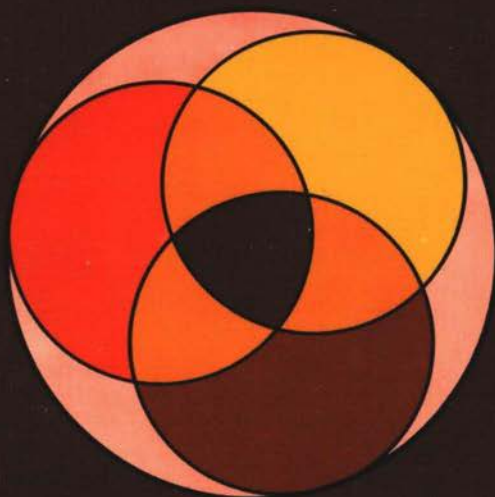


Hilarion Petzold (Hrsg.)

Methodenintegration in der Psychotherapie



Vergleichende Psychotherapie
Junfermann Verlag · Paderborn





Zu diesem Buch: Überlegungen zur Methodenintegration in der Psychotherapie sind längst überfällig. Die kaum noch überschaubare Vielfalt psychotherapeutischer Methoden wirft Fragen nach Gemeinsamkeiten und Divergenzen, neuen Kombinationsmöglichkeiten, Unvereinbarkeiten sowie nach spezifischen Indikationen auf.

Hier wird ein erster Versuch unternommen, sich mit den Problemen der Methodenintegration zu befassen, wobei theoretische und praxeologische Fragestellungen zum Ausgangspunkt genommen werden und die Positionen verschiedener Psychotherapieschulen deutlich werden.

Mitarbeiter: E. Herzog, Zürich; B. Fittkau, Hamburg; R. Bastine, Heidelberg; H. Petzold, Düsseldorf; W. Salber, Köln; D. Wyss, Würzburg; G. Ammon, Berlin; E. H. Witte, Hamburg; F. C. Thorne, New York; U. Derbolowsky, Homburg; W. Dittmar, Freiburg; P. Petersen, Hannover; O. Lockowandt, Bielefeld u. a.

Zum Herausgeber: Hilarion G. Petzold lehrt als Professor in Paris und Amsterdam. Studium der Philosophie und der Psychologie (Dr. phil. Paris 1971), der Theologie (Dr. theol. Paris 1968), der Medizin, Soziologie und Erziehungswissenschaften in Düsseldorf und Frankfurt (Dr. phil. 1979).

Nach eigener Psychoanalyse erlernte er Psychodrama bei J. L. Moreno, Gestalttherapie bei F. S. Perls, Therapeutisches Theater bei V. N. Iljine. Er spezialisiert sich in Verfahren der Leib- und Bewegungstherapie, Dramatischen Therapie und Humanistischen Psychologie. Interessenschwerpunkte: Vergleichende Psychotherapie, Methodenintegration, Psychotherapie mit alten Menschen und Suchtkranken. Er führte die Begriffe „Integrative Therapie“ und „Integrative Pädagogik“ in die Literatur ein (1965, 1970) und gründete 1972 das „Fritz Perls Institut für Integrative Therapie“

HILARION PETZOLD (Hrsg.)

Methodenintegration in der Psychotherapie

Reihe

VERGLEICHENDE PSYCHOTHERAPIE

Band 5

Herausgegeben von

Prof. Dr. Dr. HILARION PETZOLD, Düsseldorf
(Verfahren humanistischer Therapie)

in Verbindung mit

Prof. Dr. phil. KLAUS GRAWE, Bern
(Verhaltenstherapie)

Prof. Dr. med. ECKARD WIESENHÜTTER, Salzburg
(Psychoanalyse)

- Band 1: H. Petzold, E. Bubolz, Psychotherapie mit alten Menschen
- Band 2: H. Petzold (Hrsg.), Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung
- Band 3: H. Petzold (Hrsg.), Widerstand — Ein strittiges Konzept in der Psychotherapie
- Band 4: Chr. Schneider, Familientherapie in der Sicht psychotherapeutischer Schulen
- Band 5: H. Petzold (Hrsg.), Methodenintegration in der Psychotherapie



JUNFERMANN-VERLAG · PADERBORN

1982

HILARION PETZOLD (Hrsg.)

Methodenintegration in der Psychotherapie



JUNFERMANN-VERLAG · PADERBORN

1982

Widmung

*Ludwig Pongratz als einem der ersten Verfechter
schulenübergreifenden Denkens in der Psychotherapie gewidmet.*

CIP-Kurztitelaufnahme der Deutschen Bibliothek

Methodenintegration in der Psychotherapy /

Hilarion Petzold (Hrsg.).

Paderborn: Junfermann, 1982.

(Reihe: Vergleichende Psychotherapie; Bd. 5)

ISBN 3-87387-196-3

NE: Petzold, Hilarion [Hrsg.]; GT

© Junfermannsche Verlagsbuchhandlung, Paderborn 1982

Lektorat: Christoph Schmidt

Einband-Gestaltung: Hilarion Petzold

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.

ISSN 0720-0560

ISBN 3-87387-196-3

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort, <i>Ludwig J. Pongratz</i>	7
Die wissenschaftstheoretische Problematik der Integration psychotherapeutischer Methoden, <i>Walter Herzog</i>	9
Theoretische Aspekte der Methodenintegration in der Psychotherapie, <i>Wolfgang Dittmer</i>	31
Ein ganzheitliches Menschenbild als Kern einer integrativen Therapie, <i>Bernd Fietkau</i>	47
Zur Integration psychotherapeutischer Maßnahmen auf der Basis sozialpsychologischer Konzepte, <i>Erich H. Witte</i>	59
X Modelle und Konzepte zu integrativen Ansätzen der Therapie, <i>Hilarion Petzold</i>	83
Schulenübergreifende Perspektiven in der Psychotherapie, <i>A. Linsenhoff, R. Bastine, D. Kommer</i>	113
Eklektische Psychotherapie, <i>Frederick Thorne</i>	135
Anthropologisch-integrative Psychotherapie-Neurosenkonzeption und Krankheitsbegriff, <i>K.-E. Bühler, D. Wyss</i>	161
Politik des runden Tisches und Grundstruktur integrativer Therapie, <i>Peter Petersen</i>	177
Methodenintegration — Möglichkeiten und Gefahren aus der Sicht der Psychoanalyse, <i>Günter Ammon, Dörte Griepenstroh</i>	223
Methodenintegration — insbesondere in der Psychotherapie, <i>Udo Derbolowsky</i>	245

Paradoxien von Behandlung, <i>Wilhelm Salber</i>	263
Integrative Dramatherapie — Überlegungen und Konzepte zu einem integrativen Ansatz erlebnisaktivierender Therapie, <i>Hilarion Petzold</i>	285
Zum Methodenproblem der „humanistischen Psychologie“, <i>Oskar Lockowandt</i>	303
Mitarbeiterverzeichnis	323

Vorwort

In den USA soll es an die zehntausend verschiedene „Therapieformen“ geben, die in Einzelbehandlungen, in Gruppen und Massenveranstaltungen praktiziert werden. Mit solchen Rekordzahlen können wir hierzulande nicht aufwarten. Aber der therapeutischen Angebote sind genug, um zu fragen, ob sich jedes einzelne als eigenständig und notwendig ausweisen könne, ob sich nicht wenigstens ein Teil der vielen unter einem gemeinsamen Bezug integrieren lasse.

Ist vielleicht, so frage ich mit einigen Autoren dieses Bandes, die Ganzheit des Menschen ein solches Integrans? Wer von der Ganzheit spricht, muß hinzufügen, daß sie im Sinne von William Stern als *unitas multiplex*, als vielgestaltige Einheit zu verstehen ist, von der die verschiedenen Therapien nur einen mehr oder weniger reichen Aspekt ins Blickfeld bekommen, diesen durch theoretische Sätze begründen, gegen andere Sichtweisen meist polemisch abgrenzen und nicht selten zum alleingültigen dogmatisieren. So kommt es, daß sich Schulen bilden, die einander bekämpfen. Das ist ein immer wiederkehrender Prozeß in der Wissenschaftsgeschichte. Er hat den Vorteil, daß die einzelnen Ansätze unter dem Druck von Angriff und Verteidigung ihre Stärken und Schwächen erkennen können. Der Nachteil ist: Es wird nicht gesehen, daß von einem schulgebundenen Standort aus nur ein Ausschnitt des vielgliedrigen Ganzen Mensch ins Visier rückt.

Aus einer länger zurückliegenden Rundfunksendung ist mir ein persisches Märchen im Gedächtnis geblieben: Es wurde eine Ausstellung angekündigt, deren Attraktion ein Elefant sein sollte. Aber der Elefant war nur bei Nacht und in einem dunklen Raum zu „sehen“. Schaulustige strömten zahlreich herbei und versuchten den Elefanten mit der Hand zu begreifen. Aber jeder konnte nur einen Teil des gewaltigen Tieres betasten. So kam es, daß der eine Besucher, der ein Bein zu fassen bekam, den Elefanten als eine Säule beschrieb, ein anderer, der an die Stoßzähne rührte, als einen spitzen Gegenstand. Wieder ein anderer, der das Ohr anfaßte, erklärte, das Ausstellungsstück sei ein Fächer, und so fort.

Ich weiß nicht, ob sich die Wahrnehmungen der vielen Besucher jener märchenhaften Ausstellung am Ende zur Gestalt eines natürlichen Elefanten gerundet hätten. Aber das Märchen verbildlicht treffend die Idee der Aspektivität und Komplementarität unterschiedlicher Anschauungen und Lehren vom Menschen und seiner Heilung, das heißt: Therapieformen sind Teilansichten der gemeinsamen Sache der Psychotherapie, die einander ergänzen. Das bedeutet Verzicht auf Monopolansprüche. Freilich: Welche Aspekte letztlich gültig sind, welche therapeutischen Wege wirklich weiterführen, auf welcher anthropologischen, theoretischen, methodologischen Ebene sie sich treffen können — das ist die Kardinalfrage des Themas „Methodenintegration“. Die Autoren dieses Buches zeichnen das von mir nur angeschnittene aktuelle Problem schärfer. Sie weisen in Richtungen, die zu dessen Lösung Wesentliches anzeigen.

Ludwig J. Pongratz

Die wissenschaftstheoretische Problematik der Integration psychotherapeutischer Methoden

Walter Herzog, Zürich

Lange Zeit war das wissenschaftliche Selbstverständnis der Psychologie durch die unmittelbaren Vorbilder der Physiologie und der Physik geprägt. Noch heute wird das Programm einer physikorientierten Psychologie vertreten, am deutlichsten im „radikalen Behaviorismus“ (z. B. Skinner 1976). Doch die direkten Anleihen bei der Physik sind im Verlaufe der Geschichte der Psychologie etwas rarer geworden. Mit der Geburt der *Wissenschaftstheorie* zu Beginn dieses Jahrhunderts hat ein attraktiveres Idol die Stelle der Physik eingenommen. Im Verhalten der Psychologie allerdings hat sich nichts geändert: Waren es früher die Botschaften der Physik, so sind es heute die Worte der Wissenschaftstheorie, die als Edikte gelten, an die man sein Handeln als wissenschaftsbewußter Psychologe zu orientieren hat.

Seit den ersten Stunden der Wissenschaftstheorie gibt es die verschiedensten Versuche, die Psychologie deren Appellen gemäß zu reformulieren. Frühe Arbeiten haben Stevens und Brunswik vorgelegt. Sie wollten die Psychologie im Jungbrunnen des *logischen Empirismus* erneuern. Nach dem Niedergang des logischen Empirismus wechselten die Psychologen ihr wissenschaftstheoretisches Gewand und wurden kritische Rationalisten (z. B. Perrez 1972) oder analytische Wissenschaftstheoretiker (z. B. Westmeyer 1973). Als dann auch der Thron Poppers ins Wanken geriet, erlebte die Psychologie eine Inflation an *Kuhn'schen Paradigmen* (z. B. Palermo 1971; Groeben & Scheele 1977) oder Konversionen zur *konstruktivistischen Wissenschaftstheorie* (z. B. Werbik 1974). Und seit *Feyerabend* mit viel Sinn für Public Relations die Wissenschaft als Anarcho-Dadaismus verkauft, könnte man glauben, die Psychologie sei das beste Beispiel zur Illustration seiner Thesen (z. B. Kessel 1969, S. 1003).

Das Sich-Kuscheln an die Physik genauso wie die Suche nach der Nestwärme der Wissenschaftstheorie zeugen von einem gering entwickelten Selbstbewußtsein der Psychologie. Nicht nur das, die Bindung an die Wissenschaftstheorie ist in ihren Konsequenzen *irrational*. Denn die Beziehung Psychologie/Wissenschaftstheorie ist asymmetrisch. Es gibt praktisch keine wissenschaftstheoretischen Analysen der

Psychologie. Die Wissenschaftstheorie hat sich seit ihren Anfängen als Reflexion auf die Naturwissenschaften, insbesondere die Physik, institutionalisiert. Der Wissenschaftsbegriff wird der Psychologie in einer Form vorgelegt, wie er von der Physik abstrahiert worden ist. Die Wissenschaftstheoriegläubigkeit der Psychologie wird auf diese Weise zu einer *impliziten Physikgläubigkeit*. Die Anlehnung an die Wissenschaftstheorie bringt weder formal noch inhaltlich eine Änderung im Verhalten der Psychologie: Die Physik ist nach wie vor das (geheime) Vorbild der Psychologie. Mit dem Glauben an die Wissenschaftstheorie hält die Psychologie ihre alte Bindung an die Physik aufrecht.

Geht man davon aus, daß die Psychologie ihre eigenen Probleme hat, die nicht mit denen der Physik identisch sind, so muß das traditionelle Muster der wissenschaftstheoretischen Auseinandersetzung in der Psychologie als gestört bezeichnet werden. Die Psychologie geht nicht von den Besonderheiten ihres Gegenstandes aus, um eine *autochthone* psychologische Wissenschaftstheorie zu entwickeln, sondern sie überantwortet sich einer externen Instanz, deren Kompetenz in psychologischen Dingen mehr als fraglich ist. Nicht nur reproduziert sie damit indirekt ihre Abhängigkeit von der Physik, sondern ebenso unterwirft sie sich den Marschordern der *Philosophie*, denn die Physiognomie der modernen Philosophie ist markant von den Zügen der Wissenschaftstheorie geprägt. Was aber ist von einer Psychologie zu halten, die sich im 20. Jahrhundert an eine Philosophie bindet, von der sie sich im 19. Jahrhundert mit allen Kräften lossagte?

Auf dem Wege zu einer psychologischen Wissenschaftstheorie

Es scheint, als sei die Psychologie in letzter Zeit etwas *selbstreflexiver* geworden. Im Verhältnis Psychologie/Wissenschaftstheorie beginnt sich ein gewisser Wandel abzuzeichnen. So meint etwa *Silverman*: „... wir sollten uns bewußt sein, daß eine Wissenschaft sinnvollerweise nicht dadurch errichtet werden kann, daß wir extern auferlegte Vorschriften für ihre Verfahren und Probleme akzeptieren“ (*Silverman* 1971, S. 584). *Wolman* verweist auf die problematischen Konsequenzen, die eine Anlehnung an die physikorientierte Wissenschaftstheorie mit sich bringt, und schließt daraus: „Eine Analyse der in der Physik verankerten Probleme ... löst die methodologischen Probleme der Psychologie nicht. Die Psychologie hat ihre eigenen erkenntnistheoretischen Probleme (problems related to the observer-versus-observed paradigm), und eine in der Psychologie verankerte Wissenschaftstheorie hat diese zu studieren. ... Verhaltenswissenschaftler ha-

ben keine andere Wahl, als ihre eigene Wissenschaftstheorie zu entwickeln, die auf ihre spezifischen Forschungsbedürfnisse und Probleme bezogen ist“ (Wolman 1971, S. 882f., 884). Ähnlich glaubt Royce, die Zeit sei reif, „... um die bewußte Artikulation einer einheimischeren Philosophie der Psychologie zumindest zu initiieren“ (Royce 1976, S. 49).

Nicht wenig zu dieser Entwicklung beigetragen hat die Wissenschaftstheorie selbst. Die „new philosophy of science“ (Shapere) hat einige alteingesessene Ideen über das Wissenschaftstreiben außer Kurs gesetzt. Bei Hanson, Kuhn, Toulmin, Polanyi, Feyerabend und anderen wird in einer „pragmatischen Wende“¹⁾ die Wissenschaft nicht bloß als Aussagensystem, sondern ebenso als *Handlung* und *Institution* gesehen. In der Wissenschaft gibt es viele nicht-artikulierten Dinge: es gibt Sozialisationsprozesse, Traditionen, unhinterfragte Annahmen, Modelle, Problemlösemuster und normative Bindungen; es gibt Rhetoriker, Politiker, Scharlatane, Genies, Päpste und Gläubige. Die „normale Wissenschaft“ (Kuhn 1976) ist ein weniger dramatisches Geschehen als es das Bild der permanenten und unerbittlichen Abfolge von „Mutmaßungen und Widerlegungen“ („conjectures and refutations“) suggeriert, das Popper (1969) in die Welt gesetzt hat. Die Wissenschaft ist eine „Lebensform“ (Wittgenstein), in der es durchaus menschlich zugeht und Revolutionen eher selten auf der Tagesordnung stehen.

Mit der pragmatischen Umorientierung der Wissenschaftstheorie verliert das traditionelle Verhalten der Psychologie einiges an Plausibilität. Sieht man sich ein neueres Beispiel für die Auseinandersetzung von Psychologen mit der Wissenschaftstheorie an, so zeigt sich dies deutlich. Groeben und Westmeyer suchen in ihrer Arbeit nach „Kriterien psychologischer Forschung“ und erwarten von der Wissenschaftstheorie, „... daß sie die Anforderungen aufstellt und begründet, die eine allgemeine Methodologie der jeweiligen Wissenschaft ... zu erfüllen hat“ (Groeben & Westmeyer 1975, S. 26). Nach einem tour d'horizon durch die moderne Wissenschaftstheorie kommen sie 200 Seiten später zu der Einsicht, daß ihre anfänglichen Hoffnungen auf keinen Fall erfüllt werden: „... das Ziel, Wissenschaftskriterien als Normen für die Generierung von Methoden ... zu gewinnen, ist ... zum augenblicklichen Zeitpunkt nicht erreichbar“ (Groeben & Westmeyer 1975, S. 226).

Sollte sich das Verhältnis Psychologie/Wissenschaftstheorie in der eben skizzierten Richtung weiterentwickeln, so ist davon jedenfalls für

¹⁾ „Pragmatisch“ im Sinne der Semiotik verstanden (vgl. Groeben & Westmeyer 1975, S. 26ff).

die Psychologie, nur Gutes zu erwarten. Die Über-Ich-Funktion der Wissenschaftstheorie würde allmählich absterben. An deren Stelle tritt eine autochthone Wissenschaftstheorie der Psychologie. Die Physik sowohl wie die Philosophie verlieren ihren Status als angstausslösende Wissenschaftsimagines. Die Psychologie gewinnt die innere Freiheit, sich ihre Identität selbst zu erarbeiten. Sie wird unabhängiger, selbstbewußter und selbstreflexiver.

Wie eine autochthone Wissenschaftstheorie der Psychologie auszu- sehen hat, läßt sich in wenigen Worten nur schwer sagen. Ein Element allerdings sei hier zur Diskussion gestellt: Die anthropologische Ebene, die jeder Psychologie zugrunde liegt und daher von jeder psychologi- schen Wissenschaftstheorie in Rechnung zu stellen ist. Die Sprache, in der wir über Psychisches sprechen, die Theorien, in denen wir Psychi- sches erklären, und die Methoden, mittels derer wir Psychisches erfors- chen, sind auf *Modelle des Menschen* bezogen, die unser Verhalten als Psychologen steuern (vgl. *Walter Herzog* 1980).

Modelle haben verschiedene Funktionen. Bei Wirklichkeitsfeldern, deren Struktur *bekannt* ist, sollen Modelle *repräsentieren* und *selegie- ren*. Sie bilden Realitäten ab, normalerweise unter einer bestimmten Perspektive. Diese selegierende Perspektive steht unter Kriterien der *Nützlichkeit*. So ist es beispielsweise nützlich, in einer Straßenkarte zwischen verschiedenen Kategorien von Straßen zu unterscheiden, während dies in einer Klimakarte nicht von Bedeutung ist. Wenn die Wirklichkeit, die zur Sprache steht, *nicht bekannt* ist, so haben Model- le eine *heuristische* Funktion, d. h. sie strukturieren eine unbekannte oder neuartige Erfahrung unter der Perspektive einer bereits bekannten Realität. So wurde beispielsweise im 19. Jahrhundert versucht, die neu entdeckte Elektrizität mit Hilfe mechanischer Denkmodelle zu verste- hen. Zur heuristischen Funktion von Modellen gehört auch, daß sie *längst bekannte* Phänomene in einem *neuen Licht* erscheinen lassen. Modelle helfen uns, der Realtät neue Aspekte abzugewinnen, neue Be- ziehungen zu sehen.

Als Heuristiken fungieren nicht selten *Analogien*. Eine Wirklichkeit wird so angeschaut, als sei sie gemäß den Strukturen einer anderen Wirklichkeit beschaffen. So wird beispielsweise der Mensch gesehen, als ob er eine *Maschine* wäre. Die Maschinenmetapher ist das wohl weitverbreitetste Analogiemodell in der Psychologie. Es findet sich in der klassischen Assoziations- und Bewußtseinspsychologie, im Beha- viorismus, in der Psychoanalyse, aber auch in der kognitiven Psycho- logie, wo der *Computer* als Modell des Menschen verwendet wird: „Die Aufgabe eines Psychologen, der die menschliche Kognition verste- hen will, ist analog derjenigen eines Menschen, der entdecken will,

wie ein Computer programmiert ist“ (Neisser 1974, S. 22). Der Computer ist lediglich das neueste Exemplar in einer langen Reihe von technischen Apparaten und Maschinen, die als Modelle des psychischen Funktionierens verwendet werden. Die Geschichte der mechanistischen Modellanalogien läßt sich parallel zur Geschichte der Maschinenteknologie schreiben. Die Menschenmodelle ändern sich, wie sich die Maschinen ändern, die der Mensch baut (vgl. *Chapanis* 1961, S. 113)

Das mechanistische Denken als Beispiel eines psychologischen Analogie-Modells kann eine weitere Funktion von Modellen veranschaulichen, die besonders in der Psychologie bedeutsam ist, nämlich die *Konstituierung* von Wirklichkeit. Die heuristische Funktion von Modellen geht im Bereich der Psychologie fast unmerklich über in die konstituierende Funktion. Der Grund dafür liegt in der unbekanntem Natur der psychischen Wirklichkeit. Weil die Beschaffenheit des psychischen Gegenstandes sowohl unklar wie kontrovers ist, haben die in der Psychologie verwendeten Modelle vorwiegend die Funktion, die psychische Wirklichkeit überhaupt erst einmal konzeptuell abzustecken. 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.

Es sollte nicht der Eindruck erweckt werden, als würde die Psychologie ausschließlich mit Als-ob-Modellen arbeiten und über abstraktive Modelle nicht verfügen. Es ist das besondere Verdienst der *phänomenologischen Psychologie*, immer wieder zu versuchen, der Psychologie ein „einheimisches“ Menschenmodell zu unterlegen. Trotzdem ist die phänomenologische Psychologie nach wie vor eher eine „Orientierung“ (ein „approach“) denn eine Theorie (vgl. *MacLeod* 1970; *Graumann & Métraux* 1977), und darin dürfte auch der Grund liegen für ihre geringe forschungspraktische Bedeutung. Deshalb ist wohl noch einige Zeit damit zu rechnen, daß importierte Menschenmodelle (Als-ob-Modelle, Analogie-Modelle) die wichtigste Sorte von Modellen bleiben werden, die in der Psychologie Verwendung finden.

Wissenschaftstheoretisch von besonderem Interesse ist der *nicht-empirische* Charakter von Modellen. Modelle sind „Stipulationen“ (*Israel* 1972) oder „Präskriptionen“ (*Watson* 1967), die das anthropologische Feld abstecken und die Grenzen festlegen, innerhalb derer die theoretische und empirische Kleinarbeit in Angriff genommen werden kann. Die Adäquatheit von Modellen läßt sich daher nicht nach Kriterien der *Wahrheit* bemessen. Modelle können weder wahr noch falsch sein. Vielmehr werden sie gemäß ihrer *Nützlichkeit* beurteilt (*Chapanis*

1961; Lachman 1960; Reese & Overton 1970). Arbeiten wir beispielsweise mit der Computer-Metapher, so wäre es offensichtlich absurd zu behaupten, der Mensch funktioniere *wie* ein Computer. Sinnvoll läßt sich nur sagen, empirische Daten seien mit einer theoretischen Formulierung kompatibel, die den Menschen so versteht, *als ob* er ein Computer wäre. Daten können als erfolgreiche Illustratoren eines Menschenmodells fungieren. Das Modell selbst können sie weder bestätigen noch widerlegen.

Mit dieser Diskussion der Funktion von Menschenmodellen sollte gezeigt werden, daß eine Wissenschaftstheorie der Psychologie *spezifische* Probleme zu lösen hat, die sich nicht über den nivellierenden Leisten der szientistischen Wissenschaftstheorie schlagen lassen. Insbesondere die konstituierende Funktion von Menschenmodellen und die analogisierende Zugangsweise zur psychischen Wirklichkeit erfordern die Begründung besonderer Kriterien zur Beurteilung der Wissenschaftlichkeit psychologischer Erkenntnisse. Das heißt nicht, daß die Ergebnisse der traditionellen Wissenschaftstheorie für die Psychologie unbrauchbar sind, jedoch hat deren Relevanz für eine Analyse der Psychologie in jedem Fall sehr genau untersucht zu werden. Was die Psychologie braucht, ist eine autochthone Wissenschaftstheorie, die ihren spezifischen Problemen gerecht werden kann.

Ein Minimalmodell des psychotherapeutischen Feldes

Wenn wir uns nun der Frage nach den wissenschaftstheoretischen Problemen der Integration psychotherapeutischer²⁾ Methoden zuwenden, so geschieht dies auf dem Hintergrund sowohl des kritisierten Verhältnisses Psychologie/Wissenschaftstheorie als auch des Fehlens einer ausgearbeiteten psychologischen Wissenschaftstheorie. Es läßt sich wohl mit einigem Recht von einem Konsens über einen minimalen Begriff von Wissenschaftlichkeit als *methodisch abgesichertes* (und das heißt letztlich: *intersubjektiv nachvollziehbares*) Wissen ausgehen. Eine wissenschaftstheoretische Analyse von Psychotherapien kann sich daher zum Ziel setzen, die *Wissensstruktur* des therapeutischen Feldes aufzuhellen. Genau dies wollen wir im folgenden versuchen. Um uns die Aufgabe etwas zu erleichtern, sollen zunächst einige ebenfalls minimale Elemente der psychotherapeutischen Situation zusammengetragen werden.

²⁾ Die Begriffe „Psychotherapie“ und „Therapie“ werden im folgenden synonym und in einem umfassenden Sinn gebraucht. Eingeschlossen sind verhaltenstherapeutische, körpertherapeutische, „nootherapeutische“ (Petzold), kommunikationstherapeutische etc. Verfahren.

Ein *erstes* Grundelement des therapeutischen Feldes ist dessen *interaktive Natur*. Psychotherapien sind spezifische Formen sozialer Interaktion (vgl. *Haley 1978*). Ganz unabhängig davon, wem die aktivere Rolle im therapeutischen Prozeß zugeschrieben wird, dem Therapeuten oder dem Klienten, ist die Psychotherapie eine *soziale* Situation mit allen Konsequenzen, die sich daraus für die Theoriebildung ergeben. So hat eine adäquate Therapietheorie eine Theorie von Menschen zu sein, d. h. sie darf nicht aus einem Modell *des* Menschen entwickelt werden, sondern sie hat Menschen *im Plural* vorauszusetzen. Wenige sozialpsychologische Theorien genügen dieser Forderung, da sie zu meist auf einer monadologischen Konzeption des Menschen gebaut sind (vgl. *Moscovici 1972*), einen „homo clausus“ (*Elias 1971*) unterstellen. Trotzdem gibt es einige bedeutsame Versuche, das psychotherapeutische Geschehen mittels sozialpsychologischer Interaktionstheorien zu erhellen. Fragen der Macht (z. B. *Keupp & Bergold 1972*), der verbalen und nonverbalen Kommunikation (z. B. *Watzlawick, Beavin & Jackson 1972; Schefflen 1976*), der Erwartungshaltungen (z. B. *Goldstein 1962*), der attributiven Urteile (z. B. *Valins & Nisbett 1972*), der Krankheit als institutionellem Etikettierungsprodukt (z. B. *Scheff 1973*) etc. werden mit Hilfe sozialpsychologischen Wissens zu beantworten versucht.

Die Psychotherapien selbst haben im allgemeinen ein gering entwickeltes Bewußtsein vom interaktiven Charakter ihrer Praxis. Das gilt selbst für bestimmte Gruppentherapien. So ist beispielsweise die *Gestalttherapie* hinsichtlich der Reflexion auf Gruppenprozesse erstaunlich abstinent. Auch wenn sich *Perls* dessen bewußt war und er die Gestalttherapie als „eine Art Einzeltherapie in der Gruppe“ (zit. nach *Petzold 1974*, S. 293) bezeichnet hat, so mutet es doch erstaunlich an, die Psychotherapie im Kontext einer Gruppe anzusiedeln, das interaktive Geschehen selbst aber nicht zum Thema der therapeutischen Arbeit zu machen. Analog sind bestimmte Formen der *Körpertherapie* zu kritisieren, die ebenfalls individuelle Therapie in der Gruppe favorisieren, eine Analyse der Gruppenprozesse aber nicht vornehmen (vgl. *Schützenberger & Geffroy 1979*, S. 218).

Die Vernachlässigung des interaktiven Faktors findet ihre Erklärung wohl weitgehend im eingeleisigen Verständnis des psychotherapeutischen Wirkungsgefüges: Therapie wird gesehen als vom Therapeuten initiierte Veränderung des Klienten. Die Situation ist vergleichbar dem *pädagogischen Handlungsfeld*: Auch die Pädagogik hat ein gering entwickeltes Bewußtsein vom im echten Sinne interaktiven Geschehen des Erziehungsprozesses. Und auch die Pädagogik neigt dazu, den Erzieher zu überbewerten und die Erziehung als einen eingeleisigen, monokausa-

len Prozeß zu verstehen. Die Pädagogik ist eine *Handlungswissenschaft*, d. h. eine „Theorie für die Praxis“, und das gilt fraglos auch für die Psychotherapie. Darin ist ein *zweites* Grundelement des therapeutischen Feldes zu sehen. Psychotherapien haben praxeologisches Wissen bereitzustellen, um dem einen Partner im Therapiefeld, dem Psychotherapeuten, bei seiner Aufgabe behilflich zu sein. In der Konsequenz der praxeologischen Orientierung geht der aktive Beitrag des anderen Partners, des Klienten, leicht vergessen, und die Inter-Aktionsstruktur des therapeutischen Geschehens reduziert sich auf eine reine Handlungsstruktur. Wir werden im folgenden Abschnitt auf die handlungswissenschaftliche Dimension des psychotherapeutischen Feldes ausführlicher eingehen.

Ein *drittes* Grundelement jeder Psychotherapie ist die Annahme der *Veränderbarkeit des Menschen*. Das therapeutische Handeln wäre sinnlos, wenn es nicht vom Glauben an die Modifizierbarkeit des Menschen getragen wäre. Therapeutische Schulen können sich nicht darin unterscheiden, daß sie von dieser Voraussetzung ausgehen. Lediglich im *Wie* der Veränderbarkeit sind Differenzen identifizierbar. Dieses *Wie* ist als *Modellimplikation* zu sehen. Ein *organismisches* Menschenmodell wird die „innere“ Regenerationsfähigkeit des Menschen betonen und dementsprechend von einer „Potenz“ zur Persönlichkeitsintegration reden, die im Prozeß der Krankheitsgenese gestört wurde und durch die therapeutische Arbeit in ihrem Funktionieren wiederherzustellen ist. Auch wird ein organismisches Modell den Menschen als Totalität sehen und das therapeutische Bemühen von Anfang an als ein ganzheitliches Anliegen verstehen. Die psychische Störung ist nicht als isolierter Verhaltensdefekt angebar. Gestörtes *Verhalten* gibt es im Organismus-Modell nicht oder höchstens als Oberflächenphänomen („Symptom“), dem eine „Tiefenstruktur“ zugrundeliegt, an der die Psychotherapie anzusetzen hat. Dagegen wird ein *mechanistisches* Menschenmodell auf die möglichst exakte Isolierung des gestörten Verhaltens aus sein, das in der Therapie spezifisch anzugehen ist. Der Mensch wird als Assoziationsgefüge verstanden, sein Verhalten bildet eine Additivstruktur, die beliebig aufgebrochen und lokal korrigiert werden kann. Das psychotherapeutische Handeln hat analog der Reparatur eines defekten Maschinenteils zu geschehen. Wiederum anders wird eine Therapie auf der Basis eines *rationalen* Menschenmodells aussehen. Sie wird weniger die organismische Totalität oder die maschinelle Additivität des Menschen ansprechen, sondern an den epistemischen Strukturen des Klienten ansetzen. Die psychische Störung wird als Manifestation irrationaler kognitiver Verarbeitungsprozesse verstanden. Die therapeutische Aufgabe liegt darin, den Klienten wie-

der zur „Vernunft“ zu bringen. Das Vorbild eines optimal rational Handelnden ist im allgemeinen der Wissenschaftler. Die rationale Therapie versucht daher, den Klienten mit jenen Methoden der Problembewältigung auszustatten, wie sie von der Wissenschaft verwendet werden.³⁾

Aus diesen Überlegungen lassen sich als Korrelate der angenommenen Veränderbarkeit des Menschen festhalten, daß jede Psychotherapie eine *Theorie der Veränderung* (eine „Lerntheorie“⁴⁾), eine *Theorie der Genese psychischer Störungen* (eine „Krankheitstheorie“) und ein Modell des störungsfreien („gesunden“) *Individuums* zu formulieren hat. Die Veränderungstheorie hat als Therapietheorie, d. h. unter Einfluß des Grundelements der Interaktion, eine *soziale Lerntheorie*⁵⁾ zu sein. Dieses Kriterium allerdings erfüllt das lernpsychologische Wissen noch kaum. Wie die Sozialpsychologie ist auch die Lernpsychologie auf ein Menschenmodell gebaut, das monadologisch konzipiert ist und nicht von Menschen im Plural ausgeht. Die Aufgabe eines Modells des störungsfreien Individuums liegt darin, die Ziele des psychotherapeutischen Handelns zu formulieren. Entsprechend den unterschiedlichen Menschenmodellen, denen die verschiedenen psychotherapeutischen Schulen in ihrer Theorie und Praxis verpflichtet sind, ergeben sich unterschiedliche Modelle des „normal“ funktionierenden Individuums. Allerdings ist zu vermuten, daß auf der Ebene der Therapieziele die Differenzen der psychotherapeutischen Schulen geringer sind als beispielsweise auf der Ebene der Krankheitstheorien oder der Therapiemethoden (vgl. Toman 1978).

Von den drei minimalen Grundelementen des therapeutischen Feldes — der Interaktion, dem Handeln und der Veränderbarkeit — ist der Faktor Handeln der umfassendste, denn das therapeutische Handeln ist nicht unabhängig von den anderen beiden Faktoren, sondern hat diese optimalerweise als spezifische Wissens Elemente in Rechnung zu stellen. Daher können wir im folgenden unsere Überlegungen zur Wissensstruktur des therapeutischen Feldes auf den Handlungsfaktor eingrenzen.

3) Diese drei Menschenmodelle lassen sich relativ leicht einzelnen psychotherapeutischen Schulen zuordnen. So das organismische Modell der *Gestalttherapie* und der *Gesprächstherapie*, das mechanistische Modell der *Verhaltenstherapie* und das rationale Modell der *rational-emotiven Therapie Ellis'* und gewissen Formen der *kognitiven Therapie* (z. B. Mahoney 1977). Wir werden allerdings sehen, daß die Relation Menschenmodell/therapeutische Praxis um einiges verworrener ist als diese Zuordnungen suggerieren.

4) „Lernen“ nicht im engen Sinn der behavioristischen Lerntheorien verstanden, sondern allgemeiner, jede erfahrungsbedingte Verhaltensänderung umfassend.

5) „Soziales“ Lernen nicht im Sinne des Erwerbs interaktiver Fertigkeiten verstanden, sondern als Lernen in der sozialen Situation bzw. in der Interaktion mit anderen.

Die Wissensstruktur des psychotherapeutischen Handelns

Formal gesehen läßt sich die Wissensstruktur des therapeutischen Feldes wie in Abb. 1 darstellen.⁶⁾ Danach wird das Handeln des Psychotherapeuten geleitet von einer Hierarchie immer allgemeiner werdender Wissensebenen. Die *Praxeologie* stellt einen handlungsnahen Raster bereit, der die Arbeit des Therapeuten durch möglichst konkrete Entscheidungshilfen erleichtern soll. Solche Entscheidungshilfen

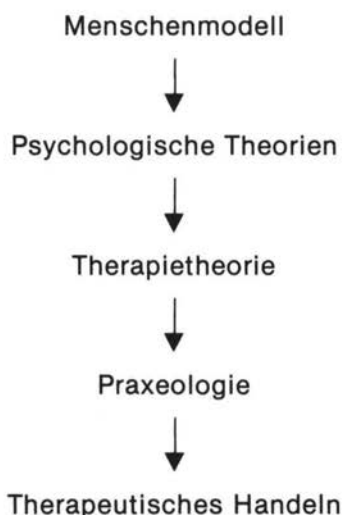


Abb. 1: Die Wissensstruktur des psychotherapeutischen Handelns

können sein: Hinweise zum Arrangement des therapeutischen „Setting“, Indikationen für spezifische therapeutische Methoden, Regeln für die Gestaltung der Therapeuten/Klient-Beziehung etc. Die *Therapietheorie* umfaßt das Wissen um die spezifischen Bedingungen, Prozesse, Wirkfaktoren etc. des therapeutischen Feldes, entweder jeder Psychotherapie oder einer spezifischen Therapieschule. Sie thematisiert 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

⁶⁾ In das Schema von Abb. 1 gehen Anregungen von Fürstenau (1977) und van Quekelberghe (1979, S. 224ff.) ein.

Therapiesituation, den Prozeß der klinischen Urteilsbildung, die Rekrutierung der Klienten, die Erfolgsquoten der Therapie etc. betrifft. 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 etwa die Genese psychischer Störungen, das Traumgeschehen, die künstlerische Kreativität etc. erklären wollen. Schließlich legen die *Menschenmodelle*, wie wir bereits diskutiert haben, den allgemeinen anthropologischen Rahmen fest, innerhalb dessen sich die anderen Wissens Ebenen entwickeln und ausgestalten können. Die *Hierarchie* der Wissens Ebenen soll zum Ausdruck bringen, daß die je höhere Ebene die Argumente zur Entwicklung der je tieferen Ebene bereitstellt.

Wissenschaftstheoretisch von besonderem Interesse ist die Frage, wie diese verschiedenen Wissens Ebenen *inhaltlich* gefüllt werden. Wie wird die therapeutische Wissensstruktur *methodisch* angefüllt? Das therapeutische Handeln steht, anders als etwa das Handeln des akademischen Forschers, unter einem unmittelbar spürbaren *Handlungsdruck*. Anders als der „reine“ Wissenschaftler ist der Psychotherapeut auf Wissen angewiesen, das für sein Handeln von direkter Relevanz ist und alle Aspekte seines Handlungsfeldes *umfassend* abdecken kann. Das aber heißt, daß die in Abb. 1 skizzierte formale Wissensstruktur des therapeutischen Feldes auf allen Ebenen in extenso inhaltlich gefüllt sein muß. Um handeln zu können, muß der Psychotherapeut Zugang zu einer Wissensstruktur haben, die keine gravierenden Lücken aufweist. Zweifellos sind die zur Zeit verfügbaren psychologischen Theorien nicht in der Lage, diesen Wissensansprüchen zu genügen. Die Erkenntnisse der wissenschaftlichen Psychologie sind noch immer zu mager, als daß sie der Komplexität des therapeutischen Handlungsfeldes gerecht werden könnten. Bereits die Überlegungen im letzten Abschnitt, die von drei minimalen Grundelementen der psychotherapeutischen Situation ausgegangen sind, haben gezeigt, daß das momentan verfügbare psychologische Wissen das therapeutische Geschehen nur beschränkt erfassen kann. Weder die Interaktions- noch die Lernstruktur des psychotherapeutischen Feldes können mittels des sozial- und lernpsychologischen Wissens adäquat erfaßt werden. Dasselbe gilt für andere Bereiche des therapeutischen Handelns. Die Folge ist, daß der Therapeut in seiner Praxis notwendigerweise auf Wissens Elemente verwiesen ist, die nicht gemäß den strengen Standards der experimen-

tellen Psychologie erarbeitet worden sind. Er muß auf *ergänzende Wissensquellen* zurückgreifen, von denen wir im folgenden einige diskutieren wollen.

(1) *Wissen aus Analogstudien*. Die Psychotherapieforschung arbeitet nicht selten mit sog. Analogstudien, d. h. der Untersuchung therapierelevanter Variablen an Stichproben „normaler“ Individuen. Dabei lassen sich die Kriterien der experimentellen Designtechnik (wie Maximierung des Einflusses der unabhängigen Variablen, Optimierung der Varianz der abhängigen Variablen, Kontrolle von Störvariablen, Minimierung des Messfehlers etc.) optimal realisieren, jedoch ist die externe Validität der Ergebnisse (für die Psychotherapiesituation) zumindest fraglich.

(2) *Kollektives Wissen*. Jede Form von Psychotherapie ist auf Wissen angewiesen, das aus der Erfahrung in der therapeutischen Situation stammt und kollektiv tradiert wird. Dieses Wissen kann durch öffentlich zugängliche Publikationen weitergegeben werden; es muß aber nicht so sein. So hat beispielsweise *Fürstenau* darauf hingewiesen, daß die psychoanalytische Therapie auf ein Wissen rekurriert, das nicht öffentlich vermittelt wird, sondern im persönlichen Erfahrungsaustausch innerhalb der psychoanalytischen Vereinigungen weitergegeben wird (*Fürstenau* 1972, 1977). Diese kollektive Form der Tradierung nicht-experimentellen Wissens dürfte auch bei anderen psychotherapeutischen Schulen gleichermaßen spielen, beispielsweise bei der Verhaltenstherapie. Verschiedentlich schon ist gezeigt worden, daß der Anspruch der Verhaltenstherapie auf experimentell gesichertes Wissen von deren Praxis nicht eingelöst wird (z. B. *Breger & McGaugh* 1965; *Gunter Herzog* 1977; *Jaeggi* 1975; *Kvale* 1978; *London* 1972). Auch der Verhaltenstherapeut ist in seinem Handeln auf Wissens Elemente verwiesen, die nicht experimentell abgesichert sind, sondern aus der therapeutischen Erfahrung stammen (vgl. *Lazarus* 1976).

(3) *Persönliches Wissen*. Jeder Psychotherapeut baut in seinem Handeln auf Wissen, das nicht kollektiv gestützt wird, sondern allein in der persönlichen Erfahrung wurzelt. Solche persönlichen Erfahrungen können erstens aus seiner eigenen „Analyse“, zweitens aus seiner therapeutischen Ausbildung, drittens aus seiner therapeutischen Arbeit („Praxis“) und viertens aus seinen alltäglichen Erfahrungen außerhalb des psychotherapeutischen Kontextes stammen.

(4) *Analogisches Wissen*. Diese Form von „Wissen“ entsteht dadurch, daß der Psychotherapeut psychologisches Wissen per Analogie auf die therapeutische Situation überträgt, ohne daß die Adäquatheit der Übertragung empirisch abgestützt wäre. So ist es etwa denkbar, daß ein Therapeut die Ergebnisse einer Analyse der pädagogischen Ur-

teilsbildung auf das therapeutische Feld überträgt und sein eigenes Verhalten analog dieser pädagogisch-psychologischen Untersuchung zu verstehen versucht. Diese Strategie der Aneignung von „Wissen“ dürfte nicht selten sein. Sie findet sich auch bei umfassenderen Versuchen der Therapiebegründung, etwa beim gestalttheoretischen Integrationsversuch von *Walter* (1977) oder in der Verhaltenstherapie. Was *Walter* anbelangt, so ist sein Versuch, das therapeutische Feld mit Hilfe der Gestaltpsychologie zu strukturieren, zunächst nicht mehr als die Bereitstellung einer *Terminologie*. Empirisch hat sich die Gestaltpsychologie vorwiegend an Wahrnehmungs- und Denkphänomenen entwickelt und in diesen Bereichen unbestreitbar die Fruchtbarkeit des Gestaltbegriffs belegen können. Darüberhinaus aber, insbesondere in den Bereichen der Persönlichkeits-, der Sozial- und der klinischen Psychologie, ist die Rede von Gestalten, Gestaltgesetzen etc. zunächst nicht mehr als eine diskutierbare Metapher. Der Psychotherapeut, der in seinem Handlungsfeld „Gestalten“ perzipiert, ist mit einer bestimmten Sichtweise ausgestattet, die ihm helfen mag, seine Wahrnehmungen zu ordnen und sein Handeln zu vereinfachen. Einen theoretischen oder empirischen Gehalt jedoch hat die Gestaltmetapher nicht. Jedenfalls enthalten Gestalt-„Gesetze“, deren Gültigkeit im Bereich des Wahrnehmens belegt ist, keinerlei *Wissen* über Bedingungen der sozialen Interaktion oder der Persönlichkeitsdynamik. Während bei einer unvollständigen geometrischen Figur relativ problemlos von einer „Tendenz zur guten Gestalt“ gesprochen werden kann, lassen sich im Falle einer sozialen Situation oder einer unvollständigen Handlung Gestaltkräfte lediglich analogisierend identifizieren. Zwar stellt die Gestaltpsychologie eine flexible Terminologie bereit; eine Terminologie macht aber noch kein *Wissen* aus.

Im Falle der Verhaltenstherapie hat *Chomsky* (1959) in einer überzeugenden Analyse gezeigt, wie bereits in *Skinner's* Arbeiten zur *Sprachpsychologie* die verhaltenstheoretischen Begriffe in lediglich analogisierender Verwendungsweise gebraucht werden. Konzepte wie „Reiz“, „Reaktion“, „Verstärkung“, „Kontrolle“ etc. verlieren ihren klaren terminologischen Gehalt, wenn sie aus dem Laboratorium herausgenommen und zum Verständnis der Alltagsrealität gebraucht werden. *Westmeyer* hat diese Kritik weitergeführt und die Meinung vertreten, daß generell eine Übertragung der Verhaltenstheorie „... auf Verhalten in natürlicher, d. h. zugleich unkontrollierter, nichtprogrammierter Umgebung ... nur per Analogieschluß möglich (ist), ohne daß die Analogierelation auf ihr Zutreffen hin überprüft werden kann“ (*Westmeyer* 1973, S. 84). *Westmeyer* (1976) ist daher der Ansicht, daß die *Verhaltenstherapie* nicht als Anwendung von *Verhaltenstheorie*

verstanden werden kann.⁷⁾ Das aber heißt nichts anderes, als daß auch die verhaltenstherapeutische Terminologie im psychotherapeutischen Feld kein *Wissen* zum Ausdruck bringt, zumindest nicht jene Form von Wissen, auf das sie sich so viel einbildet: experimentelles Wissen. Auch das verhaltenstherapeutische „Wissen“ ist in einem nicht zu unterschätzenden Ausmaß *analogisches Wissen*, gebildet aus per Analogie von Laborstudien auf die psychotherapeutische Situation übertragenen Erkenntnissen.

Das Wissen aus Analogstudien, das kollektive Wissen, das persönliche Wissen und das analogische Wissen ergänzen notwendigerweise das aus der empirischen Psychotherapieforschung gewonnene Wissen. Die unterschiedliche *Qualität* dieser verschiedenen therapeutischen Wissensquellen dürfte bereits deutlich geworden sein. Zweifellos kann das analogische „Wissen“ nicht als Wissen im Sinne von *Realitätserkenntnis* verstanden werden. Ebenso ist das Wissen der Analogstudien nur beschränkt als Erkenntnis über das psychotherapeutische Geschehen verwendbar. Als unmittelbar im Therapiefeld ansetzende Wissensquellen sind allein das persönliche und das kollektive Wissen zu bezeichnen, abgesehen selbstverständlich vom Wissen der Psychotherapieforschung.

Beide Formen des Wissens haben eine gemeinsame methodische Wurzel. Auch das kollektive Wissen liegt zunächst als persönliches Wissen vor, so daß eine Diskussion des persönlichen Wissens auch für das kollektive Wissen von Bedeutung ist. Eine Abklärung der wissenschaftstheoretischen Qualität des unmittelbar in der Therapiesituation gewonnenen Wissens ist für die Psychotherapie deshalb von besonderem Interesse, weil wohl die meisten therapeutischen Schulen diese Wissensquelle keineswegs als sekundär einschätzen. Einige sehen sogar in der persönlichen und kollektiven Erfahrung die ihrem Gegenstand *allein* adäquaten Erkenntnisfründe. Das Problem ist zu komplex, als daß es hier erschöpfend diskutiert werden könnte. Jedoch ist meines Erachtens nicht die persönliche Erfahrung des Psychotherapeuten oder das kollektive Wissen einer Therapieschule an den Maßstäben der experimentellen Erfahrung zu messen, sondern zuvor ist die Frage zu stellen, ob der experimentelle Forscher bei *seiner* Arbeit ohne den „subjektiven Faktor“ auskommen kann. Die Analyse der empirischen Methodologie zeigt, daß deren subjektive Voraussetzungen letztlich bloß nicht expliziert werden, daß aber tatsächlich eine Menge an *standardi-*

⁷⁾ Was wir hier am Beispiel *Skinner* diskutiert haben, gilt analog für andere Formen der Verhaltenstherapie und deren verhaltenstheoretische Fundierung, z. B. die Technik der Gegenkonditionierung von *Wolpe* und *Eysenck* (vgl. *Breger & McGaugh* 1965).

sierter Subjektivität in den Forschungsprozeß eingeht (vgl. Cicourel 1974; von Greiff 1976; Walter Herzog 1980). Objektivität sollte nicht als Gegenbegriff zu Subjektivität verstanden werden (vgl. Walter Herzog 1979), sondern als *kontrollierte Subjektivität*. Dann ist zu erwarten, daß auch die Subjektivität der therapeutischen Erfahrung zwar nicht leicht, aber letztlich eben doch intersubjektiv kontrollierbar ist und damit dem Kriterium der Wissenschaftlichkeit genügen kann. Der Gegensatz zwischen experimenteller und klinischer Forschung jedenfalls verliert damit einiges an Schärfe.

Dazu kommt, daß ein empiristisches Verständnis von Erfahrung zweifellos nicht (mehr) vertretbar ist. Sowohl der Experimentator wie der Kliniker sammeln *theorieimprägnierte* Daten. Ihre Erkenntnisse sind kein platter Abklatsch der Wirklichkeit. Das Gewicht der Erfahrung ist lange nicht mehr so mächtig wie noch zu Zeiten des logischen Empirismus. Jedenfalls gewinnt die Überzeugung, „... daß das Kriterium der empirischen Rechtfertigung kein hinreichender Gesichtspunkt für die Theoriebewertung ist“ (Herrmann 1976, S. 154), immer mehr an Boden.

Für die psychotherapeutische Erfahrung ergeben sich daraus einige kritische Konsequenzen. Der Therapeut, der die Wirklichkeit allein durch die Optik *einer einzigen Theorie* wahrnimmt, ist nicht in der Lage, deren Beschränkungen zu erkennen. Das Festhalten an einer einzigen Theorie *kanalisiert* den Erfahrungsprozeß und schafft dadurch Bedingungen hoher „Bestätigungsfreundlichkeit“, d. h. eine Situation, in der die Richtigkeit der Theorie leicht empirisch nachweisbar ist. Gerade weil Erfahrung nur theoriegeleitet möglich ist, kann eine einzige Theorie letztlich nicht empirisch getestet werden (vgl. Feyerabend 1976). Theorien können nur „an der Erfahrung“ geprüft werden, wenn sie mit anderen Theorien (über denselben Gegenstandsbereich) verglichen werden. Die *Theorienkonkurrenz* ist ein wesentlicher Bestandteil des empirischen Prüfungsvorgangs. Das heißt, daß der Psychotherapeutforscher, der methodologisch adäquat vorgehen will, über mehrere Theorien verfügen muß, die er in der therapeutischen Situation konkurrierend überprüft. Nur dadurch hat er die Gewähr, von der Blindheit verschont zu bleiben, die das Festhalten an einer einzigen Theorie mit sich bringen kann. Das persönliche therapeutische Wissen ist also dann in Frage zu stellen, wenn der Psychotherapeut seine Forschung auf eine einzige Theorie beschränkt. Denn dabei arbeitet er unter Bedingungen, die der Bestätigung seiner Theorie entgegenkommen; er verschafft sich Erkenntnisse, deren dogmatischer Gehalt den empirischen übersteigt.

Eine Strategie der Therapieintegration

Nach diesen Ausführungen zur Wissensstruktur des psychotherapeutischen Feldes wollen wir uns abschließend einige Überlegungen zur Frage der Therapie- und Methodenintegration machen. Auf dem Hintergrund unserer Argumentation im vorhergehenden Abschnitt liegen zwei Strategien der Integration nahe: eine Integration von „oben“ und eine Integration von „unten“. Die *Integration von „oben“* hat entlang den deduktiven Pfaden von Abb. 1 zu erfolgen. Ausgangspunkt der Integration ist die Formulierung eines Menschenmodells, das die im therapeutischen Handeln begegnende Komplexität des Menschen adäquat wiedergibt. Dabei ist idealerweise eine Abkehr von bloßen Analogie-Modellen zu wünschen und ein Menschenmodell als selegierender Repräsentation der psychischen Wirklichkeit zu entwerfen. Als Methodologie einer solchen abstraktiven Modellkonstruktion steht zur Zeit wohl allein die Phänomenologie zur Verfügung, so daß zumindest dieser erste Schritt einer Integration von „oben“ phänomenologisch zu erfolgen hätte. In den nächsten Schritten wäre, entsprechend den Ebenen von Abb. 1, jenes allgemein-psychologische, therapie-spezifische und praxeologische Wissen zu entwickeln, das mit den Postulaten des formulierten Menschenmodells vereinbar ist. In einem letzten Schritt ließen sich dann jene im breiten Spektrum der psychotherapeutischen Schulen vorfindbaren Methoden identifizieren, die den Kriterien der von „oben“ entwickelten Wissensstruktur genügen. Auf diese Weise würden jene Methoden integriert, deren Wissensstrukturen mit der deduktiv entwickelten Standard-Wissensstruktur kompatibel sind.

Der Nachteil der Integration von „oben“ liegt in einer Überbewertung der Heterogenität der Psychotherapien, wodurch möglicherweise nicht wenige integrierende Momente übersehen werden. Die Integration von „oben“ geht aus von der abstrakten Ebene der Menschenmodelle und erreicht erst nach mehreren Zwischenschritten die Ebenen der Praxeologie und des therapeutischen Handelns. Das heißt, daß dem öffentlich dokumentierten theoretischen *Selbstverständnis* einer psychotherapeutischen Schule ein stärkeres Gewicht beigemessen wird als ihrem tatsächlichen Handeln in der therapeutischen Situation. Nun verläuft bei nicht wenigen Psychotherapien der Prozeß der Theoriegenese gerade umgekehrt: Die Praxis wird nicht aus der Theorie begründet, sondern die Theorie entsteht als Reflexion auf eine bereits (mehr oder weniger) funktionierende Praxis. In der Konsequenz ist die Relation der psychotherapeutischen Theorien zur therapeutischen Praxis oftmals *unklar*. Die Theorie kann der Praxis entsprechen; es ist aber genauso gut das Gegenteil möglich, d. h. die *explizite* Theorie ist eine

inadäquate Widerspiegelung der im Handeln *implizierten* Theorie. So steht beispielsweise im Falle der Psychoanalyse der naturwissenschaftlich-mechanistisch formulierten Metapsychologie *Freuds* die hermeneutische Struktur der therapeutischen Praxis gegenüber (vgl. *Lorenzer* 1974). Ähnliches gilt für die Verhaltenstherapie. Auch deren Theorie ist in ihren Begriffen naturwissenschaftlich orientiert, während die verhaltenstherapeutische Praxis auf einer interpretativen Struktur aufbaut, ohne die sie nicht funktionieren könnte.⁸⁾

Dieser Gedanke läßt vermuten, daß verschiedene Therapietheorien das psychotherapeutische Geschehen nur unvollkommen wiedergeben. Im therapeutischen Handeln scheint mehr (implizites) Wissen zu stecken, als die (explizite) Therapietheorie zur Sprache bringt. Dieses nicht explizierte Wissen könnte bei verschiedenen psychotherapeutischen Schulen identisch sein. Dafür sprechen zumindest die sog. „un-spezifischen“ Therapiefaktoren und die verblüffend ähnlichen Erfolgsquoten verschiedener Psychotherapieformen. Die Diskrepanz zwischen heterogenem explizitem und homogenem implizitem Wissen läßt sich sozialpsychologisch erklären. Psychotherapeutische Schulen funktionieren als *soziale Gruppen*, die bekanntlich dazu tendieren, sich nach innen zusammen- und nach außen abzuschließen. Dadurch entwickeln sich theoretisch-ideologische Superstrukturen, die eine Heterogenität der Standpunkte suggerieren, die faktisch nicht besteht. Akzeptiert man diese Überlegungen, so muß eine Integration von „oben“ die Differenzen verschiedener Psychotherapien zwangsläufig überschätzen.⁹⁾ Es ist daher zu fragen, ob nicht eine Integration von „unten“, d. h. eine Analyse des psychotherapeutischen *Handelns* im Hinblick auf dessen *impliziten* anthropologischen und theoretischen *Wissensstrukturen*, die adäquatere Integrationsstrategie ist.

⁸⁾ Die Psychoanalyse und die Verhaltenstherapie sind sich diesbezüglich recht ähnlich. Sowohl in der Psychoanalyse wie in der Verhaltenstherapie gibt es eine Praxis, die offenbar funktioniert (d. h. therapeutische Erfolge bringt). In beiden Fällen aber gibt es Auseinandersetzungen darüber, wie diese funktionierende Praxis zu erklären ist. Sowohl in der Psychoanalyse (z. B. *Hartmann* 1972; *Lorenzer* 1974) wie in der Verhaltenstherapie (z. B. *Breger & McGaugh* 1965; *Jaeggi* 1975) gibt es verschiedene Versuche, die ursprüngliche („orthodoxe“) Therapietheorie zu *reformulieren*, um ein adäquateres Verständnis der therapeutischen Praxis zu erreichen.

⁹⁾ Als Konsequenz dieser Überlegungen ist auch das Schema von Abb. 1 zu überdenken. Offensichtlich gibt Abb. 1 nicht die reale, sondern die *ideale* Wissensstruktur des therapeutischen Handelns wieder. In einem Schema der realen Wissensstruktur wären auch Pfeile von den unteren zu den oberen Ebenen einzuzeichnen, Pfeile, die über mehrere Ebenen hinweg reichen, Pfeile, die Widersprüche und Feed-backs zum Ausdruck bringen, etc.

Die Integration von „unten“ hat eine *Rekonstruktion* der therapeutischen Praxis zu leisten, die zu einem gegenüber den „offiziellen“ Therapietheorien angemesseneren Verständnis des psychotherapeutischen Handelns führt (vgl. *van Quekelberghe* 1979). Diese Aufgabe ist ohne vergleichende empirische Forschung nicht zu leisten. Allerdings ist ebenso sehr begriffliche Anstrengung gefordert. Es existiert keine einheitliche psychotherapeutische Terminologie, so daß die Therapieintegration nicht nur vergleichend-empirisch, sondern auch vergleichend-begrifflich vorzugehen hat. Begriffe wie „Krankheit“, „Neurose“, „Widerstand“, „Übertragung“, „Verhalten“, „Verstärkung“, „Empathie“ etc. sind in eine gemeinsame Sprache zu übersetzen. In dem Maße wie psychotherapeutische Schulen soziale Gruppen sind, sind sie auch Sprachgemeinschaften. Ihre Sprache ist daher nicht selten Fassade, die eine Diskrepanz der Meinungen demonstriert, die tatsächlich nicht oder nur beschränkt besteht. Integration der Psychotherapie ist vielleicht dann zu erwarten, wenn die grobschlächtigen antithetischen Programmatiken aussterben und eine Feinanalyse des therapeutischen Tuns und Sagens an deren Stelle tritt. Aber zweifellos würde durch eine solche Analyse nicht nur die Integration gefördert. Auch die wirklichen Differenzen kämen deutlicher zum Ausdruck. Dadurch ließe sich für die echt kontroversen Sachverhalte eine fruchtbarere Diskussionsbasis finden.

Wegen der besonderen Wissensquellen des therapeutischen Feldes ist eine Rekonstruktion der Psychotherapien kein einfaches Unterfangen. Nicht wenige praxeologische und theoretische Konzepte verschiedener psychotherapeutischer Schulen werden durch Wissens Elemente gestützt, deren Qualität zumindest fragwürdig ist und die eher den Charakter von *Mythen* als von echten Erkenntnissen haben. Die Auflösung solcher therapeutischer Mythen ist eine wichtige Aufgabe der Integration von „unten“ (vgl. *Kiesler* 1977; *van Quekelberghe* 1979). Mythen werden durch Kritik der psychotherapeutischen Wissensquellen identifiziert und auf die gleiche Art zerstört, was voraussetzt, daß auf jeder Ebene der therapeutischen Wissensstruktur eine klare Analyse der Wissensquellen möglich ist.

Mit der empirischen, begrifflichen und mythenzerstörenden Rekonstruktion der Psychotherapien ist die Integration von „unten“ noch nicht abgeschlossen, sondern erst vorbereitet. Für den eigentlichen Integrationsschritt sind die kompatiblen Elemente auf den verschiedenen, rekonstruierten Ebenen der therapeutischen Wissensstruktur zu identifizieren und zusammenzufügen. Dazu aber ist erneut eine Perspektive von „oben“ notwendig, denn zusammenfügen läßt sich nur dasjenige, was in einer bestimmten Hinsicht gleich ist. Diese Hinsicht

kann je nach dem Zweck der Integration verschieden sein. Der Zweck seinerseits ist nicht unabhängig von anthropologischen Erwägungen, so daß als Integrationsperspektive *Menschenmodelle* bereitstehen. Psychotherapeutische Methoden sind dann integrierbar, wenn ihre (implizite) Wissensstruktur den Postulaten des Menschenmodells entsprechen, unter dessen „Hinsicht“ die Integrationsarbeit in Angriff genommen wurde.

Es zeigt sich damit, daß die Integration von „oben“ und die Integration von „unten“ nicht zwei unabhängig voneinander zu denkende *Strategien*, sondern zwei *taktische Schritte* einer einzigen Integrationsstrategie sind. Die Integration von „unten“ rekonstruiert aus einer Perspektive außerhalb des Selbstverständnisses der einzelnen Psychotherapien deren Wissensstrukturen. Sie entwirrt durch eine kritische, entmythologisierende Analyse der therapeutischen Wissensquellen die anthropologische und theoretische Struktur des Wissens der psychotherapeutischen Schulen. Die Integration von „oben“ setzt an den rekonstruierten Wissensstrukturen an und integriert jene Methoden und Wissens Elemente, die mit den Postulaten des im Hinblick auf den Zweck der Therapieintegration formulierten Menschenmodells kompatibel sind. Eine solche zweischrittige Strategie der Methodenintegration ist anspruchsvoll und verlangt von jeder psychotherapeutischen Schule eine realistische (Selbst-) Einschätzung ihrer Wissensstruktur und den unbedingten Verzicht auf jegliche verfehlte Polemik anderen Therapieschulen gegenüber.

Literatur

- Breger, L. & McGaugh, J. L., Critique and Reformulation of „Learning-Theory“ Approaches to Psychotherapy and Neurosis, in: *Psychological Bulletin* 63 (1965), S. 338—358.
- Chapanis, A., Men, Machines, and Models, in: *American Psychologist* 16 (1961), S. 113—131.
- Chomsky, N., Review of B. F. Skinner's Verbal Behavior, in: *Language* 35 (1959), S. 26—58.
- Cicourel, A. V., Methode und Messung in der Soziologie, Suhrkamp, Frankfurt a. M. 1974.
- Elias, N., Was ist Soziologie? Juventa, München 1971².
- Feyerabend, P., Wider den Methodenzwang, Suhrkamp, Frankfurt a. M. 1976.
- Fürstenau, P., Probleme der vergleichenden Psychotherapieforschung, in: Bachmann, C. H. (Hrsg.), Psychoanalyse und Verhaltenstherapie, Fischer, Frankfurt a. M. 1972, S. 18—57.
- , Praxeologische Grundlagen der Psychoanalyse, in: Pongratz, L. J. (Hrsg.), Handbuch der Psychologie, Bd. 8/1: Klinische Psychologie, Hogrefe, Göttingen 1977, S. 847—888.
- Goldstein, A. P., Therapist-Patient Expectancies in Psychotherapy, Pergamon, New York 1962.

- Graumann, C. F. & Métraux, A., Die phänomenologische Orientierung in der Psychologie, in: Schneewind, K. A. (Hrsg.), *Wissenschaftstheoretische Grundlagen der Psychologie*, Reinhardt, München 1977, S. 27—53.
- von Greiff, B., *Gesellschaftsform und Erkenntnisform*, Campus, Frankfurt a. M. 1976.
- Groeben, N. & Scheele, B., *Argumente für eine Psychologie des reflexiven Subjekts*, Steinkopff, Darmstadt 1977.
- Groeben, N. & Westmeyer, H., *Kriterien psychologischer Forschung*, Juventa, München 1975.
- Haley, J., *Gemeinsamer Nenner Interaktion*, Pfeiffer, München 1978.
- Hartmann, H., *Die Grundlagen der Psychoanalyse*, Klett, Stuttgart 1972, (Orig. 1927).
- Herrmann, Th., *Die Psychologie und ihre Forschungsprogramme*, Hogrefe, Göttingen 1976.
- Herzog, G., Zur klinischen Wirklichkeit der Verhaltenstherapie, in: *Das Argument* Sonderband 15 (1977), S. 188—197.
- Herzog, W., Zur Kritik des Objektivismus in der Psychologie, in: *Psyche* 33 (1979), S. 289—305.
- , *Modell und Methode in der Psychologie*, Ms., Zürich 1980.
- Israel, J., Stipulations and Construction in the Social Sciences, in: Israel, J. & Tajfel, H., (Hrsg.), *The Context of Social Psychology*, Academic Press, London 1972, S. 123—211.
- Jaeggi, E., Persönlichkeitstheoretische Implikationen verhaltenstherapeutischer Praxis, in: *Das Argument* 91 (1975), S. 423—439.
- Kessel, F. S., The Philosophy of Science as Proclaimed and Science as Practiced: „Identity“ or „Dualism“? in: *American Psychologist* 24 (1969), S. 999—1005.
- Keupp, H. & Bergold, J. B., Probleme der Macht in der Psychotherapie unter spezieller Berücksichtigung der Verhaltenstherapie, in: Bachmann, C. H. (Hrsg.), *Psychoanalyse und Verhaltenstherapie*, Fischer, Frankfurt a. M., S. 105—140.
- Kiesler, D. J., Die Mythen der Psychotherapieforschung und ein Ansatz für ein neues Forschungsparadigma, in: Petermann, F. (Hrsg.), *Psychotherapieforschung*, Beltz, Weinheim 1977, S. 7—50.
- Kuhn, Th., *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen*, Suhrkamp, Frankfurt a. M. 1976.
- Kvale, St., Skinners radikaler Behaviorismus und operante Verhaltenstherapie — Umriß einer phänomenologischen und marxistischen Kritik, in: *Psychologie und Gesellschaftskritik* 2/4 (1978), S. 7—36.
- Lachman, R., The Model in Theory Construction, in: *Psychological Review* 67 (1960), S. 113—129.
- Lazarus, A. A., (Hrsg.), *Angewandte Verhaltenstherapie*, Klett, Stuttgart 1976.
- London, P., The End of Ideology in Behavior Modification, in: *American Psychologist* 27 (1972), S. 913—920.
- Lorenzer, A., *Die Wahrheit der psychoanalytischen Erkenntnis*, Suhrkamp, Frankfurt a. M. 1974.
- MacLeod, R. B., Newtonian and Darwinian Conceptions of Man; and Some Alternatives, in: *Journal of the History of the Behavioral Sciences* 6 (1970), S. 207—218.
- Mahoney, M. J., *Kognitive Verhaltenstherapie*, Pfeiffer, München 1977.
- Moscovici, S., Society and Theory in Social Psychology, in: Israel, J. & Tajfel, H. (Hrsg.), *The Context of Social Psychology*, Academic Press, London 1972, S. 17—68.
- Neisser, U., *Kognitive Psychologie*, Klett, Stuttgart 1974.
- Palermo, D. S., Is a Scientific Revolution Taking Place in Psychology? in: *Science Studies* 1 (1971), S. 135—155.

- Perrez, M., *Ist die Psychoanalyse eine Wissenschaft?* Huber, Bern 1972.
- Petzold, H., *Integrative Bewegungstherapie*, in: Petzold, H., (Hrsg.), *Psychotherapie & Körperdynamik*, Junfermann, Paderborn 1974, S. 287—404.
- Popper, K. R., *Conjectures and Refutations*, Routledge and Kegan Paul, London 1969.
- van Quekelberghe, R., *Systematik der Psychotherapie*, Urban & Schwarzenberg, München 1979.
- Reese, H. W. & Overton, W. F., *Models of Development and Theories of Development*, in: Goulet, L. R. & Baltes, P. B., (Hrsg.), *Life-Span Developmental Psychology: Research and Theory*, Academic Press, New York 1970, S. 115—145.
- Royce, J. R., *Psychology Is Multi-: Methodological, Variate, Epistemic, World View, Systemic, Paradigmatic, Theoretic and Disciplinary*, in: Arnold, W. J., (Hrsg.), *Conceptual Foundations of Psychology*, University of Nebraska Press, Lincoln 1976, S. 1-63.
- Scheff, T. J., *Das Etikett „Geisteskrankheit“*, Fischer, Frankfurt a. M. 1973.
- Schefflen, A. E., *Die Bedeutung der Körperhaltung in Kommunikationssystemen*, in: Auwärter, M., Kirsch, E. & Schröter, K., (Hrsg.), *Seminar: Kommunikation, Interaktion, Identität*, Suhrkamp, Frankfurt a. M. 1976, S. 221—253.
- Schützenberger, A. A. & Geffroy, Y., *The Body and the Group: The New Body Therapies*, in: Weitz, Sh., (Hrsg.), *Nonverbal Communication*, Oxford University Press, New York 1979, S. 207—219.
- Silverman, I., *Crisis in Social Psychology: The Relevance of Relevance*, in: *American Psychologist* 26 (1971), S. 583—584.
- Skinner, B. F., *About Behaviorism*, Vintage Books, New York 1976.
- Toman, W., *Ziele der Psychotherapie*, in: Pongratz, L. J., (Hrsg.), *Handbuch der Psychologie*, Bd. 8/2: *Klinische Psychologie*, Hogrefe, Göttingen 1978, S. 1820—1848.
- Valins, St. & Nisbett, R. E., *Attribution Processes in the Development and Treatment of Emotional Disorder*, in: Jones, E. E., et al., *Attribution: Perceiving the Causes of Behavior*, General Learning Press, Morristown 1971, S. 137—150.
- Walter, H. J., *Gestalttheorie und Psychotherapie*, Steinkopff, Darmstadt 1977.
- Watson, R. I., *Psychology: A Prescriptive Science*, in: *American Psychologist* 22 (1967), S. 435—443.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H. & Jackson, J. J., *Menschliche Kommunikation*, Huber, Bern 1972³.
- Werbik, H., *Theorie der Gewalt*, Fink, München 1974.
- Westmeyer, H., *Kritik der psychologischen Unvernunft*, Kohlhammer, Stuttgart 1973.
- , *Verhaltenstherapie: Anwendung von Verhaltenstheorien oder kontrollierte Praxis?* in: Gottwald, P. & Kraiker, Chr. (Hrsg.), *Zum Verhältnis von Theorie und Praxis in der Psychologie*, Sonderheft I der „Mitteilungen der GVTe. V.“ 1976, S. 9—31.
- Wolman, B. B., *Does Psychology Need Its Own Philosophy of Science?* in: *American Psychologist* 26 (1971), S. 877—886.

Aspekte der Methodenintegration in der Psychotherapie

Wolfgang Dittmar, Freiburg

1. Einleitung

Der Bereich der Psychotherapie ist gekennzeichnet durch ein immer mehr ausuferndes Anwachsen von Techniken, Methoden und damit verbundenen Theorien. Es erscheint heute noch weit aussichtsloser als vor neun Jahren, als *Urban* und *Ford* (1971) versuchten, „unser wachsendes Sortiment therapeutischer Techniken systematisch miteinander in Beziehung zu setzen“, Struktur in die auf der Ebene der anthropologischen Vorannahmen, der wissenschaftstheoretischen Vorentscheidungen, der Therapietheorien und des oft sehr konträren praktischen Vorgehens unterschiedlichen Formen von Psychotherapie zu bringen.

Schon *Fenichel* (1945) wußte, daß es viele Wege gibt, Neurosen zu behandeln, aber er war der Ansicht, daß es nur eine Theorie geben sollte, die die Effekte der Therapie erklärt, und *Perls* versuchte schon 1948, einen in methodischer und theoretischer Hinsicht integrativen Ansatz der Psychotherapie zu entwickeln. Die Vielzahl der therapeutischen Schulen legt die Frage nach Gemeinsamkeiten, verbindenden Konzepten oder einem übergeordneten integrativen Ansatz nahe (*Petzold* 1970; 1978). Das theoretische Defizit wird besonders deutlich, wenn man die zunehmende Zahl der Eklektiker unter den Psychotherapeuten bedenkt (vergl. z. B. *Thorne*, 1967; 1975), die in ihrer therapeutischen Praxis mehrere Verfahren nebeneinander als „integrativen Ansatz“ verwenden.

Mit *Petzold* (1978) können grundsätzlich zwei Möglichkeiten differenziert werden, gemeinsame Konzepte und Verbindungen wie auch Unterschiede psychotherapeutischer Methoden und Techniken in einem übergeordneten, integrativen Ansatz zu strukturieren. Der erste Weg geht aus von in der Praxis vorgefundenen Psychotherapieformen und versucht, durch vergleichende empirische Psychotherapieforschung differenzierende und integrierende Daten festzustellen und von hier aus die Möglichkeit zu schaffen, ein „System der Psychotherapien“ zu entwerfen (vgl. *Meltzoff* und *Kornreich* 1970; *Garfield* und *Bergin* 1978). Aufgrund der außerordentlichen methodischen Schwierigkeiten

in der Psychotherapieforschung (vgl. dazu zusammenfassend *Köhnken* u. a. 1979) und wegen der mangelnden Bereitschaft zur Zusammenarbeit von Angehörigen verschiedener Therapieschulen ist bis jetzt auf diesem Wege noch kein definitiver integrativer, übergreifender Ansatz entwickelt worden, der eine breite empirische Absicherung hätte vorweisen können.

Die zweite Möglichkeit besteht darin, bereits vorhandene Theorien zu verwenden oder neue Theorien zu entwickeln und in ihrem Lichte die vorgefundenen psychotherapeutischen Ansätze einzuordnen und im Rahmen des benutzten Konzepts Gemeinsamkeiten und Unterschiede in Verfahren und Wirkungsmechanismen zu beschreiben.

Im folgenden wird kurz auf einige theoretische Entwürfe eingegangen, die dem zweiten der genannten Wege zuzuordnen sind. Auf die empirische Psychotherapieforschung nehme ich nur insoweit Bezug, als die Verträglichkeit der dargestellten Entwürfe mit deren Ergebnissen zu untersuchen ist.

2. Wechselseitige Erklärungsversuche der Therapieschulen

Einer der ersten Versuche zu einer theoretischen Verknüpfung von Psychoanalyse und Verhaltenstheorie stammt von *Dollard* und *Miller* (1950). Die beiden Autoren versuchen eine Verbindung der Konzepte der Freud'schen Tiefenpsychologie mit der Lerntheorie. *Freud's* Lustprinzip wird durch das Prinzip der Verstärkung ersetzt, und die Dynamik des Konfliktverhaltens wird systematisch aus allgemeingültigeren Prinzipien abgeleitet. Auf diese Weise kann eine Grundtatsache der Neurose, der Konflikt, mit der allgemeinen Lerntheorie verbunden werden. Die Wirksamkeit des psychoanalytischen Prozesses liegt nach *Dollard* und *Miller* (1950) in der außergewöhnlichen Permissivität des Therapeuten, in dem hohen Prestige dieser mitfühlend zuhörenden Person und in der Ermutigung des Therapeuten, Gefühle verbal in der Therapiesituation auszudrücken. Ein Teil der Angstreduzierung, die der Patient in der therapeutischen Situation erlebt, generalisiert vom Denken und Reden auf das Handeln im Alltag, wo der Patient neue Arten des Verhaltens erproben kann. Das wesentliche Ergebnis des Ansatzes von *Dollard* und *Miller* (1950) ist eine Transformation der psychoanalytischen in eine lerntheoretische Terminologie.

Systematische Überlegungen zur Wirksamkeit der Verhaltenstherapie aus psychoanalytischer Sicht liegen nur in geringem Maße vor. Im Rahmen der Diskussion um die Symptomverschiebung (vgl. *Perrez* und *Otto* 1978) wurde immer wieder behauptet, daß die Verhaltenstherapie nur zu einer Veränderung der Verhaltens- und Erlebnisstörun-

gen des Klienten, nicht jedoch zu deren Beseitigung führt, weil der hinter dem Symptom liegende Konflikt unbehandelt bleibt (vgl. *Bookbinder* 1962, dt. 1978). *Weitzman* (1967, dt. 1978) äußert die Ansicht, daß die systematische Desensibilisierung eine symbolische Behandlung gefürchteter Triebansprüche durch die Therapie des Symptoms sei. *Schraml* und *Selg* (1966) meinen zu Behandlungserfolgen mit dem gleichen Verfahren, daß hier eine Parallele zu dem psychoanalytischen Phänomen bestehe, daß Patienten unter „Übertragungsschutz“ zunehmend angstbesetzte Inhalte mit größerer Angstfreiheit äußern können und gegebenenfalls auch damit verbundene Symptome in der außeranalytischen Situation verlieren. Diese „Erfolge“ müßten jedoch als „Übertragungsheilung“ angesehen werden, die in der Regel nicht von Dauer sei. Die Behauptung, daß keine fortdauernden Besserungen, sondern nur „Übertragungsheilungen“ von der Verhaltenstherapie erzeugt würden, wurde auch gegenüber der klientenzentrierten Psychotherapie wiederholt. *Köhler-Weisker* (1978) kommt in einer Analyse der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie zu dem Schluß, daß *Rogers* eine im Vergleich mit dem Hauptziel der Psychoanalyse, der Erforschung des Unbewußten, eher randständige Komponente der Freud'schen Technik auf Kosten der übrigen kultiviert habe. Diese Komponente sei die Herstellung günstiger Übertragungs- und Arbeitsbedingungen in der therapeutischen Situation. Sie nimmt an, daß durch die Förderung einer milden positiven Übertragung eine Ich-Stärkung des Patienten möglich sei, die es ihm erleichtere, vorbewußte Gefühle und Einstellungen in der therapeutischen Situation zur Sprache zu bringen.

Von Seiten der Gesprächspsychotherapeuten wurden die von der klientenzentrierten Psychotherapie erarbeiteten Kernvariablen, die als notwendig für therapeutische Veränderung angesehen werden, als Konstrukte zur Erklärung der Wirksamkeit verschiedener Psychotherapieformen verwendet. *Truax* und *Carkhuff* (1967) haben anhand einer Zusammenstellung von zahlreichen Zitaten aus der theoretischen Literatur wie auch einer Darstellung des umfangreichen empirischen Forschungsmaterials die These ausbreitet, daß in allen Therapieformen die drei Kernvariablen des Therapeuten: Echtheit, unbedingte Wertschätzung und Empathie die wirksamen Basisingredienzien seien. Sie meinen, daß sowohl in den psychoanalytischen wie auch in den verhaltenstheoretisch orientierten Schulen der größte Teil der Wirksamkeit durch die genannten Kernvariablen bestimmt werde. Allerdings leugnen sie nicht, daß durch zusätzliche therapeutische Techniken noch bessere Ergebnisse erzielt werden können, insbesondere durch verhaltenstherapeutische Programme.

Betrachtet man die hier kurz referierten Beiträge von Psychoanalyse, Verhaltens- und Gesprächspsychotherapie im Hinblick auf das Ziel einer umfassenden Theoriebildung im Bereich der Psychotherapie, so muß festgestellt werden, daß diese Ansätze nicht in Richtung auf ein übergeordnetes, integratives System der Psychotherapie weiterführen. Es ist offensichtlich, daß die Therapieschulen mit den Reformulierungen anderer Therapiemethoden und der Behauptung, im Grunde wirken im anderen Verfahren die gleichen, „eigentlichen“ Mechanismen wie im eigenen, eher eine Vereinnahmung konkurrierender therapeutischer Ansätze erreicht haben, als daß sie einen Beitrag für ein transientes, interschulisches und integratives Konzept von Psychotherapie leisten. Diese Vereinnahmungen geben, so darf aus gruppendynamischer Sicht angenommen werden, den Mitgliedern der vereinnahmenden Therapierichtung das Gefühl, im Grunde für die Erfolge der konkurrierenden Therapieschule mitverantwortlich zu sein und ein allgütiges Erklärungskonzept zu besitzen, während sie gleichzeitig von den Vertretern der so angegriffenen therapeutischen Schule nicht angenommen werden können und als Einmischung angesehen werden, die zu entsprechenden Gegenreaktionen führt (vgl. die polemisch geführte Debatte über die Symptomverschiebung, dargestellt bei *Perrez und Otto 1978*).

Geht man nach diesen Überlegungen davon aus, daß für eine theoretische Begründung der integrierten Anwendung verschiedener Psychotherapieformen wie auch für die Erklärung der Wirksamkeit der therapeutischen Interventionen Konstrukte Verwendung finden sollten, die nicht an bestimmte therapeutische Schulen gebunden sind, so wird man nach solchen zuerst im Bereich der allgemeinen Psychologie nach der Sozialpsychologie Ausschau halten.

3. Allgemeine Psychologie und Psychotherapie

Perrez (1980) hat auf die geringe Verbindung zwischen der allgemeinen Psychologie als potentieller Grundlagendisziplin psychologischer Veränderungsmaßnahmen und der Theorie und Praxis der Psychotherapie hingewiesen. Die verschiedenen Konzepte von „Lernen“ sollen hier außer Betracht bleiben. Sie sind einerseits als eng mit der Verhaltenstherapie verbunden und damit als schulengebunden anzusehen; gleichzeitig bestehen erhebliche Probleme bei der Ableitung verhaltenstherapeutischer Techniken aus den Lerntheorien (vgl. *Marks und Gelder 1966; London 1972; Eysenck 1975*).

Nichols und Zax (1977) finden auf der Basis emotionspsychologischer Überlegungen Gemeinsamkeiten zwischen verschiedenen Thera-

pieverfahren. Die Abreaktion aufgestauter Emotionen spielt nach ihrer Ansicht eine wichtige Rolle in der Psychotherapie. Ihr erklärendes Konstrukt ist „Katharsis“. Die Autoren bestimmen Katharsis als zwiefältiges Phänomen: als körperlich-emotionale Katharsis und als kognitiv-emotionale Katharsis, wobei die beiden Anteile in ihrer Relation zueinander sehr stark variieren können. So steht etwa in der Psychoanalyse oder in der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie die kognitiv-emotionale Komponente im Vordergrund, während in der Therapie nach *Reich*, in der Bioenergetik (*Lowen* 1975) und in der Gestalttherapie (*Perls* 1969) die körperlich-emotionale Katharsis die wichtigere Rolle einnimmt. Zwar ist die Beteiligung kathartischer Prozesse bei den genannten Therapieverfahren evident; ob jedoch diese kathartischen Prozeduren tatsächlich für die psychotherapeutischen Veränderungen des Klienten relevant sind, ist unzureichend empirisch untersucht. Der Aufweis kathartischer Elemente in verschiedensten Psychotherapiemethoden verlangt nach einer Berücksichtigung kathartischer Prozesse in einer umfassenden, integrativen Therapietheorie, ebenso die Beantwortung der Frage nach einer differentiellen Indikationsstellung für kathartische Verfahren. „Katharsis“ ist aber nicht ein allumfassendes Konzept, mit dem die Wirksamkeit sämtlicher Therapieverfahren erklärt werden könnte. Dieser Anspruch wird von *Nichols* und *Zax* (1977) auch gar nicht gestellt.

Einen Versuch zu einer gestalttheoretischen Fundierung der integrativen Anwendung verschiedener Psychotherapieverfahren hat *Walter* (1977) vorgelegt. Seine gestalttheoretischen Überlegungen zur Psychotherapie nehmen ihren Ausgang bei der „schöpferischen Therapiesituation“. Im Arrangement der Therapiesituation als Ort schöpferischer Freiheit, in der neues Wachstum und Entwicklung möglich ist, sieht er eine Gemeinsamkeit aller Therapieformen und ein Grundkonzept therapeutischen Handelns überhaupt. Von hier aus stellt *Walter* (1977, S. 146ff) eine Reihe von Postulaten auf über Prozesse und Erkenntnisse, die im Ablauf von Therapien sowie in der therapeutischen Ausbildung vermittelt werden sollen. Die dabei vorgestellten Konstrukte wie „Nichtbeliebigkeit der Form“, „Gestaltung aus inneren Kräften“, „Nichtbeliebigkeit der Arbeitsgeschwindigkeit“, „Gegenwärtigkeit der wirkenden Faktoren“ sind jedoch allesamt Termini, die dadurch gekennzeichnet sind, daß sie durch nahezu beliebige Konkreta ausgefüllt werden können. Es ist *Petzold* (1978) zuzustimmen, daß der Ansatz von *Walter* (1977) insbesondere aufgrund der fehlenden Reflexion anthropologischer, gesellschaftlicher und wissenschaftstheoretischer Überlegungen die Möglichkeiten einer gestalttheoretischen Fundierung psychotherapeutischen Handelns verfehlt. Gleichzeitig erweist

sich, daß die oft weiten Begriffsfelder gestalthoeretischer Termini einer Konkretisierung und Verdeutlichung bedürfen, um für eine integrative Theorie der Psychotherapien fruchtbar gemacht zu werden.

Quekelberghe (1979a; b) formuliert auf der Basis kognitiv orientierter Theorien eine „Systematik der Psychotherapie“. Die kognitive Psychologie ist für eine Grundlegung verschiedener psychotherapeutischer Techniken deswegen besonders geeignet, weil sie keiner der bestimmten psychologischen Therapieschulen zuzurechnen ist. Es handelt sich bei ihr eben nicht um eine eigene Schule, sondern um eine Vielfalt von in verschiedener Hinsicht sehr heterogenen Ansätzen. Insofern kann die kognitive Psychologie als eine Art Metapsychologie bezeichnet werden. Die therapeutische Veränderung wird von *Quekelberghe* (1979a) mit unterschiedlichen Modellen aus dem Bereich der kognitiven Psychologie erklärt: attributionstheoretische Ansätze, kognitive Emotionstheorien, kognitive Lerntheorien, handlungstheoretische Elemente und das Problemlösungsmodell als ein kognitiv-psychologisches Grundmodell, das für die verschiedensten Therapien als erklärender Faktor eingesetzt werden kann, spielen dabei eine wichtige Rolle.

Als Grundlagendisziplin der klinischen Psychologie fordert *Quekelberghe* (1979a) eine komparative Psychotherapieforschung, deren Aufgabe im wesentlichen darin besteht, Therapien eine theoretische Grundlage zu geben und die Fundierung einer differentiellen Psychotherapie zu fördern, die „auf der Grundlage der vergleichenden Analyse von Therapieformen die Effizienz und die Grundlegung des therapeutischen Tuns verbessert“ (1979a, S. 8). Erste Ansätze zu einer solchen komparativen Psychotherapieforschung bestehen im Bereich der empirischen Psychotherapieforschung. Die „differentielle Therapie“ will nicht eine neue therapeutische Technik inaugrieren und absolut setzen, sondern in einer individualisierten Vorgehensweise die für den jeweiligen Klienten und für das jeweils aktuelle Problem bestmögliche Vorgehensweise einsetzen. Dabei werden Techniken verschiedener Therapieschulen zum Einstz kommen; zusätzlich können neue therapeutische Techniken entwickelt werden, insbesondere für Klienten und Probleme, die mit den bekannten Methoden nicht zureichend behandelt werden können. Die theoretische Basis für die verschiedenen therapeutischen Interventionstechniken ist die kognitive Psychologie. Dementsprechend werden die therapeutischen Maßnahmen der unterschiedlichen Therapieschulen vor ihrer Integration in die differentielle Therapie einer kognitiv-psychologischen Analyse und nötigenfalls einer Umstrukturierung unterzogen.

Der umfassende Versuch von *Quekelberghe* (1979a) imponiert. Es stellt sich jedoch gleichzeitig die Frage, inwieweit kognitionsferne Er-

lebnisse und Verhaltensmuster durch eine kognitiv-psychologische Erklärung autochthon erfaßt werden können. Ein Beispiel dafür sind die kathartischen Prozesse in Psychotherapien wie sie von *Nichols* und *Zax* (1977) aufgewiesen worden sind. Es scheint unangemessen, starke emotionale Erlebnisse *nur* unter dem Aspekt einer kognitiv-psychologischen Aufarbeitung, z. B. im Sinne einer kognitiven Umstrukturierung zu interpretieren, da dabei andere, wesentliche Seiten des Phänomens nicht ausreichend berücksichtigt werden. Aus dieser Sicht wäre zu fordern, daß neben die kognitiv-psychologische Grundlegung von *Quekelberghe* (1979a) ebensolche umfassenden integrativen Versuche aus wahrnehmungspsychologischer, emotionspsychologischer, lernpsychologischer und sozialpsychologischer Sicht treten. Wenn solche Arbeiten in einer ähnlichen Differenzierung vorliegen wie sie *Quekelberghe* (1979a) für den kognitiv-psychologischen Bereich erarbeitet hat, wird sich allerdings erneut die Frage nach einer Integration dieser integrierenden Ansätze stellen. Dabei wird dann die anthropologische, wissenschaftstheoretische und allgemeinphilosophische Grundlegung von Psychotherapie die Basis sein. Entsprechende Überlegungen sind z. B. im Bereich der Gestalttherapie von *Perls* (1948) und von *Petzold* (1974; 1978a; *Petzold* und *Sieper* 1977) geleistet worden.

4. Sozialpsychologie und Psychotherapie

Psychotherapie ist ein Unternehmen, an dem mindestens zwei Personen beteiligt sind. Als Beziehung zwischen zwei oder mehr Interaktionspartnern ist sie ein sozialpsychologisches Phänomen und als solches mit den Mitteln der Sozialpsychologie zu untersuchen.

Frank (1974; 1978; *Frank* u. a. 1978) betrachtet Psychotherapie als Sonderfall sozialer Beeinflussungstechniken. Er nimmt den Ausgang seiner Untersuchung beim Vergleich von nichtwissenschaftlichen und wissenschaftlichen Heilpraktiken. Bei der Erarbeitung der gemeinsamen Eigenschaften von urtümlichen und zeitgenössischen Ansätzen zur Veränderung des Verhaltens und Erlebens von emotional „gestörten“ Personen stellt er eine Reihe von interessanten Gemeinsamkeiten zwischen „primitiven“ Heilriten und moderner Psychotherapie fest.

Die wichtigste Gemeinsamkeit zwischen archaischen und modernen Formen der Psychotherapie sieht *Frank* (1974) in der spezifischen Art der Beziehung zwischen Patient und Helfendem, deren Hauptcharakteristikum das Vertrauen des Patienten in die Fähigkeit des Helfers ist. Für den Helfer ist dessen Wunsch, dem Patienten beizustehen, wie schwierig sein Zustand auch ist, rollentypisch. In „primitiven“ Gesellschaften richtet sich die Erwartung des Patienten nach Hilfe auf den

Schamanen, der spezielle Heilkräfte besitzt, die sich aus seiner Fähigkeit ableiten, mit der Geisterwelt in Beziehung zu treten. In der zeitgenössischen Gesellschaft ist es der Psychotherapeut, der die Hilfserwartungen für den psychisch Gestörten auslöst und verstärkt. Das Vertrauen des Patienten in die Fähigkeiten des Therapeuten wird durch die gesellschaftlich sanktionierte Rolle des Therapeuten als eines Helfenden gefördert. Äußeres Zeichen dafür ist die Tatsache, daß er ein spezielles Training in einem Behandlungsverfahren erhalten hat, dessen Hintergründe dem Klienten meist nicht transparent sind.

Diese Hintergründe werden ihm in aller Regel nicht explizit erklärt, sondern implizit im Laufe der Therapie übermittelt. Hier zeigt sich die zweite Gemeinsamkeit aller Formen von Psychotherapie: sie alle sind auf einer Rationale oder einem Mythos begründet, der eine Erklärung von Krankheit und Gesundheit, abweichendem Verhalten und Normalität beinhaltet. Typischerweise ist die zugrundeliegende Anthropologie bzw. Philosophie eine optimistische, wie es sich am deutlichsten im Menschenbild von Rogers (1951, dt. 1973) niederschlägt. Im Behaviorismus zeigt sich der Optimismus in der Vorstellung, daß störende Verhaltens- und Erlebensweisen durch Lernvorgänge beseitigt werden können und neue adäquate Verhaltensabläufe erlernt werden können. Ist die zugrundeliegende Philosophie eines therapeutischen Systems pessimistischer angelegt, wie z. B. in der Psychoanalyse, so verspricht die Therapie ein besseres Leben, in diesem Fall durch Erreichen von mehr Selbstbewußtheit. Besonders deutlich wird die Dialektik von Pessimismus und Optimismus in der existentialistischen Psychotherapie (vgl. z. B. Binswanger 1961; Boss 1975), die auf der Basis der Arbeiten von Heidegger (1972) unter dem Namen der Daseinsanalyse eine eigene therapeutische Richtung geschaffen hat. Diese Philosophie nimmt ihren Ausgang bei der Tatsache der trostlosen Geworfenheit des Menschen ins Dasein und betont Angst und Einsamkeit als Grundzüge des Lebens; aber durch die Übernahme der Gestaltung des eigenen Daseins in Selbstverantwortung kann der Mensch einen Sinn in seinem Dasein finden.

Eine dritte Gemeinsamkeit aller Psychotherapieformen findet sich in der Aufgabe oder Prozedur, die von der Theorie vorgeschrieben wird. Einige Behandlungsprozeduren führen die Aktivitäten des Leidenden nahezu völlig (z. B. Hypnose; aber auch bei dieser Methode ist die Zustimmung des Patienten in Art eines geheimen Übereinkommens nötig; vgl. Langen 1978; Haley 1978 b), andere lassen die Initiative beim Patienten und weigern sich, sie selbst zu übernehmen (z. B. die klientenzentrierte Therapie oder die Psychoanalyse). Dennoch teilen alle Verfahren einige Charakteristika. Die Prozedur ist das Mittel, durch das

der Leidende zur Einsicht seiner falschen Wege gebracht wird, um ihn zu korrigieren, wobei er Erleichterung gewinnt. Nach Ansicht von Frank (1974) gibt sie dem Patienten außerdem die Möglichkeit, zu gegebener Zeit seine Symptome aufzugeben, ohne dabei das Gesicht zu verlieren. Die Prozedur verlangt eine Reihe von Opfern auf Seiten des Patienten, von der Mitarbeit in der Hypnose bis zum Erdulden von schmerzhaften Bestrafungen in der Aversionstherapie. Typischerweise ist die Prozedur repetitiv, d. h. sie wird immer wiederholt und gibt auf diese Weise eine gute Möglichkeit, die Arzt-Patient-Beziehung aufrecht zu erhalten bzw. zu verstärken. Für den Therapeuten hat die Technik den Vorteil, daß sie ihm ermöglicht, mehr Selbstvertrauen zu gewinnen, indem er demonstrieren kann, daß er über spezifische Fähigkeiten in der Anwendung seiner Therapie verfügt.

Haley (1963, dt. 1978a) hat einen der von Frank (1974) betonten gemeinsamen Aspekte verschiedener Formen von Psychotherapie einer gesonderten Untersuchung und Ausarbeitung unterzogen. Die Besonderheiten der Beziehung zwischen Therapeut und Klient sind das Thema der Untersuchung von Haley (1963, dt. 1978a). In ihr sieht er das entscheidende Ingredienz für die Veränderungen beim Klienten in der Psychotherapie.

Haleys Arbeiten bauen auf der systemtheoretisch orientierten Kommunikationstheorie auf (vgl. dazu Watzlawick u. a. 1969; 1974). Symptomatisches Verhalten wird danach als Inkongruenz zwischen der Mitteilungsebene und der metakommunikativen Ebene beschrieben. „Der Patient tut etwas Extremes oder vermeidet etwas und signalisiert, daß er das tut bzw. nicht tut, weil er nicht anders kann“ (Haley 1963, dt. 1978a, S. 17). Viele Probleme bei neurotischen Patienten entstehen dadurch, daß sie Schwierigkeiten mit der Definition von Beziehungen haben. Entweder sie sind nur fähig, einen bestimmten Beziehungstypus herzustellen, oder — noch häufiger — sie qualifizieren die Botschaften, die sie zwecks Definition der Beziehung aussenden, inkongruent, d. h., daß sich z. B. die Mitteilungen auf der verbalen und averbalen Kommunikationsebene widersprechen. In der Therapeut-Patient-Beziehung zeigt der Patient sehr häufig das gleiche „Beziehungsverhalten“ wie in seinen sonstigen sozialen Kontakten. Übertragung ist insofern Einbringen einer bestimmten Art der Beziehungsdefinition in das Therapeut-Klient-Verhältnis. Um damit umgehen zu können, ist es für den Therapeuten nötig, die Kontrolle über das Verhalten des Patienten zu gewinnen bzw. nicht zu verlieren. Dies kann z. B. durch die therapeutischen Paradoxe der Symptomermutigung und Symptomverschreibung erfolgen.

Bei der Untersuchung der spezifischen Beziehungsarten, die zwischen Therapeut und Patient hergestellt werden, entdeckt *Haley* formale Ähnlichkeiten zwischen den verschiedenen Psychotherapieformen, die bei einer schulenbezogenen psychologischen Betrachtungsweise von der Divergenz der verschiedenen Psychotherapiearten überdeckt werden. *Haley* (1963, dt. 1978a) argumentiert, daß die verschiedenen psychotherapeutischen Methoden eine bestimmte Art von Interaktion zwischen Patient und Therapeut gemeinsam haben und daß diese Art von Interaktion als eine paradoxe bezeichnet werden kann. Die therapeutischen Veränderungen werden durch diese Interaktion ausgelöst und nicht durch das Vorhandensein oder das Fehlen von „Bewußtsein“ auf Seiten des Patienten.

An der hypnotischen Beziehung versucht *Haley* das Paradigma des Paradoxon in der Psychotherapie besonders klar herauszustellen. Das Spezifische der hypnotischen Situation besteht darin, daß der Hypnotiseur der Versuchsperson mittels Botschaften bestimmte Verhaltens- und Erlebnisanweisungen gibt, aber gleichzeitig kommuniziert, daß die Versuchsperson dieses Verhalten spontan zeigen soll. Die Versuchsperson reagiert darauf mit einem paradoxen Verhalten: Sie tut etwas und kommuniziert gleichzeitig, daß nicht sie es tut, daß sie es nicht willentlich tut: Es geschieht. Als ein Beispiel führt *Haley* eine Trance-Induktion durch *Milton H. Erickson*, über dessen Therapie er in einer anderen Arbeit ausführlich berichtet hat (*Haley* 1978b), an: Eine besonders resistente Versuchsperson, die von ihrer Nichthypnotisierbarkeit überzeugt war, wurde von *Milton H. Erickson* auf die Bühne gebeten. Er tat und sagte überhaupt nichts. Da fiel die Versuchsperson in eine tiefe, ohnmachtsähnliche Trance. Zur Erklärung erläuterte *Milton H. Erickson*: „Sie kam vor all diesen Leuten herauf, um sich hypnotisieren zu lassen, und ich sagte nichts und tat nichts. Irgendjemand mußte schließlich etwas tun, und so geriet sie in Trance“ (*Haley* 1978a, S. 35). *Haley* vergleicht diese hypnotische Tranceinduktion mit dem Verhalten des extrem nondirektiven Therapeuten. Ein Patient sucht Hilfe, aber der Therapeut tut nichts, er gibt keine Ratschläge. Irgendjemand muß etwas tun, und so ändert sich der Patient.

Offenkundige Parallelen findet *Haley* auch zur psychoanalytischen Methode: Wenn man eine Versuchsperson auffordere, sich in einer ruhigen Atmosphäre auf die Couch zu legen und dann „spontan“ alles zu äußern, was ihr durch den Kopf gehe, so habe man einen hypnotischen Kontext geschaffen. Die Versuchsperson werde angewiesen, „von sich aus“ zu reagieren, und dadurch sei das Paradox komplett.

Auch verhaltenstherapeutische Techniken bedienen sich nach *Haley* (1978a, S. 79 f) paradoxer Elemente: Beim systematischen Desensibili-

sieren muß der Patient, der in Behandlung kommt, um sich von seinen Angstepfindungen heilen zu lassen, sich in der Therapie die Situationen vorstellen, die bei ihm Angst auslösen. Dabei wird ihm aber nicht erlaubt, Angst zuzulassen. Beim geringsten Anzeichen von Angst wird die Behandlungssitzung abgebrochen. Wenn dies geschieht, so muß er ein anderes Mal wiederkommen, ein weiteres Honorar bezahlen und sich wieder einer angstzerzeugenden Situation aussetzen. Die Prozedur wird so lange fortgesetzt, bis das Symptom verschwindet (vgl. *Haley* 1978a, S. 84f).

In einer phänomenalen Analyse ist *Haley* (1963, dt. 1978a) der Nachweis paradoxer Elemente in den therapeutischen Beziehungen verschiedenster therapeutischer Schulen überzeugend gelungen. Die Reduktion der Therapeut-Klient-Beziehung auf den Aspekt der Paradoxie mutet jedoch problematisch an, wenn man die Differenziertheit der vorliegenden Literatur verschiedener psychotherapeutischer Richtungen zu diesem Thema miteinander vergleicht (vgl. z. B. *Battagay* und *Trenkel* 1978). Es ist offensichtlich, daß der Ansatz von *Haley* insoweit zu kurz greift, als er kaum mehr Unterscheidungen zwischen den therapeutischen Beziehungen in verschiedenen Psychotherapieverfahren ermöglicht und somit auch zu den Bemühungen um eine differentielle Erforschung von Therapieprozessen bei unterschiedlichem Setting und unterschiedlichen Therapieverfahren wenig beiträgt. Er steht im Gegensatz zu der von *Pongratz* (1975) gestellten Forderung für einen „synthetischen Zugang“ der Therapieformen untereinander: „Von einer Synthese sprechen wir ..., weil versucht wird, die Gegensätze auf der semantischen Ebene zu einen. Es geht darum, das Gemeinsame in einer einheitlichen Terminologie zu artikulieren. Es kann sich nicht darum handeln, auch die tatsächlich vorhandenen Unterschiede einzuebnen“ (S. 374).

5. Ansätze zu einer integrativen Therapietheorie und die differentielle Psychotherapieforschung

Diese Forderung von *Pongratz* (1975) gewinnt besondere Bedeutung, wenn man sich die Ergebnisse der neueren differentiellen Psychotherapieforschung verdeutlicht (vgl. z. B. *Grawe* 1978; *Garfield* und *Bergin* 1978). Waren über lange Zeit in der empirischen Psychotherapieforschung Fragestellungen favorisiert worden, bei denen die Überlegenheit einer Therapiemethode über eine andere empirisch abgesichert werden sollte (vgl. z. B. *Meltzoff* und *Kornreich* 1970), so wurden in den letzten Jahren vermehrt Untersuchungen durchgeführt, die sich um differentielle Fragestellungen bemühten. Dabei sollte die

unterschiedliche Wirksamkeit und damit auch die Möglichkeit unterschiedlicher Indikationsstellung verschiedener Therapieverfahren beleuchtet werden.

Paradigmatisch für diese Bemühungen sind im deutschsprachigen Bereich die Arbeiten von *Grawe* (1976) und *Plog* (1976). Bei der Behandlung zweier Gruppen von phobischen Patienten mit Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie konnten diese Autoren feststellen, daß beide Verfahren sich nicht unterschieden, was den summarischen Erfolg der Behandlung angeht, wenn man diesen auf die Reduktion der phobischen Symptomatik bezieht. Die beiden Therapieverfahren unterscheiden sich jedoch sehr wohl, wenn man die Veränderungen genauer betrachtet, die sich bei den Klienten ergeben haben. Charakteristisch für die verhaltenstherapeutisch behandelten Patienten war, daß eine Veränderung der phobischen Symptomatik gekoppelt war mit anderen positiven Veränderungen, insbesondere einer Abnahme der Erregung und der Gehemmtheit und einer Zunahme von Ruhe und Gelassenheit. Hingegen waren ähnliche Veränderungen der genannten Variablen bei den gesprächspsychotherapeutisch behandelten Patienten nicht mit der Veränderung der phobischen Symptomatik gekoppelt, d. h. daß diese Klienten sehr wohl weiterhin phobische Symptome zeigen konnten, dabei jedoch in anderen Bereichen wesentliche Veränderungen aufwiesen. Offensichtlich hatten sie eine andere Art des Umgangs mit ihrer phobischen Symptomatik erworben. Als Ergebnis dieser Untersuchungen kann somit festgestellt werden, daß sich die beiden genannten Verfahren in ihrer qualitativen Wirkung wesentlich unterscheiden.

Unter diesem Aspekt ist in der Reduktion psychotherapeutischen Handelns auf ein einziges Paradigma (z. B. das Paradoxon bei *Haley*) eine übermäßige Vereinfachung zu sehen, die weder den Ergebnissen der neueren empirischen Psychotherapieforschung (vgl. z. B. *Grawe* 1976; *Plog* 1976) noch der Differenziertheit des Vorgehens verschiedener psychotherapeutischer Schulen entspricht (vgl. *Battagay* und *Trenkel* 1978).

Eine umfassende Begründung einer integrativen Theorie von Psychotherapie müßte neben anderen die folgenden Aufgaben in Angriff nehmen:

1. Klärung der wissenschaftstheoretischen und anthropologischen Vorannahmen verschiedener therapeutischer Handlungsmodelle (vgl. z. B. *Petzold* 1974; 1978; *Petzold* und *Sieper* 1977).
2. Klärung unterschiedlicher, am Zustandekommen der psychotherapeutischen Veränderung beteiligter psychologischer Prozesse, ins-

besondere allgemeinspsychologischer und sozialpsychologischer Art (vgl. Frank 1974; Quekelberghe 1979 a; Perrez 1980).

3. Erarbeitung einer differentiellen Indikationsstellung für verschiedene Klienten(gruppen) auf der Basis der Ergebnisse der differentiellen Psychotherapieforschung (vgl. Grawe 1976, Plog 1976).

6. Weitere Perspektiven

Angesichts der Fülle von Untersuchungen im Bereich der empirischen Psychotherapieforschung auf der einen Seite, der geringen Menge gesicherten Wissens auf diesem Gebiet auf der anderen Seite, scheint es legitim, darauf hinzuweisen, daß sich bestimmte Aspekte psychotherapeutischen Handelns möglicherweise der empirischen Erforschung entziehen. Ford und Urban (1963, S. 17) äußern in diesem Zusammenhang: „Es scheint gerechtfertigt, Psychotherapie zum Teil mehr als Heilkunst denn als Heilwissenschaft zu bezeichnen“. Szasz (1978) hat dazu den ironischen Vorschlag gemacht, den Begriff „Psychotherapie“ zu ersetzen durch den Terminus „Iatrorologie“, also „heilende Worte“. Die Iatrorologie wäre seiner Meinung nach ein Zweig der Rhetorik und der Logik. Die Aktivitäten der Iatrorologiker würden eher als Kunst denn als Wissenschaft angesehen werden. Szasz (1978) hofft, daß mit dieser Umbenennung von „Psychotherapie“ ein erster Schritt getan werden könnte, „die menschliche Seele aus dem therapeutischen Grab auferstehen zu lassen, in die sie unser technologisches Zeitalter begraben hat“ (S. 99).

Der Hinweis auf möglicherweise empirisch nicht faßbare Aspekte psychotherapeutischen Geschehens gibt mir jedoch im Gegensatz zu Szasz (1978) keinen Grund für eine Einschränkung der Forschungsbemühungen auf diesem Gebiet; im Gegenteil, er fordert zur Entwicklung alternativer Forschungsstrategien (z. B. Einzelfallstudien, Studien an Familien oder Kleingruppen unter Feldbedingungen; vgl. auch Goldman 1976; Herschbach u. a. 1980), wie auch zur Ergänzung der empirisch wissenschaftlichen Forschung durch geisteswissenschaftlich orientierte Studien auf. Dabei wäre ein Schwerpunkt auf die Untersuchung der impliziten und expliziten anthropologischen Voraussetzungen unterschiedlicher therapeutischer Kosmologien und Techniken zu legen.

Weitere interessante Ergebnisse versprechen wissenschaftsgeschichtliche Studien (vgl. z. B. Kuhn 1970), in denen charakteristische Abläufe von Problemstellung und Problembewältigung in den Wissenschaften untersucht werden. Nicht zuletzt bedarf die Motivation der einzelnen Forscher einer Berücksichtigung. So meinen Leventhal und Shem-

berg (1977), daß die wesentliche Funktion von Therapietheorien die Befriedigung des menschlichen Bedürfnisses zur Vereinfachung und zur Suche nach Erklärungen sei. Aus dieser Sicht ist Therapietheorie ein Weg für Therapeuten, mit komplexem und konfusem Material umzugehen und ihrem eigenen Bedürfnis nach Wissen Rechnung zu tragen.

Insgesamt ist *Quekelberghe* (1979b, S. 9) zuzustimmen, wenn er im Hinblick auf eine umfassende Therapietheorie äußert: „Wenn man die Entwicklungsfortschritte empirischer Psychologie während der letzten zwei bis drei Jahrzehnte näher betrachtet, wird man sicher nicht in naher Zukunft eine makrotheoretische Synthese erwarten können.“ Es ist auch denkbar, daß sich die Frage nach einer umfassenden, integrativen Theorie der Psychotherapien auf andere Weise erledigt, z. B. durch einen überraschenden Fortschritt im Bereich der pharmakologischen Behandlung psychischer Störungen oder durch einen Paradigmawechsel in der Psychologie bzw. in den Sozialwissenschaften überhaupt.

Wenn die Perspektive somit derzeit auch reichlich pessimistisch für eine umfassende integrative Theorie von Psychotherapie ist, so sind Begründungsversuche wie sie hier referiert wurden, doch für die Hypothesenbildung und für die intellektuelle Auseinandersetzung mit dem Bereich der Psychotherapie überhaupt von Wert. In diesem Sinne stellten schon *Ford* und *Urban* (1963, S. 690) fest: „Es braucht Mut und vielleicht ein Stück Narrheit, zu versuchen, ein Architekt von Systemen zu sein; aber wir hoffen, daß am Horizont für Psychologie und Psychotherapie einige solcher mutigen ‚Narren‘ auftauchen.“

Literatur

- Battegay, R., Trenkel, A.* (Hrsg): Die therapeutische Beziehung unter dem Aspekt verschiedener psychotherapeutischer Schulen. Bern 1978.
- Binswanger, L.*: Ausgewählte Vorträge und Aufsätze. Bern 1961. 2. Aufl.
- Bookbinder, L. J.*: Simple conditioning vs. the dynamic approach to symptoms and symptom substitution: A reply to Yates. *Psychological Reports*, 10, 1962, 71—77. Dt. in *Perez, M., Otto, J.* (Hrsg): Symptomverschiebung. Salzburg 1978, 55—63.
- Boss, M.*: Grundriss der Medizin und der Psychologie. Bern 1975.
- Dollard, J., Miller, N.E.*: Personality and psychotherapy. New York 1950.
- Eysenck, H.-J.*: Editorial: Psychological theories and behavior therapy, *Psychological medicine* 5, 1975, 219—221.
- Fenichel, O.*: The psychoanalytic theory of neurosis. New York 1945.
- Ford, D.H., Urban, H.B.*: Systems of psychotherapy. A comparative study, New York 1963.
- Frank, J.D.*: Persuasion and healing. A comparative study of psychotherapy. New York 1963, rev. ed. 1974.
- Frank, J. D.*: Psychotherapy and the healing arts. In: *Fosshage, J.L., Olsen, P.* (Eds): Healing. Implications for psychotherapy. New York 1978, 31—47.

- Frank, J.D., Hoehn-Saric, R., Imber, S.D., Liberman, B.L., Stone, A.R.: Effective ingredients of successful psychotherapy. New York 1978.
- Garfield, S. L., Bergin, A.E. (Eds): Handbook of psychotherapy and behavior change. New York 1978, 2. ed.
- Goldman, L.: A revolution in counseling research. *J. of Counseling Psychology* 23, 1976, 543—552.
- Grawe, K.: Differentielle Psychotherapie I. Bern 1976.
- Grawe, K.: Indikation in der Psychotherapie. In: Pongratz, L.J. (Hrsg.) Handbuch der Psychologie Bd. 8/2 (Klin. Psychologie), Göttingen 1978, 1849—1883.
- Haley, J.: Strategies of psychotherapy. New York 1963. Dt. Ausgabe: Gemeinsamer Nenner Interaktion. Strategien der Psychotherapie. München 1978 a.
- Haley, J.: Die Psychotherapie Milton H. Ericksons. München 1978 b. Original: Uncommon therapy. The psychiatric techniques of Milton H. Erickson, M. D. New York 1973.
- Heidegger, M.: Sein und Zeit, Tübingen 1972. 12. Aufl.
- Herschbach, P., Klinger, A., Odefey, S.: Die Therapeut-Klient-Beziehung. Salzburg 1980.
- Köhler-Weisker, A.: Rogers und die Freud'sche Technik. *Psyche* 32, 1978, 827—847.
- Köhnken, G., Seidenstücker, G., Baumann, U.: Zur Systematisierung von Methodenkriterien für Psychotherapiestudien. In: Baumann, U., Berbalk, H., Seidenstücker, G. (Hrsg): Klinische Psychologie — Trends in Forschung und Praxis. Bern 1979, 72—129.
- Kuhn, Th.S.: Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen. Frankfurt am Main 1970.
- Langen, D.: Möglichkeiten einer Hypnosetherapie unter gleichzeitiger Berücksichtigung der Selbstversenkungsmethoden. In: Pongratz, L.J. (Hrsg): Handbuch der Psychologie Bd. 8/2 (Klin. Psychologie). Göttingen 1978, 2144—2160.
- Leventhal, D.B., Shemberg, K.M.: Psychotherapy: Theory, experience and personalized actuarial tables. *British Journal of Medical Psychology* 50, 1977, 361—365.
- London, P.: The end of ideology in behavior modification. *American Psychologist* 27, 1972, 913—920.
- Lowen, A.: Bioenergetik. Therapie der Seele durch Arbeit mit dem Körper. Reinbek 1975.
- Marks, I. M., Gelder, M.G.: Common ground between behavior therapy and psychodynamic methods. *British J. of Medical Psychology* 39, 1966, 11—23.
- Meltzoff, J., Kornreich, M.: Research in psychotherapy. New York 1976.
- Nichols, M.P., Zax, M.: Catharsis in psychotherapy. New York 1977.
- Perls, F.S.: Theory and Technique of Personality Integration, *Amer. J. Psychother.* 4, 1948, 565—568; dtsh. in: Perls 1980.
- Perls, F.S.: Gestalt therapy verbatim. Lafayette 1969.
- Perls, F.S.: Gestalt, Wachstum, Integration, Paderborn 1980.
- Perrez, M.: Was heißt „Methodenintegration in der Psychotherapie?“ Vortrag auf dem ersten gemeinsamen Kongress der DGVT und der GwG Berlin 1980.
- Perrez, M., Otto, J. (Hrsg): Symptomverschiebung. Ein Mythos oder ein unklar gestelltes Problem? Salzburg 1978.
- Petzold, H.: Thérapie du mouvement, training relaxatif, thymopratique et éducation corporelle comme integration, Paris 1970.
- Petzold, H.: Psychotherapie und Körperdynamik. Paderborn 1974.
- Petzold, H.: Überlegungen zum Entwurf einer gestalttheoretisch fundierten Psychotherapie von H. J. Walter. *Integrative Therapie* 4, 1978, 271—277.
- Petzold, H.: Das Korrespondenzmodell in der integrativen Agogik. *Integrative Therapie* 1, 1978a, 21—57.

