursprünglichen Botschaft belastet wird.

Descartes Zweifel (*dubitationes*) führen keineswegs zu einer existentiellen Verzweiflung, welche das eigentliche Wesen von „Pathos“ als der erlittenen Verunsicherung nahelegen würde. Die intellektuelle Ebene (*mea mente*) wird nirgends durchbrochen, um zu einer radikalen epoché Anlaß zu geben. *Descartes* sucht vielmehr unbeirrt nach einer Gewißheit weiter und gelangt in der Erfahrung des „*cogito ergo sum*“, die er einem „denkenden, subjektiven Ich“ zuspricht, ans Ziel.

Die moderne Phänomenologie greift in ihrer Kritik am cartesianischen Menschenbild, der „*res cogitans*“, die von der „*res extensa*“, der „objektiven“ Welt abgespalten wurde, auf die Begriffe der antiken Skepsis und somit auf die *Abhidhamma*-Lehre zurück, um eine Antwort auf die verhängnisvolle Subjekt-Objekt-Spaltung zu finden. So ist es durchaus begründet, wenn *Charlotte Bühler*, die Initiatorin

der humanistischen Psychologie, *Heideggers* Position viel östlicher verlegt, als dies in Europa üblich ist. Sie verweist darauf, daß das fundamentalontologische Bestreben, „das Sein zu berühren, von dem wir alle ein Teil sind“, vielleicht mehr östlich als westlich orientiert“ (1974, S. 25) sei.

Dürckheim warnt an einer Stelle (*Fryba* 1982a) vor den Auswirkungen des westlichen Objektivismus, der einen Subjektivismus zur Voraussetzung und Folge hat, der in seiner gefühlsmäßigen Irrationalität die Rationalität der naturwissenschaftlichen Weltauffassung wie ein Schatten begleitet. So spricht die Initiatische Therapie vom „kleinen Ich“, das in der Begegnung mit dem Numinosen zum Wesen geöffnet werden soll. *Dürckheim* versteht unter „Wesen“ die Weise, wie das überweltliche Sein in jedem von uns anwesend ist und in uns und durch uns hindurch manifest werden möchte in der Welt. Wo das gelingt, entsteht im wahren Sinn Person als Zeuge des Wesens in der Welt. *Heideggers* Ansatz ist nicht weniger radikal, indem nur von der Eigentlichkeit oder Uneigentlichkeit angesichts des Seinsereignisses die Rede ist. Das „Ich“, das Kleinod der bisherigen Metaphysik und Metapsychologie, wird als ein irreführender subjektivistischer Begriff von vornherein sorgfältig gemieden. Dies gilt nicht nur für die Daseinsanalyse von *Boss*, sondern ebenfalls für den französischen Raum, wo *Lacan*, auch unter dem Einfluß von *Heidegger*, das psychoanalytische Ich-Konzept über Bord wirft (*Heim* 1981).

Unsere Identität ist nur vom Sein aus verständlich. Ein notwendiges Mittel dafür ist die Beachtung der sogenannten ontologischen Differenz, des Unterschieds zwischen dem Sein und dem Seienden. Es ist wohl kein Zufall, daß *Dürckheim* auf dieses Ur-Kriterium zurückgreift, als er auf das Wesen seiner Schlüsselbegegnungen mit dem Numinosen zu sprechen kommt (vgl. 2.2.2): „Die Wirklichkeit, die mich umgab, bestand plötzlich aus zwei Polen: der eine, der unmittelbar sichtbar war, und der andere, unsichtbar, der doch das Wesen dessen war, was ich sah. Ich sah wirklich das Sein. Man könnte mit *Heidegger* sagen: ‚Das Sein des Seienden‘“ (*Dürckheim* 1981a, S. 14). Eine solche Große Erfahrung lindere das moderne Leiden unter dem „ontologischen Elend“ (ebenda S. 185), welches wohl in „der Verfallenheit an das Seiende“ (*Heidegger* 1976, S. 209) wurzelt.

3.4 Menschenbild und gesellschaftspolitische Position

Die Frage nach der gesellschaftlichen Relevanz eines derart „innerlichen“ Vorgangs, wie ihn die Meditation für Außenstehende darstellen

mag, könnte zunächst befremden. Bereits ein kurzer Blick in die Geschichte zeigt allerdings, daß einer meditativen Welterschließung ein geradezu erstaunliches Potential an gesellschaftlichem Wandel innewohnt. So setzte sich Buddha selbst für die Geächteten des indischen Kastensystems konsequent ein. *Nasala-Sutta* erzählt von der Begegnung des Erleuchteten mit einem Brahmanen, der den ärmlich aussehenden Asketen zunächst in seine Schranken weisen wollte. Buddha ließ sich jedoch nicht einschüchtern und verwickelte den Vertreter der höchsten Kaste in einen Disput über das Wesen der Parias, der Unberührbaren. Seine damals unerhört revolutionäre Tat bestand darin, das Kriterium für die Berechtigung der gesellschaftlichen Verachtung dem ethischen Lebenswandel alleine zuzuschreiben, womit er der traditionellen Kastengesellschaft jegliche Grundlage entzog (*Rahula* 1982). Zu dem etwas naiv anmutenden Ende von *Sutta*, wonach der Brahmane seine bisherigen Privilegien aufgab, um Buddha auf seinem Pfad zu folgen, läßt sich eine eindruckliche geschichtliche Parallele finden.

Kaum zweieinhalb Jahrhunderte nach Buddhas Predigten war die Ausstrahlung der neuen Lehre bereits so stark, daß Ashoka (272-236), der zum Kaiser des ersten indischen Großreiches wurde, nach der blutigen Eroberung der widerspenstigen Stadt Kalinga zum Buddhismus übertritt und den Grundsatz der Ehrfurcht vor dem Leben auf allen Gebieten durchsetzt. Die zu seiner Regierungszeit herrschende Toleranz gegenüber neuen als auch traditionellen Religionen ist so beeindruckend, daß sich die Gelehrten bis heute streiten, ob er wirklich ein Buddhist geworden sei (*Petech* 1962). Solche Diskussionen können dann entstehen, wenn man einen „ismus“ als schriftliche Überlieferung gegen einen anderen „ismus“ abzugrenzen versucht. Die lebendige Wirklichkeit der meditativen Erfahrung ist jedoch in diesem Sinne nicht ein- und abgrenzbar, weshalb auch die Meditationspraktiker verschiedenster Konfessionen untereinander in demselben Ausmaß Gemeinsamkeiten aufweisen, wie sie von den Angehörigen der eigenen Konfession gemieden werden.

Es ist gerade die der Meditation wesensmäßig eigene Offenheit, die besonders für die heutige Zeit ihre unveräußerbare gesellschaftliche Funktion begründet. „Das technische Weltverhältnis läßt wesentliche Bestimmungen des Menschseins in Vergessenheit geraten, indem sich der Mensch selbst immer mehr als funktionierende Maschine versteht“ (*Padrutt, Padrutt* 1973, S. 58). Deshalb weist auch *Boss* darauf hin, daß die mit einem immer absurder werdenden Overkillarsenal einander und den gesamten Planeten zu vernichten drohenden Weltmächte

ihrem Wesen nach technokratisch sind: „In Wirklichkeit besteht zwischen der „kapitalistischen“ und der „marxistischen“ Industriegesellschaft sogar ein so nahes verwandtschaftliches Verhältnis, daß im Marxismus der cartesianische Subjektivismus, der Mutterboden der westlichen Industriegesellschaft, nur noch auf seine äußerste Spitze getrieben wird“ (1971, vgl. 1970). Die Schlußfolgerung aus einer solchen Gesellschaftsdiagnose kann nur zu einer radikalen Wende führen. Der eigentlichen Gefahr, die als Atombombe, Umweltverschmutzung in Form von chemischen Immissionen (DDT, Seveso) und von Industrie- und Privatabgasen mit den erschreckenden Folgen des breitflächigen Waldsterbens etc., womit die Grundlage des Lebens als solche allmählich entzogen wird (Hofmann 1983), zum Ausdruck kommt, liegt die Verwahrlosung des Menschen und seiner Kultur zugrunde. Die eingangs zitierten Worte des Dichters über den Verlust des Wesens weisen darauf hin, daß dem Menschen sein Vermögen, das Eigene seines Wesens zu bedenken, immer offenkundiger abhanden kommt.

Da die aufgezählten Symptome nur verhältnismäßig späte Früchte der sich schon lange anbahnenden Seinsvergessenheit darstellen, kann die Abhilfe bei den Urquellen der Menschheitswerdung nicht tief genug gesucht werden. Die meditativen Grundlagen, die Buddha in der Krisenzeit des Achsenzeitalters, der Schwelle unserer historischen Zivilisation, ethisch fundiert hat, bieten unter anderem ein solches Instrumentarium zur Bewältigung der jüngsten Auswirkungen der schon damals spürbaren Entwurzelung des Menschen.

Der Erfolg vieler Meditationstrainer deutet darauf hin, daß das Meditieren für immer breitere Schichten der Bevölkerung zu einem unverzichtbaren Läuterungsprozeß geworden ist. Daß die Technisierung der Meditationsmethoden dabei mit der Sektenbildung einhergeht, hat weniger mit der Meditation, jedoch viel mit unserer Gegenwart zu tun. In dem Maße, in dem die wirtschaftliche Praxis der sich frei nennenden Welt zunehmend ausschließlich nur der wettbewerbsmäßigen „Freiheit von“ huldigt und die „Freiheit zu“ als die eigentliche Verantwortungsgrundlage des freien Handelns (und Handels) beiseite schiebt, entsteht eine Resignationswelle der nicht mehr das Engagement, sondern nur noch die Vergessenheit suchenden Bürger. Jeder, dem es gelingt, in einem solchen Vakuum gewisse sinnhafte Bezüge zu vermitteln, zu erwecken, darf mit einem eindrucklichen Zulauf rechnen. Das „Wozu“ einer neu gewonnenen Freiheit, die man in einer „Loslösung“ infolge bestimmter Meditationspraxis verspürt, ist in unserer Zeit der „Freiheit von“ ja auch sonst wenig be- und gefragt.

Für eine meditative Praxis, die eine psychotherapeutische Funktion ausüben will, ist allerdings ein solches „Wozu“ das wichtigste Kriterium des angestrebten Persönlichkeitswandels. In Anlehnung an traditionelle Denksysteme mag man eine solche Haltung und Fragestellung eine ethische nennen. Doch die Ethik stellt für den Meditierenden kein aufoktruiertes System von überreichhaftem Muß und Soll, sondern vielmehr das „Ethos“ als das ge- und bewohnte Da in dieser Welt des unaufhörlichen Wandels dar.

Krishnamurti, der unermüdliche, scharfsinnige Kritiker allen Gurus, sagt dazu:

„Ob wir alt oder jung sind, immer kann man jetzt, im gegenwärtigen Augenblick in eine andere Dimension gehoben werden. Wir gehen nicht den richtigen Weg, wenn wir das Gegenteil von dem, was wir sind, anstreben. Der Weg liegt auch nicht in der künstlichen Disziplin, die uns durch ein System, einen Lehrer, einen Philosophen oder Priester auferlegt wird — das ist alles so kindisch.

Wenn wir das erkennen, fragen wir uns, ob es möglich ist, augenblicklich durch die uns seit Jahrhunderten belastenden Beschränkungen hindurchzubrechen, ohne in eine andere Voreingenommenheit zu geraten — ob es möglich ist, frei zu sein, so daß der Geist völlig frisch, feinfühlig, lebendig, bewußt, stark, leistungsfähig sein kann. Das ist unser Problem. Es gibt kein anderes, denn wenn der Geist neu und unverbraucht ist, kann er jedes Problem aufgreifen. Das ist die einzige Frage, die wir uns selbst stellen müssen. Aber wir stellen sie nicht ...

Der religiöse Mensch ist in jenem Zustand des Schweigens, den wir bereits erforscht haben und der nicht durch das Denken hervorgebracht wird, sondern der das Ergebnis unmittelbarer Wahrnehmung ist, das heißt einer Meditation, in der der Meditierende gänzlich fehlt. In diesem Schweigen liegt eine Energie, in der es keinen Konflikt gibt ...“ (1973, S. 103 f, vgl. 1969).

Das andere Denken *Heideggers* und das Nicht-Denken *Krishnamurtis* sind verschiedene Titel für dasselbe Anliegen. Es geht um eine Haltung, die der um sich greifenden gesellschaftlichen Totalverwahrlosung (*Gehrig* 1983) Einhalt gebietet. Der Verlust des eigenen Wesens wurde im alten Deutsch als achtlos („waralos“) bezeichnet, was in Bezug auf die meditative Achtsamkeit nicht ohne Bedeutung ist. Über das Wesen, in der Fachsprache „Persönlichkeit“ genannt, soll das nächste Kapitel Aufschluß geben.

4. Persönlichkeitstheorie

4.1 Begriff und Verständnis der Person

Die Person im ursprünglichen Sinn als ‚persona‘, nämlich als eine vortäuschende ‚Maske‘, die „anderen und einem selbst glauben macht, man sei individuell, während es doch nur eine gespielte Rolle ist, die der Kollektivpsyche entspricht“, hat zuerst *Jung* zu deuten vermocht (*Jung* 1971c, S. 173). Ihm kommt das Verdienst zu, ein zum Bruch mit

Freud führendes Konzept des kollektiven Unbewußten entworfen zu haben, das auf die wesensmäßige Zugehörigkeit des Menschen zur Natur wie auch zum Numinosen hinweist. Impliziert damit ist der Auftrag nach der seelischen Ganzwerdung, genannt „Individuation“. Eine zentrale Rolle kommt dabei dem Archetypus des „Selbst“ zu, das „die bewußte und unbewußte Psyche“ umfasse und „daher sozusagen eine Persönlichkeit“ sei, „die wir auch sind“. Bereits 1920, in „Psychologische Typen“, jenem Werk, das unter anderem den Introversionsbegriff weltweit popularisiert hat, verweist Jung an einigen Stellen auf orientalische Parallelen zu seiner Persönlichkeitstheorie (Jung 1971a). Mit seinen scharfsinnigen Kommentaren zu den epochalen Übersetzungen des „Tibetanischen Totenbuchs“ (1935), von Suzukis Einführung in den Zenbuddhismus unter dem Titel „Die große Befreiung“ (1939), von „I Ging“ (1950) u.a. trug Jung zu der kulturellen und religiösen Annäherung zwischen Ost und West wesentlich bei (Jung 1971a).

Einem unmittelbaren persönlichen Kontakt mit dem Östlichen ging Jung allerdings aus dem Wege. Anlässlich seiner Indienreise habe er etwa „die Begegnung mit allen sogenannten ‚Heiligen‘ vermieden“, weil er mit seiner „eigenen Wahrheit vorlieb nehmen mußte und nichts anderes annehmen durfte, als das, was . . . (er) selber erreichen konnte“ (Jaffé 1961, S. 278 f). Die besagte eigene Wahrheit liegt seiner Persönlichkeitstheorie zugrunde. Einerseits sieht er Parallelen zu dem „Atman“ und „Brahman“ der Inder. „Ich habe gewisse besonders charakteristische Stellen hervorgehoben, aus denen ersichtlich ist, daß Brahman nicht nur das Hervorbringende, sondern auch das Hervorgebrachte, immer wieder werdende ist.“ Und: „Diese intime Beziehung, ja Identität des göttlichen Wesens mit dem Selbst (Atman) des Menschen, dürfte allgemein bekannt sein“ (1971d, S. 213 f). Andererseits sollte sich niemand der Hoffnung hingeben, „daß wir je nur eine annähernde Bewußtheit des Selbst erreichen, denn soviel wir auch bewußt machen mögen, immer wird noch eine unbestimmte und unbestimmbare Menge von Unbewußtem vorhanden sein, welches mit zur Totalität des Selbst gehört“ (1971b, S. 196 f).

Mit dem akzentuierten Bewußtwerdungsprozeß konnte Jung, als Erbe Freuds, die metapsychologische Dialektik der intrapsychischen Gegenspieler „Persona“ und „Selbst“, also des Scheins und Seins, nie ganz schlüssig klären. Die meditative Methode setzt jedoch eine Persönlichkeitstheorie voraus, die keine Vergegenständlichung des Menschen zulässt, denn das Verweilen hat nur in der Welt einen Sinn.

Dürckheim erkennt diesen „doppelten Auftrag“ (1954a) des Lebens ausdrücklich an, indem er in seiner initiatischen Therapie einerseits das

Erkennen und die Gestaltung der Welt berücksichtigt, dann aber andererseits die Reifung aus dem „Wesen“ zur „Transparenz für Transzendenz“ zum Ziel erhebt. Der initiatisch veranlaßte „Durchbruch zum Wesen“ erschließt den „lebendigen und eigentlichen Kern“ des menschlichen Selbst, wobei sich dies nicht ohne Widerspruch zur gewordenen Form und zur Ich-Wirklichkeit abspielt. In der „Großen Erfahrung“ (1958) geht dann das Wesen als ein unzerstörbarer numinoser Urgrund der menschlichen Existenz auf. Die initiatischen Exerzitien (1956) erschließen den Zugang zu diesem Urgrund. „In der Schule einer Jahre oder Jahrzehnte hindurch in harter Selbstzucht geübt und immer von Neuem demütig vollzogenen Handlung wird der Mensch für das in den unbewußten Tiefen seines individuellen Selbstes lebendige Wesen aller Dinge und für die große Einswerdung bereitet“ (Dürckheim 1950, S. 11). Dürckheim räumt ein, daß diese Erfahrung niemals willentlich vollbracht werden kann; „... nur bereitet — denn auch nach der Auffassung östlicher Meister kann diese niemals mit dem Willen erzwungen, gemacht oder auch nur gewollt werden; aber dem Bereiten und Geübten wird sie — vielleicht — zuteil“ (ebenda).

Die initiatische Therapie ist also ihrem Selbstverständnis nach eine bereichersfördernde Methode. Es stellt sich nun die Frage, ob Jung mit seiner Skepsis oder Dürckheim mit seiner Gläubigkeit dem Menschenmöglichen Rechnung trägt. Die Frage soll mit einer phänomenologischen Auslegung der menschlichen Existenz beantwortet werden, deren Autor Boss sich auf die Philosophie Heideggers stützt, die sich wiederum, nach des Philosophen Worten, als kein Werk, sondern als Weg, im Sinne von Tao (1959), versteht. Dies geschieht aus der Überzeugung heraus, „daß nur von demselben Weltort aus, an dem die moderne technische Welt entstanden ist, sich auch eine Umkehr vorbereiten kann, daß sie nicht durch Übernahme von Zen-Buddhismus oder anderen östlichen Welterfahrungen geschehen kann. Es bedarf zum Umdenken der Hilfe der europäischen Überlieferung und ihrer Neuaneignung. Denken wird nur durch Denken verwandelt, das dieselbe Herkunft und Bestimmung hat“ (1976, S. 216 f).

Die Boss'sche phänomenologische Persönlichkeitstheorie erhellt das Wesen des Menschen in seinem „Zum-Vorschein-Kommen, im ... Sich-Zeigen, Sich-Entbergen“ (1976, S. 106) als „Phainestai“ auf seine ontologische Struktur (Daseinsanalytik) hin, allen Versuchen, das Dasein zu einem Konstrukt zu abstrahieren, dabei widerstehend. Durch das objektivierende Vorgehen der Naturwissenschaft wurde die „menschliche Subjektivität, die vor allem sub-jiziert, zugrundeliegend gedacht wird, als die maßgebliche und allein entscheidende Instanz für

das Verhalten des Menschen der Natur gegenüber inthronisiert“ (Boss 1976, S. 108), und zwar mit all den possessiven Folgen des cartesianischen Strebens nach Herrschaft und Macht über die Natur (vgl. *Descartes* 1960, S. 100).

Als Psychotherapeut gab Boss allerdings nicht auf, bis sogar die das westliche und östliche Denken voneinander trennende Kluft überbrückt werden konnte. Bezugnehmend auf ein Gespräch mit *Heidegger* verweist Boss darauf, daß im Buddhismus und Hinduismus nicht anders als in der Fundamentalontologie das Wesen des Sterblichen aus dem Nichts gedacht und erfahren wird. *Heidegger* wie auch die östlichen Philosophien stimmen also, im Gegensatz zur nihilistischen Nichts-Vorstellung, darin überein, daß das Nichts unter der Bezeichnung „Brahman“ oder „Nirvana“ (vgl. Kap. 1. „Sunyata“) als jenes ungegenständliche große, verbal zu begreifende Aufgehen aufzufassen ist, „das alles, was zu sein hat, aus sich heraus in sein Seiend-sein-Können entläßt“. Boss räumt ein, daß, anders als bei *Heidegger*, weder „Brahman noch Nirvana notwendigerweise des Menschenwesens“ bedürfen, „um es von allen anderen Seienden als dessen Erscheinungsstätte in Anspruch nehmen zu können. *Heidegger* gab zur Antwort, ihm sei ein solcher Sachverhalt nicht erfahrbar. Darum wären bei ihm alle Aussagen über eine solche vom Menschenwesen absehende Lichtung nichts als eine unphänomenologisch vollzogene Abstraktion. Einigen indischen Weisen, denen zu begegnen ich das Glück hatte, war jedoch solches Brahman das Unmittelbarste und Zentralste ihrer Erfahrung“ (1976). Boss löst hier auf eine tiefsinnige Art und Weise die Aufgabe des experientiellen Existentialismus, den wir vorhin (Kap. 2.4) als die eigentliche Grundlage der humanistischen wie auch meditativen Psychotherapie vorgestellt haben. So wie in der mystischen Überlieferung (Bhagavadgita, Visuddhi Magga, *Meister Eckhardt* etc.) wird hier das menschliche Dasein radikal vom Sein aus gedacht, ohne jedoch das zum Vorschein Kommende, wie in populären „Maya“-Lehren, als Schein abzutun. Das je individuelle Da des Seins wird im Zusammenhang mit noch so uneigentlich erscheinenden Spielen auf eine reifere Existenzweise hin erfahrbar.

4.2 Entwicklungstheorie

Im meditativen Sinne läßt sich die Entwicklung als eine Entfaltung des eigenen Wesens umschreiben. Die meditative Psychotherapie stellt in unserer Zeit, in der der „Mensch ... so geschädigt in seinem Hörvermögen, durch das Spektakel des Daseins schwerhörig geworden (ist)

für die feinen Töne des wahren, vom Wesen zeugenden Lebens, daß es immer eine Weile dauern wird, bis er lernt, sie in seiner Innen- und Außenwelt zu vernehmen“ (Dürckheim 1979, S. 25), eine besonders anspruchsvolle Aufgabe dar. „Das Leben bedarf zu seiner ständigen Erneuerung sowohl eines immer wieder Loslassenkönnens der gewonnenen Form als auch eines niemals gänzlich Aufgebens eines In-Form-Sein, das die immer neuen Wellen des Lebens aufnimmt und zur weiteren Verwandlung zuläßt“ (ebenda, S. 23). Die darin zum Ausdruck gekommene Auffassung der menschlichen Existenz als ein Inbild-Sein läßt eine sowohl gestaltpsychologisch wie auch existentialistisch beeinflusste Entwicklungstheorie erkennen. Schon früh faszinierte Dürckheim das Projekt der Anwendung der Gestalttherapie auf die letzten Fragen der menschlichen Existenz, um zu erforschen, vor welchem Hinter-Grund sich die Gestalt unseres Lebens bildet.

Gemäß alter Tradition in Ost und West bleibt eine solche In-Frage-Stellung dem Menschen der zweiten Lebenshälfte vorbehalten, was in harmonischeren Zeiten sinnvoll gewesen sein mag. Der mit der immer früher einsetzenden Menstruation und den bereits im Schulalter immer häufiger stattfindenden Suiziden belegbare verfrühte Einbruch des Lust- und Leistungsprinzips in die kindliche Welt veranschaulicht die allenthalben zu beobachtende Tendenz zur Frühreife mit allen sich daraus ergebenden Symptomen besonders deutlich.

4.3 Konzepte zur Lebensspanne

Müller (1981) setzt sich in seiner statistischen Erfassung des Alters der Kursteilnehmer der Veranstaltungen des Zentrums für Initiatische Therapie Rütte mit der Meinung, daß das Interesse an Wesenserfahrung sich erst in der zweiten Lebenshälfte rege, auseinander. In den Jahren 1978/79 hätten sich immerhin 47% der Kursteilnehmer im Alter unter 40 Jahren eingefunden. Mit dem beschleunigten Strukturwandel der westlichen Industriegesellschaft stellt sich also auch der „Durchbruch zum Wesen“ immer früher ein. Dies bereitet dem meditativen Psychotherapeuten erhebliche Schwierigkeiten. Das Ziel der Erlösung wird ja nur jenem Menschen zuteil, der „seine in der Seinerfahrung erfahrene Lichtgestalt noch einmal in der Begegnung mit den Mächten des Daseins zu opfern bereit ist; denn erst das im ‚Drachenblut‘ der Welt gehärtete, zum Wesen hin erwachte Herz befähigt den Verwandelten denn auch, als Verwandelter in der Welt zu bestehen“ (Dürckheim 1983, S. 347). So legt man seit alters her in Indien großen Wert darauf, daß der Mensch die vier Stadien (Ashramas) 1. des Schü-

lers (Bramacarya), 2. des Familienvaters (Grhastra), 3. des sich danach in die Einsamkeit zurückziehenden Einsiedlers (Vánaprastha) und 4. schließlich des der Gemeinschaft dienenden Weisen (Sannyasin) im Laufe seines Lebens, entsprechend der ihm zugrundeliegenden Möglichkeiten, voll auskostete. Versuche des Überspringens, vor allem der zweiten Stufe, werden zwar nicht geächtet, jedoch auch nicht sonderlich geachtet (vgl. Werner 1977, S. 107 f.).

Im Vergleich damit kennt der Westen keine gesellschaftlich verankerte Entwicklungspsychologie, die als Sinnggebung das fortschreitende Reifen in den Mittelpunkt stellen würde. Bezeichnenderweise hören ja die meisten entwicklungspsychologischen Ansätze mit der Altersstufe auf, in der die Intelligenz oder sonstige Fähig- und Fertigkeiten ihren Höchststand erreichen. Die sich daraus ergebende Entwertung des Älterwerdens und des Alters überhaupt kommt einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung gleich. Der Einbezug des „doppelten Auftrags“ auch in die Entwicklungspsychologie würde eine Wende zur Humanisierung der abendländischen Psychogenese herbeiführen und eine Abkehr vom Bild des Alters als Degenerationserscheinung bewirken, indem an der Seite des unentbehrlichen Lust- und Leistungsprinzips das Reifungsprinzip als ein unverzichtbares Fundament der Menschwerdung den ihm gemäßen Stellenwert zugesprochen bekäme.

Mit dem Leistungs- und Lustprinzip alleine ist der Mensch außerstande, sich eine tragende Geborgenheit zu „erarbeiten“. Als eine in diesem Sinne unerläßliche Grundlage erweist sich das Prinzip der Reife, welches allein erst gewährleisten kann, daß die Leistung und die Lust nicht bloß zweckgerichtet, sondern auch sinnerfüllend sind. Derartige Erweiterung zum Konzept der Reifung beinhaltet also keineswegs eine Entwertung des unverzichtbaren Lust- und Leistungsprinzips, sondern ermöglicht vielmehr seine Verankerung im Ganzen des menschlichen Da. Die Förderung der Reife trägt somit dazu bei, die Folgen von Streß und Frustration zu vermeiden, die eine einseitige Akzentuierung der Werte der Leistungsgesellschaft mit sich bringt.

4.4 Individuum und Gesellschaft

Die buddhistische Metta-Meditation liefert wohl einen besonders deutlichen Beleg für die hohe Wertschätzung der Nächstenliebe in der Tradition Buddhas (*Nyanatiloka* 1975, S. 338-358). Die Entspannung und Sammlung geht dabei in ein Gefühl der Freude (*pitti*) und Dankbarkeit über, um schließlich auf andere gerichtet zu werden. In der *Visuddhi Magga* steht geschrieben: „Gerade wie ich die Freuden liebe

und die Schmerzen verabscheue, wie ich zu leben und nicht zu sterben wünsche, genauso ist es auch mit anderen Wesen" (Reiter 1976, S. 104).

Frýba verglich die Übungen der Metta mit den rogerianischen Variablen der therapeutischen Kommunikation und entwickelte daraus ein Verfahren der Meditation im Miteinandersein (1980). Letztlich gipfelt diese Methode in „vier göttlichen Verweilungszuständen“: der Güte, des Mitleids, der Mitfreude und des Gleichmuts. *Lenz* erblickt in der Metta-Meditation „eine präzise Strategie für die Konflikte des Alltags, eine Schule der Mitmenschlichkeit von erstaunlicher sozialer Kreativität, da ein entspannt-konzentrierter Zustand bei Auseinandersetzungen tatsächlich neue Ansätze, kreative Lösungen begünstigt. Dabei verlangt die Güte-Übung durchaus nicht, dem Übel gegenüber passiv zu werden, hält aber davon ab, Feindschaften als Selbstzweck zu hegen und mit Vernichtungsabsichten auszutragen" (1976, S. 105).

