

POLYLOGE

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

2001 gegründet und herausgegeben von:

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

In Verbindung mit:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Ausgabe 05/2013

Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der Integrativen Therapie

*Hilarion G. Petzold (1980g)**

* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Hückeswagen <mailto:forschung.eag@t-online.de>, oder: EAG.FPI@t-online.de, Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>). Erschienen in: *Petzold, H.G.*, 1980f, Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der integrativen Therapie, Paderborn: Junfermann, 223-290

Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der Integrativen Therapie

Hilarion Petzold, Düsseldorf

„Voici mon secret. Il est très simple:
on ne voit bien qu'avec le coeur.
L'essentiel est invisible pour les yeux.“

(A. de SAINT-EXUPERY: Le petit prince)

1. Quellen und Konzepte der Integrativen Therapie

Das therapeutische Verfahren, das hier als „Integrative Therapie“ bezeichnet wird, wurde von mir und meinen Mitarbeitern in den vergangenen zehn Jahren im Rahmen des „Fritz Perls Instituts“ auf der Grundlage der Verfahren „dramatischer Therapie“ entwickelt: Dem Psychodrama *Morenos*, dem Therapeutischen Theater *Iljines* und der Gestalttherapie von *Perls*. Das Gemeinsame dieser Therapiemethoden ist die Verwendung dramatischen Spiels und in theoretischer und methodischer Hinsicht der *integrative Ansatz* (Petzold 1980g). Sie alle haben eine in der existentialistisch-phänomenologischen Philosophie gründende Anthropologie und schließen tiefenpsychologische und verhaltensorientierte Perspektiven ein. *Perls* und *Iljine* waren Psychoanalytiker, die nicht nur auf tiefenpsychologisches Gedankengut, sondern auch auf die Phänomenologie Rekurs nahmen, wobei *Perls* der Gestaltpsychologie besondere Aufmerksamkeit schenkte und *Iljine* dem Strukturalismus.

Ich hatte das Glück, sowohl mit *Moreno*, *Iljine* und *Perls* gearbeitet zu haben, und so ist die Integrative Therapie von diesen Ansätzen und insbesondere von ihren Quellen geprägt worden, d. h. von Psychoanalyse, Phänomenologie und Strukturalismus. Hinzu kamen Einflüsse aus dem Studium bei *Marcel, Foucault, Lévi-Strauss* u. a.

Iljine hatte schon 1910 für das „Therapeutische Theater“ postuliert: „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)*.

*) *Iljine* gründet seine philosophischen Überlegungen häufig auf klassisch patristischen Konzepten, wie hier auf den chalcedonensischen Formulierungen (vgl. *Iljine* 1933). Er steht damit in der Tradition der „slavophilen Schule“ (vgl. *Petzold* 1974 b).

Auch für *Moreno* (1946, 18) zielen alle therapeutischen Maßnahmen auf eines ab: „Sie sollen den Organismus auf die psychodramatische Integration einstellen und vorbereiten“. Die psychodramatische Gruppenarbeit mit ihrer soziometrischen Fundierung hat aber nicht nur die Integration des Einzelnen zum Ziel, sondern die der gesamten Gruppe, sogar des umliegenden Settings. Kohäsion wird aufgebaut durch *Integrationskatharsis*, die mehr ist als Abreaktion zurückgehaltener Gefühle, sondern die darauf gerichtet ist, Verbindung zwischen Menschen zu stiften (*Moreno, 1959, 65*).

F. S. Perls schließlich hat seinen Ansatz, ehe er die Bezeichnung „Gestalttherapie“ wählte (1951), „Theorie und Technik der *Persönlichkeitsintegration*“ genannt (*Perls 1948*). Die Integration abgespaltenen Persönlichkeitsanteile ist das zentrale Ziel gestalttherapeutischer Arbeit. Darüberhinaus wird eine Integration des Individuums mit dem Umfeld angestrebt und das gesamte Leben als fortlaufender, integrativer Prozeß aufgefaßt: „*There is no end to integration*“ (*Perls 1969 c*). Als Psychoanalytiker hatte *Perls* zunächst die Gestalttherapie als Einzelbehandlung konzipiert, um dann zu einer Form der Gruppentherapie überzugehen, in der er mit einem Patienten in der Gruppe arbeitete: „Ich mache eine Art Einzeltherapie in einem Gruppensetting“ (*Perls 1969 a*). Auch das Psychodrama *Morenos* war zunächst protagonistenzentriert, wohingegen das Therapeutische Theater seit seinen Anfängen Einzel- und Gruppenarbeit zu verbinden suchte.