- Petzold, H., Sieper, J.: Quellen und Konzepte integrativer Agogik. In: Petzold, H., Brown, G.I. (Hrsg): Gestaltpädagogik München 1977, 14—36.
- Plog, U.: Differentielle Psychotherapie II. Bern 1976.
- Pongratz, L. J.: Lehrbuch der klinischen Psychologie. Göttingen 1975. 2. Auflage.
- Quekelberghe, R. v.: Systematik der Psychotherapie. Vergleich und kognitiv-psychologische Grundlegung psychologischer Therapien. München 1979 a.
- Quekelberghe, R. v. (Hrsg): Modelle kognitiver Therapien. München 1979.
- Rogers, C.R.: Client-centered therapy. Boston 1951. Dt. Ausgabe: Die klienten-zentrierte Gesprächspsychotherapie. München 1973.
- Schraml, W., Selg, H.: Verhaltenstherapie und Psychoanalyse. *Psyche* 1966, 529—546.
- Szasz, Th.: The myth of psychotherapy. Garden City, New York 1978.
- Thorne, F.C.: Editorial opinion: Some practical advice for students. *J. of Clinical Psychology*, 23, 1967, 519—523.
- Thorne, F.C.: The growth of eclecticisim. *J. of the American Association of Clinical Psychologists* 24, 1975, 32—45.
- Truax, C.B., Carkhuff, R.R.: Toward effective counseling and psychotherapy: Training and practice. Chicago 1967.
- Urban, H.B., Ford, D.H.: Some historical and conceptual perspectives on psychotherapy and behavior change. In: Bergin, A.E., Garfield, S.L. (Eds): Handbook of psychotherapy and behavior change. New York 1971, 24—42.
- Walter, H.-J.: Gestalttherapie und Psychotherapie. Darmstadt 1977.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., Jackson, D.D.: Menschliche Kommunikation. Bern 1969.
- Watzlawick, P., Weakland, J.H., Fisch, R.: Lösungen. Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels. Bern 1974.
- Weitzmann, B.: Behavior therapy and psychotherapy. *Psychological Review* 74, 1976, 300—317. Dt. in: Perrez., M., Otto, J. (Hrsg): Symptomverschiebung. Salzburg 1978, 111—115.

Ein ganzheitliches Menschenbild als Kern einer integrativen Therapie*

Bernd Fittkau, Hamburg

1. Chancen des „Psychobooms“

Die rasche Entwicklung verschiedener therapeutischer Richtungen und Methoden in den letzten 20 Jahren wurde zu Recht als „Psycho-boom“ (Bach, Molter 1979) beschrieben und kritisch als „Inflation der Therapieformen“ (Nagel, Seifert 1979) oder als „Soziale Amnesie“ (Jacoby 1978) beleuchtet. Die Ursachen für diese starke Hinwendung zum Psychologischen und damit zum „subjektiven Faktor“ sind vielfältig (wie z. B. die hinreichende Befriedigung materieller Bedürfnisse und Öffnung für psychische bei großen Bevölkerungsteilen) und spiegeln andererseits krisenhafte Entwicklungen im gesellschaftlich-politischen Bereich wider, die durch folgende zwei Einschätzungen charakterisiert werden sollen: „Besonders in den letzten Jahren nahmen belastende Faktoren für den einzelnen deutlich erkennbar zu. Wachsender Arbeitsstreß, erhöhte Leistungsanforderungen, Entfremdung, fehlende Selbstbestimmung und Partizipation, Anpassungsdruck, Norm- und Orientierungslosigkeit im zwischenmenschlichen Bereich, ...die Auflösung sozialer Strukturen, die fortschreitende Urbanisierung mit ihrer Isolierung und Anonymisierung des einzelnen und schließlich auch die Säkularisierung (sind einige... Beispiele)“ (Wetzel, Linster 1980, 394), und: „Allmählich wurde mir klar, daß die großen Probleme der Epoche — Kernkraft, Ausplünderung der Bodenschätze, Umweltzerstörung, Nord-Süd-Konflikt, Inflation, Dauerarbeitslosigkeit — mit herkömmlichen politischen Mitteln nicht zu lösen sind. Die These von Marx, nach der das Sein das Bewußtsein bestimmt, ist falsch. Umgekehrt wird sie richtig. Das Bewußtsein bestimmt das Sein. Der Mensch, sein Bewußtsein, muß sich ändern, damit eine Wende zum Besseren eintreten kann“ (Satyananda 1979, 11).

Ich möchte mich hier nicht mit den Gefahren des Psychobooms — wie politische Resignation und Apathie, Entmündigung bei der Pro-

*) Dieser Artikel ist eine Umarbeitung meines Aufsatzes „Zur Bedeutung psychotherapeutischer Erkenntnisse für die Pädagogik“, in: Twellmann, W. (Hrsg.), Handbuch Schule und Unterricht, Bd. 3, Düsseldorf 1981, 406-428.

blemlösung durch Psychospezialisten, Anpassung an inhumane (Organisations-)Strukturen, Vermarktung psychischen Elends, Ausbau der Therapiekapazitäten statt Entwicklung einer effektiven (z. B. pädagogischen) Prophylaxe — auseinandersetzen, sondern mit den Chancen, die in einer solchen Entwicklung liegen. Sie weist nämlich darauf hin, daß der Mensch nicht beliebig auf seine sozioökonomischen Funktionen hin reduziert werden kann, sondern daß er „ein Mensch mit Bedürfnissen — nicht nur nach einem funktional-reibungslosen Umgang mit seiner Umwelt, sondern nach Selbstentfaltung, nach Echtheit, Wahrheit, Liebe, Zärtlichkeit und Glück..., jemand also auf der Suche nach sich selbst und einem Sinn im Leben“ (Gross, Zeitel 1978, 14) ist. „Wir glauben, daß besonders die neuen Therapien Beantwortungsversuche der wachsenden Entfremdung des Individuums von sich selbst und seiner Umwelt darstellen und als Versuch dienen, das ‚existentielle Vakuum‘... auszufüllen“ (Bach, Molter 1979, 197).

Ich möchte mich hier mit den „grundlegenden Elementen (beschäftigen), die den meisten sogenannten ‚Schulen‘ gemeinsam sind, die aber weniger Beachtung finden, weil die Anhänger der jeweiligen Schulen sich vielmehr darum bemühen, Unterschiede herauszuarbeiten, als Gemeinsamkeiten zu konstruieren“ (Slavson 1977, 44), es soll um die „Einheit in der Vielfalt“ gehen. — Im folgenden Abschnitt (2.) werde ich versuchen, die wichtigsten psychotherapeutischen Richtungen zu klassifizieren. Danach soll ein ganzheitliches Menschenbild entworfen werden, das als Integrationskern für die verschiedenen therapeutischen Perspektiven auf den Menschen dienen kann (3.). Der dann folgende tabellarische Vergleich verschiedener therapeutischer Richtungen soll den Blick für Gemeinsamkeiten (statt Unterschiede), Komplemente (statt Gegensätze) und damit Integrationsmöglichkeiten schärfen (4.). Abschließen möchte ich mit einem zusammenfassenden Ausblick auf ein integratives Konzept, das für Therapie und Persönlichkeitsentwicklung gleichermaßen fruchtbar sein dürfte: die *Lebensenergie* mit ihren verschiedenen Ausprägungen in „Bio-Energie“, „Liebe“, „Sinn“.

2. Ein Klassifikationsversuch der psychotherapeutischen Richtungen

Neuere Versuche, die große Zahl psychotherapeutischer Richtungen, wie sie allgemeinverständlich etwa von Schmidbauer (1975), Kieran (1976), Kovel (1977) oder Harper (1977) im Überblick dargestellt wurden, nach Gemeinsamkeiten ihrer theoretischen Modellvorstellungen und ihres therapeutisch-technischen Vorgehens zusammenzufas-

sen, unterscheiden drei bis fünf große Hauptrichtungen (siehe z. B. Roberts 1975; Wetzel, Linster 1980):

- Tiefenpsychologische Therapien (wesentlich geprägt durch die Freud'sche Psychoanalyse),
- Verhaltensorientierte Therapien (wesentlich geprägt durch die experimentelle Lernpsychologie des Behaviorismus),
- Kommunikationsorientierte Therapien (wesentlich geprägt durch die linguistische und insbesondere systemtheoretische Betrachtung des Menschen),
- Existenz- und erlebensorientierte Therapien (wesentlich geprägt durch die Humanistische Psychologie),
- Transzendenzorientierte Therapien (wesentlich geprägt durch die Esoterische und Transpersonale Psychologie).

In der folgenden Tabelle, die sich an Wetzel und Linster (1980, 397) anlehnt, werden die wichtigsten therapeutischen Richtungen durch ein kennzeichnendes Stichwort und einen Hauptvertreter bzw. Gründer (ohne Literaturhinweise) beschrieben und innerhalb der fünf Hauptrichtungen in eine annähernd chronologische Reihenfolge gebracht.

Diese Tabelle vermittelt — wie alle Modelle — eine Ordnung, die so in der Realität nicht gegeben ist: So ist z. B. die Analytische Therapie von Jung stark durch transzendentes Gedankengut geprägt, die Transaktionsanalyse von Berne wesentlich kommunikationsorientiert, die Psychosynthesis von Assagioli auch erlebnisorientiert. Dennoch vermittelt das Schema wesentliche Dimensionen menschlicher Existenz und Hinweise darauf, von welchen therapeutischen Richtungen man Anregungen zu ihrer Förderung erwarten kann:

- Wollen wir also den Menschen besser in seiner (inneren) Psychodynamik verstehen, so müssen wir uns an die *tiefenpsychologisch-psychoanalytischen* Therapien wenden.
- Wollen wir sein geäußertes Verhalten besser verstehen oder erweitern, so werden uns die *verhaltensorientierten* Therapien am ehesten helfen.
- Für die Lösung von Problemen, die sich aus seinem Eingebundensein in soziale Interaktionssysteme, seiner sozialen Interdependenz, in Familie, Schulklasse, Arbeitsgruppe usw. ergeben, dürften am ehesten *kommunikationsorientierte* Therapien Anregungen bieten.
- Hilfen bei der Bereicherung des Lebens durch Lebendigkeit und sinnvolle Lebensperspektiven kann man von den *existenz- und erlebensorientierten* Therapien erwarten.
- Und Antworten auf metaphysische Grenzfragen menschlicher Existenz, wie die Frage nach Gott, nach dem Sinn des (eigenen) Lebens, nach der geistig-seelischen Weiterexistenz nach dem körperlichen

Tabelle 1: Überblick über wichtige psychotherapeutische Richtungen

Tiefenpsychologische Therapien		Verhaltenorientierte Therapien		Kommunikationsorientierte Therapien		Existenz- und erlebnisorientierte Therapien		Transzendenzorientierte Therapien		
Stichwort	Vertreter	Stichwort	Vertreter	Stichwort	Vertreter	Stichwort	Vertreter	Stichwort	Vertreter	
„klassisch“ ↑ ↓ „integrativ“	Psychoanalyse	FREUD	Verhaltensanalyse	SKINNER	Kommunikationstherapie	WATZLAWICK/ JACKSON/ BATESON/ ERICKSON	Existenzanalyse	BINSWANGER BOSS	Hatha Yoga	LYSEBETH
	Analytische Therapie	JUNG	Verhaltenstherapie	EYSENCK	(Palo Alto Schule)		Daseinsanalyse		Transzendente Meditation	MAHARISHI
	Individualtherapie	ADLER	System.	WOLPE	Hypnotherapie		Logotherapie	FRANKL	Dynamische Meditation	RAJNEESH
	Interpersonale Psychiatrie	SULLIVAN	Desensibilisieren		Strategien der Psychotherapie	HALEY	Klientenztr.	ROGERS	und Esoterische Psychologie	
	Charakteranalyse	REICH	Therapeut. Lernen	DOLLARD MILLER	Conjoint Family Therapy	SATIR	Gesprächspsychotherapie	MORENO	Initiatische Therapie	DÜRCKHEIM
	Ichanalyse	A. FREUD	Soziale Lerntheorie	ROTTER, BANDURA	Neurolinguistic Programming	BANDLER/ GRINDER	Psychodrama	PERLS	Therapie	
	Chicago-Schule	ALEXANDER	Fixed Role Therapy	KELLY	Familien-therapie	SELVINI- PALLAZOLI	Gestalttherapie		Psycho-synthesis	ASSAGIOLI
	Neoanalyse	FRENCH	Rational-emotive Therapie	ELLIS	(Ital. Schule)		Experiential Therapy	GENDLIN	Reinkarnationstherapie	DETHLEFSEN
	Fokaltherapie	SCHULTZ- HENCKE	Realtherapie	GLASSER	Familien-therapie	STIERLIN	Primärtherapie	JANOV	LSD- und Breath-Therapy	GROF
	Katathymes Bilderleben	MALAN	Selbstkontrolle	KANFER			Bioenergetik	LOWEN		
	Transaktionsanalyse	BERNE	Kognitive Verhaltenstherapie	MAHONEY			Strukturelle Analyse	ROLF		
	Schicksalsanalyse	SZONDI	Strukturierte Lerntherapie	GOLD- STEIN			Feeling-Therapy	HART		
	Kollusions-therapie	WILLI	Multimodale Verhaltenstherapie	LAZARUS			Musik-Ther.	WILLMS		
			Behaviordrama	PETZOLD			Tanz-Ther.	SCHOOOP		
							Mal-Ther.	NAUMBURG		
						Kreative Therapie	BUBOLZ/ PETZOLD			
						Eklektische Psychotherapie	THORNE			
						Actualizing Therapy	SHOSTROM			
						Integrative Therapie	PETZOLD			

Tod, Fragen also nach der „kosmischen Verwobenheit“ des Menschen, dürften sich am ehesten bei den *transzendenzorientierten* Therapien finden lassen.

Ferner zeigt diese „Sowohl-als-auch“-Betrachtung, daß sich die verschiedenen therapeutischen Hauptrichtungen nicht — wie es eine „Entweder-oder“-Perspektive leicht nahelegt — gegenseitig ausschließen, sondern lediglich verschiedene, sich ergänzende, existentielle Dimensionen des Menschen schwerpunktmäßig in den Blick genommen haben und diese — angemessen integriert — ein besseres Verständnis vom Menschen in seiner individuellen, sozialen und kosmischen Ganzheit vermitteln können.

3. Ein ganzheitliches Menschenbild als Integrationskern

Will man nun von diesen verschiedenartigen psychotherapeutischen Richtungen Anregungen bekommen zur Förderung der psychischen Gesundheit und Persönlichkeitsentwicklung von Menschen, so dürfte es hilfreich sein, diese in Beziehung zu setzen zu einem ganzheitlichen Bild vom Menschen. Dahinter steht die Hoffnung, daß durch eine sinnvolle Kombination und Integration der unterschiedlichen psychotherapeutischen Perspektiven und praktischen Hilfen der Mensch in einer harmonischeren Ganzheit gesehen und gefördert werden kann, als durch jede Einzelrichtung allein (die ja immer „nur“ eine bestimmte Teilganzheit in den Blick nimmt).

Auf diesem Weg in Richtung einer integrativen Psychotherapie sind wichtige Schritte getan worden, im deutschen Sprachraum insbesondere von *Petzold* (1977a, b; Zeitschrift *Integrative Therapie*; siehe hierzu auch *Bastine* 1975; *Barclay*, zit. nach *Juncker* 1977; *Groder* 1979). Dennoch hatte ich beträchtliche Schwierigkeiten, ein solches Menschenbild als Integrationskern zu entwerfen, in das sich die verschiedenen therapeutischen Ansätze sinnvoll integrieren lassen. Und auch mein folgender Entwurf eines ganzheitlichen Menschenbildes bleibt ein unbefriedigender Versuch, die Vielschichtigkeit menschlicher Existenz auf ein faßbares Bild zu reduzieren (siehe Abbildung 1).

Dieses ganzheitliche Modell vom Menschen zeigt die Person als materiell-körperlich-emotional-aktional-kognitiv-geistige Einheit; sie lebt in einer sozial-gesellschaftlich geprägten Umwelt unter kosmischen Gesetzen in einem stammes- und individualgeschichtlichen Entwicklungsprozeß von mehr materiellen hin zu mehr geistig-spirituellen Bedürfnissen und Existenzformen. Trotz aller Problematik eines solchen Integrationsversuches von Menschenbildern aus sehr unterschiedlichen Kulturkreisen weist es eindringlich auf einige für die Psychotherapie

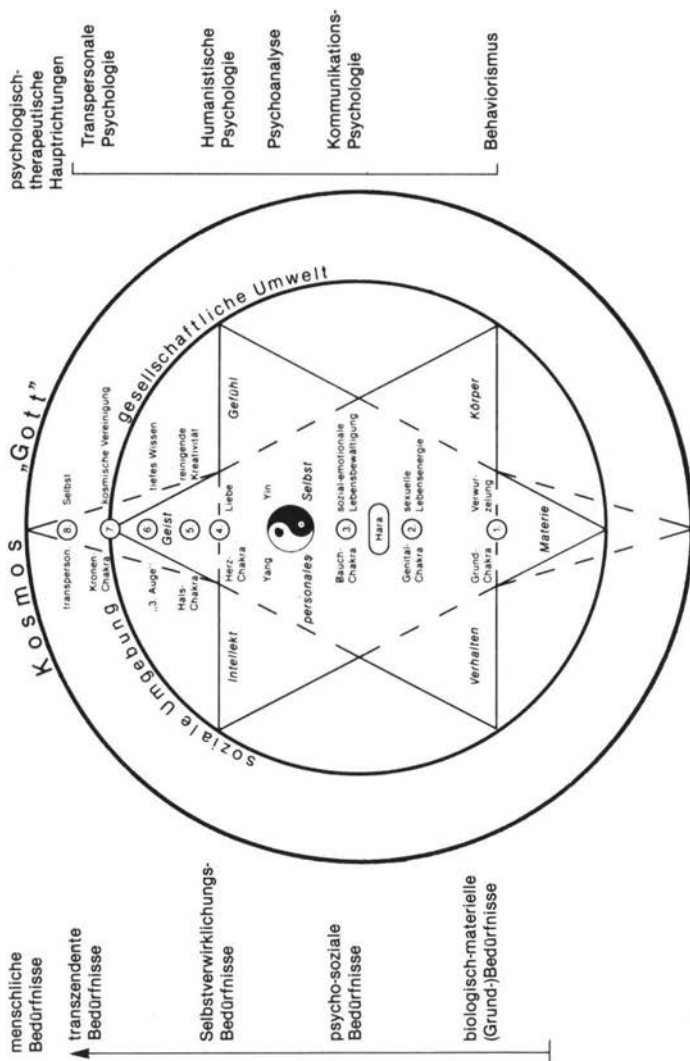


Abbildung 1:

Der Mensch, seine Bedürfnisse und Psychologien — Versuch eines ganzheitlichen Menschenbildes

(mit Aspekten von Maslows „Hierarchie der Bedürfnisse“ (Maslow 1981), Cohns „TZI-Modell“ (Cohn 1976, 160 ff.), Groders „Oktaeder“ (Groder 1979, 186), Assagiolis „Ei-Diagramm“ (Assagioli 1978, 55), Bennetts „Drei Teile des Menschen“ (Bennett 1977a) und der fernöstlichen Lehren von den menschlichen Energiezentren (Chakren) (siehe z. B. Rosenberg 1973, 154 ff.) und Lebensenergie-Polen (Yin-Yang) (siehe z. B. Ornstein 1976, 75 ff.).

wesentliche Erkenntnisse hin: „Praktisch alle westlichen Psychotherapien arbeiten an Problemen des zweiten und dritten Chakra. Zum Beispiel sind die Freud'sche Psychoanalyse und die Reich'sche Therapie theoretische Systeme des zweiten Chakra (Sexualenergie). Adler's Individualpsychologie, die Gestalttherapie und die Transaktionale Analyse können als Therapien des dritten Chakra angesehen werden. Die einzigen westlichen Psychotherapien, die ich als ‚Viert-Chakra-Therapien‘ ansehe, sind die Jung'sche Analyse und die Psychosynthesis. Das vierte Chakra ist die Übergangsstelle zu den höheren oder spirituellen Chakren“ (Marcus o. J., 16 f.).

Ferner wird deutlicher, daß die verschiedenen Therapien ihr Hauptaugenmerk auf unterschiedliche Teilbereiche bzw. Dimensionen menschlicher Existenz gerichtet haben, in denen sich Störungen manifestieren können. Von daher scheint es naheliegend, daß sich entsprechend komplementäre Therapien sinnvoll gegenseitig ergänzen können und so eine ganzheitlichere Behandlung des Menschen möglich wird. Gleichzeitig könnte das Dargestellte praktizierenden Therapeuten Mut machen, sich auch komplementär fortzubilden, um ihrer eigenen Ganzheit näherzukommen.

4. Tabellarischer Vergleich wichtiger psychotherapeutischer Richtungen

Zusammenfassende Darstellungen der verschiedenen psychotherapeutischen Richtungen betonen in aller Regel — schon alleine durch das lineare Nacheinander in der Darstellung — ihre Unterschiedlichkeit und verstärken so unseren analytisch-trennenden Blick. Wollen wir dagegen die Gemeinsamkeiten und sich ergänzenden Aspekte der verschiedenen Ansätze deutlicher sehen, so scheint eine zweidimensionale tabellarische Darstellung günstiger, in der die verschiedenen Therapien nach gemeinsamen Gesichtspunkten verglichen werden. Das kann hier nur in ersten Ansätzen geleistet werden, da mir ein tieferer Einblick in die meisten therapeutischen Richtungen fehlt.

Ohne die Auswahl hier näher zu begründen, habe ich folgende Kategorien zum Therapievergleich herangezogen:

I. Psychotherapeutische Modellvorstellungen vom Menschen zur Verbesserung des Verständnisses für den anderen:

- | | | |
|------------------------------------|--|---------------------------------|
| a) Determinanten
des Verhaltens | | } menschlicher
Grundkonflikt |
| b) Persönlichkeitsmodelle | | |

- c) Entstehung psychischer Störungen bzw. abweichenden Verhaltens
 - d) Fokus und (Zeit-)Perspektive des therapeutischen Handelns
- II. Therapieziele als allgemeine Lern- und Lebensziele
- III. Therapiemethoden als Hilfen zur Persönlichkeitsentwicklung:
- a) zur Neuinterpretation sozialer Situationen
 - b) als Anregungen für (alternatives) soziales Handeln (siehe Tabelle 2 im Anhang)
5. „Stärkung und Entwicklung der Lebensenergien“ als integrierendes Ziel für Therapie und Persönlichkeitsentwicklung

Eine Antwort auf die Frage, „was die Welt im Innersten zusammenhält“ — und damit auch die verschiedenen Therapien —, ist *Energien*. Hier interessieren uns natürlich nicht so sehr die materiellen Energien (wie Wärme, Gravitation, chemische Verbindungen) — obwohl diese für die körperliche Gesundheit eine wichtige Rolle spielen —, sondern die psychischen Lebensenergien. „Die Lebensenergien sind um uns und in uns, und unsere Existenz hängt ganz von ihnen ab... Die Fähigkeit, seine Arbeitskraft voll auszuschöpfen und auch Freude im Leben zu erfahren, hängt davon ab, die richtigen Energien an der richtigen Stelle zur Verfügung zu haben. Wie wenig kennen wir die erforderlichen Techniken dafür!... Beinahe alle emotionalen und geistigen Leiden der Menschheit lassen sich auf den falschen Gebrauch der psychischen Energien zurückführen. Im Falle der sexuellen Energie sollte es für jeden offensichtlich sein; aber bei Gedanken- und Gefühlsenergien glauben wir kaum daran. Psychologie ist bis jetzt kaum an der Schwelle zum Verständnis der psychischen Energien... Schließlich spielen die Energien auch bei der Transformation des Menschen eine Rolle. *Gurdjieff* (ein geistig-spiritueller Lehrmeister; B. F.) definierte den Menschen als ‚kosmischen Apparat für die Transformation von Energien‘. Des Menschen Sein und Werden, seine tatsächliche Existenz und sein Potential, ein volleres oder höheres Leben zu erlangen, hängen ebenso von der Energietransformation ab“ (*Bennett 1977b*, 8f.). In seinem Buch „Energien — materiell, vital, kosmisch“ entwirft der englische Natur- und Geisteswissenschaftler und *Gurdjieff*-Schüler *Bennett* auf der Basis des Energie-Konzeptes ein überzeugendes ganzheitliches Bild vom Menschen und seinen Entwicklungsmöglichkeiten, das für Therapie und Pädagogik gleichermaßen bedeutsam ist. Folgende Energiearten spielen hier eine besondere Rolle: vereinigende Energie (z. B. Liebe), schöpferische Energie (z. B. kreative Einfälle), bewußte Energie

(z. B. Wille), sensitive Energie (z. B. Wahrnehmung), automatische Energie (z. B. reflexhaftes Fühlen und Denken), vegetative Energie (z. B. Sympathikus-Erregung bei Angst und Aggression). In der Tabelle 2 (siehe Anhang) finden sich in den Spalten „innere Antriebe“ und „Ich als Integrationsinstanz“ wichtige Aspekte dieser psychischen Energien.

Menschen befinden sich von ihrer Entwicklung her in ihrem Schwerpunkt auf unterschiedlichen Energie-Niveaus. Persönlichkeitsentwicklung, bewirkt durch Pädagogik oder Therapie, bedeutet dann: Transformation der psychischen Energien auf ein höheres, mächtigeres Niveau mit „feineren Schwingungen“. Ein ähnliches Ziel verfolgt — neben anderen „östlichen“ Lehren der Persönlichkeitsentwicklung — die Yoga-Lehre, wenn sie die (sexuelle) Basis-Energie (Kundalini) „nach oben“ in die geistigen Zentren fließen lassen will. Und man kann auch in Freuds Sublimierungsidee die Transformation (primär sexueller) Libidoenergie in kulturell wertvolle geistige Leistungen sehen.

Der Begründer der Psychosynthese *Assagioli* sieht als wichtige zukünftige Aufgabe die Gründung einer „Wissenschaft von den psychischen Energien“ mit dem Ziel, „verlässliche und angemessene Techniken der Transformation innerer Energien“ zu entwickeln (1978, 68). Und ein neuerer integrativer Therapieansatz, die „Life Energy Therapy“, geht ebenfalls von der integrierenden Perspektive der Lebensenergie aus: „Wenn man auf dem Konzept der Energie aufbaut, ist es möglich, ein Verständigungsschema zu entwickeln, wie die Elemente im Universum zusammenpassen. Ein wichtiger Aspekt dieser Energiesynthese wäre zu zeigen, wie die verschiedenen Therapien, Verhaltensänderungssysteme und Heilungsansätze eine Gemeinsamkeit haben, die allen zugrunde liegt“ (*Sabetti* 1978, 1).

Mit Hilfe des Energie-Konzeptes läßt sich nun auch ein allgemeines und integrierendes Ziel für Therapie und pädagogische Persönlichkeitsentwicklung formulieren: (Psycho-)Therapie soll primär Energie-Blockierungen und -Disharmonien abbauen; bei der pädagogischen Persönlichkeitsentwicklung geht es primär darum, vorhandene Lebensenergien zu erhalten, zu verstärken, konstruktiv zu kanalisieren und zu transformieren und ferner auch darum, neue noch nicht entwickelte Energien zu erwecken und Energieblockierungen vorzubeugen.

Unter dieser gemeinsamen Zielperspektive lassen sich jetzt die verschiedenen therapeutischen Methoden und Richtungen — bezogen auf das ganzheitliche Menschenbild in Abbildung 1 — integrieren (s. Tab. 3).

Tabelle 3: Das integrierende Konzept der Lebensenergie in Therapie und Persönlichkeitsentwicklung

	<i>Bereiche individuellen Lebens</i>						<i>sozialer Bereich</i>
	materieller Bereich	körperlicher Bereich	Verhaltens-Bereich	emotionaler Bereich	intellektueller Bereich	geistig-spiritueller Bereich	
Ausdrucksformen der Lebensenergien	— Hunger, Durst — harmonischer Stoffwechsel (z. B. Verdauung) — ...	— Spannungs-Entspannungs-Bedürfnis — (sexuelle) Bio-Energie — Muskelspannungen, -Kraft — Atmung — ...	— Bewegungs- (Ausdrucks-) Bedürfnis — (soziales) Kommunikations- und Arbeitsverhalten — ...	— emotionales Zuwendungs-Bedürfnis — Freude, Angst, Aggression — ...	— Neugier — Bedürfnis nach kognitiver Struktur und Dissonanzfreiheit — wissenschaftl. Diskussionen — ...	— Bedürfnis nach „höherem“ Lebenssinn — kreative, „geniale“ Leistungen — paranormale Kräfte — ...	— Solidaritäts-Bedürfnis — soziales Zusammenleben — Gemeinschaftsaktionen — ...
Blockierungsmöglichkeiten der Energien	— einseitige (z. B. übersaure) Ernährung — zu wenig Flüssigkeitsaufnahme — ...	— Lebendigkeitsverbote — psychosomatische Haltungsschäden — ...	— rigides, automatisiertes Reaktionsverhalten — Verhaltensdefizite — ...	— Ängstlichkeit — lähmende Konflikte — (Selbst-) Abwertungs-Programme — ...	— rigide kognitive (Selbst-) Wahrnehmungs- und Interpretations-Muster und Paradigmen — ...	— negativistisch, materialistisch od. naturwissenschaftl. eingeschränkte Weltanschauung — ...	— antisoziale Normen, Werte, Regeln — ...
Methoden für das Therapie-Ziel: Energie-Blockierungen abbauen	— Fasten — Diät — ...	— Bioenergetik — Massage — Akupunktur — ...	— „Klassische“ Verhaltenstherapie — ... — Psychodrama	— Gestalttherapie — ... — Klientenzentr. Gesprächstherapie	— Psychoanal. — Individualpsych. — Transakt. Anal. — Kognitive (Verh.-) Therapien	— Psycho-synthese — ...	— Kommunikations-, insbes. Familientherapien — ...
Methoden für das Pädagogik-Ziel: Energien entwickeln und transformieren	— Ernährungs- und Gesundheits-Lehre — ...	— Feldenkrais-Bewegungs-Übungen — Gymnastik — ...	— Training in sozialer und Handarbeits-Kompetenz — Tanz — Sport — ...	— Gestalt-Pädag. — Encounter-, Sensitivity-, Selbsterfahrungs-Gruppen — Musik — Themenzentrierte Interaktion — ...	— rationale Diskurs-Übungen — aufklärerischer Schul-Unterricht — ...	— Meditation — Yoga — Übungen zur spirituellen Entwicklung — ...	— gruppendynamische und Kommunikations-Trainings — ...

Abschließen möchte ich mit der Vermutung — die gleichzeitig als Warnung und Aufforderung verstanden kann —, daß therapeutische (und pädagogische) Methoden und Techniken nur in dem Maße für die Persönlichkeits- bzw. Lebensenergien-Entwicklung hilfreich und wirksam sind, wie sie von den höheren, „kosmischen“ Energien (vgl. *Bennett* 1977b) getragen und durchdrungen sind, d. h. von Bewußtsein, Kreativität und Liebe.

Literatur

- Alexander, G.*, Eutonie — ein Weg der körperlichen Selbsterfahrung, München 1976.
- Ammann, A.*, Familientherapie. Ein Überblick, in: Neue Formen der Psychotherapie (hrsg. v. d. Psychologie heute — Redaktion), Belz, Weinheim 1980, 193-208.
- Anders, F.*, Das chinesische Schattenboxen T'ai Chi Chuan, Bern 1978.
- Assagioli, R.*, Handbuch der Psychosynthese, Anrum, Freiburg 1978.
- Bach, G. R., Molter, H.*, Psychoboom, Rowohlt, Reinbek 1979.
- Bastine, R.*, Auf dem Weg zu einer integrierten Psychotherapie, *Psychologie heute*, 2, 1975, 53-58.
- Bennett, J. G.*, Eine spirituelle Psychologie, Frankfurt 1977a.
- Bennett, J. G.*, Energien — materiell, vital, kosmisch, Frankfurt 1977b.
- Boden, L. M.*, Meditation und pädagogische Praxis, München 1978.
- Brenner, C.*, Grundzüge der Psychoanalyse, S. Fischer, Frankfurt 1972.
- Cohn, R. C.*, Von der Psychoanalyse zur themenzentrierten Interaktion, Klett, Stuttgart 1976.
- Dreikurs, R.*, Grundbegriffe der Individualpsychologie, Stuttgart 1969.
- Ellis, A.*, Die rational-emotive Therapie, München 1977.
- Feldenkrais, M.*, Bewußtheit durch Bewegung, Frankfurt 1968.
- Fittkau, B., Müller-Wolf, H.-M., Schulz von Thun, F.*, Kommunizieren lernen (und umlernen), Braunschweig 1977.
- Frankl, V. E.*, Das Leiden am sinnlosen Leben, Freiburg 1978.
- Gordon, T.*, Familienkonferenz, Hamburg 1972.
- Groder, M.*, Asklepieion. Eine Integration psychotherapeutischer Verfahren, in: *Barnes G. u. a.*, Transaktionsanalyse seit Eric Berne, Berlin 1979.
- Gross, W., Zeitel F.*, Gruppentherapie — Hilfe für wen? Freiburg 1978.
- Halder, P.*, Verhaltenstherapie, Stuttgart 1973.
- Harper, R. A.*, Die neuen Psychotherapien, O. Müller, Salzburg 1979.
- Huddleston, P.*, Selbsteilung durch Vorstellungskraft, *Hologramm*, 18, 1980, 17-19.
- Integrative Therapie.* Zeitschrift für Verfahren Humanistischer Psychologie und Pädagogik, hrsg. von *Petzold, H.*, Paderborn (ab 1975).
- Jacoby, R.*, Soziale Amnesie, Frankfurt 1978.
- Jung, C. G., Franz, M.-L., Henderson, J. L., Jacobi, J., Jaffe, A.*, Der Mensch und seine Symbole, Walter, Olten 1968, 1979⁹.
- Junker, H.*, Theorien der Beratung, in: *Hornstein, W. u. a.* (Hrsg.), Funk-Kolleg Beratung in der Erziehung, Bd. 1., Frankfurt 1977, 285-309.
- Kanfer, F. H., Goldstein, A. P.* (Hrsg.), Möglichkeiten der Verhaltensänderung, München 1977.
- Kiernan, T.*, Psychotherapie. Kritischer Führer durch Theorien und Praktiken, Frankfurt 1978.
- Kovel, J.*, Kritischer Leitfaden der Psychotherapie, Frankfurt 1977.

- Leuner, H., *Katathymes Bilderleben*, Stuttgart 1970.
- Leutz, G., *Psychodrama*, Springer, Heidelberg 1974.
- Lowen, A., *Bio-Energetik*, Rowohlt, Reinbek 1979.
- Lowen, A., Lowen, L., *Bioenergetik für Jeden*, Gauting 1979.
- Lysebeth, A. v., *Yoga*, München 1977.
- Marcus, E. H., *Gestalt Therapy: A Syllabus for Trainees (aus: Gestalt Therapy and Beyond)*, Los Angeles, o. J.
- Maslow, A. H., *Motivation und Persönlichkeit*, Reinbek bei Hamburg 1981.
- Nagel, H., Seifert, M., (Hrsg.), *Inflation der Therapieformen*, Rowohlt, Reinbek 1979.
- Naranjo, C., Ornstein, R. E., *Psychologie der Meditation*, Fischer, Frankfurt 1976.
- Nellessen, L., *Kommunikationstherapie*, in: Heinerth, K. (Hrsg.), *Einstellungs- und Verhaltensänderung*, München 1979, 251-270.
- Ornstein, R., *Die Psychologie des Bewußtseins*, Frankfurt 1976.
- Perls, F. S., *Gestalt, Wachstum, Integration*, Paderborn 1980.
- Petzold, H., *Ich bin o. k., Du bist so làlà*, *Psychologie heute* 8, 1975, 35-43.
- Petzold, H. (Hrsg.), *Psychotherapie und Körperdynamik*, Junfermann, Paderborn 1977a.
- Petzold, H. (Hrsg.), *Die neuen Körpertherapien*, Junfermann, Paderborn 1977b.
- Rajneesh, B. S., *Meditation*, München 1980.
- Renggli, F., *Angst und Geborgenheit*, Rowohlt, Reinbek 1976.
- Roberts, T. B. (Hrsg.), *Four Psychologies Applied to Education: Freudian, Behavioral, Humanistic, Transpersonal*, New York 1975.
- Rogoll, R., *Nimm dich, wie du bist*, Freiburg 1976.
- Rogers, C. R., *Therapeut und Klient*, München 1977.
- Rosenberg, J. L., *Orgasmus*, Berlin 1973.
- Sabetti, S., *Life Energy Therapy an Introduction*, Institute for Life Energy, München 1978.
- Satyananda, S. (Eltan, J. A.), *Ganz entspannt im Hier und Jetzt*, Rowohlt, Reinbek 1979.
- Schmidbauer, W., *Heilungschancen durch Psychotherapie*, München 1975.
- Schmidbauer, W., *Die hilflosen Helfer*, Frankfurt 1977.
- Slavson, S. R., *Analytische Gruppentherapie*, Frankfurt 1977.
- Stevens, J., *Die Kunst der Wahrnehmung*, Kaiser, München 1975.
- Wetzel, H., Linster, H.-W., *Psychotherapie*, in: Asanger, R., Wenninger, G. (Hrsg.), *Handwörterbuch der Psychologie*, Weinheim 1980, 394-407.
- White, J., *Alles über TM*, München 1976.
- Wilmar, F., *Heileurhythmie*, in: Petzold, H. (Hrsg.), *Psychotherapie und Körperdynamik*, Junfermann, Paderborn 1977, 245-265.

Zur Integration psychotherapeutischer Maßnahmen auf der Basis sozialpsychologischer Konzepte

Erich H. Witte, Hamburg

1. Vorbemerkung

Psychotherapeutische Schulen mit ihren speziellen Ansätzen und Vorgehensweisen sind kaum noch überschaubar (GT, VT, TA, TM, Gestalt, Körperschulung, Implosions-, Realitätstherapie, verschiedene Tiefenpsychologische Schulen, gruppentherapeutische und gruppendynamische Techniken, Urschrei, familientherapeutische Techniken, Persuasion etc. pp.). Die Forderung nach Ordnungsgesichtspunkten wird immer wieder erhoben (*Bastine, 1975; Urban, Ford, 1971; v. Quekelberghe, 1979*). Dann ergibt sich natürlich die Frage, ob es eine Teildisziplin der Psychologie gibt, die übergeordnete theoretische Begriffe zur Verfügung stellen kann, mit deren Hilfe eine Integration möglich ist. Im Augenblick wird schwerpunktmäßig die Lernpsychologie herangezogen, um viele Effekte psychotherapeutischer Maßnahmen zu erklären. Gleichzeitig wird selbst in der Verhaltenstherapie eine Erweiterung des Erklärungsmodells vorgenommen (z. B. *Yates, 1970*), eben weil ohne kognitive Elemente die Lernpsychologie auf Schwierigkeiten stößt (z. B. *Seligmann, Hager, 1975*). Folglich erweist sich dieses Erklärungsmodell als zu eng. Außerdem ist der wesentliche Begriff der Verhaltenstherapie, nämlich der Verstärker, noch immer recht unzureichend eingeführt (*Westmeyer, 1973*). Ein weiterer Versuch, die therapeutischen Ansätze über ein Kernmodell als Ausgangspunkt zu integrieren, wurde erst kürzlich anhand der gestalttheoretischen Variante der Wahrnehmungspsychologie vorgelegt (*Walter, Walter, 1979*). Andere Versuche, eine Therapieschule als Ausgangspunkt zu nehmen und die übrigen Ansätze als bloße Teile dieser Schule zu erklären, sind in der Literatur immer wieder aufgetaucht, insbesondere die Reduktion der Psychoanalyse auf Verhaltenstherapie und die der Gesprächspsychotherapie auf Psychoanalyse. Alle diese Versuche sind wegen der Einseitigkeit der Ansätze und ihrer empirischen Fragwürdigkeit trotz möglicher und wichtiger Erkenntnisgewinne zum Scheitern verurteilt. Die Ausgangsbasis ist zu schmal und letztlich zu wenig erforscht. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt sind einerseits das in den Therapieschulen vorhandene Erfahrungswissen und an-

dererseits die empirische, selbstkritische und nicht nach Schulen vorstrukturierte Erforschung des Alltagsverhaltens zu verbinden. In diesem Zusammenhang erscheint die Sozialpsychologie in ihrer Vielzahl von Erkenntnissen (und Problemen) ausgesprochen wertvoll für die Klinische Psychologie, wie ich aus zahlreichen Prüfungsgesprächen mit Diplomanden bestätigt bekam.

Die Basis der Sozialpsychologie ist breit genug, um nicht zu einseitig die Anwendungsprobleme der Klinischen Psychologie in Form von Psychotherapie i. w. S. zu betrachten, gleichzeitig aber auch in gewissem Umfange einengend, um noch einen gewissen Überblick zu behalten. Mit Sicherheit werden in Zukunft aber auch Ergebnisse der Umweltpsychologie ebenfalls heranzuziehen sein. Um meine Vorstellungen zur notwendigen Verbindung von Sozialpsychologie mit Psychotherapie noch pointierter darzustellen, möchte ich drei Thesen formulieren, die als Leitidee für diese Arbeit dienen:

These 1: Die bekannten psychotherapeutischen Methoden gehen von Vorgängen des Alltagsverhaltens aus und verstärken bzw. selektieren gewisse Elementarvorgänge. Folglich stellt eine Psychotherapieform eine spezifische Auswahl von Alltagsprozessen dar.

These 2: Die Situationen, in denen die bekannten Therapieformen durchgeführt werden, ähneln *experimentellen Interaktionssituationen*, in denen gewisse Randbedingungen eingeführt, bestimmte Gesetze unterstellt und gemäß den Randbedingungen und Gesetzesannahmen vorhersagbare Veränderungen erwartet werden.

These 3: Der Weg einer von vielen geforderten Integration der Vielzahl therapeutischer Maßnahmen führt über das Alltagsverhalten als Ausgangspunkt. Nur über das Verhalten im Alltag können die theoretischen Vorstellungen unterschiedlicher Therapiekonzepte vergleichbar gemacht werden. Ein ähnliches Vorgehen wird bei dem Vergleich von Begriffssapparaten unterschiedlicher Theorien eingeschlagen: Man führt die zu vergleichenden Begriffe auf die Umgangssprache zurück und stellt dann die Ähnlichkeit fest. Aus diesen drei Thesen folgt nach meiner Einschätzung eine lohnende Kooperation zwischen Sozialpsychologie und Klinischer Psychologie.

2. Sozialpsychologie und Psychotherapie

Obwohl es vereinzelt die Betonung des Zusammenhanges zwischen Klinischer und Sozialpsychologie gibt, sind Artikel, die sich mit diesem Thema beschäftigen, die große Ausnahme. Diese Ausnahmen finden sich in Arbeiten von *Bandura* (z. B. 1969), einem Artikel von *Goldstein und Simonson* (1971) und in dem neueren Buch von *Kanfer*

und Goldstein (1975), in dem klassische Vorstellungen der Sozialpsychologie zur Einstellungsänderung und kognitiven Umstrukturierung als Therapiemaßnahmen aufgenommen sind. Die engen Berührungspunkte zwischen Psychotherapie und Sozialpsychologie erkennt man am besten, wenn man sich eine umfangreiche Definition von Psychotherapie anschaut.

2.1 Zur Definition von Psychotherapie

Ich habe eine neuere Definition ausgewählt, die mir ausreichend umfangreich erscheint, so daß möglichst viele Therapeuten sie akzeptieren können. Sie stammt von Strotzka (1975, S. 4): „Psychotherapie ist ein bewußter und geplanter interaktioneller Prozeß zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal, aber auch averbal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens.“

In dieser Definition werden viele Reizworte aus sozialpsychologischen Forschungsansätzen angesprochen, die möglicherweise zu einer verbesserten Klärung der in der Therapie ablaufenden Prozesse heranzuziehen sind, z. B. interaktioneller Prozeß, Beeinflussung, Konsensus, Bezugsgruppe, verbale und non-verbale Kommunikation, Theorie des Verhaltens etc. Folglich werden Begriffe verwendet, die in der Sozialpsychologie Gegenstand intensiver Forschung waren und sind. Die gemeinsamen Erkenntnisse können auch für die Psychotherapie nützlich sein.

2.2 Sozialpsychologische Forschungsansätze und Psychotherapie

Man kann auch von einer Individualtherapie annehmen, daß sie in einer *Gruppensituation* stattfindet, weil mindestens zwei Personen — Klient und Therapeut — daran beteiligt sind. Das gilt auch dann noch, wenn der Klient für sich allein ‚arbeitet‘, weil die individuellen Aktionen nachher in der Therapie durchgesprochen werden und dieses Vorgehen dem Klienten vorher bekannt ist.

In einer Gruppensituation hängt nun das Verhalten wesentlich von der Gruppenatmosphäre bzw. Kohäsion ab. Das gilt für beliebige Pro-

blemstellungen. Aus der experimentellen Kleingruppenforschung weiß man, daß ein Mindestmaß an gegenseitiger Beliebtheit vorhanden sein muß, damit die Gruppensituation Einfluß auf das individuelle Verhalten nehmen kann (*Drittes, Kelley, 1956*). Ähnliches wird auch in verschiedenen Therapieformen gefordert und dort „Wertschätzung“, „Übertragung“, „Vertrauen“ etc. genannt.

Um die Sympathie zwischen Therapeut und Klient effektiv aufbauen zu können und damit die Kohäsion dieser Dyade zu erhöhen, kann man sich an den Forschungsergebnissen der *interpersonalen Attraktion* orientieren (*Jones et al., 1972*). Recht gut bestätigt ist, daß man sich zu Personen hingezogen fühlt, von denen man selbst geschätzt wird und die ähnliche Vorstellungen haben wie man selber. Man könnte nun hieraus eine Methode entwickeln, um dem Klienten die Wertschätzung und die Ähnlichkeit im Bereich gewisser Meinungen direkt zu vermitteln, was den Prozeß der Kohäsion beschleunigen kann. Legitim ist eine solche Methode nur dann, wenn sie auf einer tatsächlich vorhandenen Wertschätzung und Meinungsähnlichkeit beruht. Partiiell wird beides aber häufig vorhanden sein.

Neben dem emotionalen Bereich in einer therapeutischen Gruppensituation ist die Rollenverteilung zu beachten. Dabei wird der Therapeut die Prozesse lenken gemäß den Vorstellungen seiner Therapieschule. Das bedeutet aber, es sind die Befunde der *Führungsforschung* heranzuziehen (*Fiedler, 1967; Kunczik, 1972*), — geht man einmal von dem Fiedler'schen Kontingenzmodell aus, das die Führungssituation unterteilt in drei Aspekte: Macht¹⁾ des Führers, Beliebtheit und Aufgabenstellung. Abhängig von der Art der konkreten Führungssituationen sollte der Führer ein eher personenorientiertes oder eher leistungsorientiertes Verhalten zeigen.

Dieses Modell besitzt im Augenblick zwar nur heuristischen Wert, aber man könnte sich vorstellen, daß der Therapeut seine Anforderungen an den Klienten in Abhängigkeit seiner Macht, seiner Beliebtheit und der Problemstellung variiert. Zu Beginn einer Therapie ist wahrscheinlich die Beliebtheit gering, die Aufgabenstellung unstrukturiert und die Macht klein. In einem solchen Falle empfiehlt das Fiedler-Modell einen leistungsorientierten Führungsstil. Das könnte für den Therapeuten bedeuten, sich auf die Problemstellung zu konzentrieren, stärker zu lenken und das Beziehungsverhältnis aktiv zu verbessern.

¹⁾ Falls an dieser Stelle mit negativen Affekten überladene Assoziationen die Denkarbeit behindern, sollte man auf Verdrängungsprozesse achten.

Ist es ihm dann gelungen, eine gute Beziehung zum Klienten herzustellen, kann der Therapeut auf die verstärkte Mitarbeit des Klienten hoffen und seine Lenkung vermindern. Wird schließlich die Aufgabe immer klarer, bietet sich wiederum eine stärkere Lenkung durch den Therapeuten an. Mir scheinen Modelle, die das Therapeutenverhalten abhängig machen von den drei Aspekten der Therapiesituation, angemessener als ein statisches, das nur eine erste Approximation sein kann.

Ein weiterer wichtiger Punkt im therapeutischen Geschehen stellt die *verbale Kommunikation* dar. Ganz wesentlich scheint mir in diesem Zusammenhang die Forschung über die schichtspezifischen Dialekte zu sein, die Sprachbarrieren zwischen den Schichten aufbauen (Badura, 1971). Solche Barrieren aber sind nur zu überwinden, falls wir auch mit Unterschichtklienten arbeiten wollen, wenn die Therapeuten den Unterschichtdialekt in gewissem Umfang kennenlernen und z. T. auch selbst anwenden können. Das erhöht die Ähnlichkeit zwischen Unterschichtklient und Therapeut und damit die Kohäsion. Es ist aber nicht damit getan, in komplizierte Satzkonstruktionen Kraftworte einzustreuen. Das kann die Klienten eher irritieren. Als Therapeut von Unterschichtklienten muß man in gewissem Umfang den Sprechstil verstehen und ihn produzieren können. Ansonsten ist man leicht geneigt, zu sagen, daß eine zu geringe Verbalisationsfähigkeit vorliegt, um eine Behandlung durchführen zu können. Ähnliche Probleme gelten für Kinder und Jugendliche.

Unerläßlich erscheint mir auch neben der Beherrschung des Sprechstils die Kenntnis der Vorstellungswelt von Klienten aus anderen Schichten. Die Art und die Verteilung von Werthaltungen über relevante Probleme sind bei der Interpretation von Aussagen heranzuziehen, sonst ist man u. U. bereit, gewisse Vorstellungen als Symptom zu betrachten, obwohl diese Haltung ganz selbstverständlich in der entsprechenden Schicht oder differenzierter in der entsprechenden *Bezugsgruppe* vertreten wird.

Das Problem des Leidensdrucks und der Verhaltensstörung ist häufig nur über eine Theorie der Bezugsgruppe zu betrachten (Hyman, Singer, 1968). Die Bezugsgruppen haben die Funktion, als Anker für die Beurteilung des eigenen Verhaltens zu fungieren, das angemessene Verhalten vorzuschreiben und die Wahrnehmung und Beurteilung der Umwelt zu erleichtern. Gibt es größere Abweichungen, so wird das Verhalten als pathologisch angesehen. So wird man heute einem Homosexuellen mit starkem Leidensdruck bei der Neubestimmung seiner Bezugsgruppe helfen und nicht mehr sein Sexualverhalten wesentlich modifizieren wollen. Ähnliche Probleme könnten bei Versagensäng-

sten auftreten, indem jemand Ziele anstrebt, die für ihn nicht erreichbar sind. Hieraus ist in spezifischen Fällen eine Therapiemaßnahme zu entwickeln, die man *Bezugsgruppen-Modifikations-Methode* nennen könnte.

Sicherlich könnte man noch zahlreiche weitere Ergebnisse der Sozialpsychologie mit therapeutischen Maßnahmen in Verbindung bringen. Hier soll jetzt nur noch exemplarisch das Einstellungskonzept für Therapiemethoden nutzbar gemacht werden, weil ich es für viele Veränderungen als zentral ansehe.

2.3 Das Einstellungskonzept und Psychotherapie

Schwerpunktmäßig scheinen die therapeutischen Maßnahmen sich auf die folgenden Aspekte zu beziehen, wobei immer auch *emotionale Veränderungen* ablaufen:

1. Verhaltensänderungen,
2. kognitive Umstrukturierung und
3. gemeinsame Verhaltens- und Kognitionsänderungen.

Reine Verhaltensänderungen sind sicherlich sehr begrenzt, z. B. die Behandlung von Tics oder einfacheren Phobien. Die Interpretation der Behandlung als reine Verhaltensänderung gilt auch nur dann, wenn diese Verhaltensweisen isoliert auftreten und keine anderen Funktionen haben. Eine reine Umstrukturierung der Kognition ist wohl ebenfalls relativ selten. Immer wird man auch einen Einfluß auf die Veränderung des Verhaltens nehmen wollen, wie es z. B. die *rational-emotive Therapie* von Ellis (1962) vorsieht. Bei diesem therapeutischen Verfahren ist die Hauptidee, daß viele Menschen Vorurteile, unrealistische Erwartungen oder unlogische Annahmen bei Bewertung über oder Interpretation von Ereignissen in ihrer Umwelt besitzen, so daß häufig diese Personen mit problembeladenen Situationen konfrontiert werden. Aber auch bereits diese therapeutische Maßnahme verbindet kognitive und behaviorale Elemente.

Vielleicht ist am ehesten noch der Leidensdruck, der aus der Beurteilung des eigenen Verhaltens und des Entstehens eines „schlechten Gewissens“ resultiert, durch eine reine Kognitionsänderung zu beheben. Jedenfalls werden in der überwiegenden Zahl der Fälle Kombinationen aus behavioralen und kognitiven Elementen, die mit Leidensdruck besetzt sind, der Gegenstand therapeutischer Maßnahmen sein.

Als Sozialpsychologe wird man an dieser Stelle an den *theoretischen Begriff der Einstellung* erinnert. Dieser Einstellungsbegriff gliedert sich in drei Komponenten:

die kognitive, die affektive und die behaviorale oder konative.

Da diese drei Komponenten als wesentlich für den Einstellungsbe-
griff akzeptiert werden, so kann man Therapie²⁾ als eine gezielte Stra-
tegie zur Einstellungsänderung in vielen Fällen ansehen, denn es sollen
Verhaltensweisen und kognitive Elemente modifiziert werden, um ne-
gative Affekte zu beseitigen. Diese Überlegung kann noch dadurch ge-
stützt werden, daß bei einer Veränderung im Bereich der Persönlich-
keit nur diejenigen Anteile direkt modifizierbar sind, die nicht als gene-
tisch determiniert angesehen werden. Dieser Ausschnitt aus den Pers-
önlichkeitsmerkmalen läßt sich als sozial vermittelt recht gut unter
ein Einstellungskonzept subsumieren.

Die sehr große Ähnlichkeit zwischen dem hypothetischen Konstrukt
der Einstellung und dem des Persönlichkeitsmerkmals wird im Rahmen
des Interaktionalismus hervorgehoben. Diese Forschungsrichtung der
Differentiellen Psychologie betont den Zusammenhang zwischen Sit-
uation und Persönlichkeitsmerkmalen bei der Vorhersage des Verhal-
tens.

In der Sozialpsychologie hat man dieses Problem ebenfalls aufgegrif-
fen und eine differenziertere Betrachtung der Beziehung zwischen Ein-
stellung im engeren Sinne und Verhalten vorgenommen (*Ajzen, Fish-
bein, 1973*). Diese beiden Autoren haben auf der Einstellungsseite zwi-
schen den folgenden Komponenten unterschieden:

- a) Einstellung gegenüber einer Handlung,
- b) soziale Normen in der spezifischen Situation,
- c) die Bereitschaft, diese Normen zu befolgen.

Wenn man alle drei Aspekte berücksichtigt, erhält man über 10 Un-
tersuchungen eine mittlere multiple Korrelation von $R = .81$ zwischen
Einstellung im engeren Sinne und Verhalten. Diese drei Aspekte kön-
nen sicherlich *ein* Leitfaden für therapeutische Maßnahmen sein.

Z. B. können Familien eigene Verhaltensnormen entwickeln, die all-
gemein positiv bewertete Handlungen verhindern, weil der Klient es
gewohnt ist, diesen speziellen Normen zu folgen. Ein möglicher Ansatz
könnte in einem solchen Falle sein, dem Klienten erst einmal bei einer
Veränderung der Situation zu helfen und folglich die etablierten Nor-
men außer Anwendung zu setzen. Es könnte sinnvoll sein, dem Klien-
ten zu einem Auszug zu bewegen, weil sein Verbleiben durch die ver-
änderte Situation zu einer Bestrafung der Nicht-Beachtung etablierter

²⁾ Diese Interpretation von Therapie ist letztlich ein sehr enges Konzept, da sie aus-
schließlich sich auf Prozesse in der Einzelperson bezieht. Sie gilt aber für viele Ansätze
aus dem Bereich der Individualtherapie. Daß eine Ergänzung erfolgen muß, ergibt
sich auch aus der Einstellungsforschung (s. u.).

Familiennormen führen würde. Eine Einzeltherapie am designierten Klienten ohne Situationsänderung würde die Problematik verstärken.

Generell ist *auch* an Therapiemaßnahmen zu denken, die sich auf die soziale Umwelt beziehen, und nicht nur an solche, die sich an Gefühle oder Verhaltensweisen des Klienten wenden. Solche *Situations-therapien* können sich eng an der Lebenswelt eines Klienten orientieren oder aber an allgemeine soziale Umwelten. In letzterem Fall stünde die *Prävention* im Vordergrund. Der Übergang zwischen Situationstherapie und Prävention ist fließend. Man erkennt an einem solchen Beispiel auch den engen Zusammenhang zwischen Individualtherapie, Familientherapie, Sozialarbeit, Rehabilitation und Prävention.

2.4 Psychotherapie und experimentelle Kontrolle

Fast jede therapeutische Schule gibt Hinweise auf die Art der Gestaltung und die Form der Klient-Therapeut-Interaktion. Das entspricht der Einrichtung einer experimentellen Situation, nur wird hier nicht der Einfluß gewisser Randbedingungen zu *klären* versucht, sondern es werden eigentlich *Gesetze unterstellt*, die bei gegebenen Randbedingungen einen vorhersagbaren Effekt erzeugen. Es steht also nicht das Forschungsinteresse im Vordergrund, sondern der Anwendungsaspekt, nachdem die Forschungsergebnisse erbracht hat.

Leider werden, soweit ich das Überblicken kann, die Forschungsergebnisse über den Einfluß der sozialen Situation nur sehr selten *systematisch* herangezogen. Schon durch die *Sitzordnung* werden gewisse Hinweise auf das Beziehungsverhältnis zwischen Interaktionspartnern gegeben. Am besten geeignet scheint unter der Annahme, eine kooperative Haltung ausdrücken zu wollen, an einem viereckigen Tisch sich mit dem Klienten über Eck an eine Ecke zu setzen. Bei runden Tischen sollte man sich unter derselben Annahme ebenfalls nahe beieinander an den Tisch setzen. Bringt man Führungsstil und Sitzordnung zusammen, so kann man als Therapeut abhängig von dem gewählten Führungsstil — eher direktiv oder eher permissiv — die Sitzordnung variieren.

Neben der Sitzordnung nimmt selbstverständlich auch die Einrichtung Einfluß auf das emotionale Klima. Hierzu liegen z. B. Untersuchungen an psychiatrischen Anstalten vor (*Moos, Insel, 1974*). U. U. ist auch an die farbliche Gestaltung eines Therapie-Zimmers zu denken. Über Farben liegen z. B. Untersuchungen von *Krebs (1969)* vor.

Es ließen sich jetzt beliebige weitere Elemente der Therapiesituation heranziehen, wie z. B. Aussehen, Alter und Geschlecht des Therapeuten, seine Haltung gegenüber dem Therapieerfolg etc. Ebenfalls ist die

Einschätzung der Kompetenz des Therapeuten durch den Klienten relevant. Vielleicht sollte man gewisse Status-Merkmale systematisch einsetzen. Z. T. geschieht das schon durch Erfahrung im Umgang mit Klienten, aber die experimentelle Sozialpsychologie kann hier bis zu einem gewissen Grad den zukünftigen Therapeuten Daten an die Hand geben, so daß ein Teil der Erfahrung in der Ausbildung lehrbar wird. Ganz sicher ist die Therapie nie völlig lehrbar, aber durch die Hinzunahme der Ergebnisse aus der experimentellen Sozialpsychologie werden sonst nur durch Erfahrung angeeignete Kenntnisse systematisch an die zukünftigen Therapeuten weitergegeben. Gleichzeitig besteht die Gefahr, den zukünftigen Therapeuten mit zu vielen Einzelheiten zu verunsichern. Deshalb sollte nur eine gezielte Auswahl von Randbedingungen mit großem Einfluß auf Therapieerfolg vermittelt werden.

2.5 Allgemeine Interventionsstrategien, Einstellungsänderungen und integrative Psychotherapie

Bastine (1975) hat versucht, auf der Basis von 9 Interventionsstrategien eine Integration der verschiedenen therapeutischen Maßnahmen und Schulen vorzunehmen. Diese Strategien sollen noch einmal kurz vorgestellt werden, um dann anschließend diese Strategien mit dem Einstellungskonzept aus der Sozialpsychologie in Beziehung zu setzen:

1. *Amplifizieren*: Der Therapeut erweitert das Problembewußtsein des Klienten, Probleme werden definiert und Lösungswege gesucht.

Es wird hier ganz gezielt das kognitive System, die Wahrnehmungskategorien, zu verändern versucht, indem das alte erweitert und infrage gestellt wird.

2. *Vereinfachen*: Re-Definieren und Reduzieren von komplexen Situationen und Erlebnissen in einfache, für den Klienten überschaubar und lösbare Situationen.

Hier wird die genau gegensätzliche Strategie wie oben angewandt. Es wird das kognitive System des Klienten ohne Ausweichmöglichkeit gezielt angewandt.

3. *Unterbrechen von Handlungsketten*: Anhalten und Veränderung von geordneten Handlungs- und Gedankenmustern zur Neustrukturierung „eingefahrener“ Problembereiche.

Das entspricht in der Intention dem Amplifizieren, da auch hier wieder Kognitions- und Verhaltensänderungen über die Erweiterung der bisherigen Betrachtungsweise ablaufen.

4. *Konfrontieren*: Der Therapeut stellt den Klienten seinen Schwierigkeiten gegenüber und verhindert ein Ausweichen.

Zielsetzung dieser Strategie ist eine bewußte Lenkung des Klienten auf ausgewählte Phänomene, also eine im wesentlichen auf Vereinfachung hinauslaufende Technik.

5. *Akzentuieren*: Schwerpunktmäßiges Auswählen verschiedener Verhaltensaspekte durch den Therapeuten in der Analyse und Bewältigung von Schwierigkeiten.

Auch hier wird eine Vereinfachung vorgenommen, um den therapeutischen Prozeß in Einzelschritten bewältigen zu können.

6. *Attribuieren*: Zuweisen der Erklärungen über die Entstehung von Schwierigkeiten durch den Therapeuten.

Hier wird gezielt eine Erweiterung des kognitiven Systems vorgenommen, um dem Klienten unbekannte Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge zu verdeutlichen.

7. *Rückmeldung*: Der Therapeut vermittelt Informationen über das Verhalten des Klienten, einschließlich von Bewertungen.

Diese Strategie wird der Therapeut sicherlich aus dem Grunde verfolgen, um das kognitive System mit seinen Bewertungen zu erweitern und zu verändern.

8. *Selbstaktivieren*: Erhöhen der Eigenbeteiligung des Klienten bei der Analyse und der Bewältigung von Problemen.

Auch hierbei geht es um eine Erweiterung und Veränderung des kognitiven Systems, jedoch wird jetzt nicht direkt durch den Therapeuten Einfluß genommen, sondern es wird das Aktivitätsniveau des Klienten erhöht mit der Absicht, daß er selbst eine Erweiterung und Veränderung seines kognitiven Systems und damit seines Verhaltensrepertoires herbeiführt.

9. *Modellieren*: Beeinflussendes Aktivieren durch andere Personen, Normen und Vorbilder.

Bei dieser Strategie wird die Veränderung des kognitiven Systems und des Verhaltens durch die Einführung von neuen Orientierungshilfen herbeigeführt.

Zusammenfassend kann man feststellen, daß das kognitive System bei allen diesen Strategien bedeutsam ist, natürlich mit dem Blick auf nachfolgende Verhaltensänderungen. Dabei gibt es zwei Hauptvorgehensweisen. Zum einen wird die bestehende Auffassung der Welt *erweitert* und *ergänzt*, zum anderen werden *gezielte Vereinfachungen* und Anpassungsprozesse an die Umwelt vorgenommen, immer verglichen mit der natürlichen Herangehensweise des Klienten an Alltagssituationen und -probleme. Diese beiden Hauptvorgehensweisen aber sind bereits aus der Entwicklungspsychologie von *Piaget* (1952) be-

kannt. Er hat diese Prozesse als *Assimilation* und *Akkommodation* bezeichnet.

Damit hat sich in gewisser Weise der Kreis geschlossen. Psychotherapie ist — allgemein gesprochen — eine *Nach-Sozialisation*. Es sind wohl auch kaum andere psychologische Mechanismen, die diese Nach-Sozialisation bewirken, als diejenigen, die generell in der Sozialisation auch des Kleinkindes zu beachten sind. Man kann nun vermuten, daß alle Formen, die bei der Kleinkind-Sozialisation auftreten, auch im Erwachsenenalter in entsprechend modifizierter Form herangezogen werden können. Insbesondere ist an Belohnungssysteme, Rollenspiele und Modellernen zu denken, also eher handlungsorientierte Prozesse. Erst bei der Ausbildung der Sprache sind verbal vermittelte Sozialisationsprozesse anzuwenden. Voraussetzung für die Erziehung oder Sozialisation ist immer eine emotionale Beziehung zwischen Sozialisationsagent und Sozialisand, so daß das Einstellungskonzept aus der Sozialpsychologie mit den drei Aspekten allgemein anwendbar ist. Aus diesem Grund erscheint mir eine Einteilung der Psychotherapieform nach den bekannten Verfahren als zu wenig auf die psychologischen Prozesse bezogen.

Falls an der Äußerung etwas Wahres ist, daß erfahrene Therapeuten auch unterschiedlicher Schulen sehr ähnlich vorgehen, so kann man sich vorstellen daß die Erfahrung die Therapeuten auf die effektivsten Alltagsverhaltensweisen hin sozialisiert hat. Für wichtig halte ich die Reinterpretation der therapeutischen Maßnahmen auf der Basis von Alltagsverhalten mithilfe sozialpsychologischer und lerntheoretischer Begriffe, um die durch ein spezielles Begriffssystem beschriebenen Maßnahmen vergleichbar zu machen.

Das wird teilweise auch gegen die behaupteten Annahmen einer speziellen Therapieschule geschehen müssen, weil es weniger auf die Interpretation durch die entsprechende Schule als vielmehr auf die auch im Alltag anzutreffenden Sozialisationsprozesse ankommt, jedenfalls sofern eine Integration therapeutischer Maßnahmen intendiert ist. Anfängliche Unzulänglichkeiten bei der Rekonstruktion wird man in Kauf nehmen müssen. Sie können am ehesten durch eine *verstärkte* Kooperation zwischen klinischen und Sozialpsychologen beseitigt werden.

3. Einige Bemerkungen zur Integration von ausgewählten Therapieansätzen

3.1 Gesprächspsychotherapie

Bei der *klientenzentrierten GT* wird von Tausch betont, daß die 3 Rogers-Variablen auch allgemein für zwischen-menschliche Beziehun-

gen gelten (*Tausch, Schulz von Thun, 1975, S. 409*). Folglich müssen allgemeine Interaktionsprozesse dieser Therapie zugrunde liegen, die einem sozialpsychologischen Zugriff offen stehen.

Erstens wird durch die Variable ‚Anteilnahme-Achtung-Wärme‘ die Kohäsion in der Gruppe Klient-Therapeut aufgebaut. Nur in einer relativ guten Gruppenatmosphäre sind Einstellungs- und Verhaltensänderungen zu erreichen.

Zweitens hat der Therapeut die Aufgabe, die emotionalen Erlebnis-inhalte so zu formulieren, daß sie tiefer gehen, als es der Klient selber konnte. Hier folgt eine Erweiterung der kognitiven Struktur von den Dingen, die mit starken Emotionen belastet sind. Dabei wird nicht anhand einer Theorie interpretiert, wie z. B. bei der Psychoanalyse z. T., sondern es wird als kognitives Schema die ‚common-sense‘-Interpretation des Klienten herangezogen. Das hat den Vorteil, daß der Klient nicht erst eine Theorie lernen muß, hat aber auch den Nachteil, daß eine Umstrukturierung der Wahrnehmung der eigenen Person in der Wechselwirkung zur Umwelt vielleicht nicht so tief erreichbar ist. Vor allem gewinnt man kaum die Fähigkeit, auf einer Meta-Ebene von theoretischen Begriffen und Gesetzen über sein Verhalten nachzudenken. Letzteres beinhaltet aber auch die Gefahr, daß diese Interpretation übertrieben wird.

Die *dritte Variable* ‚Echtheit‘ nimmt allein bezug auf die Wirkung der vom Therapeuten vermittelten Informationen, deren Einfluß nur dann groß ist, wenn sie als glaubhaft eingeschätzt werden. Damit läßt sich, grob gesprochen, die GT mit Hilfe sozialpsychologischer Begriffe rekonstruieren als eine *therapeutische Technik, die in einer kohäsiven Gruppensituation zur Erweiterung und Veränderung des kognitiven Systems an den für den Klienten emotional belastenden Punkten glaubhafte Informationen durch den Therapeuten vermittelt*.

Geht man nun zur *Verhaltenstherapie* über und versucht auch hier eine Rekonstruktion der Prozesse auf der Ebene sozialpsychologischer Begriffsbildung, so wird man die Sozialpsychologie mit ihren kognitiven Ansätzen³⁾ noch um die Lerntheorien erweitern müssen.

³⁾ Es seien an dieser Stelle nur einige kognitive Theorien aus der Sozialpsychologie genannt: z. B. Reaktanztheorie, Dissonanztheorie, kognitive Entwicklungstheorie, Selbst-Wahrnehmungs-Theorie, Attributionstheorie, Equity-Theorie etc. (vgl. z. B. *Frey 1978*).

3.2 Verhaltenstherapeutische Intervention

Die analytische Einteilung von *Bergold* und *Selg* (1975) scheint mir heuristisch fruchtbar. Sie haben die Vielzahl von Therapiemaßnahmen in *Aneignungs- und Beseitigungstechniken* unterteilt (S. 345). Bei der obigen Diskussion der Interventionsstrategien nach *Bastine* (1975) ist von Erweiterungs- und Vereinfachungstechniken gesprochen worden. Beide Begriffsbildungen scheinen mir sehr ähnlich zu sein. Die Aneignungstechniken kann man als Assimilationen und die Beseitigungstechniken als Akkommodationen deuten. Schwerpunktmäßig geht dabei die GT eher von Bewertungen und Interpretationen und die VT von Handlungen aus. Da aber nach dem theoretischen Konzept der Einstellung kognitive und behaviorale Aspekte in Wechselwirkung stehen, sollte eine Verhaltensänderung über beide Strategien möglich sein. Eine Kombination aus beiden Ansätzen, VT und GT, erschiene mir am geeignetsten, da kognitives System und Verhaltensrepertoire dann gemeinsam modifiziert werden. Sollte sich dazu noch eine Situationstherapie gesellen, so wäre es nach meiner Vorstellung ideal.

Die Veränderung des kognitiven Systems ermöglicht eine modifizierte Sichtweise der Umwelt und hat generalisierenden Charakter. Die exemplarische Veränderung des belastenden Verhaltens zeigt die Übertragung der veränderten Kognition im konkreten Verhalten, so daß auch in anderen Situationen eine Verhaltensänderung eher zu erwarten ist, weil man einmal exemplarisch den Zusammenhang Kognition — Verhalten gelernt hat.

3.3 Psychoanalytische Verfahren

Bei der Lektüre des Artikels von *Becker* (1975) über die „*Behandlungstechnik in der Psychoanalyse*“ findet man nur noch geringe Unterschiede zur GT. Aus sozialpsychologischer Sicht jedenfalls sind die Unterschiede, so scheint es mir, gering. Vielleicht ist die Deutung und Durcharbeitung stärker theoriengeleitet. Ziel jedenfalls ist es, Einsichten zu vermitteln, d. h. das kognitive System zu erweitern und zu verändern. Es wird eine gute Beziehung zwischen Klienten und Therapeuten erwartet. *Freud* selber hat die Psychoanalyse wie folgt gesehen (1914, S. 54): „... Man darf daher sagen, die psychoanalytische Theorie ist ein Versuch, zwei Erfahrungen verständlich zu machen, die sich in auffälliger und unerwarteter Weise bei dem Versuch ergeben, die Leidenssymptome eines Neurotikers auf ihre Quellen in seiner Lebensgeschichte zurückzuführen: die Tatsache der Übertragung und die des Widerstandes. Jede Forschungsrichtung, welche diese beiden Tatsachen anerkennt und sie zum Ausgangspunkt ihrer Arbeit nimmt, darf

sich Psychoanalyse heißen, auch wenn sie zu anderen Ergebnissen als den meinigen gelangt...“.

Als ganz wesentlicher Unterschied aber ist die Beziehung zur VT anzusehen, da in der klassischen Psychoanalyse ein Ausagieren der Grundregel widerspricht (Becker, 1975, S. 429). Hier würde ich eine Ergänzung der klassischen Psychoanalyse aus sozialpsychologischer Sicht für angebracht halten, um effektiver arbeiten zu können. Man kann auch über gezielte Handlungsanweisungen neue Einsichten gewinnen, wenn man die Handlungen und die daraus gewonnenen Befriedigungen oder Ängste reflektiert. Diese Annahme ergibt sich aus dem Einstellungskonzept.

3.4 Rahmenkonzept für die Therapie im Bereich Ehe/Familie

Es gibt eine große Zahl von Therapiemethoden für die Behandlung von Paaren und Familien. Alle diese Methoden sind vor allem auf individueller Erfahrung gegründet, die dann publiziert zu einer Schulbildung geführt hat. Die empirische Forschung ist sehr rudimentär entwickelt. Falls man auf diesem noch vergleichsweise jungen Gebiet der Therapie nicht dieselben Fehler begehen will wie in anderen klinischen Bereichen, so sollte man drei Punkte berücksichtigen:

- a) Es ist das unterschiedliche Erfahrungswissen der verschiedenen Methoden zur *Bereicherung* der Ehe-/Familietherapie *gemeinsam* zu verwerten.
- b) Die Ehe-/Familietherapie ist mit einer empirischen Forschungsbasis zu verbinden, damit die kreative und undogmatische Weiterentwicklung der Ehe-/Familietherapie gewährleistet werden kann.
- c) Präventive Maßnahmen sind schon frühzeitig mit den Ansätzen der Ehe-/Familietherapie zu verbinden

Die Konsequenz, die ich aus diesen Folgerungen gezogen habe, ist die Entwicklung eines Funktionskonzepts von Ehe/Familie und seine Erweiterung zu einem Rahmenansatz für Therapie (Witte, 1979).

Die Hauptideen ohne genauere Begründungswege wegen des Platzmangels möchte ich hier kurz darlegen. Ausgangspunkt unserer Überlegungen ist eine systemtheoretische Betrachtung der Ehe/Familie. In diesem Rahmen konnten drei Funktionsvariablen als besonders relevant herausgearbeitet werden.

1. Steuerung des Außenkontaktes,
2. Steuerung des Binnenkontaktes,
3. Steuerung des Meta-Kommunikation.

Als Strukturelemente im Bereich der Variablen *Außenkontakt* hat sich nach den empirischen Befunden die Aufteilung in die beiden

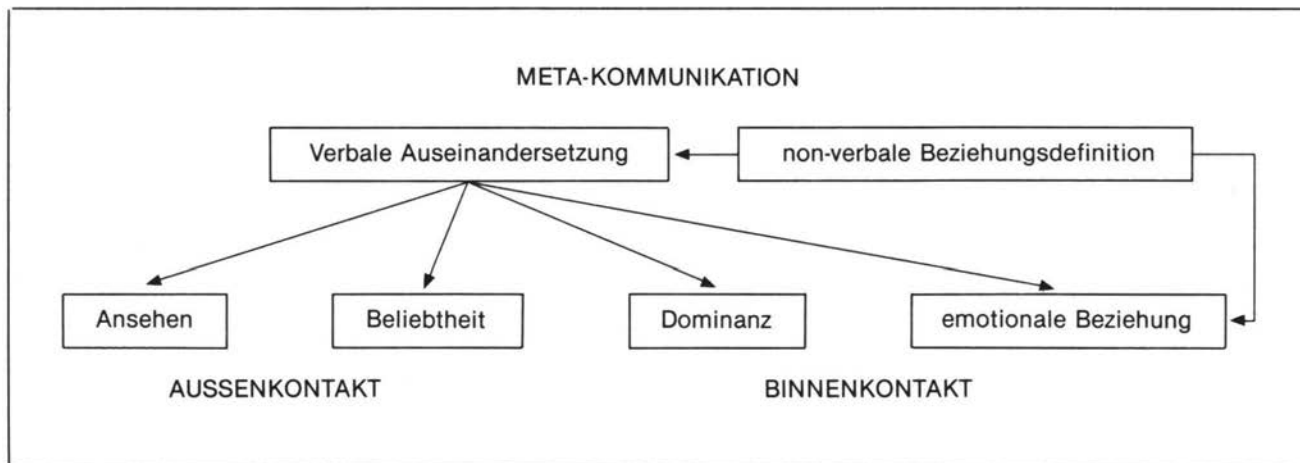
Aspekte „Ansehen“ und „Beliebtheit“ ergeben. Ersterer erfaßt eher die Leistung, letzterer eher die emotionale Beziehung in einem größeren sozialen Kontext. Für den Bereich des *Binnenkontaktes* haben sich ebenfalls zwei Aspekte herauskristallisiert, nämlich die Komponenten „emotionale Beziehung“ und „Dominanz“. Bei der dritten Funktionsvariablen der *Meta-Kommunikation* ergeben sich auch zwei Unterpunkte, und zwar erstens die „verbale Auseinandersetzung“ über alle vier Aspekte des Systems, wie sich aus empirischer Forschung ergeben hat, und zweitens eine vorwiegend „non-verbale Beziehungsdefinition“ (s. Abbildung 1). Man erkennt an den empirischen Ergebnissen, daß der non-verbale Aspekt ganz wesentlich für eine Beziehung ist. Dieser Befund ist ganz analog dem von *Watzlawick et al.* (1969, S. 68). Überhaupt sind die Funktionsmodelle sehr ähnlich, was aber noch nicht die therapeutischen Maßnahmen festlegt. Es können aus demselben Funktions- und Konfliktmodell sehr unterschiedliche Maßnahmen zur Behandlung gestörter Systeme ergriffen werden.

Die Modellbildung ist bisher anhand empirischer Forschung soweit vorangeschritten, daß eine äußere Struktur eines Systems vorliegt. Unklar bleibt die Zusammenwirkung der einzelnen Komponenten in diesem gesellschaftlichen Subsystem Ehe/Familie. Es muß zu der Struktur der Funktionsvariablen geklärt werden, wie man als Therapeut in dieses System eingreifen kann. Wir gehen dabei von der Vorstellung aus, daß dieses System eine Chance bekommen muß, sich weiter zu entwickeln und an geänderte Rahmenbedingungen anzupassen. Für diese Weiterentwicklung von Beziehungen hat *Wienold* (1972, S. 105) versucht, die empirischen Forschungsergebnisse aus der Soziologie und Psychologie zusammenzutragen und zu mehreren Theoremen zu verdichten. Diejenigen Theoreme, die durch einen Therapeuten in der Therapie herstellbar sind, sollen als theoretische Basis für Interventionen hier eingeführt werden. Sie sind so formuliert, daß eine Veränderung des einen Aspektes eine Veränderung eines anderen bewirkt. Sie sind also in Form von instrumentellen Gesetzen dargestellt, wobei der Therapeut die Veränderung des einen Aspektes herbeiführt in der Hoffnung, daß der andere dann entsprechend sich verändert, d. h. das Gesetz empirische Gültigkeit besitzt. Diese Theoreme sind unterschiedlich gut durch die Forschung abgesichert, so daß bei ihrer Anwendung entsprechende Vorsicht geboten ist, aber es gibt eine empirische Forschung, die zumindest vorläufig als Orientierungspunkt dienen kann. Folgende Theoreme lassen sich therapeutisch nutzbar machen (*Wienold*, 1972, S. 105 leicht modifiziert)⁴⁾:

⁴⁾ In diesen Theoremen wird der Terminus „Attraktion“ verwendet, der in etwa dasselbe wie der hier verwendete Begriff „emotionale Beziehung“ bedeutet.

Abbildung 1

Schematisierte Darstellung der inneren Struktur des Systems Ehe/Familie¹⁾



EHE/FAMILIE

¹⁾ Es wurde versucht, die Anzahl der Beziehungen (Pfeile) so gering wie möglich zu halten (Ökonomieprinzip). Ferner ist mit der Funktionsvariablen AUSSENKONTAKT vor allem der Anteil gemeint, der auf den internen Bereich der Ehe/Familie zurückwirkt.

- „1. Je größer und je konsistenter die Informationsmenge ist, die ein Individuum über ein anderes erhält, desto zutreffender fallen die Urteile aus, die das Individuum aus der Information über das andere Individuum zieht.
2. Je häufiger zwei Personen in Kontakt stehen und je mehr Informationen sie über sich untereinander ausgetauscht haben, desto unabhängiger werden Attraktion und Einschätzungsgenauigkeit von der Einstellungsähnlichkeit zwischen den beiden Individuen.
3. Je mehr ein Individuum in seiner Selbsteinschätzung durch ein zweites Individuum bestärkt und erhöht wird, desto mehr wird es sich zu diesem Individuum hingezogen fühlen.
4. Je mehr eine Verhaltensweise eines anderen Individuums vom betroffenen Individuum als Akzeptierung oder Ablehnung seiner Person wahrgenommen wird, desto eher wird das betroffene Individuum das Verhalten des Anderen in positivem bzw. negativem Sinne erwidern.
5. Je häufiger zwei Personen miteinander interagieren und je höher die Attraktion zwischen ihnen ist, desto kongruenter werden die interpersonalen Wahrnehmungen der beiden Personen.
6. Unter der Bedingung, daß Kooperation die besten gemeinsamen Ergebnisse erbringt, werden sich die Individuen in der Dyade je kooperativer verhalten, desto sicherer sie von ihren Partnern Kooperation erwarten können.“

Zu diesen sechs Theoremen, die *Wienold* (1972) im Zusammenhang mit Paarbeziehungen herausgearbeitet hat, möchte ich noch zwei weitere hinzufügen. Diese beziehen sich auf den Belohnungswert einer sozialen Beziehung:

7. Je angesehener eine Person bei anderen Personen ist, desto attraktiver ist eine soziale Beziehung.
8. Je beliebter eine Person bei anderen Personen ist, desto attraktiver ist eine soziale Beziehung.

Diese beiden Theoreme ergeben sich aus den Forschungen von *Thibaut* und *Kelley* (1959).

Die aufgeführten instrumentellen Gesetze lassen sich nun in Verbindung bringen mit der erarbeiteten Struktur des Systems Ehe/Familie (s. Abbildung 1). Das Ergebnis ist dann eine empirisch fundierte Interventionsstrategie zur gezielten Veränderung eines Systems. Theorem 1 und 2 beschreiben im wesentlichen Gesetzmäßigkeiten der Dimension „Verbale Auseinandersetzung“. Die Theoreme 3 und 4 beziehen sich im ersten Teil, ihrer Je-Komponente, wesentlich auf den Aspekt der non-verbalen Beziehungsdefinition. Theorem 5 beschreibt wichtige Teile, die mit der Dimension „emotionale Beziehung“ zu tun haben. Das sechste Theorem bezieht sich auf den Aspekt der Dominanz, wobei im System Ehe/Familie angenommen werden kann, daß Kooperation für alle Mitglieder des Systems am effektivsten ist. Schließlich wurden die Theoreme 7 und 8 noch hinzugefügt, um auch bei den Komponenten des Außenkontaktes noch Interventionsmaßnahmen ergreifen zu können.

Bei den Theoremen ist ein besonderes Schwergewicht auf die Meta-Kommunikation gelegt worden. Diese Funktionsvariable wurde insgesamt durch vier Theoreme abgedeckt. Diese Sonderstellung stimmt wohl auch mit ihrer Bedeutung für die Problemlösekompetenz von Systemen überein. Insbesondere in bezug auf gestörte Systeme kann durch Meta-Kommunikation die Störung entzerrt werden, so daß diese Sonderstellung sich aus der Funktion ergibt.

Was ist eigentlich bis jetzt für eine Integration verschiedener Therapieansätze aus dem Bereich Ehe/Familie erreicht worden? Erstens wurde — unterstützt durch empirische Forschung — eine Struktur des Systems Ehe/Familie herauszuarbeiten versucht. Diese Struktur kann für die Diagnose von Störungen verwendet werden. Das Ergebnis der Diagnose kann isolierte Störungen einzelner Komponenten oder eine allgemeine Störung aller Aspekte deutlich machen. Letzteres wird häufiger der Fall sein, wenn man nur diejenigen Paare/Familien betrachtet, die eine Beratungsstelle aufsuchen. Verbunden mit dieser Struktur werden gleichzeitig Interventionsmöglichkeiten aufgezeigt, indem entsprechende instrumentelle Gesetze aus der Kleingruppenforschung angegeben werden. Somit liegt ein *Funktionsmodell*, das bei entsprechender Abweichung auch ein Störungsmodell darstellt, und ein Therapiemodell vor. Dabei ist natürlich das Therapiemodell noch sehr unscharf (Witte, 1979).

Die Therapiesituation ist so aufgebaut, daß es Systemträger und Systemfremde gibt. Letztere können Therapeuten oder Mitglieder einer Therapiegruppe sein. Die von Systemfremden gegebenen Kommunikationen sollten so geartet sein, daß sie auf der Basis der oben beschriebenen instrumentellen Gesetze die Störung des Systems beseitigen.⁵⁾

Wovon hängt nun die Wirksamkeit des Kommunikators auf die Systemträger ab? In diesem Zusammenhang läßt sich ein allgemeines Modell zum Einfluß eines Kommunikators auf die Einstellungsänderung von *Kelman* (1961) heranziehen (s. z. B. auch *McGuire*, 1968; *Witte*, 1977). Daß therapeutische Interventionen unter ein allgemeines

⁵⁾ Kritisch an diesen Vorstellungen könnte sein, daß der Therapeut oder andere Systemfremde in gewissem Umfange als unabhängig angesehen werden. Bei den obigen Ausführungen wird unterstellt, daß Wissen und Erfahrungen des Therapeuten, gestützt auf empirische Forschung, ihn in die Lage versetzen, die Probleme besser zu erkennen als die im System eingebundenen Personen, und gezielte Behandlungsmöglichkeiten ergreifen lassen, um gesteckte Therapieziele zu erreichen. Dabei ist die Transformation von allgemeinen Gesetzen auf konkrete Einzelfälle mit einer prinzipiell unaufhebaren Gefahr der *Übergeneralisierung* verbunden. Man muß nur unterstellen, daß der Einzelfall angemessen allein durch unendlich viele Merkmale beschrieben werden kann. Folglich bleibt immer ein Unsicherheitsbereich für den Therapeuten übrig.

Konzept der Einstellungsänderung subsumierbar sind, ist ausführlicher behandelt worden (Punkt 2.3).

Nach den Vorstellungen von *Kelman* (1961) beruht die Einstellungsänderung auf drei Komponenten, durch die der Kommunikator erfaßt wird: *Glaubwürdigkeit*, *Attraktivität* (emotionale Beziehung), *Macht*. Diese drei Komponenten sind verbunden mit den folgenden drei psychologischen Prozessen, die die Einstellungsänderung hervorrufen: *Internalisation*, *Identifikation*, und *Nachgiebigkeit*. Die *Internalisation* beruht auf der *Glaubwürdigkeit*, die *Identifikation* auf der *Attraktivität* und die *Nachgiebigkeit* auf der *Macht* des Kommunikators. Aufgabe des Therapeuten ist es nun, das gestörte System Ehe/Familie so zu beeinflussen, daß gemäß den acht instrumentellen Theoremen und den darin enthaltenen Je-Komponenten — den ersten Gliedern des Theorems — eine Erhöhung der Problemlösekapazität herbeigeführt wird.

Betrachten wir hierzu als Beispiel Theorem 1., in dem es heißt: *Je größer und je konsistenter die Informationsmenge ist, die ein Individuum über ein anderes erhält, desto zutreffender fallen die Urteile aus, die das Individuum aus der Information über das andere Individuum zieht*. Der Therapeut könnte nun auf seine Glaubwürdigkeit hoffen und dieses Theorem als Information an die Systemträger verständlich weitergeben, verbunden mit der Diagnose, daß er an dieser Stelle Probleme bemerkt hat. Das wird noch nicht sehr erfolgreich sein, weil die Begriffe noch zu abstrakt sind. Aus diesem Grund könnte er vielleicht Kommunikationsübungen durchführen und außerdem die Kommunikationen in der Therapiestunde kontrollieren. Hierzu benötigt er eine Machtstellung, um den Austausch der Informationen zwischen den Systemträgern gezielt ändern zu können. Damit aber überhaupt seine Klienten in der Therapie bleiben, wird der Therapeut seine Attraktivität auf der Beziehungsebene erhöhen müssen. Das erleichtert auch das Modellernen über das Therapeutenverhalten. Ferner ist ein Teilaspekt der Glaubwürdigkeit sicherlich auch die Verständlichkeit der Information, und z. T. besteht auch die Macht des Therapeuten aus seinem von dem Klienten eingeschätzten Expertentum.

Geht man nun davon aus, daß diese drei Aspekte für den Therapeuten von grundsätzlicher Bedeutung sind, so muß er eine Mindestausprägung auf diesen drei Komponenten erwerben, um das System Ehe/Familie zu beeinflussen. Er wird dabei darauf zu achten haben, daß er diese drei Mindestwerte möglichst zu jedem einzelnen Systemmitglied überschreitet, damit seine Interventionen nicht boykottiert werden. Da wir uns an dieser Stelle erst am Anfang jeglicher Forschung befinden, müssen die *nachfolgenden Aussagen als ungeprüfte Hypothesen aufgefaßt werden*.

Es soll nun jedes der acht Theoreme unter dem Aspekt der Therapie-situation einerseits und der Aufteilung von Handlungen in die drei Komponenten andererseits diskutiert werden.

Nach dem Theorem 1 ist es das Ziel, möglichst viele Informationen über die eigene Person an die anderen Mitglieder weiterzugeben. Hierzu sind Änderungen auf den Ebenen der Kognition, des Affekts und der Handlung notwendig. Erstens muß man verdeutlichen, daß die Informationen über die eigene Person unzureichend sind. Das muß glaubwürdig geschehen. Hierzu ist sicherlich die Betrachtung konkreter Interaktionen, die sich gezielt mit Mitteilungen über die eigene Person beschäftigen, förderlich. Man könnte in diesem Zusammenhang die Aspekte konkret in der Therapiesitzung durchspielen, von denen der Partner meint, nicht genügend erfahren zu haben. Gleichzeitig wird man danach fragen bzw. zu erfahren suchen, welche Emotionen in diesem Rollenspiel aufgetreten sind und spezielle Mitteilungen verhindert haben könnten. Diese tieferen Explorationen sind wohl nur zu erreichen, wenn eine ausreichende Attraktivität (emotionale Beziehung) zum Therapeuten vorhanden ist. Schließlich wird man eine Handlungsänderung möglicherweise durch Kommunikationsübungen verfestigen wollen. Dazu ist eine gewisse Machtposition notwendig, damit die Anweisungen auch befolgt werden. Man erkennt an diesem Beispiel die besonders enge Verknüpfung zwischen einzelnen Kommunikationsvariablen und speziellen Handlungsebenen:

- a) Glaubwürdigkeit mit Kognition
- b) Attraktivität mit Affekt
- c) Macht mit Verhalten

Theorem 2 ist zum ersten Theorem sehr ähnlich in der Je-Komponente und weist aber darauf hin, daß die konfliktreiche Partnerwahl mit möglichen Problemkonstellationen aufgearbeitet werden kann. Die beiden Theoreme 3 und 4 beziehen sich wesentlich auf non-verbale Interaktionen. Um hier eine glaubwürdige Rückmeldung geben zu können, scheint es nützlich zu sein, auch mit technischer Hilfe, wie Video oder Tonband, eine gezielte Rückmeldung zu geben. Da das nicht immer möglich sein wird, kann der Therapeut bei z. B. gezielter, themenzentrierter Interaktion zwischen den Partnern diese unterbrechen und die non-verbale Wirkung auf ihn rückmelden. Die Kongruenz mit der Wahrnehmung durch andere Teilnehmer kann die Glaubwürdigkeit erhöhen. Wiederum sollten dann die Affekte herausgearbeitet werden, die diese Diskordanz erzeugt haben. Ebenso kann man sich auch an dieser Stelle vorstellen, daß Hausaufgaben nützlich sein können. So ist es z. B. denkbar, daß man Verhaltensweisen einer bestimmten Anzahl in speziellen Bereichen zeigen muß, die die Akzeptierung

und Selbsteinschätzung erhöhen können. Die aufgetretenen Probleme in diesen Bereich könnten dann wiederum über eine Zeit hin in den Therapiesitzungen bearbeitet werden.

Mit diesen therapeutischen Interventionen hätte man die Strukturkomponente „Meta-Kommunikation“ mit verbalem und non-verbalem Anteil in eine positive Richtung verändert. Nach einer gewissen Zeit sollte sich Theorem 5 von selber einstellen. Ein solches Resultat des besseren Verstehens zwischen den Partnern könnte man über einen Test abprüfen, indem man die Partner getrennt fragt, wie man gesehen wird und wie man ist. Eine nachweislich größere Kongruenz auf diesem Gebiet könnte motivierend für die Klienten sein und dem Therapeuten als Hinweis auf die Wirksamkeit seiner Therapie dienen. Hierzu müßte aber bereits zu Beginn ein solcher Test durchgeführt worden sein. Auch bei Theorem 6 würde wiederum die kognitive, affektive und konative Aufarbeitung des Kooperationsverhaltens erfolgen.

Hat nun auch der Binnenkontakt eine gewisse Stabilisierung durch die Therapie erfahren, kann man den Außenkontakt therapeutisch angeben, wie er in den Theoremen 7 und 8 erfaßt wird. Hierzu ist der gewünschte Außenkontakt zu erarbeiten, um dann zu den Kompromissen zu kommen, wobei wiederum kognitive, affektive und konative Teile behandelt werden müssen. An dem vorgeschlagenen Vorgehen erkennt man eine hierarchische Ordnung der therapeutischen Intervention, beginnend bei der Meta-Kommunikation über den Binnenkontakt zum Außenkontakt. Diese Abfolge in der Therapie könnte deshalb von Bedeutung sein, weil zuerst einmal die Störung aufgearbeitet werden muß, dann kann die Beziehung verbessert werden und schließlich sollte eine größere Offenheit nach außen entwickelt werden, damit Gleichwertigkeit der Partner und eine Teilnahme am sozialen Geschehen ermöglicht wird.

In ähnlicher Weise gibt es eine hierarchische Folge bei der Einstellungs- bzw. Handlungsänderung. Zuerst ist eine kognitive Basis zu schaffen, dann sind mögliche affektive Hindernisse zu beseitigen, um schließlich konkrete veränderte Verhaltensweisen einüben zu können.

Zum Abschluß einer jeden Therapie erscheint es sinnvoll, die Bedeutung der Ehe/Familie für das eigene Leben insgesamt zu erarbeiten, und zwar wiederum auf der kognitiven Ebene (Wofür ist die Ehe/Familie für mich bedeutsam?), auf der affektiven Ebene (Welche Gefühle werden bei mir befriedigt?) und auf der Handlungsebene (Welche Verhaltensweisen werden durch die Ehe/Familie möglich und welche werden behindert?). Eine solche Abschlußphase hat das Gesamtsystem mit seinen notwendigen Einschränkungen und seinen spezifischen Befriedigungen zum Gegenstand. Sie ist nützlich, um den einzelnen Mitglie-

dern ihre Eingebundenheit in ein System zu verdeutlichen. Die Funktionfähigkeit des Systems selbst aber ist gekoppelt an seine Problemlösekapazität mit den entsprechenden Funktionsvariablen.

4. Auswirkungen einer stärkeren Verbindung von Klinischer und Sozialpsychologie

Es gibt mehrere wichtige Folgerungen, wenn eine stärkere Verknüpfung zwischen den beiden Disziplinen hergestellt wird. Diese sollen in Kurzform angedeutet werden:

Erstens wird die Wirkungsweise unterschiedlicher therapeutischer Schulen entmystifiziert.

Zweitens werden die Zusammenhänge zwischen verschiedenen Therapien deutlich.

Drittens ergibt sich bei unterschiedlichen Symptomen eine besser Möglichkeit, gezielt Verfahren auszuwählen, ohne sich auf eine Methode zu beschränken.

Viertens besteht die Möglichkeit, sich an den experimentellen Studien und theoretischen Konzepten in der Sozialpsychologie zu orientieren.

Fünftens kann sich die Sozialpsychologie stärker an den angewandten Problemen orientieren und gezielter Experimente und theoretische Konzepte entwickeln.

Sechstens erkennt man eher die Ähnlichkeiten zwischen Alltagsinteraktion, Beratung, Rehabilitation und Therapie.

Siebtens ist die Behandlung auf *die* Behandlungseinheiten zu konzentrieren, die einen wesentlichen Einfluß auf Entstehung und Aufrechterhaltung der Symptome ausüben, z. B. kann die Behandlung von Familien effektiver sein als die von Einzelpersonen.

Achtens wird das Problem der Krankheit über die Einbeziehung von Referenzgruppen besser erfaßbar.

Neuntens lassen sich eher prophylaktische Maßnahmen finden und begründen.

Zehntens lassen sich eher die Probleme der psychotherapeutischen Versorgung lösen, indem prä- und posttherapeutische Einrichtungen auf sozialpsychologischer Basis errichtet werden (Selbsthilfegruppen).

Literatur

Ajzen, J., Fishbein, M., Attitudinal and Normative Variables as Predictors of Specific Behaviors, *J. Pers. Soc. Ps.* 27 (1973) S. 41—57.

Badura, B., Sprachbarrieren, Stuttgart 1971.

Bandura, A., Principles of Behavior Modification, New York 1969.

- Bastine, R. H., Auf dem Wege zu einer integrierten Psychotherapie, *Psychologie Heute* 2,7 (1975) S. 53—58.
- Becker, A. M., Die Behandlungstechnik in der Psychoanalyse, in: *Schraml, W., Baumann, U., Klinische Psychologie I*, Bern 1975, S. 415—466.
- Bergold J., Selg, H., Verhaltenstherapie, in: *Schraml, W. J., Baumann, U., Klinische Psychologie I*, Bern 1975, S. 335—378.
- Dittes, J. E., Kelly, H. H., Effects of different condition of acceptance upon conformity to group norm, *J. abn. Soc. Ps.* 53 (1956) S. 100—107.
- Ellis, A., Reason and emotion in psychotherapy, New York 1962.
- Fiedler, F. E., A Theory of leadership effectiveness, New York 1967.
- Freud, S., Zur Geschichte der psychoanalytischen Bewegung (1914) in *Ges. W.*, London 1944.
- Frey, D. (Hrsg.), Kognitive Theorien in der Sozialpsychologie, Bern 1978.
- Goldstein, A. P., Simonson, N. R., Social psychological Approaches to Psychotherapy Research, in: *Bergin, A. E., Garfield, S. L., Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, New York 1971, S. 154—197.
- Hyman, H. H., Singer, E., (Eds). Readings in reference group theory and research, New York 1968.
- Jones, E. E. et. al., The reciprocation of attraction from similar and dissimilar others: a study in person Perception and evaluation, in: *McClintock, C. G. (Ed.), Experimental Social Psychology*, New York 1972.
- Kanfer, F. H., Goldstein, A. P., Helping people change, New York 1975.
- Kelman, H. C., Three processes of social influence, *Publ. opin. quat.* 25 (1961) S. 57-78.
- Krebs, G., Eine empirische Untersuchung zur Objektivierungsmöglichkeit des Zuständigkeitserlebens mit Hilfe von Farben, Dissertation, Hamburg 1969.
- Kunczik, M. (Hrsg.), Führung, Theorien und Ergebnisse, Düsseldorf 1972.
- MC Guire, W. J., *The nature of attitudes and attitude change*, in: *Lindzey, G., Aronson, E., Handbook of Social Psychology Vol. III Reading*, 1968, S. 136—314.
- Moos, R. H., Insel, P. M., Issues in social ecology, Palo Alto 1974.
- Piaget, J., The origins of intelligence in children, New York 1952.
- Quekelberghe, R. van, Systematik der Psychotherapie, München 1979.
- Seligman, M. E., Hager, J. L., Das Sauce Béarnaise Syndrom, *Psychologie Heute* 2,9 (1975) S. 59—65.
- Sommer, R., Personal space, New York 1969.
- Strotzka, H., (Hrsg.), Psychotherapie: Grundlage, Verfahren, Indikationen, München 1975.
- Tausch, R., Schulz von Thun, F., Klient-zentrierte Gesprächspsychotherapie, in: *Schraml, W. J., Baumann, U., Klinisch Psychologie I*, Bern 1975, S. 379—414.
- Tausch, R., Tausch A., Erziehungspsychologie, Göttingen 1973.
- Thibaut, J. W., Kelley, H. H., The social psychology of groups, New York 1959.
- Urban, H. B., Ford D. H., Some historical and conceptual perspectives on psychotherapy and behavior change, in: *Bergin, A. E., Garfield, S. L., Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, New York 1971.
- Walter, J. J., Walter, J., Die Klinische Psychologie muß Gestalt annehmen, *Psychologie Heute* 6,6 (1979), S. 45—53.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., Jackson, D. D., Menschliche Kommunikation, Bern 1969.
- Westmeyer, H., Kritik der psychologischen Vernunft, Stuttgart 1972.
- Wienold, H., Kontakt, Einfühlung und Attraktion, Stuttgart 1972.
- Witte, E. H., Einstellung, in: *Hermann, Th. et. al. (Hrsg), Handbuch psychologischer Grundbegriffe*, München 1977, S. 103—115.
- Witte, E. H., Versuch der Integration einiger Ehe-/Familientherapeutischer Ansätze, Arbeiten a. d. Psychol. Inst. d. Univ. Hamburg Nr. 47 (1979).
- Yates, A. J., Behavior Therapy, New York 1970.

Modelle und Konzepte zu integrativen Ansätzen der Therapie

Hiliarion Petzold, Düsseldorf

Versuche, eine integrative Psychologie zu entwerfen, finden sich schon relativ früh. Die Arbeiten der Gestaltpsychologen der Grazer, Leipziger und Berliner Schule (*Ehrenfels, Krüger, Wertheimer* u. a.) sind hierhin genauso zu rechnen wie die Überlegungen *E. Husserls* und in seiner Folge die von *M. Merleau-Ponty* und *A. Gurwitsch* zu einer phänomenologischen Psychologie. Die Psychotherapie hingegen hatte sich zunächst in „monolithen“ Schulen entwickelt, in denen ein Ansatz beständig verfeinert und weiter ausgebaut wurde und Dissidenten ihren Ansatz eigenständig neben die Ausgangsmethode zu setzen versuchten. In jedem Falle ging es eher um Abgrenzung als um das Gemeinsame und das Verbindende. Die Psychoanalyse und die von ihr abgespaltenen Verfahren: die Tiefenpsychologie *C. G. Jungs*, die Individualpsychologie *A. Adlers* und die Vegetotherapie *W. Reichs* machen dies nur allzu deutlich. Mit dem Aufkommen der Gestaltpsychologie und der Reflexologie bzw. des Behaviourismus prägte sich die psychologische Landschaft in einer Unterschiedlichkeit aus, die vor den psychotherapeutischen Schulen nicht Halt machte. Zu den methodeninternen Differenzierungs- und Entfaltungsprozessen gesellten sich die durch die großen Richtungen der allgemeinen Psychologie vorbestimmten Entwicklungen. Die klassische Kontroverse zwischen Behaviouristen und Gestalttheoretikern, den Verfechtern des *experiential learning* und des *insight learning*, sei als Beispiel genannt. Durch die Entwicklung der Sozialpsychologie wurde die Situation noch komplexer. Die anthropologisch fundierten Strömungen der Humanistischen Psychologie (*Völker 1980*) schließlich führten dazu, daß das Bild vollends bunt und unüberschaubar wurde. So sind in unserer Zeit, wo die Grenze von der Methodenvielfalt zur Methodeninflation schon lange überschritten wurde, wo an die Stelle eines Methodenreichtums — Ausdruck der Vielfältigkeit menschlicher Existenz — ein Methodenchaos zu treten droht, die Rufe nach integrativen Ansätzen laut gewor-

den, ja die Vielzahl der Methoden läßt die Fragen nach verbindenden Konzepten und nach den Divergenzen, nach Vergleich, spezifischen Indikationen, Effizienz und Integrationsmöglichkeiten längst überfällig erscheinen. Die Enge psychotherapeutischen Schuldenkens einerseits, die Tatsache, daß sich viele psychotherapeutische Verfahren selbst noch in einer Phase der Entwicklung befinden andererseits und schließlich die methodischen Schwierigkeiten vergleichender Psychotherapieforschung haben einen eingehenderen Diskurs der Methoden und ihrer Protagonisten bislang verhindert. Er kommt erst allmählich in Gang. Die berufspolitische Situation und die damit verbundene Konkurrenz macht die Lage nicht einfacher. Schaut man auf die kaum noch zu überblickende Fülle von psychotherapeutischen Verfahren, so wird die ganze Schwierigkeit des Problems der „Methodenintegration“ deutlich. Eine profunde Kenntnis aller wesentlichen Ansätze in Theorie und Praxis ist für den einzelnen Forscher und Therapeuten nicht mehr möglich. Die wissenschaftstheoretischen, anthropologischen, methodischen und behandlungstechnischen Aspekte, die unterschiedlichen Positionen der Krankheits- und Gesundheitslehre und der Entwicklungspsychologie müssen, wenn nicht integrative Modelle gefunden werden können, um die Komplexität reduzieren, zu weiterer Abkapselung führen; denn jedes Verfahren ist bislang darauf bedacht, seine Identität, Gültigkeit und Wahrheit zu sichern — gegen die anderen Positionen. Von Wissenschaftlichkeit kann in diesen Diskursen nicht mehr gesprochen werden. Was einerseits ein Reichtum ist, die Vielfältigkeit der Zugänge zu der komplexen Wirklichkeit des Menschen und der Gesellschaft, gewinnt ohne integrative Modelle den Charakter der Segregation oder der Inflation. Ein theorieloser Eklektizismus oder die Polypragmasie sind genausowenig eine Lösung wie das blinde Hochhalten der eigenen Fahne, ohne in offene, „neugierige“ und konstruktiv-kritische Auseinandersetzung mit anderen Positionen einzutreten.

Der Versuch, Gemeinsames und Divergentes aufzufinden und verschiedene Möglichkeiten, die miteinander kompatibel sind oder sich positiv ergänzen, zu integrieren, kann einerseits unternommen werden, indem man eine übergreifende Metatheorie — etwa die Systemtheorie, Feldtheorie, Strukturalismus oder/und Phänomenologie — zugrundelegt und von ihr ausgehend, eine Vereinheitlichung zu betreiben versucht (vgl. den gestalttheoretischen Ansatz von *Walter* und *Walter* 1979), ein Unterfangen, daß so komplexen Verfahren wie der Psychoanalyse oder der Individualpsychologie kaum gerecht werden dürfte. Oder es werden durch Erforschung der *Praxis* der verschiedenen Verfahren Konzepte gefunden, die in allen gemeinsam zum Tragen kommen und die damit zur Grundlage von neuer Theorienbildung

werden. Schließlich wird die phänomenologische und strukturalistische Analyse der verschiedenen theoretischen Positionen, wie sie sich in den Werken bedeutender Autoren der jeweiligen Schule niederschlagen haben, wichtiges Material liefern. Die Kombination dieses Ansatzes mit dem Bemühen um vergleichende empirische Therapiefor- schung halte ich für die optimale Vorgehensweise.

Die Entwicklung von integrativen Therapiemodellen, die einen fun- dierten Ansatz für sich beanspruchen können, steht noch in den An- fängen. Dennoch finden sich in der therapeutischen Praxis Verfahren, die methodische Zugänge verbinden. *Sandor Ferenczi* mit seiner „akti- ven Technik“, *Pierre Janet* mit seiner aktivierenden Therapie, *Robert Assagioli* mit dem von ihm begründeten Verfahren der „*Psychosyn- these*“ wären hier zu nennen. Eine Darstellung der Bemühungen dieser Therapeuten unter dem Aspekt der Methodenintegration steht noch aus.

Besonders unter den Verfahren „dramatischer Therapie“ (vgl. *Pet- zold* 1982 a) finden sich relativ früh, nämlich schon in den vierziger Jahren, Ansätze zur Methodenintegration, die bislang noch kaum Be- achtung gefunden haben, und die deshalb im folgenden kurz darge- stellt seien. Sie haben auch meine eigenen Bemühungen um die Ent- wicklung integrativer Modelle in Theorie und Praxis geprägt.

Für die Verfahren dramatischer Therapie wie z. B. das Psychodra- ma, die Gestalttherapie oder das Therapeutische Theater ist kennzeich- nend, daß es sich um Ansätze von relativ hoher Komplexität handelt, nämlich einerseits um die frühesten Formen der Gruppenpsychothera- pie und andererseits um Verfahren, die nicht nur die Verbalisation und die Einsicht als therapeutische Elemente einsetzen, sondern das Spiel, die körperliche Aktion, die emotionale Erfahrung und Medien des Ausdrucks. Sie beziehen damit die Leiblichkeit, den sozialen Kontext, die jeweilige Gruppe, bewußte und unbewußte Prozesse in das thera- peutische Procedere ein. Es handelt sich deshalb hier nicht nur um *Psycho-*therapie, sondern um Versuche, *zum Menschen als Ganzes* Zu- gang zu finden, indem leib- und soziotherapeutische Elemente, päd- agogische und philosophische Dimensionen einbezogen werden. So ist es angemessener, von integrativen Ansätzen der *Therapie* zu sprechen, die das Ziel haben, durch ein integratives Vorgehen Menschen in Not besser helfen zu können — eine Perspektive, die man in der derzeitigen Integrationsdebatte leider häufig vermißt.

Es zeigt sich weiterhin, daß sich den Urheberern derartiger Integra- tionsansätze in ihrem Leben selbst das Problem der Integration als Ausdruck persönlicher Problematik und persönlichen Schicksals stell- te. Es handelte sich meistens um Menschen mit einem vielfältigen eth-

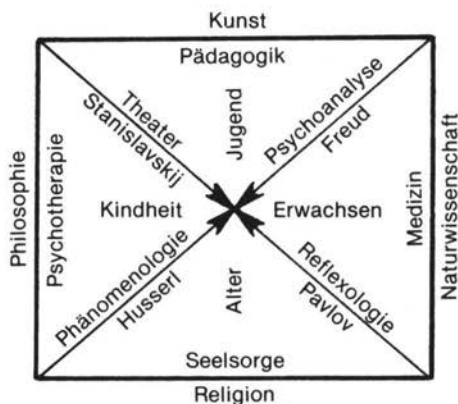
nischen und kulturellen Hintergrund, die oft mehrsprachig aufgewachsen waren und in mehreren Fakultäten studiert hatten.

1. Das therapeutische Theater — Vladimir N. Iljine

Der russische Biologe, Mediziner, Philosoph und Psychologe V. N. Iljine, (1890 - 1974) hat 1908 begonnen, mit psychisch Kranken Theater zu spielen, und zwar nicht, wie es der *Marquis de Sade* (1813) oder der Nestor der deutschen Psychiatrie, *Johann Christoph Reil* (1803), getan haben in unspezifischen Aufführungen, sondern mit „Rahmenstücken“, die aufgrund der Anamnese für die spezifische Problematik des jeweiligen Kranken geschrieben wurden. Es war nur das Gerüst der Handlung skizziert, und die Patienten konnten in den Rollen frei improvisieren. Dieses konfliktzentriert-aufdeckende Vorgehen wurde später von Iljine in der Emigration durch seine Analyse bei *Sandor Ferenczi* — gleichfalls einem Mann, der in der Psychotherapie Methoden kombinierte — vertieft. *Ferenczi* hatte in seiner „aktiven Technik“ tiefenpsychologisches Vorgehen mit Körper- und Entspannungstechniken und gelegentlich mit desensibilisierenden Rollenspielen verbunden. Iljine war in der Verwendung der „Rahmenstücke“ von dem russischen Theaterinnovator *Konstantin Stanislavskij* beeinflusst, der, einer Idee *Maxim Gorkijs* folgend, Szenarien benutzte, um die Persönlichkeit der Schauspieler auszubilden und ihre Improvisationsfähigkeit zu fördern. Daneben hatte *Stanislavskij* zahlreiche Übungen entwickelt, die Atmung, körperliche Beweglichkeit, Sensibilität und Ausdruck des Schauspielers schulen sollten (*Reilstab* 1978). Iljine hatte aus diesem Repertoire vieles übernommen und neue Übungen, die er als Biologe der Beobachtung von Tieren entlehnte, geschaffen. Er selbst macht „Dionysius und Apollon“, die Katharsis und die Disziplin zu den Grundpfeilern seiner Methode (Iljine 1909, 1910). Sein Zugang in der Behandlung, wie er ihn später in Berlin und dann in Paris ausbaute, verband konfliktzentriert-aufdeckendes Vorgehen mit übungszentriert-funktionalem (Iljine 1942; 1972; *Petzold* 1973; 1978 b; *Schmidt-Ranson* 1976).