Unverkennbar ist die wesensmäßige Verwandtschaft der Metta-Einstellung mit *Gandhis* Prinzipien von „Satyagraha“, des „Wegs des Seins und der Wahrheit“, die immerhin zur Selbständigkeit der bevölkerungsreichsten Demokratie der Welt geführt haben (*Gandhi* 1959, 1962). Die Auseinandersetzung mit der Problematik der Gewaltfreiheit, die *Gandhi* in der Zeit zwischen den Weltkriegen der Öffentlichkeit vorexerziert hat, wurde neuerdings zum Leitmotiv der unzähligen Bürgerinitiativen, die ungeachtet ihrer christlichen oder anderer Orientierung die praktikierbare Nähe des westlichen und östlichen Weges erfahren lassen.

5. Theorie der Psychotherapie

Die psychotherapeutisch applizierte Meditation ist vermutlich die einzige Methode, welche von den meisten modernen Forschungsansätzen berücksichtigt wird. Sowohl behavioristisch als auch psychoanalytisch und humanistisch orientierte Psychologen haben verschiedene Elemente des Meditativen in ihrem jeweiligen psychotherapeutischen Vorgehen mehr oder weniger unreflektiert einbezogen. Zunächst sollen die bekanntesten Richtungen erläutert werden, die zur Integration der der Meditation entstammenden Impulse in die moderne psychotherapeutische Vorgehensweise wesentlich beigetragen haben.

5.1 Erkenntnis- und wissenschaftstheoretische Grundlagen

Obwohl die gängigen psychologischen Modelle streng genommen keine eigentliche Persönlichkeitstheorie darstellen, rechtfertigt ihr

gerade hinsichtlich der Meditation nicht zu unterschätzender Einfluß auf die Psychotherapiepraxis, daß ihrem Beitrag unsere besondere Aufmerksamkeit gilt. Der kanadische Forscher österreicherisch-ungarischer Abstammung *Selye* dürfte zu den einflußreichsten Autoren auf diesem Gebiet zählen. Der von ihm geschaffene Terminus „Streß“ fand ja als Umgangswort in über hundert Sprachen Eingang. Daß sich dabei die ursprüngliche Unterscheidung zwischen dem „Eustreß“, der ein optimales Maß an Anforderung und Anregung für unser Leben bezeichnet, und dem „Disstreß“, der auf die schädigenden Folgen der übermäßigen Überreizung unseres Organismus hinweist, verwischt hat, ist nicht nur für das Schicksal mancher populär gewordenen Anleihen aus der Wissenschaft (vgl. etwa Minderwertigkeitskomplex), sondern darüber hinaus auch für die Geschäftigkeit unserer Leistungsgesellschaft bezeichnend (*Selye* 1975).

Das *autogene Training* von *J.H. Schulz* warf manch alte Zöpfe der Physiologie über Bord, als gezeigt werden konnte, daß sich die angeblich willentlich nicht beeinflussbare glatte Muskulatur unserem Einfluß nicht entzieht, wenn wir eine entsprechende Einstellung zu unserem Leib einnehmen. Die Ähnlichkeit zu der in Indien von alters her angewendeten Technik des Yoga-Nidra („yogischer Schlaf“) ist so verblüffend, daß sich die Frage stellt, ob das autogene Training nicht eine Parallele zu orientalischen Vorbereitungsübungen zur Meditation darstellt. *Boyes* nannte auch seine Synthese zwischen den von ihm in Indien erlernten Techniken und der herkömmlichen Methode nach *J.H. Schultz* das „autogene Yoga“ (1983).

Ähnliche Ziele verfolgt die *progressive Relaxation* nach *Jacobson* mit seiner Formel der anfänglich starken Anspannung, die nach einer Weile, gemäß des unseren Organismus steuernden Gleichgewichtsprinzips, zum Loslassen und letztlich zur Entspannung führt (*Bernstein, Borcovec* 1982). Aus verschiedenen Bereichen, so etwa aus dem chinesischen Taoismus, sind uns vergleichbare Übungen überliefert, welche nach dem sorgfältig erarbeiteten Prinzip des Ying und Yang als Vorstufe zur meditativen Verfassung des Gleichmuts empfohlen werden. Bioenergetik wie auch „Eutonie“ machen auf ihre Weise von solchem Prinzip Gebrauch. Die „progressive Relaxation“ bildet einen wesentlichen Bestandteil der Desensitivierung in der Verhaltensmodifikation (*Jacobson* 1938). Daraus wird ersichtlich, daß sogar ein Persönlichkeitsmodell, das, wie die Lerntheorie, jegliche nicht meßbare innere Erfahrung auf ein Minimum reduzieren will, der Entspannung als einem wesentlichen Element des Meditativen in der Praxis einen großen Stellenwert zumißt.

Eine physiologische Methode per excellence stellt schließlich das *Biofeedback* (*Karlins, Andrews*) dar. Aufgrund dieser Methode konnten bisher nur den Meditationserfahrenen wahrnehmbare Reize mittels apparativer Rückmeldung bewußt und so auch dem willentlichen Einfluß zugänglich gemacht werden. Das eindrücklichste Beispiel heißt „Alpha-Feedback-Training“, das über die visuelle oder akustische Erfassung verschiedener (Alpha-, Beta-, Theta- und Delta-) Gehirnwellenfrequenzen das Einschwingen der für die Entspannung verantwortlichen Alpha-Wellen fördern kann.

Ornstein nahm in seiner „Psychologie des Bewußtseins“ (1972), die eine Grundlage für die Integration des meditativen Verweilens in die Persönlichkeitstheorie liefert, auf *Sperrys* Entdeckung der verschiedenen Funktionen der zwei Großhirnhemisphären (1964) Bezug, als er die Bedeutsamkeit der Intuition neben dem linearen, rationalen Modus des Denkens hervorgehoben und auf die Notwendigkeit der komplementären Arbeitsweise beider Modi hingewiesen hat.

Mit dem Biofeedback wird vielleicht am eindrücklichsten vor Augen geführt, daß die Technik vieles wieder erfinden und herstellen kann, was der menschlichen Psyche im Laufe des technischen Fortschritts verloren gegangen ist. In diesem Zusammenhang erwähnenswert sind die Erfahrungen des südafrikanischen Ethnologen *Van der Post* (1959), welcher bei den in der Einöde der Kalahari-Wüste lebenden Buschmännern Fähigkeiten ausfindig machte, die unserer Kultur nur aus dem technischen Bereich bekannt sind: eine Art inneres „Herz“-Telephon, mit dessen Hilfe Botschaften auf Hunderte von Kilometern Distanz präzise ausgetauscht werden können, oder die Fähigkeit, in jeder Umgebung und aus beliebiger Distanz die Richtung nach Zuhause unfehlbar zu bestimmen (innerer Kompaß). Die von einem erstaunten Eingeborenen an *Van der Post* gestellte Frage, warum die Weißen für teures Geld Dinge herstellen, die bloß jedem innewohnende Fähigkeiten nachdoppeln, gewinnt in unserer infolge der ökologischen Problematik mit Kosten-Nutzen-Erwägungen des technischen Fortschritts belasteten Zeit (*Fornalaz* 1983) an ungeahnter Aktualität.

Die den gesunden Körper auszeichnende Fähigkeit, die Folgen des Streß abzubauen, ist nur eine der vielen in letzter Zeit untersuchten körpereigenen Loslösungsreaktionen. Die von der Gestalttherapie hervorgehobenen Aspekte der Bewußtheit und der Konzentration auf das Hier und Jetzt sind mit dem meditativen Auflösen des Dranges zu „unerledigten Handlungen“ (Karma-Prinzip) verwandt (*Naranjo* 1975). Die dem lebendigen Organismus zugrundeliegende Tendenz zur „geschlossenen Gestalt“ verweist auf die Möglichkeit des Verweilens in

der Gegenwart. Daß das Entgegenwarten im jeweiligen Da allem Zukommenden gegenüber keinen Hier-und-Jetzt-Dogmatismus zuläßt, ist angesichts vieler Mißverständnisse des ursprünglichen gestalttherapeutischen Ansatzes immer wieder zu betonen.

Das von *Leuner* (1955, 1981) entwickelte Verfahren des „Kathymen Bilderlebens“ erforscht das „Symbol drama“ der bildhaft gewordenen emotionalen Vorgänge. In der Entspannungssituation lernt der Klient seine Traumata, sein Da in der ihm eigenen Widersprüchlichkeit als Bilderwelt zu erleben. Er lernt sich darin zu bewegen, zu handeln. Die zunehmende Fähigkeit zu solcher Imagination intensiviert das gefühlsmäßige Erleben des Alltags. Die Techniken der bereits erwähnten „Yoga-Nidra“ wie auch etwa des sogenannten „Antar Maouna“, die ebenfalls dem Yoga entstammenden Übungen der inneren Stille, sind traditionelle Beispiele desselben Vorgehens (*Frýba* 1968).

Die Körpertherapien, von der *Reichianischen Orgontherapie* (1976) über die Bioenergetik *Lowens* (1979, 1980) bis zu den sanfteren Techniken der Eutonie nach *Alexander* und der Konzentrativen Bewegungstherapie nach *Stolze* (1959) bieten ebenfalls ein innovatives Instrumentarium zur Erweiterung der psychotherapeutischen Arbeit, die, etwa im Sinne von *M. Brown*, mit zunehmender Reife des Klienten immer besinnlicher, meditativer wird (vgl. *Petzold* 1981).

5.2 Psychopathologie

Das Herzstück der meditativen Psychotherapie bleibt die Frage nach dem Wesen des Schmerzes, die verschiedene Psychopathologiekonzepte entstehen ließ. Da uns die buddhistische Auffassung besonders umfassend erscheint, soll die Abhidhamma-Philosophie über die allem Leben eigene Leidhaftigkeit mit der sich daraus ergebenden Konsequenz des Erlösungsweges im Folgenden dargestellt werden. Vor jedem Versuch um eine Systematik soll jedoch eindringlich darauf hingewiesen werden, daß die folgende Analyse der Kategorien des Schmerzes, gemäß der dynamischen Auffassung der Bewußtheit (vgl. Kap. 4), keineswegs als ein Beleg für den angeblichen Pessimismus der Buddhisten mißverstanden werden darf. Das Ziel all der zunächst düster anmutenden Analysen der Leidhaftigkeit der irdischen Existenz (*Dürckheim* 1981b) besteht vielmehr im Erlangen der gleichmütigen Gelassenheit, deren wesensmäßige Heiterkeit in Kap. 5.4 erläutert wird.

Die meisten Begriffe des Abhidhamma (*Fryba* 1984), sofern sie nicht der rein funktionellen Beschreibung der psychischen Prozesse dienen, haben zweifachen diagnostischen Wert. Sie erfassen psychopatholo-

gisch die Ursachen und Arten des Leidens, die Intensität und den Stellenwert der krankhaften Erlebnisse innerhalb des Ganzen des psychischen Lebens. Zugleich dienen sie aber der ethischen Diagnose, die prognostischen und prophylaktischen Zweck hat. Die ethische Diagnose gründet in der Lehre vom Kamma. Außerdem gibt es Begriffe für die Diagnose der Ereignisse während des Therapieprozesses, die der Orientierung über Fortschritte der Heilung und der Wahl spezifischer Intervention dienen und in engem Zusammenhang mit der Persönlichkeitspsychologie stehen (s. Kap. 4.1).

Die Diagnose gründet auf konkreten Erlebnissen des Patienten, des Klienten beziehungsweise des Übenden, die für den Therapeuten beziehungsweise den Geistesübungsmeister nachvollziehbar sind, weil er selber solche Bereiche des Geisteslebens introspektiv erforscht und gerade durch seine meditative Geistesschulung eigene Empathie geschult hat. Fremdbeobachtung spielt im Unterschied zu unserer Psychiatrie eine untergeordnete Rolle und bezieht sich vor allem auf Prozesse und Änderungen. Nosologische Kategorien zur Bestimmung von „identischen“ Krankheiten, auf deren Problematik Szasz (1972) ausführlich hingewiesen hat, kommen nicht vor. Der wichtigste Begriff für die Erfassung psychischer Störungen ist *Kilesa*, der als „Trübung“ am geeignetsten übersetzt werden kann (siehe *Nyanatiloka* 1981, der auch die übrigen hier verwendeten Pali Begriffe sowohl sprachlich wie auch technisch erklärt).

C.G. Jung (1971d, S. 618) hat die Wichtigkeit des Begriffs „Kilesa“ wohl intuitiv erkannt und seine Bedeutsamkeit für das Verständnis des Seelenlebens geahnt. Für das Pali-Wort braucht er sein Sanskritäquivalent, als er schreibt: „Ich habe vorhin gesagt, daß sich bei uns nichts entwickelt, was sich dem Yoga vergleichen ließe. Das ist nicht ganz richtig. Es hat sich bei uns, wie es dem europäischen Präjudiz entspricht, eine ärztliche Psychologie entwickelt, die sich speziell mit den *kleśa* befaßt. Wir nennen dies die ‚Psychologie des Unbewußten‘.“

5.3 Diagnostische Konzepte

Im folgenden versucht *Frýba*, den Begriff *Kilesa* systemisch zu erfassen. Die als *Kilesa* verstandenen seelischen Störungen können von vier Gesichtspunkten aus erörtert werden: 1. als Fremdgeräusch bei Informationsvermittlung, 2. als gestörte Programme der psychischen Steuerung, 3. als Verunstaltungen des therapeutischen Vorgehens und 4. als motivationelle Kräfte auf unterschiedlichen Erlebnisebenen.

5.3.1 Kilesa — Trübungen

Der leidende Mensch wird als ein komplexes Ganzes gesehen, dem Prozesse zugrunde liegen, die zwecks emanzipatorischer Analyse in fünf Gruppen (Khanda) eingeteilt werden. Die Gruppe der karmisch gesteuerten körperlichen Prozesse (rupa-khanda) ist Träger der persönlichen Kontinuität, die im Prozeß des Bewußtseins (vinnana-khanda) erlebt wird. Bewußtsein ist immer von Gefühlen (vedana-khanda), Wahrnehmungen (sanna-khanda) und Geistesformationen (sankhara-khanda) begleitet.

Nach Abhidhamma gibt es insgesamt 50 Geistesformationen, davon 14 pathogene, die bei allen Menschen vorkommen. Die introspektive Erfassung dieser 14 pathogenen Geistesformationen stellt eine Mikrodiagnose dar, auf der die Makrodiagnose der pathologischen, durch Kilesa getrüben Bewußtseinszustände aufgebaut ist. Durch das empathische Erkennen der pathologischen Geistesformationen auf der Ebene der Mikrodiagnose ist auch einem nichtpathologischen Therapeuten die Makrodiagnose von pathologischen Bewußtseinszuständen möglich.

Um die Wirkungsweise der Kilesa zu begreifen, bedient sich der Autor der kybernetischen Analogie. Nach Abhidhamma verfügt der Mensch über sechs Sinne, die sechs Kanäle der Informationsvermittlung und Informationsverarbeitung darstellen. In diesen sechs Kanälen findet der Aufbau des Erkenntnisgegenstandes mittels der Abläufe von Sehen, Hören, Tasten, Schmecken, Riechen und Denken statt. Diese sechs Prozesse greifen sehr komplex ineinander und lassen Gefühle (vedana) entstehen, die als Rückkoppelungen funktionieren. Wo der natürliche Fluß der Gefühle durch Kilesa, wie Gier, Haß, Neid oder Gewissensbisse entstellt wird, kommt eine Störung der Informationsverarbeitung zustande.

Wird die Störung als eine Trübung durch Einströmen (asavati = hinzufließen) von Fremdgeräuschen diagnostiziert, handelt es sich um eine Asava (Trieb), die den Bewußtseinsprozeß in eine pathologische Richtung treibt. Wiederholt nicht erkannte und deswegen nicht korrigierte Triebe (asava) führen zur Entstehung von Bindung (yoga) an die Wiederholung der pathologischen Gemütsbewegungen. Diese pathologischen blinden Bewegungen und Bindungen (yoga) haben ein Anhaften (upadana) an Fehlprogrammen zur Folge, die Leiden verursachen. Weil die Kilesa den Geist trüben und das Leiden schaffen, werden sie in den deutschen Übersetzungen von Abhidhamma auch Leidenschaften genannt.

5.3.2 *Upakkilesa — Fehlprogramme*

Als Fehlprogramme kommen die Geistestrübungen (*Upakkilesa*) in zwei verschiedenen Kontexten des psychischen Lebens vor: Erstens als falsche Programme im Alltag in Form von leidenschaftlichen Strategien des Denkens und Handelns und zweitens als Entstellungen von Prozessen der Therapie und der meditativen Geistesschulung; in diesem zweiten Falle werden sie *Vipassna-upakkilesa* genannt. Aus Platzgründen ist es hier nicht möglich, die Analyse des Fehlprogrammes auch inhaltlich eingehender durchzuführen. Die populäre Einführung in *Abhidhamma* „Die Fragen des Milinda“ (*Nyanatiloka* 1984) ist zum größeren Teil nichts anderes als eine Sammlung von Klärungen der Fehlprogramme des griechischen Königs Milinda und wird deswegen zum praxisrelevanten Weiterstudium dieser Problematik als eine leichtverständliche Lektüre empfohlen. Die Fehlprogramme äußern sich in verschiedenen Tics, psychotischen Stereotypen, neurotischen Schrullen und Zwangshandlungen, die auch sehr umfangreich und komplex sein können. Auf der Handlungsebene (*pariyutthana* — siehe weiter unter Kapitel 5.3.4) sind es reflexartig ablaufende Kerben von gleichbleibenden Verhaltensweisen, die auf der Erlebnisebene von Zwangsideen begleitet werden, die in zyklischer Wiederholung von Wiedergeburten (*samsara*) immer wieder auftauchen. Das Bewußtsein ist also auf den Kreislauf des Pathologischen gefesselt. *Samyojana* sind die *Kilesa* in ihrer Funktion von Fesseln. Das Fehlprogramm ist eine Verfestigung (*thiti*) des Bewußtseins und der Gefühle, die nicht in einem natürlichen gesunden Strom (*sota*) fließen können. Diese pathologische Verfestigung führt zur Einengung des Bewußtseins und zu Versteifung (*upatthaddha*), die je nachdem als Starrheit, Mattheit (*thina*, *middha*), Größenwahn (*mana*) oder intensivierter Gier, Haß, Schamlosigkeit (*lobha*, *dosa*, *ahirika*) usw. erlebt werden. Deswegen beschränkt sich die Emanzipation (*vimutti*) nicht nur auf die therapeutische Arbeit mit Geistesinhalten und Bewußtseinszuständen, Vielmehr ist auch das Klären von ethischen und sozialen Fragen ein wichtiger Bestandteil der Therapie und Geistesschulung nach *Abidhamma*. Die pathologischen Bewußtseinszustände zeichnen sich dadurch aus, daß sie durch *Kilesa* befleckt sind und unheilsame (*akusala*) Geistesformationen enthalten. Das folgende Diagramm veranschaulicht die erörterten Zusammenhänge:

Trübung — Kilesa

Geistesformation:	Asava	Yoga	Upadana	Anusaya	Nivarana	Samyojana
1. Gier (Lobha)	x	x	x	x	x	x
2. Fehlsicht (ditthi)	x	x	x	x		x
3. Verblendung (moha)	x	x		x	x	x
4. Hass (dosa)				x	x	x
5. Zweifelsucht (vicikiccha)				x	x	x
6. Dunkel (mana)				x		x
7. Unruhe (uddhacca)					x	x
8. Starrheit (thina)					x	
9. Gewissensbisse (kukkacca)					x	
10. Mattheit (middha)					x	
11. Schamlosigkeit (ahirika)						x
12. Gewissenslosigkeit (anottapa)						x
13. Neid (issa)				x		
14. Geiz (macchariya)	x					x

Abb. 1: Geistesformation der Kilesa

Wie man aus dem Diagramm erkennt, weisen die Kilesas einen unterschiedlichen Stellenwert als Triebe (asava), Hemmungen der Meditation (nivarana) usw. innerhalb des psychischen Lebens aus. Für eine grobe Diagnose bei solchen Geistes-kranken, die wir als „klinische Fälle“ bezeichnen würden, werden eigentlich nur die Kilesa in ihrer Funktion von undifferenzierten Trübungen (asava, yoga, upadana) oder in ihrer Funktion vom Fehlprogramm (anusaya, uppakilesa) in Betracht gezogen. In den buddhistischen Ländern werden solche Fälle der Psychosen, Konversionsneurosen und schweren psychosomatischen Störungen nicht von Meditationsmeistern, sondern von Schamanen behandelt. Es darf hier von Interesse sein, daß auch die buddhistischen Schamanen von Sri Lanka, die Yakadura (Yaka = Dämon, psychischer Komplex; Aedura = Meister, Zähler) genannt werden, sich in ihren Therapiemethoden an den Abhidhammadiagnosekonzepten orientieren (Frýba 1982).

Die psychologischen, sozialen und ethischen Kriterien für die Korrektur von Fehlprogrammen sind in der Formlieferung des Achtfachen Pfads (*Nyanatiloka* 1981) zusammengefaßt. Der Achtfache Pfad stellt den verbindlichen Kontext für Therapie- und Geistesschulungsmethoden aller Schulen des Buddhismus dar. Das Therapieziel, um es mit einer vielzitierten Redewendung von *Graf Dürckheim* auszudrücken, besteht in der Beseitigung von Kilesa, das heißt in einer psychischen, sozialen und ethischen Läuterung, aus der sich eine „Transparenz zur Transzendenz“ ergibt.

5.3.3 *Vipassana-upakkilesa — Therapiefehler*

Die Entstellungen der therapeutischen Einsicht, die auf falschen Interpretationen und Ansichten (*ditthi*) gründen, werden ebenfalls mit dem Kilesa Konzept diagnostisch erfaßt. Die Therapiefehler werden oft durch falsche Strategien und ungelöste Probleme des Therapeuten verursacht und gehören deswegen zum Thema „Therapeutische Beziehung“ (Kapitel 6.2). Sie kommen vor allem dort vor, wo die „Guru-Ansprüche“ des Therapeuten den infantilen „Anhänger-Bedürfnissen“ des Patienten entgegenkommen. Die emanzipatorische Therapie degeneriert dann in eine Ritualisierung gläubiger Wieder-Bindung (*re-ligio*) an die Autorität des Guru, der Schriften und der entweder mystisch oder logisch konstruierten, übernatürlichen Entitäten. Anstelle von Emanzipation und Autonomie tritt dann blinde Bewegung (*yoga*), die den Menschen durch Aufwühlen von Gefühlen, quasi sexuelle und mystische Erlebnisse an irgendeine vergegenständlichte Erfahrungserinnerung süchtig bindet und dadurch der natürlichen Lebensform entfremdet. Solche Entstellungen des Klarblicks (*vipassana*) kommen auch bei gesunden, gut fortgeschrittenen Meditierenden vor (s. *Visuddhi Magga*, *Nyanatiloka* 1975, Kapitel XX., S. 758 ff).

5.3.4 *Kilesa-ohumi — Ebenen der Pathologie*

Bei einem gesunden Menschen ist der Erlebensstrom ungestört, ohne Abspaltungen, ohne Hintergedanken. Kommt Trübung oder Stau vor, fällt es dem Gesunden auf. Im Idealfall eines Erleuchteten, vollkommen Geheilten gibt es keine unverarbeiteten Reste oder Ablagen (*alaya*). Der Strom bleibt nirgendwo im begehrlischen Anhängen (*alayarama*) haften. Alles ist durchsichtig oder „transparent“ (*pabhassaram*) und „leichtwandelnd“ (*lahuparivattan*), wie Buddha in einer Lehrrede aus der *Anguttara-Sammlung* sagt (Übersetzung aus Pali von *Nyanatiloka*):

„Kein anderes Ding kenne ich, ihr Mönche,
das so schnell wechselt, wie das Bewußtsein;
und schmerzlich mag man ein Gleichnis finden
für diesen so schnellen Wechsel (lahuparivattam) des Bewußtsein.
Lauter (pabhassaram) ist dieses Bewußtsein;
doch es wird verunreinigt von hinzukommenden Befleckungen (kilesa)“

Im Fortsetzen dieser Lehrrede gibt er eine weitere wichtige Eigenschaft des gesunden, in der Geistesschulung instruierten (sutava) Menschen (Übersetzung aus Pali von *Frýba*):

„Durchsichtig ist das Erleben, ihr Mönche,
und wenn es zuweilen durch Kilesa gestört wird,
versteht es der in Geistesschulung Instruierte
in Bezug auf das wirklich Vorhandene (yatha-bhutam).“

Es ist eben dieser Bezug zur Wirklichkeit, die körperliche Wirklichkeitsverankerung des Erlebens, die verloren geht, sobald das Erleben pathologisch gestört wird. Das Vorhandensein der Kilesa spaltet die Erlebensganzheit in zwei oder mehrere Ebenen. Im *Netti-Pakaranam* (*Nanamoli* 1977, S. 212 ff) werden vier solche Ebenen der Pathologie unterschieden: 1. Ebene der latenten (unbewußten) Neigungen (*anusaya*), 2. Ebene der Fesseln (*samyojana*), 3. Ebene der Zwangshandlungen (*pariyutthana*) und 4. Ebene des Haftens an rationalisierenden Annahmen (*upadana*).

Die latenten Neigungen (*anusaya*) sind unverarbeitete Reste aus früheren Leben, die sich im Laufe der Ontogenese (Entwicklung des Individuums) wie auch der Phylogenese (Entwicklung der Art) angesammelt haben. Die latenten Neigungen existieren als einfache Dispositionen oder aber als Keime sehr differenzierter Programme in dem Speicherbewußtsein (*alayavinnana*) — in der Phraseologie moderner Körpertherapien würde man von „Körpergedächtnis“ reden. Sie warten auf eine geeignete Situation und auf einen Auslöser, um aktiv zu werden. Ein „Wecken“ der schlummernden Neigungen findet für therapeutische Zwecke im klar definierten, geschützten Setting statt (z. B. Meditationszelle, Sprechzimmer, Psychodramabühne usw.). Auch als Fesseln (*samyojana*) führen die Geistestrübungen eine getrennte Existenz auf einer Ebene, die dem Klarblick (*vipassna*) der therapeutischen Analyse nicht immer zugänglich ist. Sie bestimmen die Wahl der Situationen und der Geisteszustände, in die sich der Kranke immer wieder begibt, an die das Erleben gefesselt bleibt.

Ist das Fesseln (*samyojana*) an eine entsprechende psychische Situation aktiv vorhanden und kommt der notwendige Auslöser als Gegenstand (*arammana*) vor, dann wird die Trübung (*kilesa*) oder das Fehlprogramm (*upakkilesa*) in einem leidvollen Erleben realisiert, dem

eventuell eine leidenschaftende Handlung willentlich folgt. Dadurch hat also Kilesa die Ebene unheilvoller Handlung (*pariyutthana*) erreicht. Was nun folgt, wenn keine therapeutische Intervention stattfindet, ist das Einströmen (*asava*) von weiterem Fehlprogramm, an dem der Kranke haftet und durch ihn das Geschehene rationalisiert. Die Rationalisierung verstärkt das Anhaften an unheilvollen Ansichten (*ditthi*). Dieser Prozeß findet auf einer von dem wirklichkeitsverankerten (*yatha-bhuta*) Erleben abgespaltenen Ebene statt. Die Geistesstrübung (*kilesa*) funktioniert also auf der Ebene des Anhaftens (*upadana-bhumi*).

Die psychopathologische Diagnose, deren Begriffsgefüge hier grob skizziert wurde, schließt notwendigerweise die ethische Diagnose, sobald die Ebene der unheilvollen Ansichten (*ditthi*) und die zwischenmenschlichen Beziehungen (s. Kapitel 7.1) therapeutisch angegangen werden, mit ein. Weil die psychopathologische Diagnose nach *Abhidhamma* sehr differenziert ist, beansprucht auch unsere sehr vereinfachte Darstellung viel Platz. Die diagnostische Praxis in Zusammenhang mit Schaffen des Therapiesettings und der therapeutischen Interventionen ist allerdings vor allem auf das Gesunde und Heilvolle orientiert; es werden vielmehr die Potentialitäten, Fähigkeiten und das Schöne und Angenehme in dem Kranken wie auch in dem Geistesschulungsübenden gefördert. Dies gehört aber zum Thema der Therapieziele. Schließlich erwähnt *Fryba*, daß die Mikrodiagnose nach *Abhidhamma* 14 unheilsame, dafür aber 25 heilsame, edle Geistesformationen kenne, die kultiviert werden. In der Makrodiagnose werden neben den 56 neutralen Bewußtseinszuständen nur 12 als pathologisch, dafür aber 21 Bewußtseinszustände als heilvoll betrachtet (s. Tabelle am Schluß von *Visuddhi Magga*, *Nyanatiloka* 1975).

5.4 Ziele und Inhalte der Therapie

Als ihre therapeutische Zielsetzung geben sowohl *Dürckheim* wie auch *Boss* die Befindlichkeit der „heiteren Gelassenheit“ an. Die Meditation als Metatherapie unterscheidet zwischen verschiedenen Intensitätsgraden einer solchen Befindlichkeit, die eine Steigerung der Gesundheit implizieren.