Im Rahmen des „Fritz Perls Instituts“ haben wir die genannten Ansätze zu einem gruppenzentrierten Verfahren entwickelt, in dem protagonistenzentrierte Arbeit sich aus der Dynamik der Gruppe entwickeln kann aber nicht den Fokus der therapeutischen Aktion bildet. Unter Zugrundelegung gestalttheoretischer und Lewin'scher Konzepte wird die Gruppe als Ganzes betrachtet, „das mehr und etwas anderes ist als die Summe ihrer Mitglieder“. Weiterhin wurden Ansätze aus dem Improvisationstraining *Iljines* entwickelt, indem die Verwendung kreativer Medien: Ton, Malen, Bewegung integriert wurden (*Petzold 1975; Bubolz 1979*). Schließlich haben wir eine spezifische Form körperorientierter Therapie entwickelt, die besonders in der Behandlung früher Störungen und psychosomatischer Erkrankungen eingesetzt wird (*Petzold 1977 a; Heintl, Spiegel-Rösing 1978*). Diese Neu- und Weiterentwicklungen bezogen sich aber nicht nur auf unsere Form der Gruppenarbeit sondern auch auf die Einzeltherapie, die „Gestaltanalyse“ (*Perls et al. 1951, 232; Vööbus 1975*). Die Integrative Therapie ist wie die Gestalttherapie ein Verfahren der Einzel- und Gruppenbehandlung, und die „Gestaltanalyse“ ist Kernstück der Ausbildung von Psycho-

therapeuten. Es konnte durch diese Entwicklungen der Indikationsbereich etwa gegenüber der klassischen Gestalttherapie erheblich erweitert werden. Neben Neurotikern können auch psychiatrische Patienten, insbesondere durch die nonverbalen Verfahren (Petzold, Berger 1977), sowohl in akuten wie auch in chronischen Zuständen behandelt werden (Hartmann-Kottek 1979), außerdem Suchtkranke (Saake, Stichtenoth 1980; Petzold 1974 c), Psychosomatiker (Heinl, Spiegel-Rösing 1978; Röttger 1980), verhaltengestörte Kinder (Witt 1980; Mathias 1980), Alterspatienten (Petzold, Bubolz 1980). Weitere Felder finden sich im Bereich der Soziotherapie und der Beratung w. z. B. im Strafvollzug (Keil 1980), der Nichtseßhaften-Arbeit (Baumann 1980) und der Arbeit mit Familien (Rahm 1979; Schneider 1980). Ein besonderer Schwerpunkt stellt die Behandlung in alternativen Einrichtungen z. B. in Wohngemeinschaften dar (Petzold, Vormann 1980). Integrative Therapie verbindet konfliktzentriert-aufdeckendes Vorgehen mit erlebniszentrierter und übungszentriert-funktionaler Arbeit. Sie dehnt das Hier-und-Jetzt-Prinzip der klassischen Gestalttherapie aus, indem sie die Zeitperspektive einbezieht und die Verweisungshorizonte von Vergangenheit und Zukunft, das *Zeitkontinuum*, von sozialem und ökologischem Raum, den *Kontext*, mitberücksichtigt (Petzold 1978 a, 1980 a). Aus diesem „perspektivischen Hier-und-Jetzt“, in dem sich die Therapie vollzieht, folgt eine ständige Wachheit (*awareness*) des Therapeuten und des Patienten für den „Hintergrund“. Deshalb ist eine ausschließlich individuumzentrierte Behandlung nicht durchzuführen, sondern die soziale Wirklichkeit, und dahinter stehend der gesellschaftliche Bereich, müssen mit in die therapeutischen Strategien einbezogen werden. Hier liegt eine weitere Entwicklung der Integrativen Therapie gegenüber der Gestalttherapie vor (Besems 1977 a, b). Sie versucht einen gesellschaftlichen Bezug herzustellen und nicht in politischer Indifferenz nur eine „Anpassungstherapie“ zu betreiben, selbst wenn es sich um ein „*creative adjustment*“ (Perls et al. 1951, 400 ff) handelt. „*Creative change*“ ist erforderlich (Petzold 1975). In Fortführung des Perls'schen Gedankenganges, daß Therapie nicht nur von einem Bild des kranken Menschen bestimmt sein sollte, wie dies bei den klassischen Therapieformen, besonders bei der Psychoanalyse, der Fall ist (Walter 1977) sondern auf einem Konzept von Gesundheit basiert, und daß deshalb Therapie über alles „Reparative“ hinaus persönliches Wachstum zu fördern hat, haben wir weiterhin an der Entwicklung eines integrativen pädagogischen Ansatzes gearbeitet (Petzold, Brown 1977; Petzold, Bubolz 1976). Integrative Therapie begrenzt sich nicht darauf, Schäden im Einzelfall zu beheben, sie ist auch auf die Förderung von Potentialen gerichtet.