Für Iljine stellte sich nicht nur das persönliche Problem, seine unterschiedlichen Sprachen, die er sprechen mußte, die Kulturkreise, in die er geworfen wurde, zu integrieren, sondern auch die Breite seiner wissenschaftlichen Interessen und Studien (*Petzold* 1974 b; *Zernov* 1963). Er mußte, von der Psychoanalyse und von dem verhaltensorientierten *Stanislavskij* beeinflusst, diese beiden divergenten Strömungen in seiner Praxis verbinden.

Diagramm 1



Die Integration der Zugänge zum Menschen im „Therapeutischen Theater“ (aus *Iljine* 1942, 5)

In seinem 1942 veröffentlichten, russisch abgefaßten Büchlein über das Therapeutische Theater zeigt er in einem Diagramm auf, wie seine Methode, die auch eine pädagogische Variante hervorbrachte, das „Didaktische Theater“ (*Petzold, Iljine, Zenkovskij* 1972), die Integration verschiedener Zugänge zum Menschen darstellt. Schon 1910 hatte er seinen Ansatz formuliert: „Es ist eine Methode, die Integration von Körper, Seele und Geist bewirken soll, eine Perichorese (περιχώρησις), durch die der Mensch ein *Ganzer* wird, unvermischt, unverwandelt, ungeteilt, ungesondert“ (*Iljine* 1910, 7). In einem Diagramm (vgl. 1) zeigt er die Quellen seines Verfahrens auf. Die Phänomenologie *Husserls*, die Reflexologie *Pavlovs*, die Psychoanalyse *Freuds* und die Theaterpraxis *Stanislavskijs* laufen im Therapeutischen Theater zusammen. Den Rahmen bilden die Grundbereiche menschlicher Kultur: Religion, Philosophie, Kunst und Naturwissenschaft. In diesem Rahmen entfalten sich die angewandten Humanwissenschaften: Seelsorge, Psychotherapie, Pädagogik und Medizin. Es ist für die hier referierten Ansätze insgesamt kennzeichnend, daß sie ein disziplin-übergreifendes Vorgehen anstreben und dies nicht nur als theoretisches Postulat. *Iljine* hat mit seinem Freund *B. Zenkovskij*, das „Didaktische Theater“ als Form der Drama-Pädagogik praktiziert und Therapeutisches Theater auch in der Soziotherapie und Seelsorge verwendet (*Petzold* 1982 a). Unter Verweis auf das „*studium generale*“, einem Ideal, dem er bis ins

hohe Alter nachstrebte, und auf die *Einheit von Theorie und Praxis* sowie auf das Konzept der Wissenschaft als Kunst — man denke an die „*septem artes*“ des Mittelalters — stellte er schon früh das Postulat der Verbindung unterschiedlicher Disziplinen in der Praxis und der Integration unterschiedlicher theoretischer Ansätze auf. „Die menschliche Wirklichkeit ist polymorph und jede Wissenschaft, jede Disziplin vermag nur einen Aspekt dieser Vielfalt zu erfassen. Die Perichorese der unterschiedlichen Vorstöße ermöglicht eine Annäherung an das *Ganze*; das aber ist das Wirkliche“ (*Iljine* 1942, 6).

Bedeutsam ist auch, daß *Iljine*, der sich aufgrund seiner philosophischen Arbeiten mit dem Problem Zeit intensiv auseinandergesetzt hatte, die Dimension der menschlichen Lebenszeit in der psychotherapeutischen Praxis berücksichtigte und bis in sein eigenes hohes Alter mit Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen und alten Menschen arbeitete. *Iljine* entwirft sein Modell aus dem Universalismus der russischen Enzyklopädisten seiner Generation (vgl. *Zenkovskij* 1952; *Zernov* 1963). Im Unterschied zu anderen Integrationsmodellen betont er die Wichtigkeit des Zusammenwirkens der humanwissenschaftlichen Disziplinen.

2. Die Gestalttherapie — F. S. Perls

Die Gestalttherapie von *Friedrich S. Perls* (1893 — 1970) wurde von ihrem Urheber zunächst als „concentration therapy“ (1942) und dann als „Theorie und Technik der Persönlichkeitsintegration“ (1948) bezeichnet. *Perls*, als Sohn jüdischer Eltern in Berlin geboren, Mediziner und Psychoanalytiker, trägt, wie die meisten Juden, das Erbe zweier Kulturen in sich. In seiner Jugend vom Theater *Max Reinhardts* angezogen, blieb er sein Leben lang vom „dramatischen Spiel fasziniert“ (*Petzold* 1980 d). Als Assistent von *Kurt Goldstein* kam er mit der Gestalttheorie in Kontakt, diesem „integrativen Versuch“, die Elementenpsychologie zu überwinden. Seine Lehranalytiker, zu denen *Fenichel*, *Horney*, *Happel* und *Reich* zählten, — ein sehr unterschiedliches Spektrum —, stellten an *Perls* sicherlich hohe Anforderungen, was die Fähigkeit zur Integration anbelangt. Er floh mit dem Aufkommen des „Dritten Reiches“ zunächst nach Holland, dann nach Südafrika und siedelte 1946 in die USA über. Die Integration seiner vielfältigen und bunten Biographie blieb lebenslang sein Thema, und er beschließt seine Autobiographie mit dem Satz: „*There is no end to integration*“ (*Perls* 1969 a). In seinem 1942 in Südafrika geschriebenen und veröffentlichten Buch „*Ego, hunger and aggression*“ unternimmt er einen ersten Versuch der Integration. Er erwuchs aus der Kontroverse von Psychoanalyse und Gestalttheorie, der sich *Perls* durch seine Studien in

beiden Bereichen ausgesetzt sah. Er versucht, die Psychoanalyse *Freuds* und die gestalttheoretischen Konzepte von *Köhler*, *Wertheimer*, *Goldstein* u. a. mit den philosophischen Ideen *Friedlaenders* zur „Kreativen Indifferenz“ (1918) zu integrieren. Die neuen wissenschaftlichen Paradigmen der Semantik und des Holismus dienen ihm als Ausgangspunkt. Der Südafrikaner *Smuts* (1929) bot *Perls* in seinem integrativen Ansatz Anregung und Bestätigung, was durch den späteren Kontakt mit dem Werk von *Korzybski* noch vertieft wurde. Durch den gestalttheoretischen Ansatz versuchte *Perls* einen übergeordneten Rahmen für die unterschiedlichen Strömungen und Einflüsse in seinem Denken zu finden. Er sieht Differenzierung und Integration in dialektischer Bezogenheit und vertritt, daß diese Prozesse in der wachen Bewußtheit des Menschen *hier und jetzt*, im „continuum of awareness“ (*Perls* 1980) ablaufen.

In seinem Werk von 1942 verweist er auf das vielleicht bedeutendste Integrationssymbol menschlichen Denkens, das Yin Yang bzw. Tai Chi-Symbol des Taoismus. Taoistisches und zenbuddhistisches Gedankengut blieb auch in der Folge für seinen theoretischen und praktischen Ansatz bestimmend (*Joslyn* 1977; *Petzold* 1982 b). (Siehe Diagramm 2 und 3)

Diagramm 2 (1942)
(aus *Perls* 1942, 14)

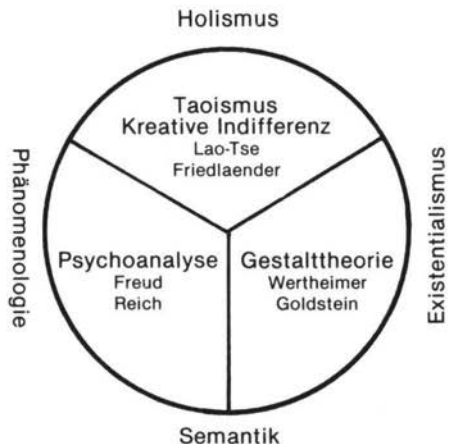


Diagramm 3
Graphische Darstellung der von *Perls* 1942 versuchten Integration, die er 1948 als „Theorie und Technik der Persönlichkeitsintegration“ bezeichnete.

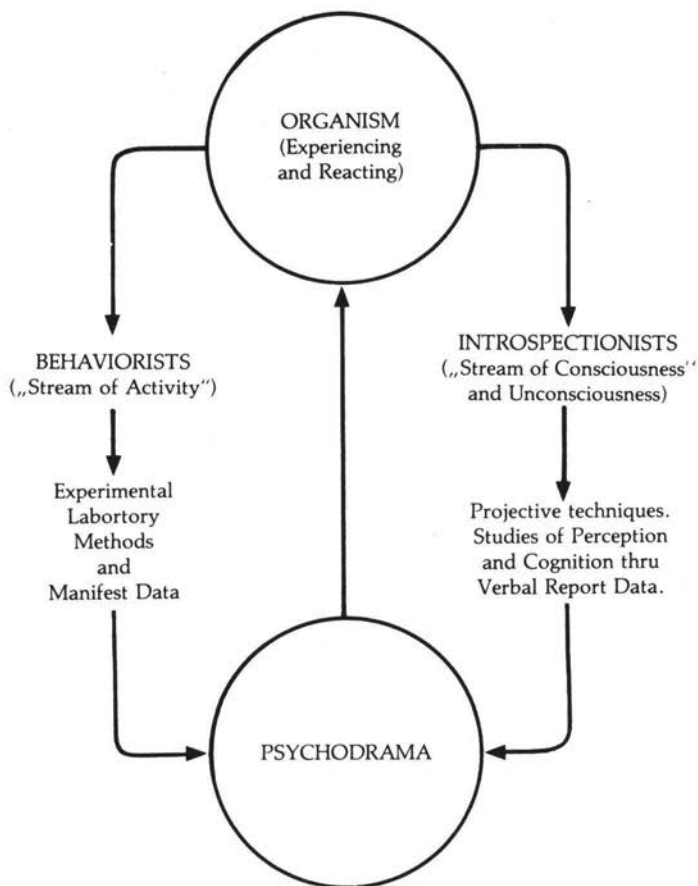
Perls selbst hat sich im praktisch pädagogischen Bereich nicht betätigt, aber der Mitbegründer der Gestalttherapie, *Paul Goodman* (1979) und verschiedene Schüler von *Perls* haben einen pädagogischen Ansatz entwickelt, der unter dem Begriff „Gestalt-Pädagogik“ weite Verbreitung gefunden hat (*Petzold, Brown* 1977). Die Gestalttherapie findet inzwischen in der Soziotherapie, der Beratung, der Seelsorge, der Familientherapie, in praktisch allen Bereichen der Psychotherapie und der Rehabilitation Verwendung (*Rahm* 1979). Es ist damit heute eine der zentralen Forderungen von *Perls* erfüllt, daß „die artifizielle Trennung zwischen dem Philosophen, Pädagogen und dem Psychotherapeuten aufgehoben werden soll; denn in all diesen Disziplinen (*approaches*) geht es um Wachstum, um Lernen und Integration. Sie stellen die Grundformen menschlichen Denkens und Handelns dar, die jedem Menschen eigen sein sollten. Jeder Mensch sinnt über das Leben nach, jeder kann lehren, jeder kann heilend wirken und Wachstum fördern“ (*Perls* 1969 b).

3. Das Psychodrama — J. L. Moreno

Jacob L. Moreno (1889 — 1974), als Sohn jüdischer Eltern in Bukarest geboren und zwischen 5 und 7 Jahren nach Wien übergesiedelt, studierte Philosophie und Medizin. Er verkehrte in den Kreisen expressionistischer Dichter und Theatermacher, schrieb selbst Gedichte und expressionistische Stücke theologisch-philosophischen Inhalts und gründete 1921 eine Experimentierbühne, das Stegreiftheater. 1924 erfand er eine Form der Magnettonaufzeichnung auf Draht.

1925 emigrierte er in die USA. Dort begründete er die Soziometrie und wurde damit einer der Pioniere der modernen Mikrosoziologie. Er arbeitete zeitgleich mit *Mead* den frühesten Ansatz zu einer Rollentheorie aus (1934; vgl. *Petzold, Mathias* 1982), entwickelte den Begriff und das Konzept der Gruppenpsychotherapie (1932), Rollenspiel und Psychodrama, sowie die ersten Ansätze zu einer Kreativitätstheorie (1934; 1946). *Moreno* hatte sein Psychotherapieverfahren aus dem Theater abgeleitet. Er hatte auf keine vorgegebene Theorie zurückgegriffen. Seine Soziometrie entwickelte er eigenständig und deshalb auch nicht im Fluß bestehender soziologischer und sozialpsychologischer Tradition, was ihre Rezeption erheblich erschwerte.

Moreno sah in den Konzepten Spontaneität, Kreativität und Soziometrie, die integrativen Elemente für seine Psychotherapie. In der Theorienbildung des Psychodramas greift er behavioristische Elemente auf, zentriert sich auf die Modifikation offenen Verhaltens (1934, 226 f; 1963). Aber er bleibt nicht nur auf der Linie des „*experiential*



This diagram illustrates Psychodrama as the method integrating the major systems of psychological research. (Designed by Paul Cornyetz).

Diagramm 4: (aus Moreno 1946, 229; erstveröffentlicht Cornyetz 1944)

learning“, er greift auch, wie schon in seinem Frühwerk, auf existenzialistische Kategorien, die Ich-Du-Beziehung, zurück, weiterhin auf das psychoanalytische Übertragungskonzept und entwickelt Begriffe wie den des „co-unconscious“ (1954). Das Psychodrama zielt also auch auf Einsicht. De facto inkorporiert es behavioristische und tiefenpsychologische Ansätze. Moreno sieht sein Psychodrama „als die Methode, die die Hauptssysteme psychologischer Forschung integriert“ (1946, 229). „Behavioristische Schulen waren darauf beschränkt, ‚äußeres‘ Verhal-

ten von Individuen zu beobachten und mit ihnen zu experimentieren, wobei sie wichtige Teile des subjektiven Lebens ausließen. Viele psychologische Methoden z. B. die Psychoanalyse ... gingen in das andere Extrem, indem sie sich auf das subjektive Erleben zentrierten, aber die Untersuchung des direkten Verhaltens auf ein Minimum beschränkten, was zum Gebrauch elaborierter Systeme symbolischer Interpretationen führte. Die psychodramatische Methode bringt diese beiden Extreme zu einer neuen Synthese. Sie ist so strukturiert, daß sie unmittelbares Verhalten in all seinen Dimensionen explorieren und behandeln kann“ (Moreno 1959 a, 1395). Moreno hat denn auch in seinem ersten Buch über Psychodrama, das 1946 erschien, ein Diagramm abgedruckt, das sein Mitarbeiter, Paul Cornyetz, 1944 entworfen und veröffentlicht hatte. In ihm wird verdeutlicht, daß im Psychodrama die damaligen Hauptströmungen der Psychologie, die versuchten ein Erklärungsmodell für den erlebnis- und reaktionsfähigen Organismus zu finden, verbunden werden. (Siehe Diagramm 4)

Moreno leistete zum Konzept der *Integration* in der Psychotherapie einen zentralen Beitrag. Er verband das Individuum mit der Gruppe und darüberhinaus durch seine soziometrischen Arbeiten mit dem übergeordneten sozialen Netzwerk. Die „Integrationskatharsis“ zielt auf „psychische Integrierung“ der Mitglieder und ihrer Gruppe und ist darauf gerichtet, Verbundenheit zwischen Menschen aufzubauen (Moreno 1959 b, 65).

Auch Morenos Verfahren ist disziplinübergreifend. Neben seiner psychotherapeutischen Form finden wir eine „Psychodrama-Pädagogik“ (Haas 1949; Bubenheimer 1980), sowie die Verwendung in Sozialtherapie und Rehabilitation.

4. Integrative Therapie und Integrative Agogik — H. Petzold

Ich hatte die seltene Gelegenheit, sowohl bei *Iljine*, bei *Perls* und bei *Moreno* persönlich zu arbeiten. Zu *Iljine* ging ich in die Analyse — sie war körperbezogen und an der „aktiven Technik“ seines Lehrers *S. Ferenczi* ausgerichtet. Weiterhin lernte ich bei ihm die Methode des „Therapeutischen Theaters“. In meinem eigenen familiären Hintergrund verbinden sich slawisches und deutsches Kulturgut. Dieses und sieben Jahre Studium in Frankreich, Studienaufenthalte in den USA und heutige Lehrtätigkeit in Paris und Amsterdam vermittelten mir hinreichenden Eindruck unterschiedlicher Idiome und Kulturen. Das Leben im russischen Emigrantenmilieu von Paris, das Studium der

orientalischen Theologie, der Philosophie und Psychologie, später dann in Deutschland der Medizin, Erziehungswissenschaften und Soziologie haben für mich die Notwendigkeit und die Chance geschaffen, den Versuch zur Integration dieser komplexen Bereiche zu unternehmen. In meiner praktischen Arbeit habe ich bewußt mit Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen und Alten psychotherapeutisch, agogisch und soziotherapeutisch gearbeitet, um einen Eindruck vom „*Leben als Ganzem*“ zu gewinnen. In meinem Ansatz geht es mir um *Einheit in der Vielfalt*, um Integration und Kreation, um die Verbindung von Indivi-

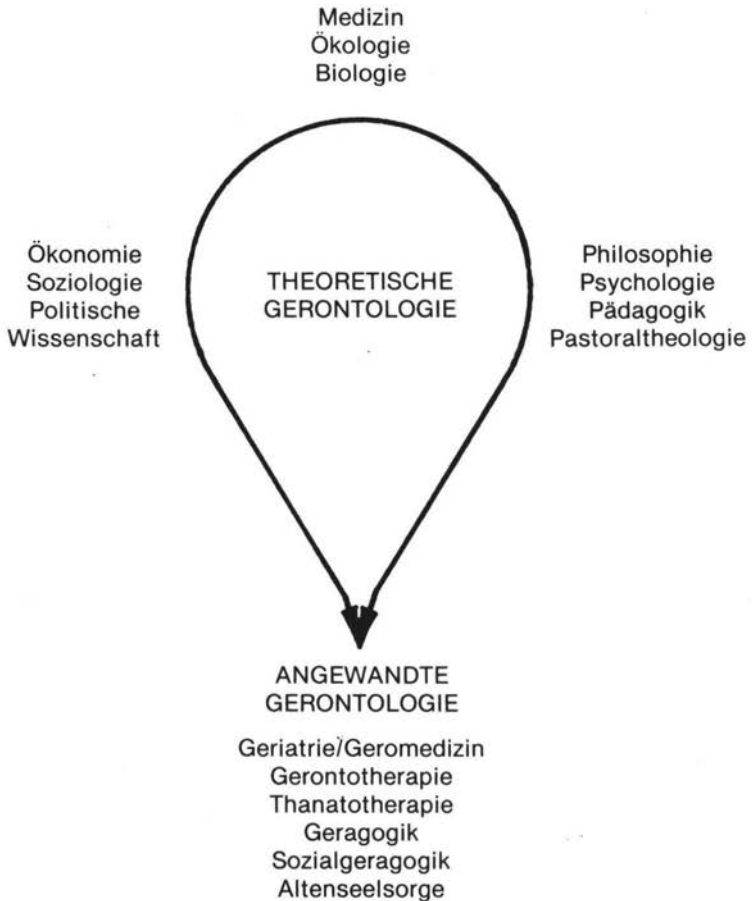


Diagramm 5: Zusammenspiel von Disziplinen am Beispiel der Gerontologie (aus Petzold 1965)

duellem und Gesellschaftlichem über das Konzept der Identität. Identität heißt „sich im Lebensganzen verstehen lernen“ (Petzold 1980a). In der Psychotherapie warf meine eigene Psychoanalyse, Selbsterfahrung in einer reichianischen Körperanalyse (bei O. Raknes) und in der Atemtherapie sowie die Ausbildung in Verfahren der dramatischen Therapie und in Gruppendynamik (NTL, Bethel) für mich die Frage nach der Integration dieser vordergründig divergierenden Verfahren auf. Das Ergebnis meiner Bemühungen um Verbindungen ist die Entwicklung eines integrativen Modells, in dem die Humanwissenschaften als Formen „angewandter Anthropologie verstanden werden“ (Petzold, 1965). (Siehe Diagramm 5)

Die Konzipierung der „Integrativen Therapie“ (1970), die zum Aufbau des „Fritz Perls Instituts für Integrative Therapie“ (1972) führte, die Gründung der Zeitschrift „Integrative Therapie“ (zusammen mit Ch. Bühler 1975) und die Herausgabe der Buchreihen „Innovative Psychotherapie und Humanwissenschaft“ und „Vergleichende Psychotherapie“ (zusammen mit K. Grawe und E. Wiesenhütter) sind Versuche, integratives Denken in den Human- und Sozialwissenschaften anzuregen und zu verbreiten.

Die Dialektik von Integration und Kreation bedingt, daß sich immer neue Horizonte öffnen: „There is no end to integration and there is no end to creation“ (1970). Die Gefahr der Überflutung durch Vielfalt ist sicherlich gegeben, aber die „Ausblendung“ von Realität ist nicht die Alternative. Die „Reduktion von Komplexität“ (Luhmann 1968) erfolgt durch immer neue Versuche der Strukturierung. Diese erweisen sich indes häufig als Zerstörung von Komplexität, als Ausgrenzung, Abspaltung, Isolation von Teilbereichen. Die Folgen sind oft verhängnisvoll. Am krassesten zeigt sich dies in Fragen der Ökologie, des Weltfriedens, der Erziehung, der körperlichen und seelischen Erkrankungen, in der Segmentierung der Wissenschaft und der Quantelung der Zeit (Müller 1979; Petzold 1980 b). In der heutigen, als „pluralistisch“ bezeichneten Gesellschaft und in einer Welt, die durch Wissenschaft und Kommunikation immer mehr an Komplexität gewinnt, wird die Frage der Integration deshalb zu einer Frage des Überlebens. Sie ist *conditio sine qua destructio*.

Ich habe verschiedene Ansätze zu einem Modell integrativer Psychotherapie, Soziotherapie und Agogik vorgelegt, die im Konzept einer „integrativen Intervention“ zusammenlaufen. Ihr Globalziel ist eine *allgemeine Humanisierung der Lebenssituation* und für das Individuum die *Gewährleistung von Selbstregulation und Selbstverwirklichung im Lebenskontext*. Diese 1965, 1970, 1972, 1974, 1978, 1979

Diagramm 6:
Modell der Integrativen Therapie (aus Petzold 1970 u. 1972)

Integrative Therapie				
Der MENSCH ist ein	BEREICHE	INSTRUMENTE	ZIELE	
KÖRPER-		Körpertherapie	Integrative Bewegungstherapie, Bioenergetik, Expression Corporelle etc.	Integrative Leiblichkeit, Kongruenz innerer und äußerer Haltung, Gewinn der Mitte, Spannkraft, Elastizität, Sensibilität
SEELE-		Psychotherapie	Gestaltanalyse, Kreative Therapie, Psychodrama etc.	Integrierte Emotionalität, Selbstverwirklichung, Selbstregulation, spontanes & kreatives Handeln
GEIST-		Nootherapie	Meditative Techniken der Besinnung, Betrachtung, Versenkung	Integrierte Existenz, Auseinandersetzung mit den Fragen nach Lebenssinn und -zielen, nach den Werten, der Liebe, dem Tod, der Transzendenz
ORGANISMUS in einem sozialen und physikalischen Umfeld	Sozialtherapie	Gestaltkibbuz, Soziodrama, direkte Kommunikation	Integrierte soziale Bezüge, Gestaltung und Veränderung des Umfeldes, offene Interaktion	

Diagramm 6: Modell der Integrativen Therapie (aus Petzold 1970 u. 1972)

veröffentlichten Modelle sind als beständige Präzisierung und Näherung an diese Zielsetzung anzusehen und befinden sich in weiterer Entwicklung. Mit ihrem Abschluß ist nicht zu rechnen, da jede neue Möglichkeit, sei sie nun praktischer oder theoretischer Natur, neue Erkenntnis- und Integrationsleistungen erfordert. Es können nur in *Korrespondenzprozessen*, Prozessen intersubjektiver Begegnung und Auseinandersetzung, Facetten aus dem Horizont universellen Sinnes (*sens brut et sauvage*, Merleau-Ponty 1964) ausgegliedert werden, als *intersubjektiver Konsens*, der sich in Konzepten von kurzfristiger oder mittelfristiger Dauer niederschlägt (Petzold 1978 a).

Bei der Entwicklung zu Konzepten einer Integrativen Therapie waren für mich die Vorarbeiten von *Iljine*, *Perls* und *Moreno* von entscheidender Bedeutung. Hinzu kommt der geniale Ansatz von *Maurice Merleau-Ponty*, den man als „Philosophen der Integration“ bezeichnen könnte. (Siehe Diagramm 6)

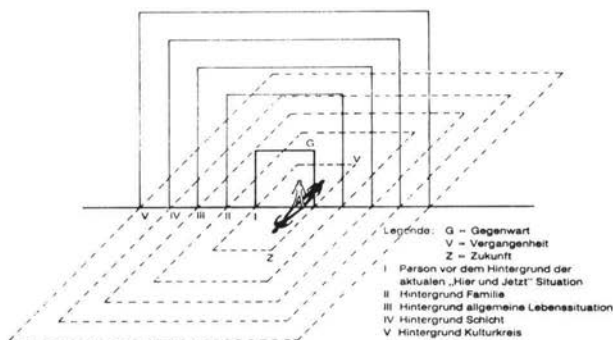


Diagramm 7: Die Person und ihr Umfeld als räumlich und zeitlich gestaffelte Figur/Hintergrund-Relation (= Kontext/Kontinuum) (aus Petzold 1974a)

Erläuterungen zu Diagramm 7:

Der Klient trägt in jedem Moment seiner Gegenwart die Ereignisse seiner Vergangenheit und die Möglichkeiten seiner Zukunft in sich. Er ist als Person nur in diesem zeitlichen Kontinuum zu begreifen. In gleicher Weise steht er in einem sozio-kulturellen (Volks- u. Schichtzugehörigkeit) und einem sozio-physikalischen (Land, geographische Region) Zusammenhang, der sich als gestaffelte Figur/Grund-Relation erweist und als Bezugsrahmen die aktuelle „Hier-und-Jetzt-Situation“, die Familie, die allgemeine Lebenssituation (Beruf, Freundeskreis etc.), die soziale Schicht und den Kulturkreis umfaßt. Für jeden dieser Bezugsrahmen findet sich wiederum ein *Zeitkontinuum*; denn jedes aktuelle Geschehen, jede Familie, jede Lebenssituation, jede Kultur hat *Geschichte* und *Zukunftsperspektiven*. Ohne dieses Zeitkontinuum ist ein Verständnis von Struktur und Verhalten der genannten Systeme (Person, Familie, Schicht usw.) nicht möglich.

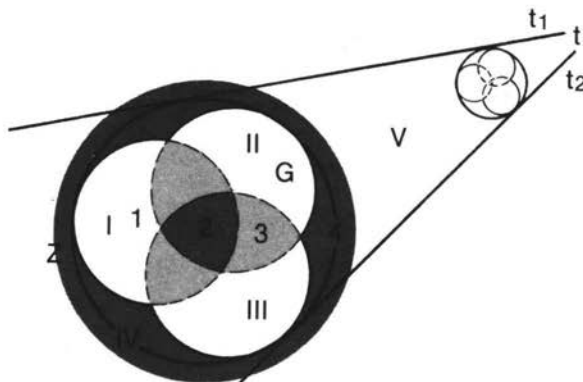
Das erste komplexe Modell von 1970 geht von der folgenden anthropologischen Grundformel aus: „*Der Mensch ist ein Körper-Seele-Geist-Organismus in einem sozialen und physikalischen (ökologischen) Kontext.*“ Diese Dimensionen insgesamt bilden das Leibsobjekt, ein *être-au-monde*, eingebunden in die Lebenswelt (A. Schütz, E. Husserl, M. Merleau-Ponty). Der Begriff Leib wird im Sinne der phänomenologischen Psychologie als Ausdruck für den ganzen Menschen verwandt (Marcel 1978). Das Leibsobjekt steht nicht nur im Kontext der Lebenswelt, sondern wie alle Lebensprozesse im *Zeitkontinuum*. Es ist eingebettet in eine individuelle und kollektive Geschichte. Im Erleben „seiner selbst“, — und dieses ist immer ein sinnhaft körperliches Erleben —, im Gefühl *da* zu sein („ich bin da“) und dem selbstreflexiven Bezug („das bin ich selbst“) erfährt sich das *Selbst* in einer komplexen „primordialen Awareness“, in der die verschiedenen Dimensionen der Bewußtheit zusammenwirken. Das Selbst erlebt sich im Strom der Zeit *bei sich* und doch verbunden, *ko-existierend*. Das *Ich* wird als das *Selbst in actu* verstanden. Seine Dimension ist die der Gegenwart, die wache Awareness im Hier-und-Jetzt, das spontane, kreative Handeln ohne selbstreflexiven Bezug. Es ist ein Handeln *aus* dem Dasein und kein Denken *über* das Dasein. (Siehe Diagramm 7)

Als *Identität* wird das „Zusammenwirken (Synergie) von Leib und Kontext im Zeitkontinuum“ $I = Kt(L, Kn)$ gesehen, wobei die aus dem sozialen Kontext kommenden „*Identifizierungen*“, d. h. Identitätszuschreibungen und Verhaltenserwartungen, für die Identität konstitutive Bedeutung haben. Sie müssen allerdings angenommen, d. h. mit „*Identifikationen*“ belegt werden. Das Identitätskonzept, wie ich es verstehe (Petzold 1975; 1980 a; Heintl, Petzold 1980), ist ein integratives Konzept, das individuelle und gesellschaftliche Wirklichkeit integriert. Es verbindet in sich die zentralen Bereiche des menschlichen Lebens (vgl. zur „integrativen Persönlichkeitstheorie“ Petzold, Mathias 1982).

Fünf „Säulen des Supports“ konstituieren die Identität:

1. *Leiblichkeit*, die jeweils zugleich *my body* und *social body* ist.
2. *Soziales Netzwerk*, in dem die anderen zu meiner und ich zu ihrer Identität beitragen.
3. *Arbeit und Leistung*, in denen ich mich identifiziere und durch die ich identifiziert werden kann.
4. *Materielle Sicherheiten*, die gleichfalls Identifikation und Identifizierung ermöglichen.
5. *Werte*, mit denen ich mich identifizieren kann, die meine sind, aber auch die anderer, nämlich all derjenigen, die sich mit mir zu diesen Werten bekennen.

Diagramm 8:
Modell einer Integrativen Therapie
und ihres Zugangs zum Menschen
(Multidiagramm aus Petzold 1975)



Legende:

Dimensionen des Leib-Subjekts

- * I Körper
- II Seele
- III Geist
- IV Lebenswelt (sozialer u. physikalischer Kontext)

Persönlichkeit

- Identität = VGZ (I, II, III, IV)
- Selbst = t (1, 2, 3, 4)
- Ich (Selbst in actu) = G (2)

Disziplinen

- I Medizin/Humanbiologie
- II Psychologie/Pädagogik
- III Philosophie/Theologie
- IV Soziologie/Politikwissenschaft/ Ökologie

Theoretische Zugänge

- I Verhaltenstheorien
Pavlov, Bateson, Moreno*
- II Tiefenpsychologie
Freud, Adler, Jung
- III Phänomenologie/Gestalttheorie/
Strukturalismus
Husserl, Wertheimer,
V. v. Weizsäcker
Lévi-Strauss, Merleau-Ponty
- IV Kunst/Religion
Buddha, Lao-Tse, Christus
Stanislawskij, Artaud,
Musil, Proust

Methodische Zugänge

- I Somatotherapie
Atem-, Bewegungs-, Leibtherapie
- II Psychotherapie
Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Gestalt- und dramatische Therapie
- III Nootherapie
kreative und meditative Verfahren, Seelsorge
- IV Soziotherapie, politische Arbeit
Beratung, soziale Gruppenarbeit, Milieuthherapie, therapeutische Gemeinschaft, Supervision

Dimensionen der Bewußtheit

- 1 persönliches Unbewußtes
- 2 Bewußtes
- 3 Mitbewußtes
- 4 kollektives Unbewußtes

Zeit

- t = Kontinuum, d. h. die „ganze“ Zeit
- t1 = individuelle Geschichte
- t2 = kollektive Geschichte
- V = Vergangenheit
- G = Gegenwart
- Z = Zukunft

Gemeinsamkeiten und Divergenzen

- 1 Differentes u. Divergentes
- 2 Homologes (strukturelle Gleichheit)
- 3 Similäres (strukturelle Ähnlichkeit)
- 4 Synergetisches (Prinzip der kreativen Übersummativität)

Gemeinsamkeiten und Divergenzen

- 1 Differentes u. Divergentes
- 2 Homologes (strukturelle Gleichheit)
- 3 Similäres (strukturelle Ähnlichkeit)
- 4 Synergetisches (Prinzip der kreativen Übersummativität)

Interventionsstrategien

- 1. reparativ u. präventiv
- 2. stabilisierend u. integrierend
- 3. evolutiv u. supportativ
- 4. supportativ u. politisch

* Die römischen Zahlen gelten nur für den jeweiligen Kreis; die arabischen Zahlen für die jeweilige Farbe.

* Moreno wird hier als Rollentheoretiker erwähnt

Die fünf „Säulen des Supports“ sind also „doppelgesichtig“, und sie stehen im *Zeitkontinuum*. Die Gesamtheit all dieser Dimensionen, in der die verschiedensten Aspekte integriert sind, bildet die Identität. (Siehe Diagramm 8)

In den bislang beschriebenen Zusammenhängen herrscht das „Synergie-Prinzip“ (Petzold 1970, 5; 1974 a). Es besagt, daß „die Gesamtheit von Wirkungen mehr und etwas anderes ist als die Summe der Teilwirkungen“. Es ist gleichbedeutend mit einer *generativen Über-summativität*, durch die Neues, zuvor nicht Dagewesenes, konstituiert wird. Dies gilt sowohl im Hinblick auf das Leibsubjekt, das mehr ist als die Summe von Körper, Seele, Geist und Lebenswelt, als auch auf die Dimensionen der Persönlichkeit oder der Bewußtheit. Schließlich auch im Hinblick auf die Zeit. Das Erleben der *ganzen Zeit* ist mehr und etwas anderes als die Ausrichtung auf Teilaspekte der Zeit (Petzold 1980b).

Im Hinblick auf ein differentielles und integratives Modell der Persönlichkeit sind auch differentielle und interdisziplinäre Interventionen erforderlich. So ist ein Zusammenwirken der verschiedenen humanwissenschaftlichen Disziplinen erforderlich. Dabei ist davon auszugehen, daß — wenn auch in unterschiedlicher Fachsprache und konzeptioneller Ausarbeitung — Gemeinsamkeiten und Divergenzen vorhanden sind. Beim Zusammenwirken mehrerer Disziplinen finden wir Überschneidungszonen (3), in denen Ähnlichkeiten der Sicht vorhanden sind und eine Kernzone der Überschneidung (2), in der eine *struktureller Homologie* vorliegt. Die Inhalte, Ziele und Wege sind *funktional äquivalent* (Luhmann 1968), die dafür gebrauchten Chiffren synonym (2). Und natürlich gibt es Differentes und Divergentes (1), und dieses ist eher als ein Ausdruck der Komplexität der Wirklichkeit zu betrachten, der unterschiedlichen Möglichkeiten, Dinge zu sehen, als ein Ausdruck der Kontroverse. Im Zusammentreffen unterschiedlicher Sichtweisen kann wiederum das synergetische Phänomen auftreten, daß etwas Neues entsteht, eine *Synopse*, in der „die Gesamtheit des Gesehenen und Erkannten mehr und etwas anderes ist als die Summe der Teilaspekte und Teilerkenntnisse“ (Petzold 1974 a). Ganz ähnlich verhält es sich mit den theoretischen Zugängen, die eine integrative Therapie erfordert. Verhaltenstheoretische Ansätze, (die behavioristische, kommunikations- und rollentheoretische Konzepte umschließen), tiefenpsychologische Aspekte, Phänomenologie und Strukturalismus und Konzepte aus dem Bereich von Kunst und Religion weisen *Homologes* und *Similäres* auf. Sie können gleichfalls in Synopse und Synergie zusammenwirken und eine neue Qualität gewinnen. Durch die Über-

schneidungen der einzelnen Bereiche entsteht eine Konvergenz mit einem Zentrum und abnehmender Dichte nach außen. Die zentrifugale Bewegung wird aufgefangen durch Möglichkeiten zur Synergie.

Die methodischen Zugänge erfordern gemäß unserer anthropologischen Grundformel *somatherapeutische* Interventionen für die Dimension des Leibes, *psychotherapeutische* Schritte für den Bereich des Emotionalen, *nootherapeutische* für den Bereich des geistig-geistlichen, *soziotherapeutische*, *ökologische* und *politische* Interventionen für die Dimension des Kontextes. Im Unterschied zu einem eklektischen Verfahren wird den anthropologischen und methodologischen Divergenzen der einzelnen Zugänge Rechnung getragen und davon ausgegangen, daß es ein *Zentrum der Konvergenz* gibt, in dem ohnehin vorhandene strukturelle Gleichheiten (*Homologien*) zum Tragen kommen; daß es weiterhin die verbindende Kraft der Übersummativität gibt, daß Synopse und Synergie wirksam werden.

Die Somatherapie hat immer Rückwirkungen auf das Psychische, die Psychotherapie immer Rückwirkungen auf das Somatische, die Nootherapie und die Soziotherapie stehen mit den Vorgenannten gleichfalls in unlösbarer Wechsel- und Zusammenwirkung. In den verschiedenen methodischen Zugängen kommen unterschiedliche Interventionsstrategien zum Tragen, je nach den Schwerpunkten des Ansatzes, und dennoch kann auch die Somatherapie, die im wesentlichen „*reparativ*“ Schäden beseitigt oder „*präventiv*“ Schäden vorbeugt, durch Verfahren der Atem- und Bewegungstherapie „*evolutiv*“ wirken und das Potential des Körpers an Sensibilität und Expressivität erweitern. Letztlich kann jede Interventionsstrategie in jedem methodischen Zugang zum Einsatz kommen. In der Integrativen Therapie sind die vier methodischen Zugänge nicht mehr getrennt, sie wirken im therapeutischen Verlauf zusammen; konkret, sie werden im Verlauf einer Einzelanalyse oder Gruppentherapie prozeßorientiert und indikationspezifisch praktiziert, und zwar als „*integrative Intervention*“.

Die Komplexität des menschlichen Wesens und der sozialen und der ökologischen Wirklichkeit, in die es eingebettet ist, verurteilt bloße *Psycho*-Therapie zum Scheitern oder zu geringerer Wirksamkeit. Es werden *differentielle* und *integrative* Interventionen notwendig. Intervention kann als die Gesamtheit von Maßnahmen bezeichnet werden, die zur Strukturierung einer Situation erforderlich ist. Intervention ist im spezifischen Kontext „*angewandter Anthropologie*“ eine Maßnahme zur Restituierung, Erhaltung und Förderung der Integrität von Menschen, Gruppen und Lebensräumen (Petzold 1978 a).

(Siehe Diagramm 9)

INTEGRATIVE INTERVENTION

Globalziele	Gewährleistung von Selbstregulation und Selbstverwirklichung im Lebenskontext / Humanisierung des Lebenskontextes					
<i>Richtziele</i>	PROPHYLAXE <i>präventive Interventionen zur Verhinderung des Abbaus oder der Störung von Kompetenzen und Performanz*</i>	ERHALTUNG <i>konservierende bzw. stabilisierende Interventionen zur Erhaltung vorhandener Kompetenz und Performanz</i>	RESTITUTION <i>reparative bzw. rehabilitative Interventionen zur Behebung oder Verbesserung geminderter bzw. gestörter Kompetenzen u. Performanz</i>	ENTWICKLUNG <i>evolutive Interventionen zur Entfaltung und Förderung von potentieller Kompetenz und Performanz</i>	DASEINBEWÄLTIGUNG <i>supportative Interventionen als Hilfen beim Umgang mit irreversiblen Störungen und Minderungen von Kompetenzen und Performanz (coping)</i>	REPRÄSENTATION <i>politische Interventionen zur Vertretung und Sicherung von Ansprüchen im gesellschaftlichen Kontext</i>
<i>Grob- und Feinziele</i>	müssen zielgruppen-, person- und situationsspezifisch erarbeitet werden**	desgleichen ►	desgleichen ►	desgleichen ►	desgleichen ►	müssen spezifisch für Gruppen und den aktuellen Gesellschaftskontext erarbeitet werden
<i>Inhalte</i>	müssen zielgruppen-, person-, situations- und aufgabenspezifisch erarbeitet werden**	desgleichen ►	desgleichen ►	desgleichen ►	desgleichen ►	desgleichen
<i>Methoden</i>	agogische und medizinische Interventionen w.z.B. Sport, Bewegungsagogik, kognitives Training, Sozial- und Kommunikationstraining, angemessene Ernährung u. a.	agogische und medizinische Interventionen desgleichen ► konservierende bzw. stabilisierende Therapie	medizinische, psychotherapeutische, soziotherapeutische und agogische Interventionen desgleichen und übungs- und/oder konfliktzentrierte Psychotherapie w.z.B. Psychodrama, Gestalt, analyt. Gruppentherapie, Soziotherapie, Verhaltensmodifikation, ökologische Maßnahmen	agogische und erlebniszentrierte psychotherapeutische Interventionen Kreativitäts- und Kommunikationstraining Meditation, Bewegungsagogik, themenzentrierte Arbeit, Selbsterfahrung	medizinische, agogische, psycho- und soziotherapeutische Interventionen Beratung, stabilisierende und stützende Psychotherapie, prothetische und ökologische Maßnahmen, Verhaltensprogramme	politische und soziale Interventionen durch Bürgerinitiativen, Öffentlichkeitsarbeit, Selbsthilfeprojekte

* Unter *Kompetenz* verstehen wir „die Gesamtheit aller Fähigkeiten und Fertigkeiten, die zum Erreichen eines bestimmten Zieles notwendig sind.“ unter *Performanz* verstehen wir deren praktische Umsetzung in Handlungen im sozialen und ökologischen Kontext

(Lebenswelt, Lebensraum).

** Eine Aufstellung von Grobzielen und Inhalten siehe *Petzold, Bubolz* 1979, S. 152, Anmerkung 2

Diagramm 9: Konzept integrativer Intervention (aus *Petzold*, in: *Petzold, Bubolz*, 1979, 156-157).

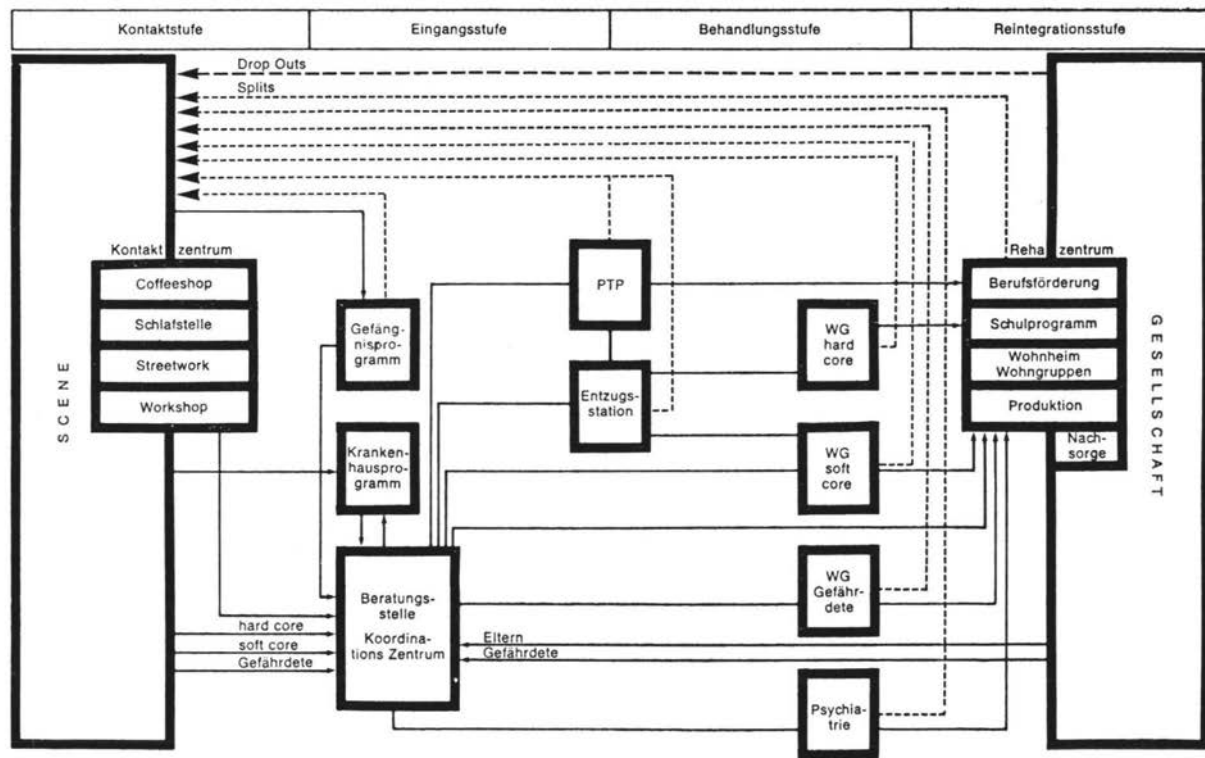


Diagramm 10: Vierstufenmodell der Therapiekette als Integration von Sozialagenturen — Einrichtung und Weg der Klienten (aus Petzold 1974c, 161). (WG = Wohngemeinschaft; PTP = Pharmakotherapieprogramm)

Die Erarbeitung einer Theorie und Praxis der Intervention ist für eine Integrative Therapie von zentraler Bedeutung. Für einen integrativen Ansatz in der Arbeit mit alten Menschen und Suchtkranken habe ich das Interventionskonzept präzise ausgearbeitet und in der Praxis erproben können (Petzold 1965; 1974 c; 1979, 228 ff; Petzold/Vormann 1980). Dabei wurde deutlich, daß die Integrationsbemühungen sich nicht nur auf den Bereich der Methoden erstrecken dürfen, daß nicht nur disziplinübergreifend die „angewandten Humanwissenschaften“ einbezogen werden müssen, sondern daß auch eine Integration der Sozialagenturen, die ein Patient während seiner „Karriere“ durchläuft, notwendig ist. Erfolgreiche Rehabilitation scheidet oft an der mangelnden Kooperation und Abgestimmtheit der Institutionen. Auf der Grundlage derartiger Erfahrungen habe ich ein integratives Modell soziotherapeutischer Rehabilitation entworfen (1965; 1969; 1974 c; 1980 e), das „Vierstufenmodell der Therapiekette“, und in Planung, Aufbau und Supervision verschiedener Therapieketten im Drogenbereich in die Praxis umsetzen können. (Siehe Diagramm 10)

Begriff und Konzept der *Therapiekette* (*chaîne thérapeutique*, Petzold 1969, 1), die ich geprägt und in die Rehabilitationsarbeit mit Suchtkranken und mit alten Menschen eingebracht habe, drücken meine Intentionen im Hinblick auf den Integrationsansatz aus: es geht nicht um Methodenintegration als abgehobenes wissenschaftliches Problem, sondern um die Integration von Maßnahmen der Hilfeleistung für Menschen und Gruppen, die dringend Hilfe brauchen und deren Notlage so umfassend wie möglich behoben werden soll. Es geht um die Integration partikulärer, nur auf Teilbereiche gerichteter Hilfeleistungen, die kurzfristige Teilsanierungen bewirken, aber eine grundsätzliche Veränderung verhindern. Integrationsbemühungen gewinnen so eine politische Perspektive, wie sie im Konzept „integrativer Intervention“ gekennzeichnet ist. Es soll durch sie verhindert werden, daß Maßnahmen — wie z. B. die Mehrzahl der Präventivprojekte — nur zur Entlastung von Institutionen und Interessengruppen dienen, und daß sie damit zur Verschleierung der eigentlichen Ursachen beitragen und Entfremdungen fortschreiben (Petzold 1980 c). Wenn Integration mit „optimaler Anpassung“ gleichbedeutend wird, wenn sie nicht mehr die Basis für *Kreation* und *Veränderung* bereitstellt, so wird das Bemühen um integrative Modelle zu psychotechnischen und sozialtechnologischen Scheinlösungen führen, die wirkliche Hilfeleistungen und Entwicklungen verhindern. Dies gilt sowohl im Hinblick auf die Therapie eines Einzelnen, als auch im Hinblick auf die Veränderung von Situationen.

Ich habe in meinem integrativen Prozessmodell therapeutischer Verläufe, dem „tetradischen System“ (1970, 1974 a, 1978 a) eine vierte Stufe der Neuorientierung vorgesehen, die nicht nur auf das Einüben neuen Verhaltens im Sinne verhaltenstherapeutischer Maßnahmen gerichtet ist, sondern über diese hinausgehend Transferleistungen fördern soll, die zu Veränderungen im Umfeld des Patienten führen sollen. Es geht darum, sich und das Umfeld den jeweiligen Erfordernissen und Möglichkeiten entsprechend zu gestalten. Das „tetradische System“ versucht im Sinne einer *Logik der therapeutischen Prozesse* die

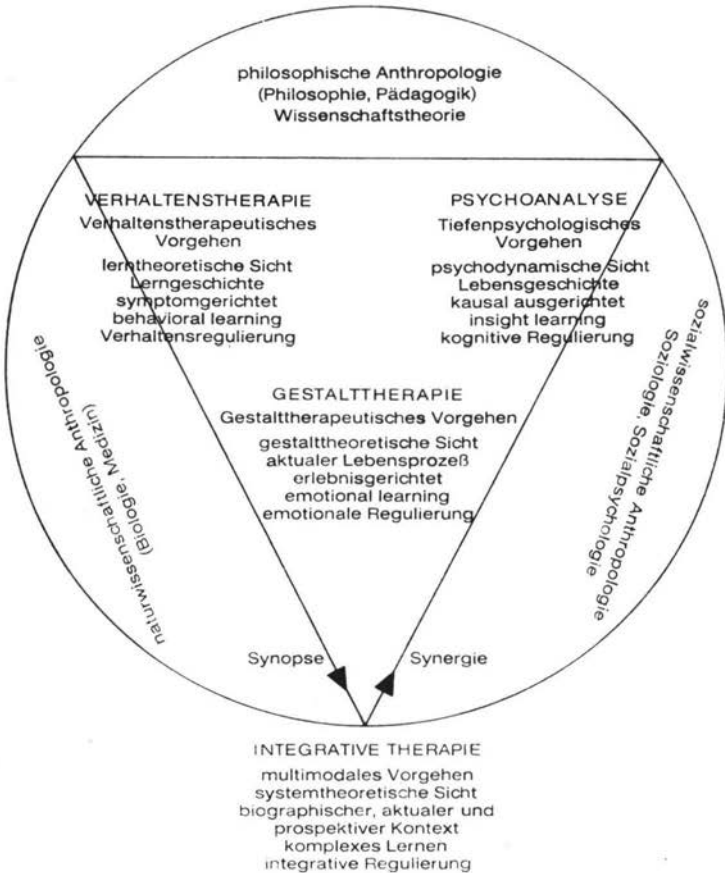


Diagramm 11: Systemverbund durch Synopse- und Synergieprinzip (aus Petzold 1974a)

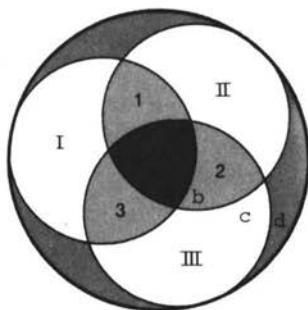


Diagramm 12:

Methodenintegration in der Psychotherapieausbildung (aus Petzold 1980f)

Legende: I Psychoanalyse (Freud, Adler, Jung, Lacan)
 II Humanistische Psychotherapie (Moreno, Perls, Rogers)
 III Verhaltenstherapie (Skinner, Lazarus, Kanfer, Meichenbaum)

- a) Homologes (dunkelgraues Feld)
 b) Similäres (hellgraue Felder)
 c) Divergentes und Differentes (weiße Felder)
 d) Synergetisches (mittelgraue Felder)
- Verfahren, die zu Psychoanalyse und Humanistischer Psychotherapie Ähnlichkeiten aufweisen:
 - Individualpsychologie (Adler)
 - Daseinsanalyse (Boss)
 - Transaktionsanalyse (Berne)
 - Logotherapie (Frankl)
 - Katathymes Bilderleben (Leuner)
 - Integrative und konzentrierte Bewegungstherapie (Petzold, Stolze)
 - Kreativ- bzw. Gestaltungstherapien (Franzke, Naumburg)
 - Psychosynthese (Assagioli)
 - Körpertherapien (Reich, Lowen, Janov)
 - Verfahren, die zu Humanistischer Psychotherapie und Verhaltenstherapie Ähnlichkeiten aufweisen:
 - Rational-emotive Therapie (Ellis)
 - Assertives Training (Salter)
 - Multimodale Verhaltenstherapie (Lazarus)
 - Tagtraumtechniken (Cautela, Singer)
 - Selbstregulationsverfahren (Kanfer)
 - Rollenspiel (Kelly, Moreno, Bandura)
 - Kommunikationstherapien (Watzlawick)
 - Neurolinguistic-programming (Bandler, Grinder)
 - Transaktionsanalyse (Berne)
 - Verfahren, die zu Verhaltenstherapie und Psychoanalyse Ähnlichkeiten aufweisen:
 - Autogenes Training (Schultz)
 - Hypnose (Langen)
 - Progressive Relaxation u. a. Entspannungsverfahren (Jacobson, Stockvis)
 - Rational-emotive Therapie (Ellis)
 - Tagtraumtechniken (Cautela, Singer)
 - Transaktionale Analyse (Berne)
 - Rollenspiel (Kelly, Moreno, Bandura)

homologen und similären Strukturen verschiedener Ansätze der Therapie zu nutzen und den Reichtum der Unterschiedlichkeiten, das Diferente, fruchtbar zu machen. (Siehe Diagramm 13)

Jedes Geschehen im therapeutischen Prozeß wird unter drei Perspektiven gesehen (siehe Diagramm 11):

1. aus lerntheoretischer Sicht,
2. aus psychodynamischer Sicht,
3. aus gestalttheoretischer Sicht,

wobei weitere theoretische Perspektiven wie z. B. aus der Sozialpsychologie (Rollentheorie, kognitive Dissonanztheorie etc.) einbezogen werden können. Nach dem Synopse-Prinzip führt das „Wechseln der Optik“ nicht zu einem Nebeneinanderstehen der Sichtweisen, sondern zu einem ganzheitlichen Verstehen, das über die *Homologie* von Strukturen einerseits und über den *Übersummativitätseffekt* andererseits integriert wird, wobei die strukturellen Ähnlichkeiten, das *Similäre*, weitere Verbindungsmöglichkeiten eröffnet. Sie kommen besonders in der Verbindung verschiedener Psychotherapiemethoden zum tragen (vgl. Petzold 1980 f). (Siehe Diagramm 11 und 12)

Therapeutische Prozesse sind, sofern sie nicht auf Stabilisierung oder „Coping“ abzielen, Veränderungsprozesse, und sie verlaufen wie diese in mehreren Phasen, die aufeinander bezogen sind. Die Problemlösungs- und Kreativitätsforschung (Seiffge-Krenke 1974) hat mit ihren Mehrstufenmodellen die Dynamik von Veränderungsprozessen aufgezeigt, und in den meisten Therapieformen finden wir hierzu Entsprechungen wie z. B. im „Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten“ der Psychoanalyse, dem „unfreezing, change and refreezing“ der an Lewin orientierten Formen der Gruppenarbeit, in der Warm-up, Handlungs- und Gesprächsphase des Psychodramas (Leutz 1974) sowie in den Mehrphasenmodellen der verschiedenen Formen dramatischer Therapie (Petzold 1982 a). (Siehe Diagramm 13)

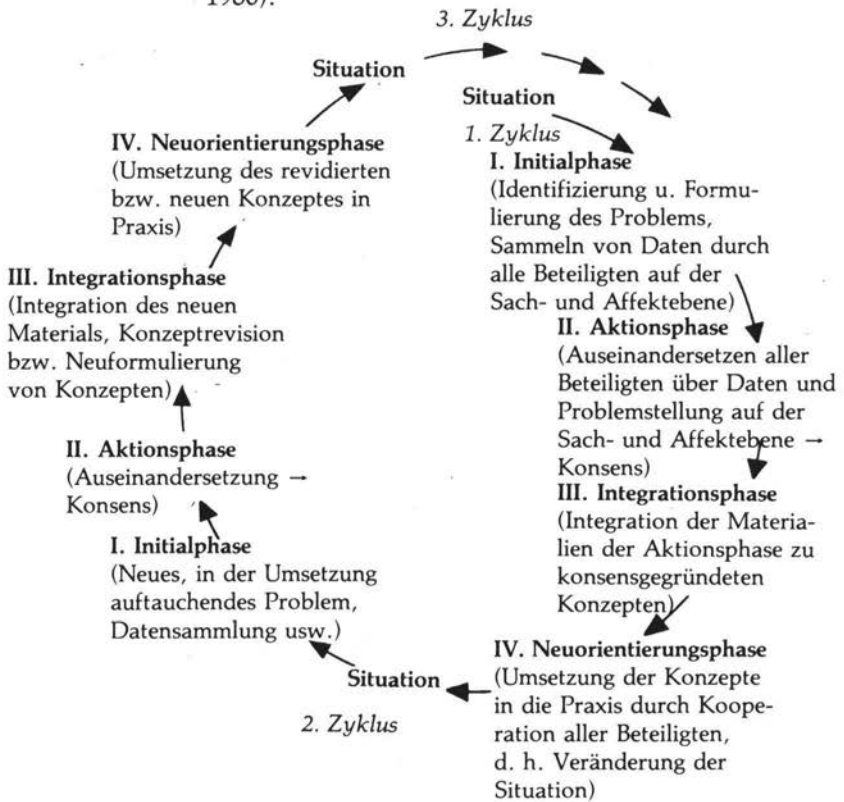
Der vierstufige Prozeß ist in sich integrativ. Er verbindet die verschiedenen methodischen Zugänge, ja er fordert geradezu diese Verbindung. Die *Initialphase* bietet eine *Differenzierung* der Fakten, womit ein Zuwachs an Komplexität gegeben ist. Die *Aktionsphase* ermöglicht *Strukturierung* und das Herausbilden von Prägnanzen. Die nächste Phase ist auf die *Integration* zentriert und die vierte *Phase der Neuorientierung* schließlich ermöglicht *Überschreitung*, Transgression (Foucault 1976). Der tetradische Prozeß wirkt also nicht systemstabilisierend sondern systemverändernd. In der Phase der Neuorientierung

*Tetradisches System
der Integrativen Therapie*



Diagramm 13: Prozeßverlauf im „Tetradischen System“ Integrativer Therapie (aus Petzold 1974a)

Diagramm 14: Theorie-Praxis-Zyklus im Korrespondenzmodell der Supervision (aus Petzold 1973; vgl. Petzold, Lemke 1980).



Funktionen der Phasen:

- | | | |
|--------------------|---|---------------|
| I. Differenzierung | → | Komplexität |
| II. Strukturierung | → | Prägnanz |
| III. Integration | → | Stabilität |
| IV. Kreation | → | Transgression |

werden nicht nur individuelle Verhaltensmuster überschritten, sondern, wo immer erforderlich, gesellschaftliche Veränderungen intendiert. Gerade im Hinblick auf diese letzte Zielsetzung kann der tetradische Prozeß eine andere Akzentsetzung gewinnen. Er wird zu einem „Korrespondenzprozeß“, einem Diskurs, in dem Theorie und Praxis zu einer Einheit integriert sind, die in konkrete Handlung mündet. Ich habe das Modell intersubjektiver Korrespondenz (*Petzold 1978, 35*) folgendermaßen umrissen:

„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 kann und zu konkretem Handeln, zu Kooperation führt“.

Die diskursive Auseinandersetzung von Menschen *in* einer konkreten Situation *über* die Situation und ein ihr inhärentes Thema führt über Differenzierung zur Freisetzung von Komplexität, zu ihrer Reduktion durch Strukturierung, zu Integration und zu Überschreitung. Es entsteht ein Theorie-Praxis-Zyklus, der Situationen verändert und damit jeweils *neue* Situationen schafft. Für die Arbeit in politischen Initiativen, in Aktionsforschungsprojekten, in der Supervision, in konzeptuellen Arbeitsgruppen erweist sich das Korrespondenzmodell demnach als Instrument von Integration und Kreation, mit dessen Hilfe komplexe Interventionen möglich werden (*Petzold, Lemke 1980*). (Siehe Diagramm 14)

Schlußbemerkung

Ich habe hier Integrationsmodelle vorgestellt, die ich in den vergangenen 15 Jahren entwickelt habe, zum großen Teil Ende der 60er, Anfang der 70er Jahre, weiterhin die Modelle von *Iljine, Moreno, Perls*, die mich zu integrativem Denken angeregt haben. Es war jeweils nur eine knappe Erläuterung der verschiedenen Modelle möglich.

Die Diagramme sprechen zum größten Teil für sich selbst. Ansonsten wird der Leser auf die Originalveröffentlichungen verwiesen.

Die Frage der Methodenintegration und der Modelle zu integrativen therapeutischen Ansätzen wird sich nicht vollkommen lösen lassen (*Petzold 1980f*), vor allen Dingen sind keine schnellen Lösungen zu erwarten. Es liegt die Gefahr der Ausblendung nahe, der Verengung des Spektrums, um vordergründige Stringenz zu erreichen. Der Mut zu Entwurf und Spekulation wird ebenso notwendig sein wie die empirische Arbeit am Detail. Die Situation im Bereich der Psychotherapie,

Soziotherapie und psychologischen Rehabilitation ist zur Zeit so, daß kein Verfahren, keine Therapierichtung den Anspruch auf Universalität, unbezweifelbare Effizienz und Angemessenheit im Hinblick auf die Bedürfnisse und Nöte kranker Menschen auch nur annähernd beanspruchen kann, ganz gleich, ob es sich um die Psychoanalyse mit ihrer elaborierten — und hochspekulativen — Persönlichkeitstheorie und der schwachen empirischen Fundierung handelt, oder um die Verhaltenstherapie mit der starken empirischen Fundierung und mageren Persönlichkeitstheorie oder um die humanistische Psychotherapie mit ihren guten philosophisch-anthropologischen Konzepten, ihrer Wertorientierung und ihrem Methodenreichtum und ihrer schwachen empirischen Basis und dürftigen Krankheitslehre. Wenn diese Ansätze untereinander in Korrespondenz treten, die von Wertschätzung und Interesse für die Positionen des Anderen getragen ist, besteht die Chance, zu wirklich fundierten und effektiven Integrationsmodellen zu kommen, wohingegen Macht und Positionskämpfe menschlichen und wissenschaftlichen Fortschritt auch in diesem Bereich verhindern können. Die Zeit der Orthodoxien geht zu Ende. Ob die neue Zeit leichter wird, ist zu bezweifeln, denn Integration ist ein mühevolleres Unterfangen.

Literatur

- Assagioli, R., 1982. Die Schulung des Willens, Junfermann, Paderborn.
- Bubenheimer, U., 1980. Pädagogisches Psychodrama in Schule und Ausbildung, *Sozialpsychiatrische Informationen*, März 1980, 143-160.
- Cornyetz, P., Del Torto, Y., 1944. Psychodrama as expressiv and projektive technique, *Sociometry*, 4, 373.
- Friedlaender, S., 1918. Schöpferische Indifferenz, München.
- Ferenczi, S., 1464. Bausteine zur Psychoanalyse, Huber, Bern, 4. Bd.
- Goodman, P., 1979. Nature heals, New York.
- Foucault, M., 1976. Die Subversion des Wissens, Ullstein.
- Iljine, V. N., 1910. Kranke spielen Theater — ein Weg zur Heilung des Leibes und der Seele. *Teatralny Kurier*, Beilage, Kiew, (russ.).
- Iljine, N. V., 1909. Improvisiertes Theaterspiel zur Behandlung von Gemütsleiden. *Teatralny Kurier*, Beilage, Kiew, (russ.).
- Iljine, N. V., 1942. Therapeutisches Theaterspiel, Sobor, Paris, (russ.)
- Iljine, N. V., 1972. Das therapeutische Theater. In: Petzold, Angewandtes Psychodrama, Junfermann, Paderborn 1972, 168-176.
- Janet, P., 1919. Les médications psychologiques, Alcan, Paris.
- Joslyn, M., 1977. Zen und Gestalttherapie, *Integrative Therapie*. 3/4, 203-226. Junfermann, Paderborn.
- Korzybski, A., 1950. Science and sanity, Institute of General Semantics, Lake Villa.
- Luhmann, N., 1968. Zweckbegriff und Systemrationalität, Mohr, Tübingen.
- Leutz, G. A., 1974. In: Memoriam J. L. Moreno, *Gruppenpsychother. Gruppensdynamik*. 3, 190-192.
- Leutz, G. A., 1974. Psychodrama. Theorie und Praxis, Springer, Heidelberg.
- Mead, G. H., 1943. Mind, self and society, University of Chicago Press, Chicago.

- Merleau-Ponty, M., 1945. *Phénoménologie de la perception*. Gallimard, Paris, 1945; dtisch: *Phänomenologie der Wahrnehmung*, De Gruyter, Berlin, 1966.
- Merleau-Ponty, M., 1964. *Le visible et l'invisible*, Gallimard, Paris 1964.
- Marcel, G., 1978. Leibliche Begegnung. In: Kraus, A. Leib, Geist, Geschichte, Hühlig, Heidelberg.
- Mathias, U., 1982. Die Entwicklungspsychologie und Rollentheorie J. L. Morenos, in: Petzold, Mathias, 1982, Junfermann, Paderborn.
- Moreno, J. L., 1924. *Das Stegreiftheater*. Kiepenheuer, Potsdam. 2. Aufl. Beacon House, Beacon 1970.
- Moreno, J. L., 1934. Who shall survive? A new approach to the problems of human interrelations, Nervous and Mental Disease Publishing Company, Washington, D. C.
- Moreno, J. L., 1954. Interpersonal therapy, Group psychotherapy an the function of the unconscious, *Group Psychotherapy* 3/4, 191-204.
- Moreno, J. L., 1959a. Psychodrama. In: Arieti (Hrsg.) *American Handbook of Psychiatry*. Bd. II, 1357-1396, Basic Books, New York.
- Moreno, J. L., 1959b. *Gruppenpsychotherapie und Psychodrama*, Thieme, Stuttgart.
- Moreno, J. L., 1963. Behavior therapy. *Americ. J. Psychiat.* 120, 194-196.
- Moreno, J. L., 1946. Psychodrama. Bd. I. (3. Aufl. 1964). Bd. II 1959, Bd. III 1969. Beacon House, Beacon, Bd. I dtisch. Junfermann, Paderborn 1981.
- Moreno, J. L., *Within*, E. S., 1932. Application of the group method to classification, National Committee on Prison and prison Labour, New York.
- Müller, K., 1979 *Die Wende der Wahrnehmung*, Pfeiffer, München.
- Perls, F. S., 1942. *Ego, Hunger und Aggression*, Johannesburg; 2. Aufl. Allen & Unwin, London 1947; 3. Aufl. Randon-House, New York 1969; dtisch: *Das Ich, der Hunger und die Aggression*. Klett-Cotta, Stuttgart. 1978.
- Perls, F. S., 1948. Theory and technique of personality integration. *American Journal of Psychotherapy* 4, 565-586; dtisch: in Perls, F. S., (1980).
- Perls, F. S., 1969a. In and out the garbage pail, Real People Press, Laffayette.
- Perls, F. S., 1969b. Cowichan Lecture on Gestalt Therapy and Integration, Tape Rec. Cowichan.
- Perls, F. S., 1980. *Gestalt, Wachstum, Integration*, Junfermann, Paderborn.
- Perls, F. S., Hefferline, R., Goodman, P., 1951. *Gestalt Therapy*, Julian Press, New York; dtisch: *Gestalttherapie*, 2. Bd., Klett-Cotta, Stuttgart.
- Petzold, H. G., 1965. Géragogie — nouvelle approche de l'éducation pour la vieillesse et dans la vieillesse, *Publications de L'Institut St. Denis* 1, 4-10.
- Petzold, H. G., 1969. *Les Quatre Pas. Concept d'une communauté thérapeutique*. Paris, mimeogr.
- Petzold, H. G., 1970. *Thérapie du mouvement, training relaxatif, thymopratique et éducation corporelle comme integration*. Paris, mimeogr.
- Petzold, H. G., 1972. *Ausbildungsprogramm des Fritz Perls Institut*. F. P. I. Basel, Würzburg, Düsseldorf.
- Petzold, H. G., 1973. *Das „therapeutische Theater“ als Form dramatischer Therapie*. In: Petzold, H. G., *Gestalttherapie und Psychodrama*. Nicol, Kassel; Nachdruck in Petzold (1981a).
- Petzold, H. G., 1974a. (Hrsg.) *Psychotherapie und Körperdynamik*, Junfermann, Paderborn, 3. Aufl. 1979.
- Petzold, H. G., 1974b. *Leben und Werk Vladimir N. Iljines*, *Kyrios* 4, 253-273.
- Petzold, H. G., 1974c. (Hrsg.) *Drogentherapie — Methoden, Modelle, Erfahrungen*. Junfermann/Hoheneck, Paderborn; 2. Aufl. Klotz, Frankfurt 1980.
- Petzold, H. G., 1975. *Integrative Therapie ist kreative Therapie*. Fritz Perls Institut, Düsseldorf, mimeogr.

- Petzold, H. G., 1978a. Das Korrespondenzprinzip in der Integrativen Agogik, *Integrative Therapie* 1, 21-58.
- Petzold, H. G., 1978b. „Das therapeutische Theater“ V. N., Iljines in: Petzold, H. G., *Angewandtes Psychodrama*, Junfermann, Paderborn, 2. Aufl. 1978, 228-237.
- Petzold, H. G., 1980a. „Sich selbst im Lebensganzen verstehen lernen“ — erlebnisaktivierende Methoden in der Vorbereitung auf das Alter, in: Schneider, H. -D., *Vorbereitung auf das Alter*, Schöningh, Paderborn.
- Petzold, H. G., 1980b. Das Hier-und-Jetzt-Prinzip und die Dimension der Zeit in der psychologischen Gruppenarbeit, in: *Bachmann, C. H., Kritik der Gruppendynamik*, Fischer, Frankfurt.
- Petzold, H. G., 1980c. Zum Konzept der Therapiekette und zur Karriere Drogenabhängiger. In: *Petzold, H. G., Vormann, G., Therapeutische Wohngemeinschaften*, Pfeiffer, München. 1980, 208-228.
- Petzold, H. G., 1980d. Fritz Perls und die Gestalttherapie. In: *Perls, F. S., (1980)*.
- Petzold, H. G., 1980e. Prävention, Zeitbewußtsein und Entfremdung, *Gestalt Bulletin* 2/3 (1980).
- Petzold, H. G., 1980f. Zur Methodenintegration in der Psychotherapieausbildung, *Gestalt-Bulletin* 2/3 (1980).
- Petzold, H. G., 1982a. *Dramatische Therapie*, Hippokrates-Verlag, Stuttgart.
- Petzold, H. G., 1982b. *Psychotherapie, Meditation, Gestalt*, Junfermann, Paderborn.
- Petzold, H. G., Iljine, V., Zenkovskij, B, 1972. Das „Didaktische Theater“ in der schulischen Erziehung, in: *H. Petzold, Angewandtes Psychodrama*, Junfermann, Paderborn 1972.
- Petzold, H. G., Mathias, U., 1982. *Rollenentwicklung und Identität*, Junfermann, Paderborn.
- Reilstab, F., 1976. *Das Stanislavsky Buch*, Stutz, Wädenswil.
- Reil, J. Ch., 1803. *Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrüttungen*, Halle.
- Schmidt-Ranson, I., 1976. Die Lehrstücke Brechts in ihrer Beziehung zum Psychodrama Morenos und zum Therapeutischen Theater Iljines. *Integrative Therapie* 4, 205-219.
- Zenkovskij, B., 1953. *Geschichte der russischen Philosophie*. Paris Bd. I, 1948; Bd. II, 1950 (russ.); engl. Übersetzung London 1953; frz. Übersetzung Paris Bd. I, 1953, Bd. II 1955.
- Völker, U., 1980. *Humanistische Psychologie*. Beltz, Weinheim.
- Zernov, N., 1963. *The russian religious renaissance of the twentieth century*, Darton, Longman & Todd, London.

Schulenübergreifende Perspektiven in der Psychotherapie

A. Linsenhoff, R. Bastine und D. Kommer, Heidelberg

Das theoretische und praktische Problemlöse-Potential von psychotherapeutischen Schuldoktrinen reicht inzwischen offensichtlich nicht mehr aus, die vielfältigen Entwicklungstendenzen in der psychotherapeutischen Praxis konstruktiv zu beeinflussen. Im Folgenden wird daher der Versuch unternommen, Entwicklungen in der Psychotherapie aufzuzeigen, die zur Überwindung des Schulansatzes beitragen. Als solche Ansätze werden zunächst einige Trends in der Theorienentwicklung betrachtet (Punkt 1); sodann wird die zunehmende Bedeutung eklektischer Positionen in der psychotherapeutischen Praxis herausgestellt und die Frage aufgeworfen, welche theoretischen und praktischen Integrationsperspektiven sich daraus ergeben (Punkt 2). Abschließend wird ein Prozeßmodell der Psychotherapie vorgestellt, das als Grundlage für künftige deskriptive empirische Analysen therapeutischer Prozesse dienen soll; dieses Modell ist aber schon jetzt als kommunikativer Leitfaden zur Supervision der therapeutischen Praxis in Teams mit Therapeuten unterschiedlicher Schulrichtungen anwendbar (Punkt 3).

1. Korrosionserscheinungen beim psychotherapeutischen Schulansatz

Traditionellerweise ist Psychotherapie in *Schulen* organisiert: die Ausbildung erfolgt größtenteils im Rahmen einer Schulrichtung ohne Einbezug anderer Theorien bzw. Verfahren; Psychotherapieforschung hantiert bei Erfolgs-, Prozeß- und Indikationsforschung mit einheitlichen Therapie-„paketen“ (Franke 1976, S. 215) wie Psychoanalyse (PsyA), Verhaltenstherapie (VT) und Gesprächspsychotherapie (GT), und schließlich wird auch die Politik in diesem Bereich von den Trägern der jeweiligen Schulen, den Therapieverbänden, betrieben.

Die Konkurrenz zwischen den Schulen besteht weiterhin — gegenwärtig noch stimuliert durch den Kampf um Einfluß auf die Gestaltung des Psychotherapeuten-Gesetzes. Daneben werden allerdings als entgegengesetzte Entwicklung die Anzeichen allmählich unübersehbar,

die dieses Schuldenken mit den impliziten/expliciten Allgemeingültigkeitsansprüchen jeder Schule und den klaren Abgrenzungen gegenüber anderen ins Wanken geraten lassen. Als solche Anzeichen seien hier einige Trends in der Theorie- und Forschungsentwicklung bei den einzelnen Schulen und jenseits des Schulansatzes angeführt, wie sie sich aus den jeweiligen Publikationen ablesen lassen (Punkt a, b und c).

a) *Modifikation der Theorien*

So verändern die Schulen ihre Aussagen und ihr Vorgehen — auch und gerade — in *den* Bereichen, in denen sie zuvor von anderen Schulen als unzulänglich und einseitig kritisiert wurden, in denen sie sich selbst oft aber zunächst einmal als den anderen Schulen überlegen betrachtet haben. Dies läßt sich zeigen für die GT, die PsyA und die VT:

(1) *die GT*: Wurde früher theoretisch die Realisierung der sogenannten *Rogers-Variablen* als notwendige und hinreichende Bedingung für konstruktive Veränderungen beim Klienten gehalten, so wird dies wohl heute nur noch von wenigen als hinreichend angesehen; vielmehr ist die Forderung nach einer differentiellen GT allgemein anerkannt (siehe z. B. *Bastine* 1976, S. 196; *Tscheulin* 1976; *Bommert* 1977). Wurde früher die Theorie-Abstinenz der GT als Vorteil gegenüber anderen Therapierichtungen herausgestellt (da hierdurch eine konzeptärmere Begegnung mit dem Klienten möglich werde), so wird dies heute eher — insbesondere für Fragen der Indikation und der Forschung — als Manko betrachtet (siehe z. B. *Krause* 1976, S. 209 f).

(2) *die PsyA*: War früher die Lehre vom Unbewußten Zentrum der Theorie und die Arbeit an den Triebkonflikten Zentrum des therapeutischen Vorgehens, so sind hier — eingeleitet durch die Arbeiten *H. Hartmanns* (z. B. 1972 a, 1972 b) zur Ich-Psychologie (zum Überblick siehe *Drews & Brecht*, 1975) und *H. Kohuts* (1973 a, 1973 b) zum Typ der narzißtischen Persönlichkeitsstörungen (zum Überblick siehe *Köhler*, 1978) — weitreichende Veränderungen eingetreten (*Mitscherlich* 1975, S. 4 und S. 236).

So muten *Hartmanns* Ausführungen oft wie eine mittelbare Antwort auf populäre Psychoanalyse-Kritik an:

— Der Kritik, daß die PsyA den Klienten nur unter dem Blickwinkel der Gestörtheit sehe, stehen *Hartmanns* Forderungen gegenüber, daß der Analytiker es immer mit der Gesamtpersönlichkeit des Klienten zu tun habe und daher neben den zentralen Konflikten auch unbedingt die konfliktfreien Bereiche erfassen müsse (1972 b, S. 148).

— Siehe z. B. seine Aussage, daß die Ich-Entwicklung eben nicht nur auf den Einfluß der Triebe und der Realität zurückgeführt werden könne, sondern „auch auf eine Gruppe von Faktoren, die sich nicht mit den beiden genannten identifizieren läßt“ (1972 a, S. 125); er spricht hierbei von einem „teilweise unabhängigen Ursprung ... von einem autonomen Faktor der Ich-Entwicklung.“ (a. a. O, S. 124)

— Siehe z. B. seine Forderung, in Zukunft die bisher geleistete intersystemische Forschung (Konflikte und Zusammenhänge zwischen Ich, Es und Über-Ich) durch ein systematisches Studium der verschiedenen Funktionseinheiten innerhalb des Ichs (=intrasystemische Forschung) zu ergänzen; und daß erst dann Fragen beantwortet werden können wie: „Was meinen wir, wenn wir sagen, daß wir dem Ich des Patienten helfen, oder daß wir sein Ich stärken?“ (1972 b, S. 148)

Noch sehr viel weiter geht *Greenspan* (1975) bei der Entwicklung seiner „psychoanalytischen Lernperspektive“. Er setzt dafür bei der Bedeutung an, die der Realität in der psychoanalytischen Theorie zukommt: die Realität hat Einfluß auf die Entwicklung des psychologischen Systems des Individuums, niemals aber unmittelbar auf das Verhalten. Dies erweitert er nun dahingehend, daß durch die Struktur und die Entwicklung des Individuums bestimmt wird, *was* als verstärkend an/in der Realität erlebt wird, daß dieser Verstärkungszusammenhang dann aber den bekannten Gesetzen der operanten Lerntheorie folgt. Um diesen Aufweis und damit um die Integration der operanten Lerntheorie in die analytische Theorie bemüht er sich auf den verschiedenen metapsychologischen Ebenen.

Auf diesem Hintergrund kommt er zur Schlußfolgerung,

— daß der Wegfall des Symptoms nach Analysieren der zugrundeliegenden Konflikte nicht etwa automatisch, sondern entsprechend den Lern- (hier: Lösungs-) gesetzen erfolgt (1975, S. 74),

— daß untersucht werden müsse, inwieweit nicht das Aufgeben der Symptome in Konkurrenz damit steht, inwieweit der Patient hierfür von der Umwelt verstärkt werde (S. 75),

— und daß bei ich-starken Personen das Aufzeigen funktionaler Zusammenhänge zwischen unangepaßtem Verhalten und bisher unbemerkten Verstärkern völlig die Bedeutung des Verstärkers verändern und damit dieser auch seinen Verstärkerwert verlieren könne (S. 77 f).

So kommt er weiterhin zu einer Erklärung, warum rein operante Therapieverfahren effektiv sein können: „In order for energy to remain attached to a behavioral pattern, there must be some occasional gratification of that pattern. ... a behavioral pattern which was once gratified but is then selectively not gratified will lose its energy. This energy then becomes available for the new reinforced behavior.“ (S. 48)

Eine solche Veränderung von Verhaltensmustern kritisiert er allerdings als einseitig, eben nur von einem Verhaltensmuster zu einem anderen, während das Ziel psychoanalytischer Therapie eine Veränderung in *zwei* Richtungen sei: einmal zu neuen Verhaltensmustern, dann aber gleichzeitig auch zu höheren Entwicklungsstadien im Rahmen eines Persönlichkeitswachstums.

Diese Kritik *Greenspans* an operanten Verfahren mutet allerdings sehr gemäßigt und offen an; insbesondere auch dann, wenn man diese Äußerungen auf dem Hintergrund von Überlegungen *Freuds* betrachtet, daß das „reine Gold der Analyse“ (*Freud* 1966, S. 193) mit deren weitgesteckten Therapiezielen nur einem kleinen Kreis von Patienten zugute kommen könne, für eine Massen Anwendung von Psychotherapie man also bereit sein müsse, von der „reinen“ Lehre abzuweichen.

Und im Rahmen der Narzißmus-Diskussion formuliert *Miller* (1979), daß jede Arbeit an den Triebkonflikten unsinnig sei, solange der Patient nicht seine emotionale Erlebnisfähigkeit wiedererlangt hat; dies also müsse das erste Ziel der analytischen Therapie sein. „Aber die Arbeit an den Triebkonflikten des Patienten setzt ein lebendiges wahres Selbst als Subjekt der Triebwünsche voraus. Das scheint unseren Patienten zu fehlen. ... Ohne diese Basis bleibt aber jede ‚Verarbeitung‘ der Triebkonflikte illusorisch, d. h. sie vergrößert das intellektuelle Wissen des Patienten und stärkt unter Umständen seine Abwehr, ohne seine Gefühlswelt zu tangieren.“ (*Miller* 1979, S. 12)

(3) die VT: Die Entwicklung der VT sei hier an drei Bereichen exemplifiziert:

(a) War die VT früher allein mit der Modifikation *offenen Verhaltens* beschäftigt und hielt sich das auch sehr mit den Argumenten der Wissenschaftlichkeit und Wirtschaftlichkeit des Therapiesgeschehens zugute (vgl. die Gegenüberstellung von PsyA und VT bei *Eysenck & Rachmann 1965/68*, S. 21) —, so wird in den letzten Jahren die Bedeutung der *Kognitionen* und deren Modifikation immer mehr hervorgehoben¹⁾ (beginnend mit *Mahoney 1977*; *Meichenbaum 1977*). Auch das Konzept der „*vertikalen Verhaltensanalyse*“ (*Grawe & Dzielas 1978*, S. 31 ff) erweitert diese Perspektive ganz erheblich: so wird hier nach Verhalten nicht nur als durch die vorausgehenden und nachfolgenden Reizbedingungen einer konkreten Situation gesteuert verstanden (= horizontale Verhaltensanalyse, siehe hierzu *Schulte 1974*), sondern gleichermaßen wird das Verhalten als Teil eines Plans der Person gesehen, mit dem sie bestimmte Ziele verfolgt. Während die horizontale Verhaltensanalyse also immer auf der Ebene von Verhalten in Situationen bleibt, untersucht die vertikale Verhaltensanalyse Verhalten auf seine Funktion im Rahmen von übergeordneten Plänen. Diese Pläne müssen erschlossen werden aus dem beobachtbaren Verhalten. Wie sehr sich diese Konzeption von den Anfängen der VT entfernt hat, wird beispielsweise in folgendem Zitat deutlich: „Daß die Aussagen von Menschen über ihre Pläne für sich allein eine sehr unzuverlässige Information sind, liegt vor allem daran, daß man sich der Pläne, die das eigene Verhalten steuern, durchaus nicht immer so klar bewußt ist, daß man sie ohne weiteres in einem Satz formulieren könnte“ (*Grawe & Dzielas 1978*, S. 36).

(b) Standen früher *Techniken*, die auf den Prinzipien des klassischen und operanten Konditionierens beruhten, zentral im Interventionsrepertoire des Verhaltenstherapeuten, so hat sich inzwischen die Ansicht durchgesetzt, daß ein solches Vorgehen für komplexere Störungen zumindest nicht ausreichend ist (siehe z. B. *Goldfried & Goldfried 1977*, S. 103).

(c) Und schließlich als weiterer Bereich „klassischer“ Kritik an der VT als rein technisches und damit explizit beziehungsloses Vorgehen: die Aktualität des Themas *Therapeut-Klient-Beziehung* in der VT (sie-

¹⁾ Wie weit diese Veränderung bei den Grundlagen geht, läßt sich aus Aussagen wie folgender von *Kanfer* — einer der einflußreichen Autoren in der VT — ablesen: „Ohne Einbeziehung dieser (= kognitiven) Phänomene in das behavioristische Modell sind sehr wahrscheinlich die Tage des Behaviorismus, selbst als Methodologie, gezählt.“ (*Kanfer*, zit. nach *Goldfried & Goldfried 1977*, S. 103)

he Lutz 1978; De Voge & Beck 1978; Grawe & Dzewas 1978²⁾; Wilson & Evans 1977).

Welche Entwicklung die VT hier durchgemacht hat, wird deutlich, wenn man nach Durchsicht des klassischen Werks von *Eysenck & Rachmann* feststellt, daß hier die einzige Aussage zum Bereich Therapeuten-Verhalten/Therapeut-Klient-Beziehung der in einer tabellarischen Gegenüberstellung von PsyA und VT gebrauchte Satz ist: „Persönliche Beziehungen sind für die Heilung neurotischer Störungen nicht wesentlich, obgleich sie unter Umständen nützlich sein können“ (1965/1968, S. 21), ein Satz der nirgends weiter ausgeführt wird; und wenn man diesem Satz nun verschiedene Ausführungen bei *Lutz* gegenüberstellt, wie z. B. „Viele der von Patienten vorgebrachte Beschwerden kennt der Interviewer bei sich selbst, oder sie rufen starke Reaktionen der Zuneigung oder Ablehnung bei ihm hervor. Diese spontanen, stark subjektiven Reaktionen sollten im Verlauf des Trainings (im Interviewerverhalten) nicht eliminiert werden. Ziel muß es jedoch sein, sie zu kontrollieren und als Diagnostikum einzusetzen: Ein bestimmter Eindruck kann zu Hypothesen führen.“ (*Lutz* 1978, S. 79)

Grawe & Dzewas machen diese Beziehung sogar zum Kern ihrer „interaktionellen Verhaltenstherapie“ (1978): sie gehen dabei von der Annahme aus, daß Patienten mit Problemen im sozialen Bereich diese aufgrund ihrer spezifischen interaktionellen Pläne (s.o.) haben; diese Interaktionsmuster zeigen sich nun aber auch darin, wie der Patient dem Therapeuten begegnet. Daraus, wie der Patient bestimmte zwischenmenschliche Verhaltensweisen beim Therapeuten zu erzeugen, andere aber zu vermeiden bzw. aktiv zu verhindern sucht, gewinnt der Therapeut Informationen, aufgrund derer er Hypothesen über die *allgemeinen* Interaktionsmuster des Patienten formuliert, die er sodann durch Fragen bzw. Beobachtungen überprüft. Auf diese Weise arbeitet der Therapeut in der oft sehr komplexen Problematik die erfolgversprechendsten Interventionspunkte heraus (1978, S. 38 ff).

Die hier angeführten Entwicklungen machen eine Entdogmatisierung und Liberalisierung der verhaltenstherapeutischen Theoriebildung offensichtlich; inwiefern hierdurch wiederum Theoriedefizite deutlich werden, sei an einigen Beispielen aufgezeigt:

— durch die Entwicklung im Bereich der Kognitionen, wenn *Meichenbaum* darauf hinweist, daß der entscheidende Änderungsmechanismus

²⁾ So ziehen *Grawe & Dzewas* nach einer Analyse ihrer therapeutischen Mißerfolge den Schluß: „Das Vorhandensein einer guten Therapeut-Patient-Beziehung garantiert zwar noch keinen Therapieerfolg, aber ihr Fehlen macht ein Scheitern der Therapie sehr wahrscheinlich.“ (1978, S. 45)

bei systematischer Desensibilisierung und Modell-Lernen die Modifikation der Selbstaussagen sei (1977, S. 409 f), deren Wirksamkeit herkömmlicherweise aber ganz anders begründet, geschweige denn deren kognitiver Anteil thematisiert wird.

— bei der ‚neu entdeckten‘ Therapeut-Klient-Beziehung, wo es der VT bisher am konzeptuellen Rahmen und an einer Sprache mangelt, um diese Beziehung erfassen zu können. Bisher gibt es nur wenige Untersuchungen zu Therapeuten-Merkmalen in der VT. Lutz stellt fest, daß *verhaltenstherapeutische* Beschreibungsdimensionen für optimales Interviewer-Verhalten bisher unbekannt sind, daß aber wohl auf jeden Fall „Wärme“ und „Aktivität“ relevant sind und der Therapeut sich „distanziert, sicher, sensibel, akzeptierend, unterstützend, verstärkend, transparent“ verhalten solle (Lutz 1978, S. 83 f).

— so, wenn empirische Überprüfungen einzelner Verfahren deren theoretische Begründung in Frage stellen, siehe z. B. *Meichenbaums* Untersuchungen zum Verfahren der Angsterleichterung: dabei erwies sich ein „umgekehrtes“ Verfahren, bei dem bewältigende Selbstgespräche mit Elektroschock bestraft, ängstigende Gedanken aber belohnt wurden, als genauso effektiv zur Angstbehandlung wie das reguläre Verfahren (*Meichenbaum* 1977, S. 438 f) — ein Ergebnis, das auf der Basis herkömmlicher Konditionierungstheorien kaum zu erklären ist.

— wird hierdurch die Fragwürdigkeit der Begründung eines einzelnen Verfahrens deutlich, so ist aber auch die gemeinsame Basis der VT überhaupt recht umstritten und zweifelhaft (VT als Anwendung der modernen Lerntheorien oder als Anwendung der Ergebnisse der gesamten wissenschaftlichen Psychologie und ihrer Nachbardisziplinen oder aber als Gebrauch des experimentellen Ansatzes in der Behandlung klinischer Daten oder als reine Technologie? (Zu dieser Diskussion siehe den Reader von *Westmeyer & Hoffmann* 1977; siehe auch *Schulte* 1977, S. 1013 ff; *Bastine* 1976, S. 197 f).

b) Neue Anwendungsfelder

Weiterhin führt das Erschließen neuer Anwendungsfelder durch die Schulen zur Auflösung bisheriger Grenzen und Konzepte³⁾; als Beispiele anhand einzelner Autoren seien hier genannt:

— das familientherapeutische Konzept *H. Stierlins*, in dem die PsyA als theoretischer Ausgangspunkt im weiteren System-Rahmen aufgeht

³⁾ Eine ähnlich „entgrenzende“ Entwicklung ließe sich u. E. auch durch Forschung und Austausch von Erfahrungen im Bereich „schwierige Therapiesituationen“ über die verschiedenen Schulen hinweg erreichen.

und dabei dann auch Verbindungen insbesondere mit kommunikationstheoretischen Ansätzen eingeht (siehe z. B. *Stierlin* 1975 und 1977).

— zu Partnerproblemen und deren Therapie *M. Karpel*, der mit Bezug auf das wachsende Interesse an Fusions- bzw. Individuationskonzepten in diesem Bereich schreibt: „Diese Konvergenz des Forschungsinteresses ist erstes Anzeichen für eine langsame Verschiebung des Paradigmas innerhalb der Konzeptbildung von Psychopathologie und Psychotherapie. Sie ist deshalb von Bedeutung, weil sie phänomenologische und transaktionale Konzepte zu integrieren vermag und psychoanalytische und familiensystemorientierte Richtungen miteinander verbindet.“ (*Karpel* 1977, S. 50)

— das Regelmodell von *P. Innerhofer* (1974) zur Diagnose und Therapie im Bereich Familie und Schule, das von den Schwächen des herkömmlichen SORKC-Modells der VT zur Analyse problematischen Verhaltens ausgeht: „Wenn wir es ... mit alltäglichen Erziehungsproblemen zu tun haben, stoßen wir auf eine Reihe relevanter Variablen, die im S-R-K-Modell nicht darstellbar sind und deren Zusammenhänge nur teilweise mit den Lerngesetzen beschrieben werden können, wie z. B. auf Seiten des Erziehers: Zielvorstellungen, Werthaltungen, Befürchtungen usw., und auf Seiten des Kindes: Opposition, Interpretation des Erziehungsverhalten, Strategien, Einstellungen usw.“ (a. a. O., S. 6)

Um aber auch diese Informationen, die Voraussetzung für eine erfolgreiche Verhaltensmodifikation beim Kind in dessen natürlicher Umgebung sind, in die Therapie einbeziehen zu können, entwirft *Innerhofer* sein Regelmodell: das problematische Verhalten des Kindes ist Ergebnis seiner komplexen Erziehungssituation; diese wird durch die Erziehungsvorstellungen der verschiedenen Erzieher determiniert; diese Vorstellungen werden dem Kind kommuniziert — und sind damit für die Verhaltensanalyse erfaßbar — als *Verhaltensregel* (i. e. Verhaltensanweisungen, zumeist in verbaler Form, die neben dem geforderten Verhalten auch dessen Ziel, Zweck und Konsequenzen bezeichnen).

Mit der Verhaltensregel als Kern dieses Konzeptes verändert sich z. B. der behavioristische Stimulusbegriff: Stimuli können auch Ziele, Werte und damit nicht beobachtbare Größen sein; verstärkende Ereignisse können nun dem fraglichen Verhalten vorausgehen (z. B. die Vorstellung, eine Prüfung zu bestehen, verstärkt die Vorbereitung auf die Prüfung). Auch Störungsursachen sind nun nicht mehr bloß problematische Verstärkerpläne, sondern können z. B. in widersprüchlichen Regeln eines Erziehers oder häufiger noch verschiedener Erzieher

liegen, in mangelndem Verständnis oder mangelndem Akzeptieren einer Regel durch das Kind usw. (Die hier erfolgten Konzeptveränderungen sind daher im Zusammenhang mit der oben dargestellten Bedeutung der Kognitionen in der Verhaltenstherapie und der vertikalen Verhaltensanalyse zu sehen.)

c) *Common-factor-Forschung*

Und schließlich wird das Schuldenken noch von einer ganz anderen Richtung her unterminiert: der *common-factor-Forschung*. Diese geht von der Beobachtung aus, daß unterschiedliche Therapieformen quantitativ vergleichbare Ergebnisse erzielen, und folgert aus dieser und anderen Beobachtungen, daß es gemeinsame Wirkfaktoren von Psychotherapie geben müsse, die unabhängig von den je spezifischen Vorgehensweisen einzelner Schulen sind. Es wird hier also von einem Einheitsmodell von Psychotherapie ausgegangen, wobei je nach Autor unterschiedliche Bedingungen als Wirkfaktoren betrachtet werden. *Tscheulin* (1980) unterscheidet drei solcher Einheitsmodelle von Psychotherapie mit dem Anspruch schulübergreifender Bedeutung:

- das Katalysatormodell, siehe insb. *Rogers* (1957, 1965),
- Das Aktivationsmodell, siehe insb. *Frank* (1971, 1973, 1974),
- das technologische Modell, siehe insb. *Strupp* (1973), *Bergin* (1972), *Garfield* (1973).

Ohne diese hier näher auszuführen, bleibt als ihr gemeinsamer Nenner festzuhalten, daß die schuleigenen Wirksamkeitsaussagen für irrelevant erklärt und durch allgemeingültige ersetzt werden, die zum Teil sogar konträr zur Schulerklärung stehen. Ein Beispiel für ersteres ist, wenn *Frank* alle spezifischen Faktoren des Therapieprozesses nur in der Weise für relevant erachtet, wie sie Hoffnung auf Heilung erwecken, ein Beispiel für letzteres, wenn *Haley* (1978) im Rahmen der GT das Vorgehen des Gesprächstherapeuten als therapeutisches Paradox betrachtet, das das Ziel verfolgt, die Kontrolle über die Interaktion mit dem Klienten zu gewinnen.

2. Eklektizismustrend in der psychotherapeutischen Praxis

Bei der Darstellung von Korrosionserscheinungen innerhalb psychotherapeutischer Schulrichtungen haben wir auf den Perspektivenwechsel und auf Revisionen theoretischer Konzepte, des Methodenspektrums und von Anwendungsfeldern Bezug genommen, wie sie sich anhand von Publikationen der verschiedenen Schulrichtungen aufzeigen lassen.

Eine weitergehende theoretische Analyse, die auf die wissenschafts-historischen und wissenschaftstheoretischen Implikationen dieser Entwicklungstendenzen aufmerksam machen könnte, kann an dieser Stelle nicht geleistet werden. Uns interessiert hier die *praktische Relevanz* der Entmystifizierung psychotherapeutischer Schuldoktrinen und der damit einhergehenden Erweiterung des Methodenspektrums und der psychotherapeutischen Handlungsfelder.

Werden diese Entwicklungen in der therapeutischen Praxis registriert? Und auf welches Erklärungs-, Prognose- und Technologiewissen greifen praktizierende Klinische Psychologen und Psychotherapeuten dann eigentlich zurück, wenn sie ihr therapeutisches Handeln zu planen und begründen versuchen?

Auf dem Hintergrund ihrer Berufserfahrungen äußern sich viele psychotherapeutisch tätige Klinische Psychologen unzufrieden über die theoretische Einseitigkeit und praktische Unzulänglichkeit der psychotherapeutischen Schulen (Breuer 1979; Garfield & Kurtz 1977). Dementsprechend verbreitet ist die Tendenz, Schulbindungen in Ausbildung und Praxis zugunsten einer eklektischen Orientierung aufzugeben: Mehr als die Hälfte der in der BRD organisierten Gesprächs- und Verhaltenstherapeuten haben sich in mehr als einer therapeutischen Zusatzausbildung qualifiziert (Wittchen et al. 1979), während in der Praxis eine große Bereitschaft vorherrscht, psychotherapeutische Methoden schulübergreifend zu kombinieren (Dvorak et al. 1978, S. 48 f). Mag sein, daß der häufig noch unzureichende Praxisbezug der universitären Ausbildung und die Mängel der privat organisierten psychotherapeutischen Zusatzausbildung in der BRD diese Tendenz mit beeinflussen. Aus amerikanischen Untersuchungen geht jedoch hervor, daß trotz ungleich günstigerer Ausbildungsbedingungen für Klinische Psychologen eklektische Orientierungen in der psychotherapeutischen Praxis immer mehr zunehmen (Garfield & Kurz 1974, 1977; Kelly 1961). Die wichtigsten Beweggründe für die allgemeine Tendenz, psychotherapeutische Schulbindungen in der Praxis aufzugeben, dürfte danach in der theoretischen Einseitigkeit und praktischen Unzulänglichkeit der verschiedenen Schulrichtungen zu suchen sein. Dabei dürfte der Eklektizismustrend durch die Rezeption der Korrosionserscheinungen auf der Ebene der Schuldoktrinen noch verstärkt werden (vgl. Mahoney 1977).

Was aber sind charakteristische Merkmale einer eklektischen Orientierung? Garfield & Kurtz (1977) unterscheiden zwischen methodenbezogenen und theoretischen Eklektizismuspositionen. Der *methodenbezogene* Eklektizismus läßt sich allgemein so charakterisieren, daß je nach der Problemkonstellation im Einzelfall Methoden aus verschiede-

nen Schulrichtungen ausgewählt und individuell kombiniert zum Einsatz gebracht werden. Dies ist z. B. der Fall, wenn in der psychotherapeutischen Praxis

- Psychoanalytiker die Technik des leeren Stuhls aus der Gestalttherapie oder übende Verfahren aus der Verhaltenstherapie einsetzen,
- Gesprächstherapeuten u. a. von Konfrontation als Technik aus der Gestalttherapie Gebrauch machen (z. B. *Stuart 1976, S. 223; Cochran & Holloway 1974*),
- Verhaltenstherapeuten gesprächspsychotherapeutisch orientierte Behandlungsphasen einschieben,
- Gestalttherapeuten Selbstkontrollprogramme aus der Verhaltenstherapie übernehmen.

Bei *theoretischen* Eklektizismuspositionen werden entweder psychologische Theorien kombiniert, die aus wissenschaftstheoretischer Sicht unverträglich erscheinen (z. B. Psychoanalyse und Lerntheorie), oder es werden individuelle Psychotherapietheorien entwickelt, in die sowohl berufliches Erfahrungswissen als auch Elemente wissenschaftlicher Theorien eingehen. Dieser allgemeinen Beschreibung eklektizistischer Positionen läßt sich entnehmen, daß Eklektiker prinzipiell übereinstimmen, unterschiedlichste psychotherapeutische Schulrichtungen als sich wechselseitig ergänzende Perspektiven aufzufassen. Diese prinzipielle Komplementarität läßt sich aus wissenschaftstheoretischer Sicht wegen der erheblichen Unterschiede im erkenntnistheoretischen Ansatz, Explikationsgrad, empirischen Gehalt und Bestätigungsgrad der jeweils verknüpften Positionen nicht nachvollziehen.

Um so mehr stellt sich die Frage, aufgrund welcher Bedingungen die Integrationsleistungen von Eklektikern zu befriedigenden Problemlösungen im Einzelfall beitragen. Denkbar wäre z. B., daß Widersprüche zwischen Erklärungs-, Prognose- und Technologiewissen — ähnlich wie bei naiven Verhaltenstheorien (*Laucken 1974*) — die Effektivität des psychotherapeutischen Handelns von Eklektikern nicht beeinträchtigen. So ließe sich zum Beispiel erklären, daß viele Psychotherapeuten wegen der Vielschichtigkeit und Mehrdeutigkeit psychoanalytischer Ätiologiekonzepte zur Erklärung der Störungsentwicklung im Einzelfall auf psychoanalytisches Wissen zurückgreifen, wegen der Effektivität verhaltenstherapeutischer Methoden aber zur Induktion einer Veränderung auf diese Verfahren zurückgreifen (*Breuer 1979*).

Eine weitere Hypothese stellt die Überlegung dar, daß verschiedene therapeutische Methoden gemeinsame Wirkkomponenten aufweisen, die identische psychische Prozesse beeinflussen und daher die Kombination dieser Methoden im Rahmen therapeutischer Strategien möglich erscheinen lassen (*Bastine 1976*). Die Hypothesen zur Erklärung

eklektischer Vorgehensweisen bleiben allerdings zwangsläufig spekulativ, solange keine detaillierten Analysen eklektischer Positionen und Vorgehensweisen vorliegen.

Solche Analysen sind um so dringlicher, weil Eklektizismuspositionen in der Praxis eine große Variationsbreite zeigen (Garfield & Kurtz 1977), so daß gegenwärtig keinerlei verlässliche Aussagen möglich sind, nach welchen Entscheidungsregeln z. B. psychotherapeutische Methoden kombiniert werden und unter welchen Bedingungen dies dem therapeutischen Prozeß zu- oder abträglich ist.

Dieses Wissensdefizit bringt auch für die Aus- und Weiterbildung von Klinischen Psychologen und Psychotherapeuten erhebliche Nachteile mit sich, weil bei der Festlegung von Lernzielen und Ausbildungsinhalten die Vorteile und Probleme eklektizistischer Positionen nicht berücksichtigt werden können — obwohl der Eklektizismustrend in der Praxis längst vorherrschend ist.

Die Kluft zwischen Theorie und Praxis droht in dieser Situation unüberbrückbar zu werden, wenn nicht verstärkt Bemühungen einsetzen, theoretische und praktische Integrationsperspektiven miteinander zu verknüpfen. Erste Umrisszeichnungen einer *theoretischen* Integrationsperspektive zeichnen sich mit der Formulierung von interaktionistischen Positionen in der Klinischen Psychologie ab (Bandura 1978a, 1979; Mahoney 1977). Dabei wird weder wie im Behaviorismus von einer einseitigen Reizkontrolliertheit bzw. Umweltabhängigkeit menschlichen Erlebens und Verhaltens ausgegangen noch von einer einseitigen Steuerung aufgrund intrapersonaler Prozesse wie bei psychoanalytischen und humanistischen Richtungen. Beide Kausalmodelle werden miteinander verknüpft, indem sich Umwelteinflüsse über Wahrnehmungs- und Informationsverarbeitungsprozesse des Individuums auswirken und umgekehrt Umweltbedingungen durch zielgerichtete Aktivität verändert werden können.

Theoretische Existenzaussagen werden sowohl über interne, der Fremdbeobachtung nicht zugängliche Prozesse zugelassen wie über beobachtbares Verhalten. Durch die Aufgabe theoretischer Grundpositionen des Behaviorismus (Umweltdetermination, Beschränkung auf beobachtbares Verhalten) ergibt sich die Möglichkeit, die theoretische Integrationsperspektive weiter zu konkretisieren.

Durch die „Wiederentdeckung“ der Bedeutsamkeit kognitiv-emotionaler Prozesse wird wie schon früher in der Psychoanalyse und in humanistischen Richtungen die Frage nach dem Charakter und der therapeutischen Zugänglichkeit und Veränderbarkeit dieser Prozesse aufgeworfen (Meichenbaum 1979, S. 22 f). Auch die unbewußte Steuerung menschlicher Aktivitäten wird in interaktionistischen Positionen einbezogen und als automatisierte Gedanken oder als Handlungsskripts rekonstruiert (Langer 1978). Dieser kurze Verweis auf die theoretische Integrationsperspektive von interaktionistischen Positionen in der Kli-

nischen Psychologie sollte deutlich machen, daß erste Ansätze vorliegen, die Korrosionserscheinungen innerhalb psychotherapeutischer Schulrichtungen konstruktiv zu überwinden. Da sich diese Ansätze der Verpflichtung stellen, ihre Konstrukte empirisch zu überprüfen, ist zu erwarten, daß die Entwicklung einer umfassenden und kohärenten integrativen Psychotherapietheorie einige Zeit in Anspruch nimmt.

Parallel dazu sind daher Anstrengungen erforderlich, *praktische* Integrationsperspektiven *empirisch* aufzuarbeiten. Konventionelle Forschungsstrategien der empirischen Psychotherapieforschung, die sich auf die schulspezifische oder schulenvergleichende Analyse der Wirksamkeit psychotherapeutischer Methoden beschränken, führen hier nicht weiter. Zur empirischen Bedingungskontrolle wird bei diesem Forschungsansatz vorausgesetzt, daß die an den Untersuchungen beteiligten Psychotherapeuten nicht von schulspezifisch vorgegebenen Regeln abweichen. Individuelle Abweichungen von schulspezifischen Konventionen und eine heuristische Verknüpfung divergenter psychotherapeutischer Konzepte und Methoden sind aber gerade zentrale Charakteristika eklektischer Vorgehensweisen.

Für erfolgversprechender halten wir daher eine Forschungsstrategie, die die individuellen Problemkonzeptualisierungen und Handlungsregulationen von Psychotherapeuten in Rechnung stellt. Deskriptive Analysen psychotherapeutischer Prozeßverläufe mit vergleichbarer Ausgangsstellung durch die Festlegung eines gemeinsamen Störungsbereichs bei den Klienten stellen einen ersten Schritt zur Umsetzung dieser Forschungsstrategie dar. Um dem interaktionellen Charakter psychotherapeutischer Problemlösungen Rechnung zu tragen, sollte dabei sowohl die Therapeut- als auch die Klientenperspektive thematisch miteinbezogen werden.

3. Ein heuristisches Modell zur Analyse psychotherapeutischer Prozesse

Aufgrund der vorangehenden Diskussion erscheint es sinnvoll, ein heuristisches Modell psychotherapeutischer Makroprozesse zu erstellen, mit dem das Handeln von Klient und Therapeut in wesentlichen Aspekten rekonstruiert werden kann. Damit verfolgen wir einen ähnlichen Anspruch, wie er bei der *Supervision* insbesondere bei „gemischten“ Psychotherapeuten-Teams zu realisieren versucht wird. In unserem Modell machen wir zwei Voraussetzungen über psychotherapeutische Prozesse: Wir betrachten sie als zielgerichtet und als interaktionell.

Die *Voraussetzung der Zielgerichtetheit* besagt, daß der psychotherapeutische Prozeß als geplantes und strukturiertes Geschehen ver-

standen wird, in dem durch zielgerichtete Operationen des Psychotherapeuten (und des Klienten) konstruktive Änderungen im Erleben und Verhalten des Klienten herbeigeführt werden. Bereits *Urban & Ford* gehen davon aus, daß „alle Formen von Psychotherapie oder Verhaltensmodifikation ... geplante Interventionen (sind), die sich lediglich in der Präzision unterscheiden, in der die Pläne ausgearbeitet sind und nachfolgend ausgeführt werden“ (1971, S. 16).

In einem explizit zielorientierten psychotherapeutischen Vorgehen sind die Ziele der Behandlung weitgehend individualisiert (auf den einzelnen Klienten zugeschnitten), segmentiert (untergliedert in einzelne Teilziele) und sequentiell strukturiert (in planvoller Weise angeordnet). Bei der Verwirklichung der Ziele können in der Regel drei Stadien voneinander unterschieden werden, die wir als Zielfindung, Zielvereinbarung und Zielumsetzung bezeichnet haben (vgl. *Bastine* 1978).

Die zweite *Voraussetzung der interaktionellen Bedingtheit* beinhaltet, daß prinzipiell eine gegenseitige Beeinflussung von Klient und Therapeut stattfindet. Der psychotherapeutische Prozeß wird durch die Wechselwirkung der individuellen Bedingungen von Klient und Therapeut bestimmt. Im Vergleich zu dieser Sichtweise erscheint die Vorstellung unangemessen, daß die Klientenänderungen einseitig als eine Funktion von Therapeutenmerkmalen oder von Therapiemethoden angesehen werden können. Eine gemeinsame Betrachtung der Klienten- und der Therapeutenperspektive und ihr gegenseitiger Bezug werden zwar gelegentlich theoretisch für notwendig gehalten, jedoch in Forschung und Praxis nur selten realisiert.

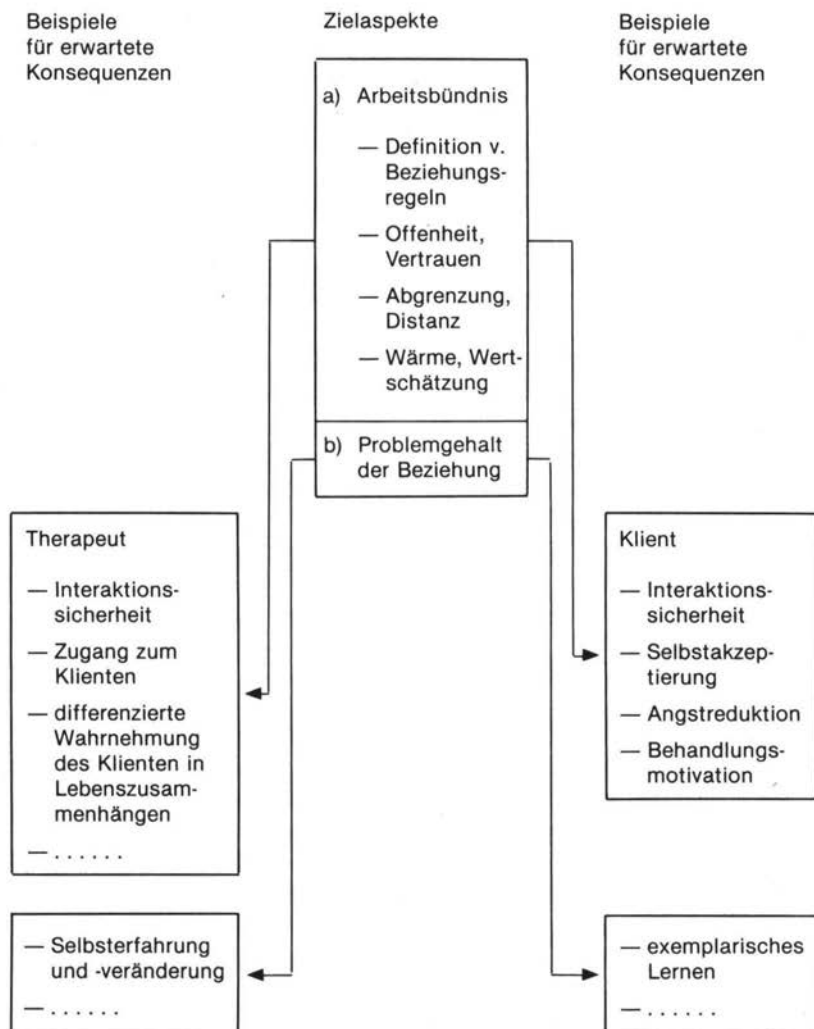
Unser Prozeßmodell postuliert drei veränderungswirksame Komponenten des psychotherapeutischen Prozesses:

- (1) Gestaltung der Therapeut-Klient-Beziehung;
- (2) Problemverständnis;
- (3) methodische Problembearbeitung.

Diese drei Aspekte hängen eng untereinander zusammen und beeinflussen sich wechselseitig. So ergibt die Anwendung von therapeutischen Methoden häufig neue Informationen über das Problem und beeinflußt die Beziehung, während andererseits die Art der Beziehung zwischen Klient und Therapeut deren Problemverständnis und die methodische Problembearbeitung verändert. Dennoch sollten diese Komponenten bei der Rekonstruktion psychotherapeutischer Prozesse unterschieden werden, da sie von Klient und Therapeut unterschiedlich akzentuiert werden können und im psychotherapeutischen Prozeß eine gewisse Eigengesetzlichkeit entwickeln. Bei der Supervision werden die Aspekte meist getrennt behandelt werden.

In allen drei Komponenten bringen Klient und Therapeut jeweils ihre Vorstellungen, Erwartungen, theoretischen Perspektiven und persönliche Erfahrungen mit ein. Beide Beteiligten verfolgen während des therapeutischen Prozesses Ziele, die sich den Komponenten zuordnen lassen, und die jeweils mit bestimmten Ergebniserwartungen verbunden

Schema 1: Gestaltung der therapeutischen Beziehung



den sind. Klient und Therapeut werden also so handeln, daß sie bestimmte Konsequenzen während der Behandlung erreichen.

Im folgenden werden die Zielaspekte und die erwarteten Konsequenzen für Klient und Therapeut getrennt für die drei Prozeßkomponenten dargestellt. Obwohl hier der Klient auch einbezogen wird, werden Begriffe aus einer psychotherapeutischen Perspektive verwendet. Für die erwarteten Konsequenzen haben wir *Beispiele* formuliert, die mögliche Auswirkungen der eingeleiteten Prozesse beschreiben. Diese Beispiele stammen aus der therapeutischen Praxis; sie sind gegenwärtig noch unzureichend systematisiert.

In der beispielhaften Aufzählung der Auswirkungen wird deutlich, daß für Klienten und Therapeuten sowohl ähnliche als auch differente Kategorien verwendet werden. Wir nehmen an, daß bei Klient und Therapeut einerseits prinzipiell ähnliche Prozesse — wenn auch mit unterschiedlicher inhaltlicher Füllung und Verarbeitung —, andererseits auch differente Prozesse in Verbindung mit den unterschiedlichen Funktionen der Beteiligten auftreten. Dieser letzte Fall z. B. am Anfang einer Behandlung: bei dem Klienten führen bereits die ersten Interviews zur Umstrukturierung seiner Problemdefinition, während der Therapeuten überhaupt erst einmal Informationen über die Problemdefinition einholen muß.