Der Stellenwert von „*piti*“, das im Westen erstaunlich wenig beachtet wurde und sich als „Freude“ oder „Heiterkeit“ übersetzen läßt, kann man nicht hoch genug einschätzen. Das Konzept von „*piti*“ ist auch mit dem verbreiteten Vorurteil, wonach die buddhistische Geisteshaltung trocken, emotionslos und pessimistisch sei, schwer in Einklang zu bringen.

Nach Vissudhi-magga lassen sich insgesamt fünf Grade von „piti“ unterscheiden. Die systematische Aufstellung von Cousins (1973) gibt als das erste Stadium der Heiterkeit das „kleine“ = „khudikà-piti“ als eine Erregung an, bei der man „Gänsehaut“ bekommt. Die weitere Stufe ist diejenige des „gelegentlichen“ = „khanikà-piti“ und wird mit einem gleißenden Blitz verglichen. Das mittlere, „hinabsteigende“ = „okkantikà-piti“ gleicht den den Leib immer wieder durchflutenden Wellen. Die vorletzte „tragende“ Stufe (im Sinne des Tremendums, aber auch des Gleichmuts) = „ubegga-piti“ ist kraftvoll und kann zu einem Luftsprung bis hin zum Schwebezustand anregen. Schließlich wird das „dauerhafte“ = „pharan-piti“, das den ganzen Körper wie einen Ballon füllt und im Unterschied zur vorangehenden Stufe nicht nur zur vorübergehenden Fülle, sondern eben zur anhaltenden heiteren Gelassenheit führt, die der Meditationsstufe „jhàna“ entspricht, angeführt.

Die Berichte über Buddhas Leben und Wirken, „sutas“ genannt, lassen sich ebenfalls im Sinne der „Heiterkeit“ oder aber auch der „Liebe“ übersetzen. Im Sanskrit entspricht dem Pali-Begriff „piti“ das Wort „ananda“. Piti umfaßt also ein ganzes Spektrum der Heiterkeit, von der „Partnerliebe“ bis zur „agape“, von einer „milden Freude“ bis zur „ekstatischen Begeisterung“.

Im Hinblick auf die Bedeutung der Heiterkeit und auf ihre eben geschilderte leibliche Verankerung erweist sich also die übliche Vorstellung von der „entkörperlichenden“ orientalischen Meditation als nicht haltbar. Es ist vielmehr so, daß unser platonisch-cartesianischer Dualismus in die orientalischen Lehren, denen es ja im Wesentlichen um die Lösung der konflikthafter Entzweiung geht, allzu unbedacht projiziert wird.

Der starke Einfluß solcher Projektionen im Zusammenhang mit der westlich geprägten Akkulturation zerrt an der Identität des Außereuropäers so stark, daß selbst die klassischen Quellen des Hinduismus und Buddhismus im Stil der viktorianischen Moral in der geistigen Heimat dieser Religionen interpretiert werden, bis sie neuerlich, exotisch angereichert, wieder zu uns exportiert werden.

Im Hinblick auf das Prinzip der Nichtzweiheit darf die heitere Befindlichkeit nicht als Gegensatz zu irgendeiner anderen Stimmung aufgefaßt werden. Deshalb wird die Heiterkeit mit der Gelassenheit in Verbindung gebracht. Solches Befinden wird nach „Yoga-Darshana“ Patanjalis (Baxi 1965) als „citta-vritti-nirodhaha“, im buddhistischen Sinne als Achtsamkeit „citta-vithi“ (Nyanaponika 1979) definiert. Hier sei vor einem sich aus der westlichen metaphysischen Transzendenz-

vorstellung ergebenden Mißverständnis nochmals gewarnt. Eine derartige Umdeutung wird durch die gängige Übersetzung als ein „innerer Zustand, bei dem die seelisch-geistigen Vorgänge zur Ruhe kommen“, geradezu gefördert. Ācitta verweist auf alle gefühlsmäßigen oder ideellen Bedeutsamkeiten unseres „psychischen Lebens“, also auf das bewußte verstandesmäßige wie auch unbewußte „Was“ unseres experientellen Befindens. „Ācittavritti“ sind vielmehr als Vibrationen des Psychischen zu verstehen, die in der heiteren Befindlichkeit des Sich-Loslassens, durch „Nirodhaha“, d.h. Einkreisen, Eindämmen, Aufhalten abebben. Dies meint *Dürckheim* mit dem disziplinierenden Wesen der Exerzitien und dies bedeutet keineswegs das „Ende des menschlichen seelischen Lebens zugunsten eines unbeteiligten ‚transzendenten‘ Zuschauerbewußtseins“ (*Wunderli* 1983), um ein gegenwärtiges Beispiel der unzähligen Variationen derselben metaphysischen Auslegungstendenz zu nennen.

Das hermeneutische Daseinsverständnis (Kap. 4.1) zeigt auf, daß dem Menschen in der Stimmung der heiteren Gelassenheit seine eigentliche Bestimmung der Offenheit für die Lichtung des Seins, die er ist, aufgeht. Dies ist auch mit der yogischen und buddhistischen Definition des Meditationsweges gemeint.

Den Übergang von den mehr sichtbaren, weitgehend auch körperlich vollziehbaren Schritten, die das Thema der beiden ersten Teile von *Patanjalis* „Yoga Darshana“ unter dem Titel „Samādhi- und Sadhana Pada“ ausmachen, zu den höheren Zuständen der Meditation, die im letzten Abschnitt als „Vibhuti Pada“ beschrieben sind, leitet *Patanjali* mit den Worten „Deschabandhaahchittasya Dharana“ (*Patanjali* 1965, S. 177) ein. Die gängige Übersetzung der „dharana“ als „Konzentration“ definiert diese etwa als „Zurückhaltung des Bewußtseins (chitta) auf einen Punkt, Zentrum“. Das Verständnis des Wesens von „Descha“, das keineswegs nur „Punkt“, sondern auch „Ort, Bereich“ oder sogar „Land“ (vgl. Bangla-desch) bedeutet, wird dadurch ungebührlich eingengt. Kein cartesianisch transzendierendes „One-pointedness“ (Gerichtetheit auf einen Punkt) zeichnet den Übergang zur eigentlichen Meditation aus, sondern vielmehr die Sammlung im Da, wo immer ich bin. Das zenbuddhistische Koan, das den Adepten fragt: „Was ist da, wo ich bin?“ (*Ostertag* 1981), nimmt mit einer kristallklaren Direktheit die existenzielle, also eine ganz konkrete, nicht weiter (abstrakt) abziehbare Bedeutsamkeit des Da als In-der-Welt-Sein aufs Korn.

Der Unterschied zwischen der Heilungsaufgabe der meditativen Psychotherapie und dem Heilvorgang des fortgeschrittenen meditativen

Verweilens ist bloß ein gradueller. Der Patient ist durch sein Leiden motiviert, also wortwörtlich unterwegs, zum Los-Lassen. Wer will unter- oder ent-scheiden, wo genau der Scheideweg zwischen dem krankhaften und dem gesunden Leiden zu lokalisieren ist? Dies ist wohl nur in einem je individuellen Falle und in der Regel retrospektiv annähernd möglich. Das meditative Verweilen hebt die Individualität keineswegs auf, sondern fördert vielmehr das Nicht-Entzweite (*Nid-wandwa*): das In-dividuelle. Das Wesen der Meditation geht nur demjenigen auf, der sich von der metaphysischen Abspaltung des Sinnes von der Sinnlichkeit freimachen kann, da sich ihm dann das Wo und Wie seiner Befindlichkeit erschließt.

6. Behandlungsmethodik

6.1 *Das spezifische Behandlungskonzept*

Die meditative Psychotherapie „ist nicht nur eine Ergänzung zur Psychotherapie, sondern war früher und ist heute wieder eine Form der Psychotherapie, je nachdem, was der Lehrer bzw. Schüler/Patient damit bezweckt. Die meisten Formen gehen jedoch über den Zweck hinaus und steuern ein anderes Ziel an. Es geht häufig darum, einen Weg in die eigene Mitte zu finden“ (*Mauerer* 1983). Stellvertretend für viele andere Standortbestimmungen umschreibt diese Definition die für die Meditation bezeichnende Spannung zwischen der eigentlichen psychotherapeutischen Zielsetzung und einer darüber hinausgehenden Suche nach der Mitte (*Dürckheim* 1968) bzw. dem Wesen, die für die Anwendung des meditativen Verfahrens kennzeichnend ist.

6.2 *Die therapeutische Beziehung*

Der meditativ vorgehende Psychotherapeut ist in besonderem Maße darauf ausgerichtet, eine vertrauensvolle Atmosphäre entstehen zu lassen. Wie schon oben (Kap. 5) ausgeführt, geht das Menschenverständnis der meditativen Psychotherapie von der Einsicht in das jedem Leben innewohnende Leiden aus, auf das sich die verschiedenartigsten Psychopathologieformen zurückführen lassen. Bezüglich der Pathogenese ist, je nach psychotherapeutischer Vorbildung, eine Anlehnung an die Auffassungen von *Jung* (*Hippius*), von Psychodrama (*Frýba*) oder von Daseinsanalyse (*Wotruba*), um nur einige bereits erläuterte Ansätze zu erwähnen, in verschiedenem Maße spürbar, wie auch die Herangehensweise an die Symptome davon geprägt ist. Allen Ansätzen gemeinsam ist allerdings die radikale Förderung der Selbstverant-

wortlichkeit des Klienten im therapeutischen Prozeß und der behutsame Umgang mit seinen eventuell entstehenden Guruphantasien.

Wie grundsätzlich bei jeder Psychotherapieform, ist der meditativ vorgehende Praktiker besonders dazu angehalten, die in unseren Breitengraden tief verwurzelte archetypische Vorstellung des das individuelle Leid auf sich nehmenden Erlösers zu beachten. Die meditative Arbeit mit einem psychopathologisch belasteten Patienten hat nur dann Aussicht auf Erfolg, wenn es gelingt, eine derartige Erwartungshaltung an die Person des Betreuers frühzeitig zu erkennen und in die Therapie reflektierend einzubeziehen. Zumindest für die meditative Psychotherapie darf eine solche Situation gleichsam als der Übertragungsmodus bezeichnet werden, dem sowohl das Tragende jeder heilsamen Beziehung wie auch das Untragbare der Idealisierung des Betreuers innewohnt. Der Erfolg der Behandlung ist nur durch das kritische Auseinanderhalten beider Aspekte möglich.

Entgegen der Meinung mancher Kursanbieter in diesem Bereich ist also vor einer unreflektierten Technisierung des Meditierens entschieden zu warnen, da sie zu jenen sattem bekannten Exzessen und der Gehirnwäsche in den neuen Sekten mit ihrem Double-bind der entpersönlichten (Geheim)technik und dem Personenkult des Gurus geführt hat. Solchen Verfallsformen der antitherapeutischen, weil entindividualisierend wirkenden Meditation liegt das unreflektierte, mehr oder weniger unbewußte Gleichsetzen des Erlöserarchetypus mit einer konkreten Führerpersönlichkeit, die sich entweder andeutungsweise oder offen auf diese Tradition beruft, zugrunde.

So diskreditierend solche Abwege für die Stellung der Meditation in der westlichen Welt auch sind, ihre nicht zu leugnende nihilistische Effektivität deutet darauf hin, daß die meditativen Verfahren keine bloß schöngestige Freizeitbeschäftigung, sondern ein äußerst wirksames Mittel zum Persönlichkeitswandel darstellen. Die ethische Grundhaltung des Meditationsleiters ist dafür maßgebend, ob sich der meditative Einfluß auf das In-der-Welt-Sein des Meditierenden letztlich integrierend oder desintegrierend auswirkt. Kein billiges Ablehnen oder Polemisieren kann den Einfluß der destruktiven Meditationsanwendung je bannen. Dazu ist nur eine grundlegende Reflexion der Leiter/Therapeut und Klient/Patient Doppelrolle imstande, weil der dringend notwendige Aufschluß über die zu fördernde bzw. zu vermeidende Art und Weise der Beziehung und deren innewohnende Zielsetzung nur so zutage gebracht werden kann.

6.3 Prozeßvariablen

Auf die an anderer Stelle (Wotruba 1983) ausgeführte Analyse der etymologischen Verwandtschaft der Begriffe der „therapeia“ und „dharma“ und ihre Bedeutsamkeit für das Verständnis ihrer sprachlichen Wurzel „Tragen“ kann an dieser Stelle nur verwiesen werden. Die radikale Schlußfolgerung daraus entlastet den Begriff der Übertragung von der sich infolge des freudianischen metapsychologischen Persönlichkeitsmodells ergebenden Verwirrung nicht nur in theoretischer (etwa Subjekt-Objekt-Problematik der Humanwissenschaften), sondern nicht zuletzt auch in praktischer Hinsicht (Problem der „Abstinenz“). Der Akzent liegt nämlich nicht mehr auf dem Präfix „Über“ mit der sich ergebenden Konsequenz der Rücknahme der Beziehung, sondern verweist vielmehr auf den Stamm des Wortes: „Tragung“. Das Tragen weist auf das Tragende hin.

Boss ist es zu verdanken, daß er das ursprüngliche Übertragungskonzept seiner beiden Lehranalytiker Freud und Reich phänomenologisch als Miteinander-Da-Sein neu bedacht und fundiert hat, wobei das dem Therapeuten wie auch dem Patienten gemeinsame, sich von den zur Sprache gelangenden Phänomenen in-Anspruch-nehmen-lassen den Ort der Therapie zu einem Tummelplatz der erwachenden neuen Existenzmöglichkeiten werden läßt. In Anbetracht der Behauptungen bezüglich der angeblichen Identität der daseinsanalytischen und orthodoxen psychoanalytischen Vorgehensweise, die sich auf die den beiden Methoden gemeinsame Couch-Praxis beruft, soll der grundlegende Unterschied zwischen der herkömmlichen analytischen Metapsychologie und der phänomenologischen Betrachtungsweise, der gerade für die meditative Psychotherapie von ausschlaggebender Bedeutung ist, hervorgehoben werden. Im krassen Gegensatz zum bisherigen psychologischen Modelldenken weist das erwähnte Sich-in-Anspruch-Nehmen-Lassen auf keine kopflastige Psyhekapsel eines so oder anders lenkenden Therapeuten oder eines so oder anders gelenkten Patienten, sondern vielmehr auf jenes Sein hin, das uns, Leidende oder Leitende, als Tragendes in unser Da schickt.

So entdeckt Gendlin 1978/79 (vgl. auch Wotruba 1978), daß jede humanistisch orientierte Psychotherapie, im besonderen das Rogerianische Vorgehen, mit Heidegger eine ontologische Fundierung ihres Tuns und Lassens erfährt. „Theory, taken phenomenologically, relates to what it is about not as an equation or a rendering, but as a logos which lets something be seen which is then seen on its own“ (S. 66). Mit diesem Versuch, die Sprache Heideggers ins Englische zu übertra-

gen (Logos / Rede als der in Anspruch nehmende Ruf des Seins), verdeutlicht *Gendlin* die Verwandtschaft des Anliegens der Fundamentalontologie mit dem Personen-zentrierten Ansatz, der sich, ohne bis vor kurzem von *Heidegger* Kenntnis genommen zu haben, als ein anderer Versuch um ein solches Menschen- und Weltverhältnis erweist.

Die Probleme der Übertragung stellen sich dem personen-zentriert arbeitenden Therapeuten nicht etwa nicht, weil er im Unterschied zum Analytiker allzu naiv wäre, wie man in analytischen Kreisen gerne unterstellt, sondern weil seine Sorge dem Tragen gilt, die *Rogers* wohl nicht von ungefähr in letzter Zeit „caring concern“ (1983) nennt, um die mechanistischen Mißverständnisse der vorher gebräuchlichen therapeutischen Bedingung „unconditional positive regard“ abzuweisen. Das Tragende, als Fundament der meditativen Psychotherapie, ist gleich von zwei Pionieren der gegenwärtigen Psychotherapie in seiner entscheidenden Bedeutsamkeit unabhängig voneinander erkannt worden.

Bezüglich des Konzepts von Widerstand scheiden sich allerdings die Geister. Während *Rogers* apodiktisch formuliert, „patient cannot be possibly resisting“ (1983), legt die Daseinsanalyse Wert darauf, als das Kernstück der psychotherapeutischen Behandlung die *Reich*'sche Widerstandsanalyse hervorzuheben (*Boss* 1971, S. 541). Der Widerstand des Patienten wird gemäß der phänomenologischen Auslegung der Über-tragung als Miteinander-Sein allerdings mit der Angst vor der freien Eigentlichkeit in Zusammenhang gebracht. Der zutagetretende Unterschied ist nicht von der Sache her, sondern in der jeweiligen Vorgehensweise begründet. Begleitet das fokussierende Vorgehen die Verbalisierungen des dem Patienten zugrundeliegenden Leidens fortwährend mit Aufmerksamkeit, ist der ebenso aufmerksame phänomenologische Analytiker bezüglich seiner Äußerungen zurückhaltender. Er stellt nur dort seine Warum-eigentlich-nicht-Fragen, wo die Angst vor aufgehenden Existenzmöglichkeiten den Patienten blockiert (*Wotruba* 1978).

Der meditative Psychotherapeut hält sich für beide Optionen offen. Dort, wo das Vertrauen in das gemeinsam Tragende offensichtlich vorliegt, begleitet er die sich erschließenden Zusammenhänge der Patienten in personen-zentrierter Art. Wo hingegen ein pathologisch begründetes Mißtrauen herrscht, ist das Austragen der blockierten Situation durch das gelegentliche daseinsanalytische „Warum-Nicht“ angebracht. Seit jeher stellt jedoch die fördernde stillende Stille der schweigsamen und gemeinsamen Offenheit für das Kommende das eigentlich tragende Element des meditativen Verweilens dar. Die bei-

den Möglichkeiten der Beziehung zum Klienten bezeichnet *Ostertag* als „Prinzip der notwendigen Härte“ und „Prinzip der notwendigen Wärme“ (1981, S. 43 f). *Boss* spricht von gewährend-versagender Haltung (1981) des Psychotherapeuten.

Der meditative Psychotherapeut kann sich aber auch für die leibbezogene Arbeit über weite Strecken entscheiden, die den Patientenwiderstand auf seinen Ursprung, auf seinen sich leibenden Stand und die sich leiblich äußernden Konflikte zurückverfolgt. *Reich* (1976) hat dies als die letzte Konsequenz seiner Widerstandsarbeit erkannt. Die leibbezogene Begegnung mit dem Patienten wurde mittlerweile von den anfänglichen mechanistischen Energiespekulationen geläutert, um zu einer immer lebendigeren phänomenologischen Unmittelbarkeit zu gelangen.

Das Psychodrama (*Fryba* 1982c) stellt eine weitere Initiationsmöglichkeit des meditativen Ansatzes dar. Das meditative Verweilen bei einem Problem des Patienten erfordert, daß die Bedingungen und Formen des therapeutischen Settings vom Bestreben des Therapeuten, dem Patienten einen möglichst großen vertrauenspendenden Spielraum für seine allmählich erwachenden Existenzmöglichkeiten zu gewähren, geleitet sind. Dies alles heißt jedoch nicht, daß ein solcher Therapeut einer ausschließlich permissiven Haltung huldigen würde. Nicht selten verlangt das Tragende, für das die therapeutische Situation durchlässig werden soll, vom Therapeuten eine herausfordernde Strategie, die den Einsatz von mehr direktiven Leib- oder Gruppentechniken einschließt. Welche Haltung der meditative Therapeut auch immer einnimmt, die bedingungslose Transparenz stellt die Grundlage seiner Treue dem Tragenden gegenüber dar.

Die sich nun erhebende Frage nach dem eigentlichen Unterschied zwischen dem westlichen Therapeuten und dem Guru in der östlichen Tradition sei mit den tief sinnigen Worten von *Hoch* wie folgt beantwortet:

„Das Wort ‚guru‘ wird gelegentlich — in einem im Sankrit üblichen Wortspiele — interpretiert als ‚derjenige, der vom Dunkel zum Licht führt‘. Dies ist eine sehr schöne Bezeichnung der Funktion eines ‚guru‘. Geradeso wichtig ist jedoch für die Aufgabe, seinen Schüler vor vorzeitigem Einbruch geistiger Kräfte, vor dem noch ungewohnten Ausgesetztsein an ein überwältigendes, blendendes Licht, weise zu schützen und ihn jeweils nur gerade so weit auf seinem Wege vorrücken zu lassen, als dies für ihn tragbar ist. Es geht dem indischen ‚guru‘ jedoch nicht darum, ... ‚Übertragungen‘ scharfsinnig aufzuspüren und allmählich, während er sich selbst innerlich davon distanziert, auch dem Schüler aufzudecken. Vielmehr gibt sich der ‚guru‘ unter Umständen völlig in die eine oder andere Rolle hinein, dem Aspiranten erlaubend, ihn ganz so zu sehen und zu nehmen, wie er in seiner Unreife seinen Bedürfnissen entspricht. Die dem Schüler auferlegten Übungen, die je nach seiner Eigenart sehr verschiedener Art sein können und unter

Umständen sogar einmal einer ganz brutal anmutenden Lösung oder Versagung gleichkommen, bringen eine allmähliche Lösung der unreifen Bindungen zustande, bis als letztes, auf dem Weg zur Nichtzweiheit allerdings ebenfalls noch zu überwindendes Verhältnis, noch rein das eines Weisheit vermittelnden Lehrers und des nach Erleuchtung verlangenden Schülers übrigbleibt“ (1982, S. 214 f).

Als *Dürckheim* seinen japanischen Lehrer fragte, wie er über die Einführung des Bogenschießens in Deutschland denke, antwortete dieser: „Nun, da ist jetzt Meister *Herrigel* und da sind Sie jetzt auf dem Wege ... Wenn Sie fleissig weiterüben und, gesetzt den Fall, es gelänge Ihnen und Meister *Herrigel* im Laufe Ihres Lebens je einen oder zwei Schüler zur Meisterschaft zu führen, so wäre das gewiß für Deutschland ein großer Gewinn“. Ein Meister mag eben viele Schüler haben, aber er „hat einen oder höchstens zwei, denen er ‚Es‘ so weitergeben kann, daß es dann durch ihn hindurch in die Welt hineinstrahlt“ (1950, S. II). Es ist letztlich der der jeweiligen Kultur zugrundeliegende Anstand, der über den angemessenen Abstand bei solchen Exerzitien entscheidet. *Dürckheim* ist in diesem Sinne ein Initiator in Mitteleuropa (1954b, c). Die Übertragbarkeit einer solchen Rolle auf den Schüler ist allerdings nicht unproblematisch.

So spricht *Müller* vom „initiativen Mitarbeiter“, der in sich die „Instanz seines ‚inneren Meisters‘ entwickelt ... und kraft seiner Durchlässigkeit zu seinem Zentrum Vorbild für den Schüler ist“ (1981, S. 238). Als Kriterium für die Unterscheidung eines wahren vom falschen Meister sieht *Silvia Ostertag* die „Qualifikation eines initiativ Führenden ... nicht in einer optimalen Methode, sondern in seiner Präsenz“ (1981, S. 42). Darin stimmen große Psychotherapeuten in der Tat überein. „Jeder Psychotherapeut hat nicht nur seine Methode; er selbst ist sie“ (*Jung* GW 16, S. 94). *Rogers* (1983) forderte in demselben Sinne die Teilnehmer seines Seminars kürzlich auf, daß jeder seine eigene Klient-bezogene Methode entwickle. Die hier akut werdende Gefahr der therapeutischen Willkür ist nur durch das Loslassen vom Wollen und das Sich-Öffnen dem Tragenden gegenüber vermeidbar. *Buber* (1979) nannte diese Offenheit des Miteinanderseins — das Zwischen des Ich und Du. Das Zwischen sei es, das den Zwist verwinde.

Allerdings warnt schon *Buber*, der philosophische Inspirator der Klient-bezogenen Therapie, entschieden davor, die von ihm gepriesene „*unio mystica*“ des Ich und Du als eine Auflösung oder gar Verschmelzung der beiden Gegenüber zu mißverstehen. Ganz in diesem Sinne kritisiert auch *Scharfetter* die unheilvolle Versuchung mancher Psychotherapeuten, sich im Zuge des Psychotherapiebooms als „willige

Opfer der gesellschaftlichen Ideologie und ihres eigenen Narzißmus bis zur Selbstinflation hochstilisieren“ zu lassen (1979, S. 86).

Die sich darin äüßernde Unausgeglichenheit des westlichen Miteinanderseins hat tiefe Wurzeln, die sich bis zum sokratischen Dialog zurückverfolgen lassen. So steht im „Gastmahl“ von *Plato* geschrieben, daß *Sokrates*, nachdem er sich die gelehrten, geschwollenen Reden seiner Gesprächspartner über das Wesen des Eros angehört hat, die Worte seiner Hätere *Diotima* in Erinnerung rief: „Die Aufgabe des Dämons namens Eros sei es, „zu vermitteln und zu überbringen den Göttern, was von den Menschen, und den Menschen, was von den Göttern kommt. . . . In der Mitte zwischen beiden stehend ist der Eros also die Ergänzung, sodaß das All in sich verbunden ist. . . . Denn ein Gott verkehrt mit einem Menschen nicht, sondern aller Verkehr und alle Unterhaltung zwischen Menschen und Göttern geht durch die Vermittlung des Dämonischen vor sich im Wachen wie im Schlafen“ (*Plato*, 1952, S. 71 f).

Der moderne Verfasser kommentiert die Bedeutung von *Diotima* folgendermaßen: „Das hier geschilderte Verhältnis zu *Diotima* ist natürlich eine Fiktion“ (S. 69). So wie im Laufe der Jahrtausende für uns die Existenz *Diotimas* zur Fiktion geworden ist, ist auch die „innerste Stimme“ von *Sokrates* als „daimon“ dämonisiert worden. Kein Wunder, daß jeder Vermittler, der sich in seinem therapeutischen Eros dem Ruf des Seins nicht verschließt, ebenso leicht in Verruf, einem unangemessenen Gurutum zu huldigen, kommen kann.

6.4 Formen des Setting

Die psychotherapeutische Anwendung der Meditation ist sowohl individuell als auch gruppenweise möglich. *Dürckheim* betont die Wichtigkeit der Exerzitien, die eine auszuhaltende Regelmäßigkeit nicht um der Leistung, sondern um des Unterwegsseins willen verlangen (1961 a, b). Die Strenge des meditativen Rahmens ist in Abhängigkeit von der Situation des Übenden und seinem Leidenszustand zu sehen. Die psychotherapeutische Anwendung der Meditation ist nur dort gewährleistet, wo das von *Johnson* et al. formulierte Prinzip jeglicher Psychotherapie, nämlich „der wechselseitige Einfluß“, in dem „Therapeuten . . . durch die Hilfe Einfluß zu nehmen“ versuchen, aber auch die „Klienten . . . die Art, wie der Therapeut ihnen hilft“ beeinflussen können (1977, S.395), zum Tragen kommt.

Das Medium ist häufig nonverbaler Art (*Dürckheim* 1964b, 1966b, 1971, 1976). *Hippius* beschreibt die Verfahren des „blinden Tastens“

an ausdrucksstarken Skulpturen oder Reliefs und das „Geführte Zeichen“ aus Formelementen, die sowohl universell wie auch individuell bedeutsam sind (vgl. *Dürckheim* 1977). *Dürckheim* nennt etwa Haräübungen als ein Mittel, um ins „mittendrin“ der Meditation zu gelangen. Die unzähligen Methoden des Leibbetrachtens und -erspürens (*Dürckheim* 1978), wie etwa des Atmungsvorgangs etc., gehören dazu. Auch hier gilt das Prinzip des Nichtverfallens an die Methode. Die Methode aber ist auch kein zweckgebundenes Mittel, sondern der Weg selbst, der „zielfreie Weg“ (*Dürckheim* 1982).

Der Weg führt zum Aufgehen, zum Tragenden. Der meditative Psychotherapeut muß sich dabei seiner Rolle bewußt sein, in die er von seinem Patienten hineingedrängt wird. Die von ihm vorgeschlagenen Übungen stellen Antworten auf diese Über-Tragungssituation dar. Jegliche bloß mechanistische Anwendung einer noch so bewährten Meditations„technik“ kann sich als nutzlos oder gar als gefährlich erweisen, denn nirgendwo sonst wird die Gefahr der Herrschaft der Methode über das Sein (vgl. *Nietzsche* 1972) als bei der Meditation selbst spürbar (auch Kap. 7.1 u. 8.).

Schützt den orientalischen Meditationsmeister seine traditionell verankerte und vom Adepten von vornherein akzeptierte Rolle trotz scheinbarer Verherrlichung vor einer allzu grenzenlosen Über-Tragung, so fördert die fortgeschrittene Umwertung der Regeln des Miteinanderseins im Westen eine unrealistische Erwartungshaltung seitens des Hilfesuchenden (*Dürckheim* 1972a). Die Verbindung der Meditation mit einer westlich erprobten psychotherapeutischen Haltung ist deshalb nicht nur empfehlenswert, sondern geradezu unumgänglich (vgl. 2.5).