Multimodales Vorgehen auf der Grundlage einer einheitlichen theoretischen Basis, die einerseits von der Tiefenpsychologie, andererseits vom phänomenologisch-strukturalistischen Ansatz her geprägt ist (Merleau-Ponty 1942, 1945), wodurch einem diffusen Eklektizismus eine Absage erteilt wird, kennzeichnet unser Konzept. Der Therapiebegriff wird daher, wo immer es erforderlich ist, ausgeweitet zu dem „Integrativer Intervention“ (Petzold 1979a, 298ff; 1980g). Sie umfaßt:

1. Prophylaxe, d. h. präventive Interventionen zur Verhinderung des Abbaus oder der Störung von Kompetenzen und Perfomanz, 2. Erhaltung, d. h. konservierende bzw. stabilisierende Interventionen zur Erhaltung vorhandener Potentiale, 3. Restitution, d. h. reparative bzw. rehabilitative Interventionen zur Behebung oder Verbesserung geminderter bzw. gestörter Kompetenzen und Perfomanz, 4. Entwicklung, evolutive Interventionen zur Entfaltung und Förderung von Potentialen, 5. Daseinsbewältigung, d. h. supportative Interventionen als Hilfen beim Umgang mit irreversiblen Störungen und Minderungen, 6. Repräsentation, d. h. politische Interventionen zur Vertretung und Sicherung von Ansprüchen im gesellschaftlichen Kontext.

Ein solch komplexer Interventionsbegriff hat nicht nur eine allgemeine Humanisierung der Lebensbedingungen zum Ziel, er entspricht auch den Erfordernissen psychosozialer Notlagen, die selten allein durch Psychotherapie angegangen werden können, sondern den Gesamtkontext verändern müssen, denn „die Therapie pathologischer Zustände erfordert immer auch die Veränderung des pathogenen Kontextes“ (Petzold 1970).

Das Interventionskonzept hat für die Rolle des Therapeuten selbstverständlich Konsequenzen, je nachdem in welchem der aufgezeigten Bereiche psychosozialer Intervention er schwerpunktmäßig tätig wird; da aber die philosophisch-anthropologischen und theoretischen Konzepte einen einheitlichen Grund bereitstellen, können von diesem für alle Bereiche der Intervention handlungsleitende Maximen abgeleitet werden.

2. Philosophisch-anthropologische Grundlagen

Der integrative Ansatz betrachtet Psychotherapie, Soziotherapie und Agogik als Formen „angewandter Anthropologie“ (Petzold 1970), weil ihnen — ganz gleich ob ausgearbeitet oder nur impliziert — ein Bild vom Menschen und der Welt zugrunde liegt, das das Handeln bestimmt. Unser therapeutisches Konzept ist demnach anthropologisch orientiert.

2.1 Ko-respondenz — Philosophie der Bezogenheit

Wir gehen von der Grundannahme aus, daß alles „Sein“ Ko-existenz ist, und daß in dieser Welt das grundlegende Lebens- und Organisa-

tionsprinzip das der *Bezogenheit* ist. Die in der räumlichen, zeitlichen, ökologischen und sozialen Dimension anwesende Qualität des *Korrelationalen* erweist sich als ein allen natürlichen Zusammenhängen innewohnender grundsätzlicher, gemeinsamer *Sinn*, ein primordialer *Kon-sens*. Das *Verstehen* im Sinne eines erlebenden Erfassens und Begreifens dieser Zusammenhänge gibt uns unseren Ort im Gefüge (*Kontext*), macht deutlich, daß wir Bezogene sind und uns beständig beziehen, daß wir in fortwährender *Ko-respondenz** stehen.

In *natürlichen* Lebensräumen, einer „unberührten“ Landschaft, einer erd- und naturverbundenen Kultur, ist die Qualität der ursprünglichen Verbundenheit, des Eingebettetheits, der primordialen Koexistenz in einer Weise prägnant, daß sie nicht benannt werden muß, sondern in ihre Anwesenheit alles einbezieht. Es ist eine geheimnisvolle „Kon-substantialität“, an der alles Sein partizipiert und die *Maurice Merleau-Ponty* (1964) in die Metapher der „*chair commune*“ gefaßt hat. Lebt der *bezogene* Mensch in die Textur des Seins eingebettet, ausgerichtet auf diese Welt („*être-au-monde*“, *Merleau-Ponty* 1964), so erlebt sich der *entfremdete* Mensch als „in die Welt geworfenes Dasein“ (*Heidegger*), ein „*être-dans-le-monde*“, durch das er zum Fremdling, zum Hauslosen wird. Daß Hochkulturen nicht notwendigerweise zur Entfremdung führen müssen, zeigen Taoismus und Zen, aber sie machen auch deutlich, daß die durch die kulturelle Differenzierung entstandene Komplexität und Geschiedenheit neue Integrationsleistungen erfordert, die dem Menschen ermöglichen, in die geheimnisvolle Textur der Koexistenz wieder einzutauchen und *Bezogenheit* und *Verbundenheit* zu erleben und zu leben.