Zu (1): Die *Gestaltung der therapeutischen Beziehung* kann unter zwei Zielaspekten betrachtet werden: als Arbeitsgrundlage für eine psychotherapeutische Behandlung („*Arbeitsbündnis*“) und als Indikator für eine *spezifische Problematik* des Klienten (oder des Therapeuten).

In jeder Behandlungsform werden — zumeist am Anfang und häufig explizit — in irgendeiner Weise Beziehungsregeln zwischen Klient und Therapeut eingeführt, die für beide bestimmte Rollenerwartungen und — verhaltensweisen festlegen. Inhaltlich scheinen die Aspekte von Offenheit/Vertrauen, Abgrenzung/Distanz und Wärme/Wertschätzung häufig das therapeutische „*Arbeitsbündnis*“ zu charakterisieren. Die Psychoanalyse legt die Anforderung der Offenheit und des Vertrauens vor allem den Klienten in ihrer „*Grundregel*“ auf, während die klientenzentrierte Psychotherapie die Echtheit des Therapeuten als eine notwendige Voraussetzung postuliert. Der Problemgehalt der therapeutischen Beziehung wird in der Psychoanalyse speziell unter dem Aspekt der Übertragung und Gegenübertragung thematisiert; in der verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie (Grawe & Dzewas 1978) unter dem Gesichtspunkt der interaktionellen Problemlöseregeln des Klienten. Aus schulenübergreifender Sicht dürften generell Probleme bei der Realisierung eines Arbeitsbündnisses als Indikatoren für Störungen ei-

ner therapeutischen Beziehung betrachtet werden. Aus der Supervision (z. B. in Balint-Gruppen) wird deutlich, daß die Problematik sowohl des Klienten wie des Therapeuten sich in ihrer Beziehung niederschlagen und aus deren Analyse rekonstruiert werden können.

Die mit der Realisierung der Zielaspekte verknüpften Konsequenzen werden beispielhaft im vorangehenden Schema 1 dargestellt. Wir nehmen an, daß die Etablierung eines Arbeitsbündnisses (insb. über die Definition von Beziehungsregeln) bei beiden Beteiligten zur Interaktionssicherheit beiträgt. Darüber hinaus wird beim Klienten vor allem die Selbstakzeptierung, die Angstreduktion und die Behandlungsmotivation gefördert. Für den Therapeuten erschließt sich u. a. ein Zugang zu dem Klienten und er ist in der Lage, den Klienten in dessen Lebenszusammenhängen differenziert wahrzunehmen.

Der Problemgehalt der Beziehung kann bei dem Klienten ein exemplarisches Lernen am Beziehungsproblem veranlassen. Beim Therapeuten kann er zur Selbsterfahrung beitragen, wenn dessen eigene Probleme angesprochen werden, deren Bearbeitung zur Selbstveränderung führen kann. In der Supervision wird häufig auf eine problematische Klient-Therapeut-Beziehung geschlossen, wenn die Bedingungen des therapeutischen Arbeitsbündnisses nicht adäquat realisiert werden können.

Zu (2): Zielaspekte und Beispiele für erwartete Effekte auf Seiten von Klient und Therapeut für die Prozesse des Problemverständnisses stellt das nebenstehende Schema 2 dar.

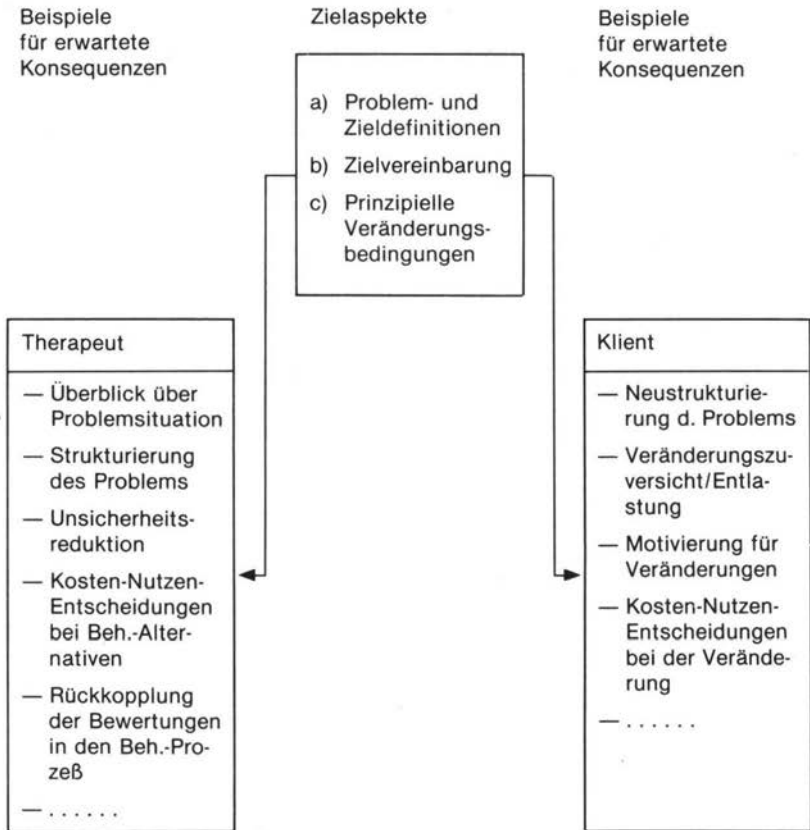
Der Aspekt des Problemverständnisses umfaßt vor allem folgende Fragen:

- (a) Worin wird das Problem des Klienten von Therapeut und Klient gesehen (Zielaspekt, Problem-Definition)?
- (b) Auf welches gemeinsame Verständnis des Problems einigen sich Klient und Therapeut (Problem- und Zielvereinbarung)?
- (c) Welche Bedingungen halten Klient und Therapeut prinzipiell für geeignet, eine Veränderung der Problemlage zu erreichen (prinzipielle Veränderungsbedingungen)?

Damit werden definitorische, kommunikative und Veränderungsaspekte der Informationsverarbeitung im psychotherapeutischen Prozeß angesprochen.

Die Auswirkungen werden für den Klienten u. a. in einer veränderten Problemsicht und der Motivierung für Veränderungen liegen. Eine andere Problemsicht wird sich durch die Strukturierung und Konkretisierung des Problems und durch das Entdecken von Zusammenhängen

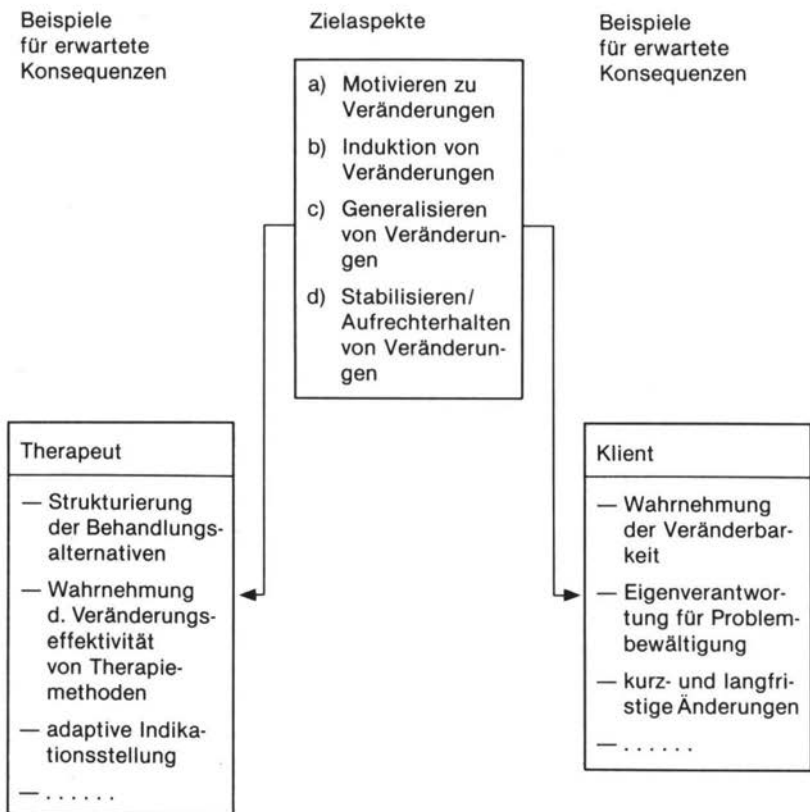
Schema 2: Problemverständnis



ergeben. Gleichzeitig wird der Klient Kosten-Nutzen-Erwägungen im Hinblick auf eine Veränderung anstellen (Effizienz der Behandlung).

Der Therapeut wird vor allem einen Überblick über die Problemlage des Klienten erhalten und dessen Probleme und Zielvorstellungen anhand seiner theoretischen und praktischen Kenntnisse strukturieren. Dies wird bei ihm zu einer Verringerung seiner Unsicherheit, ob die Probleme des Klienten tatsächlich von ihm bewältigt werden können, führen. Der Therapeut wird Kosten-Nutzen-Überlegungen in seine Entscheidungen für bestimmte Behandlungsalternativen einbeziehen und bei dem Behandlungsprozeß eine kontinuierliche Bewertung des jeweiligen Veränderungsstandes des Klienten vornehmen.

Schema 3: Methodische Problemverarbeitung



Zu (3): Schema (3) gibt einen Überblick über die Prozesse der *methodischen Problembearbeitung*, bei denen die Realisierung der Therapieziele („Zielumsetzung“) im Vordergrund stehen. Die Unterteilung der Zielaspekte in Induktion, Generalisieren und Stabilisieren der Veränderungen greift auf eine Unterscheidung von *Bandura* (1978 b) zurück.

Auf Seiten des Klienten bewirkt die methodische Problembearbeitung unter anderem die Wahrnehmung einer Veränderbarkeit, die Erkenntnis der Eigenverantwortung für die Problembewältigung und schließlich kurz- und langfristige Änderungen. Bei dem Therapeuten führen die Zielaspekte beispielsweise zu einer Strukturierung der Behandlungsalternativen und zur Wahrnehmung der Veränderungseffektivität der eingesetzten Therapiemethoden. Je nach Ausmaß der Ziel-

annäherung kann dann als weitere Konsequenz die Beibehaltung, Intensivierung, Ergänzung oder Ablösung der eingesetzten Therapiemethode folgen. Diesen Urteils- und Entscheidungsprozeß auf Seiten des Therapeuten im Verlauf der methodischen Problembearbeitung bezeichnen wir als adaptive Indikationsstellung, weil hier die Auswahl und Anwendung bestimmter Therapiemethoden jeweils vom aktuellen Stand der Problementwicklung abhängig gemacht wird.

Das vorgeschlagene Modell beschreibt eine vorläufige Aufgliederung von Zielaspekten, die bei einer schulübergreifenden Betrachtung des psychotherapeutischen Prozesses den drei zentralen, veränderungswirksamen Komponenten: Beziehungsgestaltung, Problemverständnis und -verarbeitung und methodische Problembearbeitung zugeordnet werden können. Dieses Schema liefert gegenwärtig einen Orientierungsrahmen, der aus psychotherapeutischer Praxis und Supervision abgeleitet ist und der einer systematischen empirischen Erforschung bedarf. Wir werden dabei zunächst von Analysen praktisch-psychotherapeutischer Prozesse ausgehen.

Das Modell selbst muß noch in wesentlichen Aspekten erweitert werden. Notwenig erscheint so eine Systematisierung der „erwarteten Konsequenzen“, die hier lediglich als Beispiele formuliert wurden, und deren Bezug zu Handlung und Klient und Therapeut im psychotherapeutischen Geschehen. Eine weitere Ergänzung sollte die zeitlichen Abläufe und die Verschränkung der drei Komponenten umfassen. Ferner sollten die Erwartungen und Vorstellungen der Klienten deutlicher herausgearbeitet werden, um Diskrepanzen zu den Zielvorstellungen und Konsequenzen des Therapeuten aufzeigen zu können. Damit werden auch die Konfliktpotentiale zwischen Klient und Therapeut abbildbar.

Da im Rahmen des Modells psychotherapeutisches Handeln schulunabhängig rekonstruiert wird, halten wir es allerdings schon jetzt für möglich, auf seiner Grundlage Supervisionsgespräche zu führen. Die Unterscheidung zwischen den Veränderungskomponenten Beziehungsgestaltung, Problemverständnis und methodische Problembearbeitung und die jeweils zugeordneten Zielaspekte können dabei als eine Art Gesprächsleitfaden aufgefaßt werden, der eine Verständigung zwischen Therapeuten unterschiedlicher Schulzugehörigkeit erleichtert und den kommunikativen Austausch und die schulübergreifende Aufarbeitung psychotherapeutischer Prozeßabläufe fördert.

Literatur

- Bandura, A., The self system in reciprocal determinism, *American Psychol.* 33 (1978 a) S. 344-358.
- Bandura, A., On paradigms and recycled ideologies, *Cognitive Ther. & Res.*, Bd. II, (1978 b) S. 79-103.
- Bandura, A., Sozial-kognitive Lerntheorie, Klett-Cotta, Stuttgart 1979.
- Bastine, R., Ansätze zur Formulierung von Interventionsstrategien in der Psychotherapie, in: Jankowski, P. et al. (Hrsg.), Klientenzentrierte Psychotherapie heute. Bericht über den I. Europäischen Kongreß für Gesprächspsychotherapie in Würzburg 28. 9. — 4. 10. 1974, Hogrefe, Göttingen 1976, S. 193-207.
- Bastine, R., Strategien psychotherapeutischen Handelns, in: Reimer, F. (Hrsg.), Möglichkeiten und Grenzen der Psychotherapie im psychiatrischen Krankenhaus, Thieme, Stuttgart 1978, S. 59-66.
- Bergin, A. E. & Strupp, H. H., Changing frontiers in the science of psychotherapy, Atherton, Chicago 1972.
- Bommert, H., Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. Theorie-Praxis-Forschung, Kohlhammer, Stuttgart 1977.
- Breuer, F., Psychologische Beratung und Therapie in der Praxis, Quelle & Meyer, Heidelberg 1979.
- Cochrane, C. & Holloway, A., Client-Centered Therapy and Gestalt-Therapy. In Search of a Merger, in: Wexler, D. & Rice, L. (Hrsg.), Innovations in Client-Centered Therapy, Wiley, New York 1974.
- De Voge, J. T. & Beck, S., The Therapist-client relationship in behavior therapy, in: Hersen, M., Eisler, R. M. & Miller, P. M., Progress in Behaviour Modification, Vol. VI, Academic Press, New York 1978, S. 203-248.
- Dvorak, A., Fichter, M. & Wittchen, H.-U., Zur psychotherapeutischen Versorgung durch „nichtärztliche“ Berufsgruppen in der Bundesrepublik Deutschland. Unveröffentlichte Studie im Auftrag des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Bonn 1978.
- Eysenck, H. J. & Rachmann, S., Neurosen — Ursachen und Heilmethoden. Einführung in die moderne Verhaltenstherapie, VEB Deutscher Verlag der Wissenschaften, Berlin 1968; engl.: The Causes and Cures of Neurosis, An Introduction to Modern Behaviour Therapy. Based on Learning Theory and the Principles of Conditioning, Routledge & Kegan Paul, London 1965.
- Frank, J. D., Therapeutic factors in psychotherapy, *American Journal of Psychotherapy* 25 (1971) S. 350-361.
- Frank, J. D., Persuasion and healing. A comparative study of psychotherapy, Johns Hopkins University Press, Baltimore 1973.
- Frank, J. D., Therapeutic components of psychotherapy, *Journal of Nervous and mental Disease* 159 (1974) S. 325-342.
- Franke, A., Kombination verschiedener Therapieformen. Einige Überlegungen zum therapeutischen Vorgehen, in: Jankowski, P. et al. (Hrsg.), Klientenzentrierte Psychotherapie heute. Bericht über den I. Europäischen Kongreß für Gesprächspsychotherapie in Würzburg 28. 9. — 4. 10. 1974, Hogrefe, Göttingen 1976, S. 214-219.
- Freud, S., Wege der psychoanalytischen Therapie, in: Freud, S. Gesammelte Werke, Band XII, Werke aus den Jahren 1917 — 1920, S. Fischer-Verlag, Frankfurt 1966, S. 181-194.
- Garfield, S. L., Basic ingredients or common factors in psychotherapy? *J. Consult. & Clinical Psychol.* 41 (1973) S. 9-12.
- Garfield, S. L. & Kurtze R. A., A survey of clinical psychologists: Characteristics, activities and orientations, *The Clinical Psychologist* 28 (1974), S. 7-10.

- Garfield, S. L. & Kurtze, R., A study of eclectic views, *J. Consult. & Clinical Psychol.* 45 (1977), S. 78-83.
- Goldfried, M. & Goldfried, A., Kognitive Methoden der Verhaltensänderung, in: Kanfer, F. & Goldstein, A., Möglichkeiten der Verhaltensänderung, Urban & Schwarzenberg, München 1977, S. 103-132.
- Grawe, K. & Dzewas, H., Interaktionelle Verhaltenstherapie, In: DGVV (Hrsg.), *Fortschritte in der Verhaltenstherapie, Kongreßbericht Berlin 1977, Sonderheft I (1978)*, S. 27-49.
- Greenspan, S., A Consideration of Some Learning Variables in the Context of Psychoanalytic Theory. Toward a Psychoanalytic Learning Perspective, *Psychological Issues*, Vol. IX 1, Monograph 33 (1975).
- Haley, J., Gemeinsamer Nenner Interaktion. Strategien der Psychotherapie, Pfeiffer, München 1978.
- Hartmann, H., Ich-Psychologie. Studien zur psychoanalytischen Theorie, Klett-Verlag, Stuttgart 1972.
- Hartmann, H., Bemerkungen zur psychoanalytischen Theorie des Ichs, in: Hartmann, H., Ich-Psychologie. Studien zur psychoanalytischen Theorie, Klett-Verlag, Stuttgart 1972, S. 119-144, (a).
- Hartmann, H., Die Bedeutung der Ich-Psychologie für die Technik der Psychoanalyse, in: Hartmann, H., Ich-Psychologie. Studien zur psychoanalytischen Theorie, Klett-Verlag, Stuttgart 1972, S. 145-156, (b).
- Innerhofer, P., Ein Regelmodell zur Analyse und Intervention in Familie und Schule. Abänderung und Erweiterung des S-R-K-Modells, *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 32 (1974) S. 1-29.
- Jankowski, P., Tschelin, D. u. a. (Hrsg.), Klientenzentrierte Psychotherapie heute. Bericht über den I. Europäischen Kongreß für Gesprächspsychotherapie in Würzburg 28. 9. - 4. 10. 1974, Hogrefe, Göttingen 1976.
- Kanfer, F. & Goldstein, A., Möglichkeiten der Verhaltensänderung, Urban & Schwarzenberg, München 1977.
- Karpel, M., Individuation: Von der Verschmelzung zum Dialog in der Partnerbeziehung, *Familiendynamik* 1 (1977) S. 50-68.
- Kelly, E. L., Clinical psychology-1960. Report of survey findings, *Newsletters: Division of Clinical Psychology of the American Psychological Association* 14 (1961) S. 1-11.
- Köhler, L., Über einige Aspekte der Behandlung narzißtischer Persönlichkeitsstörungen im Lichte der historischen Entwicklung psychoanalytischer Theorienbildung, *Psyche* 32 (1978) S. 1001-1068.
- Kohut, H., Narzißmus, Suhrkamp, Frankfurt 1973 a.
- Kohut, H., Überlegungen zum Narzißmus und zur narzißtischen Wut, *Psyche* 27 (1973 b) S. 513-554.
- Krause, R., Kombination therapeutischer Vorgehensweisen, in: Jankowski, P. et al. (Hrsg.), Klientenzentrierte Psychotherapie heute. Bericht über den den I. Europäischen Kongreß für Gesprächspsychotherapie in Würzburg 28. 9. — 4. 10. 1974, Hogrefe, Göttingen 1976, S. 208-213.
- Langer, E., Rethinking the role of thought in social interaction, in: Harvey, J., Ickes, W. & Ridel, R. (Hrsg.), New directions in attribution research, Vol. II, Erlbaum, Hillsdale, N. J. 1978, S. 35-58.
- Laucken, U., Naive Verhaltenstheorien, Klett-Verlag, Stuttgart 1974.
- Lutz, R., Das verhaltensdiagnostische Interview, Kohlhammer, Berlin 1978.
- Mahoney, M. J., Reflections on the cognitive-learning trend in psychotherapy, *American Psychol.* 32 (1977) S. 5-13.

- Meichenbaum, D., Methoden der Selbstinstruktion, in: Kanfer, F. & Goldstein, A., Möglichkeiten der Verhaltensänderung, Urban & Schwarzenberg, München 1977, S. 407-450.
- Meichenbaum, D., Cognitive behavior modification, Newsletter 4 (1979).
- Miller, A., Das Drama des begabten Kindes und die Suche nach dem wahren Selbst, Suhrkamp, Frankfurt 1979.
- Mitscherlich, A., Der Kampf um die Erinnerung. Psychoanalyse für fortgeschrittene Anfänger, Piper & C Verlag, München 1975.
- Reiss, M., Fiedler, P. et al., Verhaltenstherapie in der Praxis, Ausgewählte Behandlungsbeispiele, Kohlhammer, Stuttgart 1976.
- Rogers, C. R., The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change, *Journal of Consulting Psychology* 21 (1957) S. 95-103.
- Rogers, C. R., The therapeutic relationship: recent theory and research, *American Journal of Psychology* 17 (1965) S. 95-108.
- Schulte, D. (Hrsg.), Diagnostik in der Verhaltenstherapie, Urban & Schwarzenberg, München 1974.
- Schulte, D., Theoretische Grundlagen der Verhaltenstherapie, in: Pongratz, L., (Hrsg.), Handbuch der Psychologie, VIII. Band, I. Halbband, Klinische Psychologie, Verlag für Psychologie, Dr. C. J. Hogrefe, Göttingen 1977, S. 981-1026.
- Stierlin, H., Von der Psychoanalyse zur Familientherapie: Theorie, Klinik, Klett, Stuttgart 1975.
- Stierlin, H., Rücker-Embsden, J., Wetzel, N. et al, Das erste Familiengespräch. Theorie-Praxis-Beispiele, Klett-Cotta, Stuttgart 1977.
- Strupp, H. H., On the basic ingredients of psychotherapy, *J. Consult & Clinical Psychol.* 41 (1973) S. 1-8.
- Stuart, L., Gesprächstherapie und Gestalttherapie, in: Jankowski, P. et al. (Hrsg.), Klientenzentrierte Psychotherapie heute. Bericht über den I. Europäischen Kongreß für Gesprächspsychotherapie in Würzburg 28. 9. - 4. 10. 1974, Hogrefe, Göttingen 1976, S. 220-224.
- Tscheulin, D., Ein Ansatz zu einer differentiellen Gesprächspsychotherapie als Beitrag zur Theorienbildung in der klientenzentrierten Psychotherapie, in: Jankowski, P. et al. (Hrsg.), Klientenzentrierte Psychotherapie heute. Bericht über den I. Europäischen Kongreß für Gesprächspsychotherapie in Würzburg 28. 9. - 4. 10. 1974, Hogrefe, Göttingen 1976, S. 98-109.
- Tscheulin, D., Gemeinsame Grundelemente in verschiedenen Therapieformen, in: Rey, E. R. (Hrsg.), Klinische Psychologie, G. Fischer, Stuttgart 1980.
- Urban, H. B. & Ford, D. H., Some historical and conceptual perspectives on psychotherapy and behavior change, in: Bergin, A. E. & Garfield, S. (Hrsg.), Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, Wiley, New York 1971, S. 3-35.
- Westmeyer, H. & Hoffmann, N., Verhaltenstherapie. Grundlegende Texte, Hoffmann und Campe, Hamburg 1977.
- Wilson, G. T. & Evans, I. M., The Therapist-Client Relationship in Behavior Therapy, in: Gurman, A. S. & Razin, A. M. (Hrsg.), Effective Psychotherapy. A handbook of research, Pergamon, Oxford 1977, S. 544-565.
- Wittchen, H. U., Kokoschka, K., Fichter, M. & Winkler, B., Zur Situation der Fort- und Weiterbildung im Bereich der Psychotherapie, *Report-Psychologie* 4 (1979) S. 11-27.

Eklektische Psychotherapie

Frederick C. Thorne

1. Definition

Eklektische Psychotherapie hat die selektive Anwendung grundlegender wissenschaftlicher Methoden zum Inhalt. Sie benutzt das valdeste gegenwärtig verfügbare Wissen für spezifische klinische Situationen hinsichtlich Indikation und Kontraindikation. Sie ist keinem eng gefaßten Menschenbild verpflichtet.

Der Eklektizismus leitet sich aus der systematischen Untersuchung von Ursachen und Wirkungen ab und benutzt Methoden der Verhaltensmodifikation. Diese folgen der Diagnose als individuelle Anleitungen für spezifische klinische Probleme, die aus einzigartigen Konfigurationen ätiologischer Faktoren bestehen. Die eklektische Methode wird so zu einem grundlegenden wissenschaftlichen Ansatz für die Aufgabe, geeignete klinische Methoden für die Bedürfnisse spezifischer Fälle zusammenzustellen.

2. Historischer Überblick

2.1 Anfänge

Das Auftauchen des Eklektizismus als ein unterscheidbarer Standpunkt in der modernen Psychologie wurde durch viele Schulen, die isoliert voneinander arbeiteten, angeregt, aber erstmals befürwortete *Thorne* (1950) ein vollständiges System klinischer Praxis, das auf einer durchgehend eklektischen Sichtweise basiert. Schon in den frühen 30iger Jahren beschrieb *Robert S. Woodworth* die eklektische Position als die allgemeine Methode der Wissenschaft und behauptete, daß keine der „Schulen“ der Psychologie die vollständige Antwort auf alles habe, daß es kein universales Allheilmittel gebe. Aber *Woodworth* war wie eine einsame Stimme in der Wüste, die im großen und ganzen unbeachtet blieb — aufgrund der damaligen Popularität des Objektivismus und der Freud'schen Psychoanalyse.

Thornes Eintreten für den Eklektizismus entwickelte sich aus einigen Einsichten zu den prädiktiven Invaliditäten der beschränkten Systeme,

die ihm während seiner Ausbildung begegneten. Der Studienanfänger ist einem verwirrenden Durcheinander von wettstreitenden Theorien ausgesetzt, von denen viele eine hohe Oberflächen- und Konstruktvalidität, aber nur eine begrenzte faktorielle und prädiktive Validität besitzen. Die psychologische Abteilung der Columbia Universität war in den 30er Jahren einem rigorosen Objektivismus verhaftet, der sich auf die Untersuchung motorischen Verhaltens konzentrierte. Die zunehmende Desillusionierung durch die Sterilität des Behaviorismus und Neobehaviorismus veranlaßten *Thorne*, alternative Ansätze zu erkunden, beginnend mit *Freud*, *Adler*, *Jung* und weiter zu personalistischen und humanistischen Psychologien einschließlich des Existentialismus. *Thorne* hat fast 15 Jahre lang u. a. an folgenden Konzepten gearbeitet: *Lecky's* Selbst-Psychologie (1927-39), umfangreiche Veröffentlichungen zum Eklektizismus in der medizinischen Ausbildung (1934-38), operationale Analysen von Methoden der Psychotherapie (1945-50), operationale Analysen der Psychodiagnostik (1950-55), die erste Ausführung einer systematischen integrativen Psychologie (1960-70), die Untersuchung der klinischen Beurteilung (1961), die erste umfassende Darlegung zur Theorie der „psychischen Zustände“ (1961), gefolgt von einer diagnostischen Klassifikation psychischer Zustände (1968) und existentieller Reaktionen (1970). Zwischen 1935 und 1970 arbeitete *Thorne* beständig daran, eine umfassende operationale Analyse und Klassifikation aller Aspekte von Psychodiagnostik und psychologischer Fallbehandlung (1968) innerhalb der theoretischen Orientierung einer systematischen Psychologie zu erreichen. Diese Analyse sollte in der Lage sein, die Ergebnisse der Theorie der psychischen Zustände und einen weitumfassenden eklektischen Ansatz zu integrieren, wobei von allen bekannten Indikationen und Kontraindikationen aller diagnostischen und therapeutischen Methoden Gebrauch gemacht wurde. Zum ersten Mal wurde damit ein System integrativer Psychologie verfügbar, welches speziell auf die Erfordernisse klinischer Praxis ausgerichtet war und alle einschlägigen Beiträge benutzte.

Thorne kam früh zu der Überzeugung, daß es keine leichten Wege zu klinischer Weisheit und Kompetenz gebe. Dies könne man nur erreichen, wenn man alles Wissen der Psychologie, Psychiatrie und verwandter Spezialgebiete beherrsche. Obgleich man sich die Informationen durch das Studium von Büchern aneignen kann, erfordert es unmittelbare Erfahrung, um die Methoden und Fertigkeiten in Wissenschaft zu beherrschen. Insbesondere kann man ein klinisches Urteilsvermögen nur über direkte Erfahrung erlangen. Nur mit einem eklektischen Standpunkt kann der Anfänger in der Klinik all dem persönlich begegnen, was er lernen muß, um ein fertiger Praktiker zu werden.

Um 1950, mit der Veröffentlichung von „Principles of Personality Counseling“ widerrief *Thorne* ausdrücklich jede Identifikation mit seiner früheren Orientierung an direkter Psychotherapie und legte in diesem Buch zum erstenmal formal den eklektischen Ansatz dar. *Thorne* beschäftigte sich mit dem Studium therapeutischer Methoden deshalb zuerst, weil in der gesamten klinischen Wissenschaft die Entwicklung therapeutischer Methoden den schwierigen Problemen der Diagnostik vorausgegangen ist. Der erste Schritt umfaßte die Identifikation, Klassifizierung und Kodifizierung aller bekannten Faktoren. Sobald alle bekannten Methoden erst einmal analysiert und klassifiziert wären, hätte man ein Gerüst klinischen Wissens zur Verfügung, an dem neue Behauptungen und neue Methoden validiert werden könnten.

Der abschließende Schritt in der Ausführung des eklektischen Ansatzes bestand darin, die Begriffe „Beratung“ und „Psychotherapie“ durch die bescheidenere Bezeichnung „psychologische Fallbehandlung“ zu ersetzen. Diesen Begriff betrachtete man als operationaler in Hinblick auf die Tatsache, daß die Fälle psychologisch behandelt wurden, ohne dabei jedoch Annahmen darüber zu machen, ob solche Methoden therapeutisch seien oder nicht. *Thorne* (1968) veröffentlichte ein zweibändiges Buch „Psychological Case Handling“, in dem er allen zuvor beschriebenen Methoden eine neue Ausrichtung im Sinne der Implikationen der „Integrativen Psychologie“ (1967) gab.

2.2 Derzeitiger Stand

1945 war der Begriff „Eklektizismus“ praktisch unbekannt. Während der 50er und 60er Jahre waren *Thorne* in der klinischen Psychologie und *Gruber* (1970) in der klinischen Psychiatrie praktisch seine einzigen Vertreter. Der Eklektizismus zog ein ständiges Sperrfeuer an Kritik durch Vertreter der speziellen „Schulen“ auf sich, die eine Vielzahl von rationalen Begründungen vorbrachten, warum der Eklektizismus keine Gültigkeit besitzen könne (*Dreikurs* 1960). Trotzalledem bekannte sich eine wachsende Zahl klinischer Psychologen öffentlich als Eklektiker, und der Überblick von *Wildman & Wildman* (1967) stellte fest, daß der Eklektizismus die am weitesten akzeptierte Identifikation in einem Querschnitt praktizierender klinischer Psychologen sei.

Der Eklektizismus zog nur langsam breitgestreute professionelle Unterstützung auf sich, wahrscheinlich deshalb, weil er einen durch und durch soliden Ansatz darstellt, der ohne viel Aufhebens grundlegende wissenschaftliche Methoden adaptierte und eine Bewertung therapeutischer Methoden vornahm, ohne sich im vorherein zu identifizieren.

Der Eklektizismus brachte für seine Vertreter keine besonderen Vorteile mit sich. Im Gegensatz dazu tendieren die Anhänger spezieller Schulen dazu, wesentlich enthusiastischer und lauter bei der Unterstützung ihrer eigenen Methoden zu sein, die sie so energisch wie möglich verteidigen und vorantreiben.

Kritik an der eklektischen Methode

Die eklektische Position impliziert, daß alle ihren Besitzstand betonenden „Schulen“ in einem gewissen Maße unvollständig und/oder nicht valide seien, und insistiert darauf, daß die Beweislast ihres behaupteten einzigartigen Wertes bei den Vertretern der speziellen Systeme liege. D. h., die eklektische Position schiebt die Vertreter der einzelnen Schulen in die Defensive und legt ihnen Unvollkommenheit und fehlende Validität zur Last, es sei denn, daß sie die behaupteten besonderen Vorteile evident machen.

Diese Zurückweisung einzelner „Schulen“ und Systeme rief eine Welle abwehrender Kritik gegen die Vertreter der eklektischen Position hervor, weil sie sich anmaßen würden, sich der besonderen Privilegien zu bemächtigen, welche die Schulrichtungen für sich beanspruchten. Dem Entstehen des Eklektizismus wurde mit einer Flut von Kritik seitens akademischer Theoretiker und Vertreter der speziellen Schulen begegnet, die den Eklektizismus zu diskreditieren suchten. Diese Kritik zeigte sich in vielen Abwandlungen und wurde dazu benutzt, die Ansprüche spezieller Systeme auf besondere Privilegien zu unterstützen. In dem folgenden Überblick werden die wichtigsten Kritikpunkte zusammen mit unseren Zurückweisungen dargestellt.

1. *Kritik:* Der Eklektizismus vertritt eine Hinz- und Kunz-Ansammlung vielfältiger Methoden, die ohne ein zugrundeliegendes Rational nebeneinanderstehen.

Zurückweisung: Der erste Schritt bei der wissenschaftlichen Gründung irgendeines neu angewandten Spezialfaches muß die Sammlung, Analyse, Kodifizierung und Tabellierung bestehender Methoden sein, um die Begrenzung des als wahr angenommenen klinischen Wissens zu entdecken. Der erste Schritt ist die Tabellierung dessen, was bekannt ist, bevor die Analyse und der Vergleich beginnen können.

2. *Kritik:* Für die Bewertung der Art sowie der Indikationen und Kontraindikationen der zusammengestellten Methoden gibt es keinen anerkannten Wissensfundus.

Zurückweisung: Diese Kritik spiegelt den unvollständigen Stand unseres klinischen Wissens wider und ist keine wirkliche Kritik an der eklektischen Methode. Wenn validere und reliablere Informationen verfügbar sind, wird der Eklektizismus sie als erster angemessen verwerten.

3. *Kritik:* Der Eklektizismus benutzt einen „Schrotflinten“-Ansatz, indem er alle Methoden tabelliert und dann blindlings in möglicherweise widersinnigen Kombinationen anwendet, solange bis etwas funktioniert.

Zurückweisung: Möglicherweise wahr für den naiven Anfänger, aber nicht für den erfahrenen Eklektiker, der Methoden sinnvoll auswählt. In Extremfällen, wenn nichts anderes wirksam gewesen ist, mögen „Schrotflinten“-Ansätze versucht werden, in der

Hoffnung, etwas zu finden, das wirksam ist. Dies ist keine folgerichtige Kritik am Eklektizismus, wenn dieser richtig angewandt wird.

4. *Kritik:* Der Eklektizismus hat keine in sich geschlossenen theoretischen Grundlagen, die erlauben, das Rational zu begründen, was getan wird.

Zurückweisung: Unwahr aus zwei Gründen. Erstens sind theoretische Grundlagen logisch nicht erforderlich, weil die Dynamik von Verhalten organismisch festgelegt ist, definiert durch natürliche Faktoren, die mittels induktiver Methoden nur entdeckt werden müssen. Zweitens hat *Thorne* ein Rational für die eklektische Position in seinem Buch „Integrative Psychology“ (1967) ausgearbeitet.

5. *Kritik:* Die Tatsache, daß gegenwärtig viele Kliniker für den Eklektizismus Partei ergreifen, impliziert, daß kein umfassendes System oder umfassende Theorie bisher in der Lage gewesen ist, sich aus sich selbst heraus zu begründen (*Wildman & Wildman*, 1967).

Zurückweisung: Die Tatsache, daß keine der Schulen in der Lage war, die Vorrangstellung einzunehmen, kann genau gegenteilig interpretiert werden — nämlich, daß keine Schule valide oder zusammenhängend genug ist, um als Basis für ein wissenschaftliches System von Praxis zu dienen.

6. *Kritik:* Der Eklektizismus neigt dazu, ein Hans-Dampf-in-allen-Gassen und ein Meister-von-gar-nichts zu werden. Es ist besser, gründlich in einer Schule ausgebildet zu werden, als eine Halbbildung in der Fertigkeit vieler zu erhalten (*Horowitz* 1969).

Zurückweisung: *Horowitz* kriegt dies postwendend zurück. Der Student muß sich zunächst ein allgemeines Wissen des gesamten Bereichs aneignen, bevor er sich später spezialisiert, wo er am effektivsten ist. Der Eklektiker ist nicht notwendig ein Hans-Dampf-in-allen-Gassen, sondern einfach ein Kliniker, der für das ganze Gebiet des angewandten Wissens kompetent ist.

7. *Kritik:* Der Eklektiker neigt dazu, ein Techniker zu werden, der ein Instrumentarium an Methoden mechanisch ohne individuelle Verordnung und detailliertes Wissen anwendet.

Zurückweisung: Nicht wahr. Daß dem Eklektiker in allen Methoden etwas beigebracht worden ist, impliziert nicht, daß er diese mechanisch oder irrational anwendet. Der entscheidende Faktor ist das Wissen über Indikationen und Kontraindikationen.

8. *Kritik:* Detaillierte Information über die Eigenart, über die Indikationen und Kontraindikationen aller bekannten Methoden existieren einfach nicht. Eklektische Methoden sind „lose organisiert ... nicht in der Lage, eine Formulierung klar abzuleiten und dann angemessene Methoden der Fallbehandlung auszuwählen...“ (*Garfield* 1969).

Zurückweisung: Dies ist keine Kritik am Eklektizismus, sondern eher eine Widerspiegelung des allgemeinen Standes klinischen Wissens überall. Es ist sicherlich so, daß wir über viele Methoden nicht viel wissen, aber kein Kliniker kann besser sein als das jeweils vorfindliche allgemeine Niveau von Wissen und Fertigkeiten.

9. *Kritik:* „Kliniker können und sollten nicht für alle Personen alles sein ... sie müssen wissen, was sie können und was nicht und für welche sie gut, besser oder am besten sind...“ (*Horowitz* 1969).

Zurückweisung: Es kann kein Zweifel darüber bestehen, daß ein Kliniker umso kompetenter wird, je mehr er weiß. Zu häufig ist der überspezialisierte Kliniker wie eine Geige mit nur einer Saite: nur zu einem begrenzten Repertoire fähig und unfähig, das breite Spektrum der ganzen Symphonie zu spielen.

10. *Kritik:* Der Kliniker sollte sich nicht dadurch unsicher fühlen, daß er nicht umfassend kompetent ist, er „sollte sich nicht unwohl damit fühlen, daß er nicht in allen Methoden bewandert ist ... die besten Kliniker sind gründlich nur in einer Schulrichtung ausgebildet“ (*Horowitz* 1969).

Zurückweisung: Kliniker, die in allen einschlägigen Methoden gründlich ausgebildet sind, müssen notwendigerweise kompetenter sein als solche, die in nur einer Methode

ausgebildet sind. Methoden haben es manchmal an sich, über Nacht veraltet zu sein. Der Kliniker, der gründlich in einer nicht validen Methode ausgebildet ist, muß unvermeidbar unsicher und im allgemeinen inkompetent sein.

11. *Kritik:* Eklektiker werden oft oberflächlich ausgebildet, wissen von allem ein wenig, aber beherrschen gar nichts.

Zurückweisung: Genau das Gegenteil ist der Fall. Der bestausgebildete Eklektiker weiß alles, was man wissen sollte zusätzlich zu irgendwelchen besonderen Kompetenzen, die er sich in speziellen Methoden erwerben kann.

12. *Kritik:* Spezialisten in einzelnen Methoden werden oft so hochgradig erfahren in deren Anwendung, daß sie in der Lage sind, überdurchschnittliche Wirkungen zu erzielen. Sie werden geschickter in deren Anwendung als ein Eklektiker, der sie möglicherweise nicht häufig genug anwendet, um darin wirklich erfahren zu werden.

Zurückweisung: Falls einzelne Methoden tatsächlich besondere Vorteile haben, dann gibt es keinen Grund, warum der Eklektiker in ihrem Gebrauch nicht ebenso qualifiziert werden kann. Die Vorteile eines weitumfassenden Ansatzes dürften die erhöhte Erfahrung mit spezialisierten Methoden für gewöhnlich aufwiegen.

Es hat viele Jahre gebraucht, um die Grenzen und Mängel solch verbreiteter Ansätze wie der Psychoanalyse, des Non-Direktivismus oder der Verhaltenstherapie aufzudecken, und während dieser Zeit haben nur die Eklektiker viele klinische Beurteilungen bezüglich dessen, was valide ist und was nicht valide ist, vorgelegt.

3. Theoretische Konzepte

Der *Eklektizismus* involviert bei der Bildung eines theoretischen Systems die Auswahl und geordnete Kombination kompatibler Elemente aus diversen Quellen, sogar von ansonsten inkompatiblen Theorien und Systemen. Die Aufgabe beim Eklektizismus ist, in allen Systemen valide Elemente zu identifizieren und sie zu einem in sich konsistenten Ganzen zu kombinieren, das den zu erklärenden Verhaltensdaten gerecht wird. Das resultierende System ist für ständige Revision offen, um die Einbeziehung neuer Entdeckungen zu ermöglichen. Eklektizismus ist kein *Synkretismus*, d. h. keine unsystematische und unkritische Kombination diverser und vielleicht inkompatibler Elemente.

Der Eklektizismus involviert in der klinischen Praxis die Betrachtung aller einschlägigen Theorien, Methoden und Standards für die Bewertung und Handhabung klinischer Daten entsprechend dem letzten Wissensstand der jeweiligen Zeit. *Klinischer Eklektizismus* bedeutet, offen zu bleiben für alle Fragen der Diagnostik und Therapie, sich mit keiner besonderen Schule oder keinem besonderen System zu identifizieren und experimentell zu arbeiten entsprechend den spezifischen Merkmalen jeder klinischen Situation, um auf induktivem Wege valide Formulierungen zu machen, die auf der aktuellen Dynamik des Fallmaterials beruhen.

Der Eklektizismus fordert, daß der Kliniker an seine Daten ohne Vorurteile herangeht. Aus dem ganzen diagnostischen und therapeutischen Instrumentarium wählt er das aus, was als valide anwendbar erscheint. Der eklektische Standpunkt weist die blinde Anwendung populärer Theorien solange zurück, bis erwiesen ist, daß sie entsprechend den Indikationen jeder spezifischen klinischen Situation valide anwendbar sind. Der Eklektizismus vermeidet das Ziel ideologischer Konsistenz als Selbstzweck, außer wenn eindeutige Evidenz vorliegt, daß eine ideologische Position erkennbar valide ist.

Die eklektische Methode ist in der Wissenschaft die einzige, die in der Lage ist, die Beiträge und Inkonsistenzen bestehender Schulen der Psychologie und Psychiatrie mit ihren unterschiedlichen operationalen Standpunkten und Methoden zu erfassen, zu integrieren, zu analysieren und zu benutzen. Alle Schulen haben einige Beiträge zu machen, und der Kliniker muß versuchen, das, was sie anbieten, zu erfassen und zu integrieren.

3.1 Die Validität der Psychologie

Während der ersten Hälfte des zwanzigsten Jahrhunderts wurde furchtbar viel über Psychotherapie geschrieben, und sehr viele scharfsinnige Theorien und Methoden wurden entwickelt, aber es gab nur sehr wenige gut geplante Studien, die versuchten, die Ergebnisse von Psychotherapie zu validieren. Die relativ wenigen Validierungsuntersuchungen ergaben fast durchweg negative Ergebnisse; das ging so weit, daß Rezensenten der Literatur zu dem Schluß kamen, es sei niemals überzeugend nachgewiesen worden, daß Psychotherapie irgendwelche vorteilhaften Wirkungen hätte, geschweige denn irgendjemanden geheilt hätte (*Borgatta 1964; Eysenck 1952; Hebb 1949*).

Diese negativen Befunde über die Ergebnisse von Psychotherapie lassen unvermeidlich einige sehr ernste Fragen entstehen, warum solche augenscheinlich überzeugenden Theorien solch begrenzte Validität hatten. Tatsache ist, daß ein Verändern und Bessern von Verhalten ein schwieriges Projekt ist, dessen Resultate bis heute ziemlich mager sind. Aus welchen Gründen ist Verhaltensmodifikation durch Psychotherapie nicht erfolgreicher?

Als erster Gesichtspunkt läßt sich feststellen, daß Psychopathologie viel resistenter gegenüber Veränderung ist als zunächst angenommen. Es ist jetzt allgemein anerkannt, daß funktionelle Psychosen, schwere Psychoneurosen, schwere soziopathische Reaktionen, chronische invalide Zustände, Alkoholismus und Drogen-Abhängigkeit allen bekannten Behandlungsmethoden gegenüber resistent sind. Charakter-

störungen, einschließlich sexueller Inversionszustände sind sehr schwer zu verändern. Die ganze Geschichte der Behandlung von Geisteskrankheiten wurde geprägt durch eine anfängliche Begeisterung für neue Methoden, gefolgt von einer Desillusionierung, da die Langzeitergebnisse die anfänglichen Erwartungen nicht bestätigen. Die einfache Tatsache, daß alle anderen Institutionen wie Familie, Schule, Polizei, Gerichte und Religion darin versagt haben, psychischen Störungen vorzubeugen oder sie zu heilen, stellt eine überzeugende Evidenz dafür dar, wie hartnäckig sie gegenüber einer Behandlung sind. In der Tat scheinen die härtesten Fälle mit den bestehenden Methoden unbehandelbar zu sein.

Zweitens, es ist jetzt allgemein anerkannt, daß keine Methode von Psychotherapie ein Allheilmittel ist und alle Störungen zu behandeln vermag. Trotz der extravaganten Ziele solcher Methoden wie der Psychoanalyse, deren Anhänger Kontrolle über viele psychiatrische Ausbildungs- und Behandlungszentren haben, ist es eine Tatsache, daß keine Methode universal anwendbar und erfolgreich ist. Unabhängig davon, wie logisch ein System erscheinen mag, sind daraus keine positiven Ergebnisse erfolgt.

Drittens, ausgeprägte Unterschiede in der Kompetenz einzelner Kliniker — wie in klinischen Beurteilungsstudien dargelegt — besagen, daß nur wenige valide Ergebnisse produzieren. Viele Kliniker haben sich selbst den Titel „Therapeut“ zugelegt, ohne jemals demonstriert zu haben, daß ihre Anstrengungen überhaupt therapeutisch sind. Aus diesem Grunde hat *Thorne* (1968a) auf der Bezeichnung „Fallbehandler“ insistiert, die solange beibehalten werden sollte, bis genuine therapeutische Ergebnisse nachgewiesen worden sind.

Viertens, es gibt große Unterschiede in der Kompetenz, mit der sogar einzelne Methoden von Psychotherapie angewandt worden sind. Es ist tatsächlich wenig darüber bekannt, welche statistischen Ergebnisse verschiedene Arten und Bedingungen bei der Anwendung sogar der Standardmethoden haben. Es bleibt extensiven statistischen Untersuchungen mit sorgfältig ausgewählten Populationen überlassen, zu entdecken, welche Methoden die besten Ergebnisse erbringen.

Fünftens, das Problem, die Wirksamkeit von Therapie zu bewerten, ist in allen Bereichen wesentlich komplizierter als allgemein realisiert wird. Sogar in der klinischen Medizin und der angewandten Pharmazie, wo seit mehr als 75 Jahren Bewertungsuntersuchungen gemacht werden, sind die Schwierigkeiten, neue Methoden zu beurteilen, aufgrund der heimtückischen Wirkungen von Suggestion und persönlichem Einfluß immer noch nicht vollständig gelöst.

Sechstens, sogar noch weniger ist bekannt über die Wirkungen einer Kombination von verschiedenen Methoden in einem vielseitigen Angriff auf Psychopathologie. Wenn verschiedene Methoden kombiniert werden, wächst die Schwierigkeit, die Wirkungen der kombinierten Techniken aufzuspüren, und häufig ist es buchstäblich unmöglich zu unterscheiden, welche Methode welche Wirkung hat.

Siebtens, die Ätiologie von psychischen Störungen ist nur selten einfach, sondern impliziert vielmehr viele interagierende Faktoren auf vielen hierarchischen Ebenen der Integration. Diese ätiologische Komplexität erfordert die Ausarbeitung von *ätiologischen Gleichungen* (Thorne 1967), um alle wichtigen mitwirkenden Faktoren zu identifizieren und um einige Indikationen für multimethodische Therapieansätze zu stellen.

Und schließlich achtens, nachweisbare Veränderungen im psychischen Zustand, die Veränderungen der zugrundeliegenden Psychopathologie widerspiegeln, stellen Indikationen dafür dar, Behandlungspläne so zu verändern, daß sie den sich entwickelnden Bedürfnissen jedes individuellen Falles angemessen sind. Wahrscheinlich können die Wirkungen jeder Methode von Therapie nicht aufgrund einzelner Fälle bewertet werden. Stattdessen sind sie angewiesen auf statistische Untersuchungen großer Gruppen, bis definitive Trends festgestellt werden können.

All diese Erwägungen unterstützen die Meinung, daß nur ein eklektischer Ansatz ein genügend breites Spektrum anbietet, um die Natur des ganzen therapeutischen Instrumentariums zu handhaben. Der Bereich der Psychopathologie steckt noch in den Kinderschuhen, der Wissensstand ist so unvollständig und verwirrt, daß es notwendig ist, buchstäblich zurückzugehen und wieder von vorne zu beginnen, wirklich objektive Bewertungen dessen vorzunehmen, was jede Methode erreichen kann. Tatsächlich ist einer der Gründe, warum Thorne dazu kam, sich den Eklektizismus zueigen zu machen, die wachsende Desillusionierung über die Grenzen der bestehenden Methoden, die zur Übernahme höherentwickelter Ansätze zwang.

Der derzeitige ungelöste Wissensstand bezüglich der verschiedenen Psychotherapien spiegelt einfach den primitiven Entwicklungsstand dieses Bereiches wider und sollte nicht zu therapeutischem Nihilismus Anlaß geben. Es ist noch zu früh, definitive Schlüsse über die Validität von Psychotherapie zu erreichen zu einer Zeit, wo (a) Psychodiagnostik noch in einem primitiven Entwicklungsstand ist, (b) Psychopathologie noch in den Kinderschuhen steckt, (c) diagnostische Klassifikation und Nomenklatur noch nicht validiert worden sind, (d) Informationen über Ausgangsdaten der verschiedenen klinischen Störungen

allgemein nicht verfügbar sind, (e) klinische Ausbildung nicht standardisiert oder validiert worden ist. Bis zu der Zeit, wo all diese Probleme durchgearbeitet worden sind, kann man nicht erwarten, daß endgültige Einschätzungen von Psychotherapie vorgenommen werden können.

3.2 Operationale Methoden

Das zentrale Anliegen des Eklektizismus ist, einschlägige wissenschaftliche Informationen, die für Diagnostik und Fallbehandlung relevant sind, zu sammeln, zu assimilieren und zu verdauen. Der eklektische Ansatz versucht, die Beiträge aller Systeme zu integrieren. Um das Ziel zu erreichen, wissenschaftliche Informationen so zu beherrschen, daß sie für klinische Praxis verfügbar werden, ist es notwendig, sich eine Methode anzueignen, die alles Wissen vereinigen kann.

Operationale Methoden in der Wissenschaft haben viel zu einer Klärung von widerstreitenden Theorien, Methoden, Beobachtungen und Möglichkeiten, Daten weiterzuvermitteln, beigetragen. Wenn man wie in der Psychologie und Psychiatrie mit der Situation konfrontiert ist, daß es eine große Anzahl widerstreitender Theorien und Ergebnisse gibt, ist es notwendig, eine Methode zu entwickeln, um die unterschiedlichen Ergebnisse zu analysieren, gemeinsame Elemente zu identifizieren und Diskrepanzen zu erklären.

Zur Zeit kann dies am besten mit operationalen Methoden erreicht werden, um (a) die verschiedenen Methoden, Arten von Beobachtungen, Bedingungen von Beobachtungen, Stichproben und Arten der benutzten Daten zu entdecken und zu vergleichen, und (b) die Bedeutungen, Begriffe, Voraussetzungen, Konzepte und Theorien, die den unterschiedlichen Systemen und Schulen zugrundeliegen, zu definieren. So versucht der Operationalismus, die Unterschiede in Schritten, Ansätzen, Methoden und Schlußfolgerungen zu entdecken, um die Bedeutungen der zugrundeliegenden Operationen, Begriffe, Symbole, Konstrukte und Konzepte zu objektivieren und zu klären.

Alle klassischen theoretischen Schulen der Psychologie arbeiteten mit übermäßig vereinfachten Systemen, offenbar um alle Verhaltensdaten entsprechend einem einzigen Prinzip zu erklären zu versuchen. *Thorne* (1965) machte eine operationale Analyse der den bedeutendsten Schulrichtungen der Psychologie zugrundeliegenden Prinzipien und Methoden mit Hilfe der folgenden Fragestellungen:

1. Identifizieren der klassischen Beobachtungen oder empirischen Daten, die die Schule oder Theorie zu erklären versucht.
2. Analysieren der typischen Methoden, die benutzt werden, um Daten dieses Typs zu bekommen.

3. Eine Stellungnahme über die grundlegenden Postulate, auf denen jede Schule oder Theorie ruht.
4. Reduzieren aller Begriffe, Voraussetzungen, Konzepte und Konstrukte auf ihren kleinsten gemeinsamen Nenner, definiert in grundlegenden wissenschaftlichen Begriffen.
5. Benutzen exakter operationaler Begriffe und Definitionen, um die Schritte zu beschreiben, die zu Schlußfolgerungen im Sinne von den sparsamst möglichen semantischen Abstraktionen führen.

Wenn alle Schulen der Psychologie auf ihre einfachsten operationalen Nenner reduziert worden sind, wird die Natur jedes Ansatzes evident, und sein besonderer Beitrag kann auf das grundlegende Wissen bezogen werden. Eine eklektische Haltung stellt die notwendige Perspektive bereit, um zu sehen, wie die verschiedenen Schulen zusammenhängen. Sich ausschließlich mit einzelnen Schulen zu beschäftigen, heißt, so verstrickt zu sein mit den Bäumen, daß die gesamte Perspektive des Waldes aus dem Blickfeld verloren geht.

Thorne (1967) behauptet, der zentrale Prozeß des Organismus sei Vereinigung (Integration), und Versuche, diesen zentralen Prozeß durch elementaristische operationale Methoden aufzubrechen, führe unausweichlich zu dem Verlust der funktionalen Einheit des ganzen integrativen Prozesses. Aus diesen Gründen können vereinfachende Schulen, die begrenzte operationale Methoden vertreten, keinen weit umfassenden Ansatz bereitstellen.

3.3 Zur Theorie der Persönlichkeit

Thorne (1961) behauptet, die Person sei der grundlegende Bezugspunkt und der einzig angemessene Gegenstand in der globalen Einheit des „die-Person-versucht-ihr-Leben-in-dieser-Welt-zu-meistern“. Die Dynamik jeder Person ist allein durch das Studium des individuellen Lebens *in vivo* zu entdecken, und zwar induktiv und über längere Zeit hin. Die Schwierigkeit besteht darin, das Verhalten als „phänomenologisch gegeben“ zu untersuchen, um seine Dynamik aus erster Hand in einem ursprünglich „person-zentrierten“ Ansatz zu entdecken. Dies erfordert, daß jeder Kliniker das Theoretisieren am Schreibtisch aufgibt und zu tatsächlichen Fallstudien kommt. Das Konzept der Persönlichkeit sollte auf Formulierungen bezogen werden, die induktiv von der Untersuchung einzelner Fälle abgeleitet sind.

Die Implikationen psychiatrischer Konzepte des *psychischen Zustands* und der *Integration* sind niemals systematisch erforscht worden, obwohl ihnen in der klinischen Praxis oft Lippenbekenntnisse gezollt werden. Das Konzept des psychischen Zustandes besagt, daß

Verhalten nur in Form psychischer Zustände (Querschnitte des Lebensstroms oder des Seins) existiert und sich auf diese Weise in dem Zustand eines dauernden Fließens und Sich-Veränderns befindet. Das „Gesetz der universalen Veränderung“ postuliert, daß die ständig sich verändernden Bedingungen der drei Haupt-Determinanten von Verhalten, nämlich (a) des organismischen Zustands, (b) des situativen Zustands, einschließlich des interpersonalen, (c) der Verfassung des Menschen im allgemeinen, notwendigerweise ständig sich ändernde psychische Zustände zur Folge haben, die den Strom des psychischen Lebens ausmachen. All dies bedeutet, daß psychische Zustände statt *Eigenschaften* oder *Persönlichkeits-Strukturen* die wichtigsten Dimensionen der Untersuchung von Verhalten und zugleich der Gegenstand aller Methoden von Verhaltensveränderungen werden sollten. Die grundlegende Frage bezieht sich immer darauf, was die Person zum Zeitpunkt der psychologischen Untersuchung gerade „tut“ mit ihrem Leben.

Die revolutionären Konsequenzen von „Zustands-Psychologien“ erfordern Theorien, die den Umgang mit *Veränderung* ermöglichen. Daher entwickelte (*Thorne* 1967) eine umfassende „integrative Psychologie“, basierend auf einem Eklektizismus mit einem weiten Spektrum, in die er das Konzept eines ständig sich ändernden integrativen Milieus einführte, um die Fähigkeit des Organismus zu erklären, bei der Auflösung eines sich ständig ändernden psychischen Kräftefeldes psychisch organisiert zu bleiben. *Integration* wird auf diese Weise das vorrangige Bedürfnis des Organismus, und die wichtigste integrative Kraft zielt darauf ab, die Organisation von Hierarchien organisierender Faktoren dauerhaft aufrecht zu erhalten.

Thornes Abneigung gegen „Persönlichkeitsstruktur“ und gegen Psychologien der psychischen „Eigenschaften“ wurde durch Ergebnisse aus dem Feld klinischer Beurteilung verstärkt, die die mangelnde Reliabilität und Validität der klassischen Methoden der „Persönlichkeits“-Untersuchung betonen. *Thorne* sah, daß die klinische Beurteilung in jeder klinischen Praxis das Entscheidende sei; also widmete er sich dem Studium klinischer Irrtümer, was zu dem Buch „Clinical Judgement“ (1961) führte.

Wenn man anerkennt, daß kein Ansatz gültiger sein kann als der Stand des ihn stützenden Wissens, dann folgt daraus, daß nur das am weitesten reichende Spektrum und der umfassendste Ansatz der valideste und reliabelste sein wird. Der Eklektizismus weist sich als das System der Wahl aus, zu einer Zeit, wo die psychologische Grundlagenwissenschaft einen respektablen Wissensfundus erreicht hat.

Wenn die Priorität des Eklektizismus akzeptiert wird, dann folgt daraus, daß eine integrative Psychologie erforderlich ist, um das große Ausmaß an Verhaltensdaten, wie man sie in der Natur antrifft, zu erklären. Umgekehrt erfordert die integrative Psychologie einen eklektischen Ansatz, um ihr die notwendige Breite zu geben, damit sie wirksam werden kann.

4. Die Praxis der Psychotherapie

„*Psychologische Fallbehandlung*“ ist eine Bezeichnung für alle anleitenden und helfenden Methoden überhaupt. Sie beinhaltet keine Behauptungen über ihre Wirkungen, sondern besagt lediglich, daß eine Fallbehandlung versucht wird. Bezeichnungen wie „Beratung“, „Anleitung“ und Psychotherapie haben semantisch selbstreflexive Konnotationen, die beinhalten, daß Veränderungen zum Besseren tatsächlich erreicht werden. Allein durch Titel wie „Arzt“, „Berater“ oder „Therapeut“ behauptet der Fallbehandler für sich Kompetenzen, die in Wirklichkeit nicht überprüft sind.

Während noch keine Form von Psychotherapie in ihrer Wirksamkeit überzeugend bestätigt werden konnte und während viele Formen von „Therapie“ eindeutig nicht wirksam sind, erscheint es als anmaßend, spezielle Behauptungen über die Wirksamkeit von bestehenden Methoden aufzustellen. Die Geschichte der Psychoanalyse bietet ein Beispiel, daß eine Methode über mehr als 50 Jahre gedieh, ohne daß sie ihre Nützlichkeit in überzeugender Weise beweisen konnte. In jedem Jahr erleben wir das Aufkommen neuer Behandlungsmethoden, die alle mit sie bestätigenden Theorien, Vokabularien und Behauptungen auftreten. Solche ungeprüften Methoden werden meist ausgeübt und in die Literatur aufgenommen, lange bevor Validierungsuntersuchungen verfügbar werden. Wir sollten prinzipiell nur von „psychologischer Fallbehandlung“ reden, bis eine Validität für therapeutische Ansprüche klar erwiesen wurde.

4.1 Theorie der Psychotherapie

Jegliche Psychotherapie verfolgt zwei Hauptziele; (a) die notwendigen Bedingungen zu schaffen, unter denen Verhaltensänderungen optimal stattfinden können, und (b) die geeignetsten Methoden für Verhaltensänderungen auszuwählen. Die vorrangigen Ziele aller Psychotherapien bestehen darin, dauerhafte Integrationsebenen zu fördern. Wenn Integration (Vereinigung) der zentrale Prozeß ist, der alle Verhaltenszustände organisiert, dann folgt daraus, daß jede Psychothera-

pie darauf ausgerichtet sein muß, negative Integrationen oder Desintegrationen in Angriff zu nehmen und sie durch dauerhafte positive Integrationen zu ersetzen.

Das zentrale theoretische Problem bei der Entwicklung einer eklektischen Theorie der Psychotherapie war, alle Kombinationen therapeutischer Methoden, die in der Literatur beschrieben wurden, zu analysieren, operational exakt zu beschreiben, was jeder einzelnen Methode der Psychotherapie zugrundeliegt, und dann alle verfügbaren Methoden im Hinblick auf den *Modus operandi* zu klassifizieren und zu kategorisieren. *Thorne* (1950) machte die erste operationale Analyse von Methoden der Persönlichkeitsberatung und weitete die Analyse später (1968a, 1968b) aus, um alle Methoden psychologischer Fallbehandlung einzubeziehen, mit denen der jeweilige Integrationsstatus modifiziert werden kann.

Dieser Ansatz erfordert, daß alle Methoden der Psychotherapie operational auf ihren kleinsten gemeinsamen Nenner reduziert werden, um ihre Natur, Wirkungsmechanismen, Indikationen und Kontraindikationen zu objektivieren. *Thorne* (1968a; 1968b) machte Ausführungen über die verfügbaren Methoden psychologischer Fallbehandlung, in denen er ihre theoretische Relevanz und die Regeln für ihre Anwendung auf spezifische klinische Bedingungen aufzeigte. Der Leser sei gewarnt, daß der Wissensstand hinsichtlich der Natur, Indikationen und Kontraindikationen psychotherapeutischer Methoden sich in einer sehr rudimentären Phase der Evolution befindet. Viele Methoden und Theorien werden nur durch eine anekdotische Evidenz unterstützt, und ihre Anwendungs-Validität muß dem Urteil des Klinikers überlassen werden.

Die Techniken des Beginnens und Beendens von Therapie. Glücklicherweise weiß man inzwischen eine Menge über technische Probleme im Hinblick auf das Beginnen und Beenden einer Fallbehandlung. Es ist jetzt allgemein anerkannt, daß bestimmte, genuine erleichternde Bedingungen allen Methoden der Psychotherapie zugrundeliegen. Einen Überblick darüber lieferte *Thorne* (1968a). Betrachtet man sie aus geeigneten operationalen Perspektiven, dann sieht man, daß Beziehungstherapie, Nondirektivismus und fördernde Therapien hauptsächlich damit zu tun haben, jene Bedingungen herzustellen, unter denen Verhaltensänderungen auf komplexen Ebenen stattfinden können.

Diagnostische Grundlagen für psychologische Fallbehandlung. Verhalten tritt in nahezu unendlicher Zahl und Komplexität auf, so daß es notwendig ist, klinische Daten drastisch auf handhabbare Portionen zu reduzieren. Dies kann nur erreicht werden durch eine kontinuierliche klinische *Prozeßdiagnostik*, die fortwährend das auswählt, was re-

levant ist für die Untersuchung, und alles andere beiseite legt. Das Ziel ist, die klinischen Ereignisse zu identifizieren, die diagnostische Einblicke in die Hauptprobleme des Klienten geben, um mit der Formulierung einer *ätiologischen Gleichung* zu beginnen, die die Verursachung kritischer psychologischer Zustände beschreibt.

Thorne (1967; 1968a) diskutiert die Theorie integrativer Prozesse, die kritischen psychologischen Zuständen zugrundeliegen, wobei er nicht nur die diagnostischen Implikationen der Fallgeschichte, sondern auch Probleme der derzeitigen Diagnostik psychischer Zustände betont. Im allgemeinen lehnt der eklektische Ansatz deduktive Annahmen ab, die auf engen Theorien basieren, und zieht einen durchgängig induktiven Ansatz vor, der diagnostische Einsichten darüber, welches Verhalten Veränderung benötigt, sammelt.

Umgang mit dem Äußern von Beschwerden und Symptomen. Während tiefenpsychologische Ansätze meist Äußerungen von Beschwerden und Symptomen mißachten, da sie lediglich ein manifestes Verhalten widerspiegeln würden, das mit den darunterliegenden latenden (tiefen) Faktoren, die eigentlich zu behandeln seien, im Grunde nichts zu tun hätten, so erkennt der eklektische Ansatz doch die Wichtigkeit, sich mit den Äußerungen von Beschwerden und Symptomen zu befassen, die die nächstliegenden Ursachen persönlichen Leidens sein können. Thorne (1968a) beschreibt den klassischen Gebrauch von Verstärkung, Konditionierung und Verhaltenstherapien und Lebensbewältigungsschulung, um symptomatisches Verhalten zu modifizieren. Der Leser sei daran erinnert, daß der Eklektiker spezielle Methoden wie die Verhaltenstherapie nicht rundweg ablehnt, sondern stattdessen versucht, sie in sein therapeutisches Handwerkszeug einzupassen.

Beeinflussung des Klienten für therapeutische Zwecke. Klassische Methoden der Verhaltensänderung hängen stark ab von Suggestion, Persuasion, Ratschlägen, Druck, Zwang und Bestrafung. Tatsächlich scheint Suggestion allen Psychotherapien zugrundezuliegen und sollte rigoros ausgesondert werden, bevor man spezielle Resultate der Therapie zuschreibt. Die meisten dieser Methoden stehen z. Zt. in Mißkredit, weil sie keinen Einfluß auf die zugrundeliegenden Bedingungen hätten. Trotzdem sollten sie nicht gänzlich aufgegeben werden, da sie in der Hand von Experten bleibende Wirkungen haben können. Wegen ihrer relativen Einfachheit und geringen Kosten sollte man sie zunächst ausprobieren, um zu sehen, welche Vorteile sie bringen, wo alles andere versagt.

Umgang mit affektiven Faktoren. Viele Theorien reden von emotionalen Blockierungen und Widerständen in der Psychopathologie. Thorne (1968b) gibt einen Überblick (a) über Methoden der emotiona-

len Konditionierung und Rekonditionierung, (b) Methoden, eine überstarke Emotionalität zu verändern, (c) Methoden, einen stärkeren emotionalen Ausdruck zu fördern, (d) über Phänomene von Übertragung und Widerstand, (e) über Methoden, Frustrationen und Konflikte zu lösen, und (f) mit Konflikten therapeutisch umzugehen. Es ist jetzt verständlich, warum die Freud'sche Psychoanalyse hauptsächlich Methoden zur Untersuchung von Tiefenfaktoren innerer Prozesse — verursacht durch Verdrängungsmechanismen — beinhaltet, wobei sie die Untersuchung vieler symbolischer Prozesse zur Klärung unbewußter Tiefenfaktoren benutzt. Im Gegensatz dazu strebt der Nondirektivismus danach, den Ausdruck gegenwärtiger affektiver Zustände zu erleichtern und zu klären.

Maximierung kognitiver Ressourcen. Seit altersher haben Laien den Vorrang der Vernunft über das Gefühl behauptet und haben Klienten ermahnt, „ihren Verstand zu gebrauchen“, um Impulsivität durch Kontrollen zu ersetzen. Historisch betrachtet haben „Epochen“ der Vernunft nachdrücklich die Psychologie der Kognition betont, in der Methoden der sensorischen Behandlung, des Wahrnehmungstrainings, des Gedächnistrainings, der semantischen Nacherziehung und des Trainings höherer Konzeptbildung ausprobiert worden sind, um intellektuelle Potentiale für effektivere Problemlösung zu aktualisieren. Rationale Therapien der einen oder anderen Form werden immer wieder neu entdeckt, einschließlich solcher neuerer Entwicklungen wie *Albert Ellis'* (1962) Rational-Emotive-Therapie und *Ayn Rands* objektivistische Philosophie. Rationale Therapien arbeiten an einer Maximierung kognitiver Fähigkeiten im Gegensatz zu affektiven Therapien, die die Macht der Vernunft verneinen und sich auf die Veränderung affektiver Blockierungen konzentrieren. Diese widerstreitenden Probleme entsprechen der Frage: „was war zuerst da, die Henne oder das Ei?“ Ist die Person rational unfähig wegen tiefer affektiver Komplexe, oder stellen affektive Reaktionen lediglich Nebeneffekte kognitiver Mängel dar? Diese wichtigen Fragen können nur durch Forschung gelöst werden.

Neuorientierung von Ideologie und Einstellungen. Überraschenderweise wurde den Einflüssen ideologischer und einstellungsmäßiger Orientierungen von den amerikanischen Psychotherapeuten wenig Aufmerksamkeit geschenkt, vielleicht aufgrund des demokratisch-philosophischen Vorurteils, daß das, was ein Mensch fühlt oder denkt, seine eigene Sache sei. *Thorne* (1968b) diskutiert Methoden der Neuorientierung von Ideologie und Einstellungen, die (a) eine Übermittlung psychischer Informationen, (b) Methoden der Interpretation, (c) Methoden ideologischer Neuorientierung beinhalten. Es ist wichtig, die ideologischen Grundlagen des Verhaltens zu erforschen, weil jede

Handlung ihre Konsequenzen hat, und extensive empirische Untersuchungen sind nötig, um die Langzeiteffekte des Ausagierens verschiedener Ideologien zu entdecken.

Veränderung der Systeme des Selbst. Thorne (1967; 1968b) argumentiert, daß viele psychische Störungen herrühren von Integrationsfehlern auf der hierarchischen Ebene der Systeme des Selbst, so daß dem Studium der Selbst-Konzepte, Selbst-Ideale, der Selbst-Verwirklichung, der ausführenden Analysen, der Alltagsbewältigung und des Umgehens mit existentiellen Problemen detaillierte Aufmerksamkeit gewidmet werden muß. Die integrative Psychologie postuliert, daß die Integrationen auf den höchsten Ebenen abhängen von der übungsbedingten Aneignung von Kontrollen auf höheren Ebenen und insbesondere von Kontrollen im Dienste der Selbstverwirklichung. Jede Art von Erziehung, Berufsausbildung und sogar Psychotherapie dreht sich um die Entdeckung der Natur von Kontrollen, um das Studium von Zusammenbrüchen (Desintegrationen) von Kontrolle, und um das Training des Klienten in der Verbesserung der Kontrollen, die langfristig höhere Ebenen der Integration ermöglichen.

Zumindest theoretisch muß Psychotherapie damit zu tun haben, wie relativ erfolgreich die Person ist, ihr Leben in dieser Welt zu meistern, d. h. mit dem umfassenden Problem, die höchstmöglichen Ebenen von Integration dauerhaft aufrechtzuerhalten. Da ein problematisches Verhalten äußerst komplexe Ursachen haben kann, verlangt es einen eklektischen Ansatz, all jene Faktorebenen in ein Konzept zu fassen, die möglicherweise zu den Problemen beitragen. Theoretisch gesehen hat der Eklektiker die besten Chancen, in seinen Methoden genügend umfassend zu sein, um die nahezu unendliche Komplexität von Verhaltensverursachungen verstehen zu können und um diagnostizieren zu können, welches Veränderung benötigt.

4.2 Der psychotherapeutische Prozeß

Thorne (1950) war der erste, der eine operationale Aufstellung von Techniken der Verhaltensmodifikation in seinen „Principles of Personality Counseling“ gemacht hat. Dieses Buch mit dem Untertitel „An Eclectic Viewpoint“ führte tabellarisch alle existierenden Methoden gemäß den einbezogenen operationalen Schritten auf. Dieser Ansatz basierte auf der Annahme, (a) daß alle Methoden gewisse gemeinsame Faktoren beinhalten, die als ein gemeinsames Substrat für jede Fallbehandlung verstanden werden können, (b) daß die ätiologischen Faktoren, die spezifischen klinisch wichtigen Bedingungen zugrundeliegen, identifiziert und diagnostiziert werden müssen, und (c) daß eine ratio-

nal begründete Intervention auf die Veränderung der primären ätiologischen Faktoren gerichtet sein sollte.

1950, als die erste operationale Analyse bestehender Methoden tabellarisch zusammengestellt wurde, war wenig oder keine definitive Information im Hinblick auf Indikationen und/oder Kontraindikationen bestehender Methoden verfügbar, da die Entfaltung der klinisch psychologischen Wissenschaft noch nicht zu einem Punkt vorangeschritten war, an dem Validierungsuntersuchungen verfügbar waren. In der Tat zeigten frühe Literaturübersichten von *Eysenck* (1952), *Meehl* (1954) und anderen das Nicht-Vorhandensein definitiver Evidenz, daß Psychotherapie irgendwelche positiven Effekte habe. Kritiken am eklektischen Ansatz mit dem Ergebnis, daß keine definitive Evidenz existiere, mit welcher klinische Entscheidungen begründbar wären, waren richtig, spiegelten aber eher die mangelnde Ausgereiftheit dieses Gebietes generell wider als die Potentiale der eklektischen Methoden zu diesem Themenbereich.

Thorne (1950; 1968a) behauptete, daß jede Fallbehandlung zwei Phasen habe, bestehend (a) aus der Etablierung der notwendigen psychologischen Bedingungen, durch die die notwendige Beziehung zum Klienten aufgebaut werden kann, und (b) aus der Benutzung von Methoden der Verhaltensmodifikation, durch die Veränderung induziert wird. Leider wurden Probleme, die mit diesen beiden Phasen, mit der Etablierung einer Beziehung und der dann erfolgenden Veränderung, verbunden sind, in der Literatur nicht klar unterschieden. Beziehungstherapien wie jene von *Rank*, *Taft* oder *Rogers* (1941) schienen vorauszusetzen, daß der Heilungsprozeß allein eine Funktion der Beziehungsfaktoren sei. In der jüngeren Vergangenheit haben *Truax* und *Carkhoff* (1967) „Heilungs“-Faktoren objektiv in der Form von Echtheit, positiver Wertschätzung, Empathie, Konkretheit usw. identifiziert, die sich als Beziehungsfaktoren herausstellen. Auch *Freud* hatte Beziehungsfaktoren in der Form von Übertragung und Gegenübertragung betont.

Thorne (1968a; 1968b) anerkannte die Wichtigkeit der Beziehungsfaktoren, die die notwendigen Bedingungen für effektive Fallbehandlung ermöglichen, aber er bestand darauf, daß schwierige Fälle sich durch fördernde Beziehungen allein nicht spontan bessern. In solchen Fällen ist es erforderlich, daß man spezifische Methoden der Verhaltensmodifikation anwendet, um mit spezifischen Symptomen umzugehen, oder spezifische Fertigkeiten lehrt, die der Klient sich bisher nicht angeeignet hatte. Im wesentlichen ist der Fallbehandler ein Erziehungsfachmann, der dort tätig wird, wo reguläre soziale Institutionen darin versagt haben, dem Klienten angepaßtes Verhalten zu lehren, das — in

letzter Analyse — von der Aufrechterhaltung vollkommener dauerhafter Integrationen abhängt.

Thorne (1968a) wies darauf hin, daß die meisten Beziehungstherapien und die programmierte Verhaltenstherapie mehr oder weniger mechanisch angewendet werden können und keine intensive individuelle Diagnostik erfordern. Komplizierte Techniken der Verhaltensänderung erfordern intensive diagnostische Prozesse, um festzustellen, was falsch ist und wie pathologisches oder defizitäres Verhalten zu modifizieren ist.

Methodenauswahl. Die an den eklektischen Ansatz vielleicht am häufigsten gerichtete Frage ist, wie der Therapeut entscheidet, welche Methoden anzuwenden seien. Einige allgemeine Mißverständnisse sind, daß der Eklektizismus blindlings oder mit Vermutungen handle, indem er eine Methode nach der anderen ausprobiere, bis hoffentlich etwas wirkt. Eine andere Kritik besagt, daß der Eklektiker keinem engen systematischen Standpunkt verpflichtet sei, daß kein hypothetisches Modell existiere, das angebe, was getan werden solle.

Das Entscheidende bei der eklektischen Methode ist, induktiv zu diagnostizieren, was mit dem Klienten los ist, und dann Methoden auszuwählen, von denen bekannt ist, daß sie im Umgang mit solchen Bedingungen wirksam sind. In anderen Worten, der Eklektiker geht an eine Fallstudie nicht mit Vorurteilen darüber, worum es geht, heran, sondern er ist durchgängig vertraut mit der ganzen Bandbreite der Psychopathologie und sachverständig in der Diagnostik vielfältiger Ebenen integrativer Störungen. Wenn der Therapeut schwache Selbstkonzepte mit damit verbundenen schwachen Ich-Funktionen diagnostiziert, kann er direkt mit der Beschäftigung mit solchen Faktoren fortschreiten. Mit anderen Ebenen von Problemen der Integration wird dann umgegangen, wenn sie entweder unmittelbar oder symbolisch offenkundig werden. Im letzteren Fall können analytische Techniken benutzt werden, um die Bedeutungen latenten Verhaltens zu interpretieren. Aber in allen Fällen ist es die Diagnose spezifischer Faktoren spezifischer Typen von Psychopathologie, die den Therapeuten dazu führt, Methoden auszuwählen, die in spezifischer Weise auf ihre Behandlung gerichtet sind.

4.3 Mechanismen der Psychotherapie

Der integrative Ansatz beschäftigt sich mit dem *psychischen Zustand* des Klienten, mit dem Querschnitt durch den Lebensstrom (Sein) des Klienten, den er im Hier und Jetzt gerade durchlebt. Der Kliniker kann sich mit dem geistigen Zustand des Klienten nur in der Gegen-

wart befassen, und das diagnostische Problem liegt darin, zu entdecken, welches der gegenwärtige psychische Zustand ist. Der Kliniker muß versuchen, die Bedingungen des psychischen Zustandes des Klienten, die aus klinischer Sicht problematisch sind, zu verstehen, um ein direktes empathisches Verstehen dessen zu entwickeln, welches der Zustand des Klienten ist, wie er fühlt, was er tut oder worin er versagt und was genau seine besondere menschliche Notlage ist. All dies Verstehen soll natürlich dazu dienen, zu entdecken, warum Integration nicht erreicht wird und wie sie zusammenbricht. Die diagnostischen Fragen sind „Wie ist diese Person zusammengebrochen und warum?“ oder spezifischer „Wo sind die Defizite in der Integration oder die Desintegrationen, die den Anpassungsprozeß fehlschlagen lassen?“. Das Ziel ist, den Klienten genau das verstehen zu lassen, was in seinen vielfältigen Mustern von Integration und Desintegration geschieht, und ihm zu helfen, jene Kontrollen zu gewinnen, die zur Aufrechterhaltung einer dauerhaften höheren Integration erforderlich sind.

Die Methode *par excellence* zur Erreichung dieser Ziele ist, die Aufmerksamkeit des Klienten auf seine eigenen klinisch bedeutsamen psychischen Zustände zu lenken, d. h. sich mit wichtigen Zuständen des Seins im Hier und Jetzt zu befassen. Wenn der Klient noch keine Bewußtheit darüber hat, wie er wirklich in Bedrängnis ist, dann wird ihm bewußt gemacht, was schief läuft. Mit dem besonderen klinisch wichtigen Zustand wird im Rohzustand umgegangen — man geht mit dem phänomenologisch gegebenen Verhalten direkt um und verändert es direkt, wie es im Prozeß der Fallbehandlung auftritt. Der Klient wird mit seinen Fehlleistungen an Integration konfrontiert und gefragt: „Wie kommt das?“ und: „Was gedenken Sie, damit zu tun?“ Idealerweise wird der desintegrierte Zustand beseitigt oder aufgebrochen, und dem Klienten wird geholfen, in positiverer Richtung zu reintegrieren. Alle problematischen Elemente der Situation werden offengelegt, und dem Klienten wird gelehrt, wie er damit in mehr angepaßter Weise umgehen kann. Der Klient wird konfrontiert mit Themen, wie, warum, wann und wo er vom Pfad maximaler Integrationen abgekommen ist.

In erster Linie sind wir nicht mit solchen klassischen Mechanismen wie Akzeptanz, Einsichten, Hemmungen, unbedingte positive Wertschätzung, Realitätsüberprüfung, Altruismus, Übertragung, Katharsis, Mechanismenbildung, Grenzen, Reduktion von Abwehr usw. beschäftigt, außer insofern sie wichtige Bestandteile erfolgreicher oder fehlangepaßter Integrationen sind. Wir sind in erster Linie am integrativen Prozeß selbst interessiert und erst in zweiter Linie an seinen Manifestationen. Wir gehen an Fallbehandlungen nicht mit dem Ziel heran, Standardtechniken der Therapie deduktiv anzuwenden, sondern

wir untersuchen jeden individuellen Fall induktiv, indem wir die individuellen Prozesse der Integration untersuchen, um zu sehen, wie sie so geworden sind, und was mit ihnen getan werden muß.

Thorne (1968a) behauptet, daß das Verstehen von Psychotherapie stark dadurch vereinfacht werden kann, daß man den ganzen Prozeß in integrative Begriffe übersetzt. Was in der Psychotherapie geschieht, kann man in Begriffen vieler verschiedener Systeme der Psychologie einschließlich der klassischen „Schulen“ rationalisieren, indem man in jedem Fall ein plausibles Rational formuliert, das jedoch zu dem, was tatsächlich geschieht möglicherweise nur wenig Beziehung hat. Friedlers (1950) Feststellung, daß Therapeuten weit unterschiedlicher Orientierung schließlich alle ähnliche Dinge tun, bedeutet, daß der entscheidende Faktor in der Psychotherapie darin besteht, was getan wird, und nicht in den vielfältigen theoretischen Behauptungen. Unabhängig davon, wie jede einzelne Psychotherapie beschrieben wird, haben alle therapeutischen Manipulationen schließlich unvermeidbar mit den gleichen Problemen von Integration zu tun; es ist das integrative Milieu, das in allen Fällen modifiziert wird.

Das klinische Problem besteht im großen und ganzen darin, (a) die Ebenen zu identifizieren, auf denen Integration zusammenbricht, (b) *positive* Integrationsmuster, die zu echter Selbstverwirklichung beitragen, zu unterscheiden von *negativen* Mustern, die Fehlanpassung verursachen, und dann (c) die problematischen Integrationsmuster zu modifizieren, die pathologisch oder weniger als maximal wirksam sind. Diese Erfordernisse hängen ab von ausgedehnten Systemen der Psychodiagnostik und Psychopathologie, die in der Lage sind, die Natur integrativer Störungen zu strukturieren und zu analysieren.

Bewußtsein kann als der Brennpunkt aller therapeutischen Prozesse angesehen werden, insofern als die höchsten Integrationsprozesse im Bewußtsein vermittelt werden, das als ein zentraler interagierender Mechanismus betrachtet wird. Äußerst kurz gesagt, viele der wichtigsten integrativen Prozesse werden bewußt vermittelt, und die meisten Psychotherapien machen die Annahme, daß der Klient der Natur seiner Probleme gewahr werden muß, um sie absichtlich in Richtung des Erreichens einer dauerhaften höheren Integration zu modifizieren. Um es ganz einfach zu formulieren: *die zentrale Aufgabe des Therapeuten besteht darin, dem Klienten die Natur seiner Probleme bewußt zu machen und ihn dann zu lehren, wie er etwas mit ihnen tun kann in Form effektiver bewußter Kontrolle über das Verhalten.*

Obgleich die Repräsentation der Natur der Probleme im Bewußtsein (Einsicht) eine notwendige Vorbedingung für die Reorganisation von Verhalten in höheren integrativen Mustern zu sein scheint, hat Einsicht

allein nicht immer Verhaltensänderung zur Folge. Obwohl normales „Wachstum“ und normale Anpassungsprozesse meist in Richtung auf die Organisation höherer Integration hinwirken, wird Integration in Therapie am schnellsten erreicht, wenn der Klient nicht allein lernt, was falsch ist, sondern was er dazu tun muß, gewünschte Selbstverwirklichungen zu erreichen. Dieses bedeutet zu lernen, wie höhere Integrationsebenen zu erreichen und aufrechtzuerhalten sind. Die charakteristische Betonung der integrativen Psychologie liegt darauf, daß effektive Verhaltensmodifikation immer das integrative Milieu in höher organisierte Muster transformieren muß, wobei Standardlernetchniken zur Erreichung von Kontrollen über höhere Ebenen im Dienst bewußter Selbstrealisierung benutzt werden.

Ogbleich die Validität des eklektischen Ansatzes von der Breite der in die klinische Betrachtung miteinbezogenen potentiellen ätiologischen Mechanismen und von umfassenden operationalen Techniken abzuhängen scheint, so ist jedoch letztlich jede Verhaltensmodifikation von einem lerntheoretischen Modell abhängig. Unter der Annahme, daß die psychophysiologischen Substrate von Integration höherer Ebenen intakt sind, werden solche Integrationen höherer Ebenen nur durch das Lernen komplexerer Kontrollen angeeignet, die ein willentliches Verhalten ermöglichen.

5. Zusammenfassung

Der Eklektizismus ist jener Zweig der Philosophie der Wissenschaft, der die Bedingungen darlegt, unter denen wissenschaftliches Grundwissen auf spezielle klinische Probleme angewandt wird. Der Eklektizismus beinhaltet wissenschaftliches Denken hinsichtlich einer validen und reliablen Anwendung relevanter wissenschaftlicher Basismethoden und Fakten auf die individuelle Fallbehandlung. Die eklektische Methode mit ihrer Betonung darauf, die Beiträge aller anerkannten Systeme und Methoden psychologischer Wissenschaft entsprechend ihren Indikationen und Kontraindikationen zu gebrauchen, ist als einziger Ansatz in der Lage, mit allen Ebenen von Faktoren, die die hierarchische Organisation von Verhaltensintegration schaffen, und insbesondere mit der weiten Spanne klinisch bedeutsamer psychischer Zustände umzugehen.

Der eklektische Ansatz mit seiner Betonung induktiver Methoden der Analyse von Verhaltensdaten erlaubt ein viel breiteres und flexibleres Vorgehen, das sich auf die Indikationen jedes individuellen Falles gründet. Der eklektische Ansatz, der eine *klinische Prozeßdiagnostik* als solide Grundlage hat, macht Gebrauch von allen relevanten

grundlegenden wissenschaftlichen Methoden und Informationen, wie die spezifischen klinischen Situationen sie jeweils erfordern.

Anfänger in der Klinik fühlen sich typischerweise sicherer, wenn sie sich mit einer bestimmten Methode identifizieren, die häufig der einzige Ansatz ist, mit dem sie in Kontakt gekommen sind. Anfänger neigen dazu, eine kulthafte und unkritische enthusiastische Ergebenheit gegenüber einem System zu zeigen, dem sie sklavisch Folge leisten. Dies ist vergleichbar damit, von einer Violine mit nur einer Saite abhängig zu sein, um symphonische Effekte zu erreichen.

Die erfahrenen Kliniker lernen die Natur *aller* wichtigen operationalen Ansätze, wenn sie die effektive Anwendung einer großen Vielzahl von Methoden erlernen, und zwar im Rahmen einer unvoreingenommenen eklektischen Orientierung. Der kompetente Kliniker vermeidet jeden Kult irgendeiner Form dadurch, daß er die Vorstellung, irgendeine Methode sei die Antwort auf alle Fragen, zurückweist und sich offenhält für die Methoden der Wahl beim Umgang mit jeder neuen klinischen Entwicklung.

Der zwingendste Grund, den eklektischen Ansatz bei der Untersuchung von Verhalten und der Psychotherapie zu übernehmen, ist die Komplexität psychischer Zustände und Lebenssituationen, wie sie sogar in einfachsten klinischen Problemen vorkommen. Verhalten ist normalerweise in einem dauernden Fluß und in dauernder Veränderung. Verhalten geschieht phänomenologisch als eine Sequenz psychischer Seins-Zustände, von denen jeder auf eine ständig sich ändernde existentielle Situation reagiert. Integrative Dynamik ist nicht nur enorm komplex, sondern auch durch nahezu unbegrenzte Permutationen und Kombinationen der sie organisierenden Faktoren bestimmt. Nur der eklektische Ansatz ist in der Lage, mit solcher Komplexität und Veränderung umzugehen.

Operationale Analyse des Eklektizismus. Der eklektische Ansatz beinhaltet eine Sequenz operationaler Schritte in Prozeßdiagnostik und Entscheidungsfindung bei der Fallbehandlung, die wie folgt objektiviert werden können:

1. *Offene Orientierung:* Jedem klinischen Fall sollte man ohne vorgefaßte Meinung sowohl hinsichtlich der Diagnose als auch hinsichtlich der Natur der anzuwendenden Methoden gegenüberreten.
2. *Umfassende Datensammlung:* Alle Arten von Daten, die möglicherweise von Belang für die Verhaltensanalyse sein könnten, sollten zusammengetragen werden. Es gibt keine Abkürzungen bei der Untersuchung eines Falles. Je mehr Daten verfügbar sind, desto eher wird eine umfassende Analyse möglich. Im allgemeinen ist ein Lebensbericht das valideste Kriterium, an dem andere Daten gemessen werden können.
3. *Klinische Prozeßdiagnose:* Alle Einzelheiten des klinischen Prozesses sollten diagnostisch ausgewertet werden, und zwar nicht nur zum Verständnis des Falles, sondern

auch, um rational begründete Indikationen für Entscheidungen über die Fallbehandlung zu stellen.

4. *Untersuchung der Ätiologie*: Alle möglichen Arten von ätiologischen Faktoren sollten in der Weise betrachtet werden, daß man Hypothesen über die Ursachen von Bedingungen formuliert.

5. *Diagnostische Gleichungen*: Die verschiedenen Arten von ätiologischen Faktoren sollten dynamisch ausgewertet und eingeschätzt werden, um zu einer *ätiologischen Gleichung* zu kommen, die auf valide Weise klinisch problematische psychische Zustände beschreibt.

6. *Induktiver Ansatz*: Mit der fortschreitenden Sammlung relevanter Information über den Fall wird es möglich, induktiv Hypothesen zu formulieren, die die Natur der Probleme und auch, was damit zu tun sei, betreffen.

7. *Individuelle Anweisungen*: Jeder Fall sollte als eine einzigartige Entität behandelt werden, mit individuellen Anweisungen, die alle Stufen der Diagnostik und Fallbehandlung abdecken.

8. *Sukzessive Bewertungen des geistigen Status*: Da Verhalten nur in Form ständig sich verändernder psychischer Zustände auftritt, folgt, daß man sukzessive Bewertungen des geistigen Status vornehmen muß, um den Änderungen in den ätiologischen Gleichungen zu folgen.

9. *Die Prozeßhaftigkeit des Lebens*: Psychologische Untersuchungen sollten immer „lebens“-orientiert sein, indem sie den ständigen Fluß psychischer Zustände widerspiegeln, die bewußtes waches Leben ausmachen. Es ist wichtig, den Zustand des Bewußtseins zu jedem Zeitpunkt zu untersuchen.

10. *Personalistisch-existentielle Orientierung*: Das Ziel jeder Untersuchung von Verhalten sollte die globale, weitumfassende Diagnose der aktuellen Existenzbedingungen beinhalten, d. h. der globalen Einheit der Person, wie sie ihr Leben in dieser Welt gestaltet.

Einzig durch wirklich weite, umfassende Ansätze, eklektisch angewandt, kann der globale Umfang von Verhaltensintegration auf valide Weise untersucht werden. Das entscheidende klinische Problem besteht darin, daß man wirklich verhaltenszentriert sein sollte, indem man alles relevante Verhalten so untersucht, wie es phänomenal in der Natur gegeben ist, indem man diagnostische Hypothesen induktiv aufstellt, indem man ätiologische Gleichungen für klinische psychische Zustände, in denen klinisch bedeutsame Episoden auftreten, formuliert, und indem man zu Entscheidungen über die Fallbehandlung kommt, die auf bekannten Indikationen und Kontraindikationen für jede einzelne klinische Handlung basieren. Nur der eklektische Ansatz ist zu solch globalen weitumfassenden Methoden der Fallbehandlung in der Lage.

Übersetzung aus dem Amerikanischen von Frauke Brandt.

Literatur

Adler, Alfred, *Social interest*, New York: Putnam, 1939.

Ansbacher, Heinz L., Adler, Alfred, *A historical perspective*, *American Journal of Psychiatry*, 1970, 127, 83-86.

- Borgatta, E. F., Demonstration of genuine placebo change, *Psychological Reports*, 1964, 14, 645-46.
- Dreikurs, R., Are psychological schools of thought outdated? *Journal of Individual Psychology*, 1960, 16, 3-10.
- Ellis, A., Reason and emotion in psychotherapy, New York: Lyle Stuart, 1962.
- Eysenck, H. J., The effects of psychotherapy: An evaluation, *Journal of Consulting Psychology*, 1952, 16, 319-24.
- Fiedler, Fred E., A comparison of therapeutic relationships in psychoanalytical, nondirective and Adlerian therapy, *Journal of Consulting Psychology*, 1950, 14, 436-45.
- Garfield, Sol. L., Review of Integrative Psychology, *Contemporary Psychology*, 1969, 14, 132-33.
- Grinker, Roy R., Sr., The continuing search for meaning, *American Journal of Psychiatry*, 1970, 127, 25-31.
- Hebb, D. O., The organization of behavior, New York: Wiley, 1949.
- Horowitz, Milton J., Review of Integrative Psychology, *Contemporary Psychology*, 1969, 14, 133-35.
- Krawiec, T. H., Personal communication, 1971.
- Lecky, P., Self-consistency, New York: Island Press, 1951.
- Meehl, P. E., Clinical vs. statistical prediction, Minneapolis: University of Minnesota Press, 1954.
- Rogers, C. R., Counseling and psychotherapy, Boston: Houghton Mifflin, 1941.
- Szasz, T. S., The myth of mental illness, New York: Hoeber-Harper, 1961.
- Thorne, F. C., Principles of personality counseling, Brandon, Vt.: *Journal of Clinical Psychology*, 1950.
- , Principles of psychological examining, Brandon, Vt.: *Journal of Clinical Psychology*, 1955.
- , An evaluation of eclectically oriented psychotherapy, *Journal of Consulting Psychology*, 1957, 21, 459-64.
- , The etiology of sociopathic reactions, *American Journal of Criminal Psychopathology*, 1959, 13, 319-330.
- , Personality, Brandon, Vt.: *Journal of Clinical Psychology*, 1961.
- , Clinical judgment. Brandon, Vt.: *Journal of Clinical Psychology*, 1961.
- , Diagnostic classification and nomenclature for psychological states, *Journal of Clinical Psychology*, 1964, 24.
- , The Integration Level Test Series, Brandon, Vt.: Clinical Psychology Publishing Company, 1955.
- , The sex inventory, *Journal of Clinical Psychology*, 1966, 22, 367-74.
- , Integrative psychology, Brandon, Vt.: Clinical Psychology Publishing Co., 1967.
- , Psychological case handling, Vols. I, II. Brandon, Vt.: Clinical Psychology Publishing Co., 1968. (a) (b)
- , The ideological survey, *Journal of Clinical Psychology*, 1968, 24, 263-68. (c)
- , Diagnostic classification of existential state reactions, *Journal of Clinical Psychology*, 1970, 26, 403-20.
- , The existential study, *Journal of Clinical Psychology*, 1973, in press.
- , An eclectic evaluation of psychotherapeutic methods, in: R. M. Jurjevich (ed.), International handbook of directive therapy, Coral Gables, Fla.: University of Miami Press, 1972.
- Thorne, F. C., & Nathan, P. E., Systems analyses methods for integrative diagnoses, *Journal of Clinical Psychology*, 1970, 26, 3-16.
- Thorne, F. C., & Pishkin, V., The ideological survey, *Journal of Clinical Psychology*, 1968, 24, 269-85.

- Truax, C. B. & Carkhuff, R. R., *Toward effective counseling and psychotherapy*, Chicago: Aldine, 1967.
- Weiss, F. A., Living nature and the knowledge gap, *Saturday Review*, 1969, 29, 19-22.
- Whyte, L. L., *The next development in man*, New York: Holt, 1948.
- , *The unitary principle in physics and biology*, New York: Holt, 1949.
- Wildman, R. W., & Wildman, R. W., Jr., The practice of clinical psychology in the United States, *Journal of Clinical Psychology*, 1967, 23, 292-95.

Anthropologisch-integrative Psychotherapie

Neurosenkonzeption und Krankheitsbegriff

K.-E. Bühler und D. Wyss, Würzburg

1. Einleitung

Die Entwicklung der „humanistischen Psychologie“ in den USA der Fünfziger und Anfang der Sechziger Jahre als „dritte Kraft“ in Abgrenzung zu behavioristischen und psychoanalytischen Schulen können wir als eine Wiederbesinnung auf europäische Traditionen der Phänomenologie und der Existenzphilosophie ansehen, während zur gleichen Zeit in der Bundesrepublik Deutschland der universitäre Forschungsbetrieb sich weitgehend mit quasi-naturwissenschaftlichen Fragestellungen beschäftigte. Geisteswissenschaftlich und hermeneutisch orientierte Forscher wurden hierzulande in den Hintergrund gedrängt. Eine Wiederaufnahme der phänomenologischen bzw. hermeneutischen Methode und des existentiellen Gedankens in der Psychologie zeichnet sich noch nicht ab, es sei denn als die europäischen Traditionen weitgehend ignorierende Reflexion der US-amerikanischen Vorbilder.

Einen eigenständigen und unabhängigen Ansatz stellt die „kritische Psychologie“ dar, so benannt von *Holzkamp* (1971), der diese Richtung in den Jahren der sogen. Studentenbewegung entwickelte und zwar in Anlehnung an marxistische Theoreme. Den Ausführungen *Holzkamps* zur existential-ontologischen Anthropologie europäischer Abkunft muß allerdings insofern widersprochen werden, als diese nicht mit der von ihm genannten organismischen Anthropologie gleichgesetzt werden kann. Während letztere die konkrete, historisch-gesellschaftliche Geprägtheit des Menschen nicht kennt, ist gerade das konkrete Individuum in seiner Beziehung zur „Mit-Welt“ Gegenstand der ersteren. Bezugspunkte von „kritischer Psychologie“ zu phänomenologisch-existentialontologischer Anthropologie (über die Bedeutung der „Mit-Welt“ für das Individuum hinaus) zeigen sich im Immanenzcharakter ihrer Wissenschaftlichkeit. Denn eine Theorie vom Menschen kann „niemals ‚von Außen‘ auf den von ihr getrennten Menschen bezogen sein“ (in Abwandlung eines Zitats von *Holzkamp*,

1971), denn als sich Erkennender bleibt der Mensch immer auf sich als selbiger gerichtet, und diesen Bezug kann er nicht durchbrechen.

Ein grundlegender Unterschied zwischen „anthropologisch-integrativer Psychotherapie“ und „kritischer Psychologie“ marxistischer Prägung wird im Begriff des „Scheiterns“ sichtbar, der sich aus der „tragischen Gebrochenheit“ des Menschen ergibt und der in der Marx'schen Theorie nur von untergeordneter Bedeutung ist. Auch wenn Marx dem Existenzgedanken nahesteht, wie *Tillich* (1944) überzeugend darlegte, kennt er in seiner „negativen Bezogenheit“ auf *Hegel* den tragisch-gebrochenen, zwiespältigen, scheiternden Menschen nicht, obwohl er andererseits sehr wohl die Möglichkeit des Scheiterns der proletarischen Revolution sieht, dieses Scheitern aber als eine Defizienz der gleichsam objektiven Entwicklung darstellt.

2. Humanistische Psychologie

Das Erkenntnisinteresse der „humanistischen Psychologie“ richtet sich auf spezifisch menschliche Eigenschaften wie persönliche Würde des Individuums, grundlegende autonome Fähigkeit zu kreativen Akten, Möglichkeit der Wahl sowie Setzen von Werten und Zielen; der Mensch wird als aktiver Gestalter seiner Existenz gesehen. Theoretische Grundlage ist die Vorstellung von der Ganzheit der Person, deren Kern das „Selbst“ darstellt. Dieses Selbst wiederum ist für die „humanistischen“ Psychologen im Unterschied zu Anschauungen der Psychoanalyse stets Subjekt und kann nie Objekt der Forschung werden. Folglich ist die biographisch orientierte Einzelfallstudie als Forschungsmethode besonders geeignet. Die biographische Methode zielt auf den individuellen Lebenslauf als Ausdruck der Persönlichkeit, deren Geschichtlichkeit und Entwicklungsdynamik. Die Lebensentwicklung zeigt sich dabei nicht als Aneinanderreihung von Daten, sondern vielmehr als Gestalt (s. Begriff der „Lebensgestalt“ in *Wyss* 1973).

Bevor wir zu unserer eigentlichen Fragestellung zurückkehren, eine Zusammenfassung grundlegender Gemeinsamkeiten aller Richtungen der „humanistischen Psychologie“ (s. a. *Bühler* und *Allen*, 1974; *Bühler*, 1971): Zentrale Bedeutung hat die ganzheitliche und personale Sicht vom Menschen („persönliche Würde“), der als „offenes System“ (*Allport*, 1960) im vielfältigen Austausch mit der Umwelt steht. Als aktiver Gestalter seiner Existenz, der sich Werte und Ziele setzen kann, handelt der Mensch in Eigenverantwortlichkeit. Als ein solches kreatives und intentionales Wesen strebt er zur Selbstverwirklichung. Deren Verfehlen wird als „existentielle Schuld“ erlebt.

Der Begriff der Freiheit des Willens im Sinne der Wahl bzw. der Entscheidung entstammt dem abendländischen Humanismus. Als notwendige Folge von Willensfreiheit, Werte-Setzen und Entscheidung wird Verantwortlichkeit gesehen, die Voraussetzung demnach für die Erfahrung des Schuldigwerdens und des Gewissens. In der abendländischen Tradition der Anthropologie von *Plato* bis zur neueren Existenzphilosophie, wie sie *Kunz* (1956) in kritischer Distanz zeichnet, setzt sich der Mensch selbst und sieht sein Bewußtsein, seine Intention, seine Entscheidungsfreiheit als konstitutiv für sein Dasein. Folgerichtig betrachtet auch die „humanistische Psychologie“ die Neurose als ein Verfehlen dieser Aufgabe der Selbstverwirklichung. Diesen einseitigen existentiellen Neurosebegriff kritisiert *Kunz* jedoch als menschliche Überheblichkeit. Er stellt ihm den allerdings ebenso einseitigen Neurosebegriff von *Freud* gegenüber, demzufolge der Mensch gleichsam Spielball von Kräften und Trieben ist. Beide in sich verabsolutierte Neurosenkonzeptionen werden von der anthropologisch-integrativen Psychotherapie zu einer neuen Einheit gefaßt.

3. Anthropologisch-integrative Psychotherapie

Die anthropologisch-integrative Psychotherapie berührt in ihren theoretischen Grundannahmen drei geistesgeschichtliche Strömungen, nämlich: die Phänomenologie *Husserls* und die phänomenologische Methode; die abendländische Existenzphilosophie (besonders *Kierkegaard* und *Heidegger*); den Humanismus der frühen griechischen Antike (*Vorsokratiker, Aischylos*).

In der anthropologisch-integrativen Psychotherapie steht, wie bei allen Existenzphilosophen (*Tillich* 1944), der jeweilige Mensch in seiner konkreten Situation im Mittelpunkt. Der Mensch wird nicht in einem dinghaften Modell erkannt, sondern er muß sich selbst erst zu dem machen, der er ist (Entwurfcharakter menschlichen Seins). Mensch-Sein heißt, immer mehr zu sein, als was von sich selbst wißbar ist (*Jaspers*, 1938).

Der Humanismus der frühen griechischen Antike ist ein tragisch gefaßter, „gebrochener“ Humanismus, der die Zwiespältigkeit aller menschlichen Kräfte betont. „Alles Tragische beruht auf einem unausgleichbaren Gegensatz; sowie Ausgleich eintritt oder möglich wird, schwindet das Tragische“ (*Goethe*, zitiert nach *Weinstock*, 1955). In diesem Zitat von *Goethe* findet die wesentliche Bedeutung des „Tragischen“ Ausdruck, die auch der anthropologisch-integrativen Psychotherapie zugrunde gelegt ist: die Existenz des in diesem Sinne tragischen Menschen bleibt zwiespältig. Absoluter Einklang mit sich selbst

(sowie mit der „Mit-Welt“) bedeutet Stillstand und Ende, Verfall. Die Gegensätzlichkeit in der Einheit des „Tragischen“ ist nicht auf das Individuum beschränkt, sondern besteht auch zwischen Individuum und Gemeinschaft (vgl. *Weinstock*, 1955). Diese Bedingung wurde von den griechischen Denkern als „*antipalos harmonia*“, d. h. „widerspenstige Einheit“ bezeichnet.

Aufgabe des Menschen ist es daher, sein Leben in Eigenverantwortung zu führen, doch bleibt er — ohne vorgegebene Zielsetzungen für existentielle Entscheidungen — in dieser seiner Verantwortlichkeit im Ungewissen. Verfehlung und Schuld sind als Möglichkeit stets gegenwärtig. Nur bei einer Entscheidung in Ungewißheit kann von Verantwortung gesprochen werden. „Fragen nach Sorge, Angst, Schuld, Tod sind Fragen, die nur einem tragischen Bewußtsein entspringen“ (*Weinstock*, 1960).

Durch den im Sinne Goethes tragischen Menschen, den Menschen, der sich in unaufhebbaren Gegensätzen von „Strukturen“ und „Modi“ (s. u.) entwirft, und durch die darin liegende Möglichkeit des Scheiterns, der Verfehlung und der Schuld unterscheidet sich der Humanismus der anthropologisch-integrativen Psychotherapie vom „optimistischen“ Humanismus der „humanistischen Psychologie“. Er unterscheidet sich damit auch von der Marxschen Idee einer „absoluten“ Humanität und dem „Glauben an die Bestimmung und das Vermögen des Menschen, sich selbst und seine Welt vollkommen in Ordnung zu bringen (...)“ (*Weinstock*, 1967). In diesem Verständnis von Humanismus ist die anthropologisch-integrative Psychotherapie — trotz großer und deutlicher Unterschiede — der „Psychoanalyse“ Freuds näher als der „humanistischen Psychologie“. Jedoch ist das Tragische bei Freud doppeldeutig zu verstehen: Seiner Anschauung nach ist der Mensch einerseits biologisch-trieborientiert konstituiert (*homo natura*), andererseits besteht unauflösbare Konflikthaftigkeit (z. B. Eros-Thanatos). Dieser reduktionistischen Konzeption des „*homo natura*“ bei Freud wird von der anthropologisch-integrativen Psychotherapie einerseits widersprochen, andererseits wird die Konfliktbezogenheit des Menschen ontologisch fundiert.

4. Anthropologische Strukturen

Die existential-ontologische Psychotherapie-Richtung verstand und versteht sich u. a. als Gegenbewegung zu reduktionistischen und mechanistischen Auffassungen Freuds. Deren Nähe zu naturwissenschaftlichen Denkkategorien, insbesondere der Physik der Jahrhundertwende, wurde von *Wyss* (1977) ausführlich dargelegt, weshalb weitere

Ausführungen an dieser Stelle sich erübrigen. Zur Verdeutlichung sei der Begriff der „Psychodynamik“ angeführt, der nicht zufällig an den Begriff der „Thermodynamik“ erinnert. Als weiteres Beispiel sei der Begriff des „psychischen Apparates“ genannt.

Seelische Vorgänge sind jedoch einerseits kausal vielfach überdeterminiert und sind in der linearen Kausalität naturwissenschaftlicher Methoden kaum faßbar, andererseits sind sie aber auch teleologisch unterdeterminiert; nur so ist Wahl, Entscheidung, Verantwortung möglich. Deutlich wird diese Über- bzw. Unterdeterminierung in dem Begriff des „Möglichen“ als einer ontologisch vorgegebenen Weise, in der psychische Prozesse gründen, und in der „Aperspektive“ (Wyss, 1973). Aperspektive bedeutet, daß deutlich sich konstituierende Gestalten, beispielsweise eines präzisen Begriffs oder eines bestimmten Gefühls, nur kurzfristig gehalten werden können. Sie werden in der Beobachtung schemenhaft verschwommen, also: „aperspektivisch“. Im „Aperspektivischen“ steht der Mensch in seiner eigenen Verborgenheit. Die „Aperspektive“ hat entfernt Bezugspunkte zum „Unbewußten“ Freuds, ohne daß sie sich jedoch gegenständlich fassen oder gar topologisch als „das Unbewußte“ fixieren ließe. Selbstverborgenheit ist konstituierender Teil menschlicher Existenz.

Die Konzeption der anthropologisch-integrativen Psychotherapie soll hier nur im Überblick und zusammengefaßt dargestellt werden. Im Unterschied zu anderen existential-anthropologisch ausgerichteten Theoretikern, wie v. Gebattel (1954), Zutt (1963), v. Weizsäcker (1950), aber auch Binswanger (1953), entwickelte Wyss (1973, 1976) mittels der phänomenologischen Methode Grundstrukturen und Modi menschlichen Daseins. Diese können in Analogie zu den „Existenzialien“ Heideggers betrachtet werden — aber nicht im Vergleich (da dort in ontologischer Konzeption) — als fundamentale Weisen des „In-der-Welt-Seins“. Wyss geht in seinen Überlegungen von der zentralen Antinomie menschlicher Existenz aus, die darin besteht, zugleich Subjekt und Objekt seines Erkenntnisaktes zu sein. Danach wäre dem Menschen die Gesamtheit seiner Existenz nur zugänglich, könnte er dieses Subjekt-Objekt-Verhältnis durchbrechen. Doch lebte er dann bereits nicht mehr in seiner gesamten ungeteilten Existenz. Diese existentielle Antinomie des Menschen erschwert, wenn nicht gar verhindert, den Beweis eines Subjektes, sie hat aber gleichzeitig eben dieses Subjekt zur Voraussetzung. Die Subjekt-Objekt-Spaltung, wie sie sich seit *Descartes* in den Naturwissenschaften entfaltete, führte und führt letztlich zu einer Vernachlässigung der Subjekthaftigkeit des lebenden und erlebenden Menschen.

Dies zu überwinden, machten sich *Wyss* wie auch weitere Vertreter der anthropologischen Medizin zur Aufgabe. Theoretische Voraussetzungen hierfür finden sich bei *Heideggers* Begriff vom „In-der-Welt-Sein“, bei *Jaspers* im Begriff des „Umgreifenden“ und bei *Husserl* im Begriff der „apriorihaften Lebenswelt“. Von grundlegender Bedeutung ist auch die anthropologische Antinomie der „Selbtheit“ (Individualität) und der „Bezogenheit auf den Anderen“. Grundkonstituenten der Existenz und der Kommunikation (i. S. von Austausch und Aufeinanderwirken) sind in der Konzeption von *Wyss* „Mangel“ und „Fülle“ als einander zugeordnete Begriffe einer Dimension, wie in gleicher Weise auch „Bestand“ und „Wandel“, die nur im Kontrast gedacht werden können und die in Beziehung zur Zeitlichkeit stehen. „Mangel“ ist also nicht absolut faßbar, sondern als Differenz relativ zu Möglichkeiten. Mangel in diesem Sinne ist Ursache und Möglichkeit zugleich für Hinwendung zur und Eröffnung der Welt, ferner für grundlegende Ungleichgewichte, die durch Kommunikation (Austausch und Aufeinanderwirken) ausgeglichen werden können (s. Abb. 1).

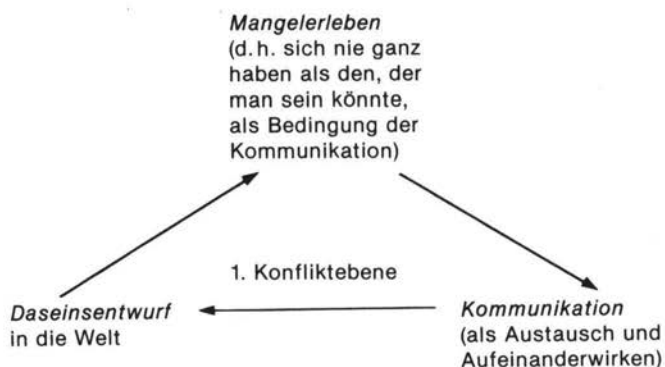


Abbildung 1: Grundstrukturen und Modi menschlicher Existenz nach *Wyss*

Kommunikation ist bei *Wyss* Austausch und Zusammenwirken zwischen einem „Gebenden“ und einem „Nehmenden“ und sei es „in der Zweisamkeit von Thema und dem, der mit diesem Thema umgeht“ (*Wyss*, 1976). „Themen“ wiederum meinen Geschehensabläufe und Bedeutungskonstanten, in sich zusammenhängende, übergeordnete Ganze und in diesem die Konkretisierung der Beziehungen zwischen Subjekt und Welt, Welt und Subjekt, sowie ausschließlich psychische Vorgänge. Somit ist Kommunikation zu verstehen als „thematisiert

bedingter Austausch zwischen Mitteilung und Antwort durch die aufnehmenden, sich mitteilenden und antwortenden Subjekte“. Diese Prozesse der Mitteilung, Aufnahme und Antwort haben zyklischen Charakter und sind Grundlage jeder Kommunikation (s. Abb. 2). So verstandene Kommunikation beinhaltet bereits immer ein In-Frage-Stellen, eine potentielle oder manifeste Nichtung. Als Marken von Kommunikation, gleichsam als „Kristallisationskerne“ können die vier Grundstrukturen „Raum“, „Zeit“, „Leistung“ und „Leib“ gelten (s. Abb. 3).