7. Anwendung

In Anbetracht des geradezu inflationären Zuwachses an heute praktizierten Psychotherapietechniken, deren Zahl *Strotzka* (1982) unter Berufung auf *Stierlin* bereits auf weit über 1000 einschätzt, wird die Frage nach einem zuverlässigen Vergleich einzelner Methoden immer aktueller. Genauso wie bei manch anderen Verfahren wird eine klare Antwort im Falle der Meditation durch das dieser Methode zugrundeliegende (psycho-) pathologische System erschwert, dessen Kategorien mit denjenigen anderer Therapierichtungen nicht ohne weiteres vergleichbar sind. Diese Eigenart des meditativen Vorgehens veranlaßte *Goleman* (1971), von der Meditation in Abgrenzung zu anderen Verfahren als von der „Metatherapie“ zu sprechen, womit ihr eigener, die

Grenzen des herkömmlichen therapeutischen Horizonts überschreitender Weg treffend charakterisiert worden ist. Im Folgenden wollen wir von der in Kap. 5.3 umschriebenen, der Satipatthana-Methode eigenen, psychopathologischen Systematik Abstand nehmen und statt dessen von der in unserem Kulturbereich gebräuchlichen Diagnostik Gebrauch machen.

7.1 Indikation und Kontraindikation

Die Frage nach der Indikation ist in letzter Zeit in Europa von *Scharfetter* (1979), in Amerika von *Shapiro* (1982) in Übersichtsartikeln erörtert worden. Beide Autoren nennen vor allem die „psychosomatischen und nichtpsychotischen Störungen bei Charakter-, Entwicklungsschwierigkeiten und Lebenskrisen“ als übliche Indikation für das Meditieren.

Da jedoch die Meditation bei einer Weltfluchtneigung leicht mißbraucht werden kann, sollen „die weltlichen, sozialen, emotionalen Konflikte und Probleme so weit gelöst sein, daß nicht Unruhe und gequälte Besorgnis ein Sich-Einlassen in die Meditation verhindern“ (*Scharfetter* 1979, S. 89). Nicht anders als bei der klassischen Analyse ist also ein gewisses Mindestmaß an Bereitschaft und Fähigkeit, die im Laufe der Therapie auftauchenden Probleme zu ertragen und in freier Selbstverantwortung anzugehen, für die Meditation unerlässlich.

Die sich als Begleiterscheinung des meditativen Verweilens einstellende Entspannung, das Loslassen, setzt die Anforderungen an die bildungsabhängige Verbalisierungsfähigkeit und -bereitschaft herab. Nicht zuletzt im Hinblick auf die erschreckende Zunahme der in letzter Zeit viel diskutierten narzißtischen und süchtigen Neigungen erweist sich die ausreichende (selbst)kritische Evaluation des Meditationsverlaufes als unumgänglich.

Die Problematik der Sucht kommt, unserer eigenen Erfahrung nach, einem Grenzfall gleich. Wie sich in der Falldarstellung (Kap. 9) zeigt, ist die Meditation dann angezeigt, wenn die äußeren Umstände des an seiner Grenzenlosigkeit leidenden Süchtigen so hoffnungslos sind, daß sie ihn paradoxerweise, oft zum ersten Mal in seinem Leben, als letzten Ausweg auf sich selbst zurückwerfen.

Das von *Dürckheim* immer wieder betonte Loslassen vom „kleinen Ich“ (1972b), das das Kernstück der meditativen Erfahrung ausmacht, stößt bei den Ich-schwachen Persönlichkeiten (*Deartherage* 1975) einerseits wegen ihrer oft mangelnden Diszipliniertheit, andererseits aus Angst vor Kontrollverlust und aus Bedürfnis nach kindlicher Abhän-

gigkeit (Carrington, Ephron 1975) auf Widerstand. Scharfetter (1979) warnt in diesem Zusammenhang vor einer Überforderung der an Depressivität, Müdigkeit, Apathie und agitierter Ängstlichkeit leidenden Menschen. Er hebt jedoch die ermunternden Ergebnisse der meditativen Psychotherapie bei gewissen, sorgfältig ausgewählten Schizophreniefällen hervor. Die gelassene tragende Atmosphäre des meditativ verweilenden Miteinanderseins spricht offenbar nur entweder ausgereifte Persönlichkeiten oder aber an mangelnder Ich-Abgrenzung leidende Psychotiker an.

Gerade in unserer Zeit des überstürzten Normwandels bedarf der verunsicherte Zeitgenosse eines schützenden Rahmens. Daraus rekrutiert sich leider ein auf „Gurus“ ansprechbares Publikum, die selbst aber infolge ihrer eigenen Selbstwertprobleme zu einer echten, für die Entstehung der füllenden Leere der meditativen Situation unerläßlichen Bescheidenheit unfähig sind. Die mehr oder weniger sektiererischen, gehäuft zu Markt getragenen Programme der Pseudomeditation stellen ein besonders bedenkliches Beispiel für Kontraindikationen sowohl bezüglich der Person des Meditierenden wie auch des Meditationsanbieters dar.

7.2 *Klinische und Nicht-Klinische Anwendung*

Die in Kap. 4.2 umrissene Entwicklungstheorie hebt die Bedeutung des Erfahren-Könnens des Tragenden hervor. Das sinnstiftende numinose Erlebnis erweist sich als eine Grenzerfahrung, die den jeweiligen, der aktuellen Lebensphase innewohnenden, Auf-trag verdeutlicht (Dürckheim 1972c, 1960b).

Die Erstarrung, die mit zunehmendem Alter beobachtet werden kann, ist in diesem Sinne ein Ausdruck des wachsenden Mißtrauens, denn die gestreßte und frustrierte Verfallenheit an das einzig und allein geltende Leistungs- und Lustprinzip läßt für tiefere Wesenseinsichten wenig Spielraum. Der Erstarrungsprozeß verläuft allerdings zu den Kalenderjahren nicht unbedingt parallel, so daß es wenig sinnvoll ist, „Techniken“ für verschiedene Altersstufen aufzulisten. Das zunehmende Interesse für Meditation in allen Lebensphasen zeigt, daß Dürckheims Erörterung der Möglichkeiten im Alter eigentlich für jedes Alter gelten. „In der Verhärtung erscheint die Grundgebärde des sich Festhaltenwollens, Festkrallens, des sich nicht Loslassenkönnens. Und hier setzt eine besondere Möglichkeit für den alten Menschen ein: ihn zu lehren, zu lassen. Es ist erstaunlich, welche Wirkungen erzielt werden können, wenn man einen Menschen lehrt, sich zu lassen; sich bei-

spielsweise ausatmend in einen schmerzenden Körperteil hineinzulassen, statt der verkehrten Gebärde der Natur stattzugeben, die grundsätzlich, den Atem anhaltend, Widerstand macht gegen jeden Schmerz und damit die kranke Stelle verspannt“ (1979, S. 22 f).

Bezüglich der Ehesituation mag der Gebrauch der Meditation wegen der Verwurzelung in einem monastischen Leben besonders umstritten erscheinen. Doch an anderen Stellen (Kap. 7.3) zeigt sich, daß die Trennung zwischen Kloster und weltlichem Leben im Osten sehr relativ ist. Viele Beispiele aus den Sutras deuten übrigens darauf hin, daß Buddha auch in sehr „weltlichen“ Belangen mit Rat beigestanden hat. Das Loslassenkönnen und sich Tragen-Lassen vom gemeinsamen familiären Auf-trag stößt in unserer narzißtischen Zeit auf einen besonders heftigen Widerstand, der von sich aus allein kaum behandelbar ist, jedoch im gemeinsamen Verweilen der Meditation in seiner Bedeutsamkeit aufgehen kann. Entscheidend ist da der Einbezug des Leiblichen, ohne den sich, unter dem Vorwand der Besinnlichkeit, körperfeindliche Tendenzen durchsetzen, die statt des meditativen Leibens, des konkreten („zusammen“-„gewachsenen“) Miteinanderseins, einem „Transzendieren-Wollen“ förderlich wären.

Die orientalische Großfamilie („joint family“) ist von der modernen Familienstruktur grundverschieden, so daß sich eine unreflektierte Übernahme der östlichen Werte in unserer Situation der fortgeschrittenen Entborgenheit sehr destruktiv auswirken kann. Ein Beispiel ist aus Buddhas Werdegang selbst überliefert, wonach Siddharta anlässlich der Geburt Rähulos, seines ersten Sohnes, geäußert haben soll: „Rähulo ist mir geboren, eine Fessel ist mir geboren“. Daraufhin verließ er sein Zu-Hause, um Asket zu werden: „Was suche ich denn, selber Geburt und Tod unterworfen, was auch Geburt und Tod unterworfen ist, nämlich Weib und Kind, Haus und Hof?“ Rähulo wurde später zu seinem Schüler und die Mutter ertrug den Abschied nicht nur, weil „sie als edle Inderin sein religiöses Anliegen verstehen“ konnte, sondern weil sie sich von einer geborgenheitsspendenden Großfamilie unterstützt wußte, deren Struktur von einem modernen Europäer schwer nachvollziehbar ist (Hecker 1978, S. 8 f).

7.3 Prävention

Da die meditative Psychotherapie als eine Möglichkeit des psychotherapeutischen Tun und Lassens erst zögernd zur Kenntnis genommen wird, wäre es verfrüht, die etwa im buddhistischen Bereich in Hülle und Fülle feststellbaren Beispiele der sozialen Prävention, Soziothera-

pie oder Pädagogik als Modelle für unsere Breitengrade unreflektiert übernehmen zu wollen. Die in diesem Zusammenhang bedeutsamen Praktiken unterscheiden sich auch in Asien von Land zu Land erheblich. So pflegen etwa in Thailand die heranwachsenden Männer eine gewisse Zeit im buddhistischen Kloster zu verbringen, wobei es bei diesem alle Schichten erfassenden Brauch keineswegs nur darum geht, neue Mönche zu rekrutieren. Nachdem so eine soziale Distanz zu den Eltern zum ersten Mal eingeleitet worden ist, kehrt der Jüngling in den allermeisten Fällen in den Schoß seiner Familie zurück. Die nun weitergehende, seinem Alter angemessene Loslösung zum Erwachsenen-dasein hin ist initiiert worden. Daß dem Kloster in einem buddhistischen Land eine wesentlich geringere asketische Bedeutung zukommt, geht schon allein daraus hervor, daß in Tibet, dem Land der Mönche, das Kloster nicht nur ein geistiges Zentrum darstellt, sondern für die umliegenden Dörfer z. B. auch die Funktion des Marktplatzes ausübt, als Versammlungsstätte für wichtige soziale und politische Anlässe dienen kann. Im Unterschied zu unserem westlichen Begriff des Klosters, der ja nicht von ungefähr vom lateinischen „claudere“ (= verschließen) abstammt, ist der ashram weltoffen.

Der introspektiven Hinwendung auf sich selbst wegen mag das meditative Verfahren für eine sozialpsychologisch wirksame Anwendung auf den ersten Blick als kaum geeignet erscheinen. Gleichwohl haben gerade die in letzter Zeit so leidenschaftlich ausgetragenen Diskussionen im Zusammenhang mit der Gefahr sogenannter Jugendreligionen, jener sektiererischen Gruppierungen, die sich mit einem meditativen Angebot an vorwiegend orientierungslose jugendliche Bürger der modernen Industriegesellschaft wenden, gezeigt, daß die Meditationswelle Gruppenverhalten durchaus wesentlich mitbeeinflussen und prägen kann. Leider neigt man seitdem aus sozialpsychologischer Sicht dazu, die Auswirkung der Meditation für ausschließlich negativ, weil letztlich persönlichkeitszerstörend und autoritätsgläubigkeitsfördernd, zu halten.

8. Evaluation und Forschung

Denminston, Mc Williams führen in ihrem „TM Book“ zahlreiche Untersuchungen über die Effektivität der Meditation auf. *Schwäbisch, Siems* fassen daraus die wichtigsten Forschungsergebnisse zu 17 Punkten zusammen.

Die Resultate belegen unter anderem: Zuwachs der Intelligenz, des Erinnerungsvermögens; Verbesserung der akademischen Leistung, der

Beziehung zu den Mitarbeitern, der Fähigkeit, arithmetische Probleme zu lösen, der Leistungen in motorischen Geschicklichkeitstests, der Feldunabhängigkeit der Wahrnehmung als Gütezeichen neurologischer Organisation; Verringerung der Angst, der Schlaflosigkeit; eindrückliche Reduktion des Drogenmißbrauchs sowie des Zigaretten- und Alkoholabusus, der Angst und der Gewalttätigkeit unter Gefängnisinsassen; Erhöhung der inneren Kontrolle wie auch des Einfühlungsvermögens, des Ausmaßes der Selbstaktualisierung.

Die aufgezählten Resultate hielten jedoch der späteren Überprüfung durch *D.H. Shapiro* (1982) nicht durchgehend stand. Der Autor kommt aufgrund neuerer Untersuchungen der physiologisch wie auch klinisch feststellbaren Indikatoren zu dem Schluß, daß sich die These vor allem der Anhänger der Transzendentalen Meditation, wonach die meditative Methode anderen Entspannungsverfahren überlegen sei, nicht mehr aufrechterhalten läßt. Vergleiche mit nichtbehandelten Kontrollgruppen zeigen hingegen nach wie vor, daß die Meditation wirksam ist.

Auf physiologischem Gebiet weisen verschiedene Autoren nach, daß Progressive Relaxation und andere selbstsuggestive Methoden, einschließlich Bio-feedback, der Meditation ebenbürtig sind. *Travis et al.* (1976) haben sogar das paradoxe Erlebnis vorlegen können, daß sich bei Meditierenden ein Ausfall der Alpha-Wellen ergibt. Dies bringt die von *Glueck, Stroebel* (1975) aufgestellte Hypothese, daß sich eine Synchronisierung der Alpha-Wellen nur bei Meditierenden als ein besonderes Phänomen beobachten läßt, ins Wanken. *Pagano et al.* (1977) konnten die häufige Beobachtung, daß zumindest Anfänger während der Meditation verschiedene Schlafstadien durchlaufen, experimentell nachweisen.

Man findet allerdings auch neuere Forschungsergebnisse, die für ein besseres Abschneiden der Meditierenden sprechen. *Elson et al.* (1977) konnten bei meditierenden Ananda-Marga-Mitgliedern einen höheren Hautwiderstand als bei den sich nicht meditativ entspannenden Kontrollpersonen messen. *Jevning, O'Halloran* (in Druck) geben darüber hinaus zu bedenken, daß das heutige physiologische Meßinstrumentarium den für das Erfassen spezifischer Körpervorgänge während der Meditation zu erfüllenden Anforderungen nicht genügt. Sie verweisen etwa auf eine nur bei Meditierenden beobachtbare Veränderung der Blutzirkulation.

Die neueren klinischen Untersuchungen lassen die These der im Vergleich mit anderen Methoden wirksameren Meditation ebenfalls fragwürdig erscheinen. *D.H. Shapiro* (1982) kritisiert, daß z. B. die Gegen-

teiliges behauptende Studie von *Glueck, Stroebel* (1975) in einem Institut durchgeführt wurde, das eine Suggestivwirkung durch seine Verbundenheit dem Maharishi Mahesh Yogi gegenüber hätte, wodurch die TM-Anhänger gegenüber den Nichtanhängern, die ja ihre Relaxationsfähigkeiten, im Unterschied zu Ersteren, unter Beweis stellen müssen, bevorteilt worden seien.

Shapiro setzt sich auch mit unerwünschten, eine sorgfältigere Auslese der Meditationsadepten nahelegenden Auswirkungen der Meditation auseinander. Es geht vor allem darum, den Mißbrauch der Meditation als Mittel zur Flucht bei kontaktscheuen oder -schwachen Personen zu vermeiden. Erwähnt werden sogar Untersuchungen, wonach das langfristige Meditieren in nicht wenigen Fällen zu zunehmender Ängstlichkeit, Depressivität, Unruhe führen kann.

Die zuletzt erwähnten Ergebnisse sind wohl im Zusammenhang mit den bereits geschilderten Kontraindikationen zu sehen. Wenn *Schwäbisch, Siems* das besondere Vorgehen der „Transzendentalen Meditation“ als kurzfristig wirksam, langfristig jedoch nicht selten eher „durch Dösigkeit und Hypnotisiertheit als durch Hara und wache Klarheit“ (1976) kennzeichnen, so wird hier die Bedeutsamkeit der leiblichen Verankerung des meditativen Verweilens angesprochen. Nur eine integrative, nicht nur in jahrhundertelanger Erfahrung erprobte, sondern auch Psyche und Soma gleichermaßen berücksichtigende Vorgehensweise bietet erst Gewähr dafür, daß das Loslassen nicht nur einer Einbildung gleichkommt, sondern sich konkret im Da ereignet.

Wir stimmen schließlich mit *Shapiro* überein, daß die zukunftsweisende Perspektive der Meditationsforschung in der phänomenologischen Erschließung des experientiellen Bedeutungsinhaltes des meditativen Verweilens erblickt werden soll. Die mit einem teilweise sektierisch wirkenden Eifer vorgetragenen Resultate der experimentellen Forschung können bestenfalls nur unwesentliche Aspekte der therapeutischen Wirkungsweise der Meditation festhalten, tragen jedoch leider nicht selten dazu bei, daß die metatherapeutische Bedeutsamkeit der Meditation und die sich daraus ergebende Vermittlungsfunktion für die einzelnen Psychotherapierichtungen aus den Augen verloren und das „Sowohl-als-Auch“ zugunsten des „Entweder-Oder“ aufgegeben wird.

9. Fallbeispiel

Das schnell anwachsende Angebot an verschiedenen meditativen und meditationsähnlichen Verfahren unterschiedlichen Niveaus mag

inzwischen den Eindruck erweckt haben, daß meditatives Vorgehen eine exklusive Freizeitbeschäftigung für relativ gesunde Suchende sei. Im folgenden soll aufgezeigt werden, daß sich ein meditativ begründetes psychotherapeutisches Vorgehen gerade in der Situation einer schweren, eine stationäre Behandlung erfordernden Lebenskrise bewähren kann.

Eine 46jährige Patientin, die wir Dagmar Grunwald nennen wollen, ist in eine Psychiatrische Klinik vormundschaftlich eingewiesen worden. Der behandelnde Arzt ist von der Behörde eines mittelgroßen Bergdorfes mit der Abklärung der Notwendigkeit einer eventuellen Bevormundung beauftragt worden. Die Patientin ist seit Jahren als eine chronische Alkoholikerin in Verruf geraten. Ihre Intelligenz und ihre früheren guten Qualifikationen stehen zu dem sich in letzter Zeit deutlich vollziehenden Berufsabstieg in auffallendem Widerspruch. Dagmar Grunwald wurde infolge ihres exzessiven Trinkens und dem damit einhergehenden zunehmenden Fernbleiben vom Arbeitsplatz in letzter Zeit an mehreren Stellen gekündigt, und war an ihrer derzeitigen Stelle, wo sie die Funktion einer Hilfssekretärin bekleidet, bereits vorgewarnt worden. Angesichts der angespannten Lage im Sektor der kaufmännischen Berufe muß Dagmar Grunwald damit rechnen, daß sie bei weiterem Trinken auch ihre jetzige Stelle verliert, was eine längerdauernde Arbeitslosigkeit, mit allen sich daraus ergebenden Folgen des Sich-Verschuldens, des zunehmenden Spannungsverhältnisses mit den Behörden und schließlich der drohenden Bevormundung nach sich ziehen würde. Dies alles dürfte sich auf das Verhältnis mit ihrem Freund, bei dem sie nach ihrer Scheidung aus kinderloser Ehe lebt, zusätzlich belastend auswirken. Den Tag ihrer Einlieferung in die Klinik bezeichnet Dagmar Grunwald als ihren „Todestag“. Sie ist jedoch außerstande, nähere Angaben zu dieser Äußerung zu machen, so daß der diensthabende Arzt zunächst paranoide Wahnvorstellungen diagnostiziert. Später stellt sich heraus, daß die Diagnose auf Delirium tremens lautet. Eine Woche später vermag Dagmar Grunwald noch immer zu den näheren Umständen ihrer Klinikeinweisung keinen Kommentar abzugeben. Sie neigt vielmehr dazu, ihren Alkoholkonsum weiterhin zu bagatellisieren und ihre Situation auf dem Arbeitsplatz in möglichst rosigem Licht erscheinen zu lassen. Ihre Abwehr nimmt erst mit Beginn der regelmäßigen Gruppengespräche zum Thema Sucht ab. Ermuntert durch die Offenheit, mit der andere Patienten mit Erfahrung aus Versammlungen Anonymer Alkoholiker über ihren Alkoholismus zu berichten imstande sind, zeigt sich Dagmar Grunwald allmählich bereit, auch über ihre Erlebnisse um die Klinikeinweisung Auskunft zu geben.

Das im folgenden geschilderte Delirium-Erlebnis, das Dagmar Grunwald als ihr eigenes Sterben auffaßte und worüber sie sich anfänglich beharrlich ausschwieß, erwies sich als eine die Energien zu einer existenziellen Umstimmung in sich bergende numinose Erfahrung. Durch den Zuspruch anderer Patienten ermuntert, willigte sie schließlich ein, ihre Erfahrungen des erlittenen Todes zu Papier zu bringen. Im folgenden wird ihr Bericht unverkürzt und unkorrigiert wiedergegeben.

Mein Traumerlebnis

Vor Eintritt in die Klinik hatte ich einen wunderbaren Traum, der in mir einen tiefen, nachhaltigen Eindruck hinterließ. Vermutlich werde ich ihn mein Leben lang nicht vergessen. So intensiv und realistisch erlebte ich folgendes:

Ich fühlte mich sehr krank und dem Ende elendlich nahe! Ich war im Spital, von allen Ärzten und Schwestern aufgegeben. Ich fühlte, daß mein Ende naht. Plötzlich versank ich in eine Art Traumzustand. Irdisch nahm ich die Umwelt nicht mehr wahr. Ich sah mich fern und doch sehr nah in einem arabischen Land. Hier waren alle Menschen dem Islam verpflichtet, hier war Rache und blutige Vergeltung klare Sache und heilige Pflicht! Viele Menschen waren präsent, auch gute alte bekannte Gesichter mit mehr oder weniger guter Vergangenheit.

Einige waren stark belastet und versuchten mit allen möglichen und unmöglichen Tricks, sich der gerechten Bestrafung zu entziehen. Sogar mir vom irdischen Leben wohlbekannte Ordensleute, die ich schon gestorben geglaubt habe, versuchten von Angst geprägt, mit häßlichem Gesicht, ihre Schuld abzuschieben und sich und ihr Tun zu rechtfertigen.

Vergeblich! Ein moslemischer Richter kündigte ohne Gnade harte Strafen an: Exekution! Rache, bis alle Schuld gesühnt ist, ohne Rücksicht auf Person und sozialen Stand oder Klasse, wie im Iran! Ein christlicher Priester erschien, ich kannte ihn nur zu gut. Er war mir sehr unsympathisch, vielleicht gar verhaßt. Ich wußte um seine Vergangenheit, die dunkel war — ich dachte an die Kriegszeit und an meine Kindheit zurück. Ich wehrte seine Vermittlungsversuche ab und nahm das Urteil gelassen hin, verspürte Angst, aber Gerechtigkeit! Plötzlich sah ich meine sehr strengen Eltern und eine mir verhaßte Person, Inbegriff meiner Feinde. Ich wollte die Strafe als Sühne für mein Tun und Treiben, das bis in die Kindheit und weiter zurücklag - sogar in die dunkle Vergangenheit vor meiner Geburt. Die Kinder büßen für die Sünde der Eltern.

Die Hinrichtungen folgten. Einer nach dem anderen kam daran, ohne Gnade. Ich sah das Antlitz des Teufels, und zwar im Gesicht jener mir feindlichen, verhaßten Person. Es war ein Anblick, der mir unauslöschlich bleiben wird: ein Gesicht voll Stolz, Intelligenz, aber von furchterregendem Zynismus!

Ich zitterte vor Angst und zugleich vernahm ich eine stille, vertraute, sanfte Stimme: Fürchte dich nicht vor „Luzifer“. Er läßt von dir ab, sei ruhig. Ich sah, hörte und fühlte mich wie aufgelöst: ein Zustand, der nicht beschreibbar ist. Dann füllte sich meine Seele oder Inneres mit einem herrlichen Frieden, mit Stille und Ruhe, Entspannung und Glück! Ich sah und fühlte seltsame Dinge, Verheißung und — daß etwas Gutes, eine Art von Verwandlung im Kommen sei.

Am folgenden Tag konnte ich nicht realisieren, was überhaupt geschehen war. Eine lange Fahrt mit vielen guten Eindrücken folgte und ich nahm Mitmenschen und Umwelt noch nicht so richtig wahr. Erst am folgenden Tag (Dienstag) stellte ich mit Erleichterung fest, daß ich mich in unserer Klinik in guter Obhut und Pflege sah — und ich atmete

mit großer Erleichterung auf! Ein Traum, der mir einen tiefen Eindruck hinterließ. Die Deutung, wie auch der Sinn sind mir nicht leicht gefallen.

Der Traum weist darauf hin, wie das von Dagmar Grunwald geschilderte eigene Sterben zu sehen ist. Die bisherige Verhaltensweise ihres chronischen Sich-um-die-Verantwortung-Drückens, die für ihre süchtige Lebenseinstellung charakteristisch ist, gab sie in einer eindrucklichen Art und Weise auf, um dem Ruf des Gewissens in einer bisher noch nie erlebten Entschlossenheit zu folgen. Während andere Autoritäten ihrer Kindheit und Gegenwart mit ihrer Feigheit angesichts der zu erwartenden Exekution jegliche Würde einbüßen, nimmt sie die bevorstehende Hinrichtung mit Gelassenheit hin. Erst vis-a-vis dem Gesicht ihres Erzfeindes, in dem sie das Antlitz des Satans erblickt, gerät Dagmar Grunwald ins Wanken. Sie darf jedoch in diesem Augenblick der eigenen Ermattung erleben, daß eine sanfte Stimme ihr Erlösung zuflüstert.

Dagmar Grunwald ging in diesem Erlebnis geradezu „unheimlich“ viel auf. Das, worüber unter Religionsforschern Uneinigkeit herrscht, sieht sie in einer bewundernswerten Klarheit: Die Erbsünde wie auch die östliche Karma-Vorstellung, diese beiden, dem modernen Menschen so wenig zusagenden Konzepte verdichten sich für sie als „Sühne“ für ihr „Tun und Treiben, das bis in die Kindheit und weiter zurücklag“, zum konkreten Erlebnis der jeder Existenz wesensgemäßen Schuld, die sie freiwillig zu übernehmen bereit ist. Darüber zu spekulieren, wie die im Traum vorkommenden und ebenfalls der Kapitalstrafe ausgelieferten Eltern mit der eigenen Schuldhaftigkeit zusammenhängen, mag einladend wirken. Eine reduktionistische Zurückführung der existenziellen Schuldproblematik auf eine Überichprojektion und die daraus folgende Schuldverlagerung auf die Elterngeneration käme jedoch einer Verschleierung der zentralen Traumaussage, nämlich daß Dagmar Grunwald inmitten ärgster Bedrängnis durch die Hinnahme der auferlegten Strafe, und zwar im Kontrast zu dem Fluchtverhalten der anderen, einen freien Entschluß faßt, gleich. Darauf baute auch die meditative Psychotherapie.

Das Ent-rücken von Dagmar Grunwald in eine ferne islamische Welt bringt ihre Entfremdung der eigenen Umgebung und Kultur gegenüber deutlich zum Ausdruck. Wohl nicht von ungefähr gibt sie laut der Krankengeschichte auch zu, daß sie seit langem zu ihren Verwandten und Nachbarn keinen nennenswerten Kontakt mehr aufrechterhält. Die Gerechtigkeit widerfährt ihr typischerweise vielmehr in der Fremde. Zu Hause nehme sie nur mit Ausländern Beziehungen auf,

während sie die „heuchlerischen Eigenen“ meide, wie sie immer wieder im ärztlichen Gespräch betont.

Die daseinsanalytische Auslegung der der Patientin nun aufgegangenen Schuldthematik und der sich darin bergenden Erlösung wurde zum Thema der meditativen Achtsamkeit. Das erlösende Moment wurde nicht zerredet, sondern in der Stille des Miteinanderseins im Hier und Jetzt ausgetragen. Demgegenüber traten Erinnerungen an die Entbehrungen ihrer strengen Kindheit wie auch die früheren lauten Vorwürfe gegen die Behörden und andere für ihre mißliche Situation angeblich Verantwortlichen immer mehr in den Hintergrund. Dies geschah nicht etwa, indem sich die Aggression nun mehr bloß gegen sie selbst richten würde, sondern vielmehr, weil sich die Aggression während der meditativen persönlichen Integration des energiespendenden, beglückenden Erlebnisses des Getragenwerdens aufgelöst hat.

Es besteht kein Anlaß, nach irgendwelchen transzendentalen Erklärungen im Bereich des Ab-soluten zu suchen, da sich keine abstrakte Ab-lösung, sondern lediglich bei den Traumphänomenen ein konkretes Loslassen von der bisherigen Ich-Befangenheit zu einem freieren Weltverhältnis phänomenologisch nachweisen läßt. Die meditative Durcharbeitung dieses Getragenwerdens bewirkte, daß eine den Süchtigen immer bedrohende Phase der Schuldgefühle, die den Rückfall in das süchtige Verhalten in der Regel einleitet, vermieden werden konnte.