Diese Integrationsleistungen sind in unserer Kultur und spezifisch in der spätkapitalistischen Industriegesellschaft — von Einzelphänomenen, z. B. in der Kunst, abgesehen (*Petzold* 1969 a, b) — nicht erbracht worden. Komplexität und Differenzierung haben ein Ausmaß erreicht, das sich technologischen Reduzierungen widersetzt. Als Scheinlösung bietet sich die Aufspaltung in kleinere Einheiten, die durch Abgrenzung sich Überlebenschancen ausrechnen. Der Individualitätsbegriff, der kontrapunktisch zu dem der Gesellschaft gefaßt ist, und Identitätskonzepte, die in eine ähnliche Richtung gehen, sind hierfür Ausdruck. Sie sind die notwendigen Reaktionen auf den absorbierenden Sog der Vielfalt, die das Element der Einheitlichkeit und *Verbundenheit* (*Kon-substantialität*) verloren hat. Eben um diese „*Einheit in der Vielfalt*“ geht es (*Iljine* 1933; *Petzold* 1974 b). *Die Menschen erleben sich nicht*

*) Der Begriff wird hier zuweilen, abweichend von der gängigen Orthographie, als *Ko-respondenz* geschrieben, um den Sinn des gemeinsamen Antwortens, der Wechselseitigkeit hervorzuheben.

mehr als *con-sortes*, als Schicksalsgenossen, und sie leben nicht mehr in dem grundsätzlichen Vertrauen (*con-fidentia*), das in einem Miteinander (*communio*) gründet.

Das Konzept der *Bezogenheit*, wie es sich in den Begriffen Koexistenz, Kon-text, Kon-tinuum, Kon-sens usw. ausdrückt, hat seine Gültigkeit nicht nur im Bereich der natürlichen Gegebenheiten, mit denen sich die Naturwissenschaften befassen (C. F. von Weizsäcker 1958) sondern auch im Bereich der sozialen Wirklichkeit. Das macht die systemtheoretische und strukturalistische Betrachtungsweise (Parsons 1951; Luhmann 1968; Lévi-Strauss 1950, 1962; Foucault 1977; Derrida 1979) — wie verschiedenartig die Ansätze auch sein mögen — deutlich. Am prägnantesten kommt es wohl in der Sprache zum Ausdruck, wie die Linguistik seit *Saussure* zeigen konnte. Nicht die einzelnen Worte, die Zusammenhänge bergen den Sinn.

Auch in den angewandten Sozialwissenschaften Psychotherapie, Agogik, Soziotherapie und in ihrer interventionsorientierten Praxis, hat das Prinzip der Korrespondenz, der wechselseitigen Bezogenheit, der Begegnung und Außenandersetzung in Kontext und Kontinuum, zentrale Gültigkeit. Es eröffnen sich in ihm die fundamentalen kosmologischen, anthropologischen und soziologischen Prämissen, die für unsere Praxis handlungsleitend werden.

2.2 Anthropologische Konzepte

Die philosophischen Überlegungen zur Bezogenheit bestimmten auch unsere anthropologische Position, in der es gleichfalls um das Verbindende geht, das Korrelationale, das, was durch die Präpositionen *mit*, *zwischen*, *zusammen* angesprochen wird. Dabei sind durchaus Differenzierungen zu sehen. Das „*con-*“, wie es in Begriffen wie *Ko*-existenz, *Kon*-sens, *Kon*-tinuum aufscheint, liegt dem „*inter-*“ und dem „*syn-*“ (σύν) zugrunde, stellt gleichsam ihren „Hintergrund“ dar. Was sich *zwischen* Menschen an *Inter*-esse, *Inter*-aktion, *Inter*-subjektivität ereignet, hat die „immer schon anwesende“ Verbundenheit zur Voraussetzung. Die mit dem griechischen Präfix *syn-* verbundenen Vorgänge verweisen auf ein Zusammenfassen von Vorhandenem, aber sie beschränken sich nicht darauf. Begriffe wie *Syn*-ergie, *Syn*-opse, *Sym*-phonie, *Sym*-bol, zeigen nicht nur schon bestehende Verbundenheit auf, sondern sie überhöhen diese, indem sie eine Qualität von „Übersummativität“ konstituieren, die jeder neuen Ganzheit eignet. Und dennoch muß auch die Synergie auf das primordiale Miteinander zurückgreifen, ja sie ist Ausdruck desselben, weil unsere Lebenswelt keine statische Größe ist, sondern generativ. Sie ist das schöpferische Prinzip *par excellence*.

Unsere anthropologischen Überlegungen und unsere therapeutische Praxis verweisen immer wieder auf die drei Dimensionen des *mit*, *zwischen* und *zusammen*, die das „*être-au-monde*“ (Merleau-Ponty 1945; Müller 1976) des Menschen kennzeichnen; denn er ist in fundamentaler Weise auf die Welt gerichtet, mit jedem Atemzug ist er ihr verbunden; mit jedem Blick schaut er sie an und fällt sie ihm ins Auge. Der Mensch ist weiterhin auf den anderen Menschen gerichtet; mit jedem Wort spricht er eine gemeinsame Sprache, mit jedem Gedanken denkt er „auf Menschenweise“. Er wird zu dem, was er ist, durch den anderen Menschen. Durch ihn gewinnt und erhält er seine Identität, und durch sein eigenes Menschsein trägt er zur Identitätsfindung anderer Menschen bei. Dies ist letztendlich die Essenz von Sozialisation: *Mensch wird man durch den Mitmenschen*.