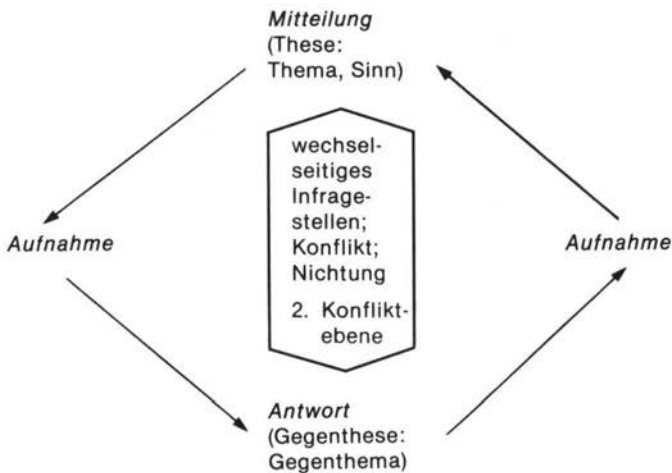


Abbildung 2:

- a) unspezifische Kommunikation, d. h. Anteilnahme an der Welt (Sich-Eröffnen),
- b) spezifische Kommunikation

Die Struktur „Raum“ meint die Strukturierung des Menschen in der Räumlichkeit und umfaßt den Lebensraum als geoklimatisch und soziologisch-historisches Milieu des Individuums sowie den sogen. „inneren Raum“, in dem sich die Orientierung und Ordnungsbezogenheit über Gewohnheiten, Sitten, Überlieferungen und Normen vollzieht.

Die Struktur „Zeit“ weist auf die Zeitlichkeit des Menschen, sein Werden in der Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. Zeitlichkeit und Werden sind Voraussetzung für Reflexion und Verantwortung, denn nur in der Zeit erfährt sich der Mensch als verantwortlich. So gliedert sich der „personale Aspekt“ des Menschen in „Raum“ und „Zeit“.

Doch auch in der Arbeit bzw. Leistung (praktisches Handeln), der Selbstdarstellung und der Kreativität als genuin menschlichen Zügen

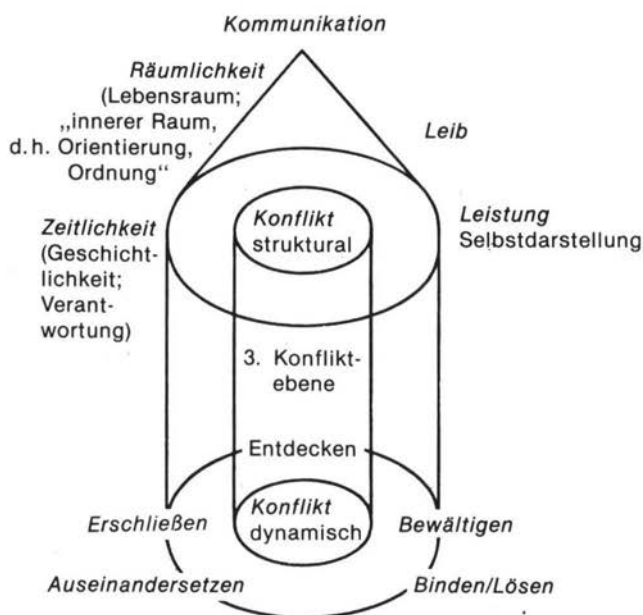


Abbildung 3: Grundstrukturen der Kommunikation

Konfliktebenen: 1. Fundamentaler Konflikt: Grundmangel, 2. Konflikt in der Kommunikation, 3. Konfliktmöglichkeiten in den Grundstrukturen und Modi der Kommunikation

konstituiert sich das Individuum (vgl. auch Schöpfer- und Schaffensfreude bei Bühler 1965). Hier sei auch auf Hegel und Marx verwiesen (Engels 1970). Für Hegel stellt jedoch die Arbeit nur einen unter mehreren Bezügen zwischen Mensch und Welt dar, die von Marx auf Arbeit eingengt werden.

Die Struktur „Leistung“ erfasst das persönliche Verhältnis des Subjektes zu seiner Produktivität und seinen Produkten, sowohl unter pragmatischem als auch intellektuellem Aspekt.

Die Struktur „Leib“ schließlich umfaßt nicht allein die faktische Leiblichkeit, ihre Erscheinung und „organismische Funktionsfähigkeit“ (Biosphäre i. S. von William Stern), sondern ebenso die Sinnlichkeit (Erotik und Sexualität), Emotionen und Affekte, Fühlen und Gemüthsstimmtheit: den Leib als vegetativ-animalischer und emotionaler Bereich.

Das Verhältnis der Grundstrukturen untereinander und zueinander, und das gilt auch für die Modi (s. u.), ist charakterisiert durch poten-

Abbildung 4: Schema der Modi des Erlebnisvollzuges (zusammengestellt von K.-E. Bühler)

<i>Zuwenden/Abwenden</i>					
<i>Erkunden</i>	<i>Entdecken (erste Gegensätze)</i>	<i>Erschließen (Zusammenhänge)</i>	<i>Auseinandersetzen (Krise der Existenz)</i>	<i>Binden/Lösen (Entscheidung)</i>	<i>Bewältigen</i>
<p>peripheres Erfassen gestalthafter Differenzierung von und in der Umwelt, sowie gestalthafte Unterscheidungen des eigenen Handelns. Der undialektische Umgang überwiegt. Größere Sinnzusammenhänge werden noch nicht erfaßt.</p> <p>Erkunden setzt erstes Zuwenden bzw. primordiales Binden voraus. Nach primordiales Auseinandersetzen kann (muß aber nicht) schon Abwenden oder primordiales Lösen erfolgen.</p>	<p>Erste Widersprüchlichkeit und Gegensätzlichkeit werden festgestellt</p> <p>Entdecken setzt deutlicheres Zuwenden bzw. deutlicheres primordiales Binden voraus, aber auch primordiales Auseinandersetzen, ebenso deutlicheres Abwenden primordiales Lösen, d. h. erstes (primordiales) Vermeiden.</p>	<p>Erfassen übergeordneter Sinnzusammenhänge, die das Verhältnis zur Umwelt und dessen Entwicklung, die Beziehung zu einem selbst in den verschiedenen Strukturen und Kommunikationsmodi erhalten bzw. durchsichtig machen. Die größeren Sinnzusammenhänge ermöglichen die Erfahrung klarer emotionaler Erlebnisse und Befindlichkeiten.</p> <p>Weitere Zunahme der Klarheit von Zuwenden und primordiales Binden; Vorbereitung des Auseinandersetzens, des Bindens/Lösens und des Bewältigens.</p>	<p>Betrifft die Erfahrung des „In-Frage-Gestellt-Werdens“ (Nichtung); Konflikthaftigkeit wird erfahren oder aktiv eingeleitet. Im unentschlossenen Hin- und Hergerissen-Werden erlebt sich der Mensch zutiefst als pathisch ausgeliefertes Wesen.</p> <p>Auseinandersetzen setzt klares Erleben und absichtsvolle, d. h. intentionale Zuwendung zur Auseinandersetzung(!) voraus.</p> <p>Primordiales Auseinandersetzen kann sich schon im Erkunden, Entdecken und Erschließen entwickeln, aber nicht in der Deutlichkeit des Erlebens und der intentionalen Zuwendung.</p>	<p>Im Binden/Lösen findet eine fundamentale Neu- oder Umorientierung des Menschen in seinem gesamten Verhältnis zu sich selbst wie auch zu seiner Umwelt statt als Ergebnis einer Entscheidung.</p> <p>Zuwendung und Abwendung sind hier die Folge einer Entscheidung.</p> <p>Abwendung hat hier den Charakter eines intentionalen Vermeidens.</p>	<p>Entstehen eines neuen (relativen) Gleichgewichtes. Die bewältigte „Wahrheit“ in der Kommunikations-erweiterung läßt den Menschen über sich selbst hinauswachsen. Bewältigung impliziert stets auch die Möglichkeiten des Verzichts, des Annehmens unlösbarer Situationen und somit eine innere Horizont-erweiterung.</p>

tielle Gegensätzlichkeit. Dies bedingt und begründet die permanente Gefährdung des Menschen, seine mögliche Dekompensation.

Die Spannung zwischen Mangel und Fülle, der Konflikt als „Motor“ des Werdens führt zu Kommunikation nach den Modi des „Erkundens“, „Entdeckens“, „Erschließen“, „Sich-Auseinandersetzens“, „Bindens/Lösens“ und „Bewältigens“, denen Zuwenden/Abwenden als Grundverhältnis vorgeordnet ist (s. Abb. 4). Zu/Abwenden ist nur in der Differenz zur Einheit möglich, die im Gleichgewicht des Bewältigens vorübergehend erreicht wird.

Diese Modi der Kommunikation sind in ihrer jeweiligen Bestimmung abhängig von der Konstitution, der individuellen Lebenserfahrung wie auch der Selbstdarstellung je nach der spezifischen kommunikativen Situation. Nicht allein aktiv im Handeln, sondern auch passiv in der Kontemplation, im „Lassen“ werden sie verwirklicht. Situation in diesem Zusammenhang meint die Umwelt und Subjekt umschließende, beide verschränkende raum-zeitliche übergeordnete Thematik.

Zur Erläuterung der einzelnen Modi ist folgendes zu sagen: Im „Erkunden“ erfaßt der Mensch peripher-tastend, abwägend sich und die Umwelt. Über den Wahrnehmungs- und Handlungsbezug hinausgehend hat „Erkunden“ entwerfenden Charakter. Der undialektische Umgang mit den Dingen überwiegt allerdings, er ist vorwiegend rezeptiv, größere Sinnzusammenhänge werden dabei nicht erfaßt.

„Entdecken“ meint Aufnahme von Neuem durch ein spezifisch auf Neues gerichtetes Erkunden. Erste Zusammenhänge und Gegensätze werden festgestellt (hier: Bezug zur Struktur der Zeit), wobei Entdecken von Neuem in der Außenwelt auch immer ein Entdecken neuer Erlebnismöglichkeiten zur Folge hat.

Im „Erschließen“ eröffnen sich Eigenschaften der Umwelt und der eigenen Person, Befindlichkeiten und Gefühlsqualitäten, und auch hier: das Erschließen der Umwelt eröffnet gleichzeitig ein Erschließen seiner selbst.

„Auseinandersetzen“ beinhaltet eine Erfahrung des „In-Frage-gestellt-Werdens“ (Nichtung); Konflikthaftigkeit wird erfahren oder aktiv eingeleitet.

„Binden/Lösen“ führt im Ablauf vorgehender Auseinandersetzungen zu ersten „bindenden“ und „lösenden“ Entscheidungen. Eine primordiale Form des Bindens ist das passivische Gebunden-Werden, das vor jeder intentionalen Entscheidung erfolgt, z. B. als Abhängigkeit vom Lebensraum (Außensteuerung) und der Ordnung (konventionelle Ethik). In der Lösung von konventionellen Bezügen und der Neuorientierung auf hinterfragbare Werte geschieht Individuation als Bindung an personelle (Gesinnungs-/Gewissens-) Ethik.

Dieser Prozeß des Umgangs des Individuums mit sich und seiner Umwelt findet schließlich im „Bewältigen“ einen vorläufigen, jeweils unterschiedlichen Abschluß. Bewältigen zielt auch auf eine dialogische Erweiterung der Orientierung, verbleibt jedoch in der Spannung personal-dialogischer Ethik, die in der Übernahme von Verantwortung für das konkrete Handeln in Ungewißheit überwunden, d. h. bewältigt wird.

Erkunden, Entdecken, Erschließen umfassen primordial Auseinandersetzen, Binden/Lösen in unterschiedlichen Klarheitsgraden und unterschiedlicher intentionaler Beabsichtigung. Andererseits gehen die Modi des Erkundens, Entdeckens und Erschließens dem Auseinandersetzen und Binden/Lösen voraus. Erkunden, Entdecken, Erschließen sind demnach Arten des Auseinandersetzens und Bindens/Lösens, aber auch umgekehrt sind Auseinandersetzen und Binden/Lösen Arten des Erkundens, Entdeckens und Erschließens. Genauer formuliert sind die Modi des Erkundens, Entdeckens, Erschließens, Auseinandersetzens und des Bindens/Lösens Arten des Zu/Abwendens. Hierdurch ist der Widerspruch vermieden, ob z. B. Auseinandersetzen erkundet werden könne, denn Auseinandersetzen als absichtsvolles Geschehen setzt seinerseits Erkunden, Entdecken und Erschließen voraus. Bewältigen andererseits kann keine Art des Zu/Abwendens sein, sondern bedeutet die höchste Form, zu einem Gleichgewicht zu gelangen, das seinerseits Zu/Abwenden übergreift. Diese höchste Form der Gleichgewichtsbildung setzt die absichtsvolle Entscheidung des Bindens/Lösens voraus. Dem Bewältigen ähnliche Formen des Gleichgewichts können auch aus dem Erkunden, Entdecken und Erschließen erfolgen, sie sind dann gleichsam Notlösungen („Scheinbewältigen“), die nicht durch eine Krise der Existenz und/oder eine absichtsvolle Entscheidung herbeigeführt werden.

Die idealtypische Abfolge dieser Modi und damit die idealtypische Entwicklung im Umgang mit sich und der Umwelt verläuft vom „Erkunden“ zum „Bewältigen“.

Grundstrukturen und Modi dürfen jedoch nicht als Raster verstanden werden, die der mechanischen Einordnung des Subjektes dienen, sondern als typische Möglichkeiten der existentiellen Entwicklung, des „Selbstentwerfens“ einer Person. Der personale Aspekt des Menschen wird in der anthropologisch-integrativen Psychotherapie in besonderer Weise hervorgehoben, worin sie sich von reduktionistischen Sichtweisen wie z. B. der Psychoanalyse und der Verhaltenstherapie unterscheidet, die in den Methoden der objektivierenden und quantifizierenden Experimentalpsychologie ihre zentrale methodische Grundlage sieht (selbst ohne ausdrücklichen Rückgriff auf Behaviorismus und

Lerntheorien). Reduktionistische Methoden und Theorien aber sind völlig unzureichend, sie können lediglich Teilbereiche menschlichen Seins erfassen. Dennoch bietet der Entwurf der Kommunikationsstrukturen und Kommunikationsmodi durch Wyss die Möglichkeit der empirischen Überprüfung seiner Konzeption.

5. Psychische Krankheit als Kommunikationsstörung

Kommunikationsstrukturen und -modi stehen untereinander in einem dynamischen Wechselverhältnis. In Abhängigkeit von der Situation und der jeweiligen Verfassung des Subjekts besteht die Möglichkeit einer wechselseitigen Einschränkung der Modi und Strukturen. Einschränkung in einem Modus kann verursacht sein durch Ausweitung in einem anderen und kann so auch begrenzt ausgeglichen werden. Dieses Ungleichgewicht birgt jedoch die Gefahr der Dekompensation, und je stärker die Einengung auf einen bestimmten Bereich, desto größer diese Gefahr. Je vielfältiger die Kommunikation, desto vielfältiger auch die bereitstehenden Möglichkeiten der Konfliktbewältigung. Beeinträchtigungen auf den verschiedenen Grundstrukturen und Modi der Kommunikation dagegen führen zu Krankheit, und Krankheit nach Wyss ist das Unvermögen, mit der Welt über die verschiedenen Weisen der Zuwendung und auf den unterschiedlichen Ebenen des Inder-Welt-Seins zu kommunizieren, d. h. im strengen Sinne Manifestation latenter Dekompensationen. Latente Dekompensation ist hierbei nicht mit larvierter Krankheit gleichzusetzen, denn Krankheit und Gesundheit erscheinen als Grenzphänomene.

Dieser Krankheitsbegriff im Sinne der Dysregulation, der Störung des Austauschs, der Kommunikation und der Befindlichkeit, hat seine Grundlage im Begriff der Dekompensation als eines Maß- und Gleichgewichtsverlustes sowohl des leibhaften und subjektiv-individuellen Verhaltens, als auch der zum Leib und Subjekt sich verhaltenden Welt: der Austausch und/oder Kommunikation zwischen beiden scheitert. Jede Dekompensation trifft das Individuum als leibhafter und auch als seelischer Vorgang. Die Voraussage der Dekompensation jedoch und ihres Ausmaßes kann im Bereich des psychisch-subjektiven Erlebens, wenn überhaupt, nur sehr unpräzise erfolgen, im Gegensatz etwa zu mechanischen und physikalischen Abläufen oder organismischen Prozessen.

Mißverhältnisse teilen sich mit als Störungen des Austausches auf der leibhaften Ebene, bzw. als Störung der Kommunikation im Sinne der Beziehungs- und Bedeutungsaufnahme.

In dem eben dargestellten Krankheitsbegriff gewinnt die umfassende Kommunikationsstruktur des Individuums zentrale Bedeutung neben der Bedeutung einer direkten Kausalbeziehung oder eines umgrenzten Konfliktes bzw. Konfliktbereiches. Im allgemeinen bleibt nämlich Dekompensation nicht auf eine Struktur oder einen Modus begrenzt, sondern erfaßt auch weitere Strukturen und Modi. Und gerade die Faktoren, die dort Ausgleich ermöglichen, können dann ihrerseits weitere Dekompensation des Individuums mitbedingen. Hier werden also nicht vermeintlich eindeutige Relationen, seien es nun Konflikte oder Verhaltensdeformationen, herausgegriffen, sondern das Netz von Beziehungen im Bereich des Lebens und Verhaltens rekonstruiert. Der Krankheitsbegriff der anthropologisch-integrativen Psychotherapie impliziert eine ideal-utopische Möglichkeit, über und in allen Strukturen und Modi zu kommunizieren. Damit wird eine „Idealnorm“ gesetzt. Durch die apriorihafte Gegensätzlichkeit der Strukturen und Modi wird jedoch das Erreichen dieser Idealnorm stets von neuem in Frage gestellt. Jedoch begnügt sich die anthropologisch-integrative Psychotherapie nicht mit der Vorgabe von Wert- oder Idealnormen und dem Registrieren statistischer Normen: Sie versucht vielmehr in ihren therapeutischen Bemühungen „subjektive Normen“ einzubeziehen und zu berücksichtigen. Angestrebte Stabilisierung soll und muß daher in einer auf das Individuum und seine Normvorstellungen bezogenen Weise verwirklicht werden.

So stellt sich der therapeutische Prozeß in der anthropologisch-integrativen Psychotherapie dar als fortwährende Oszillation zwischen Erkunden und Bewältigung mit Richtung auf „Erweiterung der kommunikativen Möglichkeiten“ im Bereich der Strukturen und Modi. Folgerichtig gilt zu Beginn der Therapie die Aufmerksamkeit dem Erkunden und Kennenlernen der eigenen Person in ihrer Bezogenheit auf sich und den anderen, sowie dem Entdecken ihrer kommunikativen Möglichkeiten (Existenzerhellung).

Was die Anwendung von Methoden betrifft, so ist die anthropologisch-integrative Psychotherapie in ihren theoretischen Fundamentalsaussagen nahezu neutral, jedoch nur insoweit, als in den sogen. psychotherapeutischen „Techniken“ der personale Aspekt des Menschen berücksichtigt und erhalten bleibt.

Die bevorzugte, da als adäquat angesehene, Therapieform ist die biographische und die tiefenpsychologisch-hermeneutische Methode, wie sie von *Freud* in die Psychotherapie eingeführt und in der Folgezeit auch weiterentwickelt wurde (s. *Bühler*, 1981). Als heuristische Konzeption wird also die „Psychoanalyse“ anerkannt bei gleichzeitiger Distanz zu der sogen. „psychoanalytischen Weltanschauung“ und den

metapsychologischen Hypothesen Freuds als mechanistisch-reduktionistisch.

Allerdings sind diese psychotherapeutischen Zugangswege nicht die einzigen und ausschließlichen der anthropologisch-integrativen Psychotherapie. Prinzipiell möglich ist jede Interventionsform, die einen Beitrag leisten kann zur Erweiterung der „kommunikativen Möglichkeiten“ des Individuums und dessen fortschreitender „Existenzerhellung“.

Hier konnte nur ein zusammenfassender und konzentrierter theoretischer Überblick der Konzeption der anthropologisch-integrativen Psychotherapie gegeben werden; die konkrete praktische Anwendung und Fallbeispiele sind in Wyss (1981) dargestellt, worauf hier Bezug genommen wird.

Literatur

- Allport, G. W., The open systems in personality theory, *J. Abn. Soc. Psychol.* 61 (1960) S. 301.
- Binswanger, L., Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins, Niehans, Zürich 1953.
- Bühler, Ch., Basic theoretical concepts of humanistic psychology, *Am. Psychol.* 26, 1971.
- Bühler, Ch., Allen, M., Einführung in die humanistische Psychologie, Klett, Stuttgart 1974.
- Bühler, K., Die Krise der Psychologie, Fischer, Stuttgart 1965.
- Bühler, K. E., Interpretation in Psychologie und Psychotherapie, im Druck (1981).
- Engels, F., Anteil der Arbeit an der Menschwerdung des Affen, Ausgewählte Schriften, Bd. II, Dietz, Berlin 1970.
- Gebstattel, V. E. v., Prolegomena einer medizinischen Anthropologie, Springer, Heidelberg 1954.
- Heidegger, M., Zur Seinsfrage, Klostermann, Frankfurt/M. 1967.
- Heidegger, M., Die Grundprobleme der Phänomenologie, Gesamtausgabe, Bd. 24, Klostermann, Frankfurt/M. 1975.
- Heidegger, M., Sein und Zeit, Niemeyer, Tübingen 1977¹⁴.
- Holzkamp, K., Kritische Psychologie, Fischer, Frankfurt/M. 1971.
- Husserl, E., Husserliana, Bd. II, Nijhoff, Den Haag 1976.
- Jaspers, K., Existenzphilosophie, de Gruyter, Berlin 1938.
- Jaspers, K., Philosophische Logik, Bd. I: Von der Wahrheit, Piper, München 1947.
- Jaspers, K., Philosophie, Bd. I-III, de Gruyter, Berlin 1948.
- Jaspers, K., Vernunft und Existenz, Piper, München 1960^a.
- Kunz, H., Die latente Anthropologie der Psychoanalyse, *Schw. Z. Psychol.* 15 (1956) 84.
- Picht, G., Schriftliche Mitteilung: freundliche Genehmigung zur Publikation (1978).
- Sartre, J. P., Das Sein und das Nichts, Rowohlt, Reinbek 1966.
- Sartre, J. P., Bewußtsein und Selbsterkenntnis, Rowohlt, Reinbek 1973.
- Stern, W., Person und Sache, Quelle & Meyer, Leipzig 1923.
- Tillich, P., Existential Philosophy, *J. Hist. Ideas* 5 (1944) 44; dt.: Existenzphilosophie, Ges. W. Bd. IV, S. 145-173, Evangelisches Verlagswerk, Stuttgart 1961.

- Weinstock, H.*, *Realer Humanismus*, Quelle & Meyer, Heidelberg 1955.
- Weinstock, H.*, *Die Tragödie des Humanismus*, Quelle & Meyer, Heidelberg 1967.
- Weizsäcker, V. v.*, *Der Gestaltkreis*, Thieme, Stuttgart 1950.
- Wyss, D.*, *Marx und Freud*, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1969.
- Wyss, D.*, *Strukturen der Moral*, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1970.
- Wyss, D.*, *Beziehung und Gestalt*, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1973.
- Wyss, D.*, *Mitteilung und Antwort*, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1976.
- Wyss, D.*, *Die tiefenpsychologischen Schulen von den Anfängen bis zur Gegenwart*, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1977⁵.
- Wyss, D.*, *Zwischen Logos und Antilogos*, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1980.
- Wyss, D.*, *Lehrbuch der anthropologisch-integrativen Psychotherapie*, in *Vorber.*, erscheint 1981/82.
- Zutt, J.*, *Versuch einer anthropologischen Grundlegung psychiatrischer Erfahrungen*, *Psychiatrie der Gegenwart*, Bd. I/II, Springer, Heidelberg 1963.
- Zutt, J.*, *Auf dem Wege einer anthropologischen Psychiatrie*, Springer, Berlin-Heidelberg 1963.

Politik des runden Tisches und Grundstrukturen integraler Therapie

Aspekte der Integration therapeutischer Methoden

Peter Petersen, Hannover

1. Politische Herausforderung

Methodenintegration ist heute ein Schlagwort. Schlagwörter verbrauchen sich rasch. Nach dem Verschleiß interessiert sich das Publikum nicht mehr dafür — auch den verantwortlichen Wissenschaftlern und Fachleuten kann es so ergehen, dem Modetrend gehorchend. Das ist eine Gefahr.

Umso energischer gilt es, das Problem möglichst weit ausgreifend anzupacken und notfalls auch dem Strom entgegenschwimmend nicht mehr loszulassen. Ein genialer Therapeut, der verschiedene Therapietechniken beherrscht und in sich vereinigt, sagte einmal zur Definition von Methodenintegration lapidar: „jeder Therapeut ist seine eigene Methodenintegration“. Diese Bemerkung ist ebenso wahr und brauchbar wie vereinfachend und unpolitisch. Brauchbar und notwendig ist es natürlich, wenn jeder Therapeut mehrere Methoden beherrscht; zur Wahrheit kann er die Methoden bringen, wenn er ganz mit ihnen übereinstimmt. Eine Simplifikation liegt vor, weil Methodenintegration hier rein individualistisch verstanden ist: „wie kann ich allein meinem Patienten am besten helfen?“ — nicht aber: „wie ordnen sich verschiedene Methoden einander zu? Wie können sie kooperieren? Welche politischen Strukturen sind notwendig, um überhaupt eine sinnvolle Ordnung und Kooperation zu ermöglichen?“

Zweifellos ist Methodenintegration eine dringende politische Herausforderung. Wenn es nicht in den nächsten Jahrzehnten ein erbarungsloses Hauen und Stechen verschiedener Therapierichtungen und -methoden geben soll, bei dem viele positive und für die Gesundheit der Bevölkerung unbedingt notwendige therapeutische Ansätze vernichtet werden, so ist es erforderlich, rechtzeitig eine integrale Ordnung zu entwickeln. Der Minderheitenschutz — die Überlebenschance für zahlenmäßig gering vertretene Therapierichtungen — und die entsprechende Kranken- oder Gesundheits-Kassen-Regelung ist dabei nur ein zweitrangiges Problem.

Um anzudeuten, daß Methodenintegration heute kein unverbindliches Puzzlespiel versponnener Therapeuten oder methodenkritisch bessener Wissenschaftler ist, möchte ich in dieser Einleitung die gesundheits- und wirtschaftspolitischen Konsequenzen einer schlechten oder guten Lösung etwas mehr verdeutlichen.

Laissez-faire oder Bürokratie?

Psychologische und gemeinschaftliche Therapiemethoden sprießen wie Pilze nach dem Regen im deutschen Therapiewald. Experten-Kritiker warnen vor dem „Psychoboom“ (H. E. Richter) und der „psychotherapeutischen Subkultur“ (Wyss) als einer asozialen Modewelle, die doch nur eine romantisch-sentimentale Innerlichkeit wachsen lasse. Freilich mag dieses sprießende Leben der Therapiemethoden unter dem Aspekt der freien Marktwirtschaft erfreulich sein; danach regeln sich ja Angebot und Nachfrage von Therapie selbst, vorausgesetzt daß Rückkoppelungs- und Steuerungsmechanismen genügend fassen und daß sich nicht der nackte Egoismus austobt.

Das Egoismusprinzip allerdings ist in der Wirtschaftstheorie des klassischen Liberalismus eingebaut (Eucken). Die Konsequenzen dieses Systems der freien Marktwirtschaft sehen wir heute in der ökologischen Katastrophe — chemisch-physikalische und nukleare Verseuchung der biologischen Welt ist inzwischen deutlich genug geworden. Nicht minder ungeheuerlich sind die Folgen des liberalistischen Laissez-faire-Prinzips auf dem Gesundheitsmarkt: sicherlich nicht nur — aber vermutlich zu einem erheblichen Teil — geht es zu Lasten chemisch-pharmakologischer Schädigungen im großen Stil, wenn (nach einer mündlichen Mitteilung von H. Schipperges) in den USA Krankheiten und Krankheitskosten zu ca. 40% durch medizinische Verfahren verursacht sind. Es ist zu befürchten, daß in der Bundesrepublik Deutschland diese Rate noch höher liegt — zumal vor der nur wenige Jahre zurückliegenden Neufassung des Arzneimittelgesetzes die Bundesrepublik als billiges Experimentierland galt, in dem der Patient Freiwild für die Forschungsabteilungen in- und ausländischer Pharmakonzerne war.

Dieses pharmakologischen Wildwuchses versucht man Herr zu werden durch eine gesetzlich verankerte zentralbürokratische Apparatur, die beim Bundesgesundheitsamt in Berlin angesiedelt ist: jedes Heilmittel bedarf der Zulassung durch diese Behörde. Die Grundsätze, nach denen Heilmittel dort beurteilt werden, sind fragwürdig: der Streit um den Tierversuch und um den Doppel-Blind-Versuch bewegt inzwischen nicht nur die Gemüter medizinischer Experten. Vor allem aber ergibt sich daraus die grundsätzliche Frage: kann die zentrale Steue-

rung des Gesundheitsmarktes überhaupt eine geeignete Lösung des Problems hergeben?

Kann ein Gremium von 30 oder auch 200 Experten, die zum Teil selbst gar nicht mehr als Mediziner praktizieren, überhaupt darüber entscheiden, ob ein ausgefallenes Arzneimittel in der Hand eines bestimmten, als genialer Außenseiter bekannten Arztes bei einem kauzigen Patienten in einer extremen Krankheitssituation richtig oder falsch, zulässig oder unzulässig angewandt ist?

Eine solche zentrale Steuerung hat nicht nur strafrechtliche oder bürgerrechtliche Konsequenzen sondern vor allem auch ökonomische: die Krankenkasse wird nur ein zentral zugelassenes Arzneimittel bezahlen. Da über 90% der Bundesbürger in einer öffentlichen Krankenkasse *zwangsversichert* sind, wird damit ein weiteres Problem aufgeworfen. So sinnvoll, wie „Zwang als konstitutives Element einer freiheitlichen Krankenversicherung“ (Feige) zur kollektiven Abdeckung eines individuellen Risikos ist, so sinnlos und destruktiv ist dieser kollektive Zwang in Verbindung mit zentral-bürokratischer Steuerung und kollektiver Normenbildung, wenn es um Beurteilung und Finanzierung eines individuell wirkungsvollen, situationsgerechten therapeutischen Eingriffs geht.

Da zu befürchten ist, daß für seelische, soziale, künstlerische und andere Heilmethoden ähnliche zentral-bürokratische Steuerungsmechanismen eingerichtet werden wie für den Pharmamarkt, gilt es, die Grundfragen für die gesamte Therapie zu klären.

Erstrangig und von grundsätzlicher Notwendigkeit scheinen mir zwei Fragen zu sein:

1. Welches politische Forum ist für eine integrale Ordnung notwendig? Dieser Frage werde ich nachgehen unter der Überschrift „Streit und Friede zwischen therapeutischen Weltanschauungen“.
2. Innerhalb welchen Rahmens vollzieht sich Therapie? Wie sehen die *Grundstrukturen* aus, auf denen sich therapeutische Arbeit überhaupt erst bildet? Durch welche Verschleierungen wird die Klärung dieser Grundstrukturen verhindert?

2. Streit und Frieden zwischen therapeutischen Weltanschauungen — von der Polemik zur Synopsis

Von Weltanschauung zu sprechen, erscheint belasteter, vielschichtiger und schwerwiegender, als Methoden miteinander in Beziehung zu setzen. Methoden — so denkt man — haben eine klar definierte, rational faßbare Gestalt, bei Weltanschauungen läuft man Gefahr, ins irrationale Dickicht zu geraten.

So richtig diese Denkweise ist, so vergeblich erscheint es mir doch, bei einer so grundsätzlichen und allgemein, eben auch politisch bedeutsamen Frageklärung den tragenden weltanschaulichen Grund der jeweiligen Methode außer acht zu lassen. Denn es ist offensichtlich, daß methodische Schritte und Begründungen der einzelnen Therapieschulen letztlich nur aus ihrem weltanschaulichen Hintergrund verständlich werden. Autoren mit Überblick über die therapeutische Landschaft sind sich darüber einig (*Bühler u. Wyss, Schoene*).

2.1 Ein Hindernis: das eliminierte und projizierte Böse

Wenige Monate vor seinem gewaltsamen Tod schreibt einer der genialen Revolutionäre des 20. Jahrhunderts, *Leo Trotzki*, in seinem Testament vom 27. Februar 1940 die Sätze nieder: „Natascha (das ist seine Frau) hat die Fenster zur Hofseite noch weiter geöffnet, damit die Luft besser in mein Zimmer strömen kann. Ich kann den glänzenden grünen Rasenstreifen unter der Mauer sehen, den klaren blauen Himmel darüber und die Sonne überall. *Das Leben ist schön. Die kommende Generation möge es reinigen von allem Bösen, von Unterdrückung und Gewalt und es voll genießen*“.

Diese dem 19. Jahrhundert angehörende naive Fortschrittsgläubigkeit ist von integraler Bewußtheit grundsätzlich verschieden. „Das Leben möge von allem Bösen gereinigt werden“ — ich möchte hier nicht auf die Problematik des „Bösen an sich“ eingehen, sondern nur auf die Technik der „Reinigung vom Bösen“. Wie diese Reinigungsprozeduren nach dem Alles-oder-Nichts-Prinzip verlaufen, das hat *Leo Trotzki* mit seiner eigenen politischen und menschlichen Tragödie demonstriert: der Böse ist immer der Andere — *Trotzki* war in *Stalins* Augen der Böse und mußte deshalb auf dessen Geheiß sterben. Umgekehrt war *Stalin* nach *Trotzkis* Worten der Totengräber der russischen Revolution — und so als der Böse schlechthin abgestempelt.

Wer den Gegner mit verbal verdammenden oder handgreiflich-gewalttätigen Reinigungstechniken zum Prügelknaben macht, tut es nicht selten deshalb, um seine eigene All-Weisheit und All-Macht zu sichern und zu erhöhen. Er billigt den Ideen und Methoden des Gegners prinzipiell keine Existenzberechtigung zu — deshalb ist er auch der Mühe enthoben, sich um den möglichen tieferen Sinn, die möglichen Vorteile und die möglichen Nützlichkeiten der gegnerischen Methode zu kümmern.

In *Trotzkis* Fortschrittspositivismus liegt nicht nur die Naivität, daß der Andere das Böse verkörpere, sondern der viel gefährlichere Glaube, das Böse überhaupt eliminieren zu können — was auch immer das

Böse sei. Der Gedanke, daß das Böse notwendiger Bestandteil des Menschen und damit auch einer vom Menschen beherrschten Welt sei, liegt dieser Paradieses-Gläubigkeit fern.

Mit diesem Fremdbeispiel aus der politischen Weltgeschichte der letzten Jahrzehnte will ich auf ein prinzipielles Hindernis aufmerksam machen, wenn es darauf ankommt, verschiedene therapeutische Weltanschauungen miteinander ins Gespräch und in die Zusammenarbeit kommen zu lassen:

- das Böse wird als prinzipiell überflüssig angesehen und muß deshalb radikal ausgemerzt werden;
- das Böse wird zuerst und immer beim Anderen, beim Gegner gesehen.

Demgegenüber wird es bei einer fruchtbaren Kooperation entscheidend sein, diese Hindernisse zu überwinden, nämlich:

- das Böse als integralen Bestandteil der Menschen zu akzeptieren
- und das Böse bei sich selbst zuerst und der eigenen weltanschaulichen Gruppe und dann erst beim Gegner zu suchen.

Bewußt vereinfachend habe ich hier den aus der religiösen Sprache stammenden Ausdruck („das Böse“) übernommen. Es ist für die wissenschaftliche Sprache angemessen, von Störung, Behinderung, Schwäche oder Fehler zu reden. Mit diesem wissenschaftlichen Sprachgebrauch wird die Dimension eingeengt, um des Vorteils einer geläufigeren, dafür aber auch oberflächlicheren Verständigung zwischen gegensätzlichen weltanschaulichen Positionen willen.

2.2 Die Vielschichtigkeit therapeutischer Weltanschauungen

Welche weltanschaulichen Therapierichtungen sind heute auf dem Plan? Ohne Anspruch auf Vollständigkeit erwähne ich:

- Tiefenpsychologie und Psychoanalyse
- Verhaltenstherapie
- Humanistische Psychologie und Psychotherapie (*Petzold*)
- Anthropologisch-integrative Psychotherapie (*Wyss*)
- Anthroposophische Medizin (*Husemann*)
- Schulmedizin

Auch die Schulmedizin ist hier mit in die Reihe der weltanschaulichen Therapierichtungen aufgenommen. Das mag für Schulmediziner auf den ersten Blick erstaunlich sein, da sie von sich selbst glauben, ihre Therapie sei weltanschauungsfrei oder gar weltanschauungslos. Tat-

sache jedoch ist, daß ihre (Welt-)Anschauung von Krankheit sich erst vor etwa 130 Jahren herausgebildet hat — verknüpft mit dem Namen des Berliner Pathologen *Rudolf Virchow* (1821-1902), und seines Wiener Kollegen *Carl Rokitansky* (1804-1878) ebenso wie dem Viergespann der Physiologen *Carl Ludwig* (1816-1895), *Emil Du Bois-Reymond* (1818-1896), *Ernst Brücke* (1819-1892) und *Hermann Helmholtz* (1821-1894). Die Pathologen begründeten die Zellulärpathologie und erkannten damit Veränderungen in der Dimension der biologischen Zelle als alleingültige Krankheitsursache an — sie richteten damit eine Art Atomismus in der wissenschaftlichen Medizin ein. Zudem verschworen sich die vier Physiologen, in der Physiologie als medizinischer Grundlagenwissenschaft nur noch chemisch-physikalisch erklärbare Phänomene als wissenschaftlich zu akzeptieren (*König*). Vereinfacht ausgedrückt, führten diese Strömungen zur Bildung einer materialistischen Weltanschauung auf atomistischer Grundlage, die heute noch zum guten Teil die wissenschaftliche Schulmedizin beherrscht.

Weiterhin mag es erstaunen, daß ich anthroposophische Medizin und Schulmedizin überhaupt in diese Reihe aufgenommen habe — denn es handle sich doch bei den weltanschaulichen Richtungen nur um Psychotherapien. Ich glaube, daß sich eine einseitige Ausrichtung auf psychologische Therapien mit einem integralen Bewußtsein nicht verträgt. Wenn eine wirklich integrale Synopsis von Therapie zustande kommen soll, und diesen Willen unterstelle ich, so müssen körper- und leibtherapeutische Methoden und Konzepte unbedingt mit zum Spektrum der Integration gehören.

Bei der Aufzählung von sechs weltanschaulichen Richtungen mag schließlich auffallen: ihre Komplexität ist äußerst verschieden. Man kann vermuten, daß Verhaltenstherapien viel leichter unter einem einheitlichen Aspekt zu fassen sind, als beispielsweise Tiefenpsychologie.

2.3 *In welchen Phasen klärt sich die Beziehung der Weltanschauungen zueinander?*

Die Beantwortung der Kardinalfrage: wird es gelingen, die verschiedenen therapeutischen Weltanschauungen in ein vernünftiges Gespräch miteinander zu bringen? hängt nicht allein vom guten Willen ihrer Repräsentanten ab. Den guten Willen vorausgesetzt sieht es so aus, als ob die Entwicklung hin auf eine sinnvolle Kommunikation zumindest von *drei Phasen* bestimmt ist:

- Selbstfindung, Selbstdarstellung, Polemik gegeneinander
- Konfrontation miteinander
- Synopsis und Integral

2.3.1 In der *Phase der Selbstfindung* ringt die jeweilige Therapierichtung um ihr Selbstverständnis; es ist die Gründerzeit mit viel Euphorie, aber auch den ersten Enttäuschungen, die durch die Grenzen der eigenen Macht gesetzt werden. In dieser Frühphase werden manchmal erbitterte Kämpfe mit dem Gegner ausgefochten. Beispiel ist der Streit zwischen Jungianern und Freudianern in der ersten Hälfte dieses Jahrhunderts, der Streit zwischen der Tiefenpsychologie und Verhaltenstherapie in den 60iger und 70iger Jahren dieses Jahrhunderts oder der neuerdings wieder entfachte Streit zwischen Anthroposophen und Verhaltenstherapeuten sowie Tiefenpsychologen. Kennzeichen dieser Polemik ist dabei, daß der Gegner (natürlich mit den Mitteln des eigenen Begriffsapparates) samt und sonders verdammt wird — etwa wenn *Müller-Wiedemann* den Verhaltenstherapeuten von der anthroposophischen Position aus die „Auslöschung des Ich“ bescheinigt. Entscheidend ist dabei nicht, daß — um bei diesem Beispiel zu bleiben — *Müller-Wiedemann* mit seiner Kritik an der Verhaltenstherapie nicht etwa prinzipiell Recht hätte. Ich glaube, er hat Recht. Entscheidend ist vielmehr, daß der weltanschauliche Gegner *total* abqualifiziert wird — ohne eine abwägend-kritische Betrachtung der Vor- und Nachteile des gegnerischen Standpunktes — und daß diese Beurteilung ausschließlich vom eigenen Standpunkt her geschieht.

2.3.2 In der *Phase der Konfrontation* begegnen sich die Weltanschauungen unter dem Zeichen prinzipieller Gleichberechtigung. Man hat sich nicht nur selbst artikuliert, sondern fängt auch an, den Gegner in seinen Ausführungen ernst- und für wahr-zunehmen. Ernüchterung greift um sich — denn Bestandsaufnahme bei sich und dem Anderen ist ein mühsames Geschäft. Gemeinsame Symposien und eine Art „konzertierter Aktion“ am runden Tisch sind dieser Konfrontation dienlich. Es scheint, daß Psychoanalyse und Verhaltenstherapie in der Bundesrepublik sich gegenwärtig — jedenfalls partiell — in dieser Phase befinden. Nach anfänglichem heftigem Kriegsgeschrei zwischen diesen beiden feindlichen Brüdern gehörte es in den 70er Jahren fast zum Ritual bei öffentlichen Psychotherapie-Veranstaltungen, daß Psychoanalytiker und Verhaltenstherapeuten zum gleichen Thema Stellung nahmen — das auf eine polemische Dramaturgie gespannte Publikum war natürlich enttäuscht bei der trockenen Sachlichkeit der Gegner: beide sahen nicht nur ein, daß der Andere eine sinnvolle Position vertrat sondern auch noch, daß die eigene Position durch den Anderen ergänzt werden könnte.

2.3.3 In der *Phase von Synopsis und Integral* werden gemeinsame Grundlagen herausgearbeitet. Derartige Synopsen haben *Dieter Wyss*

für „Die tiefenpsychologischen Schulen“ und *Gerhard Wehr* für die Anschauungen von „C. G. Jung und Rudolf Steiner“ in verdienstvoller Weise geleistet, um Beispiele zu nennen.

Es ist dringend notwendig, derartige Synopsen in detaillierter Forschung weiterzutreiben.

2.4 Die Notwendigkeit des integralen „Runden Tisches“ und dessen Holzwege

Als ein grundsätzlicher Ansatz, wie derartige Synopsen bei der Erforschung einzelner Probleme therapeutischer Weltanschauungen dargestellt werden können, mag das Werk des Schweizer Kulturphilosophen *Jean Gebser* (1905-1973) „Ursprung und Gegenwart“ gelten. Mit Gebser sei nachdrücklich auf eine *Struktureigentümlichkeit der integralen Bewußtheit hingewiesen: die Gegensätze sind nicht in der Synthese verschmolzen oder aufgehoben — vielmehr dauern die Gegensatzspannungen im Integral fort*. Das Integral lebt aus der Gegensatzspannung — würden die Gegensätze in der Synthese verschwinden, so bräche das Integral in sich zusammen. Beim integralen Prozeß handelt es sich um etwas prinzipiell anderes als bei der Synthese; zur Synthese verschmelzen These und Antithese in dialektischer Weise — analog der chemischen Synthese: der Gegensatz von Säure und Lauge neutralisiert sich durch Salzbildung nach dem Schulbeispiel: Natronlauge gegen Salzsäure synthetisieren zu Kochsalz plus Wasser. Synthese ist ein zu Ende gekommener Prozeß, es ist zur Neutralisierung geronnene Gegensatzspannung — entsprechend der chemischen Salzbildung. Integral dagegen wird am Leben gehalten durch die fortdauernde Spannung der Gegner. Integral ist ein fortwährender Bewußtheitsprozeß, es ist ein labiles Gleichgewicht — stabile Endgültigkeit ist ihm deshalb fremd. Integral ist weniger ein sanftes Ruhekissen, als mehr ein sensibles Chaos, in dem der Steuermann sein Schiff wachsam zwischen *Skylla* und *Charybdis* hindurchzubringen hat.

Um konkret zu werden und im Bild zu bleiben: z. B. Verhaltenstherapie und Tiefenpsychologie müssen ihre gegensätzlichen typischen Eigentümlichkeiten behalten, pflegen und notfalls verteidigen. Aber es wird im wissenschaftlichen und praktischen Therapieleben zur Katastrophe führen, wenn man sich den Einseitigkeiten der einen oder anderen Methode und Weltanschauung total ausliefert — so wie der Schiffer in der Mitte zwischen dem Ungeheuer in der Felsenhöhle, der *Skylla*, und dem gefährlichen Meeresstrudel *Charybdis* hindurchzusteuern hat, statt einseitig nach links oder rechts zu halten.

Der integrale Friede zwischen den Weltanschauungen ist weder nach dem Vorbild der Pax Romana noch nach der Friedensordnung des Wiener Kongresses gebildet: jener gehorchte dem zentralistischen Modell Roms und dieser versuchte sich auf die abgewirtschaftete Idee des Gottesgnadentums fürstlicher Häupter zu stützen. Beide Friedensformen der Vergangenheit mögen auch als Warnung dafür dienen, wie der integrale Friede zwischen der Vielfalt therapeutischer Weltanschauungen nicht zu erringen ist: weder durch den Zentralismus einer Mittelpunktsgewalt, die alles steuert; noch durch die Friedhofsruhe restaurativer Kräfte. Wenn Zentralismus und Restauration sich vereinigen, so ist das zukunfts offene Leben und die Eigenständigkeit der einzelnen Weltanschauungen erstickt.

In der Bundesrepublik liegt die Gefahr in der Luft, daß Psychoanalyse und Schulmedizin sich zu einer unheiligen Allianz von restaurativem Zentralismus synthetisieren, statt die Spannung ihrer gegensätzlichen Welt- und Menschenbilder auszuhalten und aus dieser fruchtbaren Spannung neue Wege entstehen zu lassen.

Konkretes Beispiel für diese Gefahr ist die Ausbildungsordnung der Bundesärztekammer zur Erlangung des Zusatztitels „Psychotherapie“: statt alle psychotherapeutischen Methoden gleichrangig zu behandeln, wird die Psychoanalyse zur zentralen Ausbildungsmethode erhoben: jeder angehende Therapeut muß eine tiefenpsychologisch orientierte Selbsterfahrung — sei es einzeln oder in der Gruppe — durchlaufen haben, und er muß eine streng supervidierte tiefenpsychologisch fundierte Patientenbehandlung nachweisen. Dagegen werden andere Therapie-Methoden — sei es nun gestalttherapeutische, verhaltenstherapeutische oder anthroposophische — entweder gar nicht erwähnt oder als zweitrangig eingeordnet. Grotesk ist das auch deshalb, weil bis jetzt durch nichts bewiesen ist, daß die Psychoanalyse als Therapiemethode oder Weltanschauung den anderen Methoden oder Weltanschauungen prinzipiell überlegen wäre. Im Gegenteil: eine vergleichende Psychotherapiestudie legt dar, daß die Psychoanalyse ebenso wie die anderen Methoden bislang den eindeutigen Nachweis für ihre therapeutische Wirksamkeit schuldig geblieben ist (*Bartschies u. Vollriede*).

Diese unheilige Allianz — im Gegensatz zum integralen Frieden — fordert neuen Krieg heraus: die synthetisierte Psychoanalyse und Schulmedizin möchte sich das Monopol für die psychotherapeutische Versorgung und damit den ökonomischen Vorteil sichern, indem andere Berufsgruppen (Psychologen, Pfarrer, Sozialarbeiter, Sozialwissenschaftler u. a.) von einer tiefenpsychologischen Ausbildung fast ausgeschlossen sind. Natürlich haben diese Berufsgruppen mit dem Kampf um das Psychotherapeutengesetz längst den Krieg erklärt. Kon-

sequenterweise haben sie sich häufig von der Tiefenpsychologie abgewandt und sind so eine Synthese mit Verhaltenstherapie und Progressivismus eingegangen — so daß sich jetzt zwei unheilige Allianzen als kulturpolitische Machtblöcke gegenüberstehen. Das Gegenteil einer integralen Friedenslösung!

Im Falle eines integralen Friedens hätten sich die verschiedenen therapeutischen Berufe (wie Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Pfarrer usw.) mit den Vertretern von therapeutischen Weltanschauungen incl. progressiver und konservativer Strömungen an einen Tisch gesetzt.

Transparenz anstelle Verschleierung durch Machtblöcke muß das Motto heißen. Transparenz ist nach *Gebser* ein weiteres Kennzeichen der integralen Bewußtheit. Transparenz könnte bei diesem integralen Frieden erscheinen, wenn jeder Beruf und jede therapeutische Weltanschauung sich mit ihren Möglichkeiten und Bedürfnissen selbst darstellte. Dann würde die jetzt drohende oder schon stattgefundene Machtblockbildung (hier Psychoanalyse/Schulmedizin plus Ärzte im konservativen Gewande, dort Verhaltenstherapie plus Psychologen als progressive Kraft) vermieden. Es würde stattdessen klar hervortreten, daß konservative und progressive Kräfte immer bei jeder Weltanschauung und Berufsgruppe vorhanden sind und sich im idealen Fall die Waage halten. Es würde sich weiterhin klären, daß Berufsgruppen und therapeutische Weltanschauungen prinzipiell voneinander getrennt zu sehen sind.

3. Sechs Aspekte eines integralen Konzeptes von Therapie und ihre Fehlbildungen

Wenn ich im folgenden sechs Aspekte integraler Therapie benenne, so wird der distanzierte und vergleichende Therapieforscher notwendigerweise die Frage nach der wissenschaftstheoretischen Einordnung dieser Strukturen oder Aspekte stellen — etwa im Sinne der fünffach hierarchisch gegliederten Wissensstruktur des therapeutischen Handelns (*Herzog*). Eine klare Antwort auf diese Frage ist mir unmöglich. Lediglich kann ich darauf eine biographische Auskunft erteilen, um wenigstens die Quellen anzugeben, die mich zu dieser Form von Aspektierung anregten. Neben meiner Ausbildung als Schulmediziner, klassischer Psychiater bei *M. Bleuler/Zürich* und als der therapeutischen Gemeinschaft und Gruppenarbeit verpflichteter Sozialpsychiater (*Kisker/Hannover*) sowie neben meiner Ausbildung vornehmlich in zwei tiefenpsychologischen Schulen (analytische Psychologie *C. G. Jung/Zürich* und Neopsychoanalyse *Schultz-Henke/Hannover*) ließ ich mich beeinflussen durch das erkenntnistheoretische und phänome-

nologische Frühwerk *Rudolf Steiners* aus den Jahren 1883-1897 (also nicht seine Anthroposophie), durch die Phänomenologie *Edmund Husserls*, durch die medizinische Anthropologie *Viktor v. Weizsäckers* (jetzt weitergeführt durch *Dieter Wyss* und *Peter Hahn*) und durch den Versuch einer Synopsis des künstlerischen und wissenschaftlichen Standes der Gegenwart, wie sie *Jean Gebser* in „Ursprung und Gegenwart“ unternahm.

Bezeichnungen für diese sechs Aspekte sind:

- Gemeinschaft
- Dialogik
- therapeutische Mittel
- Wirkprinzipien
- therapeutische Zeit (Temporik)
- Heilkunst.

3.1 *Sich organisierende Gemeinschaft statt zentralistische Institution*

Die Lösung der Gemeinschaftsfrage ist von lebensnotwendiger Bedeutung. Denn eine integrale Therapie — also eine solche, die auf Offenheit und Freiheit angelegt ist — kann *nur in einer sich selbst steuernden Gemeinschaft auf Dauer überleben* und sich dort entwickeln. In Institutionen, die zentralistisch oder von außen gesteuert werden, muß notwendigerweise eine freie und integrale Therapie über kurz oder lang erdrosselt werden. Gegenwärtige zentralistische Steuerungsmechanismen sind in der Bundesrepublik Deutschland z. B. Bundesangestellten-Tarif, Hochschulgesetze, Krankenhausfinanzierungsgesetz, Beamtengesetze, Beschlüsse von Gewerkschaften oder gewerkschaftsähnlichen Institutionen, Berufsverbänden und Standesorganisationen.

Aufgrund meiner Erfahrungen mit fehlgesteuerten Gemeinschaften (*Pertersen* 1981) und aufgrund meiner nur spärlichen Erfahrungen mit einigen inzwischen anscheinend gut funktionierenden, sich selbst steuernden Gemeinschaften (z. B. Klinik Oeschelbronn bei Pforzheim, Therapeuticum Dortmund) zeichnen sich dabei einige verallgemeinerungsfähige Organisationsformen ab. Ich erwähne jetzt stichwortartig sieben solche Organisationsformen:

- Leistung und Lohn
- Persönliche Verantwortung der Funktionäre
- Entscheidungsfindung
- finanzielle Gesamt-Verantwortung
- Freiheit der therapeutischen Beziehung
- Gruppengröße
- Beziehung von Gemeinschaften untereinander.

3.1.1 Leistung und Lohn sind entkoppelt

Jeder Mitarbeiter leistet innerhalb der Gemeinschaft entsprechend seinen Befähigungen. Er wird entlohnt nach seinen privaten Bedürfnissen und den von der Gemeinschaft an ihn erhobenen beruflichen Anforderungen. Der Lohn wird jeweils individuell ausgehandelt — wobei Normweite als jedoch nicht verbindliche Verhandlungsrichtlinien gelten. Die Entlohnung richtet sich nicht nach den sonst üblichen Karriere-Normen, wonach ein Akademiker prinzipiell mehr Lohn erhält als eine Chefsekretärin, eine Beschäftigungstherapeutin oder ein Krankenpfleger.

Diese Entkoppelung von Lohn und Arbeit gründet sich auf den Gedanken, daß menschliche Leistung und Bedürfnisbefriedigung durch Entgelt zwei grundsätzlich verschiedene Dinge sind: Arbeit ist nicht bezahlbar, ihr objektiver Wert ist nicht in Geld ausdrückbar. Damit ist das — staatliche oder private — Kapitalismus-Prinzip außer Gewalt gesetzt: Gewinnmaximierung durch Ausbeutung der eigenen Leistungsfähigkeit (Beispiel: der Arzt, der deshalb 16 Stunden pro Tag in eigener Praxis arbeitet, um seinen Lebensstandard hochzuschrauben) oder durch Ausbeutung fremder Leistungskraft (Beispiel: private oder staatlich-kommunale Therapie-Unternehmer, z. B. Krankenhausträger, fordern von ihren abhängigen Angestellten und Beamten bestimmte Leistungen nach zentralistisch-bürokratischer Regelung, auch dann, wenn diese Leistungen therapeutisch sinnlos oder schädigend sind, nach dem alles bestimmenden Motto: „der Betrieb muß funktionieren — die therapeutische Beziehung ist zweitrangig“).

Mit dieser Entkoppelung wird die *primäre Motivation* zur therapeutischen und gemeinschaftlichen Leistung angesprochen, während in einer hierarchisch-zentralbürokratisch gegliederten Institution die *Motivation zur Leistung sekundär durch die Bezahlung* gesetzt ist. Entsprechend setzt man in zentralbürokratischen Institutionen voraus, daß beim Chef, dem leitenden Angestellten oder der Oberschwester noch abends das Licht im Arbeitszimmer brennt, während man eine Zweischwester auf der Station entweder wegen ihres Helfersyndroms mitleidig belächelt oder als „ehrgeizige Ziege“ mißtrauisch beäugen würde, wenn sie Überstunden machte.

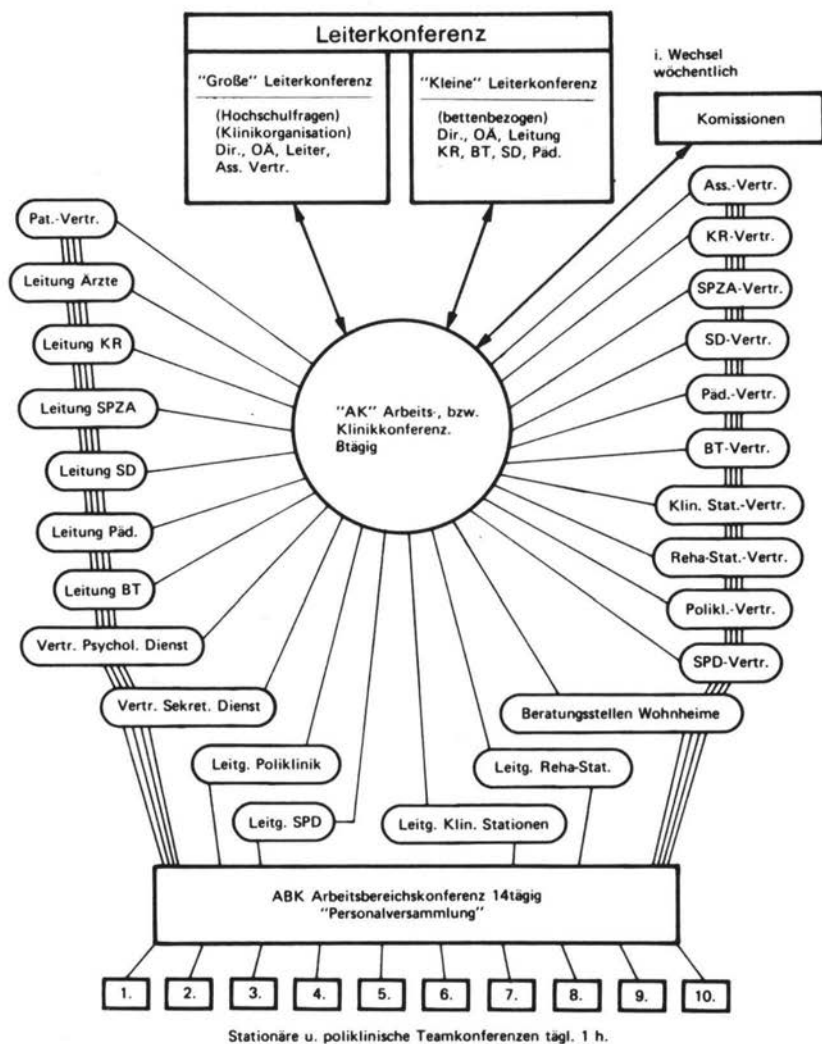
Die hämische Vermutung zynischer Kritiker, daß die Mitarbeiter von sich selbst steuernden Gemeinschaften offen oder versteckt faulenzwürden, wenn die Peitsche oder der Ansporn der Gehaltserhöhung fehlen, hat sich als Irrtum erwiesen: die Mitarbeiter dieser Gemeinschaften arbeiten vergleichsweise effektiver als solche in Institutionen.

3.1.2 Persönliche Verantwortung der Funktionäre

Die leitenden Gremien der Gemeinschaft, welche übergeordnete Funktionen innerhalb der Gemeinschaft wahrnehmen oder Beziehungen nach außen pflegen, werden durch das Prinzip personaler Selbstverantwortung bestimmt: jeder Funktionär verantwortet seine Entscheidungen vor sich selbst, vor der zur Entscheidung anstehenden Sache und im Hinblick auf die gesamte Gemeinschaft. Diese Dreiheit der Entscheidungsbestimmungen entspricht dem von *Ruth Cohn* entwickelten TZI-Prinzip, dort bezeichnet als „Ich-Thema-Gruppe“. Der Funktionär handelt immer personal — er vertritt sich selbst und ist nicht ein Funktionär einer fremden Macht oder Gruppe, sondern immer ein Funktionär seiner selbst. Er versteht sich weder als Repräsentant einer Gruppe, die von unten, von der „Basis“ her wählt (demokratisches Prinzip), noch als Vertreter eines Vor-Gesetzten, der ihn von der Spitze her berief (hierarchisches Prinzip).

Ein Experiment, bei dem in einer Gemeinschaft beide Prinzipien, demokratisches und hierarchisches, in ein vernünftiges und ausgewogenes Zusammenspiel gebracht werden sollten, ist seit 1969 an der psychiatrischen Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover gelaufen und von *H. Krüger* (1981) beschrieben worden. Soweit sich das beurteilen läßt, handelt es sich bei dem beschriebenen übergeordneten Entscheidungsgremium „Arbeits- bzw. Klinikkonferenz“ (Tab. 1; *Krüger* 1981) um eine *strukturelle Fehlbildung*, in denen Freiheit, Offenheit und Selbstverantwortung aus strukturellen Gründen nicht zum Tragen kommen können: der Klinikdirektor bzw. Abteilungsleiter ist als Vertreter der gesetzlich fixierten Hierarchie nicht nur an die in diesem hierarchischen System verankerten Richtlinien absolut gebunden (bestimmt durch Beamtenrecht, Hochschulrecht, BAT), sondern er muß sich kraft definierten Amtes auch immer die letzte Entscheidung vorbehalten. Die gewählten Repräsentanten der Berufsgruppen (z. B. Krankenpflegepersonal, Beschäftigungstherapeuten, Ärzte usw.) dagegen sind weitgehend fixiert an die Interessen ihrer Berufsgruppe. Das Gremium muß infolge dieser Fremdsteuerungen nicht nur relativ unbeweglich arbeiten; vor allem ist dabei das Prinzip der Selbstverantwortung bei der Entscheidung relativiert oder aufgehoben: der Vertreter der Hierarchie muß letztlich seine eigene Überzeugung und Entscheidung nach den Verwaltungsvorschriften, Gesetzen und Rechtsverbindlichkeiten richten — auch wenn er relativ viel Entscheidungsspielraum und scheinbar die totale Entscheidungsmacht besitzt —; der Repräsentant der Gruppe dagegen ist einerseits durch die Gruppeninteressen festgelegt, und vor allem hat er innerhalb des Gremiums letztlich keine Entscheidungsmacht. Die psychopathologischen Konsequenzen einer

Tabelle 1: Organisationsmodell Psychiatr. Klinik
Med. Hochschule Hannover (nach H. Krüger, 1981)



Dir. - geschäftsführender Direktor und Mitdirektor. OA - Oberärzte. AG - Arbeitsgruppen.
KR - Krankpflegepersonal. BT - Beschäftigungstherapeuten.
SD - Sozialarbeiter. Pad - Pädagogen. Ass - Assistenzärzte. SPZA - Sozialpsychiatrische Zusatz-
ausbildung. SPD - Sozialpsychiatrischer Dienst. Reha - Reha-Stationen.

derartigen strukturellen Fehlbildung mit programmiertem Dauerkonflikt sind als Lethargie, Desinteresse, narzißtische Größenideen und Opposition dagegen in der Literatur der Gruppendynamik hinreichend bekannt.

Die *Wahl der Funktionäre* in der Gemeinschaft folgt ebenfalls dem Prinzip der Selbstbestimmung. Das potentielle Mitglied eines leitenden Entscheidungsgremiums prüft sich zuerst selbst, inwieweit er Verantwortung für das Ganze übernehmen will und kann. Seine Mitgliedschaft im Gremium ist zuerst von seiner *eigenen Entscheidung* abhängig — und erst danach von der Zustimmung der Anderen. Die Zustimmung oder Ablehnung der Anderen werden als Signale und Barometerausschläge für diese selbstbestimmende Wahl gewertet — dadurch bekommt das System dieses Wahlverfahrens Beweglichkeit, Offenheit und Resonanzvermögen, freilich auch größere Risikoanfälligkeit bei asozialen Querschlägern. Persönlicher Mut und dauernde soziale Wachsamkeit sind die Instrumente dieses Verfahrens.

Die drei traditionellen Wahl- und Entscheidungsverfahren:

- das Los (Beispiel: Verbindung über das Gebet mit dem archaisch-magisch-mythischen Fundament der menschlichen Existenz (im Sinne von *Gebser*) z. B. im Neuen Testament, siehe Apostelgeschichte 1, 15-26)
- die Berufung oder Zuwahl (Beispiel: bestimmte elitäre Gruppen, wie der Orden „Pour le mérite“ ergänzen sich selbst durch Zuwahl)
- die demokratische Wahl (Repräsentativdemokratie).

Die drei traditionellen Verfahren in ihrer *absoluten* Handhabung sind heute strukturelle Fehler. Jedoch werden die wesentlichen Elemente dieser drei Wahlverfahren bei der selbstentscheidenden Wahl mit berücksichtigt: die Besinnung auf die fundamentalen Werte der Gemeinschaft; das Einverständnis der Gremiumskollegen; die Zustimmung der Mitarbeiter der gesamten Gemeinschaft.

Die Übernahme einer leitenden Funktion ist nicht abhängig von der Ausbildung (z. B. Akademiker-Nichtakademiker) — eine Krankenschwester kann somit die Klinik ebensogut nach außen vertreten wie ein Arzt. Die Dauer der Funktionsträgerschaft ist nicht in Jahren festgelegt. Sie richtet sich nach sachbezogenen Faktoren wie Leistungsfähigkeit, soziale Beziehungsfähigkeit, Führungsqualität und Zustimmung der Kollegen und Mitarbeiter.

3.1.3 Entscheidungsfindung

Personalität der Funktionäre und selbstentscheidendes Wahlverfahren sind eng bezogen auf das Entscheidungsverfahren in Gruppen (Kli-

nikstation, Leitungsgremium der Klinik) mit den drei Grundsätzen: Selbstverantwortung, Betroffenheit, Consens.

Ruth Cohns TZI legt zwei dieser Grundsätze explizit dar und praktiziert sie als lebendiges Lernen: *Selbstverantwortung* und *Consens*. Eine der wichtigsten Regeln von TZI lautet: „Sei dein eigener Chairman in der Gruppe“ (siehe auch *Petersen* 1981, S. 356); anders formuliert: „verantwortete deine Mitteilung an die Gruppe so, wie wenn du der Gruppenleiter (der Direktor der Gemeinschaft) seiest“. Das Consens-Prinzip schafft Abstimmungen und Mehrheitsbeschlüsse ab und bietet die beste Integration der Minderheit. Die sogenannte Störungsregel bei der TZI entspricht dieser Integration der Minderheit. Die *Störungsregel* besagt: „emotionale und psychosomatische Störungen, welche die Mitarbeit des Gruppenmitgliedes am Gruppenprozeß behindern, müssen unbedingt beachtet und so in der Gruppe verarbeitet werden, daß der Betroffene wieder am Gruppenprozeß teilnehmen kann“. Der Consens hat den Vorzug vor Mehrheitsbeschlüssen, daß die Entscheidungen existentiell von jedem getragen werden. Das Consensprinzip hat den Nachteil längerer Entscheidungsprozesse. Untersuchungen darüber, wieviele Jahre eine Gemeinschaft braucht, um mit diesem Prinzip ihre Entscheidungen mit der notwendigen Raschheit zu vollziehen, sind mir nicht bekannt. Das *Betroffenheitsprinzip* besagt: nur diejenigen wirken an einer Entscheidung mit, die durch die Folgen ihrer Entscheidung in ihrem Leben und auf die Dauer mit betroffen sind. Ein Arzt, der sich für ein Jahr an der Klinik ausbildet, kann bei der Entscheidung über die langfristige Mitarbeit eines qualifizierten Kollegen kaum mitwirken, hingegen wohl eine Gruppenschwester, die seit fünf Jahren in der Klinik arbeitet und auch auf Dauer bleiben will.

3.1.4 Wirtschaftliche Gesamtverantwortung

Jeder Mitarbeiter der Gemeinschaft ist auch wirtschaftlicher Teilhaber des Ganzen; sein Lohn wird immer auch abhängig vom Gesamtbudget der Gemeinschaft sein. Fixierte Entlohnung nach BAT usw. entfällt ohnehin. Das natürliche Interesse der einzelnen Therapeuten an der Wirtschaftslage der Gemeinschaft und an der Kontrolle einer vernünftigen Wirtschaftsführung wird damit ständig wachgehalten: jeder Therapeut wird sowohl seine eigenen (materiellen) Aufwendungen für Therapie genauer kontrollieren und abwägen wie auch die wirtschaftlichen Entscheidungen des Leitungsgremiums.

3.1.5 Freiheit der therapeutischen Beziehung

Jeder Therapeut trägt für die therapeutischen Beziehungen mit seinen Patienten die volle Verantwortung. Das ist die Kehrseite der thera-

peutischen Freiheit. An die Stelle der hierarchischen Vorgesetzten-Untergebenen-Abhängigkeit (Beispiel: der Chefarzt ordnet an, der Assistentenarzt führt aus) tritt die Supervisions-Beziehung. Der Therapeut zeichnet für seine Handlungen in der Therapie immer voll verantwortlich. Ebenso trägt der Supervisor für den Inhalt seiner Supervision die volle Verantwortung — er kontrolliert aber beispielsweise nicht unaufgefordert die Handlung der Therapeuten.

Die medizinische Statuspyramide mit dem Arzt an der Spitze und den anderen („paramedizinischen“) Berufsgruppen an der Basis ist ersetzt durch die auf Gegenseitigkeit beruhende Konsultativbeziehung: die einen Patienten gemeinsam behandelnden Therapeuten *informieren* und *beraten* sich gegenseitig, wobei hier die Regeln von Information und Feedback zum Tragen kommen. Es gibt keine „Anordnungs-Beziehung“ mehr, bei der der Arzt etwa der Krankengymnastin die Art ihrer therapeutischen Handlungen vorschreibt. Entsprechend hat die Bezeichnung „paramedizinisch“ nur noch die Bedeutung eines Reliktes. Die *hierarchische Gliederung* ist nicht abgeschafft. An die Stelle der Stathierarchie mit festgelegter Kanalisierung von Befehl und Ausführung ist die freie Konsultativ- und Supervisionshierarchie getreten: häufiger wird der Erfahrene aufgrund seiner umfassenden Therapie-Erfahrung einen höheren Rang einnehmen und häufiger um Supervisionen gefragt werden als der Anfänger. Jedoch ist es im Prinzip freigestellt, wer mit wem eine Supervisionsbeziehung eingeht — so daß also auch diese Hierarchie personell ständig in Bewegung ist.

Während viele andere Organisationsformen in der Gemeinschaft der Therapeuten prinzipiell *öffentlich* sind und für die kommunitäre Öffentlichkeit auch transparent sein müssen, hat die therapeutische Beziehung überwiegend *intimen* Charakter. Intim ist nicht das Gegenteil von öffentlich; das Gegenwort zu „öffentlich“ heißt „privat“ (*res privata* war bei den Römern die „geraubte Sache“, das der *res publica*, der Öffentlichkeit Geraubte). Intim heißt eng befreundet, innig, vertraut — eine innige und vertraute Beziehung bedarf des Schutzes, des Geheimnisschutzes. Inhaltliche und detaillierte Vorgänge zwischen dem Patienten und seinem Therapeuten gehören dem Raum dieses offenen Geheimnisses an und bedürfen eines absoluten Schutzes. Entsprechendes gilt auch für Prozesse und Vorgänge in der therapeutischen Gruppe. Lediglich formale und strukturelle Therapie-Vorgänge gehören in die Öffentlichkeit der Therapeuten (z. B. Stationsbesprechungen, Therapiekonferenzen). Dafür ist es natürlich notwendig, daß die Therapeuten einer Gemeinschaft gleiche oder ähnliche Strukturbegriffe für ihre Therapie gebrauchen.

Mißverständnisse der therapeutischen Beziehung sind die „therapeutische Kette“ und das „breitgestreute (polypragmatische) Therapie-Angebot“. Beide Verirrungen sind in stationären oder ambulanten therapeutischen Kommunitäten zu finden. Die therapeutische Kette will — nach dem mechanistischen Modell des Fließbandes — den Patienten von der Hand des einen Therapeuten in die Hand des nächsten zureichen. Organisationsmodell ist dabei der Akutkranke, der vom Akut-Arzt aufgelesen, dem stationären Team zugereicht wird, dann während der Rehabilitationsphase in den fixierten Bahnen einer sektorisierten Versorgung über halbstationäre Institutionen (Tagesklinik/Nachtklinik) bis zu rein ambulanten Institutionen geleitet und dort evtl. lebenslang versorgt wird. An die Stelle der therapeutischen Beziehung ist hier die *totale Organisation* getreten — der Therapeut ist verschwunden, er ist ersetzt durch den auswechselbaren Fließbandroboter. Hier von „therapeutischer“ Kette zu sprechen, ist Augenwischerei — denn diese Kette hat ihrem Wesen nach nichts von einem vertrauten, innigen, persönlichen Begleiter an sich.

Eine ähnliche Fehlbildung ist das „*breite Therapie-Angebot*“: der Patient „hat“ Einzel- und Gruppentherapie, Musik- und Bewegungstherapie, Plastizieren in der Gruppe, Formzeichnen und schließlich noch Sprachtherapie — auch hier hat die Atmosphäre der therapeutischen Beziehung ihr Wesen eingebüßt und ist durch den Glitzerglanz eines Warenhauses mit Schaubuden-Anregung ersetzt worden.

3.1.6 Gruppengröße

Bis jetzt scheint die Frage ungeklärt zu sein, wie die optimalen Gruppengrößen beschaffen sein sollen. Entscheidender Grundsatz ist, daß die wesentlichen kollektiven Prozesse für den einzelnen Therapeuten überschaubar und transparent sein müssen — nicht zuletzt wegen seiner ökonomischen Mitverantwortung für das Gesamt.

Wenn die Gliederung des Ganzen so gestaltet ist, daß die Entscheidungsprozesse der einzelnen Mitarbeiter durchsichtig sind, so wäre es denkbar, daß die Gesamtgröße über die häufig genannte Zahl von 400 Menschen (Patienten und Therapeuten) bei einem stationären Therapiebetrieb hinausginge. Erfahrungswerte für kleinere Gruppen liegen eher vor:

- Stationsgruppen arbeiten mit 20-40 Menschen (Patienten und Therapeuten) optimal.
- Gruppen mit intensiver Therapie (ambulant oder stationär) haben eine Größe zwischen 7-14 Mitgliedern (bei ein bis zwei Therapeuten).
- Gruppen, die überwiegend didaktisch arbeiten, zählen 12 bis 20 Mitglieder.
- Leitungsgremien zählen bis zu 12 Funktionären; drei bis fünf Personen nehmen die laufenden Geschäfte wahr.

- Die Vollversammlung aller Betroffenen sollte nur so groß sein, daß hier sinnvolle Gruppendiskussionen stattfinden können — diese Größe liegt bei 50-150 Personen.

3.1.7 Beziehungen von Gemeinschaften untereinander

Grundsätzlich sind verschiedene Gemeinschaften im *Konsultationsverhältnis* aufeinander bezogen. Erfahrungen aus der therapeutischen Arbeit und aus der kommunitären Strukturbildung werden ausgetauscht. Soweit sich Dachverbände bilden, haben diese lediglich Vermittlerfunktion, jedoch keine Spitzenposition etwa im Sinne einer Konzernleitung oder einer zentralen Gesundheitsbürokratie: das Prinzip dezentraler Selbstorganisation wird gewahrt.

Es könnte den Anschein haben, als ob ich mit der Zurückweisung zentralistischer Reglementierungen übliche gesellschaftliche Normen ablehne — wie sie sich eben in Standesordnungen, Beamten- und Hochschulgesetzen, BAT usw. niedergeschlagen haben. Das ist nicht der Sinn meiner Vorbehalte gegen derartige Reglementierungen. Der Sinn ist: die Gemeinschaft wird sich unter Berücksichtigung der gesellschaftlichen Normen ihrer Mitwelt selbst organisieren. Die gesellschaftlichen Normen werden voll berücksichtigt, soweit sie einem integralen (universalen) humanen Konzept entsprechen — wie es beispielsweise durch die Axiome von TZI beschrieben ist (Cohn 1974); hingegen werden die Normen nicht akzeptiert, die der Absicherung einer therapeutischen Schule dienen — so etwa die ärztlich standesrechtliche Unterscheidung von medizinischen und paramedizinischen Berufen oder der beamtenrechtliche Grundsatz vom pyramidenartigen Aufbau von Macht- und Entscheidungsgewalt oder der Besitzstandswahrung (wonach Beamte z. B. nicht zurückgestuft werden können).

3.2 Dialogik und therapeutische Liebe

Dialogik lebt aus der Begegnung von Therapeut und Patient. Das heute häufiger gebrauchte Wort Inter-Aktion für den von allen Schulen (Herzog; Linsenhoff; Petzold 1980a; Witte) als fundamental angesehenen Akt jeglicher Therapie meint scheinbar ähnliches wie Dialog. Einige Elemente des therapeutischen Dialoges habe ich beschrieben als Zweckfreiheit, Unkäufllichkeit, Feinhörigkeit, Innewerden, Verantwortung zeitlebens und einander Aufgaben stellen (Petersen 1980). Zweckfreiheit umfaßt die Intervention einer Verhaltenstherapie oder eines allopathischen Pharmakons zum Zwecke der Symptombeseitigung ebenso wie die hingebungsvolle Begleitung eines schmerzleidenden Rheumakranken, dem kein Mittel seine Schmerzen nehmen, der aber mit seinem Leiden reifen kann. Die Unkäufllichkeit des Therapie-

ten kommt weniger in der auch hier geltenden Entkoppelung von therapeutischer Leistung und finanziellem Lohn zum Ausdruck als in seinem unmittelbaren Betroffensein, sein Mit-Leiden, das anders ist als die gekonnte Schablone einer im Übertragungs-Gegenübertragungsspiel instrumentierten Emotionalität. Das Instrument seiner kognitiv-emotionalen Fähigkeiten steht dem Therapeuten u. a. auch als distanzierender Schutz zur Verfügung — und darin liegt ein Teil der notwendigen Asymmetrie dieser therapeutischen Begegnung —, aber im Innerwerden des Anderen, im Ansprechen der gegenwärtigen Personmitte erhält dieses Instrument erst seinen Sinn. Vor dem schmerzgepeinigten Kranken ist der Therapeut ebenso hilflos und machtlos wie der Patient selbst — es ist die Herausforderung an den Therapeuten, ob er sich auf diesen Kern scheinbarer Leere, aber in Wirklichkeit geistiger Offenheit einlassen will. *Petzold* (1980c) schrieb über eine Begegnung: „Integrative Arbeit mit einem Sterbenden“ — ein Text, der mich als Lesenden tief berührte und die reale Begegnung ahnen läßt.

Im Wort „Begegnung“ kommt das intentionsfreie einander Entgegentreten von Ich und Du klarer zum Ausdruck als in der Be-Ziehung: hier muß immer der eine den anderen ziehen — ziehen ist absichtsvoll auf ein Ziel, einen Zweck hin ausgerichtet. Die volle Freiheit erreichen Ich und Du als Begegnende.

Patient (lt. *patiens* = der Leidende) bezeichnet den Sachverhalt des therapeutischen Dialoges eindeutiger als Klient (lat. *cliens* = der Hörige, der Schutzbefohlene; im weiteren Sinn „wer Anlehnung gefunden hat“), weil der Partner des Therapeuten immer mit einem Leiden im weiteren Sinne (Störung, Problem, Krise, Krankheit, Schmerz) behaftet ist. Auf die Gefahr hin, daß die Benennung „Patient“ im Therapeut-Patient-Verhältnis mit paternalistischer oder matriarchaler Überfürsorge mißverstanden wird, ziehe ich dieses Wort der Bezeichnung „Klient“ (*Witte*) vor. Demgegenüber ist der Therapeut in der griechischen Bedeutung (*ho therapoon*) der Diener und Weg-Begleiter: der therapeutische Dialog ist der Weg, auf dem der Leidende und sein Begleiter einander begegnen.

Juana Danis hat in ihren „Gruppenstudien“ feinsinnig darauf hingewiesen, wie die therapeutische Liebe als eine Form der Nächstenliebe (*Fromm*) zunächst äußerst vorsichtig und distanziert abwehrend von *Sigmund Freud* als Übertragungsliebe in die Diskussion gebracht wird. Die Liebe ist die notwendige Basis des Zwiegespräches, um aus diesem Dialog der Zwei „das Dritte gemeinsam zu empfangen und zu verstehen, das außen und innen auftauchende Unerwartete“ (*Danis*), wie ich es unter 3.5 zu dem Gedanken des therapeutischen Prozessess erwähnen werde.

Einschränkend zum Geheimnisschutz der therapeutischen Beziehung (3.1) gebe ich zu bedenken, wieweit das *absolute* Geheimhaltungsgebot einer narzißtischen Abkapselung und Isolierung mehr dienlich sein kann als einem personalen Anschluß an die ganze Welt. „Liebe ist in erster Linie nicht Bindung an eine besondere Person; sie ist vielmehr eine Haltung, eine Orientierung des Charakters, die das Verhältnis einer Person zur Welt als Ganzes, nicht aber in einem einzigen „Objekt“ der Liebe bestimmt“ (Fromm).

Für die Bildung eines integralen Konzeptes scheinen mir die Begriffe Dialog und therapeutische Liebe für übergeordnete Strukturen geeigneter zu sein als die üblicherweise gebrauchten Worte Beziehung und Interaktion.

3.3 *Therapeutische Mittel: Gliederung nach Gebieten der sinnlichen Wahrnehmung*

In der verbalen Psychotherapie wird das *Wort* fast nur als Bedeutungsträger, als semiotisches Signal, als Zeichen für anderes gebraucht und verstanden.

In eben dem gleichen Sinn werden meist auch averbale und kreative Therapien geführt: Tanz, Farbe, Musik, Poesie werden eingesetzt oder gewertet als *Ausdruck für anderes*: Konflikte, Emotionen, geistige Werte, Personen, biographische Situationen und Szenen.

Außer dem semiotischen oder symbolischen Zugang gibt es einen grundsätzlich anderen Weg zu den verbalen und averbalen Medien der Wahrnehmungswelt: den der *unmittelbaren Wahrnehmung* ihrer Qualitäten und Modalitäten, wie ihn als philosophische Disziplin die Phänomenologie (Husserl, Steiner) und neuerdings auch als medizinische Grundlagenwissenschaft die phänomenologisch orientierte Physiologie beschrieben haben (Hensel, Scheurle). Diese nicht physikalistisch arbeitenden Wissenschaften erarbeiten in systematischer Weise das Wissen, das Künstlern intuitiv schon seit langem zur Verfügung stand. Es ist anscheinend unserem Jahrhundert vorbehalten geblieben, innerhalb dieser Wahrnehmungsgebiete auch Therapien zu entwickeln. Allen drei Kulturen (der Wissenschaft, der Kunst, der Therapie) geht es hier um das Gleiche: *die Dinge (Medien) zur Selbsteigenheit zu bringen*, sie sich in ihrem eigenen Selbstsein offenbaren und gestalten zu lassen.

Was heißt das? Die Farbe (z. B. Rot) als originäre Wahrnehmung wirken und sich gestalten zu lassen; eine Bewegung und leibliche Haltung (wie die Meditationshaltung bei der Zen-Meditation oder die Schwingbewegung des ganzen Körpers beim langsamen Kreisen um

beide Füße im Stand) als Ausdruck und Essenz ihrer selbst zu empfinden und sich damit zu verbinden, so wie es *Heinrich von Kleist* in seiner Erzählung „Über das Marionettentheater“ klassisch beschrieben hat. Diese ästhetische Identifikation eröffnet über die therapeutische Praxis (*Petersen* 1978; 1981a) hinaus neue interdisziplinäre Ansätze für die phänomenologische Grundlagenforschung (z. B. Akustik, Sinnesphysiologie, Sinnespsychologie, Musik, Musikwissenschaft und Musiktherapie). Zudem kann diese wissenschaftlich-künstlerisch-therapeutische Kultur ein Gegengewicht gegen die Zerstörung der Sinnlichkeit sein. Schließlich ergibt sich aus diesem Ansatz eine Aufarbeitung der seit der Renaissance sich immer mehr vertiefenden Subjekt-Objekt-Spaltung mit dem nachfolgenden Leib-Seele-Problem, das in Medizin und Psychosomatik bis heute ungelöst ist. Betrachtet man sich den Betrieb einer modernen Universitätsklinik auf der einen Seite und einer exklusiven psychotherapeutischen Gruppenveranstaltung auf der anderen Seite, so wird die Vertiefung dieser Spaltung handgreiflich. Zur Illustration erwähne ich einige heute entwickelte Therapieformen. Wollte ich die mir gegenwärtig bekannten Therapieformen — die auch meist ihr Gegenstück in einer ausgebildeten Kunst haben — einteilen, so liegt folgendes nahe:

- es gibt Leibtherapien, die es mit dem Leib- und Existenzempfinden zu tun haben,
- Bewegungstherapien,
- Musiktherapien, die den Instrumentenreichtum und die Tonformen noch lange nicht ausgeschöpft haben,
- Formtherapien (z. B. werden verschiedene Materialien wie Holz und Stein gestaltet),
- Farbtherapien,
- Geschmackstherapien sind in Kochkunst und Diätetik am Entstehen,
- Geruchstherapien fehlen in der modernen Kultur merkwürdigerweise fast ganz, während sie z. B. im mittelalterlichen Japan selbstverständlich waren,
- Sprech- und Stimmtherapien gestalten die artikulierte Sprache und haben insofern eine Gemeinsamkeit mit Bewegungs- und Atemtherapie,
- Sprachtherapien (Sprachgestaltung) haben dagegen mehr Verbindung zur Philologie und Dichtkunst,
- Sozial- und Gemeinschaftstherapien arbeiten an verschiedenen Fronten:
 - an der Stätte, wo Ich und Du einander begegnen,
 - mit der Gruppe, die ihr gemäße Struktur zu finden,
 - dem Gemeinwesen, um das politisch Notwendige gesellschaftlich möglich zu machen.

Tabelle 2 gibt einen Hinweis auf die entsprechenden therapeutischen Techniken (*Petersen* 1981).

Tabelle 2: *Übersicht über therapeutische Medien* (geordnet nach dem Heil-Mittel) (nach Petersen 1981)

<p><u>Leibtherapien</u> Sprach-Stimm-(Atem-)Therapien, Heilsingen Bewegungstherapien (Bewegungserziehung n. <i>Feldenkrais</i>) konzentrative u. integrative Bewegungstherapie, Eutonie, Heileurythmie, Pantomime, Psychogymnastik, Rhythmik, Tanz, Bioenergetik Wahrnehmungstherapien (Sensory awareness, Gestaltungstherapie, Sexualtherapie) Initiations-Therapie (<i>Dürckheim</i>)</p>	<p><u>Sozialtherapien</u> (Lebensgemeinschaften) Familietherapien Partnerschafts-/Ehetherapien Milieutherapien (therapeutische Gemeinschaft in Krankenstationen, Wohnheim, Therapiedörfern, Ferienlager) Gemeinwesen-Arbeit</p>
<p><u>„Kunst“-Therapien</u> Farb-Maltherapie Formtherapien (Bildhauern, Modellieren, Schnitzen, Töpfern, Zeichnen) Musiktherapien</p>	<p><u>Worttherapien</u> („Psychotherapien“) Tiefenpsychologisch (orientierte) Therapien (Angriffstherapie, Psychodrama, klientenzentrierte Therapie = Gesprächstherapie, katathymes Bilderleben, Psychoanalyse) Kommunikationstherapie (Sensitivitygruppe, Themenzentrierte Interaktion, Gruppendynamik) Verhaltenstherapie (z. B. Erlernen von Grundfähigkeiten zur Selbsterhaltung im Alltag) Kreative Therapien (Märchenspiele, Sketche, Dichten, Theaterstücke, Schreiben von Theaterstücken)</p>

Erläuterungen: In diesem Schema sind teilweise aus Gründen der Kürze das therapeutische Verfahren, das Heilmittel und der Angriffspunkt des Heilmittels in einem Wort zusammengefaßt; so z. B. bei den Bewegungstherapien ist die Bewegung das Verfahren, ebenso ist die Bewegung aber auch heilender Faktor, und zugleich setzt die Therapie an der Bewegung an; ähnliches gilt von den Sozialtherapien, wo die soziale Struktur das Heilmittel ebenso wie den therapeutischen Ansatzpunkt hergibt. Weiterhin handelt es sich bei dieser Übersicht um einen methodisch-theoretischen Ansatz; in der Praxis gehen die verschiedenen Therapiegebiete immer ineinander über und sind kombiniert.

3.4 Wirkprinzipien therapeutischen Handelns

In der allgemeinen Psychotherapieforschung (*Herzog, Linsenhoff, Witte*) wird von dem selbstverständlichen Grundsatz ausgegangen, daß Psychotherapie immer auf *Veränderung* ausgerichtet ist, sei es, daß ein Symptom (z. B. eine Phobie) ausgeschaltet wird, oder sei es, daß die Wandlung einer Persönlichkeitsstruktur im tiefenpsychologischen Sinn angezielt wird. Diese Definition von Psychotherapie ist sicherlich zu eng. Denn es gibt ebenso psychotherapeutische Wirkungsweisen, die die *Erhaltung* und *Stützung* schwacher oder gestörter seelischer Funktionen zum Ziel haben — etwa die supportive Psychotherapie (*Freyberger*). Man kann sogar vermuten, daß erhaltende und stützende Psychotherapien heute überwiegend praktiziert werden, sofern man die Masse seelsorgerlicher, ärztlicher und sozialberatender Gespräche berücksichtigt.

Unter integrelem Aspekt ist es ebenso erfreulich wie bemerkenswert, daß aus der angewandten Physiologie und Rehabilitationsforschung, speziell der Bäderheilkunde — also medizinischen Wissenschaften — ähnliche Anstrengungen gemacht werden, um zu allgemeinen Aussagen über therapeutische Wirkungsweisen zu kommen (*Hildebrandt*). Unterschieden werden zwei Grundprinzipien jeder Therapie: Kunstheilung und natürliche Selbstheilung (Tab. 3). Künstliche Therapie weist dem Organismus prinzipiell eine passive Rolle zu; sie wirkt unmittelbar auf die krankhafte Veränderung und ist insofern pathogenetisch orientiert. Künstliche therapeutische Maßnahmen sind möglichst spezifisch (im Bezug auf die Störung), gezielt und reizarm; unbeabsichtigte und unerwünschte Nebenwirkungen müssen fast immer in Kauf genommen werden. Die Wirkungsdauer künstlicher Therapie ist auf die Anwesenheit der Wirkstoffe und Kunsthilfen begrenzt, abgesehen von den zeitlosen Resultaten der Ausschaltung.

Demgegenüber zielen Maßnahmen natürlicher Therapie (Tab. 3) auf die Aktivierung der Selbstheilungskräfte: die Fähigkeiten des Organismus zur Regulation und Anpassung (an die individuelle Norm) sowie zur Regeneration und Abwehr krankhafter Störungen werden angestoßen. Es handelt sich dabei um indirekte Wirkungen (im Bezug auf Symptombeeinflussung). Hygiogenese weist hin auf die normalen Potenzen des gesunden Organismus; deshalb wird von hygiogenetisch orientierten Maßnahmen gesprochen. Die Wirkungsdauer hygiogenetisch orientierter Maßnahmen überdauert deren Applikationen.

In der Schulmedizin werden Kunstheilungen in erster Linie durch chirurgische, allopathisch-pharmakologische Therapie und durch radio- und nuklearmedizinische Therapie abgedeckt. Selbstheilung fin-

Tabelle 3: *Wirkungsprinzipien der Therapie* (nach Hildebrandt 1977)

<i>Kunstheilung</i> („künstliche Therapie“) pathogenetisch orientierte Maßnahmen direkte Wirkungen	<i>Selbstheilung</i> („natürliche Therapie“) hygiognetisch orientierte Maßnahmen indirekte Wirkungen
1. <i>Ausschaltung</i> Amputation antibiotische Therapie u. a.	1. <i>Schonung</i> Entlastung Entstörung, Abstinenz u. a.
2. <i>Lenkung (Korrektur)</i> Funktionskorrektur pharmakologische Gegensteuerung künstliche Normalisierung u. a.	2. <i>Anregung der Selbstordnung</i> (<i>Normalisierung</i>) Übung Selbstordnung Ökonomisierung Regularisierung u. a.
3. <i>Ersatz</i> Substitution Prothetik Funktions- und Organersatz Passive Immunisierung u. a.	3. <i>Kräftigung</i> Training Spezifische Leistungssteigerung durch Anpassung Immunreaktion u. a.

det sich vor allem in der Balneologie und — außerhalb der Schulmedizin — in der Homöopathie und Naturheilkunde sowie der anthroposophischen Medizin.

Es bedürfte einer gesonderten Untersuchung, um psychotherapeutische Maßnahmen diesem Schema im einzelnen zuzuordnen bzw. das Schema so allgemein zu gestalten, daß medizinische (somatotherapeutische) ebenso wie psychotherapeutische Wirkungsprinzipien sich darin abbilden können. Bei grober Betrachtung scheinen Suggestiv- und Verhaltenstherapien eher zu den „künstlichen Therapien“, die tiefenpsychologischen Therapien sowie die meisten Leib- und künstlerischen Therapieformen (Musik, Form, Farbe — (Tab. 2)) eher zur Gruppe der auf Selbstheilung zielenden Therapiemethoden zu gehören. Es wäre reizvoll, die neuen allgemeinen Interventionsstrategien (*Witte*) diesem Schema zuzuordnen.

Diese Einteilung hat deshalb für sämtliche Therapieformen grundsätzliche Bedeutung, weil therapeutische Maßnahmen mit direkter Wirkung ebenso auf dem medizinischen wie dem sozial-psychologischen Prüfstand (*Witte*) *unmittelbar* gemessen und beurteilt werden könnten, während für Therapiemethoden mit indirekter Wirkung — also auf Selbstheilung zielend — gänzlich andere Beurteilungskriterien zugrunde zu legen sind; ich denke dabei etwa an Strukturen therapeutischer Zeit (3.5).

3.5 Temporik: Strukturen therapeutischer Zeit

Aus der therapeutischen Praxis sind vier Strukturen dem Kenner wohl vertraut:

- hic et nunc-Prinzip
- Synchronizität
- Phasen des therapeutischen Prozesses
- chronobiologische Zeitstrukturen

So wesentlich wie diese Strukturen zum Verständnis therapeutischer Vorgänge sind, so gibt es doch unglaubliche Widerstände gegen ihre Sichtbarmachung und Erforschung. Akademische Wissenschaftler schicken die Phänomene gern lächelnd in die mystische Ecke. Gleichwohl sind so illustre Geister wie C. G. Jung und der Physiknobelpreisträger Wolfgang Pauli vor drei Dezennien mit dem Synchronizitätsproblem an die Öffentlichkeit getreten:

Ich werde drei Strukturen (das Hier-und-Jetzt-Prinzip; Synchronizität; chronobiologische Zeitstrukturen) hier nur kurz erwähnen, da sie anderenorts breiter erörtert sind. Die Phasen des therapeutischen Prozesses werde ich ausführlicher darstellen.

3.5.1 „Hier und jetzt“ als Prinzip ist für tiefenpsychologische Therapeuten, erst recht für Gestalttherapeuten eines der wesentlichsten Instrumente. Das blitzhafte Wahrnehmen der situativen Befindlichkeit von Patient und Therapeut ist kein Prozeß, der nur die Schichten von Kognition und Emotion erfaßt — dieser Akt des Erkennens und Erfühlens hat zudem noch den Charakter des Auslotens der scheinbaren Leere, die in ihrer emotionalen Substanzlosigkeit — von Gedankenfülle ganz zu schweigen — aber tatsächlich auf den Kern der Sache kommt. Der Kern kann die Eigenart von reinem Licht oder reiner Tiefe oder reiner Höhe haben. Im allgemeinen wird diese reine Transparenz von beiden, Therapeut wie Patient, nicht wahrgenommen. Jedoch erleben beide, daß im Augenblick angespannter Geistesgegenwart das Richtige getroffen wird — sei es mit Worten, Gesten, Farben oder Musik.

Dieses Moment der dialogischen Zeit ist in der abendländischen Geschichte als „Kairós“ (griechisch = der richtige Augenblick) wohl bekannt. Zur Illustration füge ich ein Epigramm des Dichters Poseidipp bei, der die Statute des Lysipp (Hofkünstler Alexanders des Großen 356-423 v. Chr.) kommentiert. Bemerkenswerterweise wurde der lysippische Kairos im Mittelalter zu einem Bios (Gott des Lebens) oder Chronos (Gott der Zeit) umgestaltet. Als gegenwärtige Redensart überlebte „Die Gelegenheit (das Glück) beim Schopfe packen“.

Kairos

Kopie der verlorenen Statue des Lysipp, Zeitgenosse Alexanders des Großen für die Palästra in Olympia gearbeitet.

Sie steht jetzt im Benediktinerinnenkloster in Trogir, Jugoslawien — Dalmatien.

Epigramm des alexandrinischen Dichters *Poseidipp*, der inform eines Dialogs zwischen einem Besucher der Palästra in Olympia und der Statue des Kairos dieses Werk des Lysipp beschreibt:

„Woher stammt der Bildhauer?
aus Sikyon.

Wie heißt er?

Lysipp.

Aber wer bist du?

Kairos, der alles bezwingt.

Warum gehst du auf Zehenspitzen?

Ich laufe unablässig.

Warum hast du an beiden Füßen
Flügel?

Ich fliege wie der Wind.

Warum trägst du in der rechten
Hand ein Messer?

Um die Menschen daran zu erinnern,
daß ich (d. h. der günstige
Augenblick) spitzer bin als jede
Spitze!

Aber warum fällt dir eine Haarlocke
in die Stirn?

Damit mich greifen kann, wer
mir begegnet.

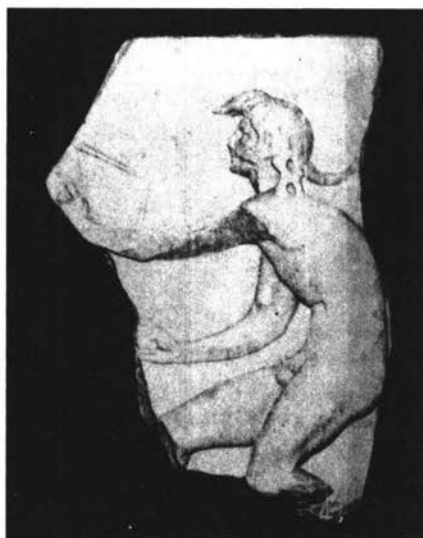
So ist's beim Zeus!

Warum bist du kahl am Hinterkopf?

Wenn ich mit geflügelten Füßen an jemandem vorbeigeflogen bin, wird mich keiner von hinten erwischen, so sehr er sich mühte!

Aber zu welchem Zweck hat der Künstler dich geschaffen?

Euch, ihr Menschen, zur Lehre hat er mich hierher in den Vorhof der Palästra gestellt.“



3.5.2 „Synchronizität als ein Prinzip akausaler Zusammenhänge“ (C. G. Jung) meint das gleichzeitige Hervortreten ähnlicher oder zueinander passender Prozesse und Vorgänge, sinngemäßer Koinzidenzen. Jung beschreibt z. B. die — jenseits der statistischen Zufallswahrscheinlichkeit — liegenden akausalen Verknüpfungen der experimentellen Parapsychologie von *Rhine* und Mitarbeitern. Entscheidend ist bei synchronen Zusammenhängen die räumliche Distanz (einige Meter bis tausende von Kilometern), die nicht durch irgendein sinnlich begründetes oder elektrisch-elektronisches Informationssystem (Blickkontakt, Telefon, Telegraf o. ä.) überbrückt wird. In der Forschung wird deshalb von ESP (Extra-Sensory-Perception) gesprochen.

Jedem wachen Therapeuten, der sich innerlich intensiv mit seinem Patienten beschäftigt, ist das Phänomen bekannt, daß bei ihm und seinem Patienten ähnliche oder gleiche Vorgänge zur gleichen Zeit ablaufen, ohne daß beide einen Kontakt miteinander haben. *Juana Danis* bringt in ihrem jüngst erschienenen Bändchen Beispiele für sinngemäße Koinzidenzen.

3.5.3 *Der therapeutische Prozeß*

Die Idee von sechs Phasen des therapeutischen Prozesses habe ich 1979 zum ersten Mal öffentlich vor verschiedenen Berufen (Psychotherapeuten, Bäderheilkundlern und Rheumatologen (*Petersen* 1980a), Atem- und Leibtherapeuten, Physiologen und Allgemeinmedizinern) vorgetragen; wider Erwarten hatte ich große Resonanz mit diesem Gedanken. Wiewohl ich sehe, daß dieses Konzept weiter vertieft werden muß, bin ich bisher nicht zur Durcharbeitung gekommen. Ich kann diesen Ansatz zu einem integrativen Konzept von Therapie deshalb bis jetzt nur in sehr vorläufiger Form vorlegen.

Die Idee zu diesem Konzept kam mir aus der praktischen Arbeit in 18 Berufsjahren als klinischer Psychiater, Psychoanalytiker, Psychosomatiker und Gruppentherapeut: ich war gezwungen, im ambulanten oder stationären Betrieb mit sehr verschiedenen Berufsgruppen zusammenzuarbeiten, die sämtlich eine von mir verschiedene professionelle Sprache gebrauchten: mit Sozialarbeitern, Beschäftigungs-, Bewegungs- und Atemtherapeuten, mit Familien-, Gruppen- und Musiktherapeuten, Sexualtherapeuten, weiterhin mit Internisten, Chirurgen, mit Psychotherapeuten aus den Schulen von *C. G. Jung*, *Szondi*, *Schultz-Henke*, *Binswanger* und *Boss*, *Cohn* und *Sigmund Freud*, mit Psychotherapeuten, die Eutonie und autogenes Training betreiben, sowie mit Verhaltenstherapeuten und Gesprächspsychotherapeuten.

Mit therapeutischem Prozeß bezeichne ich eine Folge von sechs Phasen. Diese Phasenfolge ist ein Versuch, Phänomene zu beschreiben, die anscheinend regelmäßig bei geglückten Therapien erscheinen — und zwar bei verschiedenartigen Therapiemethoden. Insofern spreche ich von einem integrativen Konzept.

Die sechs Phasen:

- *Störung*: (Symptomdiagnose): es werden Beschwerden registriert
- *Konfrontation*: (Strukturdiagnose): strukturelle Zusammenhänge werden erkannt, und der Patient wird mit ihnen in für ihn verständlichen Worten bekannt gemacht

- *Katharsis*: (emotionale) psychosomatische Erschütterung
- *Verzichten*: (Trennen, Grenzen akzeptieren): der Patient und sein Therapeut trennen sich bewußt von bisherigen Verhaltensweisen und Einstellungen
- *Wandeln und Wandlung*: das Neue kommen lassen im Zustand aktiven Offenseins
- *Neu-Kommunizieren*: neue Einstellungen und neues Verhalten einüben.

Für die Beschreibung der Phasen verwende ich absichtlich teilweise eine nicht wissenschaftliche Sprache, weil ich glaube, daß der Gehalt dieser Phasen am treffendsten durch eine nichtrationale (nicht: irrationale) Sprache erscheinen kann. Bei der Schilderung der sechs Phasen lege ich besonderes Gewicht auf die drei letzten Phasen, nämlich Verzichten, Wandeln und Neu Kommunizieren — es sind zentrale Prozesse, die heute womöglich zu wenig bewußt sind. Jede Phase ist zusätzlich durch ein Motto in Form einer Frage gekennzeichnet.

1. „Was ist los?“

Bei der *Störung* kommt dem einzelnen Patienten, auch einer Gruppe (wie Ehe, Familie, Wohngemeinschaft), erst allmählich zum Bewußtsein, daß irgend etwas aus dem Gleichgewicht geraten ist. Man weiß aber nicht, was eigentlich „los“ ist — es herrscht Unruhe, Unklarheit, vor allem ängstliche Verunsicherung. Je länger die Beschwerden dauern, um so mehr sind sie nicht nur lästig, sondern auch angsterregend, weil man ihren Sinn nicht begreift. Die Beschwerden, seien sie körperlicher, seelischer oder zwischenmenschlicher Art, werden schließlich, wenn ein Fachmann hinzutritt, als Krankheitsphänomene festgestellt, ohne daß aber schon Zusammenhänge geklärt sind. Ein leibliches Korrelat müßte einer ängstlichen Erregungsspannung entsprechen.

2. „Was ist das?“

Konfrontation: im Benennen bekommt das seinen Namen, was aus dem Lot ist. Das ist ein Erkenntnisakt. Hier herrscht keine Angst und Unruhe — eher Ernüchterung. Der Therapeut macht seinen Patienten mit den wißbaren Zusammenhängen bekannt — oder zumindest erarbeitet er sich die strukturellen Zusammenhänge zur eigenen Orientierung. Den Symptomen werden pathologische Strukturen zugeordnet, z. B. solche Strukturen, die ein gestörtes Gleichgewicht beschreiben. So etwa sprechen Familientherapeuten von Systemverschiebung (Sün-

denbock in der Familie), die Tiefenpsychologen von Strukturlücken (wie Erlebnisunfähigkeit in Bezug auf das Streben nach sozialer Anerkennung). In der Leibtherapie sind Störungen des rhythmischen Gleichgewichtes und der Schwingung zu benennen. Strukturdiagnosen sind in ihrer Terminologie durch die jeweilige Schule definiert.

Diese Phase ist die Domäne der Wissenschaft — und zugleich ihr Ende. Das Urteil „unwissenschaftlich“ für die weiteren Phasen ist dabei insofern richtig, als rational kalkulierbares und definierbares Wissen in dieser Phase seine Grenze hat. Klares Erkennen, Benennen und Einordnen von Zusammenhängen sind Eigenarten dieser Phase.

3. „Wohin denn ich?“ (M. L. Kaschnitz)

Katharsis — Erschütterung: im produktiven Fall führt die Konfrontation zur Erschütterung. Dann lösen sich pathologische Strukturen wie in einem Schmelztiegel auf. Der Boden unter den Füßen schwankt, Bodenlosigkeit tut sich auf. „Die Sintflut ist herstellbar“ (Max Frisch). Die Angst hat die Qualität von Verzweiflung, Desorientierung, Ausweglosigkeit, Nullpunktstimmung. Der Patient ist aufgefordert, dieser Erschütterung standzuhalten. Leibliche Entsprechungen müssen turbulent und chaotisch sein.

4. „Muß ich das leiden?“

Verzichten, Nötigung: das ist kein Akt rationaler Vernunft: „ich verzichte ab jetzt auf den Alkohol im Interesse meiner Gesundheit“. Reines Verzichten ist ungeheuerlich — ein Wahnsinn vor dem Forum der Ratio. Denn „sichere Aktien“ werden hergegeben. Es entäußert sich das Ich des vermauernden, sicheren Besitzes. Der Alkohol bedeutet für den Trinker sicheren Schutz, und der hagestolze Hochmut bietet dem Narzißten eine sichere Burg für seine Kränkbarkeit.

Verzichten heißt auch, die eigenen Grenzen (der Leistungs- und Belastungsfähigkeit) wahrzunehmen, diese Grenzen zu akzeptieren und sich Grenzen zu setzen. Dieses Grenzsetzen geschieht ohne Ressentiments und heimliche Sehnsüchte nach der Vergangenheit. Verzichten bringt Ängste hoch: Verlustangst und Trennungsangst. Das Weinen ist ein trockenes, klagloses Weinen, jenseits der Verzweiflung. Es ist traurig, die Heftigkeit der Erschütterung fehlt: der Weinende hat sich schon gefaßt.

Verzichten heißt: sich fügen in das Not-Wendige und sich der Nötigung durch die objektiven Fakten beugen. Es ist dabei gar nicht (mehr) die Frage:

ob ich verzichten muß?
ob ich verzichten will?
ob ich verzichten soll?

Müssen, Wollen und Sollen fallen in eins zusammen. Der Text aus Goethes „Urworte Orphisch“ gibt das wieder:

„Anangke, Nötigung

Da ist's denn wieder, wie die Sterne wollen:

Bedingung und Gesetz und aller Wille

Ist nur ein Wollen, weil wir eben sollen,

Und vor dem Willen schweigt die Willkür stille;

Das Liebste wird vom Herzen weggeschoben,

Dem harten Muß bequemt sich Will' und Grille.

So sind wir scheinfrei denn, nach manchen Jahren,

Nur enger dran, als wir am Anfang waren.“

Verzichten heißt: die Schmerzgrenze erreichen und ein Wort weitergehen, über sich selbst hinaus. Es ist der bewußte Schritt in den Schmerz hinein und durch den Schmerz hindurch. Nicht das passiv-lustvolle, schwärmerische Sich-dem-Schmerz-ausliefern des Masochisten, der sich immer im gleichen Teufelskreis dreht, sondern das starke Hindurchschreiten durch den Schmerz und das Aufsichzukommenlassen des Schmerzes.

Am Übergang von Verzichten zum Wandeln steht *Marie-Luise Kacschnitz's* Fünfzeiler:

„Halte nicht ein bei der Schmerzgrenze

halte nicht ein

geh ein Wort weiter

einen Atemzug

noch über Dich hinaus.“

Vergangenes loslassen, bewußtes Lösen längst überfälliger Bindungen und Bande, das geschieht in dieser Phase. Man weiß, worauf man verzichtet; aber man weiß (noch) nicht, wie es weitergehen wird. Deshalb ist Verzicht riskant.

Verzicht ist paradox: er muß althergebrachte Sicherungen aufgeben, und diese Aufgabe setzt übergroßes Vertrauen voraus. Vertrauen auf was? Das tief erschütterte Selbstbewußtsein gibt dieses Vertrauen nicht her. Das Vertrauen ist gegeben in der Begegnung mit dem Therapeuten — oder bei den großen Therapeuten in ihrer Selbstanalyse (*Freud, Jung*) in deren Beziehung zu Gott.

5. „Scheint es auf?“

Wandeln — Wandlung: Diese Phase ist gut zu charakterisieren durch einen Spruch von *Laotse*:

„Man muß wirken auf das,
was noch nicht da ist.“

Der Zweizeiler sagt, was gemeint ist: es geht um das Nichtdasein. Nur das Prinzip Hoffnung kann dem Nicht-Existenten, dem für unmöglich Gehaltene Leben einhauchen. Natürlich entzieht es sich der Kausalität von Ursache oder Wirkung; denn wie sollte ich auf etwas wirken, das (noch) nicht da ist?

Wandeln ist für die rationale Vernunft der Stein des Anstoßes schlechthin. Und für den Therapeuten ist es die Probe darauf, ob er bereit ist, seine überlieferten Grundsätze zu überwinden, um sich im Dialog mit seinem Patienten dem Wagnis des Neuen anzuvertrauen.

In der Wandlung wartet die Stille. Es ist die Stille des geduldigen, offenen Wartens, nicht die gespannte Stille der absichtsvollen Erwartung. Es ist die Stille, die wartet auf das Neue, das kommen will — nicht: das kommen soll. Sollen geschieht unter Druck, unter Antrieb. Hier wird weder gedrückt noch angetrieben. Hier kommt etwas wie in schierer Selbstverständlichkeit zum Vorschein. Das gab es zuvor nicht. Es kommt unangemeldet und unerwartet. Aber es kann nur kommen in die Offenheit hinein. Wer zuvor nicht auf Sicherungen des Herkömmlichen verzichtet hat, der hat für das Neue keinen Raum geschaffen.

Es ist immer auch das Nächstliegende. Nächstliegend, weil es dasjenige ist, was die Situation erfordert und was jetzt eben dran ist. Deshalb kommt es uns auch bekannt vor, ohne daß wir es kenntnisreich einordnen könnten.

Unmögliches und Unerwartetes, Unerwartbares scheint auf, kommt zum Vor-Schein. Das Scheinen macht den besonderen Charakter aus. Es ist wie ein erstes Licht, das am frühen Morgen nach der Nacht den Horizont berührt. Dem Scheinen fehlt noch die Faßbarkeit und Greifbarkeit des Seins. In den Griff ist es nämlich nicht zu bekommen — deshalb fällt uns Gegenwärtigen diese Phase so schwer. Denn wir sind darauf aus, die Dinge in den Griff zu bekommen, um sie zu handhaben, mit unseren Techniken — immer so, daß wir als die Manipulatoren am Drücker stehen. Der lichtvolle Schein läßt sich weder greifen noch fassen.

Das Neue und Kommende kann nicht angestrebt werden. Es gibt Therapeuten, die verwechseln Therapie mit Anpassung an bestimmte Normen, an Ziele, Ideale oder Menschenbilder. Darin liegt die Gefahr des therapeutischen Schematismus. Ein solcher Schematismus liegt beispielsweise vor, wenn der Psychotherapeut sagt: dieser extrem abhängige Mensch muß lernen, autonomer zu leben; oder dieser Extravertierte hat ein Defizit an Innerlichkeit — dazu muß ich ihm verhelfen.

Daß ein so simpler Schematismus wirklichkeitsfremd ist, beweist ein bekannter psychoanalytischer Theroretiker namens *Heinz Kohut*. Er hat dargelegt: bei sogenannten narzißtischen Persönlichkeitsstörungen, die sich symptomatisch durch Depression, Abkapselung, soziale Isolation, strukturell durch Phantasien der eigenen Überlegenheit und Größe (Motto: „I am the king“) kennzeichnen, ist das Ergebnis der „therapeutischen Umwandlung“ ein ganz merkwürdiges: nämlich Einfühlung, Kreativität, Weisheit und Humor sind das Resultat der therapeutischen Wandlung. Rational ist es gar nicht einzusehen, warum gerade diese Talente bei einer Wandlung des Narzißmussyndroms zum Vorschein kommen sollen.

Beispiele aus der Leibtherapie fehlen mir — sie müßten den Charakter des Offenseins, des unerwartet Neuen haben.

Die zeitgenössische Lyrikerin *Annemarie Schwarz* weist hin auf die Gefahr beim Aufscheinen des Neuen in ihren Zeilen:

„ALLES IST ANDERS

*Auf dem untersten Grunde,
der dem gepanzerten Taucher
auch mit Atemgeräten
nicht mehr ersinkbar ist,
schimmern unversehrt
durch Mülle von Atomen
noch immer die Gesichter Kains.*

*Unter der Sucht
nach dem Greifbaren,
dem Stehenwollen
auf Formeln,
auf besonderem Gesetz,
auf dem Erstorbenen,
dem Nichtwissenwollen,
was eigentlich erklärbar ist,
unter der Sucht,
sich vorbei zu mogeln
an nicht katalogisierbarer
Vielfalt:*

*liegt eine entthronte Region,
in der Götter und Engel
sich der Zahl
und dem Maßstab
entziehen.
Neues finden ist schwer.
Es führt keine Fährte
in Ungewisse,
kein Echo kehrt
von vergangenen Schritten.
Schon der Begriff Richtung
stimmt nicht.*

*Alles ist anders,
selbst die Sprache
will nicht mehr passen.
Die Worte sind abgenutzt
wie brüchige Seide,
die noch in gewohnte Falten
sich fügt,
doch an gestaltlosen
Leibern zerfällt,
denn das Neue ist rauh
wie kratzende Wolle,
wie ungewaschener Stoff.“*

Die Angst in der Wandlung ist am subtilsten. Sie ist von Erschrecken und Enttäuschung getönt — es ist keine laute Angst wie in der Katharsis. Die Angst ist still. Für Stille sorgt die realisierte schmerzhafteste Enttäuschung darüber, daß das Alte keinen Bestand mehr hat.