Die Patientin ist keiner amorphen anonymen Stimme des überstrengen Überichs hörig, sondern ist durch die Übernahme ihres wesentlichen Schuldigseins freier geworden. Durch diese scheinbare Paradoxie war die Patientin bald imstande, ihre Widerstände gegen die Einsicht in das Ausmaß ihres Alkoholismus aufzugeben und ihre „Einstellung zum Alkohol zu ändern“, was auch die Einträge des für die Entzugskur verantwortlichen Arztes nachhaltig bestätigen. Sie entschloß sich zur Antabuseinnahme beim Kurator und willigte ein, ihre finanziellen Verpflichtungen aufgrund eines von ihr entworfenen Planes allmählich abzubauen.

10. Kritische Reflexion des Verfahrens

Zu Beginn haben wir die meditativen Psychotherapieverfahren, die der Gegenstand unserer Analyse sind, von all dem unterschieden, was außerhalb psychologisch wissenschaftlicher Psychotherapien bei Fremd- und Selbstbehandlung unter der unklaren Bezeichnung „Meditation“ angewendet wird. Laien, wie zum Beispiel Theologen, Allge-

meinpraktiker, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter und andere, die sich trotz fehlender wissenschaftlicher Ausbildung in Psychologie dennoch psychotherapeutisch betätigen, werden „Meditation“ auch künftig in ihren quasi-psychotherapeutischen Praktiken anwenden. Die Vieldeutigkeit des Wortes „Meditation“ ist aus der Umgangssprache nicht zu bannen.

Einem psychologisch ausgebildeten Psychotherapeuten soll aber eingedenk bleiben:

1. „Zazen ist keine Meditation“ (Kapleau 1981, S. 27); es ist eine „Methode der Körper-Geist-Schulung“ (S. 19). Es ist eine praktische Übung, für die es schriftlich und verbal „kaum detaillierte Unterweisungen“ (S. 27) gibt. Die psychologische Theorie dieser Übung bezieht sich auf „eine chinesische Abhandlung über den Abhidhamma“ (S. 29).

2. Satipatthana ist eine „meditative Geistesschulung“ (Nyanaponika 1970, S. 12) in der „Achtsamkeit und Wissensklarheit“ (S. 26), bei der „von nahezu gleicher Wichtigkeit wie methodische Meditation . . . die Achtsamkeit im Rahmen des Alltagslebens“ ist (S. 12). Im technischen Vokabular des Abhidhamma (Nyanatiloka 1981) kommt aber das Wort „Meditation“ nicht vor. Im Register einer deutschen Einführung in Abhidhamma (Nyanatiloka 1984) steht das Stichwort „Meditation“ nur als Hinweis auf die folgenden neun technischen Ausdrücke:

- Geistige Übung
- Sammlung
- Vertiefung
- Erreichungszustände
- Liebesentfaltung
- Weise Erwägung
- Klarblick
- Achtsamkeit
- Wahrheitsergründung

Das Wesen der meditativen Psychotherapieverfahren macht ihre ethische Reflexion aus (Wotruba 1983), die in der Diagnose und Beseitigung der Therapiefehler psychologisch realisiert wird (siehe Kap. 5.3.3). Eine quasi-therapeutische Anwendung von Meditation, in der die ethische Reflexion über die therapeutische Beziehung (Kap. 6.2) und über die Prozeßvariablen (Kap. 6.3) zu kurz kommt, birgt die Gefahr pathologischer Auswirkungen beim Meditierenden sowie sektiererischer Entwicklungen im sozialen Leben in sich. Solche Irrwege und ihre psychologischen Mechanismen wurden von vier Gesichtspunkten aus (Frýba 1982a) analysiert:

1. Suchen und Anbieten meditativer Erfahrungen ohne Verständnis des theoretischen Hintergrundes und ohne klares Wissen über Methode und Zweck.
2. Tendenzen zum Persönlichkeitskult und Verfallenheit an äußere Autoritäten.
3. Ausschließlichkeit und Beschränkung auf eine einzige Methode und Herabsetzen anderer.
4. Sektierertum.

Literatur

- Aghananda, B.*, Hindus, Ignorants of Hinduism. Weekly of India (18.III.1973), Delhi, India.
- Akhilananda, S.*, Hindu Psychology. Routledge, London 1947.
- Ananda, B.*, Theravada and Zen. Gunasena, Colombo 1962, Sri Lanka.
- Arasthe, R.A.*, Toward Final Personality Integration. Wiley, London 1975.
- Balmer, H.*, Die Archetypenlehre von C.G. Jung. Springer, Berlin 1972.
- , Geschichte der Psychologie Bd. I und Bd. II, Beltz, Weinheim 1982.
- Baxi, V.*, Yoga Darshana (Patanjali). Goenka, Monghyr 1965, India.
- Bechert, H.*, Buddhismus, Staat und Gesellschaft in den Ländern des Theravada Buddhismus. Institut für Asienkunde, Frankfurt 1966.
- Bernstein, D.A., Borcovec, Th.D.*, Entspannungstraining. Pfeiffer, München 1982.
- Bhagavadgita*, The or Song Divine. Gita Press. Gorakhpur 1966, India.
- Binswanger, L.*, (1942) Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins. Reinhardt, München/Basel 1973.
- Boeckel, J.F.*, Meditationspraxis. Techniken und Methoden. Mosaik, München 1977.
- Boorstein, S.* (Ed.), Transpersonal Psychotherapy. Science Behavior Books, Palo Alto 1980.
- Boss, M.*, Psychoanalyse und Daseinsanalytik. Huber, Bern 1957.
- , Indienfahrt eines Psychiaters. Neske, Pfullingen 1959.
- , Die notwendige Revolution im ärztlichen Denken. Therap. Umschau, Bd. XXVII, Nr. 12 (1970) S. 783-790.
- , Grundriß der Medizin. Huber, Bern 1971.
- , Das Verhältnis von Leib und Seele im Lichte der Daseinsanalytik. Psychosomatische Medizin, Bd. VI, Nr. 3/4, (1976) S. 106-127.
- , Begegnung und Auseinandersetzung mit sich selbst in der Schuld und im Gewissen. In: *Battegay, R.* (Hrsg.), Herausforderung und Begegnung in der Psychiatrie. Huber, Bern 1981a, S. 54-76.
- , *Holzhey-Kunz, A.*, Das Phänomen des Widerstands in der Daseinsanalyse. In: *Petzold, H.*, Widerstand. ein strittiges Konzept in der Psychotherapie. Junfermann, Paderborn 1981b.
- , Das Irrationale in der psychotherapeutischen Behandlung. In: *Condrau, G.*, Psychochologie der Kultur. Beltz, Weinheim 1982a.
- , Von der Spannweite der Seele. Benteli, Bern 1982b.
- Boyes, D.*, Autogenes Yoga. Scherz, Bern 1983.
- Buber, M.*, Das dialogische Prinzip. Lampert, Schneider, Heidelberg 1979.

- Burns, M., *Buddhist Meditation and Depth Psychology*. Buddhist Publication Society, Kandy 1973, Sri Lanka.
- Bühler, Ch., Allen, M., *Einführung in die humanistische Psychologie*. Klett-Cotta, Stuttgart 1974.
- Campbell, J., *Mythologische Bilder*. In: Dürckheim, K., *Der zielfreie Weg*. Herder, Freiburg/Basel/Wien 1982.
- Capra, F., *Wendezeit. Bausteine für ein neues Weltbild*. Scherz, Bern/München/Wien 1983.
- Carrington, P., Ephron, H.S., *Meditation as an adjunct to psychotherapy*. In: Arieti, S., Chazanovski, G., *New dimensions in Psychiatry*. Wiley, New York 1975.
- Carrithers, M., *The Forest-Dwelling Monks of Sri Lanka*. Oxford University Press, London 1982.
- Castaneda, C., *The Teachings of Don Juan: A Yaqui Way of Knowledge*. Penquin, Harmondsworth 1970, England. Deutsch: *Die Lehren des Don Juan*. Fischer, Frankfurt 1973.
- Condrau, G., *Aufbruch in die Freiheit*. Europaverlag, Wien 1972.
- Condrau, G., *Psychologie der Kultur*. Beltz, Weinheim 1982b.
- Cousins, L.S., *Buddhist Jhana, Religion III, Part Two*, Autumn 1973.
- Dalai-Lama, ,*Wer von zwei Seiten hinausgeworfen wird, wird zur Brücke*. Tagesanzeiger, Zürich, (17.IX.1983) S. 41 f.
- Deathrage, G., *The clinical use of „mindfulness“ meditation technique in short term psychotherapy*. In: *Int. J. Transpersonal Psychotherapy* VII, (1975) S. 133-143.
- Denninston, D., McWilliams, P., *The TM Book*. Warner Books Edition.
- Descartes, R., *Meditationes de prima philosophia*. Meiner, Hamburg 1959.
- , *Discours de la Méthode*. Meiner, Hamburg 1960.
- Deshimaru-Roshi, T., *Zen in den Kampfkünsten Japans*. Kristkeitz, Berlin 1978.
- , *Za-Zen. Die Praxis des Zen*. Kristkeitz, Berlin 1979.
- Dilthey, W., *Ideen zu einer beschreibenden und zergliedernden Psychologie*. (1894). *Gesammelte Schriften V*, Teubner, Leipzig 1924.
- Divis, J., *Poesia Pectoris*. Z. Obrys (1983) S. 18, München.
- Dürckheim, K., *Erlebnisformen. Ansätze zu einer analytischen Situationspsychologie*. Dissertation, Kiel 1925.
- , *Japan und die Kultur der Stille*. Barth, Weilheim 1949.
- , *Vom Sinn und Wert östlicher Übungen*. *Psyche*, 4 (1950) Nr. 3, S. 11-19.
- , *Menschliches Reifen in psychologischer und religiöser Sicht*. In: *Arzt und Seelsorger*, 4 (1953).
- , *Durchbruch zum Wesen. Aufsätze und Vorträge*. Huber, Bern 1954a.
- , *Hara, die Erdmitte des Menschen*. Barth, Weilheim 1954b.
- , *Japanische Meisterübungen als Weg nach innen*. In: *Universitas*, 9 (1954) c.
- , *Erlebnis und Wandlung*. (1956). Scherz, Bern 1978.
- , *Im Zeichen der Großen Erfahrung. Studien zu einer metaphysischen Anthropologie*. Barth, Weilheim 1958.
- , *Die Erfahrungsweisheit des Zen-Buddhismus als abendländische Aufgabe*. In: *Christentum und Buddhismus*. Barth, Weilheim 1959a.
- , *Inbild und Gestalt*. In: *Festschrift für Friedrich Sander. Z. für angewandte und experimentelle Psychologie* 6 (1959b) S. 564-577 b.
- , *Anthropologische Voraussetzungen menschlichen Heilens*. In: *Sborowitz, A., Der leidende Mensch*. Köln/Düsseldorf 1960a.
- , *Sinn des Alters — Gereifte Persönlichkeit*. In: *Souveränes Altern*. Stuttgart/Zürich 1960b.

- , Der Alltag als Übung. Vom Weg der Verwandlung. Huber, Bern/Stuttgart 1961a.
- , Zen und wir. Barth, Weilheim 1961b.
- , Die Stellung des Leibes in der personalen Therapie. In: *Arzt und Seelsorger*, 14 (1963).
- , Sportliche Leistung — Menschliche Reife. Limpert, Frankfurt 1964a.
- , Wunderbare Katze und andere Zen-Texte. Barth, Weilheim 1964b.
- , Psychotherapie im Geiste des Zen. In: *Bitter, W.* (Hrsg.), *Psychotherapie und religiöse Erfahrung*. Klett, Stuttgart 1965.
- , Das Initiatische. In: *Gestalt und Wirklichkeit*. Festschrift für Ferdinand Weinhandl. Graz 1966, S. 13-41a.
- , Der Mensch im Spiegel der Hand. Barth, Weilheim 1966b.
- , Wann ist der Mensch in seiner Mitte? In: *Tenzler* (Hrsg.), *Die Wirklichkeit der Mitte*. Festschrift für A. Vetter. München 1968, S. 407-435.
- , Das Problem der Regression auf dem Weg zum wahren Selbst. Initiatische Therapie. In: *Praxis der Psychotherapie*, 15, 3, 1970, S. 107-121.
- , Das Exerzitium in der Therapie. Erster Teil. In: *Image. Medizinische Bilddokumentation La Roche* 42, 1971 6-16. Zweiter Teil in: *Image* 45, 1974.
- , Der Ruf nach dem Meister. Der Meister in uns. Barth, Weilheim 1972a.
- , Leben aus dem Tode. In: *Buck, I.* (Hrsg.), *Alles Lebendige meint den Menschen*. Gedenkbuch für Max Niehaus. Bern 1972b.
- , Überweltliches Leben in der Welt. Barth, Weilheim 1972c.
- , Die Ganzheit des Menschen als Integration vom östlichen und westlichen Lebensbewußtsein. In: *Gottmann, K.-H.* (Hrsg.), *Wege zur Ganzheit*. Festschrift zum 75. Geburtstag von Lama Anagarika Govinda. Kasar Devi Ashram Publ., Almora 1973a, Indien und in: *Erlebnis und Wandlung*. Barth, Weilheim 1978, S. 156-178.
- , Vom doppelten Ursprung des Menschen. Als Verheißung, Erfahrung, Auftrag. Herder, Freiburg/Basel/Wien 1973b.
- , „Meine Therapie“ In: *Pongratz, L.J.*, *Psychotherapie in Selbstdarstellungen*. Huber, Bern 1973c.
- , Meditieren — wozu und wie. Die Wende zum Initiatischen. Herder, Freiburg/Basel/Wien 1976.
- , Meditative Praktiken in der Psychotherapie. In: *Eicke, D.*, *Freud und die Folgen*. Bd. II. Kindler, Zürich 1977, S. 1295-1309.
- , Übungen des Leibes auf dem inneren Weg. Lurz, München 1978.
- , Alt werden — Zeit der Verwandlung. Einige Gedanken zur Therapie des alten Menschen. In: *Petzold, H.*, *Psychotherapie mit alten Menschen*. Junfermann, Paderborn 1979.
- , Der Weg, die Wahrheit, das Leben. Gespräche über das Sein mit Alphonse Goettmann. Scherz, Bern 1981a.
- , Die Initiatische Therapie und das Leiden. Barth, Weilheim 1981b.
- , Der zielfreie Weg. Herder, Freiburg 1982a.
- , Transzendenz als Erfahrung. In: *Condrau, G.*, *Psychologie der Kultur*. Beltz, Weinheim 1982b.
- , Wendung zur initiatischen Therapie. Ton der Stille. In: *Petzold, H.*, *Psychotherapie, Meditation, Gestalt*. Junfermann, Paderborn 1983.
- Eliade, M.*, *Kosmos und Geschichte. Der Mythos der ewigen Wiederkehr*. Diederichs, Düsseldorf 1953.
- , *Yoga: Unsterblichkeit und Freiheit*. Rascher, Zürich 1960.
- , *Schamanismus und archaische Ekstasetechnik*. Suhrkamp, Frankfurt/M. 1975.

- Elson, B., Hauri, P., Cunis, D., Physiological changes in yoga meditation. *Z. Psychophysiology*, No. 14, pp. 52-57 (1977).
- Enomiyā-Lasalle, H.M., *Zen — Weg zur Erleuchtung*. Wien 1960.
- , *Zen-Buddhismus*. Köln 1966.
- Ferguson, M., *Die sanfte Verschwörung*. Phinx, Basel 1982 (orig.: 1980).
- Fornalaz, P., Der Fortschritt muß neu definiert werden. In: Schweiz. Gesellschaft für Umweltschutz, Bulletin, 4, Dezember, SGU: Zürich 1983.
- Friedrich, A., Buddruss, G., *Schamanengeschichten aus Sibirien*. Barth, München 1955.
- Fromm, E., Suzuki, D.T., de Martino, R., *Zen-Buddhism and Psychoanalysis*. New York 1960.
- Fryba, M., *Stornes-Bliss*. Antarmouna, Gardanibagh, Patnan. India 1968.
- Fryba, M., The Basic Dichotomy in Teaching Emancipatory Group-Work: Identity Versus Interaction. *Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometry*, 31 (1978) S. 59-71.
- , Herzenskultur durch Alltagsmeditation: Das Geistes Trainingssystem des Theravada. *Bodhi Baum, Zeitschrift für Buddhismus*, 5 (2), (1980) S. 77-84.
- , Interview mit Karlfried Graf Dürckheim. Manuskript, 1982a.
- , Spring, B., Medico-anthropological Context of Acupuncture. *American Journal of Acupuncture*, 10 (2), (1982) b.
- , Psychodrama Elements in Psychosis Treatment by Shamans of Sri Lanka. In: Pines, M., Rafaelsen, L. (Eds.), *The Individual and the Group*. Plenum, New York 1982c.
- , Wege und Irrwege bei der Verbreitung des Dhamma im Westen. *Bodhi Baum, Zeitschrift für Buddhismus*, 7, Nr. 4, (1982) d, S. 200-202.
- , Verhaltensänderungen durch orientalische Versenkungstechniken. In: Petzold, H. (Hrsg.), *Psychotherapie, Meditation, Gestalt*. Junfermann, Paderborn 1983.
- , Abhidhamma — eine uralte Grundlage transpersonaler Psychotherapie (in press).
- Gandhi, M., *An Autobiography or the Story of my experiments with truth*. Navajivan, Ahmedabad 1927, India.
- , *Science of Satyagraha*. Bharatiya Vidya Bhavan, Bombay 1962, India.
- Gehrig, L., *Verwahrloste Jugend, verwahrloste Gesellschaft*. Fachverlag, Zürich 1983.
- Gendlin, E.T., *Experiencing and Creation of Meaning*. New York 1962.
- , *Experiential Phenomenology*. In: Natanson, M. (Ed.), *Phenomenology and Social Sciences*. Northwestern University Press, Evanston 1973.
- , *Client-centered and Experiential Psychotherapy*. In: Wexler, D.A., Rice, L.N. (Hrsg.), *Innovations in Client-centered Therapy*. Wiley Sons, New York 1974.
- , *Focusing*. Everest House, New York 1978.
- , *Befindlichkeit: Heidegger and the Philosophy of Psychology and Psychiatry*. Vol. XVI, Nos. 1.2.3. (1978/79) USA.
- , *Experiential Explication and Truth* (1965). In: Solomon, R.C., *Phenomenology and Existentialism*. Universities Press, Washington 1979.
- , *Some Notes: Focusing in Relation to Spirituality*. Unpublished Manuscript 1980.
- Gennep, van, *Rites de passage*, Paris 1909.
- Glueck, B.C., Stroebel, C.E., Biofeedback and meditation in the treatment of psychiatric illness. *Compr. Psychiatry*, 16 (1975) S. 303-321.
- Goleman, D., *Meditation as meta-therapy; hypothesis toward a proposed fifth state of consciousness*. *J. Transpersonal Psychol.* No. 3 (1971) S. 1-25.
- , *The Buddha on meditation and higher states of consciousness*. Buddhist Publication Society, Kandy 1973, Sri Lanka.
- , *Meditation and Consciousness: An Asian Approach to Mental Health*, *Am. J. Transpers. Psychol.*, 30, 1976, pp 41-54.

- Govinda, L.*, Die psychologische Haltung der frühbuddhistischen Philosophie und ihre systematische Darstellung nach der Tradition des Abhidhamma. Rascher, Zürich 1962.
- Grof, St., Halifax, J.*, Die Begegnung mit dem Tod. Klett-Cotta, Stuttgart 1980.
- Hall, C.S., Lindzey, G.*, Theories of Personality, Wiley, New York 1978.
- Hecker, H.*, Ráhuo Buddhas zwiefacher Sohn, Haus der Besinnung, Dicken 1978.
- Heidegger, M.*, (1927) Sein und Zeit. Niemeyer, Tübingen 1967.
- , Brief über den Humanismus. Bern 1947.
- , Unterwegs zur Sprache. Neske, Pfullingen 1959.
- , Was heißt Denken? Niemeyer, Tübingen 1961.
- , Nur noch ein Gott kann uns retten. In: *Der Spiegel, Deutsches Nachrichtenmagazin*, Nr. 23, Jhg. 30, (1976).
- Heim, R.*, Lacan im Bannkreis von Heidegger. *Neue Zürcher Zeitung* Nr. 79, 4./5. IV. 1981.
- Herrigel, E.*, Zen-Weg. Barth, Weilheim 1964.
- Herrmann, J.*, Frühe Kulturen der Westslawen. Urania, Leipzig 1981.
- Hesse, H.*, Siddhartha. Suhrkamp, Frankfurt 1969.
- Hilgard, E.*, Divided Consciousness. Wiley, New York 1977.
- Hippius, M.*, Graphischer Ausdruck von Gefühlen. In: *Zeitschrift für angewandte Psychologie und Charakterkunde*, 5/6 (1936) S. 257-335.
- , Transzendenz als Erfahrung. Barth, Weilheim 1966.
- , Forschung und Forum mit Maria Hippius. Exist, München 1980/81.
- Hobi, V.*, Gibt es eine spezielle Suchtpersönlichkeit? *Therapeutische Umschau*, Bd. 39 (VIII, 1982) S. 579-585, Bern.
- Hoch, E.*, Altindische Philosophie, indische Religionen und Psychotherapie. In: *Condrau, G.*, Psychologie der Kultur. Beltz, Weinheim 1982.
- Hofmann, A.*, Die Grundlage allen Lebens gerät in aktuelle Gefahr. In: *Sprechstunde*, 6. Bern, Huber, XII. (1983).
- Holzhey, H.*, Transzendenz. In: *Condrau, G.*, Psychologie der Kultur. Beltz, Weinheim 1982, S. 3-20.
- Hossenfelder, M.*, Grundriß der pyrrhonischen Skepsis. Suhrkamp, Frankfurt 1968.
- Jacobson, E.*, Progressive Relaxation. Univ. of Chicago, Chicago 1938.
- Jaffé, A.*, Erinnerung, Träume, Gedanken von C.G. Jung. Walter, Olten 1981.
- Jevning, R., O'Halloran, J.P.*, Metabolic effects of transcendental mediation. In: *Shapiro, D.H., Walsh, R.N.*, Science of Meditation. Aldine, Hawthorne, N.Y. 1982.
- Jonas, H.*, The Gnostic Religion. Boston 1958.
- Jourard, S.*, The Transparent Self-Disclosure and Well-Being. New York 1964.
- Jung, C.G.*, Psychologische Typen. GW, Bd. VI. Walter, Olten/Freiburg/Br. 1971a.
- , Die Funktion des Unbewußten. GW, Bd. VII. Walter, Olten 1971b.
- , Psychologie der Wiedergeburt. In: GW, Bd. IX.1, ebenda 1971c.
- , Psychologischer Kommentar zu: Das Tibetanische Totenbuch der großen Befreiung; Yoga und der Westen, Vorwort zu *Suzuki, D.T.*, Die große Befreiung. In: GW, Bd. XI, Walter, Olten/Freiburg/Br. 1971d.
- Kannellakos, D.P., Ferguson, P.C.*, The Psychobiology of transcendental meditation. MIU Press, Los Angeles 1973.
- Kapleau, P.*, Die drei Pfeiler des Zen. Barth, Weilheim 1981.
- Karlins, M., Andrews, L.M.*, Biofeedback. DVA.
- Keleman, St.* Somatische Initiation, In: *Dürckheim, K.*, Der zieldfreie Weg. Herder, Freiburg/Basel/Wien 1982.

- Kohler, W., Die Lotus Lehre. Atlantis, Zürich 1962.
- Krishnamurti, J., Wahre Meditation. Krishnamurti Found., London 1969.
- , Einbruch in die Freiheit. Ullstein, Frankfurt/M. 1979.
- Kuhn, Th., The Structure of Scientific Revolutions. Chicago 1970.
- Laotse, Tao te-king. Diederichs, Düsseldorf/Köln 1972.
- Lazarus, A.A., Angewandte Verhaltenstherapie. Klett-Cotta, Stuttgart 1976.
- Leist, F., Transzendenz, transzendent und transzendental. Philos. Jahrbuch der Görres-Gesellschaft. Bd. 65 (1957) S. 294-308.
- Lenz, R., Meditation in der religiösen Subkultur. In: Reiter, U., Meditation — Wege zum Selbst. Mosaik, München 1976, S. 97-127.
- Leuner, H., Experimentelles katathymes Bilderleben als ein klinisches Verfahren der Psychotherapie. Z. Psychother. med. Psychol. 5 (1955) S. 185-203 und 233-260.
- , Katathymes Bilderleben. Thieme, Stuttgart/New York 1981.
- Lévi-Strauss, Cl., Der Zauberer und seine Magie. In: Strukturele Anthropologie. Suhrkamp, Frankfurt/M. 1967, S. 183-203.
- , Medizinmänner und Psychoanalyse. (1956), In: Integrative Therapie 4, 1979. Junfermann, Paderborn 1979.
- Lindenberg, W., Frühgeschichtliche Formen des initiatischen Weges. In: Dürckheim, K., Der zielfreie Weg. Herder, Freiburg/Basel/Wien 1982.
- Lowen, A., Depression. Kösel, München 1979.
- , Der Verrat am Körper. Scherz, Bern 1980
- Mahasi, S., Practical Insight Meditation. Basic and Progressiv States. Buddhist Publication Society, Kandy 1971, Sri Lanka.
- Malalasekera, G.P. (Ed.), Encyclopaedia of Buddhism. Published by: Government of Ceylon, 1961 ff.
- Maslow, A., Psychologie des Seins. Kindler, München 1973. Orig.: Nostrana Reinhold, New York 1968.
- Massa, W. (Hrsg.), Kontemplative Meditation — Die Wolke des Nichtwissens. Grünewald, Mainz 1976.
- Mauerer, I., Bedeutende Psychotherapieformen der Gegenwart. Schweizerische Ärztezeitung, Bd. 64, Heft 36 (1983).
- May, R., Existence. Basic Books, New York 1958.
- Meadow, R.H., Jarrige, J.F., The antecedents of civilisation in the Indus Valley. Scientific. Amer. VIII, Vol. 243 (1980).
- Merleau-Ponty, M., Phénoménologie de la Perception. Gallimard, Paris 1945.
- Moder, H., Indische Frühkulturen und ihre Beziehungen zum Westen. Schwabe, Basel 1944.
- Müller, R., Wandlung zur Ganzheit. Herder, Freiburg 1981.
- Müller-Eckhart, H., Das Unzerstörbare. Religiöse Existenz im Klima des Absurden. Klett, Stuttgart 1964.
- Müller-Hegemann, D., Autogene Psychotherapie. Rowohlt, Reinbek 1981.
- Naranjo, C., The healing journey. New approaches to consciousness. Balantine Books, New York 1975.
- , Ornstein, R.E., Psychologie der Meditation. Fischer, Frankfurt/M. 1976.
- Neumann, K.E., Therigatha — Lieder der Nonnen. In: Sammlungen in Versen. Artemis, Zürich 1956.
- Nietzsche, F., Werke III, Ullstein, Frankfurt 1972.
- Nyanamoli, N.P., The Guide to Nyanamoli (engl. Übersetzung). Routledge, London 1977.