Der *Sinn* dieser ursprünglichen Bezogenheit auf den anderen und die Welt (Petzold 1978 a) wurzelt in den sprachlichen und nicht-sprachlichen *gemeinsamen* kommunikativen Strukturen und der uns gemeinsamen Leiblichkeit, Gefühlswelt und Geistigkeit. „Die Sprache ist niemandes Wort“ (Merleau-Ponty, 1969), aber sie wird von jedermann gesprochen. Sie wurde gesprochen, bevor mein Mund Laute formen konnte und sie wird noch gesprochen werden, wenn mein Mund voll Erde ist.

Die ursprüngliche Verbundenheit in der Leiblichkeit artikuliert sich in der gemeinsamen Sorge um den Leib, in Pflege bei Krankheit und Hilflosigkeit, in der Bestattung des entseelten Leibes.

Die Gemeinsamkeit in der Gefühlswelt ermöglicht uns Austausch, Liebe, Vertrauen, eröffnet uns die Möglichkeit zu hoffen.

Die gemeinsame Geistigkeit zeigt sich in den konsensfähigen Werten, die unser Zusammenleben bestimmen.

Der ursprüngliche, noch ungestaltete Sinn (*sens brut et sauvage*, Merleau-Ponty 1964), der stumme Kon-sens, der sich im Ineinanderwirken der Geschehnisse und der Naturgesetze artikuliert (C. F. Weizsäcker 1971), und der auch hinter der Sprache, den sozialen Strukturen, den Abläufen der Geschichte steht (vgl. die Gedanken von Merleau-Ponty, Levi-Strauss, Foucault, Derrida), aber bleibt nicht sprachlos. In Begegnung und Auseinandersetzung gewinnt er Bedeutung, intersubjektive Gültigkeit, wird Sinn als Konsens gewirkt. So ist „Sinn für mich“ immer nur als „Sinn mit anderen“, als *intersubjektiver Konsens* möglich.

Der Mensch ist nur aus dieser Bezogenheit definierbar und verstehbar, und er kann sich selbst nur in dieser *Matrix der Koexistenz* verstehen lernen.

Der Mensch koexistiert im Zeitkontinuum als Körper-Seele-Geist-Subjekt mit einem sozialen und ökologischen Kontext (vgl. Petzold

1970, 1978 a). *In der der Verschränkung mit diesem Kontext und in der Einbettung in dieses Kontinuum gewinnt er seine Identität: im Kontakt, der Berührung und Grenzziehung zugleich ist.*

Diese Verbundenheit mit der Welt, dem ökologischen und sozialen Raum, bedingt, daß menschliche Identität niemals losgelöst von diesen Dimensionen gedacht werden kann. Wenn die Patristik den Menschen als Mikrokosmos (μικροκόσμος), als „Welt im Kleinen“ bezeichnet hat (Petzold, Zenkowsky 1968), so ist damit etwas von der totalen Zugehörigkeit des Menschen zum Kosmos ausgesagt. Er spielt nicht nur auf der Bühne dieser Welt, er ist als Spieler Teil von ihr. In seiner Leiblichkeit partizipiert er an der Textur dieser Welt.

Das Mit-Sein bezieht sich nicht nur auf das Hier-und-Jetzt; es steht in der Zeit. Der Mensch ist in den „Strom der Zeit“ und in die physikalische und soziale Lebenswelt eingebettet, nicht nur mit seinem individuellen Leben sondern auch mit der phylogenetischen Entwicklung, ja er hat am *Leben* schlechthin, dem universellen „*Strom des Lebens*“ Anteil. Das Leben ist dem Erleben vorgegeben (Merleau-Ponty 1945; Frostholm 1978). Aus diesem aufgezeigten Kontext, aus diesem Bereich primordialer Koexistenz und primordialen Sinnes vermag sich „intersubjektiver Sinn“, persönliche Geschichte, personale Identität auszugliedern durch Korrespondenzprozesse: durch Berührung, Begegnung, Beziehung, Auseinandersetzung zwischen Menschen.

Wenn der Mensch den anderen Menschen braucht, um Identität zu gewinnen, wenn die Koexistenz mit der Welt und den Mitmenschen die Grundverfaßtheit unseres Wesens ist, so können Störungen und Defizite ihre Wurzeln nur im Bereich des Bezogenseins haben und Heilung und Wachstum sich nur im Miteinander realisieren.