6. „Wer bist Du?“

Neu Kommunizieren. Das Geschehen dieser Phase ist am schwersten in Worte zu fassen — denn es ist inhaltsleer. Es ist Materialisation des Unmöglichen, Formgebung des Geistes. Geist verbirgt sich heute allzu leicht hinter den Worten. Laotse' Spruch weist darauf hin:

„Dreißig Speichen treffen die Nabe
aber das Leere in ihnen erwirkt das Wesen des Rades.
Aus Ton entstehen Töpfe
aber das Leere in ihnen wirkt das Wesen des Topfes.“

Von außen registriert der Beobachter, daß neues Verhalten — sei es leiblicher, innerseelischer oder mitmenschlicher Art — eingeübt wird. Und der Betrachter (*Buber*) — der auch außen steht — ist erfreut darüber, daß eine längst ersehnte Sache endlich erfüllte Form gewinnt. Nicht die Form ist das Entscheidende — auch nicht die neue Form. Form und Struktur gibt es auch in der Konfrontation. Form geworden inneres Verständnis und Klarheit der Beziehung, zum eigenen Leib, zum Mitmenschen und zur Sache, erfüllen diese Phase. Inneres Verständnis für den Anderen und Versöhnung zwischen Ich und Du — es ist die Selbstverständlichkeit, das Neue und den Anderen zu akzeptieren, ohne ihn festzulegen.

Diese Phase ist reine Aktion — Aktion richtig verstanden. Durch Tätigsein verwirklicht sich das, was zuvor angestoßen und erhofft wurde. Reines Tätigsein ist von zwei Verwechslungen zu unterscheiden, die sich durch Tätigkeit (nicht Tätigsein) kennzeichnen: Agieren und kollektives Verhalten.

Agieren gehorcht subjektiver Willkür, dem infantilen Ausleben verdrängter Komplexe und Spannungen. Dem Agieren fehlt die objektive Klarheit, die den Notwendigkeiten der Sache unterworfen ist. Neu Kommunizieren gehorcht ganz bestimmten Regeln — es sind individuelle Normen, in denen eine allgemeine Norm transparent werden kann: ein Bewegungsfluß, den wir auch bei einem verkrüppelten Menschen als schön empfinden, oder eine Schwingung des Atems, die bei einem mit Emphysem behafteten Patienten ihre Grundfigur wieder durchscheinen läßt. Niemals sind diese neuen Beziehungsweisen Ausdruck einer kollektiven Durchschnittsnorm, die berechenbar oder übertragbar ist. Die Therapeutin, die in dieser Phase verständlicher Weise entlastet stöhnt, weil der Patient endlich nach langen Kämpfen

soweit ist, daß er die aufgetragenen Übungen willig tut, und die dann nach Schulrezept ihre altbekannten Techniken verordnet, begeht eine Sünde wider den Geist. Denn der Patient darf keine Schema-Norm üben, sondern er muß sich seinen individuellen Stil der Atembewegung erarbeiten.

Wenn der Therapeut die vorhergehenden Phasen innerlich nicht mit- oder nachvollzogen hat, dann ist er leicht einem derartigen Schematismus ausgeliefert. Nicht selten genügt für den Therapeuten lediglich der Nachvollzug der fünf vorhergehenden Phasen: nämlich dann, wenn Patienten diese Phasen schon ohne fachmännische Hilfe durchschritten haben und jetzt noch der individuellen Formung bedürfen, beispielsweise mit Hilfe einiger technischer Hinweise des Therapeuten. In diesem Fall ist es um so wichtiger für den Therapeuten, diese Phasen tatsächlich zu erkennen — nicht aber womöglich auf Phase eins, die Störung, einzusteigen. Denn für beide Phasen, Störung wie Neu Kommunizieren, kann die Frage des Patienten: „Was soll ich tun?“ typisch sein. Im Fall der Störung ist die Frage bestimmt durch ängstliche Verunsicherung, die im Therapeuten den großen Heiler sieht und von ihm die möglichst rasche Beendigung einer Unsicherheit erwartet, deren tiefere Begründung sich die Naivität nicht einzugestehen wagt. Im Fall des Neuen Kommunizierens spielt ebenfalls Unsicherheit in die Frage hinein; aber es ist die aus der Offenheit erwachsene Unsicherheit, ohne Angst — der Patient ruft jetzt im Therapeuten den Partner an, der einen Vorsprung an technischer Erfahrung besitzt und dessen Erfahrung sich der Patient in eigener Arbeit zunutze machen möchte.

Neu Kommunizieren ist die Phase des *In-die-Hand-Nehmens* (*Dürckheim*) [In-die-Hand-nehmen = Im-manzipation, im Gegensatz zu E-manzipation (= sich autonom Verselbständigen)]. In-meine-Hand-nehmen gilt dem anderen Menschen wie dem eigenen Leib. Des Anderen Hand nehme ich vertrauensvoll in meine Hand mit der ehrfürchtigen Grundfrage: „Wer bist Du?“ Ich und Du begegnen einander in herzlichem Respekt, ohne in unbewußter Mit-Menschlichkeit zu verschmelzen. Ebenso nehme ich meinen Leib — meinen psychophysischen Organismus — in meine Hände als ein Wesen eigener Art mit seinen eigenen Gesetzen, das gleichwohl zu mir gehört. Neu mit meinem Leib kommunizieren heißt nicht, in jugendlichem Frohsinn mit ihm umzuspringen, ihn mir verfügbar zu halten, um ihn für entfremdende Zwecke auszubeuten (*Fromm* 1977). Im Neuen Kommunizieren lausche ich dem machtvollen oder sanften Klang meiner Stimme, ich spüre den Druck meines Körpers und die schwingende oder eckige Linie meiner Bewegung: Ich verwirkliche meinen „Leib, der ich bin“ (*Dürckheim*). In dieser Phase sind die Menschen nicht euphorisch ge-

stimmt. Es herrscht sachliche Klarheit. Freude, Bewußtheit der eigenen Grenzen; die Grenzen finden in der Kommunikation mit dem Anderen ihren tieferen Grund.

Diesen Abschnitt über den therapeutischen Prozeß möchte ich mit zwei Gedanken beschließen.

1) Die Phasenfolge ist eine *wesenhafte Ganzheit*; sie folgt nicht einer uhrzeitlich festgelegten Schablone. Eine innere Gesetzmäßigkeit wohnt ihr inne. Zeit ist deshalb auch nicht extensiv und explosiv zu verstehen, Zeit ist intensiv und implosiv. Zeit ist eine Dimension eigener Art, die angesichts dieser Phasen von uns ein integrales Bewußtsein verlangt (*Gebser*). Zeit läßt sich von uns nicht machen — wir müssen Zeit reifen lassen. Reife kommt schubweise, phasisch, nicht stetig. Erscheinungsbildlich heißt das: während einer konkreten Therapie können die Phasen in anderer Reihenfolge als der hier geschilderten auftauchen. So etwa wird der gute Therapeut nicht sogleich mit der Konfrontation beginnen; er wird Elemente des Wandels aufspüren und sie dem Patienten anbieten, um Mut und Hoffnung zu säen. Zugleich wird der Therapeut aber immer wissen, daß die Phasen in ihrer ganzen Gestalt erfüllt sein müssen, bevor ein Problem tatsächlich bewältigt ist.

2) Der therapeutische Prozeß ist ein Weg — kein Ziel. Der Weg fordert Mühe. Anstrengung, Engagement und die bewußte Entscheidung zum Weiterschreiten von Phase zu Phase — vom Patienten wie vom Therapeuten; darin erscheint das *wahre Selbst* von beiden. Als Nebenprodukt des Weges kann sich die Selbststeuerung unseres psychophysischen Organismus wiederherstellen.

Selbst-Steuerung wiederherstellen, *Restitutio ad integrum* heißt nicht: den alten Zustand von totaler Leistungsfähigkeit aller Funktionen herbeizuführen, wie er vor der Erkrankung herrschte. Das ist ein funktionalistisches Mißverständnis der modernen Medizin, dem wir alle auch ausgesetzt sind.

Die Ganzheit des Weges zu durchschreiten, gilt vor allem auch für unsere Patienten mit chronischen Krankheiten und Behinderungen — in kleinen Schritten und mit innerem Gewinn. Gerade bei ihnen kann die Sinnerfüllung sehr groß sein, wenn der Schritt — äußerlich, funktional gesehen — ganz klein ist. In diesem Sinn möchte ich ein Wort des Schweizer Psychiaters *Jacob Klaesi* zitieren:

„Gesundheit ist das Vermögen, auch Krankheiten und Gebrechen gleichmütig, wenn nicht gar heiter und dankbar, jedenfalls aber würdig und fruchtbringend zu ertragen.“

3.5.4 Chronobiologische Zeitstrukturen

Obwohl periodische Prozesse in der Medizin schon lange bekannt sind, hat man sich ihrer in der Grundlagenforschung und klinischen Praxis systematisch erst seit der ersten Hälfte dieses Jahrhunderts angenommen. *Gebser* mag mit seiner Behauptung Recht haben, daß das Zeitalter der Temporik — einer Bewußtheit für die originäre Qualität der Zeit — erst angebrochen ist.

Hildebrandt (1977) hat *normale spontan-rhythmische Vorgänge* im Menschen wie auch *Rhythmen bei Krankheiten* und deren Beziehungen zueinander herausgearbeitet. Das Gesamtspektrum normaler

Tabelle 4: Übersicht über Periodendauer und funktionelle Bedeutung der hygiogenetischen Reaktionen und ihre Eingliederung als reaktive Perioden in das Spektrum der spontan-rhythmischen Vorgänge im Menschen (Hildebrandt, 1977b).

Periodendauer	Funktionelle Bedeutung
<i>Jahresrhythmus</i>	
6, 4, 3, 1½ Monate	Spezifische, trophisch-plastische Adaptation (Chronifizierung, „überschießende Erholung“)
<i>Monatsrhythmus</i>	
21, 14, 9–10, 7 Tage	Allgemeine, funktionelle Adaptation (Selbsteilung, Langzeiterholung)
<i>Tagesrhythmus</i>	
12, 8, 6, 4 u. a. Stunden	Zentral koordinierte Erholung (vegetative Gesamtumschaltungen)
<i>Stundenrhythmus</i>	
z. B. 2 Minuten	Lokale Erholung (Nutritionsreflexe)
<i>Minutenrhythmus</i>	

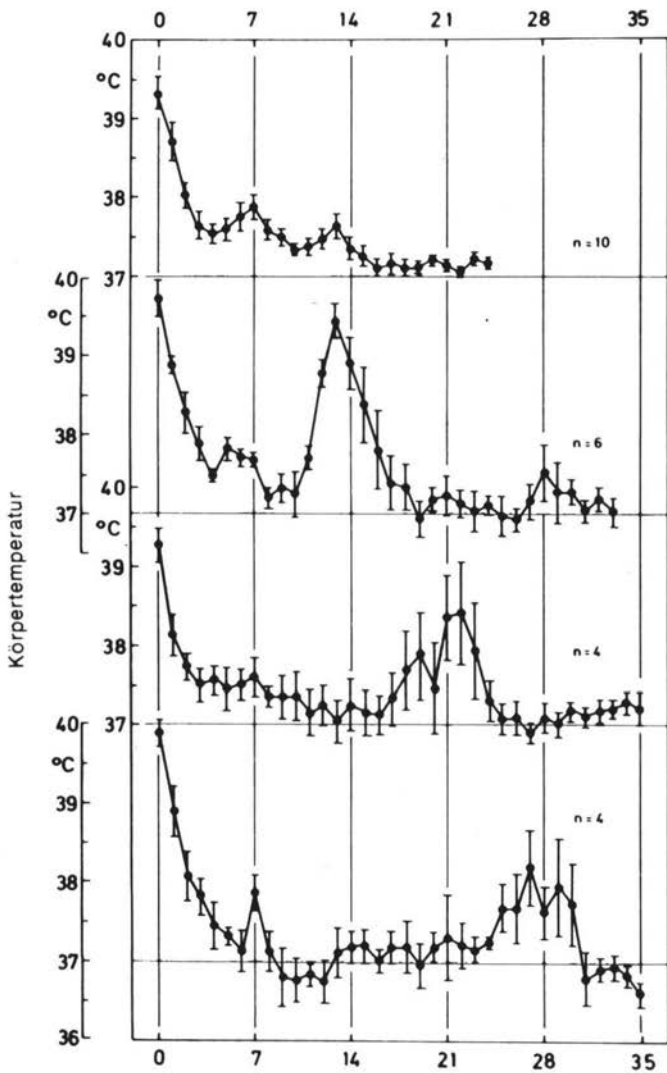


Abbildung 1: Mittlerer Fieberverlauf bei Kindern mit Scharlachkomplikationen ohne antibiotische Behandlung (untere drei Kurven) im Vergleich zum Verlauf bei unkomplizierten Scharlachfällen (obere Kurve) (Hildebrandt 1977b).

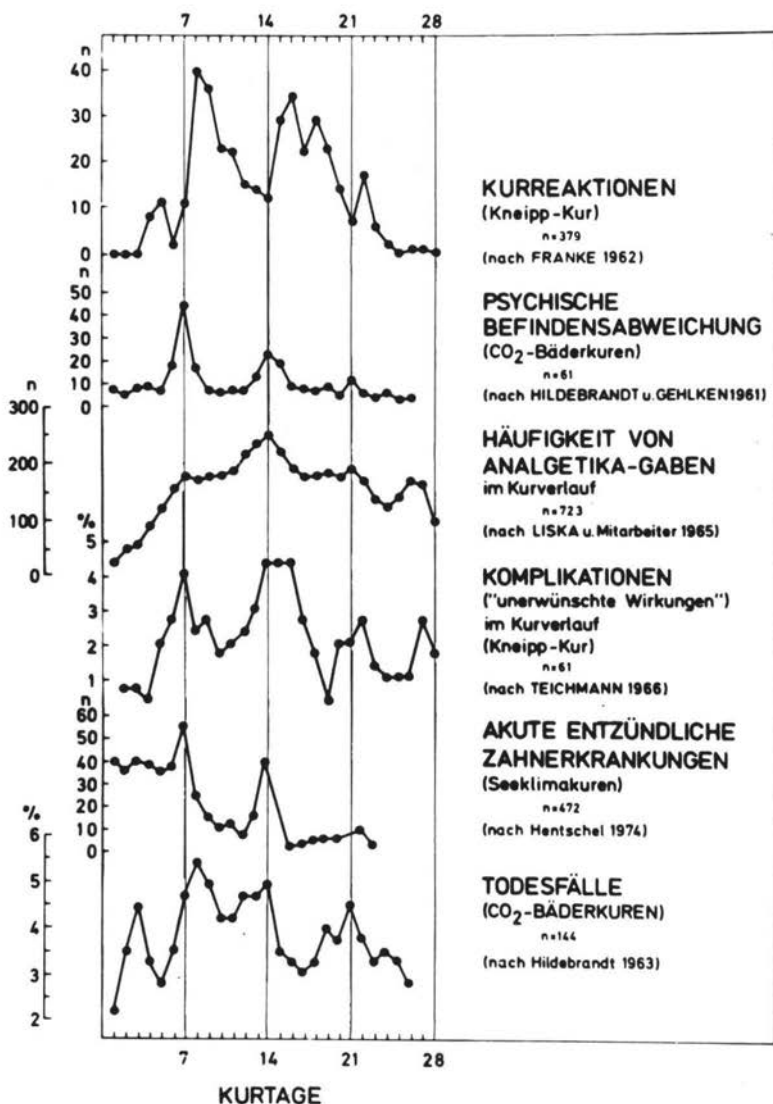


Abbildung 2: Häufigkeitsverlauf verschiedener Indikatoren für Kurkrisen, zusammengestellt nach Ergebnissen der Literatur, die bei verschiedenen Formen der Kurbehandlung gewonnen wurden (Hildebrandt, 1977a).

spontan-rhythmischer Prozesse weist eine *hierarchische Gliederung* auf (Tab. 4). Die Perioden dauern von Sekunden bis zu Monaten. Für die Psychotherapieforschung ist bislang nur die rhythmische Gliederung der Traumphasen von Interesse gewesen — Traumphasen gliedern sich dem Stundenrhythmus ein; sie dienen der zentral koordinierten Erholung i. s. von Tab. 4. Es ist das Verdienst *Hildebrandts*, periodische Prozesse bei Krankheiten in ihrer Beziehung zu den Spontanperioden erforscht zu haben. Heilungsprozesse bei Krankheiten (z. B. Scharlach, Abb. 1) oder bei Krisen (z. B. im kritischen Verlauf von Bädrekuren, Abb. 2) gehorchen einer 7-Tagesperiodik (Zirkaseptanperiodik). Als durchschnittliche Periodendauer bei balneologischen Kuren fand *Hildebrandt* 4 oder 6 Zirkaseptanperioden: die 4-Wochen-Periode bei der Erholung eines ermüdeten Organismus mit erhaltener Durchschnittsflexibilität; dagegen die 6-Wochen-Periode (oder noch weiter ausgreifende Perioden) beim chronisch fehlgesteuerten Organismus, also bei Menschen mit chronischen Krankheiten. Es ist von mehr als theoretischem Interesse, daß die Periodendauern der Erholungsphasen (1, 1 1/2, 3 Monate usw.) bevorzugt im *ganzzahligen Verhältnis* zum Jahresrhythmus stehen (1:12; 1:8; 1:4 usw.).

Hypothetisch ließen sich zwei chronobiologische Thesen für eine allgemeine temporische Therapielehre formulieren:

- Heilungsprozesse laufen in *bestimmten Perioden* ab — nicht willkürlich; die Wochenperiode oder das Vielfache der *Zirkaseptanperiode* sind dabei bestimmend.
- die therapeutischen Perioden stehen in *ganzzahligen Proportionen* zu Spontanperioden.

Aus der Psychotherapie und Psychosomatik sind chronobiologische Untersuchungen in systematischer Weise nicht bekannt. Jedoch gibt es Berichte über *intuitiv* gewählte Zeitintervalle. *Annemarie Dührssen* läßt im Rahmen ihrer dynamischen Psychotherapie ihre Patienten selbst die Zeitpunkte wählen, zu denen sie eine psychotherapeutische Konsultation brauchen — allerdings ist die Intervall-Länge nicht aufgezeichnet; es wäre interessant, ob sich die Intervalle periodisch gliedern, wenn man ihre durchschnittlichen Dauern berechnete. Der Pariser Psychotherapeut *Roland Cahen* berichtet, er habe zunächst aus ganz anderen als chronobiologischen Gründen Periodendauern von 3 Monaten Therapie und 3 Monaten Pause bei seinen Langzeitbehandlungen einführen müssen. Diese periodische Gliederung habe sich so bewährt, daß er das Verfahren systematisierte und jetzt bevorzugt und mit therapeutischer Absicht innerhalb derartiger Zeitperioden behandelt.

3.5.5 *Abschließend und zusammenfassend* läßt sich bei Betrachtung der vier erwähnten temporischen Gebiete ahnen, daß die *Zeit als solche* eine Dimension eigener therapeutischer Macht ist; sie ist nicht-räumlich, nicht-sinnlich, nicht-politisch-gemeinschaftlich und schon erst recht nicht-weltanschaulich geartet. Es bedarf sicherlich erheblicher Anstrengungen, um so verschiedene Gebiete wie Chronobiologie und Synchronizität in einer integralen Theorie sinnvoll miteinander in Beziehung zu setzen. Der praktizierende Therapeut muß jedoch nicht die Erstellung einer solchen Theorie abwarten; wenn er sich die bisher beobachteten und beschriebenen Phänomene zu eigen macht, so können diese Beobachtungen schon genügend Hinweise für ein vernünftigeres Handeln bieten als eine solche therapeutische Praxeologie, für welche die therapeutische Temporik nichts anderes ist als ein schwarzer Kasten.

3.6 *Therapie: Kunst des Heilens — nicht Wissenschaft*

Der Therapeut ist Heil-Künstler und Heil-Kundiger. Der Wissenschaftler dagegen ist Fakten-Sammler und Fakten-Ordner. Er ist der Diener des Heilkünstlers, indem er ihm das jeweils notwendige Wissen anbietet und zureicht.

Wissen als solches ist abstrakt, unlebendig und es ist — in absoluter, reiner Form verabreicht — für den Patienten nicht warm und lebensweckend, sondern kalt und tötend.

Die merkwürdige Dominanz der Wissenschaft in der therapeutischen Welt von heute ist eine Fehlkonstruktion. Dieser strukturelle Fehler liegt auf der gleichen Ebene, wie wenn die Generalstäbler statt der Generäle die Armee führten: in der Militärgeschichte ist aber noch kein gewonnener Krieg bekannt, der durch die Stäbe (und seien sie noch so logistisch organisiert) geführt wurde.

Kunst hängt etymologisch mit Können, Geschicklichkeit und Sachkenntnis zusammen — und zudem zielt Kunst auf das *Wissen* im Können ab: das Wort Kunst umfaßt das lateinische *ars und scientia*, weshalb es im deutschen Wortschatz ab 1270 nach Chr. das bis dahin verwendete Wort „List“ (= Können, Geschick) ablöste. Der Künstler ist nicht nur der Könnler und Kenner, sondern auch durch sein tieferes Wissen um die Dinge an ihr Wesen gebunden. Scharlatanerie liegt dem Wissenden fern. Würde der Therapeut aber beim reinen Wissen stehen bleiben, so käme er nicht zur Gestaltung der Heilungs-Prozesse, deren wahrer Anwalt er ist.

Wissen legt fest — durch die Fülle des faktischen Seins, das schließlich auch statistisch erfaßt und begriffen ist. Wissen ist durch die Ver-

gangenheit fixiert: denn alle Fakten wurden einmal in der Vergangenheit gewonnen. Und in absoluter (wissenschaftlicher) Form könnte der Therapeut die Fakten nur dann benutzen, wenn er Therapie als Fortpflanzung der Vergangenheit betrachtete. Er wäre dann ein Wissenschaftler, der nicht in die Offenheit und Zukunft hinein therapieren würde, sondern die Zukunft durch reproduzierte Vergangenheit vermauerte. Die Geistesgegenwart, der Kairós, der Geistesblitz, der eine mögliche Zukunft eröffnet, ist diesem re-produktiven Wissenden fremd.

Der Therapeut gestaltet mit allem ihm zur Verfügung stehenden Wissen und Können die Gegenwart um der Zukunft seines Patienten willen. Er ist gebunden an die Regeln seiner Kenner- und Wissenschaft. Aber im entscheidenden Moment — dem Kairós — ist er berechtigt, diese Regeln so zu variieren, wie die dialogische Situation es erzwingt. Diese Variation kann einen Bruch mit herkömmlichen Regeln bedeuten. Bruch ist aber niemals Willkür: er läßt sich *nachträglich* immer aus der therapeutischen Situation begründen — aber im Vorgriff ist er nicht kalkulierbar. So verstanden ist *Kunst gestaltete Gegenwart*.

Aus der chronobiologischen Zeitstruktur möchte ich ein Beispiel nehmen, um den Unterschied zwischen Heilkunst und Wissenschaft zu verdeutlichen: Rhythmus und Periode können kennzeichnende Worte sein. Periode ist fixiertes Zeitintervall, Rhythmus ist individuell abgestimmte Periodik: die 6-Wochen-Periode der Kur ist für den Chronischkranken im allgemeinen richtig; aber in einem bestimmten Fall entließ der Kurarzt seinen Patienten schon nach 2 Wochen aus der Kurklinik — unter dessen heftigem Protest. Der Doktor hatte erkannt, daß bei diesem Menschen sich überhaupt keine kritische Phase anbahnen konnte wegen dessen gepanzelter Angstabwehr. Mit dem Protest wurde der Charakterpanzer erschüttert und gelockert — und der Patient wurde später zu einer sinnvollen Kur von 7 Wochen wieder aufgenommen. Notabene: der Arzt handelte *intuitiv* und *situationsgerecht*, ohne absichtsvolle Kalkulation auf eine solche mögliche Entwicklung.

Abschließend ein Beispiel des räumlich sichtbaren Rhythmus: wenn ich an einem haargenau gleichmäßigen Gartenzaun entlangsehe, so wirkt diese Periodik ermüdend; dagegen wird das Auge angeregt durch eine ganz kleine Variation dieses Gleichmaßes. Der perfekte Gartenzaun ist maschinell gebaut, nach dem Gesetz rationaler Wissenschaft; der andere durch die künstlerische Hand des Schreiners, der Freude am Gestalten hat und sein Werk liebt.

Zusammenfassung

Die gegenwärtige, und noch mehr die zukünftig zu erwartende gesundheitspolitische Lage erfordert unbedingt die Entwicklung eines integralen Konzeptes von Therapie: nicht nur die in ihrer materialistisch-atomistischen Weltanschauung begründete Einseitigkeit der Schulmedizin und ihre entsprechenden Folgen für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, auch das rigorose Hereinfluten einer ungeordneten Fülle psychologischer Verfahren in die psychotherapeutische Versorgungs-Lücke, ebenso wie die nicht integrierte Existenz tradierter, rational begründeter und erfolgreicher Heilmethoden fordern zu einer Erarbeitung des Konzeptes heraus. Selbstverständlich gehören zu einem solchen Konzept sowohl somatotherapeutische, psychotherapeutische und gemeinschaftstherapeutische Methoden. In einem integralen Konzept müssen auch die weltanschaulichen Hintergründe und die anthropologischen Grundlagen der verschiedenen Therapieschulen, z. B. Schulmedizin, Tiefenpsychologie, Humanistische Psychologie, Homöopathie, anthroposophische Medizin sichtbar werden. Mein Vorschlag bringt bestimmte Grundstrukturen für ein integrales Konzept: sich selbst verantwortende Gemeinschaftsbildung der Therapeuten (statt zentralistischer Institution); Dialog (Interaktion) zwischen Therapeut und Patient; Phänomenologie der therapeutischen Mittel (z. B. Wort, Musik, Pharmakon); Wirkprinzipien (Interventionsstrategien); Strukturen therapeutischer Zeit (z. B. Chronobiologie, Synchronizität); Therapie als Heil-Kunst (nicht Wissenschaft).

Diese Grundstrukturen lassen sich fundieren durch die philosophische Phänomenologie und allgemeine Kulturphilosophie (*Gebser*). Ein ausgeprägter Trend des Zeitgeistes widersetzt sich dieser Integration — dazu gehört der traditionelle Egoismus der Schulen und Weltanschauungen ebenso wie das machtpolitische Gewicht neuer Blockbildungen (wie die neue Verbindung von Psychoanalyse und Schulmedizin). Im Interesse des Ganzen — nämlich einer sinnvollen therapeutischen Versorgung ebenso wie der Kooperation von Therapeuten untereinander — jedoch müssen große Anstrengungen zur Bildung integraler Strukturen gemacht werden. Notwendigerweise werden sich für die gegenseitige Abstimmung auch geeignete politische Instrumente (z. B. „konzertierte Aktion“) bilden müssen.

Literatur:

- Bartschies, D. u. A. Volriede*, Psychotherapeutische Erfolgsstatistiken — eine kritische Studie — Dissertation: Medizinische Hochschule Hannover, 1982.
Buber, Martin, Das dialogische Prinzip, 3. Auflage Heidelberg, Lambert Schneider, 1973 (s. S. 150).

- Bühler, K.-E. u. D. Wyss, Anthropologisch-integrative Psychotherapie — Neurosenkonzeption und Krankheitsbegriff (dieses Buch).
- Cahen, R., Abwesenheit und Rhythmus als therapeutische Faktoren, *Z. Analyt. Psychol.* 7: 123-151 (1976).
- Cohn, R., Zur Grundlage des themenzentrierten interaktionellen Systems: Axiome, Postulate, Hilfsregeln, *Zschr. Gruppendynamik* 5: 150-159 (1974).
- Cohn, R., Von der Psychoanalyse zur themenzentrierten Interaktion, Stuttgart: Klett 1975.
- Danis, J., Gruppenstudien, München: Diotima 1980.
- Dührssen, A., Analytische Psychotherapie in Theorie, Praxis und Ergebnissen, Göttingen: Vandenhoeck u. Ruprecht 1972.
- Dürckheim, Karlfried, Erlebnis und Wandlung, erw. Neuausgabe München/Wien, O. W. Barth, 1978.
- Eucken, W., Grundsätze der Wirtschaftspolitik, Bern/Tübingen 1952.
- Feige, L., Zwang als konstitutives Element einer freiheitlichen Krankenversicherung, *Medizin-Mensch-Gesellschaft* 4: 216-223 (1979).
- Freyberger, H. (Hrsg.), Psychotherapeutic Intervention in Life-Threatening Illness (Advances in Psychosomatic Medicine Vol. 10) Basel: S. Karger 1980.
- Fromm, E., Die Kunst des Liebens, Zürich: Ex libris 1956.
- Fromm, E., Haben oder Sein, München, dva. 1977.
- Gebser, J., Ursprung und Gegenwart (1949, 1953 dva; 1973 dtv), Gesamtausgabe Bd. II-IV, Schaffhausen: Novalis 1978.
- Hahn, P., Allgemeine Klinische und Psychosomatische Medizin (Entwicklung und Standort), in: Heidelberg Jahrbücher XXIV, Heidelberg: Springer 1980.
- Hensel, H., Die Sinneswahrnehmung des Menschen, *Musikther. Umschau* 1: 203-218 (1980).
- Herzog, W., Die wissenschaftstheoretische Problematik der Integration psychotherapeutischer Methoden, *Integrative Therapie* 6: 261-280 (1980).
- Hildebrandt, G., Wirkprinzip und Effektivität der Kurortbehandlung, *Therapiewoche* 27: 1911-1925 (1977a).
- Hildebrandt, G., Hygiogenese, *Therapiewoche* 27: 5384-5397 (1977b).
- Husemann, F., Das Bild des Menschen als Grundlage der Heilkunst (3 Bände) 3. u. 8. Auflage Stuttgart: Freies Geistesleben 1978, 1979, 1980.
- Husserl, E., Husserliana, Gesammelte Werke, Haag: Martinus Nijhoff 1954.
- Jung, C. G., Synchronizität als ein Prinzip akausaler Zusammenhänge, Ges. Werke Bd. 8, Olten/Freiburg. Walter 1971.
- Kaschnitz, M. L., Wohin denn ich?, Hamburg, Classen 1962.
- Kohut, H., Narzißmus, Frankfurt, Suhrkamp 1974.
- König, K., Geister unter dem Zeitgeist, Stuttgart: Freies Geistesleben 1973.
- Krüger, H., Therapeutische Gemeinschaft: Historische Entwicklung, Ziele, Probleme, in: H. Kayser u. a., Gruppenarbeit in der Psychiatrie, 2. Aufl. Stuttgart: Thieme 1981.
- Linsenhoff, A., R. Bastine u. D. Kommer, Schulübergreifende Perspektiven in der Psychotherapie, *Integrative Therapie* 6: 302-322 (1980).
- Müller-Wiedemann, H., Die Auslöschung des Ich (Zur Konditionierung des Bewußtseins), *Die DREI* (Stuttgart), 47: 330-339 (1977).
- Müller-Wiedemann, H., Nachwort in: F. W. Zeylmans v. Emmichoven, „Die menschliche Seele“, S. 233-253, 2. Aufl. Basel: Die Pforte 1979.
- Petersen, P., Integrative Tiefentherapie (dargestellt am Beispiel der Therapie eines psychosomatischen Patienten), *Therapiewoche* 28: 8167-82 (1978).

- Petersen, P., Therapeutische Phasen bei der psychosomatischen Behandlung, *Z. Phys. Med.* 9: 282-86 (1980a).
- Petersen, P., Übertragen und Begegnen im therapeutischen Dialog (Ansätze zu einer Anthropologie der therapeutischen Beziehung) S. 13-36 in: H. Petzold, Die Rolle des Therapeuten, Paderborn, Junfermann 1980b.
- Petersen, P., Überblick über die Gruppenarbeit, Ausbildung in Gruppenarbeit, in: H. Kayser u. a., Gruppenarbeit in der Psychiatrie, 2. Aufl., Stuttgart: Thieme 1981.
- Petersen, P., Aspekte integrativer Therapie, *Zschr. Klin. Psychol. Psychoth.* 29, H 4 (1981a).
- Petersen, P., Zur Ordnung der Psychotherapie (Stellungnahme zum Entwurf des psychotherapeutengesetzes BMJFG 315-4335 — 1/1 1978) *Medizin-Mensch-Gesellschaft* 6: 259-268 (1981b).
- Petzold, H., Modelle und Konzepte zu integrativen Ansätzen der Therapie, *Integrative Therapie* 6: 323-350 (1980a).
- Petzold, H., Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung, Paderborn: Junfermann 1980b.
- Petzold, H., Integrative Arbeit mit einem Sterbenden, mit Gestalttherapie, Ton, Poesie-therapie und kreativen Medien, *Integrative Therapie* 6: 181-193 (1980c).
- Richter, H. E., Der Aufstand der Gefühle (Wer nicht nach außen kämpft, gibt sich auch innerlich auf), *Die Zeit* 36. Jg. S. 52 (26.6.1981).
- Scheurle, H. J., Überwindung der Subjekt-Objekt-Spaltung in der Sinneslehre. Phänomenologische und erkenntnistheoretische Grundlagen der allgemeinen Sinnesphysiologie, Stuttgart: Thieme 1977.
- Schoene, W., Erkenntnisleitende Modelle als Muster sozialer Beziehungen (Über eine Schwierigkeit im Fortgang angewandter Wissenschaften vom Menschen) *Medizin-Mensch-Gesellschaft* 4: 203-210 (1979).
- Schwarz, A., Kratzende Wolle (Gedichte), Delmenhorst, Siegfried Rieck 1977.
- Steiner, R., R. St. Gesamtausgabe: Goethes n. w. Schriften (1)
 — Grundlinien einer Erkenntnistheorie (Nr. 3)
 — Die Philosophie der Freiheit (Nr. 4)
 — Goethes Weltanschauung (Nr. 6), Dornach/Schweiz: R. Steiner Vlg.
- Theunissen, M., Der Andere, 2. Aufl., Berlin, de Gruyter 1977.
- Trotzki, L., Tagebuch im Exil, München dtv. 1962.
- Wehr, G., C. G. Jung u. R. Steiner (Konfrontation und Synopse), Stuttgart: Klett 1972.
- Weizsäcker, V., v., Pathosophie, Göttingen: Vandenhoeck u. Ruprecht 1956.
- Witte, E., Zur Integration psychotherapeutischer Maßnahmen auf der Basis sozialpsychologischer Konzepte, *Integrative Therapie* 6: 281-301 (1980).
- Wyss, D., Die tiefenpsychologischen Schulen, 5. Aufl., Göttingen: Vandenhoeck u. Ruprecht 1977.

Methodenintegration — Möglichkeiten und Gefahren aus der Sicht der Psychoanalyse

Günter Ammon

unter Mitarbeit von Dörte Griepenstroh, Berlin

1. Zum Begriff der Methodenintegration

Die Unüberschaubarkeit der Vielzahl von Theorien und Methoden zur Erklärung psychischer Geschehnisse, Prozesse und Strukturen zum jetzigen Zeitpunkt ist wohl unbestritten. *Walter Herzog* (dieses Buch) weist darauf hin, daß keine spezifisch diesem Forschungsgebiet entsprechende Wissenschaftstheorie vorliegt, und auch *Wolman* (1971) meint, daß die Psychologie eigene erkenntnistheoretische Probleme habe, so daß ein Wissenschaftler, der sich mit diesem Gebiet beschäftigt, auch eine eigene Wissenschaftstheorie zu entwickeln habe, die auf die spezifischen Anforderungen dieser Wissenschaft zugeschnitten sei.

Diese Lücke in der Wissenschaftstheorie wird vor allen Dingen offensichtlich, wenn wir die Dynamik und Funktionsweise des Unbewußten sowie die synergistische Beziehung zwischen Unbewußtem und Bewußtem erforschen und erfassen wollen. Interessant ist in diesem Zusammenhang der Vergleich von Mythen und Wissenschaft, den *Paul Feyerabend* (1976, S. 23) zieht. Er weist darauf hin, daß der Mensch der Urzeit „uns bekannte Beziehungen und Vorgänge, wie etwa die Präzession der Äquinoktien auf ungewöhnliche Weise darstellt und unbekanntes, der Wissenschaft unzugängliche Beziehungen aufgrund dieser besonderen Darstellungsweise entdeckt hat. Darstellungsweise und Methode sind in einem Mythos vereinigt, der den Einzelmenschen an den Stamm bindet und seinem Leben einen Sinn verleiht“. Weiter führt er aus, daß die rationalistische Erforschung der Welt an Grenzen stoße und nur beschränktes Wissen hervorbringen könne.

Das Unbewußte gehorcht nicht den Gesetzmäßigkeiten aristotelischer Logik, so daß wir hier ganz neue Wege suchen müssen. In dieser Hinsicht stimme ich mit *F. V. Bassin* (1978, S. 243) überein, der dazu sagt: „Es erfordert ein Überdenken von vielem Gewohnten und klar Erscheinenden. Daher ist es nicht verwunderlich, daß die Auseinandersetzung mit dem Unbewußten auch das Wesen des Phänomens und die Methoden des Zugangs zum Phänomen einschließen. Ströme von

Tinte wurden von unseren Großvätern und Vätern beim Durchführen dieser beiden großen Pläne verbraucht“.

Diese Tintenströme, von denen *Bassin* spricht, werden m. E. auch noch weiterfließen müssen, bis eine adäquate autochthone Wissenschaftstheorie gefunden ist, die den Ansprüchen und Erfordernissen unseres Wissenschaftszweiges entspricht.

Als Tatsache können wir festhalten, daß ein fundiertes wissenschaftstheoretisches Modell zumindest zur Zeit als Kriterium für eine psychotherapeutische Theorie noch nicht ausformuliert ist. Daraus entsteht die Frage nach einem geeigneten Maßstab, der an eine psychotherapeutische Richtung anzulegen ist, d. h. welche Bedingungen und Forderungen sie erfüllen muß. Dieser Maßstab kann m. E. nur der Mensch selbst sein. Damit meine ich, daß wir von einer psychologischen Theorie erwarten müssen, daß sie von den Besonderheiten der psychischen Erkrankungen der heutigen Zeit wie auch den heutigen konstruktiven Entwicklungsmöglichkeiten ausgeht. Entsprechend ist es eine Notwendigkeit geworden, daß eine psychotherapeutische Schule ein Konzept über das Verständnis und die Behandlungsmethodik psychischer Krankheitsformen, psychosomatischer Krankheitsbilder und auch über die Borderline-Erkrankungen und die immer kleiner werdende Gruppe der sogenannten neurotisch reagierenden Patienten macht. Mit anderen Worten bedeutet das, daß in einem psychotherapeutischen Modell eine Vorstellung von konstruktiver menschlicher Entwicklung, Krankheitsentstehung, verbunden mit einem Persönlichkeitsmodell, integriert sein muß. Damit verbunden ist ebenso eine Integration der großen Disziplinen wie Psychiatrie und Psychoanalyse, Psychologie, Medizin und Pädagogik, die ebenso dringlich und notwendig ist, um dem kranken Menschen zu begegnen, Therapeuten umfassend in ihrer gesamten Persönlichkeit auszubilden und für ihre Aufgabe zu qualifizieren in einer breit gefächerten Ausbildung.

An dieser Stelle sind wir bereits mitten im Thema mit der Frage, was bedeutet eigentlich „Methodenintegration“? So kann man m. E. den Versuch, ein integriertes Therapiemodell zu schaffen, auf verschiedenen Ebenen ansetzen. Eine Ebene ist die Integration verschiedener Schulmeinungen, und zwar entweder von der Theorie her oder von ihrer Behandlungspraxis ausgehend. Diesen Weg sind eklektische Modelle gegangen, die eine Aneinanderreihung verschiedenster psychotherapeutischer Ansätze vollzogen haben mit verschiedenster Zielsetzung. Eine andere Möglichkeit ist die Methodenintegration von unterschiedlichen Wissenschaftsdisziplinen, die sich mit dem Thema „Der Mensch“ beschäftigen, wie Medizin, neurophysiologische Forschung,

Psychologie, Pädagogik, Linguistik und unter Umständen auch Philosophie, Soziologie, Politologie und Rechtswissenschaften. Eine dritte Form der Methodenintegration integriert sowohl die Erkenntnisse verschiedener Wissenschaftszweige als auch Aspekte verschiedener therapeutischer Schulen und stellt diese unter ein zentrales Prinzip. Dieses Prinzip kann ein formuliertes Menschenbild sein, von dem eine Theorie des Psychischen abzuleiten ist und die ebenso ein Verständnis für gesunde wie für kranke Entwicklung liefert. Dieses Prinzip kann aber auch direkt von den Bedürfnissen und Interessen eines Patienten geleitet sein, so daß sich die Integration auf dem Wege der Auseinandersetzung in einer Gruppe um die konkrete Behandlungsstrategie ergibt, die dann weiterführend theoretische Schlußfolgerungen zuläßt.

Die Vielzahl psychotherapeutischer Theorien und Modelle, die gerade in den letzten Jahren und zwei Jahrzehnten entstanden sind, schaffen ein breites Spektrum von Verständnisweisen menschlicher Seinsart, psychischer Erkrankung und daraus abgeleiteten Wegen, diesen Kranken zu helfen. Bereits diese Wege haben einen unterschiedlichen Ursprung; so ist ein Ausgangspunkt die Psychiatrie, d. h. die Konfrontation des Psychotherapeuten mit der Situation psychisch Kranker in psychiatrischen Kliniken; ein anderer Ausgangspunkt ist die akademische Psychologie, die ausgehend von der Frage nach Erklärungsmodellen für menschliches Verhalten auch sogenanntes krankes Verhalten untersucht und von daher bemüht ist, Theorien und Methoden zur Behandlung psychisch Kranker zu finden. Die Psychoanalyse möchte ich als dritten Ansatzpunkt nennen, die ihre Ursprünge in der Behandlungspraxis hat, ähnlich wie die Psychiatrie, die aber nicht wie die Psychiatrie das Symptom in den Mittelpunkt ihrer Forschung stellt, sondern den Menschen in seinem Gewordensein zu verstehen versucht. Dieses Gewordensein des Menschen, aus seiner Lebensgeschichte, die ihn wie auch immer beeinflußt haben mag, findet eine Ausdrucksform im Verhalten, was wiederum hauptsächlich Forschungsgegenstand der akademischen Psychologie ist und damit die Psychoanalyse mit der akademischen Psychologie verbindet.

Entsprechend ist die Behandlungsweise der Schulpsychiatrie vorwiegend symptomorientiert, die aus der akademischen Psychologie entspringende Methodik vorwiegend verhaltensorientiert. Die herkömmliche Psychoanalyse integriert beide Momente, allerdings auf der biologischen Grundlage des Triebmodells.

Ansätze zur Methodenintegration können entsprechend sich innerhalb dieser Ebenen bewegen oder versuchen, diese Ebenen zu umgreifen; dabei können sie eklektisch vorgehen oder auch versuchen, einzel-

ne Ansätze gleichberechtigt zu einem neuen Ganzen zu integrieren. Eine weitere Möglichkeit ist die Integration verschiedener Ansätze unter ein vorherrschendes Prinzip.

Der Ruf nach einer Methodenintegration kommt nun hauptsächlich aus der Richtung der Psychologie, und zwar zum einen von der Seite der Wissenschaftstheorie und der Theoriebildung überhaupt, zum anderen von der Seite der praktisch tätigen Psychotherapeuten aufgrund einer eklatanten behandlungstechnischen Notwendigkeit.

Ein Argument, das die Praktiker für eine Methodenintegration ins Feld führen, ist die theoretische Einseitigkeit und praktische Unzulänglichkeit verschiedener Schulrichtungen (vgl. *A. Linsenhoff, R. Bastine, D. Kommer*, dieses Buch).

Walter Herzog (dieses Buch, S. 13) weist darauf hin, daß Modelle in der Psychologie immer eine heuristische Funktion haben müssen: „Die heuristische Funktion von Modellen geht im Bereich der Psychologie fast unmerklich über in die konstituierende Funktion. Der Grund dafür liegt in der unbekanntem Natur der psychischen Wirklichkeit... Die Menschenmodelle in der Psychologie sind weniger Abstraktionen oder Selektionen von Wirklichkeit; vielmehr *schaffen* sie Wirklichkeit, indem sie eine Sichtweise freilegen können, unter der das Psychische für Theorie und Forschung ‚griffig‘ wird.“

Von daher kann ein theoretisches Modell zur Erklärung von Psychischem nie als falsch oder richtig bezeichnet werden, sondern — wie auch *Herzog* sagt — liegt das Kriterium in der Nützlichkeit.

Ob eine Theorie und die daraus abgeleitete Methode nützlich ist, wird letztendlich der Patient uns zeigen, der uns überzeugt durch seine Veränderung und Entwicklung, durch sein verändertes Lebensgefühl, das m. E. mehr ist, als eine ausschließliche Symptombeseitigung oder Verhaltensänderung. Entsprechend muß m. E. jeder Versuch einer Methodenintegration getragen sein von dem Bemühen um den Patienten und davon, ihn besser zu verstehen, um ihm entsprechend helfen zu können.

Von daher sind Wandelbarkeit und Veränderbarkeit Kriterien, nach denen eine psychotherapeutische Theorie beurteilt werden kann. Jeder Patient, jede Gruppe, die wir psychotherapeutisch behandeln, wird unser Wissen erweitern und neue Erkenntnisse bringen, die einen theoretischen Niederschlag finden sollten. Aus diesem Grund darf ein theoretisches Gebäude, was Grundlage einer Behandlungswissenschaft sein will, nie starr und endgültig systematisiert sein, da ihm damit die Möglichkeit einer immanenten Veränderung genommen wird und es prak-

tisch überholt ist, wenn es abgeschlossen ist. Hierin liegt auch der Grund der behandlungspraktischen Begrenztheit von psychologischen Theorien, die rationalistisch systematisiert und damit gleichzeitig erstarrt sind. Systematisierung und Starrheit sind m. E. auch Momente, die zum Hemmschuh jeder Methodenintegration werden müssen, die oftmals recht künstlich am Schreibtisch entsteht.

Von diesem Gesichtspunkt her gesehen halte ich es für gefährlich und therapeutisch falsch, den Patienten zum Gegenstand eines Experimentes zu machen, wie der Patient damit immer verlassen sein wird, da nicht mehr er als Mensch in seinem Leid im Mittelpunkt steht in der Auseinandersetzung partnerschaftlicher Art mit dem Therapeuten. Das Experiment kann kein Mittel sein, das zur Methodenintegration führt, zumindest wenn man den Begriff des Experimentes in herkömmlicher Definition meint.

Besonders gefährlich und als geradezu schizophoren-machend würde ich es bezeichnen, in einer Therapie unterschiedliche therapeutische Strategien, entwickelt in differierenden Schulen mit unterschiedlichem Vorverständnis, nacheinander auszuprobieren, wie *Herzog* es vorschlägt.

Allerdings kommt *Walter Herzog* zu diesem Vorschlag, nachdem er herkömmliche psychotherapeutische Modelle auf der Basis seiner wissenschaftstheoretischen Überlegungen diskutiert hat und feststellen mußte, daß keine der so untersuchten Theorien seinen aufgestellten Grundelementen standhalten konnte. Trotz ausführlicher Kritik an dem physikalisch geprägten Wissenschaftstheorieverständnis vieler Psychologen am Anfang seiner Arbeit rekurriert er dann doch wieder in gewisser Hinsicht auf das Experiment als Entscheidungsfaktor. Dieses Vorgehen kann der Therapie des Patienten mehr schädlich als dienlich sein, wenn mir diese Bemerkung als altem Kliniker gestattet ist.

Therapie, die so gemacht wird, wird im Endeffekt eine Zick-Zack-Therapie sein, eine widersprüchliche Therapie, die beim Patienten das Vertrauen in den Therapeuten erschüttert. Der therapeutische Prozeß, für den ein kontinuierlicher, ruhig fließender und in ständiger Auseinandersetzung befindlicher Ablauf wesentliches Moment ist, wird durch diesen Methodenwechsel dauernd unterbrochen, so daß ein Vertrauen beim Patienten nicht entstehen kann und dieser durch die immer wieder neuen Ansätze praktisch immer wieder verführt und letztendlich um so tiefer verlassen wird.

Dieses Vorgehen läßt auch Prozesse der Übertragung außer acht, ebenso Widerstandsprozesse, so daß *Herzogs* Vorschlag behandlungspraktisch gar nicht durchzuführen ist. Andererseits ist die Notwendig-

keit einer solchen Vorgehensweise dann nicht gegeben, wenn ein psychotherapeutisches Modell den gesetzten wissenschaftstheoretischen Grundannahmen entspricht und eine Methodenintegration auf anderem Wege möglich macht. Ein Beispiel dafür ist die Dynamische Psychiatrie, was ich noch genauer darstellen werde.

Das soll allerdings nicht heißen, daß ich bereit bin, mich mit meiner Lehre rationalistischen Prinzipien herkömmlicher Wissenschaftstheorie zu unterwerfen. Ich kann hinsichtlich wissenschaftstheoretischer Überlegungen nur *Paul Feyerabend* (1976, S. 5) beipflichten, der davon ausgeht, daß Wissenschaft im wesentlichen ein anarchistisches Unternehmen sei, und sagt: „...der theoretische Anarchismus ist menschenfreundlicher und eher geeignet, zum Fortschritt anzuregen, als Gesetz-und-Ordnungs-Konzeption“ und „Kein Gedanke ist so alt oder absurd, daß er nicht unser Wissen verbessern könnte“.

Ein anderes Argument, was gegen Methodenintegration aufgrund von Experimenten wie oben beschrieben spricht, ist die dadurch entstehende Gruppendynamik. Diese Dynamik, die durch Anziehen und Abstoßen gekennzeichnet ist, in der ein Mensch zwar immer Kontaktangebote erhält, diese aber gleich wieder zurückgenommen werden in einer Gesamthaltung, daß der Mensch ihr nicht entfliehen kann, ist als schizopren-machende Dynamik beschrieben worden (vgl. *G. Bateson, D. D. Jackson, J. Haley, J. W. Weakland* 1969; *L. C. Wynne, I. M. Ryckoff, J. Day, S. J. Hirsch* 1969; *J. Haley* 1969; *H. F. Searles* 1969; *J. H. Weakland* 1969; *Günter Ammon* 1979c; *Gisela Ammon* 1980) und kann von daher gar nicht zu einer Genesung beitragen.

Es ist nur zu offensichtlich, daß ein derartiger Vorschlag am Schreibtisch und nicht aus der therapeutischen Arbeit mit kranken Menschen heraus entstanden ist und daß die dahinterliegende Intention eine theoretische und nicht in erster Linie am Interesse des Patienten geleitete ist.

Aus einer ähnlichen Haltung heraus scheint die Konzeption *Wittes* (dieses Buch) entstanden zu sein, dessen Anliegen es ist, sozialpsychologische Konzepte zur Integration psychotherapeutischer Maßnahmen heranzuziehen. Als Ausgangspunkt schlägt er das Alltagsverhalten vor: „Nur über das Verhalten im Alltag können die theoretischen Vorstellungen unterschiedlicher Therapiekonzepte vergleichbar gemacht werden. Ein ähnliches Vorgehen wird bei dem Vergleich von Begriffssystemen unterschiedlicher Theorien eingeschlagen: Man führt die zu vergleichenden Begriffe auf die Umgangssprache zurück und stellt dann die Ähnlichkeit fest“. (*E. H. Witte*, dieses Buch, S. 60).

Grundsätzlich allerdings halte ich es durchaus für einen Weg der Methodenintegration, verschiedene theoretische Modelle aus ihrer jeweiligen Terminologie in die einer anderen Schule zu übersetzen oder auch Behandlungsverläufe aus der Sicht verschiedener Schulen darzustellen. So werde ich es nie vergessen, wie 1957 während eines panamerikanischen Psychologenkongresses, wo ich zum ersten Mal über eine Schizophrenie-Psychotherapie berichtete, in der Diskussion ein Psychologie-Professor aus Denver ganz schlüssig meinen Vortrag in die Terminologie des Jungianismus übersetzte. Wir wurden dadurch gute Freunde und reisten anschließend gemeinsam zu den großen archäologischen Zentren von Monte Alban und Mitla. Davon angeregt habe ich dann in meiner Funktion als Lehrer der Menninger School of Psychiatry die jungen Psychologen und Psychiater anschließend an ihre sogenannten „Falldarstellungen aus psychoanalytischer Sicht“ aufgefordert, dieselben Berichte noch einmal aus der Sicht und mit der Terminologie von *Melanie Klein*, *C. G. Jung* und *Alfred Adler* vorzutragen. Ganz besonders nützlich war diese Vorgehensweise bei der Besprechung von Aufnahmeuntersuchungen neuer Patienten, in denen es um die diagnostische Formulierung ging, aber auch in den Kursen zur Interviewtechnik, da das Krankheitsgeschehen und der klinische Befund der Patienten ja gleich blieben.

Anregend für ein derartiges Vorgehen war dafür für mich auch die Koexistenz und Kooperation verschiedener psychotherapeutischer Schulen, die gemeinsam im selben Dachverband der Psychoanalyse arbeiten. Ein Beispiel dafür sind die drei Londoner Schulen; die Freudianische, die Kleinianische und die sogenannte mittlere Richtung der Objektschule mit Vertretern wie *Guntrip*, *Winnicott*, *Khan*, *Rickman*, *Sutherland*, und in gewisser Hinsicht könnte man auch *Laing* hinzuzählen. In psychoanalytischen Kreisen galt diese mittlere Richtung der sogenannten gemäßigten Objektschule als eine Integration von Freudianismus und Kleinianismus. Durch meine Freundschaft mit *Masud Khan*, dem Lieblingsschüler von *Winnicott*, der noch kurz vor seinem Tode als Gastdozent in unser Berliner Lehr- und Forschungsinstitut kommen wollte, sowie durch meine gruppenpsychotherapeutische Zusammenarbeit mit *Sutherland* in Topeka habe ich wesentliche Anregungen erhalten.

In meinem ganzen Leben habe ich Wissenschaft immer als Lebensstil betrachtet und damit Zeiten der Isolation gemeinsam mit meinen Freunden durchstehen können.

Diese Isolation einzelner Schulen, die ja auch andere Autoren erwähnten (vgl. *Herzog*, *Petzold* u. a.), kann einerseits die Folge sein von notwendigen Abgrenzungen, die sich entwickelnde Schulen zunächst

brauchen, andererseits kann die Ursache für diese Isolierung auch in einer Totschweige-Haltung der Fachwelt liegen.¹⁾ Wesentliches über diese Zusammenhänge läßt sich von der Paradigma-Theorie von *Kuhn* (1967) ableiten.

Auch, finde ich, wird diese Schwierigkeit der Isolation immer wieder gefördert von Behörden und staatlichen Stellen, die neue Ansätze zurückweisen mit dem Argument, sie seien nicht akzeptabel, da sie divergierende Lehren vertreten — früher ist es den heute etablierten Richtungen des Freudianismus, Jungianismus und Adlerismus so gegangen, womit dann ihre Wissenschaftlichkeit in Zweifel gezogen wurde. In dieser Hinsicht möchte ich mich *Feyerabend* (1976, S. 409) anschließen, der die Folgen der Verflechtung von Staat und Wissenschaft aufzeigt und eine Trennung dieser Bereiche fordert als einzige Chance, eine Menschlichkeit zu erreichen, zu der wir fähig sind; und ich möchte seine Forderung unterstützen: „...befreien wir die Gesellschaft aus dem Würgegriff einer ideologisch erstarrten Wissenschaft, genau wie unsere Vorfahren *uns* aus dem Würgegriff der ‚einen wahren Religion‘ befreit haben!“

Dem oben angeführten Argument habe ich bereits damals entgegengehalten, daß ja auch andere wissenschaftliche Disziplinen, wie z. B. die Mathematik und Physik und selbst die Chirurgie, keine einheitliche Lehre haben, sondern aus durchaus radikal divergierenden Schulen bestehen. Dazu kommt die Tatsache, daß ja gerade in der Physik über Jahrhunderte mit Modellen gearbeitet worden ist, die dann später völlig revidiert werden mußten. Zweifelsohne haben aber auch die alten Modelle und Methoden ihren Zweck erfüllt, eben so lange, bis neue gefunden wurden, ohne Schaden anzurichten.

¹⁾ Das ist ja übrigens ein Moment, das auch *Feyerabend* (1976, S. 5) in seinem Werk „Wider den Methodenzwang“ formuliert, wenn er sagt: „Man kann die Wissenschaft voranbringen, indem man kontrainduktiv vorgeht... Die Konsistenzbedingung, nach der neue Hypothesen mit erkannten *Theorien* übereinstimmen sollen, ist unvernünftig, weil sie die ältere und nicht die bessere Theorie am Leben hält“. *Feyerabend* zitiert an dieser Stelle *Newton*, der diese Konsistenzbedingung, die ja ursprünglich zurückgeht auf *Aristoteles*, formuliert hat in seiner Regel 4 in den „*principia*“: „In der experimentellen Philosophie soll man nicht aufgrund von Hypothesen gegen Aussagen argumentieren, die induktiv aus den Erscheinungen abgeleitet sind, denn sonst könnten Induktionen, auf denen die gesamte experimentelle Philosophie fußt, jederzeit durch Gegenhypothesen umgeworfen werden. Ist eine induktiv gewonnene Aussage noch nicht genau genug, so ist sie nicht durch Hypothesen zu korrigieren, sondern durch vollständigere und genauere Naturbeobachtung“ (*Feyerabend* 1976, S. 56).

Hilarion Petzold (dieses Buch) ist in seinem Modell der „integrativen Intervention“ geleitet von dem Ziel einer allgemeinen Humanisierung der Lebenssituation und der Gewährleistung von Selbstregulation und Selbstverwirklichung im Lebenskontext für das Individuum. Sein Anliegen ist die „Einheit in der Vielfalt“, die er vermittelt über sein Konzept der Identität (Identität nach *Petzold* heißt „sich im Lebensganzen verstehen lernen“), die er in der Verbindung von Individuellem und Gesellschaftlichem zu finden glaubt. Anthropologische Grundformel seines Menschenverständnisses ist, daß der Mensch ein Körper-Seele-Geist-Organismus sei in einem sozialen und physikalischen (ökologischen) Kontext. Diesen Dimensionen, in denen er den Menschen beschreibt, ordnet er spezifische psychotherapeutische Verfahren zu, die dann „im Verlauf einer Einzelanalyse oder Gruppentherapie prozeßorientiert und indikationsspezifisch praktiziert“ (*H. Petzold*, dieses Buch, S. 100) werden.

Was mich und die Dynamische Psychiatrie mit diesem Integrationsansatz verbindet, ist seine Intention, in der es ihm und uns nicht um Methodenintegration als abgehobenes wissenschaftliches Problem geht, sondern um Integration von Maßnahmen der Hilfeleistung für Menschen und Gruppen, die dringend Hilfe brauchen und deren Notlage so umfassend wie möglich behoben werden sollte.

Hilarion Petzold ist ein gutes Beispiel dafür, wie an sich die eigene Lebenserfahrung und die Erfahrung der Begegnung mit therapeutischen Methoden und Schulen formend auf die Identität eines Gelehrten einwirkt und befruchtende Konsequenzen haben kann. Ich möchte meinen, daß auch in dem Weg seines Lebens die Wurzeln zu finden sind seiner Bestrebungen nach Integration einerseits und Koexistenz andererseits, was eine Art dialektischer Spannung zur Folge hat.

2. Methodenintegration am Beispiel der Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie

Als 1968 die erste Ausgabe der internationalen Fachzeitschrift *Dynamische Psychiatrie/Dynamic Psychiatry* erscheinen sollte, erreichte mich als Herausgeber eine Vielzahl bestätigender Zuschriften aus aller Welt, die u. a. das integrative Moment der *Ammon'schen* Dynamischen Psychiatrie betonten und von denen ich zwei in Auszügen in diesem Zusammenhang erwähnen möchte. Ein Brief ist von *Karl Menninger*, der andere von *Rudolf Ekstein*. *Karl Menninger* war mein Lehrer, und in gewisser Weise habe ich auch von *Ekstein* gelernt. Wir arbeiteten zusammen, ergänzten uns, waren und sind doch an sich gleichzeitig Vertreter von konträren Positionen.

Bei *Karl Menninger* stand der Gedanke einer Integration aller Bereiche, in denen er tätig war, im Vordergrund. In diesem Sinne schrieb er an mich: „...The so-called ‚organic‘ and ‚functional‘ concepts of psychiatric illness are actually not two different concepts or different conditions so much as they are different ways of looking at something. A thunderstorm is both substance and dynamics; so is a hysterical conversion. We engage in a kind of linguistic parallelism when we jump from mind to body, from neurone to conflict. Having begun my career in neuropathology, I shall continue all my life to have an interest in that aspect of human failure but I am also a psychiatrist, a psychoanalytic psychiatrist, a ‚psychodynamic‘ psychiatrist, I hope, and I see human beings as existing in a flux of forces with internal and external tensions constantly in and out of balance“ (*Karl Menninger* 1968, S. 3).

Rudolf Ekstein dagegen warnt davor, die unterschiedlichen Wissenschaftsdisziplinen zu verschmelzen. Er schrieb: „Es ist keine Kleinigkeit, eine dauernde Brücke zwischen der Psychiatrie und der Psychoanalyse und auch den anderen klinischen Wissenschaften zu schaffen... Verständigung kann nur dann aufrecht erhalten werden, wenn beide Teile, die durch diese Brücke verknüpft sind, auch ihr Eigenleben fortsetzen. Ich habe das Gefühl, daß die amerikanische Erfahrung, die wir beide gemeinsam in Amerika erlebt haben, trotz der ausgezeichneten Modelle auch Gefahren in sich birgt. Manchmal haben in gewissen Zentren Verschmelzungen stattgefunden, die die Identität und Individualität jedes der beiden Fächer gefährdet haben. In dieser Hinsicht bin ich gegen den ‚melting pot‘... Mir scheint, ich komme in Gefahr zu glauben, es sei einfacher, den populären Weg zu nehmen, als einen tiefen, ernsten und sachlichen Dialog zu beginnen“ (*Rudolf Ekstein* 1968, S. 4f).

Wir alle drei sind Psychoanalytiker, und alle drei vertreten wir einen eigenen Standpunkt zum Thema Dynamische Psychiatrie und auch zum Themenkomplex der Methodenintegration. *Karl Menninger* spricht davon, daß er ein psychodynamischer Psychiater, ein psychoanalytischer Psychiater sei. Entsprechend vertritt er den integrativen Standpunkt der Zusammenschließung von Psychoanalyse und Psychiatrie.

Ekstein dagegen verwahrt sich gegen einen „melting pot“. Er befürchtet, daß die Psychoanalyse durch Integration die Psychiatrie verwässern würde. Andererseits wünscht er den Dialog von einander abgegrenzten Wissenschaften und führt an anderer Stelle in diesem Zusammenhang besonders die Sozialwissenschaften an. Vom Standpunkt der heutigen Wissenschaft möchte ich noch die Hirnphysiologie, bzw. die Biologie insgesamt als verwandte Wissenschaft hinzufügen.

Demgegenüber möchte ich von einem integrativen Ansatz sprechen, der neben den denkerischen Aspekt den behandlungspraktischen Aspekt stellt, und Dynamische Psychiatrie verstehen als an der Behandlung erprobte Wissenschaft, die gleichzeitig durch die Behandlung sich erweitert und verändert. Dieser Ansatz ist sowohl deduktiv wie induktiv zu verstehen, wobei deduktives Denken integriert wird, würde ich sagen, es aber immer darauf ankommt, den Mut zu finden zu ganz neuen Gedanken, zu Gedanken, die vorher noch nicht gedacht worden sind, und sich auch neuen Erfahrungen zu öffnen, was m. E. bedeutsam ist für eine Wissenschaft des Menschen, eine Wissenschaft menschlicher Entwicklung und psychischer Leiden, die immer mit einer Zerstörung, Beeinträchtigung oder Hemmung menschlicher Möglichkeiten und menschlichen psychischen Wachstums einhergehen. Um dies zu leisten, muß Neues gedacht, Neues entwickelt und Neues getan werden. Der Rahmen, in dem dies geschieht, kann nicht mehr allein die Wissenschaftsabteilung einer Psychiatrie, einer Psychologie oder eines Lehrstuhles für Psychoanalyse und Psychosomatik sein.

Die Integration muß sich zeigen durch einen neuen Denkansatz, eine neue Konzeption, eine Alternative zu bisherigem Denken über die gleichen klinischen Tatbestände. In einem solchen Rahmen habe ich die Dynamische Psychiatrie als eigenständiges integriertes Wissenschaftsmodell entwickelt.

An die Stelle des Triebmodells der traditionellen Psychoanalyse ist das Modell der Sozialenergie als Energie aus der Gruppe getreten, an die Stelle des topographischen Modells von Ich, Es, Über-Ich das Ich-Struktur-Modell mit primären biologischen, zentralen, unbewußt wirksamen und sekundären, vorwiegend das Verhalten des Menschen und seine Tätigkeit bestimmenden Ich-Funktionen. Auch ist es uns gelungen, in dieses Denkmodell die moderne Hirnhemisphären-Forschung (vgl. *Eccles 1979, Rotenberg 1981, Kostandov 1978, Marsen 1981 u. a.*) zu integrieren, wobei ich der rechten Hirnhemisphäre vorwiegend das Unbewußte mit dem zentralen Ich zugeordnet habe und meine, daß linkshemisphärisch die Fertigkeiten und die praktischen, technischen und logischen, aristotelischen Begabungen des Menschen anzusiedeln sind.

In der Theorie des Ich-Struktur-Modells verstehen wir unter dem Unbewußten das Potential der wachsenden und gewachsenen Ich-Funktionen der Persönlichkeit. Das Unbewußte sind die „human potentialities“, die zu ihrer Ausformung der Sozialenergie der umgebenden Gruppe bedürfen. Damit ist ein Reservoir nicht entwickelter, nicht gedachter bzw. nicht erforschter Dimensionen menschlichen Seins vorgegeben. Entwicklung heißt in diesem System ein wechselseitiger Pro-

zeß, d. h. eine dynamisch psychologische Denkweise hebt in unserer Theorie Antagonismen von Unbewußtem und Bewußtem, Anlage und Umwelt, krank und gesund auf — in gewisser Hinsicht im androgynen Prinzip sogar männlich und weiblich —, weil Identität, wie ich sie verstehe, als stetige Entwicklung, stetiger Konflikt, stetige Grenzsituation über den Rahmen additiver oder dialektischer Theoriebildung hinausgeht.

Ursprünglich hat sich mein Denken entwickelt aus der Behandlungsmethodik, d. h. durch meine Tätigkeit als ein orthodox, klassisch ausgebildeter Psychoanalytiker, der auch sehr viel mit archaisch Ich-kranken Patienten, wie Borderline-Kranken, schizophren Reagierenden, Suchtkranken, psychosomatisch reagierenden Patienten innerhalb von Kliniken und psychiatrischen Einrichtungen sowohl in den USA, wo ich weite Offenheit fand für psychodynamische und gruppensdynamische Ansätze, als auch in Deutschland gearbeitet hat. Daraus ergab sich vorerst eine Weiterentwicklung in der Gruppendynamik, der Gruppenpsychotherapie und der psychodynamischen psychoanalytischen Milieuthherapie (vgl. Ammon 1959). Der erste Ansatz zu einer theoretischen Weiterentwicklung war meine Beschäftigung mit dem Phänomen der Aggression (vgl. Ammon 1970), durch die ich die Aggression — man könnte sagen — aus den triebgenetischen Fesseln befreite und sie als den Kernpunkt gesunder und auch pathologischer Persönlichkeitsentwicklung ansah, entwicklungsgeschichtlich gegeben als konstruktive Ich-Funktion, die erst reaktiv durch gruppendynamische Einflüsse eine destruktive Verformung erhalten kann. Daraus erschloß sich mir eine brauchbare und effektivere Behandlungstheorie für Erkrankungen jenseits der Neurose, d. h. spektraltheoretisch gedacht den archaischen Ich-Krankheiten, von denen heute vor allem die Phänomene des Borderline-Syndroms in der Zunahme begriffen sind (vgl. Ammon 1976).

Aufgrund einer weitergehenden Behandlungspraxis und Forschung beschäftigte ich mich weiter mit der Spektraltheorie (vgl. Ammon 1973a), und zwar zunächst bezogen auf das Krankheitsverständnis, ein gleitendes Spektrum der archaischen Ich-Krankheiten, dem ich in der weiteren Entwicklung ein therapeutisches Spektrum dynamisch psychiatrischer Behandlungsmethodik gegenüberstellen konnte.

Parallel dazu beschäftigte ich mich — ausgehend von der Aggression als Ich-Funktion — mit den zentralen Seinsweisen des Menschen, so daß nach und nach das Ich-Struktur-Modell entstand mit weiteren Ich-Funktionen wie u. a. der Kreativität, der Sexualität, dem Narzißmus und der Identität als Struktur und Funktion, die bis heute zentraler Begriff meiner Lehre geblieben ist.

Dieses Modell der Ich-Strukturologie habe ich immer weiter differenziert aufgrund der Ergebnisse meiner Behandlungspraxis (vgl. *Ammon* 1979a, 1979c, 1981a, 1981b).

Unter einem Menschen mit konstruktiver Identität verstehe ich einen Menschen, der in sich selber ruht, der homöostatisch ausgewogen ist, der eine gute Beziehung zu seinem Unbewußten hat — indem Unbewußtes in das Bewußtsein fließend übergeht —, der Ideen, eigene Gedanken, einen eigenen Standpunkt hat, ein integriertes Gefühl von sich selbst und der dadurch auch konstruktiv sich zu anderen Menschen hin entwirft. Ein Mensch mit Identität wird auf spezifische Weise sich in Gruppen bewegen und den Menschen, mit denen er in Gruppen zusammen ist, Verständnis, Güte, Hilfe, Ernsthaftigkeit, Bestätigung und Auseinandersetzung geben können, nämlich das, was ich als Sozialenergie bezeichne. Durch sein Sein wird er auch immer eine Gruppe um sich haben, gruppenspezifisch einen Platz in der Gruppe finden und in dieser Gruppe auch wieder Sozialenergie bekommen, die seine weitere Entwicklung möglich macht. Andererseits wird er von äußeren Dingen weitgehend unabhängig sein, er wird allein sein können, ohne einsam zu sein, und den Zielen nachgehen, die er sich selbst gesetzt hat.

Ein Mensch mit Identität lebt orientiert in der äußeren Wirklichkeit der Realität, besitzt aber gleichzeitig eine Beziehung zu seiner inneren, unbewußten Wirklichkeit, verbindet Rationales und Emotionales in ausgewogener Harmonie.

Identität ist der Kern des von mir im Unbewußten postulierten zentralen Ichs und auf dieser Ebene als Funktion im interdependenten Zusammenhang zu anderen zentralen Aspekten der Persönlichkeit zu sehen, der Abgrenzung seines Ichs der Realität gegenüber wie der Welt seines Unbewußten in einem regulativen Prozeß, d. h. er wird nie starr abgegrenzt sein, er wird offen sein zu seinem Unbewußten hin, unbewußten Denkprozessen gegenüber, unbewußt wirksamen Emotionen, unbewußten Bedürfnissen, die sich dann in das Bewußtsein hineinfließend entwickeln zu einem Synergismus von Bewußtem und Unbewußtem.

Aspekte der Identität sind ebenso Kreativität und Sexualität (vgl. *Ammon* 1972), wobei gerade diese beiden Ich-Funktionen im zentralen Ich innig in die Identität hineinfließen und auch bedeutsame, ganz persönliche Variationen haben. Die Ausformung eines kreativen Lebensstils ist keineswegs schicht- und schon gar nicht statusabhängig, sie ist auch nicht abhängig von angesammelter Bildung, künstlerischen Produktionen oder wissenschaftlicher Arbeit, d. h. daß ein Arbeiter genauso kreativ sein kann in seinem Lebensstil, in seinem Denken, in sei-

ner Sexualität, in seinem Schaffen am Arbeitsplatz und in seiner Beziehung zu seinen mitarbeitenden Kollegen, wie ein Künstler, der komponiert, bildhauert oder auf andere Weise ein geistig dimensioniertes Leben führt.

Der Begriff der Identität ist damit ein zentrales Moment in der Theorie der Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie, und zwar sowohl im Menschenbild, wie in der theoretischen Konzeption, in der Behandlungstheorie wie in der konkreten Arbeit mit dem Patienten als Ziel seiner Therapie und Ausgangspunkt einer von der Krankheit unabhängigen weiteren Entwicklung.²⁾

Ein Mensch wird niemals unabhängig von Gruppenbezügen leben können. Dieses Wissen müssen wir einbeziehen in die Entwicklung unserer Theorie. Entsprechend ist die Gruppendynamik — und zwar die analytische Gruppendynamik (vgl. *Ammon 1976a*), die das natürliche Geschehen in Gruppen untersucht und nicht künstlich Interaktionen herstellt — wesentlicher Bestandteil meiner Lehre. So betrachten wir menschliche Entwicklung, entstehende Krankheit, konstruktiv kreative Entwicklung und auch biologisch physiologische Entwicklung unter dem Gesichtspunkt gruppenspezifischer Bestimmtheit, auch die Ich-Strukturologie basiert auf dem gruppenspezifischen Erkenntnisprinzip. Das Prinzip der Gruppe bzw. der gruppenspezifische Ansatz hat damit eine methodisch-theoretische Dimension, aber auch gleichzeitig eine methodisch-praktische Dimension, da wir das gruppenspezifische Prinzip als Grundlage in der psychotherapeutischen Behandlung (vgl. *Ammon 1973a*) benutzen: d. h.

- a) wir benutzen es bei der Untersuchung der Lebensgeschichte eines Patienten;
- b) wir wenden es an bei der Untersuchung, warum der Patient zu einem bestimmten Zeitpunkt in die Therapie kommt, und erfragen, aus welchen aktuellen Gruppenbezügen er kommt;
- c) wir beobachten, welche Gruppendynamik er unbewußt in der Übertragung in einer gruppenpsychotherapeutischen Gruppe wiederherstellt und wie sich diese Gruppendynamik im Prozeß der Behandlung verändert;
- d) zudem arbeiten wir in der Supervision mit unbewußten gruppenspezifischen Spiegelungsprozessen (vgl. *Günter Ammon 1979b; 1979f; 1979g*);

²⁾ Zu meinem Begriff der Identität ist wichtig zu sagen, daß die Identität nicht bestimmt ist durch den Raum, den eine Gruppe einem Individuum gewährt, sondern daß zur Identität immer das Risiko der Auseinandersetzung um diesen Raum gehört und es darauf ankommt, man könnte sagen, ein Nicht-Zulassen von Identität nicht zuzulassen.

e) wir untersuchen überhaupt die unbewußte Gruppendynamik in Mitarbeitergruppen in der Dynamisch Psychiatrischen Klinik (vgl. *Günter Ammon* 1981a; 1981b), in unseren Lehr- und Forschungsinstituten und auch den Psychoanalytischen Kindergärten.

Zusammenfassend kann man sagen, daß wir unter Einbeziehung gruppenspezifischer Gesichtspunkte das therapeutische Feld — ich habe auch vom sozialenergetischen Feld (vgl. *Ammon* 1981c) gesprochen — strukturieren.

Auch den menschlichen Körper betrachten wir als Teil der Identität des Menschen in seinem Ausdruck in der Gruppe (vgl. *Ammon* 1975). Dazu gehört die körperliche Haltung des Menschen, seine Ausstrahlung insgesamt, sein Gesichtsausdruck, seine Mimik und auch seine Kleidung. Ich habe diese Aspekte, die auch Aufschluß geben über eine erotische und sexuelle Strukturiertheit, als ich-strukturelle Psychologie des Alltags (vgl. *Ammon* 1981a) bezeichnet.

Aufgrund dieser Betrachtungsweise integriert die *Ammon'sche* Dynamische Psychiatrie die vielfältigen Perspektiven des Wesens „Mensch“. In dieser Folge integriert sie eine individuelle Behandlungskonzeption aus den verschiedenen Möglichkeiten der Therapie, zu der ein spezifisches spektraltheoretisches Krankheitsverständnis uns geführt hat. Dem Spektrum der archaischen Ich-Krankheiten habe ich behandlungsmethodologisch ein therapeutisches Spektrum gegenübergestellt (vgl. *Ammon* 1979f).

Diese unterschiedlichen Methoden oder besser gesagt Aspekte des therapeutischen Spektrums werden immer wieder zusammengeführt in den täglichen Supervisionssitzungen der Dynamisch Psychiatrischen Klinik, an denen das ganze Team teilnimmt, und in der ambulanten Praxis der an unseren Instituten mitarbeitenden Analytiker in den wöchentlichen Supervisionsgruppen. Insofern sind alle einzelnen therapeutischen Strategien zusammengefügt in ein großes Ganzes, das m. E. etwas ganz anderes ist als mehr oder weniger wahllos aneinandergereihte Therapieformen bzw. therapeutische Modelle, die auf unterschiedlichen Grundannahmen basieren.

Anna Freud (1936) hat einmal gesagt, daß man in der psychoanalytischen Therapie alles machen könne, wenn man weiß, warum man es tut und warum man es gerade zu diesem Zeitpunkt tut.

Ich halte diesen Ausspruch für recht bedeutsam. Die einzige Grenze hierbei ist m. E. die Würde des Menschen, die Würde des Patienten, die nie verletzt werden darf. Um diese Grenze zu bewahren, ist es notwendig, daß der behandelnde Therapeut sich klar ist über die ablaufenden Übertragungs-, Gegenübertragungs- und Widerstandsprozesse und daß er die Therapie mit dem Patienten nicht zur Befriedigung eigener

Bedürfnisse verwendet. Das wiederum heißt nicht, daß ihm seine Arbeit keine Freude machen darf; im Gegenteil, es kann sehr wichtig sein für den therapeutischen Prozeß, wenn der Patient merkt, daß dem Therapeuten die Arbeit Freude macht, daß er Spaß an neuen Erkenntnissen und ein ernsthaftes Interesse hat, und auch, daß er sich über die Entwicklung und einen Erfolg in der Therapie freut.

Diese Grenze ist aber nicht grundsätzlich verletzt durch körperliche Berührung oder dadurch, daß wir Patienten in den Arm nehmen oder sie streicheln, daß wir ihnen über die Schulter fassen. Besonders bei schizophren reagierenden Patienten und Borderline-Patienten können wir dadurch manchmal mehr Erfolg haben, weil der Patient sich oft dadurch zutiefst verstanden und ernstgenommen fühlt, viel mehr, als wenn wir mit therapeutischer Abstinenz vielleicht zwei oder drei Jahre arbeiten. Wenn man z. B. einen Patienten verbal gar nicht erreichen kann, er nicht spricht und nur schweigt, kann eine flüchtige körperliche Berührung am Arm ihm mehr mitteilen als eine intellektuelle Erklärung, der er auch vermutlich gar nicht zuhören könnte, die er überhaupt nicht wahrnehmen würde.

Wesentlich noch einmal zu sagen ist, daß therapeutisches Arbeiten entsprechend unserer Schule immer getragen sein muß von Gruppenarbeit, daß Ausbildung bei uns auch immer Ausbildung in Gruppen, durch Gruppen und von Gruppen bedeutet, ebenso wie theoretische und praktische therapeutische Arbeit Ausbildung unter Kontrolle Hand in Hand gehen.

Therapeutisches Feld sind die Dynamisch-Psychiatrischen Kliniken, die Gruppendynamik unserer Lehr- und Forschungsinstitute sowie mit diesen Instituten zusammenarbeitende Praxen einzelner Analytiker unserer Schule. Auf der Ebene der einzelnen Mitarbeitergruppen findet die Integration der spezifischen Methoden statt durch Diskussionen, Bestätigung und Auseinandersetzung.

Fragt man nun abschließend noch einmal, was die grundlegenden Elemente sind, die die Dynamische Psychiatrie zu einem methodenintegrativen Modell machen, so möchte ich dies in den folgenden Essentials noch einmal zusammenfassen:

1. Voran steht das Menschenbild, ein holistisches Menschenbild, das den Menschen als primär gruppenspezifisch bestimmtes, individuelles Wesen mit einem Bedürfnis nach Identität und Selbstverwirklichung auffaßt, und ein Wissenschaftsverständnis, das Wissenschaft als Dienst am Menschen begreift.
2. Auf der Ebene der Theoriebildung sind die integrativen Momente innerhalb der Ich-Strukturologie, das Ich-Struktur-Modell verbunden mit dem Persönlichkeitsprofil als ich-struktureller Ausdruck im

Hier und Jetzt, das Entwicklungsmodell, die Lehre von der Sozialenergie, die Spektraltheorie sowie das analytische Denken verbunden mit dem gruppendynamischen Prinzip.

3. Hinsichtlich einer Therapietheorie ist integrativ das gleitende Behandlungsspektrum, das Krankheitsbild sowie die fortwährende Veränderung der Theorie durch die Behandlungspraxis.
4. Auf der Ebene der direkten therapeutischen Intervention möchte ich meinen, daß integrativ die prozeßhafte Veränderung von Diagnose und Behandlungsstrategie ist, ebenso wie das gruppendynamische Prinzip in der Supervisionsarbeit, verbunden mit einer beteiligten Arbeit der Therapeuten und die Frage der Ethik in der Haltung sowohl beim Therapeuten, wie auch als ein Therapieziel in der Arbeit mit dem Patienten, worauf das therapeutische Arbeitsbündnis zwischen dem Leidenden und dem Therapeuten beruht.
5. Letztendlich bezieht die *Ammon'sche* Dynamische Psychiatrie Erkenntnisse anderer Wissenschaftsdisziplinen mit ein, wie die Psychiatrie, die Psychoanalyse, die Psychologie, die Neurophysiologie, gruppendynamische und psychosomatische Forschungen, und hat rückwirkend wieder Einfluß auf diese wissenschaftlichen Disziplinen wie auch auf die Pädagogik und die Rechtswissenschaften.

Im Mittelpunkt unserer Wissenschaft steht der Mensch, er ist sowohl Teil als auch Diener der Gruppe.

3. Diskussion und Schlußbemerkung

„Theorienvielfalt ist für die Wissenschaft fruchtbar, Einförmigkeit dagegen lähmt ihre kritische Kraft. Die Einförmigkeit gefährdet auch die freie Entwicklung des Individuums“ (*Paul Feyerabend* 1976, S. 53).

Was *Paul Feyerabend* hier als die Einförmigkeit der Wissenschaft und auch der Theorie beschreibt, sehe ich als eine Gefahr im Hinblick auf eine Integrationsideologie, die besonders bedenklich wird, wenn sie sich noch mit einem Psychotherapeuten-Gesetz des Staates verbündet. Hierdurch würde jedes dem Menschen dienende, eigenständige theoretische Denken, jedes freie Denken, was man auch als Denk-Identität bezeichnen könnte, wie der eigene theoretische Standpunkt einer Schule verschmolzen in dem „melting pot“, den *Ekstein* erwähnt.

Dabei schafft ja gerade das Bestehen einer Vielfalt von Schulen die Möglichkeit einer gegenseitigen Befruchtung. Wir können sehr viel lernen von anderen, und ich möchte behaupten, daß auch die anderen von uns lernen können. Gerade das Bestehen einer Vielfalt von Schulen schafft eine ständige gegenseitige Befruchtung, und ich würde meinen, daß sich durch eine konstruktive Rivalität zwischen den Schulen,

die allerdings nicht ein Scheuklappen-Denken meint, auch die Qualität der einzelnen Schulen hinsichtlich ihres therapeutischen und Ausbildungsniveaus heben könnte.

Im übrigen scheint mir die Behauptung, daß die einzelnen Schulen so stark voneinander abgegrenzt sind, eine Fiktion zu sein. Zur Zeit sind allerorts gleitende Übergänge festzustellen. Zudem ist es ein durchaus übliches Prinzip, Patienten aufgrund deren spezifischer Bedürfnisse und Strukturen an einen Kollegen, der entsprechend einer anderen Schule arbeitet, zu überweisen. So überweise ich Patienten, die in meine Praxis kommen und außer ihrem Symptom nicht bereit sind, ihre Lebensbezüge und ihre Lebensweise in Frage zu stellen, an einen verhaltenstherapeutisch arbeitenden Kollegen; oder einen sehr zwangskranken Menschen mit geringen Möglichkeiten verbaler Äußerung an einen vegetotherapeutisch arbeitenden Psychotherapeuten.

Anläßlich eines Symposiums in Paestum sprach ich mit einem der führenden italienischen Vegetotherapeuten, Professor *Navaro* aus Neapel, wo ich ihm bestätigte, daß gerade bei Patienten mit schizophrenen Ich-Strukturen auch die Arbeit am Körper lebensrettend sein kann. Wir müssen im Geiste unseres wissenschaftlichen Lebensstils und unserer denkerischen und therapeutischen Arbeit fordern, daß therapeutische Schulen von Denkern anderer Schulen respektiert werden, d. h. daß ein Therapeut, der besessen im guten Sinne ist von seiner therapeutischen Aufgabe, respektiert wird von einem therapeutischen Arbeiter einer anderen Schulrichtung. Falls dies nicht der Fall ist, müssen wir große Zweifel anmelden, ob es sich hier um Menschen handelt, die Gedanken entwickeln und sich deshalb auch über Gedanken anderer freuen können, oder ob es sich überhaupt um praktisch tätige Therapeuten handelt. Derjenige, der Therapeut ist und mit seinen Patienten arbeitet, eine gemeinsame harte und oft über Jahre gehende Arbeit, der wird durch diese Tätigkeit auch selbst ein wachsender und sich verändernder Mensch mit einem wachsenden ernstem Interesse an dem, was andere denken, fühlen und tun.

Ist diese Voraussetzung nicht gegeben, wird m. E. auch eine Methodenintegration nichts daran verbessern können. Im Gegenteil weckt eine derartige Integration Assoziationen zur Einheitstherapie, die im Hitler-Faschismus gesetzlich gefordert wurde. Die damals bestehenden Schulen der Psychoanalyse, der Freudianismus, der Adlerismus und der Jungianismus wurden im damaligen sogenannten Reichsinstitut unter Leitung von Prof. Dr. Dr. Göring, einem Verwandten des sogenannten Reichsmarschalls Herman Göring, gezwungen, sich zu einer Deutschen Psychotherapie zu integrieren. Daß dieser Versuch, der vom Faschismus getragen war, nicht nur wissenschaftlich, sondern

auch therapeutisch danebengeht, wird wohl niemand bestreiten wollen. Man wird allerdings einen üblen Beigeschmack nicht ganz los, wenn man an die Bemühungen um eine integrierte Psychotherapie denkt, die dann staatlich organisiert wird, besonders im Hinblick auf ein sogenanntes neues Psychotherapeuten-Gesetz, zumal wenn man die Geschichte der Psychotherapie und auch der Psychoanalyse über die letzten 40 Jahre hin verfolgt hat.

Eine „Zwangintegration“, ob sie nun aufgrund von staatlicher Intervention oder von der Einsicht in die Begrenztheit einzelner Schulen getragen ist, kann m. E. zu keiner neuen konstruktiven Lösung führen.

Durch eine Integration vom grünen Tisch, ob dieser Tisch nun Politikern oder systematisierenden Theoretikern gehört, wird die Unterschiedlichkeit einzelner Schulen beiseite gewischt und verleugnet, nämlich daß jede Schule getragen ist von einem spezifischen Menschenbild und einer spezifischen Auffassung von Wissenschaft. Insofern wird hier das Prinzip, daß das Ganze mehr ist als die Summe seiner Teile, wohl eher die Lückenhaftigkeit der Theorien potenzieren als die konstruktiven Aspekte. Eine solche Integration wird, auch wenn sie einen anderen Anspruch an sich selbst richtet, immer facettenhaft und eklektisch bleiben, ebenso eine Integration von Psychotherapieformen, die sich an Symptombehandlungen orientiert.

In einem Interview mit der „Ärztlichen Praxis“ 1977 habe ich den Begriff der Borderline-haften Gesellschaft geprägt und damit unsere westliche Gesellschaft bezeichnet, die Menschen erzeugt mit chamäleonhaft wechselnder Fassade bei gähnender innerer Leere und Beziehungslosigkeit; Menschen, die unter dem leiden, was als Borderline-Syndrom bezeichnet und beschrieben worden ist.

Ein symptomorientierter, eklektisch methodenintegrativer Ansatz von Psychotherapie wird gerade diesen Menschen in ihrem Leid nicht helfen können, da eine so zusammengesetzte Psychotherapie mit ihren wechselnden Methoden genau dem entspricht, was diese Patienten anbieten. Der Wechsel der Methodik wird ihrem unbewußten Widerstand dienen (vgl. Ammon 1981d), ihr zentrales Ich aber unberührt lassen und damit auch das eigentliche Leiden. Eine facettenhafte Psychotherapie kann keinem Menschen helfen, der selbst ständig neue Facetten produziert, bestenfalls dient sie einer Anpassung an bestehende Verhältnisse; und wem kann damit geholfen sein?

In einer Zeit, in der alles Erdenkliche integriert werden soll, von der Gesamtschule über die kompensatorische Erziehung bis zu den psychotherapeutischen Theorien, möchte ich mich grundsätzlich gegen eine Methodenintegration aussprechen, die — so scheint es — nach dem Verfahren des „trial-and-error“ betrieben wird.

Wenn Methoden integriert werden sollen, d. h. unterschiedliche psychotherapeutische Schulen sich gegenseitig befruchten sollen, ist es notwendig, daß das bei gegenseitiger Achtung und Sympathie aufgrund ihrer Unterschiedlichkeit und weiteren Differenzierung geschieht.

An dieser Stelle möchte ich noch einmal an das methodische Prinzip der Gruppe erinnern, von dem ich gesprochen habe. Identitätsentwicklung, d. h. Differenzierung des Individuums, findet statt durch Auseinandersetzung in Gruppen. So wirken in einer Gruppe grundsätzlich zwei Tendenzen: Die Integration der Einzelnen in die Gruppe und die Differenzierung des Einzelnen durch die Gruppe, wobei aber „Gruppe“ nicht als bloße Ansammlung von Menschen, sondern als feines Gewebe mit unbewußter Dynamik verstanden werden muß.³⁾ Im Rahmen dieses Gruppenprinzips allerdings scheint mir eine konstruktive Integration, die real Neues schafft, möglich zu sein.

Innerhalb von Arbeitssitzungen der Therapeuten unserer Institute und Kliniken konnten wir bisher durch ein Zusammentragen unserer Beobachtungen immer einen Konsensus über Krankheitsverständnis und therapeutische Planung entwickeln, wobei oft divergierende Auffassungen und Meinungen diskutiert wurden. Auch Gäste von fremden Institutionen und Schulen sind manchmal bei uns zu Besuch und werden in diese Sitzungen miteinbezogen. Ich glaube, ich kann sagen, daß wir gerade durch die divergierenden Meinungen viel gelernt haben und auf diese Weise die Patienten vielfältiger sehen und besser verstehen konnten.

Wir müssen uns daran gewöhnen, daß die „Wahrheit“ nicht zu finden sein wird, selbst wenn wir noch so groß angelegte empirische Untersuchungen starten. Durch Vereinheitlichungen und Integration werden wir diesem Ziel aber noch weniger nahe kommen können, insofern kann ich *Feyerabend* (1976, S. 67) nur zustimmen, der sagt: „Man erzwingt einen blinden Konformismus und redet von der Wahrheit; man läßt intellektuelle Fähigkeiten und die Einbildungskraft verkommen und redet von tiefer Einsicht; man zerstört die kostbarste Gabe der Jugend — ihre kolossale Phantasie und redet von Bildung.“

Seit nunmehr 12 Jahren veranstalten wir jährlich jeweils zu einem bestimmten Thema Symposia zusammen mit dem Nachwuchs unserer

³⁾ Ich habe in meiner Gruppenforschung (vgl. *Ammon* 1973c) auf die Bedeutsamkeit der zentralen Figur hingewiesen und möchte an dieser Stelle noch einmal betonen, daß in einem konstruktiv verlaufenen Gruppenprozeß jedes Mitglied einmal zentrale Figur gewesen ist, d. h. integrierend und koordinierend für den Gruppenprozeß gewirkt und dadurch im Mittelpunkt gestanden hat. In der Anfangsphase wird diese Funktion vorwiegend vom Gruppenleiter bzw. Gruppenpsychotherapeuten wahrgenommen.

Jugend und den Gelehrten verschiedenster Länder, Kulturen und Gesellschaftssysteme. Mit den meisten von ihnen sind wir seit Jahren freundschaftlich verbunden. Es ist ein Lebensstil der Offenheit, Herzlichkeit und Toleranz, die Begierde, voneinander Neues zu lernen und gemeinsam in einer Art Bruderschaft von Wissenschaften jenseits nationaler, religiöser, rassistischer und auch politischer Eingeengtheiten dem Humanismus und damit dem Frieden zu dienen. Ich würde meinen, daß man sich integrative Prozesse auch so vorstellen könnte.

Literatur

- Ammon, Gisela*, Präventive Kindergartenarbeit — Schizophren machende Aspekte in Familiengruppen, Vortrag gehalten auf dem XII. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 8. - 13. Dezember 1980, Kongreßzentrum München.
- Ammon, Günter*, Theoretical Aspects of Milieu Therapy, The Menninger School of Psychiatry, Topeka/Kansas (1959), Pinel-Publikationen, Berlin 1977.
- , Gruppendynamik der Aggression, Pinel-Publikationen, Berlin 1970, Neuauflage: Kindler, München 1973.
- , (Hrsg.), Gruppendynamik der Kreativität, Pinel-Publikationen, Berlin 1972, Neuauflage: Kindler, München 1974.
- , Dynamische Psychiatrie — Grundlagen und Probleme einer Reform der Psychiatrie, Luchterhand, Darmstadt 1973a, Neuauflage: Kindler, München 1980.
- , (Hrsg.), Gruppenpsychotherapie — Beiträge zur Theorie und Technik der Schulen einer psychoanalytischen Gruppentherapie, Hoffmann und Campe, Hamburg 1973b, Neuauflage: Kindler, München 1976.
- , Was macht eine Gruppe zur Gruppe? *Wissenschaft und Praxis in Kirche und Gesellschaft* 62 (1973c) S. 511-519.
- , Die Rolle des Körpers in der Psychoanalyse, *Integrative Therapie* 1 (1975) S. 58-76.
- , (Hrsg.), Analytische Gruppendynamik, Hoffmann und Campe, Hamburg 1976a.
- , Das Borderline-Syndrom — ein neues Krankheitsbild, *Dynamische Psychiatrie* 40 (1976b) S. 317-348.
- , Krank durch eine identitätsverbietende Gesellschaft, *Ärztliche Praxis*, 29. Jahrg., 96 S. 3939-3940, München-Gräfelfing 1977.
- , Entwurf eines Dynamisch-Psychiatrischen Ich-Struktur-Konzepts — zur Integration von funktional-struktureller Ich-Psychologie, analytischer Gruppendynamik und Narzißmustheorie, in: *Ammon, Günter* (Hrsg.), Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. I, Ernst Reinhardt Verlag, München 1979a, S. 95-159.
- , Gruppendynamisches Prinzip, in: ebenda, 1979b, S. 160-187.
- , Der Symbiosekomplex und das gleitende Spektrum der arachischen Ich-Krankheiten, in: ebenda, 1979c, S. 276-294.
- , unter Mitarbeit von *Ammon, Gisela* und *Marsen, B.*, Das Borderline-Syndrom und das ich-strukturelle Arbeiten, in: ebenda, 1979d, S. 295-363.
- , unter Mitarbeit von *v. Wallenberg Pachaly, A.*, Schizophrenie, in: ebenda, 1979c, S. 364-462.
- , unter Mitarbeit von *Rock, W.* und *v. Wallenberg Pachaly, A.*, Gruppenpsychotherapie, in: ebenda, 1979f, S. 554-603.
- , Psychoanalytische Milieuthérapie, in: ebenda, 1979g, S. 604-621.

- , Die Rolle des Unbewußten in der Dynamischen Psychiatrie, in: *Ammon, Günter* (Hrsg.), *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie*, Bd. II, Ernst Reinhardt Verlag, München 1981b (im Druck).
- , Das therapeutische Spektrum in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik, in: ebenda.
- , *Ammon, Gisela, Griepenstroh, D.*, Das Prinzip der Sozialenergie — gleitendes Spektrum und Regulation, *Dynamische Psychiatrie* 66 (1981c) (im Druck).
- , Psychoanalytische Aspekte des Widerstandes, in: *Petzold, H.* (Hrsg.), *Widerstand: ein strittiges Konzept in der Psychotherapie*, Junfermann Verlag, Paderborn 1981d.
- Basin, F. V.*, *Unbewußtes und Verhalten*, Hippokrates Verlag, Stuttgart 1978.
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J. u. Weakland, J. H.*, Auf dem Weg zu einer Schizophrenie-Theorie, in: *Bateson, G. et al*, *Schizophrenie und Familie*, Suhrkamp, Frankfurt/M. 1969, S. 11-43.
- Eccles, J. C.*, *The Human Mystery*, Springer New York/Heidelberg/Berlin 1979.
- Ekstein, R., Rudolf Ekstein* an den Herausgeber, *Dynamische Psychiatrie* 1 (1968), S. 4-5.
- Feyerabend, P.*, *Wider den Methodenzwang*, Suhrkamp, Frankfurt 1976.
- Freud, A.*, *Das Ich und die Abwehrmechanismen*, Imago, London 1936.
- Haley, J.*, Die Interaktion von Schizophrenen, in: *Bateson, G. et al*, *Schizophrenie und Familie*, Suhrkamp, Frankfurt/M. 1969, S. 81-107.
- Herzog, W.*, Die wissenschaftstheoretische Problematik der Integration psychotherapeutischer Methoden, *Integrative Therapie*, 4 (1980), S. 261-280.
- Kostandov, E. A.*, Physiological Mechanisms of „Psychological Defence“ and Unaccountable Emotions, in: *Prangishvili, A. S. et al*, *The Unconscious*, Tbilisi 1978, S. 648-651.
- Kuhn, T. S.*, *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen*, Suhrkamp, Frankfurt/M. 1967.
- Linsenhoff, A., Bastine, R., Kommer, D.*, Schulenübergreifende Perspektiven in der Psychotherapie, *Integrative Therapie*, 4 (1980), S. 302-322.
- Marsen, B.*, Hirnphysiologische Aspekte der Dynamischen Psychiatrie, in: *Ammon, Günter* (Hrsg.), *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie*, Bd. II, Ernst Reinhardt Verlag, München 1981 (im Druck).
- Menninger, K.*, Introduction, *Dynamische Psychiatrie* 1 (1968), S. 3.
- Petzold, H.*, Modelle und Konzepte zu integrativen Ansätzen der Therapie, *Integrative Therapie* 4 (1980), S. 323-350.
- Rotenberg, V. S.*, Die funktionale Dichotomie der Gehirnhemisphären in bezug zu den psychologischen Abwehrmechanismen, in: *Ammon, Günter* (Hrsg.), *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie*, Bd. II, Ernst Reinhardt Verlag, München 1981 (im Druck).
- Searles, H. F.*, Das Bestreben, den anderen verrückt zu machen — ein Element in der Ätiologie und Psychotherapie der Schizophrenie, in: *Bateson, G. et al*, *Schizophrenie und Familie*, Suhrkamp, Frankfurt/M. 1969, S. 128-167.
- Weakland, J. H.*, „Double-Bind“ — Hypothese und Dreier-Beziehung, ebenda, S. 221-244.
- Witte, E. H.*, Zur Integration psychotherapeutischer Maßnahmen auf der Basis sozialpsychologischer Konzepte, *Integrative Therapie*, 4 (1980), S. 281-301.
- Wolman, B.*, Does Psychology Need Its Own Philosophy of Science, *American Psychologist* 26 (1971), S. 877-886.
- Wynne, L. C., Ryckoff, I. M., Day, J. u. Hirsch, S. J.*, Pseudogemeinschaft in den Familienbeziehungen von Schizophrenen, in: *Bateson, G. et al*, *Schizophrenie und Familie*, Suhrkamp, Frankfurt/M. 1969, S. 44-80.

Methodenintegration — insbesondere in der Psychotherapie

Udo Derbolowsky, Homburg (Saar)

Die Vorstellung, daß viele, wenn nicht alle Wege nach Rom führen, beruht in der Regel nicht auf sphärisch-geometrischen Einsichten. Sie scheint mir vielmehr eine Ahnung zum Ausdruck zu bringen, daß divergierende Vorgänge eines Tages zu konvergierenden werden. Das allgemeine Interesse pflegt sich vorwiegend den divergierenden Tendenzen zuzuwenden. Das ist beispielsweise die Phylogenese, die Ausfaltung lebendiger Formen zu der Vielfalt der Arten, oder die Ontogenese als die Ent-Wicklung der Individuen aus dem Spermovium beziehungsweise aus einem Fruchtkern. Solche Entwicklungen werden mit Entzücken betrachtet, und das sich darin offensichtlich vervielfachende Leben wird in die einzelnen, sich immer wieder neu erschließenden Verästelungen hinein eifrig verfolgt. Dies gilt für die Wunder der Welt um uns her ebenso wie für die Welten, die sich uns in unserem Innern zu erkennen geben.

Es gibt medizinische, psychologische, pädagogische und politische Konzepte, die die emanzipatorische Entbindung und Entwicklung des Menschen für vorrangig halten. Sie wollen alles daransetzen, um Faktoren auszuschalten, die die Entwicklung beeinträchtigen könnten. Sogenannte autoritätsfreie oder antiautoritäre Erziehungsformen, Kinderläden und antipädagogische Tendenzen weisen in diese Richtung. Sie erhält durch Vorstellungen von der Gleichheit der Menschen und der Gleichstellung von Eltern beziehungsweise Erwachsenen einerseits und Kindern andererseits ihre Wertakzente.

Die andere Seite alles Lebendigen, ohne deren zentripetales polares Zusammenspiel mit den erwähnten zentrifugalen Tendenzen jegliche Gestaltbildung ausgeschlossen wäre, wird nicht so gern betrachtet. Sie wird am liebsten nicht einmal wahrgenommen. Es handelt sich um die gewaltigen Lebensvorgänge der Einfaltung, Ein-Wicklung und Verdichtung, wenn beispielsweise das Leben von der Pflanze hinübersteigt in die neue Frucht, wenn aus Huhn wieder Ei, aus Eichbaum wieder Eichel wird.

Auch im Bereich unseres Verhaltens ist es ebenso wichtig, daß wir Ja sagen wie daß wir Nein sagen können. Sich Entfalten ist ebenso wich-

tig wie sich Beschränken. Die Selbstbejahung ist ebenso unerlässlich für das Leben jedes Einzelnen wie die Selbstverleugnung. Es ist allerdings ein beträchtliches Problem, daß Selbstbejahung und entfaltende Lebensvorgänge meist lustvoll, Selbstverleugnung und beschränkende Lebensvorgänge dagegen meist als unlustvoll erlebt werden. Lebendige Gestalt kann nur aus dem Zusammenspiel ausdehnender und zusammenziehender, Wachstum und Beschränkung bewirkender Kräfte entstehen.

Richtig ist, daß im Leben der Individuen Phasen der Entfaltung und der Selbstbejahung vorausgehen müssen, ehe es gilt, die Künste der Selbstverleugnung zu üben und zügelnd einzusetzen. Richtig ist, daß Gehemmtheiten und Verdrängungen zu Neurosen führen. Sie entstehen, wenn die Entfaltung des Lebens übermäßig oder zur Unzeit tiefgreifend bedroht wird. Richtig ist aber auch, daß Schrankenlosigkeit zu Frustrationsintoleranzen und zu Verwahrlosungen aller Art führt.

Da die Heilungschancen für Neurosen unvergleichlich besser sind als für Verwahrlosungen, sind die Schäden, die durch Schrankenlosigkeit hervorgerufen werden, als sehr viel schwerwiegender anzusehen als solche, die durch Repressionen entstehen. Das hört niemand gern in einer Zeit, in der man von Freiheitsthesen berauscht, dem heranwachsenden Menschen selbst dann den Halt, das heißt, die Autorität und das Vorbild verweigert, wenn er offensichtlich danach sucht. Gerade aber in einem Beitrag, der sich mit psychotherapeutischen Heilmaßnahmen zu beschäftigen hat, kann nicht eindringlich genug darauf hingewiesen werden, daß unsere Kenntnisse von den Prognosen eindeutig dazu auffordern, die Haltlosigkeit im Erziehungsverhalten für sehr viel giftiger einzuschätzen als die Repression. Entsprechende Hinweise darauf sind übrigens schon bei Salomo zu finden.

* * *

Es liegt nahe, die geschilderten Lebensprozesse evolutiver und involutiver Art mit der Erkenntnisexplosion der modernen Naturwissenschaften zu vergleichen. Die Rufe nach Synthese, nach Synopse, nach Integration, nach Konzertierung wären dann Signale für den Anbruch einer involutiven Phase erneuter Einfaltung des Lebens. Der Vergleich ist jedoch nicht stichhaltig. Er kann nicht zutreffen, weil die erwähnten Erscheinungen wissenschaftlicher Expansion keine Lebensvorgänge sind, sondern Kunstprodukte als Ergebnisse menschlicher Hirnleistungen.

Bahnbrechend und zugleich typisch für diese Entwicklung sind *Galileo Galilei* und *Isaac Newton*. Beide haben ausdrücklich die Lebens-

wirklichkeit der Natur und die Frage nach dem Sinn, der allen Naturerscheinungen innewohnt, aus ihren Untersuchungen ausgeklammert. Der „methodische Atheismus“ ist von ihnen als Voraussetzung der modernen Naturwissenschaftlichkeit eingeführt worden, wie *Hugo Staudinger* detailliert dargelegt hat. Das hat dazu geführt, daß heute in naturwissenschaftlichen Arbeiten das Wort „Gott“ nicht vorkommen darf, weil dies gegen die Spielregeln verstößt. Allerdings ist sich heute kaum noch jemand darüber im klaren, daß diese Spielregeln als solche von gläubigen Christen verabredet worden sind, um Abstraktionen zu ermöglichen und durch sie eine künstliche Welt des „als ob“ herzustellen. *Carl Friedrich von Weizsäcker* beschreibt diesen Vorgang folgendermaßen (1966, S. 107):

„Galilei tat seinen großen Schritt, indem er wagte, die Welt so zu beschreiben, wie wir sie nicht erfahren. Er stellte Gesetze auf, die in der Form, in der er sie aussprach, niemals in der wirklichen Erfahrung gelten, und die darum niemals durch irgendeine einzelne Beobachtung bestätigt werden können, die aber dafür mathematisch einfach sind. So öffnete er den Weg für eine mathematische Analyse, die die Komplexheit der wirklichen Erscheinungen in einzelne Elemente zerlegt. Das wissenschaftliche Experiment unterscheidet sich von der Alltagserscheinung dadurch, daß es von einer mathematischen Theorie geleitet ist, die eine Frage stellt und fähig ist, die Antwort zu deuten. So verwandelt es die gegebene ‚Natur‘ in eine manipulierbare Realität... Galilei zerlegt die Natur, lehrt uns, neue Erscheinungen willentlich hervorzubringen und den gesunden Menschenverstand durch Mathematik zu widerlegen. So sagt zum Beispiel Aristoteles, daß schwere Körper schnell fallen, leichte Körper langsam und ganz leichte sogar aufsteigen. Dieses ist genau, was die Erfahrung jeden Tags uns lehrt: Der Stein fällt schnell, das Blatt Papier langsam, die Flamme steigt auf. Galilei behauptet, alle Körper fielen mit gleicher Beschleunigung und müßten deshalb nach gleicher Zeit gleiche Geschwindigkeit erlangt haben. In der alltäglichen Erfahrung ist dieser Satz einfach falsch. Galilei fährt fort: Im Vakuum würden sich die Körper aber in der Tat so verhalten. Er stellt also die Hypothese auf, es könne ein Vakuum, einen leeren Raum geben, wieder im Widerspruch nicht nur zur Philosophie des Aristoteles, sondern auch zur Erfahrung jeden Tags.“

Dies gilt für alle klassischen Naturgesetze, die praktisch nur unter idealen Bedingungen gelten, wenn nämlich außer den formulierten Beziehungen keinerlei weitere Kräfte wirksam sind. Das gibt es in der Wirklichkeit ebensowenig wie einen absolut leeren Raum. Daraus ergibt sich die paradoxe Aussage, daß sich die modernen Naturwissenschaften genau genommen nicht auf die Realität beziehen, sondern auf einen jenseits aller Realität liegenden Bereich idealer Bedingungen.

Diese Entwicklung hat vor dem Reich des Lebendigen und auch vor dem Menschen und seinen gesellschaftlichen Organisationsformen nicht Halt gemacht. Auch hier ist das Bestreben erkennbar, letztlich alles beispielsweise mit maschinellen Vorgängen vergleichen zu können, mit Hilfe von mathematischen Formeln Ursachen und Wirkungen zu berechnen und schließlich eine zweckdienliche Umgestaltung der Wirklichkeit vorzunehmen.

Die Expansion der modernen Wissenschaften ist dementsprechend ausdrücklich nicht auf Sinn bezogen, sondern auf Zweckmäßigkeiten, die dem Wandel politischer Gegebenheiten unterworfen sind. Infolgedessen gleicht die Expansion der modernen Wissenschaften mit ihrer Methodenschwemme eher der Überschwemmung im „Zauberlehrling“, in dem die bedrohlich steigende Flut sich von dem Adepten, der „die Geister rief“, nicht mehr bändigen läßt. Das ist kein biologischer Vorgang, keine evolutive Phase, der gesetzmäßig eine involutive Phase folgen wird. In der Sinnlosigkeit einer aus Stückwerken addierten künstlichen Realität ist Integration unmöglich. Im Begriff „Methode“ ist Sinn vorsätzlich ausgeklammert. Im Begriff „Integration“ dagegen wird Sinn vorausgesetzt.

* * *

Der Ruf nach Integration der Methoden ist wie der Ruf nach jemandem, der die Geister zu bannen vermag, nach jemandem, der den die Methoden übersteigenden Sinn wahrnimmt und sich wie diese dem Sinn einfügt, nach jemandem, der der Vielfalt Frieden und Ordnung geben und sie in neue Frucht einbinden kann. Um hier klärend voranzukommen, erscheint es mir erforderlich, ein paar Überlegungen zu den Begriffen „Körper“, „Seele“ und „Geist“ einzuschieben.

Daß ich als den *Körper* des Menschen die organismisch strukturierte Materie bezeichne, aus der der Mensch besteht, dürfte kaum auf Widerspruch stoßen. Alles, was am Menschen materiell ist, das ist sein Körper.

Daß ich als *Seele* des Menschen seine organismisch strukturierten Verhältnisse zu sich selbst und zu aller Welt in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft bezeichne, wird vielfach als ungewohnt empfunden. Dessen ungeachtet leuchtet es meistens ein, wenn man unter seelisch bedingten Krankheiten solche versteht, die auf der Eigentümlichkeit der Verhältnisse des Kranken beruhen, die er zu sich und der Welt unterhält. Mit anderen Worten: eine Krankheit gilt dann als seelisch bedingt, wenn sie durch die Art und Weise hervorgerufen wurde, in der der Mensch mit sich und der Welt umgeht. Seelische Krankheiten haben folglich ihren „Sitz“ in den Verhältnissen des Menschen zu sich und der Welt. Psychotherapie als Krankenbehandlung mit seelischen Mitteln ist daher die Anwendung von Heilmaßnahmen, die sich der Umgangsweisen eines Menschen mit sich und der Welt bedienen.

Folgerichtig ist es meines Erachtens daher, erzieherische, haltgebende und orientierende Hilfen mittels Maßnahmen, die sich des Umgangs eines Menschen mit sich und der Welt bedienen, mit dem besonders

griffigen und empfehlenswerten Begriff „Psychopädie“ zu bezeichnen. Seine Anwendung ist zudem nicht auf Kranke und dementsprechend nicht auf Ärzte und Heilpraktiker beschränkt.

Die Seele des Menschen ist, weil sie immateriell ist, — für sich allein genommen — unsichtbar. Sie wird jedoch sichtbar mittels des menschlichen Körpers in Ausdruck und Verhalten des Menschen, beispielsweise auch in seiner Handschrift und in seiner Haltung, die ich als einen Teil seines Verhaltens betrachte. Die Seele des Menschen wird hörbar in seiner Stimme und in seinem Sprechen.

Der Begriff *Geist* ist nach meiner Erfahrung leichter mit Inhalten auszustatten. Betrachtet man einen sterbenden Menschen, dann kann man sich leicht klarmachen, daß die Summe der in seinem Leibe ablaufenden biochemischen Prozesse praktisch unverändert bleibt, wenn sein Leib sich durch den Tod in Leichnam verwandelt. Aber im Leibe des lebenden Menschen sind diese Prozesse auf diesen Leib als auf ein Ganzes bezogen. Sie werden als Stoffwechsel bezeichnet. Im Vorgang des Sterbens verschwindet dieses alle Vorgänge und Teile des Leibes auf den Leib als auf ein Ganzes beziehende Prinzip. Und eben dadurch verwandelt sich Leib in Leichnam und Stoffwechsel in Verwesung. Das betreffende Ganze hat damit seinen Geist aufgegeben. Unter dem Geist einer Sache verstehe ich demzufolge das jener Sache innewohnende Prinzip, das alle Teile und Vorgänge jener Sache wirklichkeitsgemäß auf diese Sache als auf ein Ganzes bezieht. Und das gilt auch für den Menschen.

Interessanterweise bedeutet der Begriff „integer“ soviel wie „im Einklang mit dem Geist“ oder unbestechlich, unverführbar, weil eindeutig auf die inneren Regelungen und Ordnungen des betreffenden Systems bezogen. Jemanden in eine Gruppe integrieren heißt demnach mehr, als ihn in eine Gruppe einzuführen. Es heißt, jemanden so in eine Gruppe einzufügen, daß er sich den Zügelungen durch den Geist der Gruppe unterwirft und dadurch ein lebendiges Gruppen(mit)glied des Gruppenorganismus wird. Wenn das Blut, das jemandem als Transfusion einverleibt wird, nicht ein Fremdkörper in ihm bleiben sondern integriert werden soll, dann muß es sich in die Regie des Empfängers in der Weise einfügen, daß es vom Geist des Empfängers in gleicher Weise gezügelt, das heißt zu allen anderen Teilen und zu dem Ganzen des Leibes so in Beziehung gesetzt wird, wie alle anderen Körperzellen auch.

„Methodenintegration“ erscheint in diesem Zusammenhang als ein Begriff, der aussagt, daß hier Methoden — wie die steigenden Wasser im „Zauberlehrling“ — dem Geist des für sie zuständigen Ganzen wieder unterworfen und damit erneut in einen Sinnzusammenhang einge-

bracht werden sollen. Der Philosoph *Herbert Spencer* hat den Begriff Integration in dieser Weise gebraucht und mit ihm den Vorgang bezeichnet, wenn Vielfalt zu Frieden und Ordnung gebracht wird. Methodenintegration kann infolgedessen nur das Programm dafür sein, daß jedermann aufgerufen ist, die zahllosen divergierenden Wege der modernen Naturwissenschaften, die den evolutiven Verästelungen aller Gebiete nachsteigen (das heißt übrigens „methodos“!), einem gemeinsamen Ziel und Sinn unterzuordnen. Indem die Methoden integriert werden, führen diese Wege — um im Bilde zu bleiben — alle überraschenderweise nach Rom, das heißt, sie konvergieren.