- Nyanaponika, Th.*, Geistestraining durch Achtsamkeit. Die buddhistische Satipatthana-Methode. Christiani, Konstanz 1970.
- , The power of mindfulness. Buddhist publication Society, Kandy 1970/71, Sri Lanka.
- , The four Sublime States. Buddhist Publication Society, Kandy 1972, Sri Lanka.
- Nyanatiloka, M.*, Die Lehrreden des Buddha aus der Angereichten Sammlung (Anguttara-Nikaya). Du Mont Schauberg, Köln 1969.
- , Der Weg zur Reinheit. Visuddhi-Magga. Christiani, Konstanz 1975.
- , Buddhistisches Wörterbuch. Christiani, Konstanz 1981.
- , Die Fragen des Milinda. Ansata, Interlaken 1984.
- Ornstein, R.*, Die Psychologie des Bewußtseins. Fischer, Frankfurt/M. 1976.
- Ostertag, S.*, Einswerden mit sich selbst. Kösel, München 1981.
- Otto, R.*, Das Heilige. München 1917.
- Padrutt, H., Padrutt, A.*, Die Bedeutung der Daseinsanalyse für Medizin, Psychologie, Soziologie und Politik. In: *Therapeut. Umschau*. Huber, Bern 1973.
- Pagano, R., Frumkin, L.*, Effect of TM in right hemispheric functioning. *Biofeedback Self Regul.* 2, (1977) S. 407-415.
- Pagels, E.*, The Gnostic Gospels. Vintage Books, New York 1981.
- Perls, F.*, Gestalt Therapy Verbatim. New York 1969.
- Petech, L.*, Indien bis zur Mitte des 6. Jahrhunderts. In: *Mann, G., Heuss, A.*, Weltgeschichte. Ullstein, Frankfurt/M. 1962.
- Petzold, H.*, Das Ko-responzenzmodell in der integrativen Agogik. *Integrative Therapie*, 1 (1978) S. 21-58.
- , Die neuen Körpertherapien. Junfermann, Paderborn 1981.
- , (Hrsg.), Psychotherapie, Meditation, Gestalt. Junfermann, Paderborn 1983.
- Pfleiderer, B.*, Mira Datar Dargah: A Psychiatric Institution. *Internationales Asienforum*, 12. No.1 (1981) S. 51-75.
- Platon*, Gastmahl. Reclam, Stuttgart 1952.
- Pongratz, L.J.*, Lehrbuch der klinischen Psychologie, Psychologische Grundlagen der Psychotherapie. Göttingen 1973.
- Posner, R.*, Die Zahlen und ihre Zeichen. Geschichte und Ökonomie der Zahlendarstellung. *Neue Zürcher Zeitung*, Nr. 217, 17./18. IX, (1983).
- Post, L. van der*, Die verlorene Welt der Kalahari. Henssel, Berlin 1959.
- Radhakrishnan, S.*, Die Bhagavadgita. Löwit, Wiesbaden.
- Rahula, W.*, Zen and the Taming of the Bull. Gordon Fraser, London 1978.
- , Was der Buddha lehrt. Origo, Bern 1982.
- Reich, W.*, Die Entstehung des Organs. Kiepenheuer u. Witsch, Köln 1971.
- Reiter, U.*, Meditation — Wege zum Selbst. Mosaik, Gütersloh 1976.
- Rogers, C.R.*, Counseling and Psychotherapy. Houghton Mifflin, Boston 1942.
- , Entwicklung der Persönlichkeit. Klett-Cotta, Stuttgart 1979.
- , Rocom Seminar. Hoffmann La Roche, Basel 1983, privat. Videoaufnahme.
- Rutishauser, B.* Konstruktive Frustration. In: *Condrau, G.*, Psychologie der Kultur. Beltz, Weinheim/Basel 1982, S. 296-306.
- Scharfetter, Chr.*, Über Meditation. *Z. Psychother. med. Psychol.*, 29 (1979) S. 78-95.
- , Meditation und Introspektion. In: *Wagner-Simon, Th., Benedetti, G.*, Sich selbst erkennen. Vandenhoeck Rupprecht, Göttingen 1982.
- , Der Schamane — Das Urbild des Therapeuten. In: *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik*, Bd. 28, Heft 2, 1983. Springer, Berlin 1983.
- Schmidt, H.*, Philosophisches Wörterbuch. Kröner, Stuttgart 1969.
- Schulz, J.H.*, Das autogene Training. Thieme, Stuttgart 1932.

- Schuon, F., Von der inneren Einheit der Religionen. Ansata, Interlaken 1981.
- Schwäbisch, L., Siems, M., Selbstentfaltung durch Meditation. Rowohlt, Hamburg 1976.
- Selye, H., Streß — Bewältigung und Lebensgewinn. Piper, München/Zürich 1975.
- Seneviratne, H.L., Buddhism as a Practical Teaching, BL. No. 87. Buddhist Publication Society, Kandy 1981, Sri Lanka.
- Shapiro, D.H. jr., Amer. Journ. of Psychiatry, Vol. 139, No. 3, (III, 1982).
- Sperry, R.W., The Great Cerebral Commissure. Scient. Amer. I, (1964) pp. 42-52.
- Stahelin, B., Haben und Sein. Academica, Zürich 1969.
- , Die Welt als Du. Academica, Zürich 1970.
- , Der psychosomatische Christus. Novalis, Schaffhausen 1982.
- , Urangst — Urvertrauen — Urglauben. Geist und Leben, 5, 1983a, Echterverlag.
- , Das marianische Unbewußte. Novalis, Schaffhausen 1983b.
- Stolze, H., Konzentrative Bewegungstherapie. In: Speer, E., Kritische Psychotherapie. Lehmann, München 1959.
- Strotzka, H., Psychotherapie und Tiefenpsychologie. Springer, Wien/New York 1982.
- Suzuki, D.T., Große Befreiung. Einführung in den Zen-Buddhismus. 1939.
- , Zen and Japanese Buddhism. Japan Travel Bureau, Tokyo 1965.
- Szasz, Th.S., Der Weg zur Erleuchtung. Holle, Baden-Baden 1969.
- , Geisteskrankheit — ein moderner Mythos? Walter, Olten 1972.
- Tart, Ch.T., Transpersonale Psychologie. Walter, Olten 1978.
- Toynbee, A., Die höheren Religionen. In: Mann, G., Heuss, A., Weltgeschichte. Ullstein, Frankfurt/M./Berlin 1962.
- Travis et al., Heart rate, muscle tension and alpha production of transcendental meditation and relaxation controls. Z. Biofeedback Self Regul., No. 1 (1976) S. 387-394, 1976.
- Uexküll, Th. von, Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin. Urban u. Schwarzenberg, München 1979.
- Watts, A. W., Myth and Ritual in Christianity. Thames and Hudson, London/New York 1954.
- , Way of Zen. Penguin Books, Harmondsworth 1970.
- Weizsäcker, C. F., Meditation in dieser Zeit. In: Reiter, U., Meditation — Wege zum Selbst. Mosaik, Gütersloh 1976.
- Werner, K., Yoga and Indian Philosophy. Motilal Banarsidass, Delhi/Benares/Patna 1977.
- Wilson Mc. Lachlan, R., Gnosis und Neues Testament. Kohlhammer, Stuttgart 1971.
- Windelband, W., Präludien. (1884). Mohr, Tübingen 1924.
- Wölfel, U., Fliegender Stern. Die Erlebnisse eines kleinen Indianerjungen und seine mutige große Tat. Meyer, Ravensburg 1975.
- Woods, J.H., The Yoga System of Patañjali. Havard 1914.
- Wotruba, A., Daseinsanalyse und Klient-bezogene Therapie. Dissertation. Zürich 1978.
- , Analyse der Meditation, Meditation der Analyse. In: Petzold, H. (Hrsg.), Psychotherapie, Meditation, Gestalt. Junfermann, Paderborn 1983.
- Wunderli, J., Psychotherapie und Heilserwartung. Neue Zürcher Zeitung, 12. 1983.
- Zimmer, D., Therapeutische Beziehung. Edition Psychologie, Weilheim 1983.

Personenregister

- Ablesser, H. 131, 190
 Abraham, A. 180, 190
 Ackerknecht, L. K. 446, 448
 Ackerman, N. 391, 393, 406, 409, 448
 Ackermann, M. 125, 173, 189, 190, 199
 Ackermann, N. W. 389, 449
 Ackermann, S. 125, 173, 189, 190
 Adesso, V. J. 288, 297
 Adler, A. 21, 25, 26, 38, 117, 125, 388, 447, 457, 458, 473
 Adler, Alexandra 458
 Agehananda, B. 590
 Akhilananda, S. 590
 Alexander, F. M. 236, 277, 561
 Allen, D. T. 189, 190
 Allen, M. 12f, 19f, 41, 107, 591
 Allen, R. D. 119, 190
 Allers, R. 457
 Allport, G. W. 19, 22, 23, 40, 107, 461
 Altman, K. 179, 190
 Amt, D. 209
 Ananda, B. 523, 590
 Anderson, G. L. 190, 197
 Anderson, H. H. 190, 197
 Andrews, L. M. 566, 594
 Ansbacher, H. 125
 Anzieu, D. 121, 122, 124, 180, 189, 190, 190
 Arasthe, R. A. 590
 Arieti, S. 591
 Aristoteles 112, 132, 544
 Arnold, W. J. 9, 40, 43
 Artaud, A. 113, 190
 Ascher, L. M. 514
 Atkinson, R. C. 210
 Auckenthaler, A. 364, 381
 Auerswald, 393
 Axline, V. 363, 381

 Bach, G. R. 10, 40, 118, 128, 190
 Bachmann, C. H. 304
 Bakan, D. 9, 40
 Baker, A. A. 190
 Baldwin, M. 411, 442, 450
 Balmer, H. 542, 590
 Bandler, R. 409, 427, 436, 441, 445, 447, 448
 Bandura, A. 120, 186, 191
 Banton, M. 191
 Barber, L. S. 473
 Barbour, A. 176, 191
 Barocas, H. A. 191
 Baron, R. 210
 Barrault, J. L. 113, 191
 Barrett-Lennard, G. 318, 319, 381
 Barrilleaux, S. P. 291, 297
 Barrucand, D. 112, 113, 159, 191
 Bärsch, W. 509
 Bartmann, Th. 211
 Basquin, M. 121-123, 171, 173, 174, 176, 178, 179, 191
 Bassis, E. M. 472
 Bastine, R. 316, 381
 Bateson, G. 265, 297, 388, 390, 404, 406, 407, 410, 429, 448, 450
 Battegay, R. 175, 191, 201, 205, 209, 211, 590
 Bauer, R. H. 297
 Baum, M. 389, 448
 Baumann, A. 288, 289, 297
 Baumann, U. 384
 Baumgärtel, F. 363, 381
 Bäumges, U. 284, 297
 Bavelas, A. 118, 120, 190, 191
 Baxi, V. 569, 590
 Baxter, W. A. 190, 191
 Bayer, G. 121, 167, 191
 Beatman, F. L. 449
 Beaujean, F. 194
 Beavin, J. 390, 407, 408, 450
 Bechert, H. 590
 Becker, A. M. 313, 381
 Becker, H. 259, 297
 Becker, M. 383
 Behrend, S. 284, 297
 Beling, J. 291, 297, 307
 Bell 406
 Beltz 346
 Benedetti, G. 596
 Benne, K. D. 118, 120, 190, 191, 192, 208
 Benoit, J. 119, 194
 Bense, A. 356, 381
 Bente, G. 312, 313, 353, 362, 372, 383

- Berbalk, H. 384
 Bergeest, H. G. 364, 365, 369, 381, 383
 Berger, A. 166, 209, 280, 283, 284, 303
 Berger, P. 61, 107
 Bergeret, J. 191
 Bergin, A. E. 371, 381, 385
 Bergson, H. 115, 129, 143, 191, 225
 Bermann, L. 191
 Bernays, J. 112, 191
 Berne, E. 118, 128
 Berner, P. 189, 191
 Bernstein, D. A. 559, 590
 Bertalanffy, L. v. 9, 40
 Berze, J. 470
 Berzon, B. 215
 Besems, Th. 235, 289, 297
 Biddle, B. J. 139, 213
 Biermann-Ratjen, E. M. 309, 346, 349, 350, 351, 360, 361, 381
 Binswanger, L. 475, 538, 590
 Binswanger, R. 175, 191
 Bion, W. 175, 191
 Bischof, L. J. 12, 21, 22, 41, 138, 155, 191
 Bischof, N. 153, 191
 Bitter, W. 592
 Black, W. A. M. 513
 Blake, R. R. 190, 191, 193, 199
 Blankertz, S. 235, 238, 240, 288, 297
 Blatner, H. 128, 155, 157, 160, 162, 163, 176, 191f, 212
 Bloch, E. 20, 41
 Blume, S. 189, 192
 Bobroff, A. 190, 192
 Böckmann, W. 509, 521
 Bodin, A. M. 402, 448
 Boeck-Singelmann, C. 362, 381
 Boeckel, J. F. 590
 Bogliano de Podesta, E. 157, 192
 Boies, K. G. 183, 192
 Bölau, V. 382
 Bommert, H. 309, 340, 344, 346, 353, 371, 379, 380, 381
 Bonabesse, M. 189, 192
 Bonarius, J. C. 119, 192
 Bonzi, A. 210
 Boorstein, S. 524, 590
 Borcovec, Th. D. 559, 590
 Borgatta, E. F. 201
 Boria, J. 116, 192
 Boring, E. 38, 41
 Boring, O. R. 157, 192
 Bösch, D. 521
 Bosch, M. 401, 417, 422, 430, 439, 448
 Böschmeyer, U. 496, 507, 521
 Boscolo, L. 450
 Boss, M. 523, 538, 542, 549, 550, 554, 555, 568, 573, 574, 575, 590
 Boszormeny-Nagy, I. 388, 393, 406, 407, 448
 Boulanger, J. B. 189, 192
 Bour, P. 189, 192
 Bowen, M. 393, 405
 Bowlby, J. 260, 297
 Boyes, D. 559, 590
 Bozarth, J. 372, 381
 Bradford, L. P. 118, 120, 190, 191, 192, 208
 Brandzel, R. 192
 Branger, F. 221, 235, 236, 297
 Bratescu, G. 189, 192
 Braun, T. 183, 192
 Brecht, B. 113
 Bresser, P. H. 509
 Breuer 112, 195
 Briner, F. 283, 297
 Broderick, C. B. 388, 407, 408, 448
 Bromberg, W. 166, 192
 Bronfenbrenner, U. 118f, 157, 166, 192, 256, 260, 297
 Brooks, Ch. 235, 297
 Brown, G. 190, 192, 209, 258, 285, 290, 297, 303
 Bruck, M. 192
 Bruckers, M. 189, 210
 Brunner, E. J. 444, 448, 449
 Bubenheimer, U. 190, 192
 Buber, M. 132, 192, 218, 245, 246, 260, 277, 298, 475, 576, 590
 Bubolz, E. 130, 150, 151, 154, 209, 258, 260, 286, 290, 298, 303, 381
 Buchan, G. 206
 Buchanan, D. R. 179, 192
 Buchholz, M. 392, 425, 448
 Buck, I. 592
 Buckley, F. M. 498
 Buddha 519, 530, 550, 551
 Buddruss, G. 593
 Bugenthal, J. F. T. 19, 46, 107-110

- Bühler, Ch. 12, 13, 19, 20, 41, 107, 224, 291, 298, 461, 473, 520, 538, 548, 591
- Bünthe-Ludwig, Ch. 133, 164, 175, 288, 289, 298
- Bürgermann, S. 290, 298
- Burglass, M. E. 510
- Burkart, V. 117, 118, 189, 192
- Bürmann, J. 290, 298
- Burns, M. 591
- Burton, A. 449
- Butler, J. M. 316, 385
- Byrne, J. 179, 189, 192
- Callahan, M. L. 173, 213
- Caltin, G. 112, 193
- Campbell, J. 591
- Camus, A. 19
- Canacakis-Canas, J. 283, 298
- Capra, F. 542, 591
- Caretti, V. 112, 193
- Carkhuff, R. R. 100, 110
- Carpenter, J. R. 120, 190, 193
- Carrington, P. 580, 591
- Carrithers, M. 591
- Castaneda, C. 527, 591
- Cecchin, C. 449
- Centi, P. 44
- Chase, P. 189, 193
- Chediac de Garriéz, C. 192
- Chesler, M. 120, 190, 193
- Chrzanowski, G. 233, 298, 591
- Chu, V. 298
- Cia, A. H. 157, 193
- Claessens, D. 139, 154, 193
- Clarke, K. M. 291, 298
- Clauss, G. 13, 41
- Clayton, G. M. 189, 193
- Clayton, L. 173, 179, 193
- Clemens-Lodde, B. 23, 34, 41
- Clore, G. L. 183, 193
- Coellen, M. 260
- Coggin, P. A. 193
- Cohen, H. 19
- Cohn, R. 243, 245, 290, 298
- Collomb, H. 112
- Compernelle, T. 117, 180, 193, 389, 448
- Combs, A. W. 260, 298
- Condrau, G. 590, 591, 592, 594, 596
- Connolly, S. G. 291, 298
- Cooper, C. C. 127, 206
- Cornyetz, P. 157, 166, 171, 172, 193
- Corsini, R. J. 41, 120, 125, 163, 173, 176, 189, 190, 193, 216, 300, 381
- Coser, R. L. 155, 193
- Côte, N. 288, 298
- Cottas, N. 113, 193
- Courtney, R. 119, 193, 211
- Cousins, L. S. 569, 591
- Covens 291
- Cremerius, J. 230, 231, 277, 298
- Crumbaugh, J. 509, 513
- Culbertson, F. M. 183, 193
- Cunis, D. 593
- Curtius, E. 129, 193
- Cuvellier, F. 189, 190, 193
- Czapow, C. 189, 193
- Czapow, G. 189, 193
- Dahl, K. A. 218, 298
- Dahrendorf, R. 149, 194
- Dalai-Lama 543, 591
- Daly, D. 161, 189, 195
- Danon-Boileau, R. 189, 199
- Dare, C. 305
- Dars, E. 119, 194
- Darwin, C. R. 129, 134, 260, 298
- David, Ch. 194
- Day, W. 9, 41
- Deabler, M. 157, 192
- Deane, W. 194
- Deatherage, G. 579, 591
- Decobert, S. 124, 194
- de Collins, 113
- Deeth, A. 180, 189, 194
- de Jong 531, 537
- del Torto, J. 157, 166, 171, 172, 193
- DeMartino, J. 211
- de Martino, R. 593
- Denninston, D. 582, 591
- de Préneuf, Ch. 112, 193
- Derrida, J. 247
- de Sade 113, 211
- Descartes, R. 548, 555, 591
- Deshimaru-Roshi, T. 591
- Dewey, J. 238, 240
- Diatkine, R. 118, 121, 171, 174, 176, 189, 194, 199
- Dienelt, K. 473, 521
- Diener, G. 113, 114, 194

- Dilthey, W. 46, 47, 80, 95, 97, 107,
 218, 225, 243, 245, 542, 591
 Divis, I. 523, 591
 Döbert, R. 298
 Doering, D. 521
 Dohrenwendt, B. S. 258, 298
 Dollase, R. 136, 194
 Dompierre, L. M. 300
 Dorsch, F. 13, 41
 Drabkin, J. E. 189
 Drach, A. 113, 194
 Dreikurs, R. 125, 458
 Dreitzel, H. P. 153, 194
 Drews, R. S. 189, 194
 Drüe, H. 83, 107
 Dubuission, P. 191
 Duhl, B. S. 401, 406, 430, 448
 Duhl, F. J. 406, 430, 448
 Dumur, J. 194
 du Plessis, W. 509
 Dürckheim, K. 523, 534-537, 539ff, 546,
 549, 553f, 556, 561, 565, 568, 570f,
 576-580, 591f, 594, 595
 Duss von Werdt, J. 390, 448
 Duvignaud 113
 Dye 291
- Ebbinghaus 59
 Eckartsberg, R. v. 105, 108
 Eckert, J. 309, 346, 349, 350, 351, 360,
 361, 381
 Edding, F. 258, 298
 Ehrenfels, Ch. v. 222
 Eicke, D. 383, 592
 Eliade, M. 112, 194, 525-528, 531, 546,
 592
 Eliasoph, E. 180, 189, 194
 Elms, A. C. 183, 194
 Else, G. F. 111, 194
 Elson, B. 583, 593
 Engelke, E. 179, 180, 189, 194
 Enneis, J. 161, 194, 203
 Enomiya-Lasalle, H. M. 593
 Epe, C. 289, 304
 Ephron, H. S. 580, 591
 Eppel, H. 352, 353, 355, 384
 Erdmann, Z. M. 113, 125, 189, 194
 Erickson, M. 407, 409, 445
 Erikson, E. 299
- Erke, H. 191
 Essen, S. 125, 194, 448
- Fabry, J. 462, 496, 508, 521
 Fagan, J. 206, 299
 Fagan, R. E. 390, 449
 Fagel, E. 190, 213
 Faller, K. C. 394
 Fanchette, J. 118, 194
 Fantel, E. 194
 Farberow, N. L. 41
 Farnham, B. 189, 193
 Faulkner, W. 318
 Fechner 59
 Feder, B. 260, 283, 305
 Feifel, H. 22, 41
 Feindt, K. 361, 381
 Feldenkrais, M. 236, 299
 Feldhege, F. J. 372, 382
 Ferenczi, S. 121, 195, 230, 231, 234,
 280, 299
 Ferguson, M. 593
 Ferguson, P. C. 538, 594
 Ferinden, W. E. 120, 189, 195
 Festinger, L. 109
 Feuchter, E. 316, 369, 370, 381
 Feyerabend, P. 11, 39, 41, 153, 195,
 260, 299
 Figge, P. 195
 Filipp, S. H. 256, 267, 299
 Fine, L. 161, 170, 189, 195, 206
 Fine, R. 129, 189, 195
 Fischer, C. T. 108
 Fischer, W. F. 108
 Fish, R. 398, 450
 Fittkau, B. 34, 352, 353, 355, 381, 384,
 385
 Fletscher, J. 260, 299
 Fliegler, L. A. 189, 195
 Fontaine, J. P. 179, 189, 195
 Foppa, A. 301
 Ford, D. H. 12, 41, 44, 316, 379, 381
 Forer, B. 170, 195
 Fornalaz, P. 560, 593
 Forster, T. 120, 183, 214
 Forstmeyer, A. v. 509
 Foucault, M. 247, 260, 299
 Foulds, M. L. 288, 291, 299
 Foulkes, S. H. 175, 195
 Fox, R. 120, 190, 193

- Fraiser, A. R. 510
 Framo, J. L. 388, 393, 414, 448
 Franck, P. 190, 195
 Frank, J. D. 10, 30, 39, 41
 Frankl, V. 52, 107, 195, 451-462, 465, 466, 467, 470-478, 480f, 485, 487f, 491, 495, 498, 501, 504f, 508f, 511, 514, 518, 519, 520, 521, 538
 Franz, G. 275, 299
 Franzke, E. 189, 195, 283, 299
 Freeland, L. 111, 112, 195
 Freud, A. 263, 388
 Freud, S. 26, 54, 70, 94-98, 107, 112, 115, 126, 143, 157, 164, 174, 175, 188, 195, 225-230, 233, 236-240, 248, 251, 256, 262, 264, 277, 299, 310, 311, 336, 344, 388, 403, 448, 455, 457, 458, 473, 510, 553, 573
 Frey, B. 405
 Freytag, C. 383
 Friedemann, A. 121, 129, 179, 189, 190, 195, 205, 211
 Friedländer, S. 218, 221, 234, 236, 246, 248, 299
 Friedman, A. R. 189, 195
 Friedman, P. H. 195
 Friedrich, A. 526, 593
 Friedrich, H. 286, 299
 Fröhlich, P. 113, 195, 197
 Frohne, J. 283, 286, 299, 304
 From, I. 240, 241, 242
 Fromm, E. 19, 127, 238, 388, 523, 538, 593
 Fromm-Reichmann, F. 237, 388
 Frostholm, B. 251, 299
 Frumkin, L. 596
 Frýba, M. 525, 527, 536, 549, 558, 561, 562, 565, 567, 568, 571, 575, 589, 593
 Fuchs, G. 62, 109
 Funke, G. 509

 Gadamer, H. G. 44, 218, 299
 Gagarin, C. 220, 221, 299
 Gaines, J. 128, 196, 234, 235, 242, 244, 299, 307
 Galenus, C. 113, 189, 196
 Galton 59
 Gammer, C. 401, 448
 Gandhi, M. 558, 593
 Gannon, W. J. 291, 299
 Garber, A. 196
 Garfield, S. J. 95, 107, 385
 Garnitschnig, K. 304
 Garriáz 157
 Garza Perez, J. 514
 Gasdieck, J. 189, 214
 Gebattel, V. v. 195, 520, 538
 Gebser, J. 26, 34, 41
 Gehrig, L. 552, 593
 Gejbel, Ch. 178, 209
 Geiger, M. 68, 92, 93, 94, 107
 Gelb, A. 222, 237
 Gendlin, E. T. 97, 311, 355, 381, 382, 524, 538, 573, 574, 593
 Gerhardt, U. 154, 167, 196
 Gester, P. 449
 Getzels, J. W. 155, 196
 Geulen, D. 22, 41
 Gibb, J. 191, 208
 Gillibert, J. 118, 194
 Gilmore, J. B. 183, 198
 Gindler, E. 233, 235, 236
 Ginn, I. L. B. 112, 196
 Ginott, H. 363, 382
 Giorgi, A. 46, 48, 56, 57, 60, 61, 72, 73, 77, 79, 83-85, 99, 100-103, 108
 Gittelmann, M. 196
 Glueck, B. C. 583, 584, 593
 Gniech, G. 188, 196
 Godenne, G. D. 180, 189, 196
 Goethe, J. W. v. 113, 196
 Goettmann, A. 535
 Goetze, H. 119, 196
 Goffmann, E. 150, 155, 181, 196
 Goldman, E. 180, 196
 Goldman, M. 210
 Goldman, S. 180, 196
 Goldstein, K. 222, 223, 236f, 248, 260, 291, 296, 299
 Goldstein, S. 19, 196
 Goleman, D. 524, 578, 593
 Gombert, K. 177, 196
 Gonen, J. 120, 189, 196, 197
 Goodman, J. M. 196
 Goodman, P. 206, 217, 225f, 235, 238-242, 246, 249-252, 254-256, 258, 260, 264, 268, 288f, 296, 299, 302, 307
 Goodstein, M. A. 299
 Gordon, T. 319, 364, 382

- Gorrell, J. J. 306
 Görres, A. 9, 41, 492
 Gosnell, D. 196
 Gottmann, K. H. 592
 Gottwald, P. 11, 38, 41, 42
 Goulet 43
 Govinda, L. 594
 Graber 189
 Graumann, C. 19, 20, 41, 108, 219, 244, 299, 301
 Green, J. R. 190, 196
 Greenberg, I. A. 176, 183, 196, 214, 215
 Greenberg, L. S. 291, 299f
 Greenhill, M. 189, 196
 Greenson, R. 196
 Greenwald, J. A. 261, 300
 Gregson, R. A. M. 513
 Grevelding, J. 210
 Grimmshausen 113
 Grinder, J. 409, 427, 436, 441, 445, 447, 448
 Groeben, N. 10, 13, 41
 Grof, St. 594
 Groner, R. 301
 Gross, N. 68, 155, 197
 Grotowski, J. 113, 197
 Gruhle, H. W. 47, 92, 93, 108
 Guardini, R. 111, 197
 Guba, E. E. 155, 196
 Gumina, J. 120, 189, 197
 Guntern, G. 424, 449
 Gurmann, A. S. 389, 391, 402, 407, 443, 445, 448, 449
 Gurwitsch 260
 Guss, K. 153, 197

 Haas, R. B. 120, 157, 159, 166, 190, 197
 Habermas, J. 135, 197, 297, 298
 Hacker, F. 52, 108
 Hackney 291
 Hadley, S. W. 315, 382
 Hagan, M. 189, 190, 197
 Hagehülsmann, H. 10, 12, 17, 23-25, 27, 29, 31f, 38f, 41, 42
 Hagehülsmann, U. 23-25, 27, 29, 31f, 41
 Hagen, J. 120, 197
 Hale, A. 197
 Haley, J. 17, 30, 42, 297, 393, 398, 399, 406ff, 422, 448, 449
 Halifax, J. 594

 Hall, A. 390, 449
 Hall, C. S. 594
 Hallen, R. D. 197
 Haller, J. 283, 300
 Halpern, T. P. 316, 382
 Hampden-Turner, Ch. 12, 42
 Handy, H. M. 197
 Hanks, V. 194
 Hannigan, P. S. 288, 299
 Hanson, P. G. 183, 206
 Happel, K. 237
 Harkins, E. B. 189, 210
 Harnick 230, 237
 Harris, E. S. 291, 300
 Harrow, G. 183, 189, 197
 Hartmann-Kottek, L. 284, 300
 Hartmann-Kottek-Schroeder, L. 217, 224, 225, 231, 251, 263, 278, 300, 305
 Hartl, E. 113, 197
 Haskel, M. R. 117, 155, 159, 163, 189, 190, 197
 Hatvani, P. 114, 197
 Haug, F. 197
 Haupt, U. 365, 381
 Hauri, P. 593
 Hautzinger, M. 383
 Haven, H. 197
 Head, W. A. 180, 189, 197
 Healy, J. M. 288, 300
 Hecker, H. 581, 594
 Heckmann, W. 306
 Heekerens, H. P. 244, 285, 300
 Hefferline, R. 206, 235, 240, 302
 Hegel, G. W. F. 221
 Heidegger, M. 19, 58, 218, 237, 260, 300, 454, 475, 526, 539, 543, 549, 552, 554, 555, 573, 574, 594
 Heilbrunn, G. 163, 197
 Heilmeyer, J. 113, 197
 Heim, R. 549, 594
 Heimler, E. 509
 Heigert, K. 362, 382
 Heintz, H. 243, 258, 259, 260, 284, 300, 304
 Heiss, R. 77, 108
 Hellpach 27
 Helm, J. 344, 371, 382
 Hemingway, E. 318
 Henne, A. 125, 189, 198