Koexistenz hat ihren Ausgangs- und Endpunkt in der *Leiblichkeit*. Der Leib, der im Unterschied zum physikalischen Körper als „*sujet incarné*“ (Merleau-Ponty 1945) der *ganze Mensch* ist, stellt den Angelpunkt des korrelationalen Gefüges dar. Durch die Beziehung zum eigenen Leib-Selbst, zum anderen (d. h. durch intersubjektive Beziehung) und zur Welt erfährt der Mensch sich selbst leibhaftig. Begegnung ist leibliche Begegnung (Marcel 1978). Kontakt mit der Welt erfolgt durch das „totale Sinnesorgan des Leibes“ (Merleau-Ponty 1945).

3. Ziele der therapeutischen Arbeit

Aus den kurz skizzierten anthropologischen Prämissen der Integrativen Therapie lassen sich die übergeordneten Zielsetzungen therapeutischer Interventionen ableiten. Die therapeutische Beziehung in der Dyade und der Gruppe, durch die diese Ziele erreicht werden sollen, und

die Rolle des Therapeuten in dieser Beziehung wird durch das Menschen- und Weltbild des therapeutischen Verfahrens grundsätzlich geprägt. Wenn es im integrativen Ansatz um die Restitution, Erhaltung und Entwicklung von „Identität in der Koexistenz“ geht und damit um die Restitution, Erhaltung und Entfaltung des Beziehungsgefüges zum *Leib*, zum *anderen* und zur *Welt*, wenn es darum geht, Sinn als Konsens zu wirken und das aus dem Eingewurzeltsein in den Kosmos fließende Grundgefühl der Sicherheit und des Vertrauens (*con-fidentia*) aufrecht zu erhalten und zu bekräftigen, so sind damit *Ziele* und *Inhalte* vorgegeben, die bis in die *Methoden* und *Techniken* hineinwirken (Petzold 1977 b). Im folgenden sollen einige dieser Ziele kurz umrissen werden.

3.1 Erhaltung und Gewinn von Grundvertrauen

Eric H. Erikson hat mit seinem Begriff des „*Urvertrauens*“ (1974) eine Dimension menschlicher Existenz beschrieben, deren Bedeutung für das Zusammenleben und den therapeutischen Prozeß gar nicht hoch genug eingeschätzt werden kann. Ich ziehe den Begriff „*Grundvertrauen*“ (basic-trust) vor, weil er noch stärker ausdrückt, daß wir hier den *Grund* menschlicher Existenz berühren, das Fundament, das Existenz überhaupt trägt. Im Unterschied zu Erikson nehme ich an, daß sich das Grundvertrauen nicht in der frühen Interaktion zwischen Mutter und Kind *entwickelt*, sondern daß es als etwas „schon immer Vorhandenes“ in dieser ersten, intimen Beziehung nur *bekräftigt* wird. Der Ursprung des Grundvertrauens liegt meiner Auffassung nach in der totalen Verbundenheit zwischen Mutter und Kind im intra-uterinen Mikrokosmos, der realen Konfluenz zwischen dem Leibe der Mutter und dem Leibe des Kindes. Diese innige Verbundenheit, die mit der Einnistung des Eies beginnt, schafft eine jenseits aller Sprache und aller Reflexivität liegende Bewußtheit (awareness) auf der organismischen Ebene, daß wir *getragen* sind, eingebettet, bezogen. Die primordiale Koexistenz, ja Konsubstantialität mit der Mutter aber ist zugleich Ausdruck der totalen Koexistenz mit allem Geschaffenen, wie in dem Nachvollzug der Evolution, der Entstehung des Lebens „aus dem Wasser“ in den Stadien der embryonalen Entwicklung deutlich wird.

Mit der Geburt wird eine erste Trennung vollzogen, zumeist roh, durch die entfremdeten, denaturierten Praktiken moderner medizinischer Geburtshilfe. Die innige körperliche Verbundenheit wird oftmals zerrissen durch die Trennung von Mutter und Kind, das nur noch zu den Stillzeiten zur Mutter gebracht wird, und das den totalen Körperkontakt, den es — auf den Rücken oder die Hüfte gebunden — bei vie-

len Naturvölkern hat, verliert (Montagu 1975). Die Entfremdungsmechanismen, die in den modernen Kulturvölkern die Brutpflege- und Erziehungspraktiken imprägniert haben, bewirken eine fortschreitende Abspaltung an Stelle einer Bekräftigung der ursprünglichen Verbundenheit, des Grundvertrauens. Die Beziehung zur eigenen Leiblichkeit wird durch leibfeindliche Erziehung tiefgreifend gestört, und damit einhergehend die Beziehung zum Leibe eines anderen Menschen. Ich und Du werden zum Ausdruck von Gegensätzlichkeit, und Geschiedenheit tritt an die Stelle der existentiellen Erfahrung des „mit“, „zusammen“ und „zwischen“ (Buber 1962), des Aufeinander-bezogen-seins. In gleicher Weise wird die Verbundenheit mit der Welt, die sich in jedem Atemzug ausdrückt, in einem Maße vernichtet, daß es uns kaum noch möglich ist, die Welt, den ökologischen Raum, als ein Stück unserer konkreten, persönlichen Existenz zu erfahren — und doch leben und sterben wir mit unserem Lebensraum.