Richtig ist, daß keiner Sache und keinem Vorgang von sich selbst her ein Sinn innewohnt. Jede Sache und jeder Vorgang erhalten Sinn nur von dem größeren Ganzen, dessen Teil sie sind. Die Methodenintegration ist insofern kein modern-naturwissenschaftlicher, sondern ein biographischer Prozeß. Sie ist der Prozeß, in dem ein Mensch seine Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in sich zur Ruhe bringt. Die Methodenintegration ist auch in der Psychotherapie der Genesungsprozeß, in welchem der von der Vielfalt therapeutischer Möglichkeiten irritierte, womöglich in positivistische Begeisterungen verstrickte oder gar resignierte Spezialist dieses Fachgebietes, dessen Vielfalt — vom Sinn geleitet — wieder einfallen darf wie zu einer Frucht.

* * *

Während meines Medizinstudiums hatte ich in Berlin Gelegenheit, unter dem Ordinariat von *Paul Vogler* ausgiebiger als es pflichtmäßig vorgeschrieben war, „naturgemäße Heilweisen“ kennenzulernen und an den Universitätsvorlesungen und -kursen von Professor *Bastanier* in dem Fach „Homöopathie“ teilzunehmen. Beide Gebiete gehörten zum alltäglichen Rüstzeug meines als Arzt praktizierenden Vaters. Infolge häufiger katarrhalischer Beschwerden wurde ich Schüler von *Clara Schlaffhorst* und ihrer Schule für Atem-, Sprech- und Stimmunterricht. Gleichzeitig wurde ich am damaligen „Reichsinstitut für tiefenpsychologische Forschung und Psychotherapie“ in Berlin Psychoanalytiker. *Johann Heinrich Schultz* unterrichtete mich in Hypnose, Autogenem Training und anderen Verfahren der sogenannten pragmatischen Psychotherapie. Die Entwicklung spezieller hypno-analytischer Anwendungen und der Psychoanalyse zu einem in Gruppen anzuwendenden Verfahren wurde mir am „Zentralinstitut für psychogene Erkrankungen“ der Versicherungsanstalt Berlin (VAB) durch *Harald Schultz-Hencke* anvertraut. Eine zusätzliche Ausbildung am C. G. Jung-Institut in Zürich sowie bei *Graf Dürckheim* und bei *Walter*

Schindler rundete diese Seite ab. — Das Erlebnis der Chirotherapie und ihr Studium wurden für mich 1945 zur Brücke in die psychosomatische Medizin, für die ich 1949 bis 1951 als I. Oberarzt der Rasemühle, dem heutigen Tiefenbrunn/b. Göttingen, und bis 1954 als Abteilungsvorsteher der psychosomatisch-psychotherapeutischen Abteilung an der II. Medizinischen Universitätsklinik Hamburg federführend tätig war. In jenen Jahren habe ich meine durch das Material anderer Einrichtungen ergänzten Beobachtungen mit Hilfe maschineller Dokumentation und Statistik aufbereitet und ausgewertet (*Derbolowsky* 1957) und nebenher Neuraltherapie und Akupunktur studiert.

Während meiner über 25jährigen Tätigkeit in Hamburg als niedergelassener Nervenarzt nahm die als „Agmap“ abgekürzte „ambulante, gruppenzentrierte, multimodal-integrierte analytische Psychotherapie“, die ich gemeinsam mit Mitarbeitern durchgeführt habe, den größten Teil meiner Arbeitszeit in Anspruch (*Derbolowsky* 1971, S. 302-305). Hierbei gelang es mir, mehrere ganz unterschiedliche Behandlungsmodalitäten zu einem hochwirksamen und besonders erfolgreichen Behandlungsverfahren zu integrieren.

Neurosen sind nicht nur im Verhalten des Patienten eingestigt, sondern auch in seinem Denken, also in der Art und Weise, wie er mit sich selbst spricht. Neurosen wurzeln bei ihren Trägern aber auch im gegenständlichen Fühlen, das heißt im Werten, was sich im Umgang insbesondere mit den alltäglichen Dingen und deren Eigenschaften auswirkt. Neurosen durchsetzen immer auch die leiblichen Ausdrucksweisen, die Sprache ebenso wie das Sprechen, ferner Haltung, Atmung, Stimme, Bewegung und Schrift.

Mir wurde klar, daß ein und derselbe Mensch, der es heute fertigbekam, seine Neurose in seinem Denken aufzuspüren, sich von ihr zu distanzieren und einen Heilungsschritt zu vollziehen, gestern zu diesem Schritt unfähig gewesen sein mochte. Gestern hatte er dagegen zu der Neurose als zu unserem gemeinsamen Gegner im Bewegungsablauf seines Leibes Zugang gefunden und sie übend überwunden. Morgen wird er vielleicht beim Fingermalen mit Kleisterfarben Gelegenheit finden, sich Angst- und Ekelgefühlen im eigenen Innern auszusetzen, und sich dabei eine für ihn neue Vertrautheit im Umgang mit seiner Welt erringen.

Mir wurde klar, daß ein Mensch nicht jeden Tag in gleicher Weise an der Überwindung seiner Neurose arbeiten kann. Die Neurose wandelt ihr Erscheinungsbild laufend. Einmal verbirgt sie sich hinter lärmenden körperlichen Funktionsstörungen, ein andermal hinter schwermütigen Verstimmungen, hinter hektischen Arbeitszwängen, hinter perfektionistischen Nötigungen zu Ordnung und Sauberkeit

oder auch hinter Überzeugungen, man werde beobachtet, angefeindet, benachteiligt oder verfolgt.

Damit lag es auf der Hand die indizierte analytische Psychotherapie durch das Abwechseln verschiedener Modalitäten wirksamer zu gestalten, um so die Neurose von ganz verschiedenen Seiten konzentrisch angreifen und überwinden zu können. Eine Modalität war das Arbeiten mit Träumen und Einfällen in der klassischen Form der Psychoanalyse in Einzelstunden. Hier war das *Wort* Vehikel der therapeutischen Arbeit. Hier ging es um die Gewichtung von Gedanken, Vorstellungen und Erinnerungen, um die Berichtigung von Irrtümern, Aufdecken von unbewußten Motivationen, von Übertragungen und Widerständen. Diese Modalität habe ich als *Noothérapie* beziehungsweise als *Noopädie* bezeichnet.

Eine ihr ebenbürtige andere Modalität war die *Lambanotherapie* beziehungsweise die *Lambanopädie*, in der das Vehikel der analytischen Arbeit im spielerischen Umgang mit Material besteht (*Derbolowsky* 1974, 1 u. 2). Aller Konstruktivität geht im Leben das Begreifen voraus. Der Mensch berührt die Welt, er bemächtigt sich ihrer, indem er sie anleckt, anbeißt, mit seinen Händen begreift, betastet und so sich selbst an ihr erfährt, ihre Eigenschaften kennenlernt und Schritt für Schritt Vertrautheit gewinnt inmitten all des vielen zunächst noch Unbekannten. Hierbei geht es nicht um Arbeit, nicht um Produktivität, nicht um Beschäftigung, nicht um künstlerisches Schaffen, nicht um geregelte Spiele, sondern einzig um einen Prozeß von Aufgeschlossenheit im Entdecken und Ergründen der Welt, um einen Prozeß, in dem Schmieren und Mischen, Zerkleinern und Öffnen, Reißen und Kratzen, Beißen und Streichen zu Erfahrungen führt, die man erst danach träumen kann und die man braucht, will man etwas Bestimmtes hervorbringen und schließlich Werke erschaffen; will man Gemütlichkeit in seiner Welt haben.

Eine dritte Modalität war die *Pneotherapie* beziehungsweise die *Pneopädie*, in der Haltung, Atmung und Stimme, Rhythmus und Bewegung als Vehikel der analytischen Arbeit benutzt wurden.

Diese drei Modalitäten wurden schon sehr bald nicht nur miteinander abgewechselt, sondern zu einem einzigen Behandlungsverfahren integriert und in Einzel- und Gruppenanwendungen eingesetzt. Der Patient erhielt zunächst einige, den Behandlungsprozeß in Gang setzende, einführende Einzelstunden und wurde dann Mitglied einer bestimmten Gruppe von sieben bis acht Teilnehmern. In den einmal wöchentlich regelmäßig zu gleicher Zeit stattfindenden Gruppensitzungen wurden die Modalitäten in der Weise abgewechselt, daß einmal monatlich je eine Sitzung nootherapeutischer, lambanotherapeutischer

und pneotherapeutischer Art durchgeführt wurde. Jeder Patient erhielt, wie gesagt, außerdem in jeder dieser drei Modalitäten Einzelbehandlungen.

Eine weitere Modalität wurde nur in Gruppensitzungen durchgeführt. Ich habe sie als *soziotherapeutisch* beziehungsweise *soziopädagogisch* bezeichnet. Hierbei ging es um einfache Formen des Rollenspiels, beispielsweise mit Rollentausch.

Eine informatorische Plenarsitzung aller Agmap-Gruppenteilnehmer pro Monat mit Fragenbeantwortung und allgemeinen Debatten, sowie die tägliche Durchführung individueller „Alleinübungen“ haben das Verfahren der ambulanten, gruppenzentrierten, multimodal-integrierten analytischen Psychotherapie (Agmap) abgerundet, das ich mit den darin bewährten Techniken und Regelungen an anderer Stelle ausführlich beschrieben habe. Mit diesem Verfahren wurde nicht nur die Zahl der Behandlungsplätze des Therapeuten und nicht nur das Spektrum der Heilanzeigen für die analytische Psychotherapie wesentlich vergrößert, auch die Erfolgchancen wurden bei gleichzeitiger Verkürzung der Behandlungsdauer verbessert.

Jede Modalität hat ihren eigenen Wirkungsbereich und damit ihre speziellen Vorzüge und Grenzen. Bei der *notherapeutischen* Modalität geht es beispielsweise um das Erfassen gedanklicher Inhalte, die neu geordnet und in neue Beziehungen gebracht werden. Hier ist die Versuchung besonders für intellektuell begabte Patienten groß, sich auf neu gewonnenen Verständnissen „auszuruhen“. Es besteht die Gefahr, daß diese Verständnisse weder in die Leiblichkeit noch in die Lebensgestaltung Eingang finden, daß sie unlebendig bleiben und nicht in Fleisch und Blut übergehen. Gedankliches Verstehen geht schneller und ist bequemer als ein wirklich einverleibendes begreifendes Erkennen. Deshalb gehört dieser Umstand zum Repertoire des Widerstandes, der gerade in dieser Hinsicht die besondere Wachsamkeit des Therapeuten erfordert. Wird derselbe Patient im gleichen Zusammenhang nicht nootherapeutisch, sondern beispielsweise in der anderen Modalität pneotherapeutischen Vorgehens im Bereich seiner eigenen leiblichen Funktionsbehinderungen und Funktionsmöglichkeiten mit den für ihn aktuellen Problemen seiner Neurose und ihrer Überwindung konfrontiert, dann erfährt er, daß die intellektuell gewonnenen Verständnisse noch nicht ohne weiteres leiblich umsetzbar sind. Verspannungen, die er anscheinend vom Verstand her aufgeben kann, erweisen sich plötzlich als leiblich noch voll wirksam.

Die Bereiche des Fühlens, des Wahrnehmens und Empfindens bleiben oft weiterhin von Verdrängungen und Gehemmtheiten durchsetzt

und folglich unentwickelt, sofern nicht auch hier unmittelbare Erlebnisse vermittelt und Wandlungen ermöglicht werden.

Wieder andere Erlebensbereiche werden mittels der lambanotherapeutischen Modalität im Umgang mit Material erschlossen. Hier befreit der Patient mit seinen Händen Material, hier kann er Ängste bewältigen, ohne sie verwörtern zu müssen. Hier erlebt er die schöpferischen Kräfte seiner Persönlichkeit, ohne sich wortgewandt dem Prozeß seiner Inkarnation entziehen zu können. Entsprechendes gilt umgekehrt von denen, die nicht wissen, was sie tun, und die in Beschäftigung, in Rollenspiel, in Yoga und Entspannung ausweichen, um sich den unerläßlichen Einsichten und Verständnissen zu entziehen.

Ich gehe davon aus, daß ein Patient nur dann mit Agmap behandelt wird, wenn er, weil er leidet, eine Behandlung selbst dringlich wünscht und wenn dieses Verfahren indiziert ist, weil durch seine Anwendung eine entscheidende Besserung seines Leidens erwartet werden kann. Dann ist es von größter Wichtigkeit, daß alle Behandlungsschritte auf die der Behandlung zugrunde liegende Not des Patienten ausdrücklich bezogen sind. Aus der Bearbeitung der Träume werden die jeweils aktuellen „Traumwinke“ entnommen, mit denen der Patient die Behandlung nicht nur bewußt, sondern von seinem Selbst her steuert. Die Traumwinke werden in praktikable Übungsschritte übersetzt. Sie finden ihre Anwendung nicht nur in den Alleinübungen, die anderwärts auch als Exerzitien bezeichnet werden, sondern auch in jeder Einzel- und Gruppensitzung aller Modalitäten. Deshalb ist es wichtig, daß ein Behandler als Vertragspartner des Patienten die volle Verantwortung für den multimodalen Prozeß trägt, indem er die Vielgestaltigkeit der möglichen Anwendungen als ein einziges therapeutisches Instrument, also integriert handhabt. Dann trifft die Neurose in ihren Erscheinungsformen von Übertragung und Widerstand wie in der Geschichte vom Hasen und Swinegel überall auf das „Bin schon allhier!“ Dann wird sie im noo-, pneo-, lambano- und soziotherapeutischen Arbeitsfeld von jeweils demselben aktuellen Traumwink ereilt, demaskiert und — nach Möglichkeit — überwunden. Arbeitet der Behandlungsleiter mit Mitarbeitern zusammen, die auf ihren Gebieten spezialistisch ausgebildet sind, kommt die großartige Möglichkeit dieser Arbeitsweise nur dann zum Tragen, wenn die Mitarbeiter insoweit gleichfalls in diese Entwicklung integriert sind, daß sie den aktuellen Traumwink aufnehmen können und — in Übereinstimmung mit dem Behandlungsleiter — die für sie mit dem Patienten praktikablen Umsetzungen dieses Traumwinks beherrschen.

Die Integration anderer Behandlungsmethoden in die einzelnen für jeden Patienten zu planenden therapeutischen Strategien, wie die

Durchführung von Operationen, die Anwendung von Medikamenten, Diätformen, Kuranwendungen, Chirotherapie, Neuralmedizin, Akupunktur und anderem erwies sich als ebenso notwendig wie segensreich. Eine aus den fünfziger Jahren stammende psychosomatische Krankengeschichte, die ich 1963 in dem Buch „Chirotherapie“ veröffentlicht habe, gibt in den damaligen Stand meiner integrativen Ansätze einen recht guten Einblick (S. 24):

„Zur Veranschaulichung sei der Fall eines 47jährigen Mannes geschildert, der sich im Laufe von etwa 2 Jahren in immer kürzer werdenden Abständen die Hals- und Brustwirbelsäule behandeln ließ. Anlaß dazu gaben ihm Schmerzen im Nackenbereich zwischen den Schulterblättern. Außerdem bestanden gehäuft Extrasystolien, die sich zeitweilig zu paroxysmalen Tachycardien steigerten. Im EKG lagen keine Hinweise für Herzmuskel-schäden vor. Zwischen den Schmerzen in der Wirbelsäule, den Herzsensationen und den chirotherapeutischen Behandlungen bestanden signifikante Zusammenhänge. Jedesmal nach einer chirotherapeutischen Behandlung nämlich waren sowohl die Schmerzen als auch die Herzsensationen beseitigt. Meist traten jedoch 1 bis 2 Wochen später wieder erneute Herzbeschwerden auf. Erst danach, manchmal nach Wochen, und zwar im Zusammenhang mit plötzlichen oder ungeschickten Körperbewegungen, setzten die Rückenschmerzen wieder ein. Von diesem Moment an verstärkten sich jeweils die Herzbeschwerden. Sie nahmen an Häufigkeit des Auftretens und Intensität zu. Daraufhin wurde jeweils wieder eine chirotherapeutische Behandlung in Anspruch genommen, deren befreiende Wirkungsdauer allerdings immer kürzer wurde, so daß sich die zeitlichen Abstände ihrer Anwendung allmählich verringerten. In dieser Weise war ca. 2 Jahre lang vorgegangen worden, als ich Gelegenheit erhielt, den Patienten zu untersuchen.

Neurosenpsychologischerseits fand sich das Bild einer typischen Herzneurose. Dabei ließ sich nachweisen, daß der Patient in für ihn spezifischen Situationen regelmäßig mit seiner Herzsymptomatik reagierte. — Sobald allerdings jeweils die Rückenschmerzen eingesetzt hatten, traten die Herzsensationen nicht mehr allein in diesen für ihn typischen Situationen auf, sondern auch im Zusammenhang mit Änderungen der Körperlage, zum Beispiel beim Umdrehen im Bett, beim Bücken oder auch beim Aufrichten vom Bücken, beim Seitneigen des Rumpfes usw.

Der Patient erhielt den Rat, vorerst von weiteren chirotherapeutischen Behandlungen Abstand zu nehmen und sich zunächst einer Psychoanalyse zu unterziehen. So geschah es auch. Die Analyse nahm einen günstigen Verlauf. Die Probleme, die aus dem Feld des Erlebens und der Erlebnisverarbeitung heraus die Herzphänomene ausgelöst hatten, konnten in etwa 11 Monaten aufgearbeitet werden. Der Mann hatte im Zusammenhang damit für sich selbst in Familie und Beruf vieles gewonnen. Er war zufrieden. Aber Herz und Rücken machten ihm unvermindert Beschwerden. Er war damit einer jener vielen Fälle, denen man — etwas boshaft — gern nachsagt, die Psychoanalyse habe sie dazu gebracht, ihre ungebesserte Symptomatik nunmehr hinzunehmen.

Bei sehr genauem Hinsehen jedoch, und das kann gar nicht genug hervorgehoben werden: bei sehr genauem Hinsehen hatte sich auch an der Symptomatik manches prägnant verändert. Die Herzsensationen traten nämlich nicht mehr in den bis dahin für diesen Patienten spezifisch gewesenens Lebenssituationen, den Versuchungs- und Versagungssituationen auf, sondern nur noch in dem erwähnten Zusammenhang mit körperlichen Haltungs- und Lageänderungen. Es entstand der Eindruck, als sei die Reizschwelle im ganzen erhöht, so daß eine Beruhigung festgestellt werden konnte. Die Rückenbeschwerden bestanden unvermindert. Sie schienen lediglich etwas wetterabhängig und durch das Allgemeinbefinden des Patienten beeinflußt zu sein.

In diesem Zeitpunkt wurde eine neuerliche chirotherapeutische Behandlung durchgeführt. Das Ergebnis war zunächst wie immer. Es bestand nämlich für die ersten 2 Wochen danach Beschwerdefreiheit. Aber nun änderte sich etwas gegen früher: die Beschwerden blieben nämlich aus. Es trat im Laufe einer dreijährigen Nachbeobachtung kein Rezidiv ein.“

Diese gekürzte Krankengeschichte erscheint einfach und durchsichtig. Wird sie jedoch mit Hilfe einer mehr ins Detail eingehenden, quasi stärkeren Vergrößerung betrachtet, so gibt sich unmittelbar eine Fülle weiterer Gesichtspunkte zu erkennen. Eine vielfältigere Verflechtung biographischer und pathophysiologischer Faktoren enthüllt sich vor dem staunenden Betrachter und dessen integrativem Bemühen (S. 29-32). Dabei werden weitere Indikationen deutlich, die das Bündel der notwendigen therapeutischen Maßnahmen im Rahmen einer „Zugum-Zug-Therapie“ umfangreicher macht. Immer andere Köpfe der Hydra erheben als jeweils „aktuell pathogen“ ihr Haupt und fordern damit neu gezielte therapeutische Aktionen gegen sich heraus.

Meine ambulante, gruppenzentrierte, multimodal-integrierte, analytische Psychotherapie (Agmap) ist zwar dabei ein im seelischen Bereich „flächendeckendes“ Heilverfahren, dem sich die Neurose in ihren rasch wechselnden Erscheinungsformen kaum entziehen kann. Sobald sich jedoch aus psychosomatischen Funktionsstörungen einige im leiblichen Bereich verselbständigt haben oder aber andere leibliche Ereignisse — wie beispielsweise Unfallfolgen — hinzugekommen sind, wird es sofort notwendig, weitere Heilmaßnahmen in den Behandlungsplan einzubeziehen.

Inzwischen habe ich meine Hamburger Praxis und Privatklinik aufgegeben, um 1979 die ärztliche und die Gesamtleitung eines Jugenddorf-Berufsbildungswerkes zu übernehmen. Jetzt habe ich etwa dreihundert teils körperlich, teils seelisch behinderte junge Männer und Frauen im Alter von etwa 18 bis 21 Jahren jeweils drei Jahre lang zu betreuen und zu begleiten, während sie in dieser Einrichtung leben und hier sowohl in Werkstatt als auch Berufsschule ihre Berufsausbildung erhalten, die mit regelrechter Kammerprüfung abgeschlossen wird. Jeweils zwölf von ihnen leben zusammen mit einem sozialpädagogisch ausgebildeten Jugendleiter und dessen Familie in einer Wohngemeinschaft. Da auch ich mit meiner Frau im Jugenddorf wohne und an den mit der Jugend und den Mitarbeitern gemeinsamen Mahlzeiten, wie auch an den musischen und sportlichen Freizeitgruppen teilnehme, drängt sich ein Vergleich mit den sogenannten „therapeutischen Gemeinschaften“ auf.

Dies ist hier keine therapeutische, sondern eine pädische Gemeinschaft, weil es sich nicht um behandlungsbedürftige Kranke, sondern

um Personen handelt, die sich einer Maßnahme der beruflichen und gesellschaftlichen Rehabilitation unterziehen. Während dieser Zeit sollen insbesondere Störungen im Umgang mit sich selbst und anderen behoben werden. Zu dieser gut 450 Personen umfassenden „pädischen Gemeinschaft“ gehören etwa einhundertfünfzig Mitarbeiter, die einerseits mitwirken, andererseits fortgebildet werden wollen.

Nun hat sich mir gezeigt, daß ich zwar in Erfüllung dieser Aufgabe alle diagnostischen und therapeutischen Techniken, die ich erlernt habe, ständig anwenden kann. Die Durchführung von Agmap wäre jedoch zu zeitintensiv und zu problematisch, da sie als ambulantes Verfahren entwickelt wurde. Es hat daher weitere integrative Vereinfachungen gegeben. Sie sind die Ergebnisse einer Reihe von Vorerfahrungen, über die ich schon verschiedentlich berichtet habe. Dabei handelt es sich im einzelnen um:

1. Neurosen sind *nicht* die kausalgesetzlich eintretenden Folgen von gesellschaftlichem Fehlverhalten der Erzieher in der frühen Kindheit oder von sogenannten Schicksalseinbrüchen. Neurosen sind vielmehr individuelle Antworten jedes Einzelnen auf die Geschehnisse seines Lebens. Diese Antworten sind grundsätzlich nicht vorhersagbar. Das bedeutet, daß gleichartige Einwirkungen auf vergleichbare Stadien der Entwicklung in einem Fall abträglich, in einem anderen Fall gleichgültig und in einem dritten Fall förderlich sein können.
2. Entscheidend für die Entstehung von Neurosen sind *nicht* die Ereignisse der frühen Kindheit, sondern die Arten und Weisen, wie der Einzelne sich gegenüber den ihn treffenden Ereignissen abschirmt und in welchem Umfang er angesichts dessen, was ihn getroffen hat, zu sich hält.
3. Der Mensch ist dazu befähigt, Liebe zu *üben*. Er kann es üben, liebevoll und freundschaftlich, aufrichtig und warmherzig mit sich selbst umzugehen.
4. Um dieses für eine gesunde Lebensführung unerläßliche Verhalten zu sich selbst annehmen zu können, muß er allerdings, wo immer er auf Erinnerungen stößt, in denen er sich selbst verlassen, verraten, erniedrigt oder verletzt hat, sich selbst ernsthaft um Vergebung bitten und sich diese Vergebung auch gewähren. Erst wenn dies geschehen ist, ist es möglich, die eigene Zuwendung anzunehmen.
5. Wer ein gestörtes Verhältnis zu sich selbst hat, kann auch insoweit mit anderen nicht in gesunder Weise umgehen.
6. Ein Mensch kann keinen anderen Menschen ändern, es sei denn, er verletze ihn gewaltsam. Ein Mensch kann nur sich selbst ändern und anderen, die sich ändern wollen, Anregung, Vorbild, Beistand und Halt geben oder verweigern.

Für die praktische Arbeit haben diese Fakten klare Konsequenzen:

1. Schon ein Zehnjähriger kann zu der Erkenntnis geführt werden, daß jeder Mensch dauernd mit sich selbst spricht. Es handelt sich dabei um das, was man Denken nennt, welches allen beabsichtigten Handlungen vorausgeht und sie begleitet. Die Beobachtung dieses Vorgangs ist ein erster Schritt.
2. Die Art und Weise, *wie* ein Mensch mit sich selbst spricht, ist unterschiedlich. Es kommt auf den Ton an, „der die Musik macht“. Der Umgang mit sich selbst kann freundschaftlich oder feindselig, aufrichtig oder verlogen, tröstend oder entmutigend, perfektionistisch oder resignierend sein. Ein zweiter Schritt besteht folglich darin, daß der Betreffende erkennt, welche Art von Verhältnis er zu sich selbst unterhält.
3. Sobald er sich einräumen kann,
 - daß Gott in seinem Herzen wohnt,
 - daß alles, was er erleben und erlernen kann, in ihm angelegt ist,
 - daß er ein ihm selbst anvertrautes, allerhöchstes Gut und ein ebenbürtiger Partner ist, der sich nach Warmherzigkeit sehnt,kann er damit beginnen, sein Verhältnis zu sich zu ändern. Der dritte Schritt findet seinen Ausdruck in dem Wunsch, sich künftig nicht mehr zu verletzen, nicht mehr Selbsttore zu schießen, nicht mehr sich zu erniedrigen, zu hetzen und zu entmutigen, sondern sich beizustehen.
4. Dazu ist es notwendig, die Selbstgespräche bewußter zu führen und sich darin zu üben. Insbesondere sind Bitten, Loben und Danken als Inhalte dieser Selbstgespräche in das tägliche Übungsprogramm einzubeziehen.
5. Wo immer sich dabei für den Betreffenden herausstellt — und das ist laufend der Fall —, daß er sich im Stich gelassen, an äußere Umstände oder an andere Menschen ausgeliefert hat, da ist es unerlässlich, daß er diese Einsicht sich selbst als dem Verletzten zugleich mit der Bitte um Vergebung im Selbstgespräch vorträgt. Wenn dies redlichen Herzens geschieht, dann kann er sich selbst in seiner Antwort Vergebung gewähren. Dieser Vorgang umschließt das Wunder der Heilung. Er ist integrativ im umfassenden Sinn dieses Wortes. Er kann auch als Individuation bezeichnet werden, als Rückkehr eines verlorenen Sohnes in das Vaterhaus. Die Griechen haben diesen Vergebungsvorgang als „Syngnomon“ bezeichnet. Innerhalb welcher Modalitäten des Umgangs eines Menschen mit sich selbst dieser zentrale Heilungsvorgang auch geschehen mag: überspringen oder umgehen läßt er sich nicht, falls Heilung überhaupt geschieht. Logo-, Lambano-, Pneo- und Soziopädie waren für meine Patienten

Umgangsfelder innerhalb einer ambulanten, gruppenzentrierten, multimodal-integrierten, analytischen Psychopädie/-therapie. In diesen Umgangsfeldern konnten sie erkennen, welche Art von Verhältnis sie zu sich unterhielten, und sie konnten üben, zu sich selbst freundlicher zu werden. Allmählich stellte sich heraus, daß alles für wichtig gehaltene Rankenwerk eben nur Rankenwerk ist. Die zentrale Bedeutung der syngnomopädischen Schritte trat immer klarer hervor: die Aussöhnung mit dem, was nur man selbst von sich verstoßen hatte, und mit dem Verstoßenden, als den man sich selbst nur ungerne erkennt.

6. Die allein durch das Üben der Liebe im Umgang mit sich selbst hervorzubringende Frucht der Warmherzigkeit ist ein anderes Wort für das Wirken und die Nähe Gottes im eigenen Herzen. Hier geht es darum, zunächst einmal sich selbst Sünden zu vergeben. Wo immer wir damit aufhören, uns zu verdammern, zu verstoßen und den ersten Stein aufzuheben, um ihn uns ins Gesicht zu schleudern, dort wird auch Gott uns nicht richten. Vergebung und damit Heilung ist immer gleichbedeutend damit, daß der Friede Gottes einziehen darf in das Herz jenes Menschen.

Hier ist anzumerken, daß es sich nicht um liberalistische Freizügigkeiten handelt, als dürfe alles getan werden, was Spaß macht. Keineswegs! Entscheidend ist bei diesen Schritten immer nur die Frage, ob der Betreffende als sein bester Freund handelt, der je nachdem, was im Einzelfall notwendig ist, sich Entfaltung oder auch Beschränkung, Befriedigung oder Selbstverleugnung auferlegt, um sich vor Schaden zu bewahren und um sich im Einklang zu halten mit dem Ganzen seiner inneren und seiner äußeren Welten.

1973 habe ich neben anderen Fallberichten die folgende Darstellung veröffentlicht, die einen Einblick in die Behandlungssituation eines Zwölfjährigen vermittelt, bei dem gerade ein syngnomopädischer Schritt vor sich ging (*Derbolowsky, 1973, 2, S. 114 f.*):

Ernst W. kam zu mir, weil er trotz guter Intelligenz in der Schule plötzlich völlig versagte. Er erzählte mir in einer Behandlungsstunde:

„Mein Vater hat sich eigentlich immer gut mit mir verstanden. Er war nur selten mit mir zusammen. Er mußte immer arbeiten und Geld verdienen. Ich erinnere mich an ein einziges Mal, daß er mich zurückgestoßen und abgelehnt hat. Aber da war er im Recht. Ich kann ihn verstehen.“

„Was ist denn da vorgefallen?“, warf ich ein.

„Ich war fünf Jahre alt und hatte mit meinen Freunden auf unserem Spielplatz gespielt. Ich kam zu spät nach Hause. Aber das war nicht das Schlimmste. Ich hatte plötzlich ganz dringend gemußt. Da ist das ganze große Geschäft in die Hose gegangen. Ich habe mich kaum nach Hause getraut. Es ist mir heute noch peinlich, wenn ich daran denke. Wie mein Vater das gemerkt hat — es war ja nicht schwer zu merken —, da hat er mich rausgeschubst und geschrien: ‚Komm mir nicht unter die Augen! Du bist mir widerlich!‘“

„Und was sagst du heute dazu?“ fragte ich ihn.

„Es war ein bißchen übertrieben!“ meinte Ernst zögernd, „ich habe so etwas auch niemals wieder getan. Er war eben wütend.“

„Wie alt war Ernst damals?“ fragte ich nach. „Stellen wir uns mal vor, die Tür geht auf und der kleine Junge — sagtest du fünfjährig? — kommt hier herein, und es wäre ihm gerade so ergangen, wie dir damals: Er käme zu spät und hätte die Hose voll. Was würdest du sagen?“

„Ich würde mir nichts daraus machen“, antwortete Ernst.

„Nichts daraus machen!“ wiederholte ich. „Aber sieh ihn dir doch genauer an! Dieser kleine Kerl hat so prächtig gespielt mit seinen Kameraden. Er hat dabei die Zeit und seinen Stuhlrand vergessen, und nun kommt er zaghaft, ängstlich und offensichtlich in großer Not zur Tür herein. Er heißt Ernst wie du. Du bist es selbst, dieser kleine, in Angst und Not schwebende Junge, der fünf Jahre alt ist und ganz deutlich vor uns steht. Und du machst dir nichts daraus? Du willst ihn zwar nicht rauswerfen, nicht wütend über ihn sein. Aber, sag mal, was braucht der kleine Ernst eigentlich jetzt von dir? Wozu braucht so jemand eigentlich einen Vater?“

Ernst schluckt. Er merkt nicht, wie er beide Hände nach vorn ausstreckt und mit Tränen in den Augen flüstert: „Du brauchst mich jetzt, gerade jetzt. Komm zu mir, Junge!“...

Ich habe den Zwölfjährigen in den Arm genommen und hin- und hergewiegt. Es ist schön, wenn die enge, verkleinerte Welt sich weitet, wenn Leben sich einfleischt, wenn Vergangenheit wirklich wird und in die Gegenwart eintritt. Dann wird das Herz warm und durchsichtig für das Ganze der Welt. Nicht selten kommen auch mir Tränen, wenn ich Zeuge davon werde, daß Liebe in unsere Welt hereingeboren wird. Der zwölfjährige Ernst hatte zuvor den fünfjährigen Ernst von sich aussondern wollen und hatte dem Vater verziehen. Jetzt war der Fünfjährige erstmals in seine Geschichte mit wacher Herzlichkeit aufgenommen worden. Ernst hat so ein Stück eigener Väterlichkeit ausgereift. Er war erwachsener, männlicher und anwesender geworden.

Damit ist die Richtung aufgewiesen, in der sich die verschiedenen, mir zur Verfügung stehenden therapeutischen und pädagogischen Methoden biographisch mehr und mehr integrieren, bis schließlich — so hoffe ich — alles Erkennen, Werten und Handeln Frieden findet in dem einen, letzten Sinn.

Literatur

- Derbolowsky, U., *Hypo-Analyse/Möglichkeiten, Grenzen und Indikation, Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie*, (Leipzig) 2 (1948) S. 154-157.
- , Zur Mechanisierung der Dokumentation auf dem Gebiet der medizinischen Psychologie, *Nachrichten für Dokumentation* 3 (1952), S. 23-24.
- , Mechanisierte Dokumentation in der psychosomatischen Medizin, in: *Manual on Document Reproduction and Selection*, Chapter 746.113, 1 S. mit 4. Fig., Den Haag: Fédération Internationale de Documentation 1957 (Loseblattsammlung).
- , Analytische Gruppenpsychotherapie in der ärztlichen Privatpraxis, in: *Zweiter Internationaler Kongreß für Gruppenpsychiatrie*, Zürich 1957, Karger, Basel 1959, S. 219-226 (*Acta psychotherapeutica*, Vol. 7, Suppl. 1959, S. 83-90).
- , Atem und Stimme, in: *Vogler, P. (Hrsg.), Grundfunktionen*, Thieme (VEB), Leipzig 1961, S. 91-94, 100-102, 170.

- , Chirotherapie — Eine psychosomatische Behandlungsmethode, Haug, Ulm/Donau 1963, 155 Seiten.
- , Multilateraler Widerstand in Patientengruppen, *Z. Psychother. med. Psychol.* 14 (1964), S. 74-79.
- , Psycholytische Intervalltherapie mit LSD 25 oder ambulante analytische Psychotherapie?, *Z. Psychother. med. Psychol.* 16 (1966), S. 33-38.
- , Inkarnation — Okkupation — Repräsentation, *Transzendenz als Erfahrung, Beitrag und Widerhall*. Festschrift zum 70. Geburtstag von Graf Dürckheim, Barth, Weilheim/Obb. 1966, S. 371-377.
- , Bemächtigungstherapie als psychotherapeutische Kategorie (Okkupationsanalyse), Gemeinsam mit G. Derbolowsky, *Praxis der Psychotherapie* 11 (1966, S. 245-257.
- , Aggression und Aggressivität als therapeutisches Problem in klinischen Gruppen, in: Höck, K. (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie in Klinik und Praxis*, G. Fischer (VEB), Jena 1967, S. 153-163.
- , Über eine Dreistufentechnik der Traumbearbeitung, *Praxis der Psychotherapie* 13 (1968), S. 145-156.
- , Über den Abstinenzbegriff bei Sigmund Freud mit seinen Konsequenzen für die Gruppenpsychotherapie, *Z. Psychother. med. Psychol.* 18 (1968), S. 177-184.
- , Zum Problem der Immunität von Arzt und Patient in Analysegruppen, in: 4. Internationaler Kongreß für Gruppenpsychotherapie, Wien, 16. bis 21. September 1968, Wiener Med. Akad., Wien 1968, S. 369-371.
- , Gruppenarbeit unter dem Gesichtspunkt der Freud'schen Abstinenzregel, *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 2 (1968), S. 96-103.
- , Probleme psychotherapeutischer Datendokumentation, *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Arbeitshygiene* 33 (1969), S. 57-60.
- , Psychotherapeutische Befunddokumentation, Erfahrungen und Probleme, in: Langen, D. und Derbolowsky, U. (Hrsg.), *Probleme der Dokumentation in der Psychotherapie*, Dt. Ges. f. Dokumentation, Frankfurt 1969, S. 87-97.
- , Über verschiedene Seinsweisen des Menschen in der Wirklichkeit als Ansatz für eine logo-somato-psychische Individual- und Sozio-Therapie, in: Derbolowsky, U. und Stephan, E. (Hrsg.), *Die Wirklichkeit und das Böse*, Christians, Hamburg 1970, S. 35-42.
- , Materialumgang, Bildnerie und Kunst unter psychotherapeutisch-sozialmedizinischen Gesichtspunkten (mit 4 Farbtafeln), gemeinsam mit H. G. Bücker, G. Derbolowsky und R. Kaufhold, in: Derbolowsky, U. und Stephan, E. (Hrsg.), *Die Wirklichkeit und das Böse*, Christians, Hamburg 1970, S. 119-126.
- , Sektion: „Analytische Gruppenpsychotherapie“ im DAGG, 4. Wochenendseminar der Sektion „Analyt. Gruppenpsychother.“ im Deutschen Arbeitskreis für Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik vom 29. bis 30. 9. 1969 in Hamburg, *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 4 (1971), S. 302-305.
- , Haltung und Psyche, *Manuelle Medizin* 11 (1973), S. 73-76.
- , Kraft, die eigene Vergangenheit zu verarbeiten, in: Betz, O. (Hrsg.), *Tugenden für heute*, Pfeiffer, München 1973, S. 107-120.
- , Atemtherapie, in: Petzold, H. (Hrsg.), *Psychotherapie und Körperdynamik*, Junfermann, Paderborn 1974, S. 128-145.
- , Bemächtigungstherapie, in: Petzold, H. (Hrsg.), *Psychotherapie und Körperdynamik*, Junfermann, Paderborn 1974, S. 146-156.
- , Neurose — Eine Antwort des Menschen an die Gesellschaft, *Erfahrungsheilkunde* 24 (1975), S. 180-184.

- , Medizinisch-orthopädische Propädeutik für Manuelle Medizin und Chirotherapie, Verlag für Medizin, Heidelberg 1975.
- , Hypnoanalyse und ihre psychopädische Fortentwicklung, *Journal für Autogenes Training und Allgemeine Psychotherapie*, Jg. 2 H. 2-4 (1975), S. 93-96.
- , Heilungsvorgänge bei der Anwendung von Vergegenwärtigung und Umkehr, *Erfahrungsheilkunde* 25, H. 8 (1976), S. 341-344.
- , Kränkung, Krankheit und Heilung in leiblicher, seelischer und geistiger Sicht, *Schriftenreihe Erfahrungsheilkunde*, B. 8, Haug, Heidelberg 1976.
- , Haltungsanalytische Atem-, Sprech- und Stimmtherapie, *Schriftenreihe Erfahrungsheilkunde*, B. 18, Haug, Heidelberg 1978.
- , Methodenintegration in Erziehung und Krankenbehandlung, *Erfahrungsheilkunde*, Band 29, H. 9 (Sept. 1980), S. 689-692.
- , Individuelle Psychoanalyse als Gruppentherapie, Haug, Heidelberg 1981.
- Newton, I., Die mathematischen Prinzipien der Naturlehre, 3. Buch, 5. Abschnitt, hrsg. v. J. Wolfers, Berlin 1872, S. 511, zit. n. Staudinger 1978.
- Staudinger, H., Der Atheismus als politisches Problem, *ibw-Journal*, 16. Jhrg., Heft. 8, 15. 8. 1978.
- , Das bleibende Vermächtnis der Frankfurter Schule, *ibw-Journal*, Sonderbeilage August 1980.
- Staudinger/Behler, Chance und Risiko der Gegenwart, Schöningh-Verlag, Paderborn 1976.
- Staudinger/Schlüter, Wer ist der Mensch?, Burg-Verlag, Stuttgart 1980.
- Weizsäcker, C. F. von, Die Tragweite der Wissenschaft, Stuttgart 1966/2. S. 107, zit. n. Staudinger 1978.

Paradoxien von Behandlung

Wilhelm Salber, Köln

1. Klinische Behandlung ist begründet in Behandlung von Wirklichkeit überhaupt.

Das Thema Behandlung widersteht direkter Behandlung. Jeder versteht etwas anderes darunter. Für den einen bedeutet Behandlung Heilen-Können, für einen anderen Eingriff, für einen dritten Praxis, für den nächsten ist Behandlung Technik, für den übernächsten Kurieren von Symptomen. Fast immer wird dabei Behandlung als etwas Eigenes, als eine eigene Sparte gesehen.

Das ist jedoch eine unangemessene Einschätzung. Sie übersieht, daß jeder seelische Umgang mit Wirklichkeit — und das ist das ganze Feld der Psychologie — immer schon als *Behandlung* anzusehen ist. Indem Behandlung als etwas Eigenes überschätzt wird, wird das Alltägliche von Behandlung unterschätzt; nicht umsonst sprechen wir von literarischer Behandlung, von der Behandlung von Dingen und Menschen, von erzieherischer Behandlung. Ehe wir von „Klinischer“ Behandlung sprechen können, müssen wir zunächst einmal von Behandlung überhaupt als der Wirklichkeit des Seelischen sprechen; hier wirken „Selbst- und Fremdbehandlung“ ineinander.

Seelisches ist Behandlung — wir wissen nur nicht um das „Wie“ und um das „Warum“ unseres ganzen Wirkens. Behandlung ist vertraut und unvertraut zugleich. Was wir als „Behandlung“ i. e. S. ansehen, ist dadurch vorbestimmt; wissenschaftliche Methode und klinische Behandlung sind Sonderformen von Behandlung überhaupt. Ihrer Analyse muß eine Analyse der Grundzüge des Umgangs mit der Wirklichkeit = Behandlung vorausgehen. Von da aus eröffnet sich ein Kreis von Bestimmungen, der die Tätigkeiten der wissenschaftlichen Psychologie als *Entwicklungsformen* der gelebten Methoden von Behandlung aufdeckt.

Unser Weg, das Thema zu behandeln, geht aus von der seelischen Wirklichkeit als Behandlung; er führt uns von dieser „Sache“ aus an das Problem der Methode heran; indem wir die Notwendigkeiten methodischen Vorgehens dann wiederum auf die besondere Form klini-

scher Behandlung beziehen, können wir zu der Frage Stellung nehmen, wie weit wir mit einem Methodenpluralismus oder mit einer Methodenintegration kommen.

2. Analytische Prozesse kennzeichnen die Formenbildung von Behandlung

Es ist keine akademische Frage, die uns dazu bringt, der grundlegenden Behandlung von Wirklichkeit nachzugehen. Es ist wohl die Erfahrung der meisten Psychologen, die nach der Diplom-Prüfung tätig werden wollen, daß sie in „Behandlungen“ verwickelt werden, die alle eingelernten „Methoden“ und „Interventionen“ außer Kraft setzen. Erst jetzt wird seelische Wirklichkeit als Behandlung spürbar, und erst jetzt gewinnt die Frage nach Behandlung und nach angemessenen Methoden ihren Boden im Gelebten und Erfahrenen.

Nun kann hier natürlich nicht alles aufgeführt werden, was sich an Behandlungsformen im Alltag zeigt. Daher behandeln wir die Behandlung im Sinne unserer späteren Überlegungen zu wissenschaftlicher Methode und Behandlung: wir lassen uns auf die *Beschreibung* einer besonders ausgeprägten Behandlungsform ein, und wir fragen nach *Strukturzügen* von Behandlung. Der Strukturbegriff dient dazu, Wirksamkeiten herauszuheben, die „dauernd“ dem Funktionieren des Seelischen Richtung und Gestalt geben; als Struktur werden Bedingungen herausgehoben, die seelischen Zusammenhängen zugrundeliegen wie die Konstruktion, die einem Werk seine Form gibt. *Shakespeare* hat wohl als erster von einer Konstruktion des Seelischen gesprochen (*Macbeth*).

Als besonders ausgeprägte Behandlungsform soll das Geschehen in den Analysestunden dienen, wie es durch die Methode *Freuds* zugänglich wird. *Freud* führte das psychologische Vorgehen zu einer neuen Methode, als er das Alltagsgeschehen in eine Verfassung brachte, die neben den regelnden „Hauptgedanken“ auch alle „Nebengedanken“ zum Umsatz zuließ. Der Kunstgriff besteht darin, daß einerseits der Behandlungs-Alltag in seinem Wirken zerdehnt und in seinem Werden beschaubar gemacht wird; andererseits vollzieht sich das gemäß dem Konzept einer speziellen Behandlungsform (übertragene Lebenssituationen).

In einer solchen „analytischen“ Handlungseinheit, die Behandlung in doppeltem Sinne umfaßt, lassen sich wesentliche Strukturzüge herausheben, indem man den kompletten Prozeß psychologisch charakterisiert. Das ist nur durch eine genaue Beschreibung möglich, die die *Entwicklung in einer Analyse-Stunde* anschauungsnah und erlebensge-

treu festhält. Erstaunlicherweise finden sich in der Literatur jedoch kaum solche kompletten psychologischen Beschreibungen von Analysen. Daher soll zunächst einmal in Stichworten charakterisiert werden, was sich als seelische Behandlung beschreiben läßt, wenn man die zentrale Frage nach dem Zusammenhang von Seelischem mit Seelischem (*Diltheys* „Hervorgehen von Seelischem aus Seelischem“) verfolgt.

Ausdrücklich zu betonen ist noch, daß die psychoanalytische Methode sich keineswegs allein auf die „Psychopathologie des Alltags“ richtet; sie folgt vielmehr Entstellungen und Übertreibungen im Austausch mit unseren Erfahrungen, wie Seelisches sich und die Wirklichkeit normalerweise im Alltag behandelt (*A. Freud*). Dabei zeigen sich „Reihen“ einander ergänzender und widerstreitender Wirksamkeiten des Seelischen. In jeder Stunde sucht das seelische Geschehen zu einer sinnvollen Handlungseinheit zu kommen — aber zugleich werden Tendenzen sichtbar, die nicht in eine Richtung passen. Wir finden Dränge, die zu etwas kommen wollen — aber wir haben gar nicht in der Hand, was da drängt und was dabei herauskommt.

Wir beobachten Richtungen und Bestimmungen, die uns nur zum Teil vertraut sind, und diese Richtungen brauchen und nehmen „anderes“ zum Ausdruck. Einiges setzt sich wie ein Grundmuster durch, und zwar in Begebenheiten und Ereignissen, die determiniert und irgendwie unbestimmt in einem sind — so daß wir den Zusammenhang oft verkennen oder umdeuten. Ständig werden Ergänzungen sichtbar, die auf umfassende Ganzheiten verweisen — aber diese Ganzheiten gibt es nicht „an sich“, sondern nur in Gliederungen, Auslegungen, Entwicklungen (in anderem).

Die Beschreibung des Prozesses macht auf Verwandtschaften und Kontraste aufmerksam — bisweilen auf Verwandtschaften im Kontrast; sie hebt aber auch Ersatz, Verschiebungen, Umkehrungen heraus, die die Genese gestalthafter Entsprechungen durch Sprünge und Verrückungen abzuwandeln scheinen. Nicht zuletzt finden sich Gesetze in den Entwicklungsprozessen seelischer (Selbst-) Behandlung, die uns als Kreise, (ökonomische) Maßverhältnisse, Polaritäten, Steigerungen, Minderungen und schließlich auch als Paradoxien entgegentreten.

Diese Beschreibungsansätze können die Struktur von Behandlung überhaupt verdeutlichen: der Zusammenhang von Behandlung gründet in den Wirksamkeiten einer *Formenbildung*, die Bedeutungen oder Bedeutsamkeiten für unser Leben in der Wirklichkeit herausbringt. Die Formenbildung ist ein Ganzes, das mit einer Fülle von Doppelheiten (Ergänzungen, Explikationen, Widerständen, Entzweiungen) operiert; sie organisiert sich in Werken, die Lebensformen aufbauen: „*Welten*“

des Liebens und Hassens. Die Beweglichkeit der Formenbildung rüstet die seelische Behandlung aus, mit einer Wirklichkeit in Verwandlung fertig zu werden, aber sie verwickelt sich gesetzmäßig bei ihrer Kultivierungsarbeit auch in Verkehrungen, Spaltungen, Komplikationen, „Täuschungen“, Verdrängungen. Die Neurose ist für *Freud* die „Kehrseite“ der Medaille.

3. Allgemeine methodische Merkmale rechtfertigen wissenschaftliche Behandlung

Von zwei Seiten her erhebt sich nun vor diesem Hintergrund die Frage der Methode. So überzeugend der Eindruck ist, den uns das *Freud*-sche Vorgehen eröffnet — wir kommen nicht darum herum, zu *rechtfertigen*, ob das eine angemessene Methode ist (obgleich keine Vorschrift von sich aus diesen Zugang hätte entdecken können). Zum anderen ergibt sich auch schon aus der ganzen Sachlage — aus dem Verstricktsein in diesen ungeheuer komplizierten Behandlungsprozeß des Seelischen selbst — die Frage, ob und wie die Psychologie damit *fertig werden kann*: das wäre dann ihre Methode. Es ist bemerkenswert, daß die Formen klinischer Behandlung auch als Methoden bezeichnet werden — Behandlung überhaupt, wissenschaftliche Methode und Behandlung (i. e. S.) können nur zusammen verstanden werden.

Die Sonderform der klinischen Behandlung, die den Anspruch erhebt, eine *wissenschaftliche* Behandlung zu sein, macht das Gewicht der Frage nach einer Methode noch viel spürbarer als allgemeine methodische Überlegungen. Sobald wir nämlich begriffen haben, daß den psychologischen Behandlungen von Schwierigkeiten, die ein Mensch selber in seinem kulturellen Rahmen nicht mehr behandeln kann, die ganze *Lebens-Geschichte* seiner Behandlungstechniken oder Formenbildungen gegenübersteht, müssen wir es aufgeben, Behandlung gleichzusetzen mit Heilen, Eingriffen, Praxis, Technik, Symptom-Kurieren. Wir kommen nicht daran vorbei, nach Methoden als Strukturierungshilfen zu fragen. An die Struktur der grundlegenden Behandlung von Wirklichkeit überhaupt kann nämlich nur ein Konzept von Behandlung heranzuführen, das wissenschaftliche Behandlung ebenfalls als Strukturierung und klinische Behandlung als Umstrukturierungsprozeß sieht.

Ein Konzept wissenschaftlich-methodischer Behandlung läßt sich allein auf Bestimmungen des Seelischen gründen, die aus der Einsicht in die *Struktur* der Behandlung überhaupt erwachsen: methodische Behandlung hat notwendig mit Bestimmungen wie Formenbildung, Doppelheit, Werk, Wandelbarkeit, Verkehrbarkeit, mit Struktur als Wir-

kung und Übergang zu tun. Es ist gewiß nicht einfach, sich hier über die Anforderungen an eine angemessene Methode klar zu werden.

Die brauchen wir aber. Man braucht sich ja nur einmal klar zu machen, daß jede neue Literatur neue Verdeckungs-, neue Leidens-, neue Ausdrucksmöglichkeiten schafft, daß jede neue Behandlungsform neue Möglichkeiten bringt, sie auszunutzen und umzudrehen; dann ahnt man, ein Behandeln ohne Methode und Konzept sei der *Unbesonnenheit* zu vergleichen, mit der jemand seine nackte Hand in das Getriebe einer Maschinerie hinein steckt. Vielleicht beginnen wir damit auch schon zu ahnen, ein wie ausgefeiltes methodisches Konzept in *Freuds* Umgang mit der seelischen Wirklichkeit am Werk ist.

Der Frage nach der Rechtfertigung seines psychologischen Vorgehens entgehen wir aber nicht. Die Frage nach Grundbestimmungen (Struktur) psychologischer Methode ist eine Frage, die jeder einzelnen Auffassung vorausgeht. Sie ist die Basis für wissenschaftliches Vorgehen und damit ein Moment der Integration für alle psychologischen Auffassungen. Es wird sich jedoch zeigen, daß diese Basis eine paradoxe Angelegenheit ist, aus deren Zirkel wir nur durch *entschiedene* Festlegungen herausfinden.

Für *Kant* ist Methode ein Verfahren nach Grundsätzen; Überlegungen zur Methode sind daher „das Wichtigste einer Wissenschaft“. Nur das Vorgehen nach Grundsätzen kann das Mannigfaltige der Erfahrung in ein System bringen. Eine Methodenlehre „handelt“ von der *Form* der Wissenschaft überhaupt, von der Verbindung des Mannigfaltigen zu einer Wissenschaft. Offenbar läßt sich jedoch viel mehr nicht in allgemeiner Form sagen — also auch nicht von einer Methodenlehre jenseits aller Wissenschaften; denn sobald anschauliche Erfahrung bei einer Wissenschaft ins Spiel kommt, „gibt der Gebrauch die Methode“: das Versuchen, Erfinden, die kunstgerechte Form, der Umfang der Wissenschaft, wobei natürlich vorausgesetzt wird, daß ein *angemessenes* Erfassen von Wirklichkeit angestrebt wird, das den Anspruch auf die „richtige“ oder „vollkommene“ Methode rechtfertigt.

Verpflichtend für jedes wissenschaftliche Vorgehen ist also, daß die Mannigfaltigkeit der Wirklichkeit nach Grundsätzen behandelt wird, um zu einem System zu kommen. Für die Psychologie ist es aber schon eine erste *Entschiedenheit*, ob man sich auf das Feld der Behandlung von Wirklichkeit überhaupt einlassen will — wie in einer Analysestunde — oder ob man von vornherein nur isolierte Ausschnitte zuläßt (nur Bewußtes, nur Quantifizierbares, nur in besonderen Experimenten Herzustellendes), weil man das für wissenschaftlich hält.

Freuds Vorgehen läßt erkennen, daß seine methodische Behandlung mit der Angabe von Prinzipien, mit Wissenschaft als kunstvoller Form

und mit System verbunden ist. Er könnte eigentlich die Frage stellen, warum denn eine bestimmte Auslese bereits vorweggenommen werden soll; dann würde ihm wahrscheinlich geantwortet, das habe mit Kontrollierbarkeit, geplantem Eingriff, mit Herstellung überschaubarer Konstellationen und dem Anspruch an Meßbarkeit zu tun. Diese Forderungen können jedoch nicht einfach aus einem anderen Gebrauch („weil wir es anders machen“) gerechtfertigt werden.

Ob weitere Forderungen zurecht bestehen, hängt nämlich von der Antwort auf die Frage nach (weiteren) allgemeinen Kennzeichen von Methode ab. Wir kommen damit dem Gedanken näher, es gebe eine *Grundstruktur* wissenschaftlichen Vorgehens, analog den Strukturen von Wirklichkeits-Behandlung überhaupt; darin läge dann wiederum ein gemeinsames Bezugssystem für methodische Ansätze und Behandlungsformen.

4. Die paradoxe und pragmatische Struktur psychologischer Methoden

Eine solche Struktur findet sich, wenn wir nicht nach starren logischen Festlegungen, sondern nach beweglichen Funktionsformeln oder *Handlungs-Verhältnissen* suchen, aus denen sich methodische „Folgen“ rechtfertigen lassen. Es sind vier Paradoxien, die das „Verfahren nach Grundsätzen“ zu einer angemessenen Erfassung von Wirklichkeit voranbringen. Die Frage nach Integrationsmomenten und Sonderungen von Behandlungsmethoden soll nun zunächst vereinfacht an diesen allgemeinen methodischen Überlegungen abgehandelt werden.

1. Das erste Paradox knüpft an die Forderung nach Grundsätzen oder Prinzipien an. Grundsätze-Haben ist nicht genug, wenn man sowohl wissen will, was man tut, als auch, ob man es in sachlich angemessener Form tut. Eine Methode muß *konsequent* den einmal festgelegten Prinzipien folgen (Konsequenz) und zugleich einem *selbstgesetzten Zweifel* gerecht werden (Entzweiung). Ohne ein Prinzip hätte unsere Methode keine Beweiskraft, wenn es auf Zusammenhang und Variation von Befunden ankommt: das Prinzip der Sinn-determination ist untrennbar mit der psychologischen Bearbeitung von Lücken, Fehlleistungen, Träumen verbunden.

Aber zugleich führt eine Methode auch den Zweifel in ihre Behandlung ein und zwar, indem sie ihre Prinzipien durch Polarisierungen systemimmanent entzweit (Beschreibung-Zergliederung; Unreduziertes-Rekonstruktion des Hervorgehens). Methode läßt sich übersetzen mit „Ein Dazwischen auf den Weg Bringen“ (meta-hodos); es kommt auf Zerlegungen, Zwischenschritte, Vermittlungen an, die einer Entzwei-

ung dienen können. Jeder methodische Umweg schließt die Hypothese in sich, daß die direkte Festlegung von Bedeutungen angesichts der Mannigfaltigkeit von Formenbildungen psychologisch nicht zu vertreten ist. Daher arbeitet die analytische Exploration mit Entzweigung durch „Einfälle“ oder mit Zerlegung in Analogien bei Handlungen, Träumen, Übertragung; die Analyse geht einen genetischen Umweg, um an die Dynamik seelischer Transformationen — und ihre Festlegungen und Verdrehungen — heranzukommen (A. Freud).

Entzweigung greift letztlich auf die Doppelheit der Formenbildung zurück, während Konsequenz ihre Tendenz zur Vereinheitlichung aufnimmt. Konsequenz und Entzweigung sind Setzungen oder Einwirkungen, die auf den Charakter des *Handhaben-Wollens* (Behandlung von Behandlung) beim methodischen Umgang mit der Wirklichkeit aufmerksam machen. Der „Inhalt“, mit dem wir uns beschäftigen, wirkt auf dem Weg der Entzweigung auf das Idealbild, das wir uns von unserer richtigen Methode machen, zurück. Insofern bestimmt die eigen-tümliche Wirklichkeit des Seelischen unsere methodischen Normen zumindest durch ihren Widerstand mit.

Das Paradox von *Konsequenz und Entzweigung* bewegt jede Form methodischen Vorgehens; durch diese Gemeinsamkeit wird es ein *Integrationsmoment*. Aber es *sondert* auch verschiedene methodische Formen voneinander. Zweifel und Einwände, die von fremder Seite herangezogen werden, haben durch diese „Fremdheit“ keineswegs bereits ihre Berechtigung bewiesen; sie müssen es sich vielmehr gefallen lassen, daß sie immanent, im Sinne des Systems, verstanden und aufgearbeitet werden. Wenn jemand unbewußte Prozesse anzweifelt, kann er das angezweifelte Konzept allenfalls zwingen, seinen Zweifel methodisch zu zerlegen — widerlegen kann er nur das System im ganzen, Inkonsequenz nur aus dem System selbst nachweisen. Die klinische Behandlung muß dementsprechend „ihre“ Gestalt der Aufarbeitungsprozesse konsequent durchhalten, weil sie die Probleme eines Menschen nur dadurch verdeutlichen kann (s. u.).

Das Paradox der Konsequenz und Entzweigung führt durch seine *immanente* Regulation zu verschiedenen methodischen Konstruktionen, die als relativ geschlossene Systeme auftreten. Indem sie Zweifel in ihre eigene Sprache übersetzen und mit ihren Methoden zerlegen, widersetzen sie sich den endlosen *Entkommensmöglichkeiten*, die sich bei einer eklektizistischen Mischung verschiedenartiger Vorgehensweisen anbieten. Sie entsprechen damit der Grundforderung, die Methode solle das Mannigfaltige in ein (ganzes) System bringen, in ein System, das die lebensnotwendige Entschiedenheit des Umgangs mit der Wirklichkeit auf wissenschaftlicher Ebene weiterführt.

2. Das zweite Paradox der Methodenkonstruktion schließt sich so eng an das erste an, daß man überlegen könnte, ob sich beide nicht in eine Formel zusammenfassen ließen. Da es jedoch wichtige Gesichtspunkte der Methodenstruktur besonders unterstreicht, sollte es gesondert behandelt werden. Das zweite Paradox bringt auf einen Nenner, was implizit schon in den Umschreibungen von Methode überhaupt steckt: eine Methode im ganzen birgt notwendig in sich die Zwei-Einheit von *allgemeiner* Konstruktion und *spezifischer* Ausformung (Allgemeinheit und Bestimmtheit). Die allgemeine Grundkonstruktion ist so beschaffen, daß sie nur durch ein spezifisches, durch ein „bestimmtes“ Vorgehen erfüllt werden kann. Methode ist gerichtet *gegen* das Alles-Mögliche: sie strebt ein der Sache angemessenes vereinheitlichendes Vorgehen an.

Ihr Vorgehen verschärft sich als „*richtige*“ Methode gegen andere („*irrtümliche*“) Formeln der Behandlung des Gegenstandes. Als „bestimmte“ Methode festigt sie sich durch das System von Konsequenz und Entzweiung. Ihrerseits stellt sie als (inhaltliche) Bestimmung den entscheidenden Drehpunkt für eine Erfassung von Wirklichkeit heraus: das Prinzip, *auf das es ankommt*, wenn man die Vielfalt der Wirklichkeit im Zusammenhang erfassen will. Nur im Hinblick auf diese Bestimmtheit von Methode ist Methode als Methode (allgemein) möglich. Hier liegt schon im Integrationsmoment von Methoden die Sonderung in verschiedene Methoden beschlossen.

Für *Freud* wurde die Erforschung der „*infantilen Sexualität*“ zentral, weil er in ihren Transformationen ein Prinzip erkannte, das den Zusammenhang verständlich machte zwischen Normalem und Pathologischem, zwischen Alltag und Traum, zwischen Kindheit und Weiterentwicklung, zwischen Unbewußtem und Vorbewußtem (1910). Zugleich legte er damit eine bestimmte Methode fest: die Aufdeckung der Genese in den Ausdrucksformen der Gegenwart — die Analyse soll die Vereinheitlichungen und Entzweiungen der Transformation verfolgen. Durch diese Bestimmtheit von Konsequenz und Entzweiung sowie durch die (immanente) Systematisierung gewinnt die analytische Methode ihre Wirkung; durch Zumischung oder durch Unterwerfung unter andere methodischen Auffassungen verlöre sie ihren Sinn-Zusammenhang (*A. Freud*). Das gilt entsprechend von jeder anderen Methode: das Paradox der Bestimmtheit des Allgemeinen eint die Methoden und trennt sie zugleich.

3. Das dritte Paradox methodischer Strukturierung macht verständlich, warum ein isoliertes Fach „*Methodenlehre*“ vielen Psychologen unbehaglich ist: Methoden lassen sich nicht von „*inhaltlichen*“ Wirklichkeiten trennen. Jede (methodische) Behandlung schließt ein *Sinn-*

verständnis von seelischer Wirklichkeit in sich — jede sachbezogene Aussage erformt oder *behandelt* Wirklichkeit. *Nietzsche, Dilthey, Rothacker* haben an Entsprechungen, Ausschließungen, Folgen nachgewiesen, wie in unserem Umgang mit der Wirklichkeit bestimmte Welt-Anschauungen und wie in unseren Auffassungen bestimmte Behandlungsformen (Methoden) zum Ausdruck kommen. Mehr auf die inhaltliche Seite dieser Doppelheit oder Zwei-Einheit gehen die Analysen der Gründe von Irrtümern ein (*F. Bacon*), während die Hermeneutik stärker auf eine Zergliederung der sich ergänzenden oder herausfordernden Tätigkeiten eingeht (*Schleiermacher*).

Aber „Inhalt“ und „Form“ sind immer nur Kunstprodukte, die auf Polaritäten und Übergänge verweisen, ohne das sie umfassende Ganze zu benennen. Wir fassen die Struktur wissenschaftlicher Behandlung erst, wenn wir erkennen, daß jede Behandlung eine *Gegenstands-Bildung* ist. Damit verankern wir Tätigkeit und Auffassung in dem Herausgestalten eines Gebildes, das einem (materialen) Ding analog ist. Gegenstands-Bildung meint genau das, was die Worte sagen: Bildung eines Gegenstandes. Das ist die *Vermittlung* zwischen den „Dingen“ oder „Objekten“, mit denen wir in unserer Lebenswelt umgehen, und unseren Wünschen, die Wirklichkeit wissenschaftlich so nachzubilden oder zu rekonstruieren, daß wir ihre Entwicklungsmöglichkeiten völlig vorhersagen könnten. Die Pragmatik des Umgangs mit realen Dingen steht hinter allen (formalen) Definitionen von Psychologie.

Die wissenschaftliche „Rekonstruktion der Natur“ (*E. v. Hartmann*) stellt im Werk ihrer Gegenstands-Bildung eine *Zwischenwelt* her — zwischen einer Welt, die wir völlig in der Hand hätten, und unserer widerständigen Erfahrung von Wirklichkeit. Im *Werk* der Gegenstands-bildung wird die gelebte Wirklichkeit material fortentwickelt und zugleich absichtsvoll in einem Ganzen gebrochen, das ihre Verwandlungen überschaubar macht. Darauf beziehen sich Systembildung und Methode, ihre Konsequenz in Entzweiung, ihre Übergänge von allgemeiner in bestimmte Konstruktionen. Gegenstands-bildung ist ein Integrationsmoment für alle psychologischen Ansätze; es stellt heraus, daß bei keinem psychologischen Ansatz Wissenschaftstheorie und Methodenlehre voneinander zu trennen sind (*Werk-Konzept*).

Indem psychologische Ansätze jedoch Gegenstands-Bildung ins Werk setzen, sondern sie sich wieder notwendig voneinander. Denn die Gegenstands-Bildung wird bewegt durch ein Zusammenspiel verschiedener Wirksamkeiten, dessen Regulation offen ist und auf bestimmte *Ausprägung* drängt. So gilt für jede Psychologie, daß sie auf eine bereits vorwissenschaftlich erfahrene Ebene von Anschauung und Erleben bezogen ist und daß sie beansprucht, Gesetze oder Strukturen

dieses Erlebens herauszufinden. Wie eine Psychologie nun vom einen zum anderen übergeht, was sie dabei als bedeutsam heraushebt, in welchem Umfang sie den Zusammenhang von Seelischem mit Seelischem bearbeiten will, das ist jedoch keiner festen Regel unterstellt.

Die „analytische“ Methode *Freuds* deckt dieses Spannungsfeld besonders eindringlich auf: wir drohen zu versinken in den unübersehbaren Kombinationen seelischer Behandlung oder Formenbildung, die wir zu beobachten lernen, und werden zugleich zu einer Strukturierung genötigt. Sowohl das Drängen auf Zulassen von Vielfalt und auf seine Beschreibung als auch die Behandlung der Strukturierungstendenzen durch eine bestimmte Rekonstruktion sind aber bereits Ausdruck einer *besonderen* Behandlungs-Theorie.

Wenn wir von psychologischen Theorien und Methoden sprechen, meinen wir eigentlich Realisierungen der Gegenstandsbildung in wissenschaftlichen Werken, die den Dingen unserer Welt gleichen *und* sie zugleich repräsentieren (Rekonstruktion). Sie verrücken alles nach ihrem spezifischen (materialen) Gleichnis und machen dadurch Funktionieren, Entwicklung, Störbarkeit der Wirklichkeit im ganzen überhaupt erst greifbar. Das setzt jedoch voraus, daß hier kosequent „*in sich*“ entwickelte Werke realisiert werden; sie bringen Konsequenz in die „unendliche Analyse“ der Erfahrung. Nur von ihnen her läßt sich verstehen, welche Bedeutung es hat, was der „Fall“ tut oder sagt oder ausdrücken will, und welche Weiterbehandlung folgen muß. Dieser Werkcharakter zerbricht aber, wenn „Inhalte“ von anderswoher eingemischt oder „Behandlungsformen“ einfach ausgewechselt oder irgendwelche isolierten „Stücke“ getestet werden (*A. Freud*).

Hier gibt es keine „Integration“ durch Mischung — dem widersetzt sich der Werkcharakter, den jede psychologische Behandlungsrichtung hat. Daher kann man auch nicht Einzelstücke aus bestimmten Werken (wie Quantifizierung oder physikalisches Experiment) als Norm an andere Werke herantragen. Daher lassen sich die sog. Theorien der Behandlung nur *im ganzen* kennzeichnen, indem nach ihren Ansprüchen, ihrem Arbeitsaufwand, ihrer Reflexionsebene, ihren Vorurteilen und ihren Neuentwürfen gefragt wird. Kontrollierbarkeit, Beweisführung, Variation usw. sind Folgen einer immanenten Bewegung der Lebensform kompletter psychologischer Werke, nicht absolut festgesetzte Maße. Daher kann man nur Werke gegen Werke setzen, und dann muß man sich bei der Behandlung von Wirklichkeit für die Gestalttheorie oder für die Psychoanalyse oder für den Behaviorismus entscheiden.

4. Das Konzept der Gegenstands-Bildung begründet eine *eigenständige* psycho-logische Auffassung von Wissenschaft und wirkt damit

dem Formalismus, der Verfremdung und der Langeweile einer inhaltslosen Methodenlehre entgegen. Dieses Werk-Konzept führt zugleich auch an das vierte Paradox einer psychologischen Methodenbestimmung heran: Formenbildung ist *Methode*, Methode ist *Formenbildung*. Wissenschaftliche Psychologie geht notwendig davon aus, daß Seelisches als Behandlung von Wirklichkeit *mit sich selbst spricht*; darin finden sich die zentralen Grundlagen psychologischer Beweisführungen, Kontrollen, Rechtfertigungen. Seelische Behandlung überhaupt ist gelebte Methode, die in wissenschaftlichen Methoden „in sich“ (immanent) absichtsvoll gebrochen wird. Das unterstreicht nochmals, daß eine psychologische Methodenlehre notwendig von dem „Gebrauch“ ausgehen muß, dem wir bei der Behandlung des Seelischen tatsächlich folgen und den wir uns durch Beschreibung klar machen müssen.

Konsequenz in Entzweiung, Bestimmtheit des Allgemeinen, Übergang Form-Inhalt werden von der Wirklichkeit getragen, die seelische Behandlung *als Formenbildung* eröffnet. Ihre Doppelheiten, ihre Widerstände, ihr Hin und Her, ihre Korrekturen befragen sich und die Wirklichkeit überhaupt; *ihre* Produktionsprozesse selbst sind „genetisch“ und „hermeneutisch“, wenn es um den Zugang zu „wahr“ oder „irrig“ geht. Wieder ist es das Vorgehen *Freuds*, das die Psychologie auf diesen Weg brachte.

Indem er sich auf eine endlich-unendliche Analyse einließ, gab er der seelischen Formenbildung die Chance, sich „methodisch“ zu äußern: in der Analyse spricht das Seelische mit sich selbst, aber paradoxerweise nur, weil es sich in ein bestimmtes wissenschaftliches Werk einfügen muß. Die Realisierung einer bestimmten Gegenstands-Bildung wird zum Drehpunkt für eine Entwicklung von Wirkungskreisen, die bereits im Beschaubarmachen des Seelischen, wie es wirklich ist, *Umbildungsprozesse* darstellen. Das gilt natürlich genauso von den Auseinandersetzungen, die eingeleitet werden, von der Ausformung sonst anders ausgedrückter Wirksamkeiten oder von den Gestaltungen und Umgestaltungen bei der Rekonstruktion seelischer Zusammenhänge.

Da diese Veränderungen nicht in Selbstbehandlung oder Selbstanalyse, sondern in *Zusammenarbeit* mit einem Analytiker zustandekommen, gewinnt das Ganze natürlich besondere Bedeutung auch für die Strukturierungsprozesse der klinischen Behandlung. Die Selbstbehandlung scheitert an der Formenbildung des Seelischen, die sich selbst durch ihre ungeheuren Verwandlungsmöglichkeiten unkenntlich wird, so daß sie sich unerwünschten Konsequenzen trotz Entzweigungsversuchen immer wieder entziehen kann. Gerade daran verdeutlicht sich nochmals, welches Gewicht einer wissenschaftlichen Methode zu-

kommt, die die Grundparadoxien in einer entschiedenen Gestalt aufheben kann.

Freud merkte bereits bei seiner eigenen Selbstanalyse, daß er mit sich und seinen Träumen nur weiterkam, wenn er sich auf das objektiv-andere einer (seiner) Theorie bezog. Er stellte seinen *Erlebensentwicklungen* seine *Psychologie* als konsequent wirkendes Werk gegenüber und unterstellte sich damit der paradoxen Situation, daß eine Verwandlung im Umgang mit der Wirklichkeit nur zu erreichen ist, indem eine „gegenständliche“ Konsequenz festgelegt wird.

5. Übergänge Behandlung-Methode-Behandlung (i. e. S.)

Hier stoßen wir erneut auf die Übergänge zwischen Behandlung überhaupt und wissenschaftlicher Methode und Behandlung im engeren Sinne. Ein allgemeines Ziel von „Behandlung“ (i. e. S.) ist, etwas anderes als bisher herauszubringen. Eine *psychologische* Behandlung wird das nur durch ein Einlassen auf die Paradoxien von Methode; Voraussetzung dazu ist jedoch die Struktur der seelischen Formenbildung überhaupt.

Für die wissenschaftliche Methode (im allgemeinen) zeigte sich eine (Form-) Struktur in den vier paradoxen Grundverhältnissen. Die Frage ist, ob sich auch für die Behandlung i. e. S. eine solche Struktur auffinden läßt; angesichts der Tendenz von Behandlung, Veränderungen einzuleiten, wird eine Antwort auf diese Frage dringlich. Wenn man der Auffassung zuneigt, Umbildungen auf die Dauer seien nur durch eine Umstrukturierung zu erreichen (und das allein ist von unserer Kenntnis der Wirkungsgeschichte seelischer Formenbildung her zu vertreten), dann steht und fällt psychologische Behandlung mit dem Aufweis der ihr eigentümlichen *Strukturierungsprozesse*.

Wir haben uns dem Problem Methodenintegration oder Methodenpluralismus auf dem Umweg über eine Analyse der Struktur wissenschaftlicher Methode genähert. Bei ihrem Anspruch, eine wissenschaftliche Behandlung zu sein, kann sich die klinische Behandlung nicht den Konsequenzen entziehen, die aus der Methoden-Struktur folgen. So „kommunikationsfreundlich“ es erschiene, wenn die verschiedenen Behandlungsmethoden mal so oder mal so gemischt würden — schon von unseren allgemeinen methodischen Überlegungen her ergeben sich Bedenken dagegen. Sie lassen sich, ohne viel zu suchen, unmittelbar am Behandlungsprozeß nachweisen.

6. Was aus der Methoden-Struktur für klinische Behandlung folgt.

Methodische Konsequenz macht darauf aufmerksam, daß ein Wechsel des Behandlungssystems die Tendenz der seelischen Formenbildung, ein Versteckspiel zu treiben, unterstützt. Der Prozeß der Analyse braucht den „Zwang“ der Konsequenz, wenn er die geschichtlich gewordenen Arbeitsmuster der Behandlung von Wirklichkeit überhaupt herausrücken will. Hier legt schon die allgemeine methodische Forderung der Konsequenz nahe, bei der klinischen Behandlung in Verkehren oder Verdrängungen „festgewordene“ und wiederkehrende Anhaltspunkte zu markieren und ein besonderes Gewicht darauf zu legen, die Arbeitsweise des Seelischen in der Auseinandersetzung mit einem *psychologisch festgelegten System* zu studieren.

In gleicher Weise hat die Entzweigung nur dann Behandlungs-Wert, wenn sie nach systemimmanenten Regeln erfolgt. Sonst wird das Fragen, Überprüfen, Weiterverfolgen, Einschätzen beliebig. Das „behandelte“ Problem ruft Betroffenheit dadurch hervor, daß selbst Zweifel zu Feststellungen hinführen, deren Zusammenhang mit dem Ganzen nicht zu leugnen ist. Auch hier ist die *systematische Zerlegung* — durch Reduktion auf „Einfaches“, „Infantiles“ oder durch Zergliederung auf Analoges, auf Metamorphosen, auf ein Kräftespiel — zugleich eine Herausforderung zu Auseinandersetzung und Durcharbeiten. Überspitzt formuliert: lieber ein „konstanter Fehler“ bei der systematischen Zergliederung, wenn daran tatsächlich das seelische Funktionieren beschaubar wird, als ein Sich-Entziehen-Können infolge beliebig wechselnder Zerlegungen. Darüberhinaus sollte man nicht vergessen, daß jede Rekonstruktion immer wieder durch die Sache selbst belehrt wird; absolut in sich geschlossene Systeme lassen sich in der Psychologie nicht halten.

Ähnliche Folgen, wie sie sich aus der methodischen Konsequenz und Entzweigung für eine Behandlung i. e. S. ergeben, ergeben sich auch aus den anderen Strukturzügen von Methode. Die Bestimmtheit psychologischer Auffassung gibt dem Einordnen von Befunden, dem Erfassen von Bedeutungen, dem Sehen von Problemen, dem Weiterforschen Sinn und Richtung. Der *Gestaltcharakter* spezifischer Gegenstands-Bildungen hält Tätigkeiten und Aussagen bei einer klinischen Behandlung unter Kontrolle; er grenzt die „Freiheit“, sich etwas „herauszunehmen“, durch den Zwang psychologischer Konstruktionen ein. Formenbildung als Methode wird zu einem Maßstab klinischer Behandlung, indem sie dazu anhält, das Hin und Her der Begebenheiten in einer

Analysestunde als Äußerung *sinnbildender Entwicklungsprozesse* zu verstehen.

Wenn wir diese Folgen methodischen Vorgehens auf Behandlungsprozesse i. e. S. beziehen, bestätigt sich, was wir bisher zum Thema Integration und Methodenpluralismus festgestellt haben. Hier kann man nicht einfach mit Ja oder Nein antworten, und es wäre auch nicht angemessen, mit dem Spruch von der „goldenen Mitte“ anzurücken. Wir finden vielmehr einen *klar umgrenzbaren Übergang* zwischen Integrationsmomenten und notwendigen Sonderungen. Dieser Übergang begegnet uns wieder bei der Übertragung der methodischen Konstruktion auf klinische Behandlungsprozesse: auch hier haben wir mit gemeinsamen Grundlagen und notwendigen Sonderungen im konkreten Umgang mit seelischen Wirkungsstrukturen zu tun.

Wir können diesen Sachverhalt jedoch auch noch auf einem Weg überprüfen, der vom Zentrum der psychologischen Behandlung (i. e. S.) selbst ausgeht. Dazu stellen wir die Frage nach der *Struktur* der klinischen Behandlung. Sie soll einerseits verständlich machen, wieso diese Sonderform von Behandlung die Wirkungs-Struktur seelischer Behandlung überhaupt bewegen und sogar verändern kann. Andererseits dient eine solche Analyse dazu, die klinische Behandlung von anderen Behandlungsformen abzugrenzen; denn behandelt werden können Wirkungszusammenhänge auch durch Formen der Werbung, des Unterrichts, der Literatur und der Kunst.

7. Analyse der Struktur von Behandlung überprüft methodische Folgerungen

Ein Vermittlungspunkt zwischen Behandlungsstruktur überhaupt und der Struktur der klinischen Behandlung findet sich in dem, was wir als *Werk* ansehen. Ein Werk gleicht einem Organismus, einem Ganzen, das sich in sich reguliert; es weist darüberhinaus auch auf Herstellen, „Montieren“, Kultivieren, Zusammenwirken als (Konstruktions-) Geschichte hin. An einem Werk lassen sich Funktionsverteilungen, Regeln, Verbindungen und Trennungen, widerstreitende Kräfte feststellen. Indem wir von Lebenswerk wie von Kunstwerk, von tätigen Werken wie von gegenständlichen Werken sprechen, überschreiten wir die Grenzen, die „Biologisches“ und „Geistiges“ trennen sollen, und stellen Seelisches als eine eigentümliche Realität dazwischen heraus.

Wieder kann die Beschreibung des Analyseprozesses dabei weiterhelfen, die *besondere* Form von Behandlung zu charakterisieren: da werden Verpflichtungen übernommen; alles, was sich einstellt, wird

zur Sprache gebracht; gegen die Gewohnheit werden „ungewöhnliche“ Tendenzen zugelassen; es kommt zu Auseinandersetzungen, um der Entschiedenheit willen, Widerstände werden in Zugänge umgewandelt, Übertragungen gegen Übertragungen genutzt; das Ganze wird analysiert, um angemessener (wieder) zusammenzuwachsen; die Entdeckungsreise in das (zunächst) Unbeschreibliche soll nicht einfach diagnostizieren, sondern Auffassungen und Haltungen ummodellieren. Fast im Sinne der Bibel kann man sagen, hier verliere sich jemand, um sich zu finden; ein Mensch macht sich abhängig, um von Abhängigkeiten loszukommen; an einem anderen Menschen wird das Eigene zu erfahren gesucht; durch eine künstliche „Krankheit“ sollen Leidenschicksale behoben werden.

Als wir uns mit Behandlung überhaupt beschäftigten, haben wir durch die Beschreibung von Analysestunden Strukturen einer Formenbildung erfaßt. Jetzt ermöglicht uns eine weiterführende Beschreibung der Analyse, von der grundlegenden Struktur zu Strukturkennzeichen der klinischen Behandlung überzugehen. Wie bei der Methode legen sich auch hier paradoxe Funktionsformeln für das Behandlungswerk nahe. Klinische Behandlung erscheint zunächst als ein *gemeinsames Werk*, das Selbständigkeit bei der Behandlung von Wirklichkeit (wieder-) herstellen will; psychologische Behandlung hebt sich auf in Selbstbehandlung.

Ein zweites Paradox der Behandlungs-Struktur ergibt sich daraus, daß in der kunstvoll produzierten Gemeinsamkeit ein sich hin und her drehendes Gefüge eingerichtet wird: der „Fall“ und der behandelnde Psychologe gliedern die Grundkonstruktion des Seelischen (!) in ihren Doppelheiten heraus, verfolgen ihre Geschichte und übernehmen in Drehungen und Wendungen abwechselnd den einen oder den anderen Part des Ganzen. In diesem *Drehwerk* werden die seelischen Strukturierungsprozesse so behandelt, daß sich eine entschiedene Gestalt (wieder-) einstellen kann.

Ein drittes Paradox der (klinischen) Behandlungsstruktur hängt mit dem Wirkungskreis der seelischen Gesamtkonstruktion und seinem individuellen Schicksal zusammen. Psychologische Behandlung geht von der Annahme aus, bei Überbelastungen würden Entwicklungsmöglichkeiten der seelischen Formenbildung verkehrt oder verdrängt gehalten, und dieses Schicksal lasse sich umbrechen. Behandlung wird hier zu einem *Umkehrungs-Werk*, welches das Spiel von Konstruktion und Geschichte nochmals, als sei das ein Anfang, in Gang setzt.

Das vierte Paradox stellt die besondere Verfassung der analytischen Arbeit als ein exceptionelles *Modellierungswerk* heraus, das eine Um-

strukturierung herausfordert, die solche Ausnahme-Verfassungen schließlich aufheben und überschreiten kann.

8. Einschätzung der Angemessenheit von Methoden

Die Position der Psychologie und der psychologischen Behandlung leidet darunter, daß ihre Grundkonstruktion immer noch nicht in einer *eigenständigen* psychologischen Wissenschaftstheorie ihre „Interessenvertretung“ findet. Daher soll hier kurz darauf hingewiesen werden, wie das Konzept der Gegenstands-Bildung, als psychologische Wissenschaftstheorie, zu einer (immanenten) *Einschätzung der Angemessenheit* von Methoden überhaupt und von Behandlungsmethoden im besonderen führt. Die Einschätzung stützt sich darauf, daß die vier Grundparadoxien ein Ganzes in Entwicklung herausbringen; die Paradoxien bieten dem Ganzen (unserer Ansichten und Tätigkeiten) gegenüber Markierungen für Aufgaben und Lösungen an, während das Ganze der Gegenstands-Bildung seinerseits die Konsequenz repräsentiert, die jeder Gestalt von Behandlung zuzumessen ist.

Das Ganze einer psychologischen Behandlung von Wirklichkeit lebt von der Konsequenz, mit der *Anhaltspunkte und Bewegungen* — Ansichten und Tätigkeiten, Aussagen und Tun, Begebenheiten und Können (Kunst) — ineinandergreifen. Vereinfachend kann man das auf die Formel bringen, Aussage und Methode seien zwei Seiten einer Sache, eines psychischen Gegenstandes, die sich ineinander umsetzen: in einem Kreis oder in einer *Drehfigur*. In diesem „Zwei in einem“ spiegelt sich die konfrontierende Beweisführung einer wissenschaftlich verfügbar gemachten Gestaltbrechung, die der Einschätzung eines angemessenen Vorgehens zugrunde liegt.

Die Konsequenz des Ganzen, der entschiedenen Grundgestalt einer Psychologie, wird in einem *Ableitungsprinzip* verfaßt (z. B. Genetisches Prinzip einer Psychosexualität; Gestaltprinzip), das Aussagen (Theorie) und Methoden gemeinsam ist. Das zerlegt sich zunächst in die Einschätzungsregel, daß Aussagen und Tätigkeiten sich gegenseitig etwas *abverlangen und zubilligen* müssen (Konsequenz und Entzweiung). Indem das Fordern und Zubilligen aufgedeckt wird, werden die Implikationen beim Herstellen psychologischer „Erfahrungen“ überprüfbar. Daher kann man sich nicht auf eine Trennung in „Technik“ und (nur) „Theorie“ zurückziehen; daher müssen Aussagen unser Tun, Tätigkeiten unsere Ansichten aufgreifbar machen.

Den Absichten, Wirklichkeit zu erfassen, *angemessen* ist der Umsatz von Aussage und Tun (von Ansicht und Behandlung), *wenn* alle Zwischenschritte (Fragen, Annahmen, Bearbeitungen) zwischen zwei Aus-

sagen angesichts der Ableitungsprinzipien des Ganzen überschaubar bleiben und keine unbemerkten (fremden) „Zusätze“ eingeschuggelt werden. Aussagen und Tätigkeiten müssen lückenlos ineinander übergehen. Angemessen ist der Umsatz, *wenn* sich, den Ableitungsprinzipien gemäß, Aussagen und Methoden gegenseitig Rechtfertigungen zubilligen (Aufgliederung, Ergänzung, Zumessen).

Es spricht für ein psychologisches Behandlungssystem, *wenn* durch die Zirkulation von Aussagen und Tätigkeiten in den Phänomenen ein *bestimmter* psychischer Gegenstand als etwas Strukturierendes herausgestellt, in Entwicklung gesehen und erhalten wird (Bestimmung des Allgemeinen); *wenn* sein Entwicklungsstand jeweils an „entsprechenden“ Phänomenen abzulesen ist; *wenn* dadurch die Gesamtheit der Phänomene aufeinander bezogen werden kann; *wenn* unsere Behandlung nur Absichten verfolgt, die sich angesichts des Ganzen logifizieren lassen. Wir finden eine angemessene Gegenstands-Bestimmung am Werk, *wenn* sich die Folgen unserer Aussagen in Wirkungen zeigen, die anderswoher zu erdenkenden Wirkungen widersprechen; daß wir mit dieser Bestimmtheit rechnen, ergibt sich aus der Gegenüberstellung der von uns „gemachten“ Aussagen mit dem Grundgedanken von Wirkungen und Gegenwirkungen.

Bei der Charakterisierung der dritten Behandlungs-Paradoxie sind wir bereits darauf eingegangen, warum Psychologen in angemessener Weise nur von den Gestaltqualitäten des wissenschaftlichen Konzepts her, als eines Ganzen, einzuschätzen sind (Anspruch, Arbeitsaufwand, Reflexionsebene usw.) — die Wahrheit von Systemen steht oder fällt nicht mit einzelnen Sätzen. Die Fragen nach Angemessenheit richten sich hier auf die *Binnenstruktur* von Behandlungskonzepten; als angemessen sind die Methoden einzuschätzen, die „wissen, was sie tun“. Das ist der Fall, *wenn* berücksichtigt wird, in welchen Dimensionen sich eine psychologische Gegenstandsbildung bewegt: welche Dimensionen hat das „methodische Bewußtsein“ und das Wissen um „Konstruktionen“ überhaupt im Griff? Werden die Spannungen zwischen den grundlegenden Konstruktionszügen methodisch berücksichtigt, ausgetragen, in ihren Vermittlungen erfaßt? Wo findet die Behandlung Halt, Wendepunkte, Wirkungskreise auf und wie bringt sie das mit ihrem Konzept im ganzen zusammen? Von angemessenen Formen psychologischen Vorgehens ist nur zu sprechen, *wenn* sie ihren Wissenschaftsanspruch erarbeiten in Auseinandersetzung, im Sich-Einlassen auf Konstruktionsprobleme, Spannungen und Weiterentwicklungen, im Sich-Vergegenwärtigen ihres Produktionscharakters, in der Ausbildung von Zweifel und Beweisführung.

Für eine eigenständige psychologische Wissenschaftsauffassung kommt dem vierten Paradox Formenbildung = Methode natürlich besondere Bedeutung zu; denn damit wird die *Selbst-Erfahrung* der Psychologie als ein Moment der Gegenstands-Bildung herausgerückt und zur Basis einer Einschätzung angemessenen Umgangs mit der Wirklichkeit gemacht. Was in der Selbst-Erfahrung einer „gegenständlichen“ Formenbildung zutage tritt, hat *Kunst-analogen* Charakter: es findet ein Maß im Spiel von Entwicklungstendenzen „in sich“ — Passendes, Ergänzendes, Gestaltbildung, Paradox usw. werden „als“ Wirkungszusammenhang verspürt; unsere Werke verrücken sich in Herstellen und Herausgestelltes (Gestalten im doppelten Sinne); „Anstöße“ werden in Zirkulation gebracht, strukturiert und umstrukturiert — bis sie wieder in einem „wirklichen“ Werk einen Platz finden.

Demgemäß können wir unsere Ansichten und unser Vorgehen als angemessen einschätzen, wenn sich ein *Entwickeln-Können* ausbildet. Ein Entwickeln-Können, das vom einen zum anderen, in Zusammenhang und Variation, weiterführen kann und das dabei unsere Vor-Erfahrung von Gestalt und Verwandlung im Verstehen seelischer Drehfiguren aufgreift. Angemessen ist ein psychologischer Umgang mit der Wirklichkeit, *wenn* wir die Arbeit, das Herstellen, die Formenbildung des Seelischen in Symbolen, Bildern, Märchen, die das Seelische und die Psychologie herausstellen, aufgreifen können — ohne Abweichungen, Reste, Veränderungen bei erneutem Umsatz zu leugnen. Psychologisch angemessen ist, *wenn* Genesen (das Formwerden) in unseren wissenschaftlichen Konstruktionen am Werk gesehen werden: Vorgehaltliches, Materiales, Banales, Übergänge, Probleme. Nicht zuletzt gehört zur Einschätzung „angemessen“, daß in einem *Austausch in Entwicklung* die Konstruktionswerte der verschiedenen Wirksamkeiten, im Rahmen des Ganzen, herausgearbeitet werden können.

9. Paradoxien von Integration und Desintegration

In den vier Paradoxien finden wir strukturelle Behandlungskennzeichen, die uns erklären, *wie* psychologische Behandlung überhaupt *aufgreifen und modifizieren* kann. Das sind zugleich die Integrationsmomente, in denen sich die verschiedenen Behandlungsmethoden treffen, egal, ob sie um solche Grundlagen ihres Wirkens wissen oder nicht. Eine Struktur wandelt sich nur durch diese komplizierte Grundstruktur der klinischen Behandlung „hindurch“. Die künstliche Welt der Behandlung, mit ihren Paradoxien, ist die Gemeinsamkeit einer Verfassung psychologischer Arbeit, die eine Modifikation des seelischen Alltags „außerhalb“ dieser Verfassung bewirken will.

Aber auch hier sondern sich wiederum notwendig verschiedenartige Behandlungsstrategien voneinander. Denn die konkrete Behandlungsarbeit muß in ein *endliches* Werk bringen, was sich durch ihren Anstoß ins Endlose zu bewegen droht: die ungeheuer „ausgedehnte“ Konstruktion des Seelischen, mit den unbewältigten Möglichkeiten ihrer Verwandlung, und die dadurch unvermeidlich aufbrechenden Probleme der Formenbildung überhaupt. Das ganze kompliziert sich noch dadurch, daß mit dem Anstoß zugleich die Wiederholungstendenz der „alten“ Muster armiert wird, die ja gerade als ein Bewältigungsinstrument für das Allzuviel zustande kamen.

Weil wir die Konsequenzen des Methodischen jetzt genauer auf die Werkstruktur klinischer Behandlung beziehen können, zeigt sich noch deutlicher als beim ersten Überlick oben, wie die grundlegenden Integrationsmomente von Behandlung (i. e. S.) paradoxerweise spezifische Sonderungen *implizieren*. Das soll am Strukturkennzeichen der Werkgemeinschaft noch einmal kurz dargelegt werden.

Damit sich das gemeinsame Werk nicht in alles mögliche entwickelt — Liebesaffären, weltanschauliche Beeinflussung, Gesellschaftsspiele, Ausagieren infantiler Muster, Machtausübungen —, bedarf es inhaltlich festumrissener Regeln, wenn das Ziel der Behandlung, das ebenfalls von einer spezifischen psychologischen Auffassung abhängt, erreicht werden soll. Die Regelung *strukturiert* sich notwendig gemäß der jeweils festgelegten systemimmanenten Konsequenz und Entzweigung: welche Funktionsverhältnisse sind zu berücksichtigen, wenn der Fall und sein Analytiker die seelische Grundkonstruktion zirkulieren lassen? Welche Folgen werden jeweils dem einen oder anderen zugemessen? Welche Wendepunkte sind bedeutsam — was ist los, wenn sie sich einstellen oder nicht einstellen? Welcher Spielraum, welche Einwirkungsgrenzen sind inhaltlich-methodisch von vornherein einzuschätzen? Solche Folgen sind am Werk zu durchdenken, — sonst läßt sich methodische Konsequenz in Entzweigung nicht praktizieren.

Auch hier funktioniert die allgemeine Methoden-Konstruktion nur durch die *Bestimmtheit* eines wirksamen Ansatzes, im ganzen und im besonderen. Wenn „freie Äußerung“ gefordert ist, muß dem ein klar bestimmtes Einordnungssystem entsprechen, sowohl im Verhalten wie in den Deutungen des Analytikers; nur durch genau spezifizierte Zurückhaltung ist ungeschützte „Intimität“ auszugleichen. Diese Bestimmtheit widersetzt sich der Aushöhlung ins Unverbindlich-Allgemeine, die die Dinge auf den Kopf stellen kann — wie es *Orwell* an den sich verkehrenden zehn Geboten der „Animal Farm“ darlegt.

Wir sind über allgemeine Methodenprobleme auf die Gegenstands-Bildung der Psychologie gekommen; hätten wir sie dort übersehen, so

führte uns nun die Analyse der Behandlungswerke ein solches Konzept vor Augen. Die klinische Behandlung fordert eine *entschiedene Härte* der Gegenstandsbildung — gegen das Alles-Mögliche; sonst stellt sich weder Einsicht noch Auseinandersetzung ein. Der Psychische Gegenstand gibt dem unvermeidlich „anderen“, das wir am Seelischen übersehen wollten (Verdrängung), systematischen Sinn. „System“ braucht der Fall genauso wie der analysierende Psychologe. Der spezifische Werkcharakter einer Gegenstandsbildung wird zum Gerüst der Tätigkeiten und Markierungen von Behandlung.

Er wird zu einem Gerüst, das wir „im Kopf“ haben müssen; denn Behandlungswerke vollziehen sich weder durch isolierte Eingriffe noch durch Einordnen von Einzelheiten in ein Ja-Nein-Schema — wie bei einer TÜV-Überprüfung der Teile eines Autos. Behandlungen sind Prozesse, die ein sich entwickelndes Ganzes durchstrukturieren. Sie zwingen uns, in *Entwicklungen* zu denken, und das können wir nur, indem wir uns auf ein Ding in Entwicklung beziehen, so wie das auch bei einem Kunstwerk der Fall ist. Daher ist es auch nicht zu vermeiden, daß wir uns auf spezifische „Bilder“ und „Übergänge“ festlegen, die sich nicht durch „Bilder“ einer anderen Psychologie ersetzen lassen.

Die Eigenart unserer Behandlungswerke wird schließlich durch unsere Antwort auf die Frage festgesetzt, auf welche Weise Formenbildung als Methode *zugelassen* wird: qualifizieren unser Unbehagen, unsere Widerstände, unser Mißverstehen die Werkzeuge der Behandlung mit oder bleibt das alles draußen? Geht das über in entsprechende Denkeinheiten und Tätigkeiten (Widerstand-Widerstandsanalyse) oder wird das eingeklammert oder ohne Weiterführung einfach laufen gelassen oder immer wieder auf ein Universal-Schema reduziert? Wie werden die Konstruktionsprobleme der Formenbildung (Doppelheit, Paradox) aufgegriffen: als Dualismus, als Täuschungen, als Entwicklungen, als Ausdruck einer eigenen seelischen Logik? Je nachdem gewinnen die Behandlungswerke ganz verschiedene Ausprägungen. Diese Ausprägungen aber entscheiden darüber, wie das (neue) Muster aussieht, mit dessen Hilfe der Fall selber einzuschätzen lernt, was seine Situation determiniert und was er, anders als bisher, mit künftigen Situationen anfangen könnte.

10. Schlußfolgerung

Unsere Überlegungen zeigen, daß Integrationsmomente und spezifische Abgrenzungen bei jedem psychologischen Vorgehen ineinanderwirken müssen. Die Integrationsmomente gründen in der Grundkonstruktion der Psychologie: sie ist auf eine seelische Wirklichkeit mit ei-

genständigen Gesetzen und mit eigenen Rechten bezogen; von da her rechtfertigen sich eine eigenständige Wissenschaftsauffassung und eine eigene Methode der Psychologie. Die tragende Konstruktion läßt sich als Ganzes und in ihren Gliedzügen herausarbeiten. Sie ist eine Vergleichsbasis für die verschiedenen Psychologien.

Daß es verschiedene Psychologien gibt, folgt paradoxerweise aus den Implikationen der Grundkonstruktion; der Entschiedenheit mannigfaltiger Lebensformen entspricht die Entschiedenheit wissenschaftlicher Bearbeitungen, die statt des Alles-Möglichen konsequent bestimmte Prinzipien in der Mannigfaltigkeit des sich Zeigenden am Werk sehen. Der entschiedenen Endlichkeit unserer Behandlungswerke überhaupt entspricht bei einer wissenschaftlichen Rekonstruktion der Zwang zur Konturierung eines spezifischen Gegenstandes, dessen Realität sich psycho-logisch nach allen Seiten entwickeln läßt.

In den Integrationsmomenten psychologischer Methoden ist ihre nicht zu vermeidende Sonderung von vornherein angelegt. Das ist kein Grund zu trauern. Wir haben damit, im Gegenteil, viel gewonnen. Denn die Einsicht in diesen Sachverhalt zerstört die Illusion einer Universalpsychologie und die Verschleierung von Tatbeständen einem unentschiedenen „Kommunikationsbedürfnis“ zuliebe. Sie setzt demgegenüber die Rechte eigenständiger psychologischer Auffassungen frei; sowohl gegenüber den Ansprüchen fremder, heteronomer Wissenschaftstheorien als auch gegenüber den Ansprüchen bestimmter psychologischer Richtungen auf Alleinvertretungsrecht.

Die Einsicht in Integration und Sonderung ermöglicht es, die Stellen, an denen etwas entschieden festgesetzt wird, klar und deutlich herauszustellen; erst dadurch kommt eine sinnvolle Diskussion zustande. Nicht zuletzt fördert diese Einsicht einen Verständigungsprozeß: die Übersetzung dessen, was bestimmte Aussagen einer fremden Theorie bedeuten, in die eigene Art und Weise, Seelisches zu rekonstruieren — und umgekehrt; das geht jedoch nur, wenn man zunächst einmal versucht, sich auf ein systemimmanentes Durcharbeiten anderer Theorien einzulassen, um sie als Ganzes zu begreifen. (Auch hier ließen sich Analogien zum analytischen Prozeß aufweisen.)

Allein daraus kann eine „konstruktive“ Auseinandersetzung erwachsen; wenn man so will, ist diese Auseinandersetzung selbst die einzige Form einer Integration psychologischer Methoden, in der wirklich etwas vermittelt wird. Unsere Lebenswirklichkeit ist eine sich verwandelnde Wirklichkeit, und paradoxerweise „liebt“ Verwandlung die Konsequenz genauso wie das Verrücken von Konsequenzen. Das macht nicht Halt vor „der“ Wissenschaft: die Wissenschaft bleibt nur

in dieser unendlichen Bewegtheit lebensfähig, als deren Auszeugung sich die in grundlegenden Integrationsmomenten beschlossene Sondernung psychologischer Auffassungen erweist.

Literatur

- Bacon, F.*, De Augmentis Scientiarum, Amsterdam 1652.
Dilthey, W., Das Erlebnis und die Dichtung, Leipzig 1906.
Freud, A., Die Beiträge der Psychoanalyse zur Entwicklungspsychologie, *Psyche* XI, 3; 1957.
Freud, S., Über Psychoanalyse, Leipzig und Wien 1910.
— Zur Technik der Psychoanalyse und zur Metapsychologie, Leipzig, Wien, Zürich 1924.
— Die Frage der Laienanalyse, Leipzig, Wien, Zürich 1926.
Hartmann, E. v., Die moderne Psychologie, Leipzig 1901.
Kant, I., Kritik der reinen Vernunft, Darmstadt 1966.
Nietzsche, F., Werke, Leipzig 1899 ff.
Orwell, G., Animal Farm, Harmondsworth 1969.
Rothacker, E., Die Schichten der Persönlichkeit, Bonn 1948⁴.
Salber, W., Der Psychische Gegenstand, Bonn 1975⁴.
— Entwicklungen der Psychologie S. Freuds, Bonn 1975².
— Kunst — Psychologie — Behandlung, Bonn 1977.
— Kontruktion psychologischer Behandlung, Bonn 1980.
Schleiermacher, D., Hermeneutik und Kritik, Berlin 1838.

Integrative Dramatherapie — Überlegungen und Konzepte zu einem integrativen Ansatz erlebnisaktivierender Therapie

Hilarion Petzold, Düsseldorf

Als Schüler von *Moreno*, *Perls* und *Iljine* hatte ich die seltene Gelegenheit, bei den Begründern der drei bedeutendsten Formen dramatischer Therapie selbst zu arbeiten und ihre Theorie, Methodik und Praxis aus unmittelbarer Anschauung kennenzulernen. Weitere jahrelange theoretische Arbeit bei *Gabriel Marcel*, einem Meister des modernen „psychologischen Dramas“, und Praxis als Akteur an avantgardistischen Experimentierbühnen in den sechziger Jahren haben mich tiefer mit dem Wesen und den Möglichkeiten dramatischer Gestaltung vertraut gemacht. Es sind all diese Einflüsse in meine Arbeit eingegangen, in der ich versuche, eine Synthese oder einen gemeinsamen Nenner zu finden, einen integrativen Ansatz dramatischer Therapie, dessen Konzepte* auch einen explikativen Wert für die Wirkungsweise von klassischem Psychodrama, Therapeutischem Theater und Gestalttherapie haben — und vielleicht darüberhinaus für andere Ansätze aktionaler, erlebniszentrierter und dynamischer Therapie.

Mit den genannten „Vätern“ dramatischer Therapie gehe ich davon aus, daß „der Mensch auf der Bühne dieser Welt so manche Rollen spielt“ (vgl. *Shakespeare*). Dieses Rollenspiel, so meine ich, kann aber nicht ohne ein Konzept der *Bühne*, der *Szene*, des *Skriptes* sinnvoll expliziert werden. Es sollen im folgenden deshalb einige Konzepte kurz vorgestellt werden.

1. Bühne oder Metaszene

Die Bühne, auf der wir spielen, auf der alle Szenen ablaufen, ist die Lebenswelt (*E. Husserl*, *A. Schütz*). Ihr gehören wir zu, auf ihr sind alle Spieler in *einem* Spiel verbunden, sind alle *Mit-Spieler*. Sie ist Matrix und Ausdruck *totaler Ko-Existenz*. Alles ist aufeinander bezogen,

*) Das *Konzept* wird als vorläufiges Element einer sich aus dem „Hintergrund universalen Sinnes“ ausgegliederten Theorie gesehen, die, wenn auch noch nicht prägnant, so doch als Horizont „anwesend“ ist.

nichts ist unverbunden, und diese Intentionalität bewirkt einen ganz grundsätzlichen, ursprünglichen *Sinn*: das Drama auf der Bühne dieser Welt ist Sinn-voll (Petzold 1980a). Dieser *primordiale Sinn*, der als ein *Kon-Sens*, als eine Übereinstimmung alles Existierenden, oder besser *Koexistierenden*, zu sehen ist, schafft die Grundlage für das Gefühl, daß diese Welt unsere Heimat ist, unser Haus, daß wir in einem Haushalt leben. Wir sind konstitutiver Bestandteil der Bühne, der Szene, nicht nur Figuren im Spiel, sondern ein Element, durch das das Spiel erst zustandekommt, das zur Sinnhaftigkeit des Spieles beiträgt.

Die Erfahrung der Zugehörigkeit und Koexistenz ist kondensiert in der „*Urszene*“ des uterinen Mikrokosmos und dem „*Urdrama*“ der embryonalen Entwicklung. Das Leben des noch Ungeborenen im Mutterleib repräsentiert die primordiale Struktur der totalen Zugehörigkeit, ist *Metaszene*, totale Verbundenheit: *Koexistenz*. Im Urdrama der embryonalen Entwicklung vollzieht sich gerafft das gesamte Stück der Evolution noch einmal.

Mit der Geburt tritt das Kind in eine erste „spezifizierte“ Szene: den Kreißsaal, das Wöchnerinnenzimmer, den Purpursaal* oder wo auch immer die Szene der Geburt stattgefunden hat. Und dann folgt Szene auf Szene: das Leben — eine Geschichte von Szenen. *Es bleibt* die Metaszene, aber sie verliert an Dichte. Sie wird zum universalen Hintergrund, zum Hintergrund aller Hintergründe, der fast vergessen wird und sich in der Dämmerung zu verlieren scheint.

Zunächst ist die Metaszene noch sehr deutlich präsent in der innigen Beziehung von Mutter und Kind. Die Mutter „trägt“ ihr Kind und das Kind fühlt sich von ihr und bei ihr „aufgehoben“. Im Stillen und Halten und Tragen wird die in den ersten nachgeburtlichen Wochen noch wirksame totale Verbundenheit, in der das Kind wie *in utero* zwischen sich und seiner Umwelt noch nicht differenziert (Moreno, Moreno 1944), bekräftigt. In diese Verbundenheit greifen roh die Entfremdungsmechanismen unserer Gesellschaft und Kultur ein, die zum Teil denaturierenden Brutpflegepraktiken in den Kliniken und Haushalten (Trennung von Mutter und Kind nach der Geburt, frühes „Abstillen“, minimaler Körperkontakt durch Überlastung, mangelnde Zeit und eigene Leibentfremdetheit der Mütter). So werden Differenzierungsprozesse forciert oder zumindest mit Erfahrungen des Unverbundenseins gekoppelt. Den Preis, den wir für eine solche Differenzierung zahlen, ist der Verlust der Verbundenheit, des existentiellen Erlebens von Ko-

*) Im Purpursaal wurden die byzantinischen Kaiser geboren, weshalb sie zuweilen den Beinamen „Purpurborener“ (πορφυρόγενετος) führten.

existenz. Wir finden damit in den Brutpflegepraktiken unserer Kultur eine der Wurzeln von Entfremdung (Montagu 1975).

2. Szene

Die Szene ist eine raumzeitliche Konfiguration, das Zusammenspiel von *Kontext und Kontinuum*. Sie spielt immer im *Hier-und-Jetzt*, aber sie hat immer auch Geschichte und Zukunft (Petzold 1980b). Szene folgt auf Szene. So entsteht ein Stück, ein Skript, eine Geschichte von Szenen. Szenen sind jeweils *erlebte* Kontexte, in denen Phänomene (=Konfigurationen)* und Strukturen konvergieren. Der Leib als totales Sinnesorgan, als inkarniertes Subjekt (Merleau-Ponty 1945, 1969) ist die Konstituente jeder Szene. Damit werden „objektive“ Szenen unmöglich. Szenen sind subjektiv strukturierte und erlebte Wirklichkeit. Der zeitliche Raum, der räumliche Rahmen, der soziale Rahmen werden vom wahrnehmenden und handelnden Leib konstituiert. *Leib und Szene sind nicht voneinander zu trennen*. Zur Szene gehört alles, was ich wahrnehmend und handelnd erreiche: Menschen und Dinge und mehr noch, die Beziehungen, Bewegungen, Handlungen in dieser Situation. Eine Szene ist nie statisch, sie ist in Bewegung, sie ist eine *lebendige Struktur*, in mir, um mich herum, durchmischt. So gibt es kein Innen und Außen, keine säuberliche Trennung zwischen den Szenen der Innenwelt und denen der konkreten äußeren Realität (Waldenfels 1976). Über meinen Leib sind Innen und Außen verschränkt, wenn die in ihm eingegrabenen „alten Szenen“ in die neuen hineinragen und die neuen Szenen alte evozieren. Die zeitliche und strukturelle Dimension der Szene bedingt, daß eine Szene immer ganz neu und niemals ganz neu ist — zumindest der sie konstituierende Leib ist eine gewisse Konstante. Er schreitet von Szene zu Szene. Er ist Garant einer gewissen Kontinuität und Identität. Er ist der Ort der Freiheit, denn bei aller Fremdbestimmtheit durch gesellschaftliche *Rollenzuschreibungen* ist er es, der die Rollen *verkörpert*. Der Leib wird damit aber auch zum Fokus möglicher Unterdrückung und Disziplinierung. Dann nämlich, wenn die Szene Macht über den Leib gewinnt, Verkörperung erzwungen wird durch Bestrafung, Verstümmelung, Todesdrohung (Foucault 1976, 130). Der Tod des Leibes ist das Ende jeglicher Szene, jeglichen Stückes.

*) Der Begriff „Phänomen“ wird mit *Perls* als Oberfläche, das Offen-sichtliche, die erkennbare Form der Konfiguration aufgefaßt.

3. Skript — oder Sozialisation als Geschichte von Szenen

Jede Szene, die ich konstituiere, die ich wahrnehmend und handelnd mitgestalte, wird in mir eingegraben. Ich nehme ihre Elemente und Bewegungen wahr, die Wirkungen der Personen und Dinge auf mich, meine Wirkungen auf die Personen und Dinge. So schreite ich von Szene zu Szene, die sich mir leibhaftig einprägen, in meinem Gedächtnis verankert werden. Das Gedächtnis wird so ein unendliches Reservoir von Szenen: szenisches Gedächtnis. Es *archiviert* meine Geschichte als Geschichte von erlebten räumlichen, zeitlichen und sozialen Konfigurationen, deren Kondensat als „Struktur“ bezeichnet werden kann. Ich internalisiere die Szene als *Struktur*, wobei Struktur verstanden wird als das „an unterschiedlichen Orten des Zeitkontinuums als *homolog* erkennbare Kondensat von Konfigurationen“. Dieser strukturelle Aspekt, diese Geschichten von Interaktionen, von ökologischen Bedingungen, von Wirkungen und Gegenwirkungen, verbieten es, Sozialisation allein als interpersonales Geschehen aufzufassen. Ich werde zu dem, der ich bin, nicht nur durch den Kontakt mit den Menschen meiner Lebenswelt, sondern auch durch den Kontakt mit den Dingen, mit dem Park, in dem ich aufgewachsen bin, oder mit dem Hinterhof, auf dem ich meine Jugend verbringen mußte.

Das Erleben in Szenen und die Erfahrungen mit Szenen bestimmen mein Handeln in jeder neuen Szene, die ich betrete. Vergangene Szenen werden aktualisiert, fließen „unbewußt“ oder „mitbewußt“ in mein Spiel ein. Hier und Jetzt. Vielleicht treten sie mir auch so deutlich ins Bewußtsein, daß ich gegenwärtiges Handeln „bewußt“ an vergangenen Szenen und Szenensequenzen (d. s. Stücke, Skripts*) ausrichten kann. Diese werden zusammen mit meiner Leiblichkeit — Grundlage aller *Verkörperung* —, meinem ökologischen Kontext, der mein Wahrnehmen und Handeln prägt, und meinem sozialen Kontext, der mir verkörperbare *Rollen zuschreibt*, zu den Konstituenten meiner Identität. Der Begriff der *Identität* wird in seiner Doppelgesichtigkeit, seiner Verschränkung von Innen und Außen, von Privatem und Gesellschaftlichem, von *Rollen-zuschreibung* und *Rollen-verkörperung* gesehen. Identität gewinne ich, indem ich mich im Zeitkontinuum durch leibhaftiges Wahrnehmen und Handeln in Szenen als der identifiziere, der ich bin (= *Identifikation*), und indem mich die Menschen meines rele-

*) Das Konzept des Skripts wird als „sinnvolle Folge von Szenen“ verstanden und ist nicht mit dem in der Transaktionalen Analyse gebrauchten Script-Begriff (= Botschaft der Eltern oder wichtiger Bezugspersonen, vgl. Steiner 1982; Berne 1975) gleichzusetzen, dessen verkürzenden Determinismus und dessen Simplifizierung komplexer Konstellationen (Kopp 1978) wir ablehnen.

vanten Umfeldes in unseren gemeinsamen Szenen und Stücken als den identifizieren, als den sie mich sehen (= *Identifizierung*).

Identität konstituiert sich also im Ineinander von Leib und Szene in der Zeit. Auf eine Formel gebracht ist Identität (I) das Zusammenwirken, die Synergie, von Leib (L) und Kontext oder Szene (Kn) im Zeitkontinuum (Kt): $I = Kt(L, Kn)$ wobei Kn den sozialen und den ökologischen Kontext umfaßt. Der Begriff der *Identifikation* wird als im Leib-Subjekt liegender Vorgang wahrnehmenden Erkennens „von innen“ aufgefaßt, in dem das Wahrgenommene bzw. Erkannte als „Meines“, mir Zugehöriges, erlebt wird. *Identifizierung* wird als ein wahrnehmendes Erkennen „von außen“ verstanden, in dem „das Andere“ erlebt und gesehen wird. Aus Identifizierung kann Identifikation erwachsen. In den Divergenzen zwischen Identifizierung und Identifikation liegen die Wurzeln der Pathologie (vgl. *Heinl, Petzold 1980*).