- Herrigel, E. 576, 594
 Herrmann, J. 10, 12, 42, 537, 594
 Herzog, L. 9-12, 14-17, 22, 25, 29, 32-37, 42
 Herzog, W. 47, 48, 107, 108, 225, 300
 Hesse, H. 527, 594
 Heuss, A. 597
 Higgins, H. M. 300
 Hilgard, E. 539, 594
 Hille, J. 289, 300
 Himes, K. 200
 Hippus, M. 534, 535, 540, 541, 546, 571, 577, 594
 Hittson, H. 190, 198
 Hobi, V. 594
 Hoch, E. 575, 594
 Hochkeppel, W. 41
 Hockel, M. 373, 382
 Hoefert, H. W. 214
 Hoffmann, L. 389, 391-395, 398ff, 402, 409, 448, 449
 Hoffmann, J. 200
 Hofmann, A. 551, 594
 Höhfeld, K. 282, 300
 Holder, A. 305
 Hollander, C. 163, 189, 198
 Holtby, M. E. 198
 Holzhey, H. 594
 Holzhey-Kunz, A. 590
 Holzkamp, K. 10, 12, 34, 42, 62, 107, 108
 Hommers, W. 213
 Horney, K. 19, 106, 127, 232, 233, 237, 238, 300, 388
 Horstnik, R. 198, 216
 Hossenfelder, M. 594
 Howard, J. 128, 198
 Howe, J. 41, 309, 344, 360, 370, 381, 382, 383, 384
 Hübner, K. 11, 12, 42
 Husserl, E. 47, 53, 55, 81-84, 92, 95, 102f, 108, 109, 115, 218, 219, 237, 240, 246, 251, 260, 300, 545
 Iljine, V. N. 111, 114, 119, 164, 198, 233f, 283, 290, 300
 Innerhofer, P. 11, 42, 198
 Irle, M. 9, 42
 Israel, J. 12, 42
 Jackson, D. D. 297, 390f, 404, 406-409, 410, 448, 449, 450
 Jacobs, K. H. 301
 Jacobson, E. 189, 251, 300, 515, 559, 594
 Jaede, W. 119, 196
 Jaeggi, E. 20, 27, 42
 Jaffé, A. 553, 594
 Janis, I. L. 178, 183, 198, 201
 Jankowski, P. 381, 384
 Jansen, M. 198
 Jarrige, J. F. 529, 595
 Jaspers, K. 9, 12, 14, 18, 19, 26-28, 30, 31, 37, 42, 454, 475
 Jeanmaire, H. 111, 198
 Jeffrey, K. M. 183, 193
 Jetter, W. 111, 198
 Jevning, R. 583, 594
 Jilek, W. G. 509
 Joas, H. 218, 300
 Johnson, D. W. 198
 Johnson, P. E. 132, 198
 Jonas, A. 284
 Jonas, H. 594
 Jones, E. 237
 Joslyn, M. 220, 300
 Jourad, S. 63, 64, 65, 69, 90, 107, 108, 176, 198, 539, 594
 Jung, C. G. 102, 108, 125, 388, 552, 553, 554, 562, 571, 576, 594
 Jungclaussen 537
 Junkers, E. 365, 382
 Jürgens, G. 383, 392, 401f, 406-409, 415f, 441, 443, 449
 Kaatz, S. 371, 383
 Kahn, S. E. 300
 Kais, P. 385
 Kaiser, H. 201
 Kalisch, L. 190, 198
 Kalogeras, V. 112, 198
 Kamper, D. 151, 198
 Kanfer, F. 198
 Kannellakos, D. P. 594
 Kant, I. 53, 79, 229, 246
 Kantor, D. 408, 430, 449
 Kapleau, P. 589, 594
 Karlins, M. 560, 594
 Katschnig, H. 256, 301
 Katz, D. 109

- Kaufmann, H. 173, 198
 Keil, E. 288, 289, 301
 Keiler, P. 10, 42
 Keleman, St. 594
 Kellermann, P. E. 175f, 199
 Kelley, G. 64, 108
 Kelly, G. A. 119, 188, 199
 Kelly, J. B. 199
 Kempler, W. 282, 286, 301, 401, 422, 449
 Kenworthy, M. 190, 197
 Kernberg, O. F. 251, 301
 Kestenberg, E. 121, 171, 174, 176, 180, 199
 Keupp, H. 10, 42
 Kierkegaard, S. 115, 129, 199, 218, 237
 Kindermann, H. 113, 199
 King, B. R. 198
 Kirchhoff, Th. 113, 199
 Kirchmann, E. 235, 283, 286, 301
 Kirschenbaum, H. 321, 382
 Kirschenbaum, M. 401, 449
 Klages, L. 54
 Klein, A. F. 190, 199
 Klein, M. 388
 Kleinman, B. 210
 Klinger, E. 498
 Klitzke, L. L. 513
 Kneisl 181
 Knepler 214
 Kniskern, D. F. 391, 402, 407, 443, 445, 448, 449
 Knobloch, F. 189, 199
 Knoblochova, J. 189, 199
 Knohl, G. 19, 42, 44
 Knowles, R. 108
 Koch, G. 183, 213
 Koch, S. 95, 110, 384
 Koch, U. 365, 382
 Kocourek, K. 496
 Koestler, A. 9, 42
 Koffka, K. 19, 260, 296, 301
 Kogan, G. 307
 Kogerer, O. 456
 Kohaus, M. 448
 Kohler, Ch. 513
 Köhler, W. 19, 222, 224, 239, 296, 301, 595
 Kohli, M. 258, 301
 Kohut, H. 125, 199, 251, 301
 König, K. 277, 301
 Korb, M. P. 306
 Kors, P. C. 189, 199
 Kouretas, D. 199
 Krähenbühl, V. 395, 449
 Kraicker, Ch. 42, 199, 214
 Krassen, E. 210
 Kratochvil, S. 513
 Kraus, A. 302
 Krebs, N. 119, 190, 197
 Kreutzer, H. 200
 Kreuzer, F. 518, 519, 521, 522
 Kreuzer, K. J. 301, 304
 Krietsch-Mederer, S. 301
 Krippner, S. 52, 108
 Krishnamurti, J. 552, 595
 Kronfeld, A. 389, 450
 Kropf, D. 316, 382
 Krueger, F. 534
 Krüger, H. 201
 Krüger, R. T. 175, 199
 Kuchenbecker, A. 283, 305
 Kuhn, Th. S. 10, 11, 39, 42, 45, 108, 260, 301, 538, 595
 Laban, R. 113, 199
 Lacan, J. 122f, 549
 Laible-Nann, R. 385
 Landauer, G. 236, 260, 301
 Landauer, K. 237
 Lang, A. 301
 Langen 498
 Längle, A. 509
 Laotse 595
 Larr, A. L. 189, 199
 Laschinsky, D. 283, 288, 301
 Laski, M. 75, 108
 Lassner, R. 189, 199
 Latner, J. 260, 301
 Lawlor, R. 199
 Lazar, E. 509
 Lazarus, A. A. 199, 215, 539, 595
 Lebovici, S. 121, 123, 124, 159, 166, 171, 173, 174, 176, 179, 180, 189, 199
 Lederman, J. 285, 290, 301
 Ledwidge, B. L. 514
 Lee, E. 288, 291, 301
 Lehmann, G. 288, 291, 301
 Lehmann, L. 189, 199

- Lehr, U. 364, 382
 Lehr, W. 448
 Leibniz 246
 Leist, F. 595
 Lemay, M. 126, 200
 Lemke, J. 282, 301
 Lemoine, G. 122f, 125, 130, 189, 200
 Lemoine, P. 122f, 125, 130, 189, 200
 Lenin, W. T. 135
 Lenz, R. 558, 595
 Leuner, H. 561, 595
 Leutz, G. A. 111, 117f, 125-127, 129-133, 139, 142, 145, 147, 152f, 155f, 160-163, 167, 169, 173f, 176, 178, 182, 189, 191, 199, 200
 Leveen, L. 200
 Leveton, E. 175, 200
 Lévi-Strauss, C. 247, 527, 531, 547, 595
 Lewin, K. 19, 36, 43, 51, 84, 108, 118, 153, 164, 200, 222, 224, 243, 256, 260, 296, 301, 365, 389
 Lewis 429
 Lichtenstein, E. 200
 Lieban-Kalmar, V. 509
 Lieberman, L. R. 316, 382
 Lifton, R. J. 51, 108
 Lightner, M. L. 291, 301
 Lilienthal 317
 Lillesand, D. B. 201
 Lindenberg, W. 595
 Lindzey, G. 594
 Linster, H. 12, 39, 43, 312, 341, 372, 382
 Linton, R. 200
 Lippitt, R. 118-120, 190, 191, 192, 208, 215
 Lipps, Th. 54, 91, 92, 94, 109
 Little, B. R. 12, 43, 106, 109
 Lockowandt, O. 65, 91, 100, 109
 Lohaus, A. 109
 London, P. 43
 Lowen, A. 235, 301, 561, 595
 Lubin, A. 216
 Lubin, B. 216
 Lückel, K. 127, 179, 200, 287, 301
 Lückel, R. 283, 301
 Luckmann, Th. 61, 107
 Ludwig, G. 288, 291, 301
 Luijpen 73
 Lukas, E. 473, 479, 484, 496, 498, 514, 517, 520, 521, 522
 Luther, M. 113
 Luthman, S. 400, 448
 Lynch, M. B. 509
 Mack, J. 385
 Madsen 13
 Mahasi, S. 595
 Mahler, M. 251, 260, 263, 302
 Mahrer, A. R. 109
 Maier, A. A. 190, 201
 Maier, N. R. 120, 190, 200f
 Malalasekera, G. P. 595
 Mandler, G. 91, 109
 Mandler, J. 91, 109
 Mann, C. 182, 201
 Mann, F. 369, 381, 382, 384
 Mann, G. 597
 Mann, J. 182, 183, 201
 Mann, L. 178, 182, 198
 Manocchio, T. 447
 Marcel, G. 19, 132, 201, 218, 243, 245, 247, 255, 260, 268, 277, 302, 475
 Markovic, A. 210
 Marrow, A. J. 119, 201, 224, 302
 Marston, A. 183, 201
 Martin, D. G. 316, 382
 Martin, K. 306, 307
 Marx, K. 115, 135, 136, 221
 Maslow, A. 19, 23, 43, 45, 48f, 52, 56f, 67-69, 71, 75, 78, 80, 85, 106, 109, 155, 164, 201, 272, 302, 538, 595
 Mason, W. S. 197
 Massa, W. 595
 Massarik, F. 107, 291, 298, 520
 Massermann, J. H. 201, 206
 Mathias, U. 115, 117f, 132, 138ff, 142, 143, 148f, 152-154, 156f, 172f, 204, 209, 215, 270, 304
 Matisson, M. D. 123, 125, 128, 173, 201
 Matsumara 129
 Mattheews, L. A. 189, 193
 Matthews, W. 112, 201
 Mauerer, I. 571, 595
 Maurer, Y. 176, 201, 209
 Mausner, B. 210
 Mävers, J. 301
 Mävers, W. 189, 201
 May, R. 19, 46, 51, 91, 109, 538, 595

- McClendon, R. 400
 McEachern, W. 155, 197
 McFall, R. M. 183, 201
 McLeod, R. B. 10, 43, 52, 109
 McNeel, J. R. 201
 McWilliams, P. 582, 591
 Mead, G. H. 139, 141, 188, 201, 218,
 238, 240, 252, 256, 260, 302, 389
 Meadow, R. H. 529, 595
 Meier, A. 513
 Meister Eckhardt 537, 555
 Meng, H. 237
 Mente, A. 316, 358, 382
 Merbaum, M. 190, 202
 Merchant, F. 181, 190, 202
 Merleau-Ponty, M. 19, 81, 84, 109,
 218ff, 224, 243, 245ff, 251f, 256f,
 260, 295, 296, 302, 595
 Metraux, A. 299
 Metzger, W. 34, 43, 55, 57, 81, 109,
 191, 243, 302
 Metzmacher, B. 284, 285, 302, 304, 449
 Miglionico, L. R. 288, 291, 302
 Miller, C. M. 291, 302
 Miller, D. 202
 Miller, M. 180, 189, 190, 202
 Minsal, B. 371, 383
 Minsal, W. R. 309, 312-314, 316, 320,
 324f, 352, 353, 355, 360, 362, 370ff,
 382, 383, 384
 Mischel, Th. 9, 43
 Mitchell, K. 372, 385
 Moder, H. 536, 595
 Moeller, L. M. 280, 302
 Molcho, S. 113
 Molter 10, 40
 Monod, J. L. 128, 202
 Montalvo 393
 Moreno, J. L. 19, 111-118, 120-147, 149-
 154, 156-161, 163, 164, 166, 167,
 171-180, 182, 187-190, 197, 201,
 202ff, 206, 211, 233f, 236, 243, 252,
 273, 290, 302, 389, 391, 449
 Moreno, J. P. 143f, 146, 147, 157, 159,
 189, 204, 205
 Moreno, Z. 113, 118, 128, 130, 131,
 132, 153, 155, 157, 159, 162f, 173,
 178, 189, 204, 205
 Moustakas, C. 49, 50, 109
 Mowrer, O. H. 134, 205
 Müller, J. 173, 205
 Müller, R. 540, 541, 556, 576, 595
 Müller-Eckhart, H. 595
 Müller-Hegemann, D. 595
 Muratori 113
 Murphy, L. 19, 513
 Murray, E. L. 19, 108
 Murray, N. 157, 181, 205
 Nameche, G. F. 71, 109
 Naranjo, C. 242, 302, 560, 595
 Natanson, M. 593
 Nave-Herz, R. 258, 302
 Nedelmann, C. 259, 297
 Neumann, K. E. 595
 Neville, D. D. 46, 109
 Newburger, H. 189, 205
 Newcomb, T. M. 118, 119, 157, 166,
 192
 Nicely, T. 307
 Nichols, M. 113, 159, 205
 Niebauer, E. 496, 498
 Nietzsche, F. 115, 129, 218, 237, 495,
 525, 578, 595
 Nitz, H. R. 449
 Northway, M. L. 205
 Nunner-Winkler, G. 298
 Nuwer, M. 210
 Nyanamoli, N. P. 595
 Nyanaponika, Th. 523, 569, 589, 596
 Nyanatiloka, M. 543, 557, 562, 564,
 566, 568, 589, 596
 Oaklander, V. 258, 260, 285, 286, 302
 Oberborbeck, K. W. 126, 129, 181, 188,
 191, 192, 199, 200, 206, 216
 O'Connell, W. E. 125, 183, 189, 206
 O'Donnell, W. E. 291, 298
 Oerter, H. 297
 O'Halloran, J. P. 583, 594
 Olson, P. A. 189, 206
 Orne, M. T. 62, 64, 109
 Ornstein, R. 560, 595, 596
 Orth, I. 227, 304
 Ortman, H. 189, 206
 O'Shea, T. R. 291, 305
 Ossorio, A. 189
 Osterhues, U. J. 120, 173, 209
 Ostertag, S. 547, 570, 575, 576, 596

- Otto, R. 535, 596
 Overbeck, A. 393, 449
 Overton, W. F. 12, 43
- Padrutt, A. 550, 596
 Padrutt, H. 550, 596
 Pagano, R. 583, 596
 Pagels, E. 596
 Paige 176
 Pankratz, L. 179, 206
 Papanoutsos, E. P. 112, 206
 Papp, P. 429
 Parrish, M. 189, 206
 Passons, W. R. 119, 206
 Patterson, C. H. 302
 Pattison, J. E. 316, 383
 Pauls, W. 32, 43
 Paulsen, W. 114
 Pavel, F. G. 316, 363, 383
 Peak, H. 101, 109
 Peller, M. 291, 302
 Perls, F. 19, 97, 111, 115, 118f, 126ff,
 130, 132, 164, 206, 217f, 221-252,
 254, 256, 258-264, 266-270, 272, 274,
 275-279, 281f, 285, 288ff, 293, 295f,
 302, 307, 389, 409, 445, 538, 539,
 596
 Perls, L. 217f, 222, 224f, 233, 235-243,
 255, 262, 278, 285, 295f, 302
 Perrez, M. 43
 Perrot, L. A. 206
 Pertzborn, A. M. 288, 291, 302
 Pervin, L. A. 323, 343
 Petech, L. 550
 Petersen, P. 201
 Petrilowitsch, N. 521
 Petzold, H. 42, 109, 111, 113, 115, 117-
 121, 125-133, 138ff, 142, 143, 147-
 154, 156, 157, 159, 160, 163-168,
 170, 172-180, 182, 183, 186f, 189,
 190, 192, 193, 201, 204-209, 211-213,
 215f, 217f, 220f, 224, 227-230, 232-
 236, 243f, 246ff, 251-261, 263-272,
 274ff, 278-281, 283-290, 296, 297-
 307, 381, 391, 449, 524, 537, 541,
 561, 590, 592, 593, 596, 597
 Pfänder, A. 47, 78, 109
 Pfau-Tifuhr, U. 114, 210
 Pfeiffer, W. M. 310, 311, 356, 383
 Pfeleiderer, B. 596
- Phillips, J. 198
 Piaget, J. 14, 43, 109, 188, 256
 Pickholz, N. E. 175, 210
 Pilkey, L. 179, 210
 Pines, M. 593
 Pirandello, L. 113, 210
 Planova, J. 513
 Platon 112, 529, 577, 596
 Platt, E. 183, 210
 Plinius 537
 Ploeger, A. 126, 129, 183, 188, 189, 210
 Plutchik, R. 61, 109
 Pohl-Meyerhöfer, R. 190, 212
 Polak, P. 496
 Polanyi, M. 87, 109
 Polansky, N. A. 189, 210
 Polster, E. 223, 232, 275, 304
 Polster, M. 223, 232, 275, 304
 Pongratz, L. J. 12, 13, 17, 27, 34, 38,
 39, 42-44, 192, 383, 384, 524, 535,
 592, 596
 Pontalis, J. B. 123, 159, 210
 Popielski, K. 498
 Portele, G. 19, 20, 26, 31, 43, 113, 210
 Pörtner, P. 113, 118, 210
 Posner, R. 545, 596
 Potts, F. 173, 210
 Pötzel, O. 456
 Prata, G. 450
 Prengel, A. 290, 304
 Pribram, K. H. 159, 210, 411, 449
 Prill 498
 Priver, D. 200
 Putzey, L. 216
- Raabe, P. 114, 210
 Rabiner, C. J. 189, 210
 Rahakrisnnan, S. 596
 Rafaelsen, L. 593
 Rahm, D. 177, 210, 260, 265, 285, 286,
 289, 304
 Rahula 543, 550, 596
 Rambert, M. 121, 189, 210
 Rank, O. 310, 311, 312, 313, 383
 Rapaport, A. E. 225, 304
 Reason, P. 46, 68, 110
 Reese, H. W. 12, 43
 Reich, W. 233, 235, 236, 237, 239, 305,
 389, 561, 573ff, 596
 Reil, J. C. 114, 210

- Reinert, G. B. 290, 298
 Reinhardt, M. 126, 234
 Reinhold, K. 290, 304
 Reiter, U. 524, 540, 558, 595, 596
 Rellstab, F. 210
 Renouvier, R. 210
 Revers, W. J. 12, 43
 Rice, L. N. 368, 593
 Richards, F. 46, 108, 110
 Richardson, H. 389, 450
 Richmond, M. 389, 449
 Richter, H. E. 393, 449
 Ricoeur, P. 218, 245, 247, 260, 272, 305
 Riedl, R. 260, 305
 Ries, H. 41
 Riesmann, D. 323, 383
 Riessman, F. 178, 211
 Rillaer, J. van 119, 211
 Rinast, M. 288, 301
 Riskin, J. 407, 450
 Rittner, V. 151, 198
 Robb, Ch. 403, 404, 449
 Robinson, L. D. 179, 193
 Roettecken 68
 Rogers, C. R. 12, 19, 23, 29, 43, 56, 57, 69, 78, 85, 87-92, 94-98, 110, 309-324, 326-329, 332f, 335, 337-343, 345-354, 356, 358-361, 365-371, 379, 380, 383, 384, 389, 422, 538f, 573, 574, 576, 596
 Rohde-Dachser, Ch. 125, 211
 Rojas-Bermúdez, J. G. 154, 211
 Ronall, R. 260, 283, 305
 Rönnecke, B. 364, 365, 381, 383
 Roosevelt, F. D. 318, 319, 341
 Rosati, O. 113, 211
 Rosenberg, R. 110, 384
 Rosenfeld, E. 302
 Rosenthal, R. 62, 64, 110
 Ross, D. 191, 211
 Ross, F. A. 191
 Ross, J. 449
 Röttger, U. 284, 305
 Rouquette, J. 190
 Routh, T. A. 179, 211
 Rowan, J. 46, 68, 110
 Royce, J. R. 34, 44, 51, 79, 110
 Rubin, R. D. 195
 Rubins, J. L. 232, 305
 Rüdiger, D. 43
 Ruesch, J. 410, 450
 Rühle, J. 113, 211
 Russel 298
 Rutishauser, B. 547, 596
 Rycroft, C. 305
 Saake, E. K. 284, 289, 305
 Sackles, C. 189, 211
 Sacks, J. M. 169, 211
 Sagan, C. 260, 305
 Salm 414
 Salter 120
 Samuel-Lajeunesse, B. 191
 Sandler, V. 281, 305
 Sanford, N. 52, 110
 Sarbin, T. R. 179, 189, 211
 Sarro, R. 211
 Sartre, J. P. 19, 218
 Satir, V. 286, 305, 387, 390f, 393, 401-418, 420, 422f, 426-434, 437, 439, 441f, 445ff, 448ff
 Sauvage 113
 Sbandi, P. 163, 211
 Sborowitz, A. 591
 Scharfetter, C. 524f, 527f, 576, 579f, 596
 Schattner, G. 119, 211
 Schäuble, W. 23, 34, 41
 Scheerer, 12, 13, 14, 24, 44
 Scheid, A. B. 316, 384
 Scheler, M. 62, 92, 93, 110, 218, 237, 453, 457
 Schenda, R. 258
 Schlippe, A. v. 394, 441, 449, 450
 Schloss, G. A. 132, 212
 Schmauch, R. 449
 Schmeling, C. 365, 382
 Schmid, B. A. 113, 119, 210
 Schmidt, B. 183, 211
 Schmidt, H. 596
 Schmidt, J. 113, 118, 190, 209
 Schmidtchen, S. 363, 384
 Schmidt-Ranson, I. 113, 119, 211
 Schmittchen 438
 Schneewind, K. A. 10, 44, 82, 110, 299
 Schneewind, U. 265, 266, 279, 282, 283, 288, 289, 304, 305
 Schneider, K. 25, 28, 44, 260, 274, 275, 276, 281, 282, 286, 305, 414, 444, 448ff

- Schneiders, A. A. 44
 Schönke, M. P. 183, 190, 211
 Schrader, S. S. 448
 Schroeder, W. 283, 304, 305
 Schröder-Battfeld, R. 306
 Schubert, K. 284, 305
 Schulwitz, J. 126, 190, 209
 Schultz, J. H. 195, 520
 Schultz-Hencke, H. 231, 232, 305
 Schulz, J. 559, 596
 Schulz, W. 362, 383, 384
 Schuon, F. 537, 597
 Schur, K. 306
 Schutz, W. 128, 132, 211
 Schützenberger, A. 113, 126, 127, 139, 155, 161, 162, 174, 189, 190, 211f, 216
 Schwab, R. 361, 384
 Schwäbisch, L. 540, 582, 584, 597
 Schwartz, H. J. 309, 349, 350, 351, 353, 355, 360, 361, 381, 384
 Schwartz, M. 159, 178, 203
 Schwarz, J. 411, 450
 Schwarz, O. 457
 Schwendter, R. 259, 305
 Scott, W. A. 212
 Seabourne, B. 161, 162, 175, 212
 Séchéhaye, M. 112, 212
 Seeger 129, 182, 200
 Seeglow, I. 189, 212
 Seidel, E. 190, 212
 Seidenstücker, G. 384
 Seiwert, N. 362, 384
 Selvini-Palazzoli, M. 398, 400, 401, 450
 Selye, H. 559, 597
 Seneviratne, H. L. 597
 Serlin, L. 283, 305
 Severin, F. T. 46, 54, 110
 Shaffer, J. B. P. 46, 110
 Shaftel, G. 120, 190, 212
 Shaftel, F. 120, 190, 212
 Shakespeare, W. 147
 Shapere 11
 Shapiro, D. H. jr. 579, 583, 584, 594, 597
 Shapiro, E. 240
 Shaw, M. 190, 193
 Sheff, T. 113, 159, 212
 Sheleen, L. 283, 305
 Shepard, M. 235, 305
 Shepherd, J. L. 206, 299
 Sherman, S. N. 450
 Shoobs, N. 125, 212
 Shostrom, E. L. 100, 109
 Shulman, B. H. 125, 212
 Siebeck, H. 38, 44
 Siems, M. 540, 582, 584, 597
 Sieper, J. 182, 190, 209, 243
 Silbermann, M. 458
 Silverman, J. 11
 Simkin, J. S. 242, 305
 Simon, R. J. 189, 212
 Siroka, E. 132, 212
 Siroka, R. W. 132, 212
 Skinner, B. F. 12, 43, 85, 95, 326, 340, 342, 343, 383, 384
 Smilansky, S. 189, 190, 212
 Smith, d. 108
 Smith, E. 307
 Smith, M. R. 189, 212
 Smuts, J. 246, 306
 Snygg, P. 260
 Sokrates 528, 529, 577
 Solem, A. R. 190, 201
 Sollmann, U. 304
 Solomon, N. L. 215
 Solomon, R. C. 593
 Solyom, C. 514
 Solyom, L. 514
 Soranus 189
 Soucek, W. 457
 Soulé, M. 124, 194
 Speer, E. 597
 Sperling, E. 180, 212, 393, 450
 Speroff, B. 189, 212
 Sperry, R. W. 560, 597
 Spiegel, Y. 213
 Spiegel-Rösing, I. 180, 213, 258, 284, 287, 300, 306
 Spinner, H. F. 260, 306
 Spinoza 106
 Spittler, H. D. 358, 382
 Spring, B. 525
 Staabs, G. v. 213
 Stacey, C. L. 211
 Stachowiak, H. 16, 44
 Stachowiak, J. 447
 Stadler, M. 42
 Staehelin, B. 597
 Staemmler, B. 306

- Stahl, Th. 406-409, 416, 425, 449, 450
 Stanislawskij, K. S. 113, 114, 213
 Starr, A. 125, 178, 189, 190, 213
 Steigerwald, M. 306
 Stein, C. 190, 213
 Stein, E. 92, 110
 Stein, M. B. 173
 Steinbach, E. 369, 381, 383
 Steinbeck, J. 318
 Steiner, R. 236
 Steinmeyer, E. 210
 Steller, M. 183, 187, 213
 Stern, E. 42
 Stevens, J. 268, 283, 306
 Stevens, S. S. 81, 110
 Stevenson, M. 111, 112, 213
 Stichtenoth, H. 284, 289, 305
 Stierlin, H. 390, 392ff, 398, 450, 578
 Stockvis, B. 189, 213
 Stockvis-Warnaar, J. 189, 213
 Stoehr, T. 240, 306
 Stolurow, L. H. 198
 Stolze, H. 561, 597
 Störig, H. J. 219, 306
 Stornes-Bliss 593
 Strasser, S. 71-74, 76, 77, 83, 102, 110
 Straub, H. 127, 129, 162, 173, 178, 189, 213
 Strauss, R. 125, 213
 Streitfeld 429
 Streltzer, N. 183, 213
 Stroebel, C. E. 583, 584, 593
 Stromberg, C. E. 199
 Strotzka, H. 381, 578, 597
 Strupp, H. H. 315, 382
 Stuhr, K. 291, 306
 Sturm, I. E. 120, 190, 213
 Suckert-Wegert, K. 358, 384
 Sullivan, H. S. 238, 388
 Süß, H. J. 306, 307
 Sutich, A. J. 45, 46, 110
 Suzuki, D. R. 530, 543, 553, 593, 594, 597
 Swell, L. 190, 213
 Szasz, Th. S. 562, 597

 Takashima, H. 513
 Tart, Ch. T. 597
 Taschmann, H. A. 447
 Tate, G. A. 46, 108, 110

 Tausch, A. 100, 309, 323, 355, 362, 369, 371, 381, 383, 384, 385
 Tausch, R. 100, 309, 315, 323, 352, 353, 355, 362, 369, 371, 384
 Teegen, F. 284, 291, 295, 306, 415, 450
 Teilhard de Chardin, P. 260, 306
 Tellenbach, H. 538
 Tenzler 592
 Testemale-Monod, G. 191
 Teussen, E. 381
 Thamm, A. 283, 306
 Thiemann, E. 306
 Thomae, H. 13, 258, 306
 Thomas, E. J. 139, 213
 Thompson, M. B. 291, 306
 Thorne, B. 173, 214
 Thorne, F. C. 88, 110
 Tietgens, H. 298
 Tillich, P. 218, 237
 Titchener 91
 Titze, B. 447, 450
 Titze, M. 447, 450
 Tobin 251
 Tönnies, S. 361, 384
 Torello, G. 460
 Tourlentes, T. 189, 199
 Toxmann 388
 Toynbee, A. 529, 597
 Trautmann, E. C. 173, 214
 Travis, L. E. 583, 597
 Traxel, W. 53, 58, 59, 93, 110
 Trenkel, A. 201, 209
 Trenckmann, U. 388, 450
 Troll, N. 498
 Truax, C. B. 100, 110, 316, 372, 385
 Trüb, H. 132
 Tscheulin, D. 354, 381, 384