Das je mitgegebene Grundvertrauen bietet die Basis allen therapeutischen Handelns. Es ist der Garant dafür, daß Therapie auch bei noch so frühen und schweren Störungen sinnvoll ist; denn wir haben es nicht mit einer „sozialisierten“ Größe zu tun, sondern mit einer Grundqualität der menschlichen Existenz, in der wir den anderen als Mitmenschen erreichen und berühren können. Wo immer therapeutische Beziehung dieses Grundvertrauens gegenwärtig setzen kann, wo immer zwischen Therapeut und Patient diese Ebene primordialer Koexistenz zum Schwingen kommt, ist Heilung möglich. So ist das wesentliche Ziel therapeutischer Arbeit, ganz gleich ob sie in der Einzelsituation oder in der Gruppe geschieht, das Erleben von Mit-Sein zu wecken, zu ermöglichen, zu vertiefen und zu bekräftigen. Dies kann nicht allein auf einer verbalen oder reflexiven Ebene geschehen. Hier geht es um ein existentielles sich Einlassen, um eine Intersubjektivität, in der Berührung und Betroffenheit sehr konkret sind; denn Begegnung, intersubjektive Beziehung ist, wie *Gabriel Marcel* (1978) gezeigt hat, jenseits von Leiblichkeit nicht möglich; sie ist immer auch leibliche Begegnung. Integrative Therapie trägt diesem Faktum dadurch Rechnung, daß körperlicher Kontakt, wie er sich in genuinen mitmenschlichen Gebärden des Trostes, der Zuneigung, der Sicherung, zeigt — und sie sind allen Völkern gemeinsam —, nicht mit dem psychoanalytischen Tabu der Berührung (Forer 1969) belegt wird. Dies erweist sich besonders für die Behandlung frühgestörter Patienten als wichtig. Sie haben entweder Defizite im Kontakt mit der Mutter, der in der ersten Lebensphase fast ausschließlich ein körperlicher ist, oder sie haben durch Mißhandlungen und Deprivation vorwiegend negative Erfahrungen mit ihrem eigenen Leib und dem Leib des anderen gemacht. Eine

„Nachsozialisation“ in der therapeutischen Beziehung — und ein solches Konzept ist sehr sinnvoll — wird aber nur möglich, weil wir nicht von einem absoluten Defizit, vom Punkte null ausgehen müssen, sondern auf dem „mitgegebenem“ Grundvertrauen und dem zum menschlichen Wesen gehörenden Mit-Sein aufbauen können.

3.2 Förderung von Identität

Die Identität des Menschen kann auf der Grundlage der voranstehenden Überlegungen nicht als monolithische, in sich geschlossene, selbst-subsistierende Größe angesehen werden, sie ist *doppelseitig*. Sie konstituiert sich im „Zusammenwirken (Synergie) von Leib und Kontext im Zeitkontinuum“: $I = Kt (L, Kn)$. Identität ist somit private und öffentliche Wirklichkeit zugleich. Sie entsteht durch gesellschaftliche Rollenzuschreibung und persönliche Rollenverkörperung; dadurch, daß ich mich in meinem Wahrnehmen und Handeln als der erkenne, der ich bin (*Identifikation*) und dadurch, daß mich die Menschen meines relevanten Umfeldes als den erkennen, als den sie mich sehen (*Identifizierung*). Identität erwächst also aus dem Miteinander, aus der Konvergenz von Identifizierung und Identifikation (*Petzold, Heintz* 1980). Da diese Prozesse in der Zeit stehen, konvergieren weiterhin in der Identität individuelle und kollektive Geschichte. Je stärker die Identitätszuschreibungen, die Identifizierungen aus dem Außenfeld, von Seiten des Leib-Subjektes mit Identifikationen belegt werden können, desto prägnanter ist das Identitätserleben. Das Auseinanderfallen von Identifizierung und Identifikation ist die Wurzel von Konflikten und Identitätsstörungen.