Die im lebensgeschichtlichen Kontinuum erlebten Szenen sind keine Wirklichkeit, die einmal war und dann wieder erlischt, sondern Wirklichkeiten, die sich als „eingeprägte Szenen“ fortschreiben. Viele dieser zahllosen Szenen sinken in den Hintergrund, in ein Vergessen, das nicht mit einem Verlust gleichbedeutend ist; denn konstituiert sich im Hier-und-Jetzt meiner Lebenswirklichkeit eine ähnliche Konfiguration, so ruft sie alte Szenarien bzw. Strukturen wach (*Lorenzer 1970*). Und je größer die Parallelitäten sind, je stärker die evozierenden Kräfte der Gegenwart das Vergangene rufen, desto wirksamer wird es in der *Vergewärtigung*. Hier nun treten zwei Gefahren auf: die Vergangenheit wirkt in die Gegenwart, die alte Szene in eine neue, ohne daß ich mir dieser Wirkung bewußt werde, oder: die Szenenfolge, das Skript der Vergangenheit — denn keine Szene steht ja isoliert da — bestimmt die Szenensequenz der Gegenwart. So wichtig die Sicherheiten sind, die mir die alten Stücke geben, so determinierend sind sie auch. Ich spiele Stücke, die von anderen für mich verfaßt worden sind, die mein Vater entworfen hat oder die meine Mutter niederschrieb, deren Rollen durch gesellschaftliche Normierungen verteilt wurden, deren Lösungen für vergangene Zeiten richtig waren, für die Gegenwart aber oft nicht mehr ausreichen oder dysfunktional geworden sind. Autor des eigenen Stückes sein, neue Rollen schaffen können, wenn sie erforderlich sind, sich von alten Rollen distanzieren können, dem Zwang alter Szenensequenzen nicht unbewußt ausgeliefert sein, darum geht es.

Das aber bedeutet, seine *Archive* zu kennen, sich der Szenen und Szenenfolgen bewußt zu sein, ihren *Sinn* zu verstehen, Kostüme, Kulissen, Partituren zur Verfügung zu haben, ohne von ihnen festgelegt zu werden als Marionette der eigenen Geschichte (*Foucault 1971; 1973*). Die Einsicht in die Szenengefüge der eigenen Vergangenheit und

Gegenwart, das Wahrnehmen und Erleben der „zwingenden Kraft“ der Szenen und Szenensequenzen, bietet die Chance zu größerer Freiheit. Indem ich in meinem gegenwärtigen Handeln in aktuellen Szenen die Fortwirkung vergangener Szenen erkenne, gewinne ich die Möglichkeit, diesen Einfluß zu *bejahen*, zu *verneinen* oder zu *verändern*. Die Sicherheiten vergangener Erfahrungen werden mir bewußt verfügbar, die Zwänge vergangener Situationen können von mir zurückgewiesen werden, die Lösungen aus vergangenen Szenen können an die gegenwärtige Lage adäquat angepaßt werden.

Verfahren dramatischer Therapie müssen deshalb darauf abzielen, über die Vergegenwärtigung vergangener Szenen deren Identifizierung und Identifikation zu ermöglichen. Und da es *meine* Szenen sind, die mir wieder verfügbar werden, deren Fortwirkungen ins Bewußtsein treten, gewinne ich meine Geschichte, meine Gegenwart und meine Zukunft in neuer, intensiverer Weise. *Mit jeder Identifizierung, die Identifikation ermöglicht, gewinnt meine Identität im Schnittpunkt von Kontext und Kontinuum an Prägnanz*, als die Szenen meines Lebensspiels, die mir zur Verfügung stehen, aus deren Vielfalt und Reichtum ich schöpfen kann und auf deren Grund ich mich nicht nur in neuen Szenen zu bewegen weiß, sondern auch neue Stücke, Bühnenbilder, Szenarien zu entwerfen vermag: ich, Autor, Spieler, Regisseur, Zuschauer, Kritiker meines eigenen Stückes.

Im Lebensverlauf werden Szenen Stücke, ein Drehbuch, ein *Skript*. Szene folgt auf Szene, Szenen gehen ineinander über — ein Panorama. Für die Konstituierung einer prägnanten Identität ist es von zentraler Bedeutung, daß die Szenen nicht vereinzelt dastehen, als punktuelle Ereignisse erlebt werden, sondern in ihrer *Sinn-vollen* Folge uns zur Verfügung stehen. Viele aktionale und dynamische psychotherapeutische Ansätze versuchen eine Rekonstruktion der Biographie als Rekonstruktion von Situationen und ihres Bedeutungsgehaltes. Ein solches Unterfangen ist auch kennzeichnend für die Verfahren dramatischer Therapie, nur daß keine Rekonstruktion „objektiver“ historischer Konstellationen versucht wird, sondern die in der Erinnerung, im *hic et nunc* der therapeutischen Situation auftauchenden Szenen durchgearbeitet werden als *Sedimente* (= *Strukturen*) *biographischer Ereignisse* (= *Konfigurationen*). Dabei stellt sich das Problem der erlebnishaft vollzogenen „großen Übersicht“, des Verstehens der Stücke. Oft stehen fragmentiert und isoliert evozierte Szenen da, ohne daß die Zusammenhänge prägnant genug und ihr Sinn deutlich würden. Im Ansatz einer integrativen Dramatherapie wird deshalb Wert darauf gelegt, daß sich Szene aus Szene entwickelt, daß die Szenengeschichten

im Gesamt erlebt werden können (Petzold 1980)*. Das Stück muß deutlich, das jeweilige Thema im Kontinuum als Folge von Szenen ganzheitlich erfahren werden. Es wird damit möglich, ein Gefühl für die „Lebensspanne“ (life span, Baltes 1979) zu entwickeln. Die Entfremdung von der eigenen Vergangenheit, eigenen Zukunft, insbesondere von der eigenen Endlichkeit, kann auf diese Weise überwunden werden: Konstituierung von Lebens-Sinn (vgl. Petzold 1978; 1980).

Psychotherapie aber beschränkt sich nicht nur auf Archivarbeit, auf das Finden, die Rekonstruktion und das Verstehen vergangener Szenen „von der Gegenwart her“ als Sedimente erlebter und subjektiv verarbeiteter Geschichte. Sie begrenzt sich nicht nur auf die Bestandsaufnahme der gegenwärtig spielbaren Rollen und szenischen Kontexte. Psychotherapie will nicht nur das Fortwirken vergangener Konfigurationen als verinnerlichte Strukturen im gegenwärtigen Lebensspiel bewußt, begrifflich und verfügbar machen. Sie ist nicht nur rekonstruktiv-integrierend, sondern konstruktiv-schöpferisch. Sie zielt darauf ab, daß neue Szenen, neue Stücke mit größeren Freiheitsgraden und größerer Eigenverantwortlichkeit kreiert werden können. So vollzieht sich psychotherapeutisches Handeln und psychotherapeutische Arbeit als integratives und kreatives Geschehen. *Integration und Kreation werden damit als die beiden zentralen Prozesse betrachtet, die das menschliche Leben bestimmen.*

Der Ansatz integrativer dramatischer Therapie, der jede Szene als Ort von Erkenntnis, Erleben und Handeln sieht, muß deshalb rationale Einsicht, emotionale Erfahrung und konkret vollzogene Handlung in das therapeutische Procedere einbeziehen. Er wird damit der Komplexität des Menschen, der Erkennender, Fühlender und Handelnder ist, in besonderer Weise gerecht.

*) Eine besonders effektive Methode stellt in diesem Zusammenhang die vom Autor entwickelte „Panoramatechnik“ dar (Petzold 1975; Eilenberger 1979). Unter Zuhilfenahme bildnerischer Mittel, z. B. Papier und Wachsmalfarben werden Szenenfolgen zu einem Thema zu Papier gebracht, bildnerisch gestaltet, um später mit Hilfe von Gestalt- und Psychodramamethoden in Szene gesetzt zu werden. Es kann das globale Thema „Zeichne deine Lebenslinie, dein Lebenspanorama, von der Geburt bis zum heutigen Tage und darüberhinaus in die Zukunft, wie du sie antizipierst,“ gegeben werden. Aber auch spezifischere Anweisungen sind möglich: „Zeichne die Geschichte deiner Partnerbeziehungen, das Panorama deiner Erfahrungen mit Krankheit und Sterben, das Panorama deiner Erfahrungen mit Abschied, mit Freude, mit Leistung, mit Sexualität“ o. ä. Auf einem sehr großen Papierbogen (DIN A 1) wird aus der erlebten Erinnerung heraus Situation um Situation mit Farbe, Form, eventuell mit Beschriftung gestaltet. So ergibt sich ein Panorama, ein Überblick von den ersten Erlebnissen bis zur Gegenwart und darüber hinaus in die Zukunft: Gesamtschau des Kontinuums (Petzold 1980).

4. Evokation

Eine Szene ist eine *Ganzheit* (ὅλον). Jedes Detail steht in Verbindung zu allen anderen Elementen. Die Handlung zeigt in jeder Sequenz den Gesamtkontext. Die Szene ist „holografisch“. In jedem Detail ruht das Ganze. Das heißt aber auch, daß wie im Hologramm (Ferretti 1977; Franson 1972) das Ganze aus jedem Detail evoziert werden kann, in all seiner Komplexität, in allen Dimensionen (Pribram et al. 1974; 1979). Wird der „Laserstrahl der Awareness“ auf ein Bruchstück oder Fragment gerichtet, so ersteht die gesamte Szene. *Awareness*, wache Bewußtheit, Achtsamkeit, das klare Wahrnehmen von Konfigurationen, d. h. all der Phänomene, die sich hier und jetzt in mir und um mich herum vorfinden, ist das Instrument holografischer Evokation. Die Schwingungen, die hier und jetzt in der gegebenen Szene wahrgenommen werden, finden Resonanz und lassen Szenen aus dem Hintergrund in ihrer ganzen Plastizität deutlich werden. *So gelangen wir von der Oberfläche zur Tiefendimension, von den Phänomenen zu den Strukturen*. Je komplexer die Stimulierung ist, je größer die Zahl der Fragmente und Details ist, auf die das „Licht der Awareness“ fällt, desto schärfer wird das Bild (Petzold 1977, 258ff). Die erlebnisaktivierenden Methoden dramatischer Therapie (Doppel, Rollentausch, Gestalt-Awareness-Training, Imaginations- und Visualisierungstechniken, kreative Medien) vermögen derartige Details, die aus dem Hintergrund der persönlichen Geschichte in die Gegenwart ragen, ins Erleben zu heben. Die Fokussierung auf ein solches Detail evoziert die vergangene Szene, läßt den Hintergrund in den Vordergrund, in das Hier-und-Jetzt treten: *Gegenwärtigsetzung*.

Beispiel:

Eine Krankenschwester bringt einen Konflikt mit ihrer Oberin ins Spiel. Die Szene wird konstelliert.

T: „Vielleicht können Sie einmal die Augen schließen und sich noch einmal die Szene vorstellen, in der die Auseinandersetzung stattfand.“

K: „Das war das Dienstzimmer der Oberin.“

T: „Vielleicht können Sie alles in der Gegenwart erzählen, so als ob es jetzt geschehen würde, z. B. das *ist* das Dienstzimmer der Oberin.“

K: „Das ist das Dienstzimmer der Oberin. Ein recht kleiner Raum. Alles ist steril weiß.“

T: „Welche Atmosphäre liegt über dem Raum?“

K: „Kalt. So kalt wie die Frau auch.“

T: „Gibt es irgendetwas Besonderes in dem Zimmer?“

K: „Absolut gar nichts. Weiße Möbel, ein Aktenschrank, gar nichts Persönliches.“

T: „Gut. Dann versuchen Sie, das Zimmer hier auf der Spielfläche aufzubauen. Benutzen Sie die vorhandenen Stühle, das Tischchen da!“

Die Klientin beginnt, das zunächst visualisierte Zimmer aufzubauen, wobei sie ihre Handlungen erklärt:

„Hier ist der Schreibtisch, wie immer sauber aufgeräumt. Diesen Stuhl hier stelle ich mal für den Aktenschrank hin. Die Fenster sind da drüben, hier ist die Tür. Da steht noch eine Waage und ein Hocker.“

Die Klientin befindet sich jetzt ganz in ihrer *Erlebniswelt* im Dienstzimmer der Oberin, und auch für die Gruppenmitglieder ist die Szene plastisch geworden. Das Evozieren von rezentem Material, Szenen, die noch nicht lange zurückliegen, noch nicht in die Dunkelheit des Hintergrundes gesunken sind, bereitet meist keine großen Schwierigkeiten. So auch hier. Das Stationszimmer wird recht klar ins Erleben gehoben: eine Mitspielerin, die die Rolle der Oberin gut verkörpern kann, wird gefunden. Das Spiel beginnt. Es ist die *erste* Auseinandersetzung der Klientin mit der Oberin, und dennoch ist die Szene nicht *neu*. Aus dem Hintergrund ragen, nicht bewußt für die Protagonistin, Szenen mit ihrer Lehrschwester, mit Lehrerinnen, mit der Mutter in die gegenwärtige Szene hinein. Sie beschwert sich zaghaft und nicht sehr überzeugend, daß sie die Arbeit nicht mehr schaffen könne, denn ihre Kollegin sei jetzt schon drei Wochen krank und sie habe keine Entlastung.

Oberin: „Das ist eben die Situation, ich kann auch kein Personal zaubern, da müssen Sie eben mit fertigwerden. Früher mußten wir mit doppelt so vielen Patienten zurechtkommen. Ich kann den Arbeitsaufwand beurteilen. Er ist nicht zu groß. Sie müssen eben rationeller arbeiten. Und ich hoffe sehr, daß sorgfältig gearbeitet wird. Ich werde mich davon überzeugen. So, und jetzt gehen Sie mit Schwung an die Arbeit, dann ist alles halb so schlimm.“

T: „Was fühlen Sie jetzt?“

K: „Hilflos fühle ich mich. So gelähmt. Absolut hilflos.“

T: „Woher kennen Sie das Gefühl?“

K: „Ich weiß nicht. Das ist mir so vertraut. Das habe ich schon sehr oft in meinem Leben erlebt.“

T: „Was kommt Ihnen jetzt in den Sinn?“

K: „Ich denke an meine Klassenlehrerin im Gymnasium, wie die mich so abgekanzelt hat — fängt an zu weinen — wie die mich immer so fertiggemacht hat.“

T: „Was war damals? Welche Szene steht jetzt vor Ihren Augen?“

Die Klientin beschreibt eine Situation nach der Rückgabe einer Klassenarbeit. Die Räumlichkeiten, die Worte der Lehrerin, der Ton ihrer Stimme, die ganze Ambience tritt „glasklar“ in ihr Bewußtsein.

Die Evokation durch gestalttherapeutische Fokussierung der Awareness hat zu einer Szene geführt, die der gegenwärtigen (Oberschwester/Schwester) auf der *strukturellen Ebene homolog* war. In beiden Szenen findet sich die Struktur Überlegenheit/Unterlegenheit, Macht/Ohnmacht. Die phänomenale Oberfläche hat ihren strukturellen Grund freigegeben; denn *die andere Seite der Phänomene sind die Strukturen, die Strukturen sind in den Konfigurationen „anwesend“*.

In der Szene der Lehrerin wird die Doppel-Ich-Technik des Psychodramas (Petzold 1979) verwandt, um weitere Szenen aus dem Hintergrund zu evozieren:

Lehrerin: „Wer wirklich ernsthaft arbeitet, kann das auch schaffen. Ich vermisse bei dir genügend Fleiß.“

K: „Aber ich hab doch alles gelernt, ich versteh das einfach nicht. Ich hab's einfach nicht verstanden. Können Sie mir das denn nicht nochmal erklären?“

Lehrerin: „Ich hab das eindrücklich genug erklärt und klar genug. Wenn du das immer noch nicht verstanden hast, kann ich dir nicht helfen. Da mußt du dich eben hinter die Bücher setzen und mal etwas Arbeit investieren.“

Doppel-K: „Was mach ich bloß? Ich versteh's einfach nicht. Und die hilft mir nicht. Was soll ich bloß machen?“

K: „Ich bin ganz verzweifelt, ich weiß nicht mehr, was ich machen soll.“

Doppel-K: „Wenn ich doch zu irgend jemandem hingehen könnte. Vielleicht wenn ich die Mutter einmal frage?“

K: „Ach die, die ist ja genauso, noch viel schlimmer.“

Doppel-K: „Ja, bei der Mutter finde ich auch keine Hilfe. Wenn ich so dran denke...“

K: „Ja, wenn ich dran denke, wie sie mir nie geholfen hat, wenn die mich auf der Straße gehauen haben. Weggeschickt hat sie mich. Wehr' dich selbst, hat sie gesagt.“ (Es tritt eine deutliche Stimmregression ein. Die Klientin verfällt in eine Kindersprache mit heller Stimme).

T: „Vielleicht kannst du mal die Szene beschreiben und aufbauen, wie war das damals?“

Die Szene wird aufgebaut und ein Spiel kommt in Gang, in dem die ganze Traurigkeit, die Verzweiflung und der Zorn des kleinen Mädchens gegen die verständnislose Mutter aufkommt. Das Geschehen wird von ihr so lebendig erzählt, daß die Mitspieler für sie tatsächlich die Gestalten der Vergangenheit verkörpern — ein für das Psychodrama bekanntes Phänomen (Leutz 1974). Die Stimmregression und das übrige Verhalten zeigen, daß auch der *Leib* als Konstituente der Szene in die Gegenwärtigsetzung einbezogen wird.

5. Vitale Evidenz

Im Spiel und in den verschiedenen Szenenkonstellationen erlebt die Klientin mit überwältigender Deutlichkeit ihre Hilflosigkeit und Ohnmacht in den jeweiligen Szenen. Ihr werden die strukturellen Zusammenhänge zwischen den Szenen im Kontinuum nicht nur rational verstehbar und einsichtig, sondern emotional erfahrbar. Die Erkenntnis: „ich komme immer in eine Situation der Hilflosigkeit, wenn mir Frauen so wie meine Mutter oder meine Lehrerin begegnen, ich verhalte mich wie ein hilfloses achtjähriges Mädchen, obwohl ich 35 Jahre alt bin, weil ich vor diesen Müttern und Frauen Angst habe“, wird zu einer Erfahrung von *vitaler Evidenz*. Sie ist das *Movens* jeder Veränderung. Unter *vitaler Evidenz* verstehen wir das *Zusammenwirken von*

rationaler Einsicht, emotionaler Erfahrung und leibhaftigem Erleben. Die Synergie (Petzold 1974) dieser Komponenten ist mehr und etwas anders als ein kognitives Verstehen der Zusammenhänge oder eine kathartische Abreaktion. Es ist ein totales Geschehen, das eine Neukonstellierung von Szenen und Szenensequenzen möglich macht und Freiräume für das kreative Gestalten neuer Szenen schafft.

6. Alternativerfahrung

Im Kontakt mit dem Kondensat, der Struktur der verschiedenen Szenen entwickelt sich aus dem überwältigenden Impuls des Evidenzerlebens ein neuer Impuls. Die Klientin vermag ihre Ohnmacht, ihren Zorn, ihre Trauer in Bewegung zu setzen, nach außen zu bringen und der Mutter Vorwürfe zu machen, sie anzuschreien. Sie erlebt, daß sie in der Lage ist, sich zu behaupten, daß sie ihre Gefühle ausdrücken kann, ohne vernichtet zu werden. Die Struktur der alten Szene wird aufgelöst und eine alternative Szene konstellierte sich. Diese Alternativerfahrung ist wiederum ein Erleben von vitaler Evidenz. Es schafft einen neuen Hintergrund. Auch die Szene mit der Lehrerin wird noch einmal aufgegriffen und alternativ durchgespielt, schließlich die Szene mit der Oberin noch einmal direkt und in neuer Weise angegangen; und die *neuen* Szenen im Hintergrund tragen durch, sie mindern den Einfluß der Szenen von Ohnmacht und Ausgeliefertsein, bieten einen neuen Erfahrungs- und Handlungshintergrund.

Die Klientin war später auch in der Realsituation in der Lage, sich mit der Oberin angemessen auseinanderzusetzen. Die Erfahrung im Psychodrama hat ihr, so sagt sie, die Möglichkeit gegeben, sich von den aufkommenden Gefühlen der Hilflosigkeit zu distanzieren, und sie habe plötzlich die Kraft aus der psychodramatischen Szene gespürt, sich selbst behaupten zu können.

Die therapeutische Wirksamkeit des Psychodramas ist hier zum einen in der Fähigkeit der inneren Distanzierung von überholten und dysfunktionalen Handlungsmustern der Vergangenheit zu sehen und zum anderen in der Generalisierung alternativer Erfahrungen. Durch beides wird ermöglicht, auf eine in struktureller Hinsicht „alte“ Szene (Macht/Ohnmacht) *neu* zu reagieren.

Moreno hat in seiner expressionistischen Theaterschrift „Das Stegreiftheater“ diese Vorgänge der Wirkung von Szenen, Wiederholung von Szenen, Umstrukturierung von Szenen schon beschrieben und auf den Satz kondensiert „Jedes wahre zweite Mal ist die Befreiung vom ersten“ (1924, 77).

„Die Personen spielen sich wie einst aus Not in selbstbewußter Täuschung dasselbe Leben vor. Der Ort des Konflikts 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. 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, jede Langeweile, jede Frage, jeder Angst-anfall, jeder Frost tritt wieder auf. Es sind nicht nur Gespräche, die sie vorführen, auch ihre Körper haben sich verjüngt, ihre Nerven, ihre Herzfasern, sie spielen sich selbst von Anfang her wie aus einem göttlichen Gedächtnis noch einmal. Doppelgängerglück, alle ihre Kräfte, Taten, Gedanken treten in der ursprünglichen Zusammensetzung auf, genauer Abdruck der Stadien, die sie einmal durchmessen haben. Die ganze Vergangenheit ausgefahren in einem Augenblick“ (Moreno 1924, 77).

Die holographische Evokation, das Erleben des Ganzen in seinen strukturellen Verflechtungen im *Kontext und Kontinuum* führt im Evidenzerlebnis zu einer totalen Erfahrung von Identität. Szenen, die in den Hintergrund gesunken waren, unbewußt oder teilbewußt aus der Dämmerung kaum wahrnehmbare Schatten in die Gegenwart warfen, werden beleuchtet, ausgeleuchtet, mir verfügbar. Die Aufzeichnungen meiner Archive werden mir bekannt; der Grund, auf dem ich stehe, wird mir vertraut, und es sind Antizipationen möglich, in denen Determinierungen überwunden werden können (Petzold 1980). So werden Lösungen nicht gemacht, *sie geschehen* aus der Erfahrung der Ganzheit.

Stegreifspiel „läßt das Unbewußte unverletzt (durch das Bewußtsein) frei steigen. Diese Lösung tritt nicht durch fremden Eingriff ein, sondern autonom. Darauf beruht seine Bedeutung als Heilmittel. An die Stelle der Tiefenanalyse tritt Tiefenproduktion ...“ (Moreno 1924, 71).

7. Therapie als Metapaxis

Die Vielzahl der Szenenaktuale, (d. h. gegenwärtig wirksamen Szenarien), aus der Vergangenheit gegenwärtig gesetzte oder aus der antizipierten Zukunft im Hier-und-Jetzt inszenierte, spielen sich nicht im „leeren Raum“ (Brook 1970) ab, sondern im Drama individueller und kollektiver Geschichte auf der „Bühne dieser Welt“. Das dramatische Spiel als „Sonderfall dieser allgemeinen Theatralität“ (Iljine 1942), als Szene unter Szenen, ist somit eingebettet in Kontext und Kontinuum, in die Koexistenz aller mit allen.

Das Spiel einer Szene aus der individuellen Biographie eines Patienten steht nicht isoliert da. Es geschieht vor dem Hintergrund der zuschauenden Gruppenmitglieder und des Therapeuten. Sie sind Zuschauer, sie lassen sich berühren, sie nehmen teil, werden Mitspieler

und Mithandelnde. Sie werden Mit-leidende, Con-sortes, Schicksals-genossen. Das Miterleben der Gruppe und des Therapeuten im Spiel konstituiert die *Metaszene*, bezeugt die jenseits aller Szenen stehende Realität von Koexistenz.

Die Gegenwärtigsetzung dieser ultimativen Szene in der Begegnung, Auseinandersetzung und wechselseitigen Berührung muß als das Zentrum, als das eigentlich Heilsame dramatischer Therapie angesehen werden: „Der höhere Arzt heilt nicht durch Mittel, sondern durch bloße Begegnung“ (Moreno 1924, 71). Das ist die Transzendierung der Therapie zur Metapraxis. Die teilnehmende Präsenz der Gruppe vermag die Erfahrung des Auf-gehobenseins und Angenommenseins zu vermitteln, die das Kind im Schoß und in den Armen der Mutter erhalten hat und die die Basis jenes grundlegenden Vertrauens in die Welt, in die anderen Menschen, in den eigenen Leib, in das Leben ist. Dem *Sharing*, der emotionalen Mitteilung der wechselseitigen Berührung kommt im Psychodrama deshalb immense Bedeutung zu. Der wirklich teilnehmenden Beobachtung, die nicht distanziert analysierend ist, sondern engagiert und mit-bewegt, ist die wesentliche Heil-Wirkung zuzuschreiben. Die Praxis dramatischer Therapie muß deshalb immer darauf gerichtet sein, — über alle Einsicht, katharische Entlastung, Evokation, alternative Erfahrung hinaus — *die Metaszene gegenwärtig zu setzen*, das engagierte Füreinanderdasein, lebendige Koexistenz. Therapie wird damit zur Metapraxis. Sie ist mehr als die Praxis professioneller Intervention. Sie ist existentielle Begegnung.

Es geht aber nicht nur um die Konstituierung der Metaszene im „Rückgriff“, auch der „Vorgriff“ auf die in der Zukunft jedes Menschen liegende ultimative Szene ist Metapraxis. Die Auseinandersetzung in der Gruppe mit der eigenen Endlichkeit, die uns alle verbindet, die eine der fundamentalen Gemeinsamkeiten alles Lebenden ist, kann in der Gruppe erfolgen. Die psychodramatische Praxis der Zukunftsprojektion (Petzold 1979) bietet eine Möglichkeit, dieses Thema in der Gruppe erlebnisnah anzugehen. Die Vorwegnahme der eigenen Sterbeszene in der psychodramatischen Auseinandersetzung mit dem eigenen Tod oder das Durcharbeiten von Sterbeszenen, an denen ein Gruppenmitglied teilgenommen hat, z. B. der Tod eines Elternteils, schafft eine Dichte und Verbundenheit, die über das „kohäsive Klima“ einer gut funktionierenden „sozialen Gruppe“ hinausgeht. Es entsteht ein basales Vertrauen, das Gefühl „aufgehoben“ zu sein — oder besser, es ersteht aufs neue. Aus solchen Erfahrungen kann die Angst vor dem Tode, kann Todesangst überwunden werden.

Die Bearbeitung dieser Thematik in der Konkretheit dramatischen Spiels in Patienten- und Selbsterfahrungsgruppen ist von fundamenta-

ler Bedeutung (Petzold 1979; Petzold 1982b); denn Stücke vom Sterben und Szenen von Krankheit und Alter sind in unseren Gesellschaften rar geworden, sie wurden exiliert, hinter die Vorhänge von Sonderbühnen. Sie werden nicht mehr öffentlich aufgeführt. Man stirbt nicht mehr „im Schoß der Familie“, in der Geborgenheit der gegenwärtiggesetzten Metaszene; und doch ist es die Partizipation an der ultimativen Szene des Todes eines Menschen, aus der wir unser Menschsein gewinnen, ist es der Vollzug und die Antizipation des eigenen Sterbens, durch die wir entlang an der Grenze des Todes unsere Identität gewinnen (Marcel, Petzold 1976); denn nur der Mensch weiß um sein Sterben und vermag deshalb sein Leben „bewußt“ zu gestalten.

Die ultimative Szene des Todes beschließt das Stück. Es ist gelungen, wenn im Verlaufe des Lebens die primordiale Verbundenheit wiedergewonnen wurde, wenn am Lebensende nicht das Gefühl der Vereinzelung, der Verlorenheit, des Abbruchs steht, sondern in der Rückschau auf das Stück das Erleben eines *sinn-erfüllten Ganzen* und das Bewußtsein, daß ich dieser Welt zugehöre. Die biblische Aussage: „Von Erde bist du genommen und zu Erde wirst du werden“, wird dann keine Bedrohung, sondern ist Ausdruck des Eingebundenseins in diesen Kosmos, Ausdruck der universalen Gültigkeit der Metaszene. Aus einem derartigen Erleben wird es möglich, wieder in den Hintergrund zu treten, aus dem man sich in den Ereignissen von Zeugung und Geburt als Figur, die im Verlauf des Lebens Präganz gewinnen konnte, ausgegliedert hat. Das individuelle Lebensdrama, die *fabula vitae* und die sich in ihr abspielenden Szenen und Handlungen bleiben noch eine Weile in den Gedächtnissen derer, die in vielen Szenen mitspielen konnten, um sich dann im Dunkel des Raumes und im Schweigen der Zeit zu verlieren.

8. Der Prozeß der Transformation und Überschreitung

Verwandlung, Veränderung kann immer nur als Transformation von Vorhandenem in Anderes, Neues verstanden werden. Das Paradoxon menschlicher Entwicklung und das der Psychotherapie als Instrument zur Förderung menschlicher Entwicklung besteht darin, daß Veränderung geschehen soll unter Wahrung der Identität. Der Mensch soll sich im Prozeß seiner Veränderung, d. h. im Zeitkontinuum, als der erkennen, der er ist, ja die Art und Weise seiner Entwicklung soll für das Erleben seiner Identität konstitutiv werden. Und auch für das Außenfeld muß bei aller möglichen Wandlung der Mensch identifizierbar bleiben, soll seine Identität gewährleistet werden. Diese Doppeldimension von privater und sozialer Wirklichkeit, von Leib und Szene,

diese *Verschränkung von Innen und Außen* (Waldenfels 1976) bedingt, daß Metamorphose in der Regel nie allein intrapsychisches Geschehen ist und auch niemals nur Veränderung des Umfeldes, sondern Veränderung von beidem, in wechselseitiger Abhängigkeit und Beeinflussung.

Untersucht man die Prozesse qualitativer Verwandlung, seien sie nun pathologischer Art (wie z. B. bei Krise und Dekompensation) oder gesunder (bei kreativen bzw. Problemlösungsprozessen) oder seien es Abläufe, die zwischen beidem liegen (Prozeß der Trauer), so wird man einen regelhaften, mehrphasigen Ablauf beobachten können. Der *status quo* verändert sich durch eine innere oder äußere Einwirkung, die Dynamik des Geschehens steigt an, spitzt sich zu und führt zu einem qualitativen Umschwung. Die Ausgangsszene gerät in Bewegung. Die einzelnen Teile, Elemente, Requisiten, Rollen verändern ihre Konstellation zueinander, die Handlungsabläufe akzellerieren, und auf dem Höhepunkt der Auflösung erweist es sich, ob eine neue Integration stattfinden kann, eine neue Anordnung des Vorhandenen, ein Hineinnehmen plötzlich aufgetauchter Elemente. Eine derartige Integration ist immer auch zugleich kreativer Akt. Oder es entscheidet sich, daß Auflösung, Zerfall, Dekompensation eintritt, wenn Integration und Kreation nicht wirksam werden können. Der qualitative Umschwung im Aha-Erlebnis, im *Erleben vitaler Evidenz*, in der Illumination des kreativen Prozesses (Seiffge-Krenke 1974), im Loslassen und Annehmen bei der Trauerarbeit (Spiegel 1973), in der Peripeteia des klassischen Dramas oder im „Kairos“ des „Therapeutischen Theaters“ (Iljine 1942, Petzold 1981) ist Ausdruck qualitativer Veränderungen im Sinne einer Umstrukturierung von Szenen.

Die Übereinstimmung der therapeutischen Prozesse in den Formen dramatischer Therapie mit dem Verlauf von Veränderungs- und Problemlösungsprozessen macht diese für die Intervention besonders geeignet. Der Verlauf der klassischen dramatischen Kurve 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 nicht — zumindest nicht explizit — auf Transfer, Neuorientierung, Überschreitung (Foucault 1976) gerichtet. Für den integrativen Ansatz der Dramatherapie aber gilt, „*there is no end to integration and there is no end to creation*“ (Petzold 1970). Das Leben als Geschichte von Szenen fordert einen Ansatz, der als „*théâtre permanent*“ dem beständigen Auftauchen neuer Szenen und ihrem Verschwinden im Hintergrund, ihrem Wirken aus dem Hinter-

grund und ihren Entwürfen in die Zukunft hinein gerecht wird, und zwar vom theoretischen und vom methodischen Vorgehen her. *Moreno* (1946), *Iljine* (1942) und *Perls* (1948/1980) haben mit ihren Verfahren Entwürfe in diesem Sinne vorgelegt. Die hier dargestellten Konzepte verstehen sich als ein Versuch weiterer theoretischer Vertiefung. Im Hinblick auf den methodischen Zugang habe ich versucht, mit dem „tetradschen System“ (*Petzold* 1972, 1978, 1979), dem „Vier-Stufenmodell“ der Strukturierung des therapeutischen Prozesses, einen integrativen Ansatz auszuarbeiten. Beide Zugänge haben sich korrespondierend entwickelt, denn Theorie und Praxis sind in der dramatischen Therapie nicht zu trennen.

Literatur

- Baltes, P.*, 1979, *Psychologie der Lebensspanne*, Klett, Stuttgart.
- Berne, E.*, 1975, *Was sagen Sie, nachdem Sie guten Tag gesagt haben?* Kindler, München.
- Brook, P.*, 1970, *Der leere Raum*, Hoffmann & Campe, Hamburg.
- Eilenberger, M.*, 1979, *Die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten des Lebenspanoramas in der integrativen Therapie*. Diplomarbeit Psychologisches Institut Universität Hamburg, Hamburg.
- Ferretti, M.*, 1977, *Laser, Mazer, Hologramme*, Franzis, München.
- Foucault, M.*, 1971, *Die Ordnung der Dinge*, Suhrkamp, Frankfurt.
- Foucault, M.*, 1973, *Archäologie des Wissens*, Suhrkamp, Frankfurt.
- Foucault, M.*, 1976, Interview. In: *D. Kamper, V. Ritter, Zur Geschichte des Körpers*, Hauser, München.
- Franson, M.*, 1972, *Holographie*, Springer, Berlin.
- Heinl, H., Petzold, H.*, 1980, *Gestalttherapeutische Fokaldiagnose und Fokalthherapie bei Störungen aus der Arbeitswelt*, *Integrative Therapie* 1, 20-57.
- Husserl, E.*, 1963, *Cartesianische Meditation*, Den Haag.
- Iljine, V. N.*, 1942, *Das therapeutische Theater*, Sobor, Paris (russ.).
- Iljine, V. N.*, 1972, *Das therapeutische Theater*. In: *H. Petzold*, (1972).
- Kopp, S.*, 1978, *This side of tragedy. Psychotherapy as theatre*; dtsh.: *Rollenschicksal und Freiheit*, Junfermann, Paderborn 1982.
- Leutz, G. A.*, 1974, *Psychodrama. Theorie und Praxis*, Springer, Heidelberg.
- Lorenzer, A.*, 1970, *Sprachzerstörung und Rekonstruktion*, Suhrkamp, Frankfurt.
- Marcel, G.*, 1978, *Leibliche Begegnung*. In: *Kraus, A., Leib, Geist, Geschichte*, Hüthig, Heidelberg.
- Marcel, G., Petzold, H. G.*, 1976, *Anthropologische Vorbemerkungen zu einer Geragogik*. In: *Petzold, H., Bubolz, E.*, *Bildungsarbeit mit alten Menschen*, Klett, Stuttgart.
- Merleau-Ponty, M.*, 1945, *Phénoménologie de la perception*, Gallimard, Paris; dtsh. *Phänomenologie der Wahrnehmung*, de Gruyter, Berlin 1966.
- Merleau-Ponty, M.*, 1964, *Le visible et l'invisible*, Gallimard, Paris.
- Merleau-Ponty, M.*, 1964, *La prose du monde*, Gallimard, Paris.
- Montagu, A.*, 1975, *Körperkontakt*, Klett, Stuttgart.
- Moreno, J. L.*, 1924, *Das Stegreiftheater*, Kiepenheuer, Potsdam.
- Moreno, J. L.*, 1946, *Psychodrama Vol. I*, Beacon House, Beacon.
- Moreno J. L., Moreno, F.*, 1944, *Spontaneity, theory of child development*, *Sociometry* 2.

- Perls, F. S., 1948, Theory and Technique of Personality Integration; dtsh.: Die Integration der Persönlichkeit, in: F. S. Perls, 1980, Gestalt, Wachstum, Integration, Junfermann, Paderborn.
- Perls, F. S., 1969, Gestalt Therapy verbatim, Real People Press, Lafayette; dtsh.: Gestalttherapie in Aktion, Klett 1974.
- Perls, F. S., 1969, In and out the garbage pail. Real People Press, Lafayette; dtsh.: Gestalt-Wahrnehmung, Flach, Frankfurt 1981.
- Pribram, K. H., Nuwer, M., Baron, R., 1974, The holographic hypothesis of memory structure in brain function and perception. In: Atkinson, R. C., Krantz, D. H., Luce, R. C., Suppes, P., Contemporary developments in mathematical psychology, W. H. Freeman & Co., San Francisco 1974, 416-467.
- Pribram, H., 1979, Hologramme im Gehirn, *Psychologie Heute* 10, 32-42.
- Petzold, H. G., 1970, Le Gestalt Kibbouz modèle et méthode thérapeutique, Paris, mimeogr.
- Petzold, H. G., 1972, Angewandtes Psychodrama, Junfermann, Paderborn, 1978, 2. Aufl.
- Petzold, H. G., 1974a, Psychotherapie und Körperdynamik, Junfermann, Paderborn.
- Petzold, H. G., 1974b, Integrative Bewegungstherapie. In: Petzold (1974a).
- Petzold, H. G., 1975, Integrative Therapie ist kreative Therapie, Fritz Perls Institut, Düsseldorf, mimeogr.
- Petzold, H. G., 1978, Das Korrespondenzmodell in der integrativen Agogik, *Integrative Therapie* 1, 21-58.
- Petzold, H. G., 1979a, Psychodrama-Therapie. Theorie, Methoden, Anwendungen in der Arbeit mit alten Menschen, Junfermann, Paderborn.
- Petzold, H. G., 1979b, Schwerpunkttheft „Humanisierung des Alters“, *Zeitschrift für Humanistische Psychologie* 3/4 (Hrsg.).
- Petzold, H. G., „Sich selbst im Lebensganzen verstehen lernen“. Erlebnisaktivierende Methoden in einem integrativen Ansatz auf das Alter. In: H. D. Schneider, Vorbereitung auf das Alter, Schöningh, Paderborn.
- Petzold, H. G., 1981, Das Hier-und-Jetzt-Prinzip und die Dimension der Zeit in der psychologischen Gruppenarbeit, in: C. H. Bachmann, Kritik der Gruppendynamik, Fischer, Frankfurt.
- Petzold, H. G., 1982a, Dramatische Therapie, Hippokrates, Stuttgart.
- Petzold, H. G., 1982b, Welttheater, in: Petzold (1982a).
- Schütz, A., 1975, Collected papers, Nijhoff, Den Haag, 3 Bd.
- Seiffge-Krenke, I., 1974, Probleme und Ergebnisse der Kreativitätsforschung, Huber, Bern.
- Spiegel, Y., 1973, Der Prozeß des Trauerns, 2 Bd., Kaiser, München.
- Steiner, C., 1982, Die Veränderung von Lebensplänen, Junfermann, Paderborn.
- Waldenfels, B., 1976, Die Verschränkung von Innen und Außen im Verhalten. Phänomenologische Forschungen II, Alber, Freiburg.

Zum Methodenproblem der „humanistischen Psychologie“

Oskar Lockowandt, Bielefeld

Seit dem Jahre 1961 existiert in der Psychologie eine neue Bewegung, die von *Abraham Maslow* ins Leben gerufen wurde. Sie nennt sich „humanistische Psychologie“, versteht sich als Aufbruchs- und Erneuerungsaktion und setzt sich als sogenannte „dritte Kraft“ von der Psychoanalyse und der Verhaltenspsychologie ab. Neben den schon klassischen Werken dieser Bewegung von *Maslow* selbst, von *Rogers*, *Moustakas*, *Perls*, *Frankl*, *Bühler* u. a. liegen inzwischen bereits mehrere Aufsatzsammlungen vor, in denen das Konzept dieser Bewegung ausgebaut wurde (*Nevill*, 1977 — als Memorial für *Jourard*; *Welch*, *Tate* und *Richards*, 1978).

Es handelt sich hier um eine Horizontveränderung, die der Wissenschaftstheoretiker *Ravetz* (1973) Methoden-Proklamation nennen würde, worunter er die Umzentrierung einer Wissenschaft von den Methoden weg zu einer völligen Neubestimmung der Untersuchungsgegenstände hin versteht. Solche Redefinitionsvorgänge hat es in der Wissenschaftsgeschichte immer wieder gegeben, ja sie scheint ohne sie gar nicht denkbar zu sein. Alle Merkmale solcher vom Autor beschriebenen Proklamation treffen auf diese psychologische Richtung zu. Um nur einige zu nennen: das neue Wissen wird nicht mehr informell über die Schüler der Disziplin übermittelt, man wendet sich vielmehr an das große Publikum; man ordnet alle Einzelfragen einer höheren philosophischen Mission unter und spricht nicht selten auch mit dem Hauch des Prophetischen usw. Solche Gegenstandsneubestimmungen oder eben Methoden-Proklamationen haben nun auch die Eigenschaft, daß sie zwar eine allgemeine Erleuchtung und philosophische Tiefe der Fragestellung bieten, daß sie demgegenüber aber nur sterile und banale methodische Vorschriften vorzuweisen haben.

Für die ersten Jahre der Entwicklung der humanistischen Psychologie traf dieser *methodological lag* sicher zu. Wie steht es jedoch heute, fast zwanzig Jahre nach der Geburt der neuen Bewegung um diese Frage? Hält man an dem Grundsatz fest, daß wissenschaftliche Erkenntnis methodische Erkenntnis ist, so fragen wir also: Hat die neue Bewegung die Explikation von ihr angemessenen Methoden erreicht oder nicht,

oder anders formuliert: Geht diese Bewegung inzwischen den sicheren Weg einer konsolidierten Wissenschaft oder ist sie auf Grund der Vernachlässigung des methodischen Bewußtseins inzwischen zu einer Sozialtheologie geworden — wie *Hildebrandt* (1975) diesen sozialen Wandlungsvorgang nennen würde — mit der Folge des Verlustes des wissenschaftlichen, das heißt sich methodisch konsolidierenden Denkens?

Die humanistische Psychologie hat ja die Menschenbildkonzeptionen und die Methoden des psychologischen Establishments — besonders eben der Psychoanalyse und der Verhaltenspsychologie — mit unversöhnlicher Heftigkeit angegriffen. Diese Aggressionen haben jedoch inzwischen sozusagen verpflichtend auf den Aggressor zurückgewirkt, indem sich in dieser Bewegung eine methodologische Grundlagendiskussion entwickelte. Sie ist gegenwärtig in vollem Gange. Dieser Methodenkampf und sein Ausgang werden darüber entscheiden, ob diese Richtung nur eine zwar aufregende, aber bedeutungslose Episode in der Entwicklung der modernen Psychologie bleiben wird oder ob sie zu einer radikalen Umgestaltung der Psychologie im ganzen führen wird, wie zum Beispiel *Combs* (1977) kürzlich gemeint hat.

In bezug auf die Methodologie dieser neuen psychologischen Richtung schreibt nun einer ihrer angesehensten Autoren, *Bugental*: „Die humanistische Psychologie befindet sich in einer paradoxen Lage: Sie hat zugleich eine riesige Auswahl an Methoden für ihre Forschungsarbeit zur Verfügung und trotzdem hat sie ein ernstes methodologisches Problem“ (1967). Diese Charakterisierung ist in der Tat zutreffend, obwohl hier hinzugefügt werden muß, daß, wie auch *Horn* (1977) bemerkt hat, *Bugental* stets an der These festgehalten hat, daß Erkenntnis wissenschaftlich zu sein habe. Bei dieser Lage muß es unsere Aufgabe sein, zu zeigen, wie es zu dieser kaum mehr überschaubaren Methodenvielfalt gekommen ist und wie diese Bewegung zugleich mit ihr in die methodologische Krisis hineingeraten ist, um dann eine Problemlösung zu projektieren, oder doch wenigstens einen Schritt in dieser Richtung zu tun.

Der wichtigste Grund für die Entwicklung einer solchen Methodenvielfalt, für die Lockerung der allgemeinen Qualitätskriterien und überhaupt die Bedeutungsminderung der Methodendiskussion ist die Veränderung des Selbstverständnisses der Psychologie einmal im Hinblick auf den Bereich ihrer Gegenstände und zum anderen in Hinsicht auf ihre Begründung als Wissenschaft.

In ihrer erweiterten Perspektive erkannten die Psychologen dieser Richtung plötzlich die „volle Konkretion“ (*Husserl*) ihres Gegenstandes oder erahnten sie wenigstens. Sie, die übrigens in der Mehrzahl kli-

nisch orientiert sind, diagnostizierten bei der traditionellen Psychologie eine erhebliche anthropologische Verkürzung und Reduktion und erweiterten daher ihren Gegenstandsbereich, den Bereich ihrer Zuständigkeit also, erheblich. Sie spürten viele von der Psychologie vernachlässigte („unterentwickelte“, *Severin*) Gebiete auf, die entweder nie legitime Gegenstände der Psychologie geworden sind oder dies zwar sind, aber nie in ihrem Sosein, also in nicht-reduktivem Sinne bearbeitet worden sind. Solche Bereiche sind, um einige Beispiele zu nennen: das Wertbewußtsein, die Liebe, die Identität, die Authentizität, die menschliche Begegnung, die Selbsttranszendenz, die Sinnsuche, der Tod, das Sterben u. a. Besonders erwähnenswert scheinen mir die Arbeiten von *Feifel* (1963) über den Tod und von *Lifton* (1967) über die Hiroshima-Schrecken sowie die Erfahrungsberichte über das Leben im Konzentrationslager von *Frankl* (1946/47).

Royce (1964), der futurologische Programmierer der humanistischen Psychologie, vertritt dazu die bei allen Psychologen dieser Richtung anerkannte These, daß der Mensch angesichts der Unendlichkeit seelischer Dimensionen zwar alle verfügbaren Erkenntniswege, die Welt und sich selbst zu begreifen, gehen *sollte*, daß er aber faktisch zur Konzentration und Einschränkung auf nur einen oder zwei Wege neigt. Er bezeichnet den Menschen in dieser Lage als in wenigen Weltbildern befangen (*encapsulated man*), als Funktion besonderer epistemologischer Profile. Die von ihm geforderte Methodenemanzipation aufgrund einer permanenten epistemologischen Reflexion erinnert an *Bacons* Vorstellungen von der Überwindung der Trugbilder (*idola*), die den wissenschaftlichen Fortschritt hindern oder zumindest erschweren. Wie bei *Bacon*, so muß man auch hier den Rückgang in den fundierenden Grund der Methodologie als eine Schwellenerscheinung in der Wissenschaftsgeschichte deuten, in der sich eine neue Gestalt der Wissenschaft ankündigt.

Nun pflegt der Mensch nach *Royce* nicht nur eine methodologische Schrumpfung zu betreiben, sondern er fixiert und legitimiert diesen Zustand zudem noch. Die Psychologie muß daher, um dem so unvermeidlichen Schicksal des Erkenntnistodes zu entgehen, ihre Position verändern. Sie muß sich an die Kreuzung wissenschaftlicher Interessen begeben, wo das bloß rationalistische und empirische Denken (logischer und kritischer Empirismus), das als Wissenskriterium (*criterium secundum quod* im Gegensatz zum *criterium per quod* nach *Thomas*) die Reproduzierbarkeit und Verifizierbarkeit hat, durch das metaphorische Denken ergänzt wird, dessen Kriterium die Bedeutsamkeit und Fruchtbarkeit (*fertility*) ist. Darüber hinaus konstatiert er außerdem noch ein metaphorisch-rationalistisches Denken, dessen Kriterium die

Betroffenheit (*concern*) ist und dessen Wissenskriterium die existentielle Validität ist. Ein vorbildliches Beispiel einer solchen existentiellen Validierung (*human validity*) hat *Moustakas* in bezug auf die Einsamkeit vorgelegt. Nach *Royce* müssen wir gegenüber dem bloßen Zeichendenken nomothetischer Wissenschaftlichkeit das Symboldenken und die Intuition wieder legitimieren und zwar auch dann, wenn wir deren Arbeitsweise noch nicht kennen. Außerdem muß die Psychologie ihr beengendes Grundschema „Organismus in der Umwelt“ verlassen und in die Konzeption „Mensch im Universum“ übergehen.

Natürlich stand bei dieser Idee des „encapsulated man“ und seiner methodologischen Innovation *Jung Pate*; unverkennbar ist auch der Einfluß der Lehre von den symbolischen Formen *Cassirers*.

Royce gibt nun noch zu bedenken, daß diese Stufe des wissenschaftlichen Denkens bereits eine Überwindung des Massenmenschen mit seinem kollektiven Bewußtsein ist. Die Errungenschaft einer vordem neuen epistemologischen Gestalt hat jetzt jedoch seine Valenz verändert. Was Befreiung war, ist Fessel geworden. Das Ziel muß der seine Einkapselung erkennende und überwindende Mensch sein, der seine epistemologische Selbstdressur, die früher einmal Selbstdisziplin war, sprengt und sich im Sinne der Individuation auf den Weg ins Ungewisse begibt. Daß der drohende Psychologismus um die Ecke lugt, stört diese Psychologen bei ihren Reformideen keineswegs.

Andere Autoren setzen bei dieser Erneuerung der Psychologie bei im Prinzip gleicher Intention andere Akzente. So fordert *Giorgi* (1966) eine Umzentrierung in der Methodologie vom bisher weit überschätzten Experiment zu eigentlich forschendem Denken, von der Quantität zur Qualität, von der Messung zur Sinnfindung und von der Analyse zur Explikation. *Ornstein* (1977) und mit ihm *Shaffer* (1978) und *Deikman* (1971) haben auf der Grundlage eines „bimodalen Bewußtseinsparadigmas“ (rational-intellektuell versus intuitiv-holistisch nach *Ornstein*; aktionsorientiert versus rezeptionsorientiert nach *Deikman*) ebenfalls eine Erneuerung über eine Komposition und Integration westlichen und östlichen Denkens vorgeschlagen.

Aber die humanistischen Psychologen fühlen sich auch hineingezogen in die ja schon seit langem schwelende universale Krise der Wissenschaft als Wissenschaft, wie sie zum Beispiel *Whitehead* (1926) und auch *Husserl* (1936) diagnostiziert haben. Sie verdrängen diese Krise nicht; daher ist für sie die Begründung der Psychologie als Wissenschaft ins Wanken geraten. Sie fühlen sich gezwungen, nach einer neuen, nach einer evidenten Verankerung ihrer Methodologie zu suchen. Da sie sie im traditionellen Rahmen nicht zu finden vermögen, projizieren sie eine Methodologie einer *möglichen* Wissenschaft, in der die

Evidenz garantiert werden kann. Sie denken, um es im Sinne *Husserls* zu sagen, „nicht im bloßen Sinn einer Merkmalszergliederung eines anschaulichen Konkretums“, sondern in Enthüllungsformen des Horizontbewußtseins. Sie versuchen, die bisherige „transzendente Naivität“ der Psychologie zu überwinden und wollen für sie als Wissenschaft ihre „Ursprünglichkeit“ wiedererringen. *Husserl* selbst forderte dazu bekanntlich eine „phänomenologische Reform“.

Dieselbe Forderung nach einer umfassenderen und gleichzeitig ursprungs-kla- ren (evidenten) wissenschaftlichen Methodologie, also nach einer phänomenologischen Reform erheben die humanistischen Psychologen in bezug auf die Psychologie. In diesem Zusammenhang wird der Name *Husserls* immer häufiger genannt, und sein Denken beginnt auf diese Autoren eine gewisse Faszination auszuüben. Allerdings sind zwischen *Husserls* Idee einer solchen Reform und derjenigen dieser Psychologen erhebliche Unterschiede festzustellen, worauf ich jedoch nur mit einigen Hinweisen am Rande eingehen kann.

Diejenigen Autoren, die sich überhaupt mit methodologischen Fragen beschäftigt haben wie zum Beispiel *Snygg* (1941), *Combs* und *Snygg* (1949), *May* (1964), *McLeod* (1965), *Giorgi* (1966), *van Kaam* (1966), *Koestenbaum* (1966), *von Eckartsberg* (1971), *Jourard* (1971) u. a., im besonderen aber *Rogers* (1965) verwenden denn auch, wenn sie ihre neuen Erkenntnisformen zusammenfassend kennzeichnen wollen, stets den Begriff „Phänomenologie“ („phänomenologisch“). Die phänomenologische Methode ist der Favorit unter den Methoden der humanistischen Psychologie. Sie ziehen sie allen anderen Methoden vor, insbesondere aber der psychoanalytischen und der verhaltenspsychologischen und ihren verschiedenen Varietäten. Sie glauben, daß sie nicht nur die Erkenntnis seelischen Seins am besten gewährleistet, sie sind darüber hinaus auch der Überzeugung, daß — wie es *Strasser* (1964) gesagt hat — diese Methode empirisch ist und dennoch dem Menschlichen keine Gewalt antut.

Jedoch ist der Begriff vieldeutig und hat auch in Europa bereits eine lange Diskussionsgeschichte, seit *Lambert* (1764) ihn — freilich in ganz anderem Sinne — zum ersten Male gebrauchte. Vor allen Dingen darf man aber nicht vorschnell die amerikanische phänomenologische Psychologie und ihre Methode mit derjenigen *Husserls* identifizieren, wie er sie zum Beispiel in den Freiburger Vorlesungen im Sommersemester 1925 oder in den Amsterdamer Vorträgen entworfen hat. Darauf hat neuerdings *Spiegelberg* (1972) in seiner Rezeptionsgeschichte des Begriffes hingewiesen. Man muß sich vergegenwärtigen, daß *Husserls* Phänomenologie jedenfalls so, wie sie von seinen ehemaligen Schülern repräsentiert wird und wurde — zum Beispiel von *Farber*, dem Heraus-

geber von „Philosophy and Phenomenological Research“ —, auf die humanistische Psychologie keinen nennenswerten Einfluß ausgeübt hat. Dennoch fanden *Husserls* Gedanken besonders aus seiner phänomenologischen Zeit (siehe die Einteilung des philosophischen Lebens von Husserl bei *Spiegelberg*, 1969, S. 73 ff.) auf nicht immer deutlich auszumachenden Wegen Eingang in die humanistische Psychologie in einer Form, die ich *selektive Amplifikation* nennen möchte. Es werden dabei einzelne Komponenten seines Denkens aus seinem Werk herausgelöst und zur Verdeutlichung der eigenen Arbeit verwendet, ein Verfahren, das zum Beispiel bei *May* zu beobachten ist. Ohne Vollständigkeit erreichen zu wollen, nenne ich hier zwei weitere Beispiele. Husserls Begriff der Intentionalität als Spezifikum des Seelischen — er geht zurück auf *Brentano*, *Thomas* und schließlich *Aristoteles* (nous-Begriff) — übernehmen der Rogers-Schüler *Gendlin* (1966) und *Jourard* (1964). Weiter geht die jetzt auch bei uns durch *Bommert* (1978) bekannt werdende „Experiencing-Theorie“ von *Gendlin*, mit der er die klienten-zentrierte Psychotherapie erklären, erweitern und fundieren will, auf *Husserls* Lebensweltkonzeption aus „Erfahrung und Urteil“ zurück, obwohl sein Name nicht genannt wird. Die Lebenswelt gewährt uns Erfahrungen, die vorprädikativ und rezeptiv sind: Im ganzen werden *Husserls* Absichten — Erkenntniskritik und -fundierung — stark reduziert bei ihrer Übernahme. Die humanistischen Psychologen begehen hier also die Sünde der hermeneutischen Entstellung (Reduktion in ihrem Sinne) selbst, die sie bei der Psychoanalyse und der Verhaltenspsychologie so sehr brandmarken.

Die Geschichte der phänomenologischen Psychologie in Amerika beginnt mit der Arbeit des 1967 verstorbenen *Donald Snygg*. Er hat als erster (1941) sehr früh ein „phänomenologisches System“ der Psychologie und damit die phänomenologische Methode für sie gefordert. Die bekannteste und am weitesten verbreitete Form phänomenologischen Forschens aber stammt von *Rogers*.

Auch für *Snygg* besteht die Aufgabe der Psychologie in der Kontrolle und Vorhersage des Verhaltens — Aufgaben, die dann später keineswegs mehr für allgemeinverbindlich gehalten werden. Diese Aufgaben können seiner Meinung nach am besten durch die Erkenntnis des „phänomenologischen Feldes“ der Vp geleistet werden. „Verhalten ist vollständig durch das phänomenologische Feld des sich verhaltenden Organismus determiniert und von ihm abhängig. Mit phänomenologischem Feld ist das Universum gemeint, das Selbst eingeschlossen, wie es von dem Sich-Verhaltenden im Moment erlebt wird“ (*Snygg*, 1941). Die phänomenologische Methode hat mehrere Vorzüge gegenüber anderen Methoden. Sie ist anthropomorph. Ihre Daten sind in Begriffen

der unmittelbaren Erfahrung formuliert und brauchen nicht übersetzt zu werden, um sinnvoll zu sein. Zweitens konzentriert sie sich auf individuelles Verhalten. Denn dieses kann nicht von normativem Verhalten aus vorhergesagt werden. Umgekehrt aber ist die Vorhersage normativen Verhaltens aus dem individuellen Verhalten möglich. Daraus resultiert auch die Tatsache, daß diese Methode umfassender als alle anderen ist. Und schließlich ist diese Methode deskriptiv und impliziert keine Kausalität und Erklärung.

Hier sei angemerkt, daß *Snygg* zwar den Feldbegriff verwendet, daß er sich auch in großer Nähe zur Gestalttheorie, besonders zur Feldtheorie fühlt, daß er sie jedoch in der vorliegenden Form als semiphänomenal ablehnt, weil sie auf halbem Wege zum phänomenologischen System stehengeblieben ist. Sie müßte, um effektiv zu sein, von diesen nicht-phänomenologischen Komponenten gereinigt werden. In derselben Weise kritisiert *Snygg* übrigens auch die Psychoanalyse.

Bei der Novität dieses Fundes darf man aber nicht vergessen, daß er das phänomenologische Feld immer noch stark behavioristisch meinte; denn seine Einführung sollte nur die Verhaltensprognose verbessern. Therapeutische Erwägungen etwa im Sinne von *Rogers* lagen ihm damals fern. Trotzdem gilt *Snygg* jedoch als „phänomenologischer Pionier“ (*Spiegelberg*).

Die Einführung des phänomenologischen Feldes änderte die Versuchssituation vollständig. Zwar meinte man zunächst immer das phänomenologische Feld der *Vp*; es lag jedoch nahe, das phänomenologische Feld des *VI* mit in die Untersuchung einzubeziehen. Diesen Schritt tat *Jourard* (1967). Er verwarf die an der Naturwissenschaft orientierte hierarchische *VI-Vp*-Beziehung und führte als „Paradigma für eine humanistische Wissenschaft der Psychologie“ den *VI-Vp-Dialog* ein. Er fand in vielen Versuchen heraus, daß die Ergebnisse aus psychologischen Experimenten sich mit der Fähigkeit und Bereitschaft des *VI*s ändern, sich selbst mit in die Versuchssituation einbringen zu können. Er nannte diese Fähigkeit „Selbstentbergung“ (*self-disclosure*), und die Veränderung der Ergebnisse beruhen seiner Ansicht nach auf einem „dyadischen Effekt“. *Jourard* war einer der originellsten und methodisch produktivsten Denker dieser Bewegung. Man könnte übrigens Replikationen sämtlicher großer psychologischer Experimente unter dem Gesichtspunkt des dyadischen Effekts durchführen und würde zu anderen Ergebnissen kommen; dieser Ansicht war *Jourard*.

Auch *Giorgi* (1970) hat die übliche Deutung der *VI-Vp*-Situation als situatives Artefakt gedeutet und betont, daß der *VI* im Grunde eine weitgehend von ihm selbst geschaffene Realität untersucht. Er erkennt nicht etwa eine Realität an sich selbst, sondern er partizipiert aktiv an

einer selbstkonstituierten Realität. Wenn er sich selbst ausklammern will — zum Beispiel durch die automatanaloge Einhaltung standardisierter Versuchsbedingungen —, so ist er dennoch präsent; er führt dann gleichsam eine Tarnkappenexistenz.

Kelly (1968), der zwar Maslows Kollege an der Brandeis-Universität war, sicher aber keineswegs zu den humanistischen Psychologen, wohl aber zu den Humanisten zählte, hat schließlich vorgeschlagen, die Rollen im Versuch zu vertauschen. Für ihn ist der Mensch im allgemeinen ein experimentierendes Wesen, der VI ist dafür nur ein Beispiel. Daher betrachtet er die Vp als VI. „Zu welchen Gedanken der VI 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 Vpn beobachtet hat“ (1969, S. 58).

So halten wir fest: Die phänomenologische Methode wird als anthropomorph, inklusiv und deskriptiv gesehen. Sie bezieht den VI mit ein und verwandelt die bloße Beziehung zu einer Begegnung, bei der der VI als Vp sich verändert; dies aber nicht nur im Sinne eines Wissenszuwachses, sondern im Sinne eines gewandelten Selbstverständnisses.

Damit ist die Charakterisierung dieser Methode jedoch keineswegs vollständig. Andere Autoren, so zum Beispiel McLeod, ein David Katz-Schüler, verbinden sie eng mit der Experimentalpsychologie. Gleichzeitig vertiefen sie ihr Verständnis. McLeod stellt fest: Die phänomenologische Methode bestimmt als ihren Gegenstand alle Erlebnisdaten (datum = was uns gegeben wird), also alles, was uns im Erleben gegeben ist. Sie haben wir schlicht in ihrem Sosein zu akzeptieren. Dabei sind alle Einteilungen zunächst beiseite zu lassen. Beliebt sind ja Einteilungen in die primären Daten, also die Rohdaten selbst und die sekundären Daten, also die Beziehungen zwischen den Rohdaten. Jede Einteilung und Klassifizierung ist jedoch nur eine von vielen möglichen. Wir sollten nach McLeod wieder zu James' Vorstellungen vom Bewußtseinsstrom (*stream of consciousness*) zurückkehren und die transitiven Bewußtseinsvorgänge in den Mittelpunkt stellen (vgl. auch Perls' Begriff *no-thingness*). Demgegenüber sind substantivisch gedachte Entitäten nur künstliche Begrenzungen. Der phänomenologische Psychologe hat mit der Phänomenbeschreibung zu beginnen, indem er seine Vorannahmen (*biases*) zurückstellt.

Eine solche deskriptive Phänomenologie entworfen zu haben, schreibt Husserl seinem Lehrer Brentano zu: „Es war die folgenreiche und nun selbstverständliche Konsequenz dieser deskriptiven Grundfeststellung, daß die Psychologie zunächst anheben müsse als eine rein

deskriptive Wissenschaft vom psychischen Leben und daß sie so begrenzt nichts anderes sei als die deskriptive Wissenschaft von der Intentionalität, von den mannigfaltigen Gestaltungen des Bewußtseins als Bewußtsein von etwas, mit allen an ihm in innerer Anschauung unterscheidbaren Gehalten“ (1968, S. 32 ff.). Im übrigen war aber *Brentano* für *Husserl* auch im Naturalismus steckengeblieben.

Die von *McLeod* geforderte Unvoreingenommenheit bei der Phänomenbeschreibung ist immer wieder in Zweifel gezogen worden. So behauptet eine sogenannte kritische phänomenologische Psychologie (*Herrmann*, 1959), daß es eine solche Unvoreingenommenheit gar nicht geben kann, und daher sind die Inhalte phänomenologischer Aussagen „ auf ihre Denk- und Aussagevoraussetzungen hin reflexiv zu thematisieren.“ Nun postuliert auch *McLeod* diese Vorannahmenexklusion nur als einen mehr oder weniger gut gelingenden temporären Kunstgriff, und zum anderen ist dies ja gerade das Ziel der von *Husserl* geforderten Epoché.

Zur phänomenologischen Reduktion sei hier eine verdeutlichende Anekdote angeführt: *Koffka* pflegte häufig zu sagen, sein zentrales Problem in bezug auf die Wahrnehmung sei es zu erklären, welche Gründe es dafür gebe, daß wir die Welt so sehen, wie wir sie sehen. Dem hielt der lange mit ihm verbundene *Gibson* entgegen, sein Problem sei, warum wir diese Welt sehen, wie sie ist.

Das epistemologische Vorurteil, das hier also der phänomenologischen Reduktion verfallen muß oder das eingeklammert werden muß, besteht darin, daß für *Gibson* eben das gesamte Problem der Wahrnehmung nur ein solches der Ko-ordination zwischen Phänomenalität und Außenwelt ist. Phänomenologisch wäre aber nach *McLeod* zunächst einmal zu fragen: Welche Phänomeneigenschaften legen uns eigentlich den Glauben an die äußere Welt nahe (bei *Husserl* das Problem der Erkenntnistranszendenz) und was legt uns überhaupt die Unterscheidung von äußerer und innerer Welt nahe? Auf diese Weise eröffnet der so Fragende sich den Weg zur Intentionalität und zur Evidenztheorie in völlig neuer Form.

In Amerika stößt eine solche Konzeption stets auf Widerstände, weil man dieses Vorgehen mit der Introspektion im *Titchenerschen* Sinne verwechselt. *Titchener* übernahm *Wundts* Begriff der Selbstbeobachtung, der aber das genaue Gegenteil zur Phänomenbeschreibung meint, nämlich Zerlegung des an sich und in sich selbst Beobachteten in seine einfachsten Teile. Man lehnt diese Methode jedoch auch deswegen ab, weil bei ihr die Empathie (Einfühlung) eine bestimmte Rolle spielt.

Schließlich ist nach *McLeod* festzuhalten, daß die so begriffene phänomenologische Psychologie nicht die Psychologie selbst ist. Sie kann nur propädeutischen Charakter haben, insofern man zwar mit den Phänomenen beginnen muß; dann aber muß man sie in irgendeiner Weise transzendieren. Die Regeln und Gesetze der phänomenalen Welt können selbst nur transphänomenal sein. Eine solche Transzendenz verhindert den totalen Solipsismus. Dennoch ist festzustellen, daß auch das Ich ebenso ein Teil der phänomenalen Welt ist wie ein wahrgenommenes Ding. Hieraus ergeben sich weitreichende Konsequenzen für alle Unterscheidungen zwischen Innen und Außen.

Der Prinzipienbestand der phänomenologischen Methode wird also bei *McLeod* bereichert um die möglichst unbefangene Akzeptierung aller Erlebnisdaten, die Zentrierung auf transitive Prozesse, die Forderung nach Phänomenbeschreibung und die These von der notwendigen Transzendenz der beschriebenen Phänomene.

Zweifellos gilt aber heute *Rogers* als der wichtigste und auch in Kreisen von Nichtpsychologen bekannteste Propagator der phänomenologischen Methode und dies kurioserweise, obwohl er erst sehr spät in seiner Arbeit auch den Begriff für seine Untersuchungsweise wählte. Zum ersten Mal erscheint die Bezeichnung in „Client-centered Therapy“, also 1951. Dort kennzeichnet *Rogers* rückschauend seine Vorgehensweise als phänomenologisch. „Der entscheidende Punkt in bezug auf den therapeutischen Prozeß ist, daß die Art und Weise, wie der Klient die Objekte in seinem phänomenalen Feld wahrnimmt — seine Erfahrungen, seine Gefühle, sein Selbst, andere Personen, seine Umwelt — sich in Richtung auf eine gesteigerte Differenzierung hin verändert.“ Zwar hebt *Rogers* hier und auch sonst die Bedeutung des phänomenologischen Feldes für die Therapie hervor. Nirgends aber wird dieser Begriff genauer bestimmt. Auch an den anderen Stellen seines Werkes, in denen er den Begriff verwendet, findet man keine Präzisierung, so daß *Rogers* nicht über *Snyggs* Fassung des Begriffs hinausgekommen ist. Ihm scheint er nie fragwürdig geworden zu sein. Daher sagt *Spiegelberg* wohl mit Recht, daß für *Rogers* Phänomenologie nur „Rehabilitation der subjektiven Erfahrung“ bedeutet.

In seinem großen und zusammenfassenden Beitrag in *Kochs* Sammelwerk bezieht sich *Rogers* wiederum auf die Phänomenologie, an dieser Stelle auf die philosophische Phänomenologie. „Ich vermute, daß die Entdeckung und Entwicklung einer kontextuellen Basis für diese Theorie sich in irgendeiner Form der existentiellen Philosophie fortsetzen wird. Die generelle Orientierung der philosophischen Phänomenologie wird wahrscheinlich ihren Einfluß in dieser Hinsicht weiterhin ausüben“ (1962, S. 250). Welche Phänomenologie eigentlich gemeint

ist und wie sie ihren Einfluß ausüben soll, wird hier nicht gesagt und bleibt überhaupt fraglich. Dieselben Fragen sind in bezug auf die sogenannte existentielle Philosophie zu stellen (Fundamentalontologie im Sinne *Heideggers*, Existenzphilosophie im Sinne von *Jaspers*, Existentialismus im Sinne von *Sartre* usw.). Das bisher letzte Wort in dieser methodischen Sache hat *Rogers* auf dem berühmten Symposium an der Rice-Universität gesprochen (1964). Hier steht zum ersten Male die Frage nach dem Prozeß der Erkenntnisgewinnung des Fremdseelischen selbst im Mittelpunkt. *Rogers* unterscheidet hier drei Erkenntniswege: das subjektive Wissen, das objektive Wissen und das interpersonale oder phänomenologische Wissen. Diese Einteilung ist sehr eigenwillig und so nicht haltbar. Aber zunächst einige Erläuterungen zu diesen drei Erkenntniswegen.

Der erste Erkenntnisweg — die subjektive Methode — bezieht sich auf die direkte Bewußtheit unserer privaten Erfahrungen. „Es ist ein wichtiger Weg des Wissens durch die Bildung von inneren Hypothesen, die durch Bezug auf unseren inneren Erlebensfluß geprüft werden, wie wir in unserer subjektiven Interaktion mit inneren oder äußeren Ereignissen leben“ (S. 111). Dieses Wissen ist nicht unfehlbar und kann auch nicht eigentlich im herkömmlichen Sinne validiert werden. Es ist aber trotzdem ein im „organismischen Fühlen“ tief verwurzelttes Wissen, aus dem wir unsere bewußten Symbolisationen und Konzeptionen formen und differenzieren. Für den amerikanischen Operationalismus ist dieses Denken natürlich obszön, obwohl zum Beispiel *Skinner* in seinem Tagebuch permanent solche inneren Hypothesenbildungen erwähnt.

Beim objektiven Wissen „basieren die Hypothesen auf einem äußeren Bezugsrahmen und werden sowohl durch externe beobachtbare Operationen und durch empathische Schlußfolgerungen (Inferenzen) in bezug auf die Reaktionen einer vertrauten Bezugsgruppe geprüft, gewöhnlich einer Kollegengruppe“ (S. 113). Dieser Prozeß soll grundlegend sein für den logischen Positivismus, den Operationalismus und einen großen Teil der Wissenschaftsstruktur unserer Tage. *Rogers* behauptet, alles Wissen beruhe auf Hypothesen, und sogar die Wahrheiten der physikalischen Tatsachen beruhen auf einer konsensuellen Validierung. „Objektivität kann sich nur auf Objekte beziehen, seien sie nun belebt oder unbelebt. Umgekehrt transformiert diese Wissensform alles, was sie untersucht, in ein Objekt oder begreift es nur in seinen Objektaspekten“ (S. 113).

Die interpersonale oder phänomenologische Erkenntnisform setzt *Rogers* den beiden anderen Formen entgegen. Er definiert sie so: „Alle diese Wissensformen sind Hypothesen. Aber in dieser Form bedeutet

die Überprüfungsform dieser Hypothesen, daß ich jede mir zur Verfügung stehende Geschicklichkeit und jedes empathische Verständnis gebrauche, um zu den relevanten Aspekten des phänomenologischen Feldes des anderen zu gelangen, um in die private Sinnwelt des anderen einzudringen und zu sehen, ob mein Verstehen korrekt ist.“ Hierbei prüfe ich also die Hypothesen durch die Beobachtung (der Sprache oder des sonstigen Verhaltens) oder durch die konsensuelle Validierung mit der Bezugsgruppe, die jedoch ihr übereinstimmendes Verständnis des anderen auch auf Beobachtung gründet. Soweit diese drei Erkenntnisformen, wie sie *Rogers* sieht.

Worin der Unterschied zwischen der objektiven und der phänomenologischen Wissensform — so bestimmt wie hier — liegen soll, bleibt bei näherem Hinsehen unklar. Das objektive Wissen scheint sich nur mit Objekten zu befassen, das phänomenologische hingegen nur mit Seelischem, eine absurde Konsequenz. Der wichtigste Unterschied und wohl auch der einzige liegt in der unterschiedlichen Bedeutung des *empathischen Urteilens*, der Empathie (Einfühlung). Wie aber die empathische Erkenntnis vor sich gehen soll, wird nirgendwo geklärt. *Rogers* problematisiert sie an keiner Stelle, so daß sie für ihn evident zu sein scheint. Dabei übersieht er jedoch, daß die Empathie oder Einfühlung seit dem vorigen Jahrhundert immer wieder Thema philosophischer Reflexion gewesen ist. Es gibt Arbeiten dazu von *Lipps*, *Edith Stein*, *Scheler*, *Moritz Geiger* und *Husserl*. Nirgendwo in seinem Werk setzt sich *Rogers* mit diesen Autoren in diesem wichtigen Punkte seiner Theorie auseinander, so daß er auch hier bei einem — man möchte sagen — naiven Verständnis stehenbleibt. Dies wiegt um so schwerer, als die Empathie der Dreh- und Angelpunkt der gesamten Methodenlehre des Autors ist.

Diese methodologischen Thesen von *Rogers* sind sehr stark kritisiert worden, und zwar von Autoren, die sich selbst den Humanisten zurechnen, nämlich *Mandler* und *Mandler* (1974). Die von ihnen vorgebrachten Argumente können als repräsentativ für die Kritik an diesen Thesen überhaupt gelten.

Sie kritisieren zunächst, daß *Rogers* selbst hier einen Behaviorismus kritisiert, der so bereits veraltet und schon längst überwunden ist. Der alte Behaviorismus war antitheoretisch, insofern er keine das Verhalten transzendierenden Strukturen, Transformationen usw. anerkannte, er war assoziationsfundiert, daher mehr beschreibend als erklärend, und er lehnte schließlich das Bewußtsein oder das Erleben als Forschungsgegenstand ab.

Die moderne strukturalistische Psychologie *Piagets* — die Autoren sind Anhänger seiner Lehre — hat zum Beispiel alle diese Fehler über-

wunden; sie beschäftigt sich mit komplexen Modellen des Seelischen, ihre Wurzeln liegen in der Gestaltbewegung, und ihr wichtigstes Forschungsziel ist die Funktionsweise des Bewußtseins. Diese Psychologie ist also mentalistisch und antibehavioristisch, dennoch aber nie antiobjektivistisch. Für diese Autoren bleibt es ein Rätsel, warum die humanistische Psychologie diese Richtung entweder nicht sieht oder nicht sehen will.

Das mag vielleicht seinen Grund darin haben, daß sie der Meinung sind, die strukturalistische Psychologie begehe denselben Fehler wie seinerzeit der Behaviorismus; denn sie unterscheidet durchaus auch zwischen dem VI als Theoretiker und den anderen als Objekten. Hierin aber sehen die humanistischen Psychologen eine Degradierung der Menschlichkeit des Menschen.

Der Begründung dieses Vorwurfes gehen die Autoren genauer nach. Wenn von der Subjekt-Objekt-Dichotomie die Rede ist, die nach Rogers und allen Humanisten vermindert werden soll, so ist zunächst eine zwifache Bedeutung dieser Dichotomie zu unterscheiden. Sie kann nämlich entweder im Sinne eines *praktischen* oder eines *sozialen Imperativs* verstanden werden.

„Der praktische Imperativ beschäftigt sich mit den Techniken des Psychologen, Verständnis für die Art und Weise zu gewinnen, in der menschliche Wesen denken, fühlen und sich verhalten. Natürlich wird dieses Verständnis gewöhnlich den Methoden des objektiven Verstehens zugerechnet, und hier begegnet das erste Mißverständnis in der Argumentation. Wenn ich sage: ‚Ich möchte in meinem Verständnis objektiv sein‘, so impliziert dies nicht nur die Wahrheitssuche, die Irrtumsvermeidung und eine Suche nach wiederholbaren Beobachtungen, sondern einige meinen, wenn sie dies hören, es impliziere auch Unpersönlichkeit, ja sogar Unmenschlichkeit“ (1974).

Demgegenüber besagt der soziale Imperativ: „Du sollst andere Menschen nicht als Objekte behandeln; außerdem darfst du ihre Humanität oder Subjektivität in gar keiner Weise reduzieren.“

Die Autoren haben nicht etwa Argumentationsformen in bezug auf diese Imperative im Auge, die man als sektiererisch bezeichnen müßte, die also von esoterischen Denkfehlern nicht loskommen. Vielmehr gibt es die entschieden geäußerte Ansicht in der humanistischen Psychologie (so zum Beispiel Bugental), beide Imperative seien untrennbar; man könne die *conditio humana* gar nicht in diese beiden Sphären aufteilen. Beide Sphären seien koexistente Konditionen. Für Anhänger dieser These, daß sich sachliche Haltung — so würde Künkel den praktischen Imperativ nennen — und soziale Haltung nicht trennen lassen, gibt es nur zwei Wege: Sie scheiden aus dem Beruf des Psychologen als Wis-

senschaftler aus. Sie opfern das gesamte traditionelle Wissenschaftskonzept, weil es ihrer Meinung nach zur Selbstvernichtung des Menschen führt, führen *muß*, und ziehen sich aus diesem selbstmörderischen Geschäft zurück. Diesen Weg sind ja in der Tat viele Psychologen dieser Richtung gegangen, so daß jetzt orthodoxe und nicht orthodoxe humanistische Psychologen unterschieden werden müssen. Koch (1973) hat die nicht orthodoxe Gruppe mit unverkennbarer Verächtlichkeit beschrieben.

Der andere Weg führt zur Revolution oder weniger ambitioniert zur Renovation der traditionellen psychologischen Methoden. Diejenigen, die diesen Weg gehen, halten sich an der Peripherie kritischer Distanz und monieren, daß der Mensch im Sinne des Erkenntnisobjektes immer nur partiell erkannt wird. Das Erleben wird beiseite gelassen, weil es eben nicht erkennbar ist, weil es nicht „vor Augen liegt“. Die Psychologie macht sich artifizuell blind, sie kapituliert vor der Komplexität des menschlichen Daseins. Die Kritiker also wollen die Schizophrenie desjenigen Wissenschaftlers verhindern, der vom Katheder aus über Reizschwellen spricht und zu Hause Gedichte schreibt. Diese Rollenbeschreibung des Wissenschaftlers und seine Veränderung beinhaltet der Vorwurf des Reduktionismus, den die humanistischen Psychologen regelmäßig erheben.

Nun stellen diese Autoren die These auf, daß die humanistische Psychologie — und das ist ihr größter Fehler — einen viel zu engen Begriff von Objektivität sich zurechtgemacht hat. Alle ihre Vorwürfe zusammengenommen implizieren nämlich keineswegs, daß es auch nur in irgendeiner Weise gefahrvoll sei, die Psychologie als objektive Wissenschaft zu betreiben. Die Psychologen dieser Richtung sollten demnach ihren Objektivitätsbegriff erweitern. „Wir glauben, es ist diese Furcht — daß eine Unterscheidung zwischen dem Subjekt (oder Wissenschaftler) auf der einen Seite und dem Objekt (oder der Menschheit) auf der anderen Seite nicht nur das wissenschaftliche Erkennen irreführt, sondern auch unsere Fähigkeit, andere Menschen als Subjekte zu verstehen und zu behandeln, hindert —, die zu emotionaler Erregung führt, die die Diskussionen über diesen Gegenstand begleitet“ (S. 67).

Sind diese kritischen Einwände mehr gegen die humanistischen Psychologen im allgemeinen gerichtet, so sind die folgenden Feststellungen kritische Einwände speziell gegen die methodologische Position von Rogers.

Wenn Rogers behauptet, das empathische Urteilen liefere die zutreffendsten Hypothesen über den anderen, so schränkt er die Hypothesenbildung ganz unnötig ein. Rogers meint, der Behaviorist verwende die meiste Energie damit, die empathische Erfahrung als Basis für die

Hypothesenbildung nicht zuzulassen. Dies stimmt mit Sicherheit aber nur für den längst veralteten Behaviorismus. Rogers beschränkt sich auf die Hypothesenbildung durch Selbstbeobachtung (eben durch empathisches Schlußfolgern). Man darf hingegen nicht vergessen, daß letztlich in beiden Fällen die Beobachtung der Ausgang der Hypothesenbildung ist.

Aber noch in einer anderen Hinsicht ist die Rogerssche Position keineswegs erweiternd, sondern einschränkend. Wenn man sich nur an das phänomenologische Feld allein hält, schließt man alles Wissen über einen anderen Menschen aus, über das er selbst nicht verfügt. Dabei ist nicht unbedingt an das umstrittene Problem des Unbewußten zu denken. Es ist unbestritten, daß man über einen anderen Menschen etwas wissen kann, dessen er sich selbst nicht bewußt ist, wenn man nur seine private Sinnwelt exploriert. Der Grund für diese erweiterte Objektivität, die eine Person in bezug auf eine andere haben kann, ist die stark selektive und limitierte Basis unserer privaten Erfahrungen in jedem gegebenen Zeitmoment. Bisweilen weiß ich etwas, wessen sich der andere nicht bewußt ist, weil er seine Aufmerksamkeit einfach auf etwas anderes richtet. Ich erinnere hier nur an das Problem der selektiven Perzeption. Die Gestalttherapie hat für diesen Vorgang den Begriff der Figurfixierung geprägt.

Aber noch in einer anderen Hinsicht haben diese empathischen Schlußfolgerungen ihre Grenzen. Der Psychologe beobachtet sein eigenes Erleben, um Hypothesen zu bilden. Dann aber zieht er das Erleben der *Vp* heran, um seinen Erkenntnissen Evidenz zuerkennen zu können. Daß das eigene und das fremde Erleben der Hauptgegenstand der Psychologie ist, hat bisher niemand bezweifelt. Auch an der Notwendigkeit zur Transzendenz dieses Erlebens zweifelt niemand. „Es ist jedoch“, so die Autoren, „die reine Hybris, wenn die humanistischen Psychologen feststellen, sie hätten eine Form der Hypothesenbildung gefunden, die anderen unbekannt geblieben wäre.“ Es bleibt also ein Rätsel, inwiefern die tiefe Beschäftigung mit dem phänomenologischen Feld des anderen zu anderen Hypothesenbildungen führen soll.

Als Beispiel verwendet Rogers übrigens das Studium von *Bedeutungen*. Dabei erwähnt er die Arbeiten von *Osgood* zum semantischen Differenzial. Für ihn ist das semantische Differenzial ein Aspekt des phänomenologischen Feldes. Man fragt sich aber, warum nicht auch andere Dimensionen der Struktur des semantischen Raumes dazugehören, wie zum Beispiel das Langzeitgedächtnis. Wenn aber der semantische Raum Teil des phänomenologischen Feldes ist, dann muß jede auch nur mögliche theoretische Struktur dazugehören und zur Liste derjenigen „Variablen zu rechnen sein, die nur von einer tiefen Be-

schäftigung mit der phänomenologischen Welt des Individuums“ (Rogers) herrühren können. Wenn man aber das phänomenologische Feld so konzipiert, dann ist man wieder in der traditionellen Forschungsstrategie der Psychologie.

Besonders erregt die Gemüter aber Rogers' starke Betonung der Empathie als Quelle der Hypothesenbildung. Hierin wird eine ernste Gefahr gesehen. Sie führt nämlich in der Tat zu einer „häßlichen Objektivierung“, wie ich sie nennen möchte. Denn fragen wir uns, was geschieht, wenn ich auf Grund meines direkten und tiefen empathischen Erkennens des anderen zu der Meinung komme, daß seine Ziele falsch sind — eine alltägliche klinische Erfahrung. Dann verwandle ich den Klienten plötzlich in ein Mittel zu einem neuen Ziel. Ich behandle ihn als Objekt im moralischen Sinne, aber nicht im wissenschaftlichen Sinne. Aber diese Wandlung des Klienten in ein Mittel aufgrund der profunden Kenntnis seines Wissens ist die Folge der Annahme einer gemeinsamen Humanität, einer gemeinsamen Subjektivität (*communis conditio humana*). „Daß er wie du sein muß und dieselben Ziele haben muß, ist eine Annahme, die aus dem Glauben entsteht, daß du in einer empathischen und intuitiven Art und Weise seine Gefühle, Gedankenprozesse, Wünsche in direkter Form wahrnehmen kannst — kurz sein grundlegendes menschliches Wesen“ (S. 73). Die Empathie erweist ihre destruktive Funktion immer dann, wenn die Ziele kollidieren. Ganz besonders gefährlich ist diese Methode, wenn dabei die Tiefe des Gefühls als Legitimation herangezogen wird für die Erkenntnis, daß der andere (der Klient) auf dem falschen Wege ist. Nur zu leicht verliert man bei dieser Lockerung des kritischen Bewußtseins die Relativität der Zielsetzungen aus den Augen. Man handelt dann nach dem Gesetz: „Dies ist das Wesen des Menschen; es ist unmöglich, daß es nicht auch deines ist. Was hat dich vom Wege abgebracht? Ich muß dich retten, im Namen der Humanität!“ (S. 74) Die Krux ist eben, daß wir kein Kriterium für den rechten Gebrauch der Empathie haben.

Welchen Schluß muß man nun aber aus alledem für die Bedeutung der Subjektivität in der Erkenntnis ziehen? Sicher ist, daß normalerweise eine unmittelbare oder direkte Erkenntnis des anderen — jedenfalls so wie sie die humanistischen Psychologen sie sich vorstellen — nicht möglich ist. So ist es notwendig, daß man in bezug auf das andere Seelenleben Schlüsse zieht. Jeder solche Schluß bedarf aber einer Theorie. Die Frage aber bleibt drängend: Welche Theorie ist die geeignete? Die Deduktion deines Erlebens im Sinne von Rogers beruht darauf, daß es wie das meinige ist; denn wir haben teil an derselben Humanität. An die Stelle dessen setzen die Autoren Mandler und Mandler jedoch: Ich weiß nicht, wie dein privates Erleben ist; ich kann nicht si-

cher sein, daß es wie das meinige ist. Daher werde ich dich als Untersuchungsobjekt — das heißt hier aber so sachlich wie möglich — betrachten. Ich werde nach jedem möglichen Mittel suchen, deine Erfahrungen so zu formulieren, daß ich verstehen kann, was du im Gegensatz zu mir bist. Nicht die umarmende Empathie, die zu einer seelischen Vermischung führen kann, sondern die sachliche Distanz muß das Leitinteresse des Forschers sein. Es ist in der Tat eine Hybris, aus den eigenen Lebenserfahrungen die Einzigartigkeit des anderen erkennen zu wollen. Man kann aus ihnen allenfalls plausible Hypothesen ableiten, die aber einer objektiven Prüfung bedürfen. Daher formulieren die Autoren ihre methodologische Grundhaltung so: „Nur durch das Verstehen einer anderen Person als Objekt kann man sie angemessen als Subjekt behandeln, und wenn ich eine andere Person als epistemologisches Objekt ansehe, impliziert dies noch keineswegs, daß sie so als moralisches Objekt behandelt wird. Im Gegenteil: Das angemessene objektive Verständnis der Subjektivität des anderen sichert mit größerer Wahrscheinlichkeit den Respekt und das Verständnis für seine moralische und soziale Subjektivität“ (S. 76).

So kehren wir nach diesen Erörterungen, mit denen einiges Diskussionsmaterial geliefert werden sollte, nun zu den Anfangsfragen zurück und versuchen, einige Antworten zu geben.

Die humanistische Psychologie hat für denjenigen, der sich ernsthaft mit ihr beschäftigt und ihre Ansprüche nicht — durch Vorurteile verstellt — a priori für unbegründet erklärt, die Methodendiskussion erweitert und bereichert; sie hat sie gleichzeitig jedoch auch schwieriger und komplizierter gestaltet. Dieses Ziel erreichte sie durch eine Neubestimmung der Psychologie und ihres Wissenschaftsbegriffs. Sie gewann einen Begriff der Wissenschaft zurück, der in ihr kein festes System, sondern eine unabgeschlossene und offene Herausforderung des Menschen sieht. In eines damit setzt sie bisherige Gewißheitskriterien außer Kraft, um Platz für die neuen Interessengebiete zu schaffen. Die daraus resultierende veränderte Erkenntnishaltung führte zu einer Explosion des Methodenrepertoires, das nun ebensovielen subjektiven Erfahrungsquellen entsprach. Mit der besonderen Beachtung und dem intensiven Ausbau der phänomenologischen Methode versuchte man, die Vielfalt als im Grunde auf einer einheitlichen Prozedur basierend zu erweisen. In diesem Zusammenhang ist es als ihr besonderes Verdienst herauszustellen, eine Reihe von Methoden entwickelt zu haben, die über das bloß feststellende Interesse hinausgehen und die Möglichkeiten menschlicher Erfahrung selbst bereichern. Beispielhaft sei hier auf die sogenannten „Minerva-Erfahrungen“ von *Otto* (1967) hingewiesen.

Zwar war es nur konsequent, daß sie den Primat des Subjektivismus aller Erfahrung betonte. Daß alle Psychologie mit den erfahrenen Phänomenen oder der phänomenalen Erfahrung beginnen muß, ist unzweifelhaft. Sie sind der Gegenstand der Psychologie, sie müssen beschrieben werden. Das methodologische Problem, das die humanistische Psychologie uns präsentiert hat, besteht nun aber darin, daß uns ein eindeutiges und unbezweifelbares Wissenskriterium fehlt. Die Empathie, wie profunde sie auch immer gedacht und praktiziert wird, ist keinesfalls des Rätsels Lösung, wie die Kontroverse zwischen *Rogers* und *Mandler* und *Mandler* gezeigt hat. Sie hat uns eindringlich auf die Gefahren der Empathie aufmerksam gemacht. Wissenschaftlich gefordert bleibt, daß die Phänomene in ihrem Sosein mitteilbar gemacht werden können; dazu müssen sie beschrieben werden. Aber es gibt noch andere Mittel der Vermittlung, die über das bloße empathische Zeigen hinausgehen und somit einen höheren methodischen Rang beanspruchen dürfen wie zum Beispiel der Hinweis auf die phänomenrelevanten Situationen oder der Aufweis der evidenten Struktur (topologisch/metrisch).

Daß sich der Subjektivismus durchaus mit einer bestimmten methodischen Stringenz verbinden läßt, die wissenschaftlichen Ansprüchen genügt, haben Arbeiten gezeigt, die *Horn* (1977) zusammenfassend referiert. Beispielhaft seien hier die Studie von *Rokeach* über menschliche Glaubenssysteme und die Arbeiten von *Jourard* über die Selbstentbergung erwähnt. Sie sind Beispiele für eine Haltung der „disziplinierten Naivität“, wie sie *McLeod* gekennzeichnet hat.

Fragt man sich abschließend, welchen Kurs die humanistische Psychologie in Zukunft einschlagen müßte, um ihre eigenen Ziele nicht aus den Augen zu verlieren und gleichzeitig wissenschaftlich kontrollierbare Erkenntnisse zutage zu fördern, so fällt einem die Antwort nicht leicht. Beschränkt man sich auf die phänomenologische Methode, so kann man nur zu einem Mittelkurs raten. Auf der einen Seite muß sie durch die je individuellen Lebenswelten allgemeine psychische Erlebnissvorgänge erschließen; wie weit sie sich dabei an bloß naturalistisches Denken hält oder das *eidos koinon* (Ideation nach *Husserl*) aufzusuchen sich bemüht, hängt davon ab, wie man die Grenzen zwischen Psychologie und Philosophie zu legen gedenkt. Auf der anderen Seite darf sie die Suche nach der Lebenswelt, vielleicht sogar der schlichten Lebenswelt nicht so weit treiben, daß sie den Boden unter den Füßen verliert. Im ersteren Falle droht die *Skylla* der eleatischen Einstellung, im letzteren die *Charybdis* der Reduktionsübertreibung. Dieses Schweben in einer mittleren Reduktionsebene, wie es *Bischof* (1966) treffend gekennzeichnet hat, wo subjektive Erfahrungstiefe und

kontrollierbare Mittelbarkeit gleichermaßen gewährleistet sind, wäre der humanistischen Psychologie anzuraten. So könnte sie ihrem Hauptkriterium, der heuristischen Fruchtbarkeit, am besten gerecht werden. Betrachtet man unter diesem methodologischen Blickwinkel die neueren Arbeiten dieser psychologischen Richtung, so kommt man nicht umhin anzuerkennen, daß sie bereits jetzt „zur Beschreibung dessen, was es bedeutet, als menschliches Wesen lebendig zu sein“ (*Bugental*) in wissenschaftlich ernstzunehmendem Sinne beigetragen hat.

Literatur

- Bischof, N.*: Erkenntnistheoretische Grundlagenprobleme der Wahrnehmungspsychologie, in: *W. Metzger* (Hrsg.): Handbuch der Psychologie, 1. Band, 1. Halbband, Allgemeine Psychologie, Göttingen, 1966, S. 21 ff.
- Bommert, H.*: Das Selbsterleben (Experiencing) in der Psychotherapie, München, 1978.
- Bugental, J.*: Challenges of humanistic psychology, New York, 1967.
- Combs, A. W.*: A choice of futures, in: *Nevill, D. D.*: Humanistic Psychology, New frontiers, New York, 1977.
- Combs, A. W.*, and *Snygg, D.*: Individual behavior: A new frame of reference for psychology, 1949.
- Deikman, A. J.*: Bimodal consciousness, *Archives of General Psychiatry*, 1971, 25, 481-489.
- Eckartsberg, R. von*: On experimental methodology, in: *Giorgi, A., Fischer, W. F.*, and *von Eckartsberg, R.*: Duquesne studies on phenomenological psychology, 1971, 1. Band, 70-76.
- Feifel, H.*: The meaning of death, New York, 1959.
- Frankl, V.*: Ein Psycholog erlebt das Konzentrationslager, Wien, 1947².
- Giorgi, A.*: Phenomenology and experimental psychology. II, *Review of existential psychology and psychiatry*, 1966, 6, 37-50.
- Giorgi, A.*: Psychology as a human science, Harper and Row, 1970.
- Herrmann, T.*: Die Phänomenologie als eine kritische Methode, in: Bericht über den 16. Internationalen Kongreß für Psychologie, Bonn, 1960, S. 522 ff.
- Hildebrandt, W.*: Die konservative Revolution der Aufgeklärten oder die Freiheit, Grenzen zu setzen, *Herder-Initiative*, Freiburg i. Brg., 1975, 9, 145-161
- Horn, M. L.*: Searching for knowledge: A research appraisal, in: *Nevill, D. D.*: Humanistic Psychology, New frontiers, New York, 1977.
- Husserl, E.*: Philosophie als strenge Wissenschaft, *Lógos*, 1911, 1, 289-341.
- Husserl, E.*: Die Krisis der europäischen Wissenschaften und die transzendente Phänomenologie, 1936.
- Husserl, E.*: *Gesammelte Werke (Husserliana)*, Bd. IX, 1968.
- Gendlin, E. T.*: Existentialism and experiential psychotherapy, in: *Moustakas, C.*: The child's discovery of himself, New York, 1966.
- Jourard, S.*: Experimenter-subject-dialogue: A paradigm for a humanistic science of psychology, in: *Bugental, J.*: a. a. O.
- Jourard, S.*: The transparent self, New York, 1971.
- Jourard, S.*: Self-disclosure. An experimental analysis of the transparent self, New York, 1971.
- van Kaam, A.*: Existential foundations of psychology, 1966.

- Kelly, G. A.: Humanistic methodology in psychological research, *Journal of Humanistic Psychology*, 1969, 9, 53 ff.
- Koch, S.: Psychologie und Geisteswissenschaften, in: *Gadamer, H.-G., und Vogler, P.: Psychologische Anthropologie*, Band 5, Stuttgart, 1973.
- Koestenbaum, P.: Phenomenological foundations for the behavioral sciences: The nature of facts, *Journal of existentialism*, 1966, 6, 305-341.
- Lambert, J. H.: *Neues Organon*, 1764.
- Lifton, R. J.: On death and death symbolism: The Hiroshima disaster, in: *Bugental, J.: a. a. O.*
- Mandler, J., and G.: Good guys versus bad guys: The subject-object-dichotomy, *Journal of Humanistic Psychology*, 1974, 14, S. 63 ff.
- Maslow, A. H.: *Motivation und Persönlichkeit*, Olten und Freiburg, 1977.
- May, R.: A phenomenological approach to psychotherapy, *Psychology and the Human Dilemma*, 1966, 111-127.
- McLeod, R.: Phenomenology: A challenge to experimental psychology, in: *Wann, T. W.: Behaviorism and Phenomenology. Contrasting bases for modern psychology*, Chicago, 1964.
- Nevill, D. D.: *Humanistic Psychology*. New Frontiers, New York, 1977.
- Ornstein, R. E.: *The psychology of consciousness*, New York, 1977.
- Otto, H. A.: The Minerva experience: Initial report, in: *Bugental, J.: a. a. O.*
- Piaget, J.: *Weisheit und Illusionen der Philosophie*, Frankfurt, 1974.
- Ravetz, J. R.: *Die Krise der Wissenschaft. Probleme der industriellen Forschung*, Neuwied und Berlin, 1973.
- Rogers, C.: A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework, in: *Koch, S.: Psychology: A study of a science*, New York, 1962, Band III.
- Rogers, C.: Toward a science of the person, in: *Wann, T. W.: Behaviorism and phenomenology: Contrasting bases for modern psychology*, Chicago, 1964.
- Rogers, C.: *Die klient-bezogene Gesprächstherapie*, München, 1973.
- Royce, J. R.: *The encapsulated man. An interdisciplinary essay on the search for meaning*, Toronto, 1964.
- Royce, J. R.: Metaphoric knowledge and humanistic psychology, in: *Bugental, J.: a. a. O.*
- Shaffer, J. B. P.: *Humanistic psychology*, New Jersey, 1978.
- Snygg, D.: The need for a phenomenological system of psychology, *Psychological Review*, 1941, 404-424.
- Sohns, G.: *Das amerikanische Programm der Humanistischen Psychologie*, *Bielefelder Hochschulschriften*, Bielefeld, 1976.
- Spiegelberg, H.: *The phenomenological movement*, 2 Bände, Den Haag, 1969.
- Spiegelberg, H.: *Phenomenology in psychology and psychiatry*, Evanston, 1972.
- Strasser, S.: *Phänomenologie und Erfahrungswissenschaft vom Menschen. Grundgedanken zu einem neuen Ideal der Wissenschaftlichkeit*, Berlin, 1964.
- Welch, J. D., Tate, G. A., und Richards, F.: *Humanistic Psychology: A source book*, New York, 1978.
- Whitehead, A. N.: *Science and the modern world*, New York, 1926.

Mitarbeiterverzeichnis

Günter Ammon, Dr. med., Psychiater, Psychoanalytiker, geb. 1918, lebt in Berlin, Leiter der Deutschen Akademie für Psychoanalyse und des Berliner Lehr- und Forschungsinstitutes für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik. Studien-, Forschungs- und Lehraufenthalte in USA, Italien, Mexiko, UdSSR, Polen, Brasilien, Israel, arabischen Ländern. Leiter der Konzeption, Struktur, Forschung und Behandlungsmethodik Dynamisch-Psychiatrischer Kliniken in Bayern, Präsident der World Association for Dynamic Psychiatry. Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1 1979, Bd. 2 1982, „Gruppendynamik der Aggression“, auch holländ. u. ital. 1970, 73, 81, „Gruppendynamik der Kreativität“, auch ital. 1972, 74, „Dynamische Psychiatrie“ 1973, 78, 80, „Psychoanalyse und Psychosomatik“, auch amerik., ital., jap. 1974, „Kindesmißhandlung“ 1979, „Bewußtseinsweiternde Drogen in psychoanalyt. Sicht“ 1972, „Gruppenpsychotherapie“ 1973. Hrsg. „Dynamische Psychiatrie/Dynamic Psychiatry“ im 15. Jhg., Mitarb. bei in- und ausländ. Enzyklopädien und Handbüchern.

Karl-Ernst Bühler, Dr. med., Diplom Psychologe, geb. 1948; nach Erwerb der Hochschulreife 1967 Studium der Medizin, 1968 der Psychologie, 1971 der Soziologie. 1973 Staatsexamen in Medizin, 1974 Approbation zum Arzt, 1975 Diplom in Psychologie und Promotion zum Dr. med., 1976 Weiterbildung zum Nervenarzt und Psychotherapeuten. Seit 1978 Mitarbeiter am Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie in Würzburg. Schwerpunkte wissenschaftlicher Interessen: Methodische und Methodologische Aspekte der Psychotherapie, der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie. Mehrere Veröffentlichungen in Fachzeitschriften.

Udo Derbolowsky, Dr. med., Nervenarzt, Chirotherapie/Psychoanalyse/Psychotherapie, ist Leitender und Ärztlicher Direktor von Jugenddorf Homburg/Saar — Berufsbildungswerk — im Christlichen Jugenddorfwerk Deutschlands e. V. (CJD), in dem 300 teils körperlich teils seelisch behinderte junge Männer und Frauen ihre berufliche Erstausbildung mit Kammerabschluß erhalten. Er ist Ärztlicher Leiter der Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten-Ausbildung im Sozialpädagogischen Institut Bad Bergzabern und Logopäde. Bis 1949 arbeitete er am Zentralinstitut für psychogene Erkrankungen der Versicherungsanstalt Berlin. Von 1951 bis 1954 war er Vorsteher der psychotherapeutischen Abteilung der II. Medizinischen Universitätsklinik Hamburg. 25 Jahre eigene nervenärztliche Praxis und Klinik in Raum Hamburg. Vorstandstätigkeiten in wissenschaftlichen Gesellschaften. Über 100 wissenschaftliche Publikationen, zum Teil in Buchform. Ausbildungs-, Fortbildungs- und Supervisionsaufgaben im CJD. Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Dokumentation, Informatik und Statistik e. V., Ehrenpräsident der Deutschen psychopädisch-psychotherapeutischen und sozialmedizinischen Gesellschaft (PSG). Träger von Ehrenzeichen wissenschaftlicher Gesellschaften. Fellow der U.S. Academy of Psychoanalysis.

Wolfgang Dittmar, Jg. 1952, Studium der Medizin, Philosophie und Psychologie an den Universitäten Würzburg und Freiburg. Ausbildung in Gesprächspsychotherapie, Verhaltenstherapie, Gestalttherapie; Selbsterfahrung in zahlreichen anderen Therapieverfahren (Psychoanalyse, Psychodrama, Hypnotherapie u. a.). Diplomarbeit über integrative Ansätze in der Psychotherapie; wiss. Publikationen im Bereich der Ätiologie, Prävention und Therapie der Drogenabhängigkeit. Mitarbeit an der Abt. f. Rehabilitationspsychologie der Univ. Freiburg 1979. Derzeit in Weiterbildung zum Fachpsychiater.

Bernd Fittkau, Dr. phil., Jahrgang 1942; nach einigen Semestern Mathematik und Naturwissenschaften: Studium der Psychologie in Hamburg, Diplom (1968), Promotion (1969) und Assistent bei Reinhard Tausch. Kontakt zur Humanistischen Psychologie bei den Pionierarbeiten zur Einführung der Klientenzentrierten Gesprächstherapie in Deutschland. Danach Entwicklung eines ganzheitlichen Fortbildungskonzeptes zur Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit; praktische (gruppendynamische) Trainingstätigkeit. Seit 1975 Professor für Pädagogische Psychologie in Göttingen. 1978 bis 1980 gestalttherapeutische Zusatzausbildung. Seitdem: Beschäftigung mit Problemen der Transpersonalen Psychologie und erste praktische Gehversuche auf dem spirituellen Weg.

Walter Herzog, Dr. phil., geb. 1949. Studium der Psychologie, Soziologie und Pädagogik an der Universität Zürich. Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Pädagogischen Institut der Universität Zürich, Fachbereich Pädagogische Psychologie. Arbeitsschwerpunkte: Entwicklungspsychologie, wissenschaftstheoretische Grundlagen von Psychologie und Pädagogik, Berufssoziologie des Lehrers. Publikationen: „Modell und Theorie in der Psychologie“ (Göttingen: Hogrefe 1982), versch. Aufsätze, u. a. „Die strategische Natur der Aktionsforschung“, „Antezedentien der Rolleninternalisierung“, „Der Körper als Thema der Pädagogik“.

Arndt Linsenhoff, Diplom-Psychologe, Jahrgang 1949, hat nach Kennenlernen von und Auseinandersetzen mit verschiedenen therapeutischen Schulrichtungen (insb. Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Familientherapie und Transaktionsanalyse) eine Ausbildung in Gestalttherapie am Institut für Integrative Gestalttherapie Würzburg gemacht; häufige Diskussionen mit „gläubigen Anhängern“ verschiedener Therapiemethoden haben ihn zunehmend in Distanz zu „alleinseligmachenden“ Konzeptionen gebracht. Er arbeitet gegenwärtig an der Abteilung Klinische Psychologie am Psychologischen Institut Heidelberg und ist dort mit der Einrichtung einer Modellberatungsstelle beschäftigt, deren Hauptanliegen die psychologische/sozialarbeiterische Versorgung von solchen Patienten bei Allgemeinärzten ist, die primär psychosoziale Probleme haben.

Oskar Lockowandt, Dr. phil., Dipl.-Psychologe, Professor für Psychologie an der Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaft der Universität Bielefeld. Leiter der Arbeitseinheit „Psychologie der Lernstörungen“. Wissenschaftliche Interessengebiete sind: Psychologische Diagnostik, Wahrnehmungsentwicklung, Theorie-Methodologie-Thematik in der HP und Möglichkeiten und Grenzen einer Kindergestalttherapie.

Peter Petersen, Prof. Dr. med., Professor für Psychotherapie und Psychiatrie an der Medizinischen Hochschule Hannover; Leiter des Arbeitsbereiches für Psychotherapie und Gruppenarbeit im Zentrum Psychologische Medizin; Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Psychotherapie, Psychoanalyse. Studium der Medizin, Psychologie und Philosophie. Ausbildung in klassischer und dynamischer Psychiatrie, psychoanalytische Vollausbildung an verschiedenen tiefenpsychologischen Schulen. Forschungstätigkeit: endokrinologische Psychiatrie (endokrine und psychosoziale Wirkungen der hormonalen Kontrazeption), Psychologie der allgemeinen und speziellen Familienplanung (Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch); integrative Psychotherapie und integrale Elemente einer allgemeinen Therapie (neben Formen der Einzel- und Gruppentherapie insbesondere Formen sogenannter Kunsttherapie).

Hilarion Petzold, Prof. Dr. theol., Dr. phil., Studium der orient. Theologie (Promotion Paris 1968), Philosophie (Promotion bei Gabriel Marcel, Paris 1971), der Psychologie, Erziehungswissenschaften (Promotion Frankfurt 1979), Medizin und Soziologie in Düs-

seldorf und Frankfurt. Psychoanalyse und Therapeutisches Theater bei V. N. Iljine, Paris, Psychodrama bei J. L. Moreno, New York, Gestalttherapie bei F. S. Perls, Vancouver. Gründer und Leiter des Fritz-Perls-Institutes. Lehrt als Professor am Institut St. Denis Paris und an der Freien Universität Amsterdam. Weitere Lehrtätigkeit an den Universitäten Hamburg, Frankfurt und Graz. Arbeitsschwerpunkte: Verfahren dramatischer und leiborientierter Therapie, philosophische Anthropologie, Einzel- und Gruppentherapie, Bildungsarbeit mit alten Menschen.

Wilhelm Salber, Dr. phil., 1928 in Aachen geboren; Studium in Bonn und Köln (Psychologie, Philosophie, Literatur-, Kunst-, Theaterwissenschaft); Promotion 1952 mit einer Arbeit über „Urteil, Entschluß, Entscheidung“. Wiss. Assistent bei E. Rothacker, F. Sander und H. Thoma. 1958 Habilitation mit einer Arbeit über die Wissenschaftstheorie der Psychologie (Der Psychische Gegenstand). 1959 Professor (Köln, Würzburg); seit 1963 Direktor des Psychologischen Instituts II der Universität zu Köln. In 16 Büchern und über 50 Artikeln beschäftigte er sich mit Problemen einer psychologischen Wissenschaftstheorie und Methodenlehre, mit strukturellen Grundlagen von Einwirkungsprozessen im Bereich von Erziehung und Beeinflussung (Wirkungseinheiten), mit der Erforschung der Psychologie von Literatur, Film, Kunst sowie mit den Prozessen und Grundkategorien von Psychoanalyse und psychologischer Behandlung.

Erich H. Witte, geb. Berlin 1946. Studium der Psychologie, Philosophie und Mathematik in Hamburg. Diplom in Psychologie 1970. Promotion 1973. Habilitation 1977 (Hamburg). Professor für Psychologie am Psychologischen Institut I der Universität Hamburg. Lehrgebiete: Sozialpsychologie, Soziotherapie, Differentielle Psychologie, Methodenlehre. Forschungsgebiete: Kleingruppenforschung; Ehe, Familie, Partnerschaft; Kognitive Theorien; Soziotherapie, Methodologie. Wichtige Veröffentlichungen: Psychologie als empirische Sozialwissenschaft. Eine Einführung (Enke, 1977). Das Verhalten in Gruppensituationen. Ein theoretisches Konzept (Hogrefe, 1979). Signifikanztest und statistische Inferenz. Analysen, Probleme, Alternativen (Enke, 1980).

Dieter Wyss, Prof. Dr. med., geb. 1923 in Addis-Abeba/Äthiopien. Längere Auslandsaufenthalte bis 1938. Ab 1938 in Deutschland ansässig. Studium der Medizin und Philosophie ab 1942/43, Wehrmacht als Sanitäter 1943-1945, Abschluß Philosophie- und Medizinstudium 1949 in Heidelberg. Internistische und klinische Ausbildung bei V. v. Weizsäcker, psychosomatische Ausbildung bei A. Mitscherlich, psychiatrische Ausbildung bei J. Zutt. Nach längerer Praxistätigkeit als niedergelassener Nervenarzt und Psychotherapeut ab 1969 Vorstand des Instituts für medizinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Würzburg. Vertreter der daseinsanalytisch-anthropologischen Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie, dies in über 12 Monographien dargestellt: Die tiefenpsychologischen Schulen von den Anfängen bis zur Gegenwart (Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 5. Aufl. 1977); Strukturen der Moral — Untersuchungen zur Anthropologie und Genealogie moralischer Verhaltensweisen (Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 2. Aufl. 1970); Beziehung und Gestalt. Entwurf einer anthropologischen Psychologie und Psychopathologie (Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1973); Mitteilung und Antwort. Untersuchungen zur Biologie, Psychologie und Psychopathologie der Kommunikation (Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1976); Zwischen Logos und Antilogos. Untersuchungen zur Vermittlung von Hermeneutik und Naturwissenschaft (Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1980).



Zu diesem Buch: Die Veränderung von Lebensplänen, von „Skripts“, ist der vielleicht wichtigste und interessanteste Beitrag der Transaktionsanalyse zur modernen Psychotherapie. Claude Steiner, einer der Pioniere dieser Arbeitsform, legt mit diesem Buch die wohl umfassendste Ausarbeitung des Skript-Konzeptes vor. Skripts sind komplexe Systeme von Transaktionen, die sich wiederholen, fortschreiben und das Verhalten eines Menschen über ein Leben hin bestimmen können. Eric Berne, der Begründer dieses Verfahrens, sieht als Ziel der Skript-analyse, „das begonnene Spiel zu beenden und mit einem besseren zu beginnen“.

In der Aufdeckung der prägenden Einflüsse aus dem sozialen Kontext, Schule, Kirche, insbesondere aber der Familie, liegt der Schwerpunkt der therapeutischen Arbeit mit dem Skript. Die prägende Wirkung elterlicher Botschaften, verbaler wie nonverbaler, ihre bedrohlichen, zerstörerischen Aspekte und ihre positive, aufbauende Qualität kommen in den Blickpunkt. Weil die Skriptanalyse ein tiefenpsychologisch fundiertes Verfahren ist, kann sie auch in die psychoanalytische, in die individualpsychologische oder gestalttherapeutische Arbeit integriert werden. Das Buch von Claude Steiner stellt somit nicht nur für den dynamisch orientierten Therapeuten eine Bereicherung seines diagnostisch-therapeutischen Instrumentariums dar, auch der interessierte Laie wird aus diesem flüssig, beinahe fesselnd geschriebenen Buch eine Fülle wertvoller Anregungen erhalten.

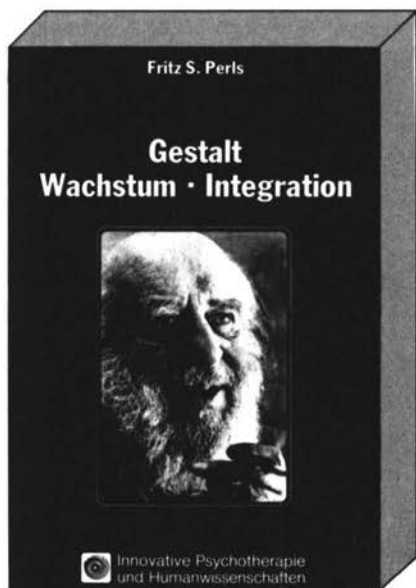
372 Seiten, DM 38,—

ISBN 3-87387-192-0

ISSN 0720-2385



Junfermann-Verlag · Paderborn



„Auch dieses neue Perls-Buch bringt wichtige Perspektiven des ‚vielgestaltigen‘ Gründers der Gestalt-Therapie, Fritz Perls, in seiner eigenen, einzigartigen Gestalt, seinem Wachstum und persönlicher Integration.“

Ruth C. Cohn

Zu diesem Buch: Aus einem Zeitraum von dreißig Jahren werden Aufsätze, Vorträge, Sitzungstranskripte von F. S. Perls veröffentlicht, darunter seine wichtigsten Arbeiten. Das z. T. schwer zugängliche oder unveröffentlichte Material gibt einen lebendigen Eindruck von Theorie, Methodik und Praxis der Gestalttherapie und von dem Menschen „Fritz“ Perls. Dieses Buch ist einer der wichtigsten Basistexte der Gestalttherapie.

Dr. med. Dr. phil. Friedrich Solomon Perls (*8. 7. 1893, † 14. 3. 1970) wurde in Berlin geboren. Psychoanalytische Ausbildung bei O. Fenichel, K. Horney, W. Reich. Assistenzarzt bei Kurt Goldstein. Nach der Emigration entwickelte er in Südafrika mit seiner Frau Dr. Lore Perls und Paul Goodman die Gestalttherapie, die zum bedeutendsten Verfahren der Humanistischen Psychotherapie wurde. Nach Jahren als Psychiater am Esalen Institute gründete er 1969 den Gestaltkibbuz am Lake Cowichan, Kanada.

267 Seiten, DM 29,80

ISBN 3-87387-185-8

ISSN 0720-2385



Junfermann-Verlag · Paderborn