 Uchtenhagen, A. 200
 Uexküll, Th. v. 597
 Ullrich, R. 214
 Ullrich de Muynck, R. 120, 183
 Ungersma, A. J. 472
 Urban, H. B. 316, 379, 381
 Urban, J. B. 12, 41, 43
 Uttendorfer, J. 385
 Uttendorfer-Marck, J. 385

 van de Rieet, V. 256, 306
 van der May, J. H. 189, 214

- van der Post, L. 560, 596
 van Gennep, A. 546, 593
 Vargin 402
 Velzeboer, J. 113, 209, 214
 Vesely, G. 462
 Vogel, H. 385
 Vogler, P. 11-14, 44
 Volhard 498
 Volkelt 68
 Völker, U. 12, 13, 19-22, 24-26, 33, 34,
 41, 43, 44, 127, 128, 208, 214, 306
 Volkmann-Schluck, K. H. 214
 Vormann, G. 209, 282, 288, 291, 297,
 300, 301, 303, 305, 306
 Vymetal, O. 513
- Wagner, A. C. 371, 385
 Wagner, M. 183, 214
 Wagner-Jauregg, J. 456
 Wagner-Simon, Th. 596
 Waldenfels, B. 246, 257, 306
 Wälder 453
 Wallace, A. 298
 Wallen, J. L. 318, 383
 Walsh, R. N. 594
 Walter, H. J. 32, 43, 224, 230, 306
 Walters, R. H. 191
 Wann, T. W. 43, 110
 Wasna, M. 211
 Wassermann 117
 Watts, A. W. 9, 11, 12, 14, 44, 523,
 543, 597
 Watzlawick, P. 390, 399f, 407f, 450,
 488
 Way, B. 214
 Weakland, J. H. 297, 398, 406, 448, 450
 Webster, M. S. 189, 300
 Weeks, H. A. 190
 Weil, P. 214
 Weiner, H. 169, 178, 179f, 189, 211,
 214
 Weiss, R. F. 183, 214
 Weisz, C. P. 240, 241
 Weizsäcker, C. F. v. 247, 542, 597
 Welch, I. D. 46, 108, 110
 Wellek 33
 Wells, C. 214
 Welter-Enderlin, R. 448
 Wemhoff, R. T. 291, 306
 Wendtlandt, W. 183, 214
- Werner, K. 498, 557, 597
 Wertheimer, M. 19, 222, 296, 306
 Westmeyer, H. 10-14, 41, 44
 Wethered, A. G. 119, 214
 Wetzel, H. 43, 298, 382
 Wexberg, E. 458
 Wexler, D. A. 316, 385, 593
 Widlöcher, D. 122, 166, 176, 179, 180,
 189, 214
 Wild-Missong, A. 381
 Williams, R. L. 189, 214
 Wilson, R. A. 509
 Wilson McLachlan, R. 597
 Wimmer, K. 458
 Windelband, W. 527, 542, 597
 Wirsching, M. 390, 392, 394, 398, 450
 Witchel, R. I. 291, 306
 Withacker, C. 391
 Within, E. S. 117, 118, 159, 189, 202
 Witt, G. 288, 306
 Wittels, F. 458
 Witter, J. O. 369, 385
 Wölfel, U. 597
 Wolpe, J. 120, 214f, 514
 Wolpe, Z. 214
 Wolson, P. 215
 Woods, J. H. 597
 Wotruba, A. 532, 538, 544, 571, 573,
 574, 589, 597
 Wronski, S. 389, 450
 Wunderli, J. 570, 597
 Wundt, W. 534
 Wysong, J. 302
 Wyss, D. 12, 44, 178
- Yablonski, L. 127, 131, 180, 189, 190,
 215
 Yalom, Y. 215
 Yarnell, T. D. 513
 Yontef, G. M. 251, 277, 306
 Young, D. 513
 Yuen, L. M. 450
- Zacharias, J. L. 180, 190, 215
 Zacher, A. N. 190, 215
 Zander, A. 118, 119, 120, 215
 Zapotoczy, H. G. 189, 191, 192
 Zax, M. 113, 159, 205
 Zeleni, L. D. 190, 215
 Zempleni, A. 112, 215

Zielke, M. 314, 316, 346, 358, 383, 385
Zienert, H. J. 213
Zierl, W. 215
Zilsel, E. 455
Zimbardo, P. G. 106, 110, 215
Zimmer, D. 540, 597
Zinger, N. G. 215
Zinker, J. 127, 128, 215, 260, 306
Zmegac, V. 114, 215
Zulliger, H. 178, 215

Sachregister

- Abhidhamma 523, 543f, 548
Abstinenz 121, 277
Abstinenzregel 176
Abwehr 261, 278, 281
Abwehrmechanismen 90
Achsenzeitalter 529
Adäquatheit von Methoden 35
ärztliche Seelsorge 468, 497, 500, 506, 507
Aggression 226, 251
Agieren 121, 169
Agogik 289f
aktionale Rollentheorie 141, 142
Aktionsforschung 127, 131
Aktionshungere 152, 156
Aktionsphase 168f, 186, 269, 271f, 293
Aktionsrollen 151
Aktionstherapie 139
Aktualisierungstendenz 311, 339
Alkoholiker 178
All-Identität 146
All-Realität 146
Alpha-Wellen 583
Als-ob-Charakter 16
amerikanisch-protestantische Ethik 38
Amplifikation 102
Analogien 15
analogische Vorstellung vom Menschen 542
Analyse 163
analytisches Konzept 392
Angst 51
Ankern 440
Anthropologie 12, 131
Antirollentheorie 115, 141
A-priori-Generalisierung 80
Arbeiterklasse 135
assertive training 120
Atman 553
Augenkontakt 426
Auto-Tele 145
autogenes Training 559
Autonomie 20
awareness 221, 227, 249, 252, 261, 266, 268, 282
Bedeutung 66, 83f, 88f, 94ff, 100ff
Bedürfnisse des Selbst 335
Bedürfnisanalyse 267
Begegnung 131f
Behandlungsfokus 373
Behandlungsmethodik (Praxeologie) 29f
Behaviorismus 19, 91, 106
Behaviourdrama 120f
Beobachter 414, 423
Beobachtung 52f, 99, 101f
Beratungsansatz 318
Beurteilungsübereinstimmung 71, 75
Bevölkerungstest 136
Beziehungsangebot 349, 351
Beziehungsmuster, familiäre 388
Beziehungstherapie 350
Bioenergetik 540, 559
Biofeedback 560
Biographie des Begründers 38f
Blockierung 224, 261, 263, 269, 282
Brahman 529, 553, 555
Bühne 122, 161
Charakter 470f
Clustern 154
Concealment 134
Confluent education 290
Daseinsanalyse 571, 574
Defizite 157, 265, 280, 284
Demokratie 134
Depression 178
Dereflexion 486, 487, 489, 490
De-roling 438
Desensibilisierungsprozeß 315
Desorganisation des Individuums 345
Deutung 122, 276, 393
dhamma 544
dharma 530, 532
Diagnostik 27f, 156, 181, 345, 358, 422
Dialog 65, 77ff
differentielles Denken 221, 236
Dimensionalontologie 463, 478, 480
Disstreß 559
Doppel 131
Doppelblindversuch 61
Doppelbotschaften 431

- Doppel-Ich-Technik 176
- Doppeln 160
- dramatische Therapie 119
- Dreiphasenmodell 224
- Drogenabhängiger 178
- Durcharbeiten 164, 170
- dyadischer Effekt 63, 65, 90
- dysfunktionales System 422

- Effizienzerlebnis 224
- eidetische Wesensschau 102
- Eigenanalyse des Therapeuten 30
- Einbindung in das elterliche System 418
- Einfühlung 79, 88ff
- Einstellungsänderung 183
- Einstellungsmodulation 486, 487, 491, 492, 514
- Einweihungswege 531
- eklektisches therapeutisches Vorgehen 324
- Eklektizismus 10
- Emotion 112
- Empathie 179, 352
- Empathieroutine 98
- Empathietiefe 100
- Empirie 16, 35f
- empirische Generalisierungen (Abstraktheit) 80, 85
- Encounter 128, 320
- Encounter-Gruppen 365, 367
- Energie 235, 256
- Energieübertragung 440
- Engagement 67
- Entspannung 579
- Entwicklungsphasen des Kindes 418
- Entwicklungssprünge 418
- Entwicklungstheorie 142f, 146, 473
- Erinnerungsbeobachtung 53
- Erkenntnisinteresse 15
- Erkenntnispostulat 12
- Erkenntnistheorie 477
- Erlebniszusammenhang 95
- Erwachsenenbildung 182
- Erwartungsangst 487f
- Es 250, 251f, 264
- Ethik 30, 134
- Ethos 552
- être au monde 219, 247, 296
- Eustreß 559
- Eutonie 559

- Evaluation 182
- Evidenzerlebnis 224
- Existenzialismus 19, 127, 217, 218f, 243, 244, 246, 538
- existenzielle Betroffenheit 50f
- existenzielle Gültigkeit 51
- existenzielle Psychologie 51, 91
- existenzieller Raum 81
- Existenzphilosophie 78
- Experiencing 355
- Experiment 58ff, 99f, 103, 105
- Explikation 103
- Explorationsphase 56
- Explosionsphase 224, 269
- Expressionismus 114

- Facilitating 276
- familiäre Wurzeln 434
- Familienbehandlung 443
- Familienbeziehung 432
- Familienbildungsprozeß 435
- Familienformen 419
- Familiengeschichte 432, 434
- Familiengespräch 392
- Familienhomöostase 406
- Familienkonflikt 392
- Familienmodelle 427
- Familienorganisation 394
- Familienprozeß 430, 441
- Familienregeln 417
- Familienrekonstruktion 393, 408, 434f
- Familienrollenspiel 429
- Familienspiel 400, 430
- Familienstammbaum 434
- Familiensystem 418, 419f, 429
- Familientherapie 280, 363, 387f, 445
- Familien- und Paartherapie 117, 180
- Feedback 163, 505
- Feldtheorie 217, 224, 256
- Figur 222, 248, 251
- Figur-Grundbildung 13, 249
- Figur-Grund-Flexibilität 261
- Figur-Grund-Prinzip 222f
- fixed-role therapy 119
- Focusing 311
- Fokussieren 268, 279, 574
- Forschung 33, 182
- Forschungs- und
Ausbildungskonzepte 40

- Fragebogen zur Selbstaktualisierung (FSA) 100
- Freiheit von, Freiheit zu 551
- Fremdbeobachtung 52, 57
- Fruchtbarkeit 79, 100ff
- fully functioning person 312, 327, 347
- Funktionen von Modellen 14
- Fusion 68
-
- Ganzheit 32, 222, 234, 246
- ganzheitliche Wahrnehmung 440
- geeichte Kommunikationsschleifen 424
- Gegenübertragung 70, 122, 174, 266, 277, 280f, 425
- geistige Dimension 464, 467, 483, 503, 519
- Generationsgrenzen 395
- Genese psychischer Störungen 18
- Geragogik 182
- Gerontotherapie 179f, 286f
- Gesamtfamilie 387, 394
- geschlossene Systeme 421f
- gesellschaftliche Totalverwahrlosung 552
- Gestalt 220, 222, 223, 239, 247, 249, 261, 556
- Gestalt drama 126
- Gestaltpsychologie 217, 222f, 236f, 239, 243, 294
- Gestalttheorie 219, 296
- Gestalttherapie 115, 119, 159, 176, 217, 540f, 560
- gestörte Familien 425
- Gesundheit 133, 261
- Gesundheitsorientierter Ansatz 411, 415
- gewährend-versagende Haltung 575
- Gewissen 459, 512
- Ghetto-Familien 393
- Gipfel-Erfahrungen 52, 71, 75, 164, 170
- gleichschwebende Aufmerksamkeit 54, 96
- Große Erfahrung 546, 549
- Große Mutter 175
- Großelterngeneration 433
- Gruppe 161, 162
- Gruppendynamik 118, 126
- Gruppeneid 134
- Gruppengeschehen 360
- Gruppenpsychotherapie 118, 126
-
- Handlungsmodell 33
- Handlungs-Selbst 142
- Health-Modell 406
- Heilungskapazität 367
- „heiße“ Kultur 531, 546
- heitere Gelassenheit 539, 546, 548, 568, 570
- Herkunftsfamilie 433, 435, 441
- Heuristik 50f, 56
- heuristische Funktion 15
- Hilfs-Ich 144
- Hilfswelt 160
- Hinduismus 530
- Hintergrund 248, 249, 251
- Hier und Jetzt 117, 158, 169, 218, 221, 224, 228, 232, 242f, 266, 296
- Holismus 62, 222, 246
- holistische Psychotherapiesysteme 217
- Hologramm 159
- Homo-clausus Modell 33
- Homöostase 246, 248, 433
- Homo sociologicus 149
- Humanismus 12, 19
- Humanistische Familientherapie 389
- Humanistische Psychologie 12, 20, 127, 230, 244, 323, 328, 461, 519
- Hyperintention 489, 490
-
- Iatrogene Schädigung 480, 482
- Ich 142, 150f, 219, 250, 251f, 254f, 261
- Ich-Psychologie 123
- Idealbild 412
- Identifikation 147
- identifizierter Patient 433
- Identifizierung 95
- Identität 146, 172, 243, 247, 252f, 255, 257, 268, 279, 281, 394
- illustrierende Funktion 15
- Imagination 275
- Imitation 147
- Implosionsphase 224, 269
- impromptu 118
- Improvisation 463, 485
- Improvisationstraining 120
- Indikation von Psychotherapie 122, 177, 346, 359
- Indikationsregeln 30
- Individualität 476
- Individuation 553
- Infra-Realität 122, 131

- Initialphase 166, 186, 269, 271f
 Initiationsriten 546
 Initiatische Therapie 540, 546, 554
 Inkompatibilität 35
 Inkongruenz 343, 361
 Instanzenmodell 310
 Integration 159, 172
 Integrationsphase 170, 174, 187, 269, 271f, 293
 Integrative Gestalttherapie 217, 221, 228, 234, 243, 244, 245f, 252, 256, 268, 284, 294
 Intentionalität 103f, 219
 Interaktionsanalyse 400
 Interaktionsfluß 432
 Interaktionsregel 441
 interaktive Natur 17
 Interessenanalyse 267
 interpersonales (Ich-Du-)Wissen 67, 89
 Interpretation 170
 Inter-Rollen-Konflikte 155
 Intersubjektivität 62, 88, 92, 218, 257, 268, 275, 277, 279
 Intersubjektivitätstheorie 132
 Interventionsformen 290
 Interventionsplanung 400
 Interventionssoziometrie 136
 Introjektion 261, 262, 276
 Intuition 560
 Isomorphie 224
 Isomorphismus 81
- Joining 394, 440
 jüdisch-christliche Tradition 39
- „kalte“ Kultur 531, 546
 katathymes Bilderleben 561
 kategoriale Rollentheorie 141, 142
 Katharsis 112, 159, 169
 Kilesa 562, 563
 Kindertherapie 178f, 285f
 kindliche Persönlichkeit 363
 kindliches Spiel 116
 Klient-Therapeut-Beziehung 29
 klientenzentrierte Gesprächsführung 325
 klientenzentrierte Kindertherapie 362f
 klientenzentrierte Prozesse 372f
 klientenzentrierte Therapie 95, 313f, 350, 359
 klinische Psychologie 9
- klinisch-beratendes Handeln 9
 klinisch-therapeutisches Handeln 9
 Klischeephase 269
 Körperansatz 219, 236, 249
 Körperberührung 408
 Körpersprache 426, 427
 Körpersymptome 432
 Körpertherapien 567
 kollektives Unbewußte 553
 Kommunikation 408, 417, 425
 Kommunikationsfähigkeit 17
 Kompetenz 267
 Konfluenz 97, 261, 263, 265
 Konfrontation 275f
 Kongruenz 98, 331
 konstruktive Frustration 547
 konstruktive Persönlichkeitsänderungen 330, 362
 Kontakt 229, 243, 250, 254, 255, 257, 261, 267
 Kontaktaufnahme zur individuellen Vergangenheit 434
 Kontaktfunktion 250
 Kontaktgrenze 268
 Kontaktprozeß 251
 Kontaktzyklus 249, 261, 262
 Kontext 243, 255
 Kontraindikation 177
 Kontrolle 63, 107f
 konzentrierte Bewegungstherapie 561
 Korrespondenz 278, 289
 Kosmos 130
 Krankheit 133, 221, 261
 kreative Anpassung 239, 243, 250, 296
 kreative Indifferenz 218, 221, 246
 Kreativität 127, 133, 156
 Krise 10, 547
 Krisenintervention 178
 kritischer Rationalismus 10
 kulturelle Dimension 26
 kulturelles Atom 132, 138, 151
 Kurzzeittherapie 173
- Lebensbegriffe 80
 Lebensbilanz 179
 Lebensphasen 580
 Lebensraum 81, 84, 255
 Lebensspanne 24
 Lebenswelt 77ff
 Lebenszyklus 419

- leerer Stuhl 234
 Leib 219, 252, 255, 256, 257, 266, 274, 279
 leib-bezogene Begegnung 575
 Lernen 147
 liebende / kalte Erkenntnis 71
 logischer Empirismus 10
 Logos 545
 Loslassen 544, 556, 579
 Lügenskalen 65
 Lustprinzip 226
 Lust- und Leistungsprinzip 556, 557, 580
- Machthierarchie in der Familie 394
 Marxismus 136
 Meditation als Metatherapie 525
 Menschenbild 9, 13, 20-22, 25, 34, 38
 Menschenmodell 12, 33
 Messung 100f
 Meta-Modell 408
 Metaphern 15
 metaphorische Modelle 16
 Meta-Therapie 447, 578
 Methodenfetischismus 56
 Methodologie 37
 Metta-Meditation 557
 Mikrosoziologie 117
 Milieutherapie 131
 Mitmensch 138
 Modell 14, 16, 35
 Modifizierbarkeit des Menschen 17
 Momentaufnahme der Familie 424
 Motivation 473, 491, 503
 Mythos der ewigen Wiederkehr 525
- Narzißmustheorie 123
 natürliche Krisen 419
 Naturalismus 47
 Neuorientierung 232, 269, 271f
 Neurolinguistisches Programmieren 445
 Neurose 217, 228f, 232, 233, 264, 268, 327
 Neurosentheorie 481
 Neurotiker 261
 Neutralität des Therapeuten 400
 nicht-direktive Therapie 317
 nichtlineare Zeitlichkeit 526
 Noogene Neurose 482, 487, 498f, 513
 Nootherapie 221
- normatives Fundament 36
 Numinoses 547, 549, 553
- objektives Wissen 87f
 Objektivismus 71ff, 89
 offene Objektivität 77
 offene Systeme 395, 420f
 Offensichtliches 219, 228, 268, 275
 ontologische Differenz 549
 Organisationsschemata 395
 organische Sichtweisen 32
 organismische Weisheit 233, 246
 organismisches Bedürfnis 336, 339
 organismisches Modell 33
- Pädagogik 289f
 pädagogisches Rollenspiel 182
 Pan-Determinismus 454, 468
 Panorama-Techniken 283f
 Pantomime 119
 Paradigma 67f
 Paradoxe Intention 486, 487, 488, 514
 Paradoxe Intervention 276, 400
 paranormale Bewußtseinsweisen 527
 partielles Engagement 176, 278
 Parts Party 408, 437ff
 Pathologie 130, 153, 158
 Pathologie-orientierter Ansatz 411, 415
 Performanz 267
 Persönlichkeit 22, 24f, 250, 251f, 259, 472
 Persönlichkeitsentwicklung 154
 Persönlichkeitstheorie 22, 326
 personenzentrierte Haltung 309, 369
 personenzentrierter Ansatz 320, 326
 person-zentriertes Lernen 370
 Phänomenologie 127, 217, 218f, 237, 239, 243, 244, 294
 phänomenologische Einstellung 52ff
 phänomenologisches Feld 89
 phänomenologische Persönlichkeitstheorien 554
 phänomenologische Philosophie 92, 94
 phänomenologische Psychologie 47
 phänomenologische Reform 47
 Philosophie 12, 129
 Phobien 178
 Physiodramatisches Spiel 141
 Plateau-Erfahrungen 52, 75
 politische Dimension 22

- Potenzmodell 33
 Prävention / Verhinderung 483, 498, 511
 Praxisevaluation 32
 progressive Relaxation 559, 583
 Projektion 147, 181, 226, 261, 262, 268,
 276, 279, 293, 296
 Protagonist 161
 Prüfmethode 56
 Psychiatrie 137
 psychische Anpassung 337
 psychische Fehlanpassung 343
 psychische Wirklichkeit 16
 Psychoanalyse 127, 153, 218, 219, 222,
 225f, 237, 240, 251, 255, 259, 277,
 281, 294, 296
 psychoanalytisches Psychodrama 121ff
 Psychoboom 10
 psychodiagnostische Untersuchung 358
 Psychodrama 118, 233f, 243, 571
 Psychodrama-Einzeltherapie 173
 Psychodrama-Gruppentherapie 173
 Psychodramatechniken 157
 psychodramatische Rollen 141, 147
 psychodramatischer Ansatz 290
 psychodramatisches Rollenspiel 272, 287
 psychologische Beratung 318
 Psychologismus 452, 453
 Psychopathologie 28f, 156
 psycho-physische Gesundheit 25
 Psychose 156, 157, 217, 264, 284, 480,
 501f
 psychosomatische Rollen 141
- Ratio 545
 Raum 130f
 Realität 131, 178
 Realitätsprinzip 226
 Referenz-(Bezugs-)Gruppe 75, 88f
 reflexive Psychologie 12
 Reflexivität 47, 48, 106
 Reframing 399, 433, 440
 Regression 174, 228, 231, 273, 280
 Reife 547
 Reifungsprinzip 557
 Rekonstruktionsgruppe 436
 Reorganisation der Selbststruktur 337
 Reparenting 160
 Resource Wheel 416
 Ressourcen 266, 286
 Retrofektion 261, 262f, 276
- Rites de passage 546
 role taking 141
 Rollenaggregat 155
 Rollenatropie 154
 Rollencluster 151
 Rollendefizite 154
 Rollenentwicklung 146f, 154
 Rollenentlassung 436
 Rollenflexibilität 179
 Rolleninventar 151, 154
 Rollenkonflikte 155
 Rollenkonserve 142
 Rollenslernen 146f
 Rollenrepertoire 151, 157
 Rollenselbst 139
 Rollenspiele 120, 183, 408, 418
 Rollenspielphase 269
 Rollentausch 131, 147
 Rollentheorie 121, 139f, 151, 156
 Rollentraining 178
 Rollenverlust 154
- Säulen der Identität 258
 Schamanismus 531
 Schizophrenie 404f
 Schließung 56, 84
 Sekten 88
 Selbst 142, 149, 151, 154, 224, 225, 234,
 249, 250, 251f, 255, 331, 332, 355,
 416, 553
 Selbstachtung 441
 Selbstaktualisierung 223, 248, 253, 296,
 326
 Selbstbeobachtung 52, 57, 92
 Selbstbild 319, 412
 Selbstdistanzierung 465, 470, 486
 Selbstempathie 351
 Selbstentbergung 65
 Selbsterfahrung 181
 Selbstexploration 316, 354
 Selbsthilfestrategien 413
 Selbstkonzept 338
 Selbstmodell 33
 Selbstobjektivation 94
 Selbstreflexion 11
 Selbstregulation 220, 223, 246, 248, 249,
 258, 261, 264, 296
 Selbst-Transzendenz 460, 461, 465
 Selbstverantwortung 290, 295, 495f
 Selbstversuche 59

- Selbstverwirklichung 237, 327, 333, 340, 343
- Selbstwert 416, 423
- Selbstwert-Pot 439
- selegierende Funktion 15
- selektive Abbilder der Realität 15
- selektive Offenheit 242, 265, 278
- self-disclosure 134, 176
- self-fulfilling prophecy 37
- Sensitivitätstraining 97
- Setting 29, 229, 282ff, 295, 357, 400
- Sharing 163, 170
- simulierte Familie 428
- Sinn 467, 469, 491f, 494, 511, 513, 518
- skillful frustration 276
- Skulptur 419, 429f
- social death 138
- sozial bedingte Störungen 27
- soziale Beziehungen 325
- soziale Einbezogenheit 21
- soziale Lernvorgänge 380
- soziale Systeme 24
- soziales Atom 132, 138, 157, 160
- Sozialisation 140, 142f, 146, 154
- Sozialisationstheorie 146
- Sozialismus 136
- Sozialität 132
- sozialrelevante Störungen 27
- Sozialtherapie 369f
- Soziodrama 136
- soziodramatische Rollen 141, 147
- Soziometrie 115, 134, 136
- Soziotherapie 180, 289
- Spannungsfeld 418
- Spiegel 147
- Spiele 117
- Spontaneität 123, 132f, 145, 152, 156
- Spontaneitätsdiffusion 156
- Spontaneitätslähmung 156
- Spontaneitätsstau 156
- Spontaneitätstheorie 139
- Sprache 15, 227, 247
- sprachliche Repräsentationsformen 425
- Stegreiftheater 115, 118, 141, 158
- Stimulieren 276
- Störung 155, 157, 265, 280, 284, 360
- Strafvollzug 180, 181
- Streß 559
- struktureller Ansatz 394
- strukturiertes Interview 434
- Strukturzusammenhang 95, 97
- Störungsformen 27
- Störvariable (bias) 59f, 63, 65f, 104
- Subjekt-Objekt-Spaltung 548
- subjektives Wissen 86
- Subsystem 394
- Sucht 579
- Support 274, 290
- Surplusreality 122, 131
- Symbolisierung 85, 87
- Symptom als Signal 423
- Symptomträger 423
- Synanonprinzip 75
- Synergie 57
- System 390, 416
- Systemberatung 444
- Systemhierarchie 390
- Systemisch-ökologische Neuorientierung 390
- systemisches Denken 389
- Systemregel 441
- Systemtheorie 390
- Szenen 158, 159
- Tanztherapie 541
- Taoismus 218, 220f
- Tarnkappenexistenz 60, 64
- teilnehmende Beobachtung 69, 104
- Tele 144f, 174f
- tetradisches System 164, 166f, 271
- tetradisches Vorgehen 293
- Theater 113, 129
- Theatrotherapie 113, 119
- Theorien der Meditation 524
- Theorie der sozialen Netzwerke 389
- Therapeutenäußerung 352
- Therapeutenverhalten 309
- therapeutisches Feld 18, 25
- therapeutisches Theater 114, 119f, 159, 233f, 290
- therapeutische Beziehung 173f, 277f, 296, 317, 372, 493f
- therapeutische Gemeinschaften 177
- Therapeutokratie 135
- Therapieforschung 32
- Therapie-theorie 17
- tiefenpsychologisch fundierte Psychodramaforschung 125f
- Tiefung, therapeutische 228, 273ff, 282
- Tradition 39

Tragische Trias 468
 Transparenz 539
 Transparenz zur Transzendenz 566
 Transzendente Meditation 583
 Traumarbeit 275, 293
 Traumatisierung 265, 285
 Triade 409
 triadisches Psychodrama 126
 Trieb 225, 226, 230, 244, 277
 Triebtheorie 226
 Trotzmacht des Geistes 466, 467, 483, 487, 517
 Übereinstimmungsvalidierung 90
 Über-Ich 123
 Übersummativität 149
 Übertragung 95, 121, 122-124, 145, 147, 174, 175, 229, 266, 276, 277, 279f, 296, 356, 425
 Übertragungsbeziehung 228, 230, 232
 Übertragungsneurose 175
 Umdeuten 440
 unbewußter Konflikt 392
 Unbewußtes 12, 123, 143
 Universalien 129
 unmittelbares Behalten 53
 Upakkilesa 564
 Ursprungsfamilie 433
 Valenz 84
 Vaterinstanz 175
 Veränderbarkeit des Menschen 17
 Verantwortung 219, 228, 232, 243, 247, 268
 Verbalisierung emotionaler Erlebnishalte 352
 verborgene metaphysische Prämissen 12
 Verdrängung 227
 Vergänglichkeitsbewältigung 474, 475
 Verhalten 337
 Verhaltensmodifiziertes Rollenspiel 120f
 Verhaltenstraining 177
 Verschreibung 400
 Verstärken 276
 verstehende Psychologie 47, 91-94, 98
 Versuchsleitereinfluß 61
 vitale Evidenz 169, 272
 Vorhersage 63, 107f
 Vorschulpädagogik 182
 Vorverständnis vom Menschen 22
 Wachstum 368, 414, 547
 Wachstumsmodell 442
 Wahrnehmung, ganzheitliche 424
 warm-up 144, 166
 Weltbild 21
 Welttheater 129, 159
 Wertaussagen 14
 Wertkategorien 504
 Wertschätzung 98
 Wertsetzung 15
 Widerstand 121, 123, 166, 175, 237, 278, 281f, 393, 423, 574
 Wille zum Sinn 451, 468, 472f, 483, 487, 518
 Wirkungsnetz 390
 Wissenschaftsgeschichte 38
 Wissenschaftstheorie 10, 11, 12
 Yoga 530
 Zeit 130
 Zeitliste 434
 Zen 218, 220f, 241
 Zentrierung 440
 Ziele der Therapie 26, 229, 259
 Zielfreier Weg 578
 Zielfunktionen 14
 zirkuläre Befragung 399, 434
 zirkuläres Therapiemodell 387
 Zugangsweisen 48f, 57, 425
 Zulassen 544
 Zwangsneurosen 178
 zwischenmenschliche Beziehungen 365