In der kindlichen Entwicklung vollzieht sich, ausgehend von der totalen Konfluenz, der „Allverbundenheit“ (*Moreno, Moreno* 1944), die Identitätsbildung durch Prozesse zunehmender, sinnhafter Differenzierung, durch die Abgrenzung von Innen und Außen, Eigenem und Fremden. Dies geschieht in unserer Kultur in einer Weise, daß der fruchtbare Doppelaspekt des Grenzphänomens, das Berührung und Abgrenzung zugleich ist, verloren geht zu Gunsten einer ausschließlichen Betonung des abgrenzenden Aspektes. Identität wird denn auch weitgehend erlebt als Abschattung gegenüber anderen, ohne daß dabei miterlebt wird, daß diese anderen Abgrenzung überhaupt erst ermöglichen. Figur und Grund sind eben nicht voneinander zu trennen sondern aufeinander bezogen; sie koexistieren. *Buber* hat ähnliches im „dialogischen Prinzip“ mit der Feststellung herausgearbeitet, daß Ich und Du sich wechselseitig bedingen und das eine ohne das andere nicht denkbar ist. Ein Identitätserleben, das bei aller Besonderheit und Indi-

vidualität die Koexistenz nicht aus dem Erlebenshorizont verliert, stellt sich damit jeder therapeutischen Arbeit als Aufgabe. Die Tendenz zur Abgrenzung und Aufspaltung geht zum Teil soweit, daß Menschen sich mit ihrem Leibe nicht mehr identisch fühlen, sondern Leib und Selbst auseinanderfallen, indem der Leib zum Körper objektiviert wird. Aber auch die Identifikation mit dem Mitmenschen, mit dem uns unser gemeinsames Menschsein, unsere „*chair commune*“ verbindet, ist weitgehend verloren gegangen.

In frühen Kulturen und noch heute bei primitiven Völkerschaften tritt die Einzelidentität gegenüber der Volksidentität, der individuelle Leib gegenüber dem „*social body*“ zurück (Lévi-Strauss 1964). In unseren spätkapitalistischen Gesellschaften findet sich das umgekehrte Phänomen. Die Gesellschaft tritt gegenüber dem Individuum weitgehend in den Hintergrund. In ihrer Komplexität und absorbierenden Vielfalt zwingt sie zu starken Abgrenzungen, weil sie nicht mehr die Sicherheit und Geborgenheit ursprünglicher Kulturen vermittelt. Das Identitätskonzept ist ein modernes Konzept. Es ist notwendig geworden, um das Individuum davor zu schützen, verloren zu gehen. Es soll eine Hilfe bieten, das schon weitgehend verlorene Bewußtsein von Koexistenz zu restituieren und in der faktischen Entfremdung der Menschen voneinander die Integration des Selbst mit den anderen ermöglichen. Indes bleibt offen, ob es diese Funktion erfüllen kann. Die häufige verkürzende Gleichsetzung von Identität und Individualität ist kein guter Indikator.

In der therapeutischen Arbeit geht es um die Wiederherstellung dieser integrativen Funktion, indem auf die Matrix der Identitätsbildung zurückgegriffen wird, die Dyade, in der das Kind Kontakt und Abgrenzung, Mit-Sein und Bei-sich-Sein, das Selbst und den Anderen erfährt. Diese intersubjektive Matrix, wie sie sich in der Mutter-Kind-Beziehung, in der Beziehung zwischen Liebenden, Freunden, zwischen Therapeut und Patient finden, läßt erkennbar werden, daß zum Identitätserlebnis mindestens *ein* Gegenüber — und sei es nur virtuell präsent — erforderlich ist.

Dieser Dialogpartner, in dem sich der Patient erkennen kann, von dem er Identität zugeschrieben bekommt, den er berühren kann, und von dem er sich abgrenzen kann, soll der Therapeut sein. In der intersubjektiven Matrix wächst Identität, indem sich zwei Menschen als Subjekte in ihrer Gemeinsamkeit und Verschiedenheit begegnen, indem alle wichtigen Bereiche der Identität Gegenstand von Korrespondenzprozessen, von Begegnung und Auseinandersetzung, werden:

1. der Bereich der *Leiblichkeit*, d. h. *my body* und *social body*, 2. der Bereich des *sozialen Kontextes* der mir zugehört und dem ich zuge-

höre, 3. der Bereich von *Arbeit und Leistung*, mit dem ich mich identifizieren kann und durch den ich identifiziert werde, 4. der Bereich *materieller Sicherheiten*, von dem sich das gleiche aussagen läßt, und 5. der der *Werte*, die meine sind und die ich mit anderen, Gleichgesinnten, teile (Heinl, Petzold 1980).

Diese fünf „Säulen des Supports“, die die Identität tragen, und die als einzelne und im Gesamt private und gemeinschaftliche Geschichte haben, sind Gegenstand der Prozesse in der therapeutischen Beziehung, in der sie und durch die sie an Prägnanz gewinnen sollen (Petzold 1980 b).

Neben der Entfremdung vom Leibe und von den Mitmenschen als Relationen, die für das Identitätserleben konstitutiv sind, bleibt auf eine weitere, vielfach gestörte Relation zu verweisen: die identifikatorische Verbundenheit mit der Welt. Die materielle Welt, die noch vom Säugling als etwas ihm Zugehöriges und in den ersten Lebenswochen, der „Matrix der Allidentität“ (Moreno 1944), sogar als von ihm nicht Geschiedenes sondern mit ihm Identisches erlebt wird, hat heute einen Grad von Abgespaltenheit im Erleben des Menschen erhalten, daß er sie nicht mehr als *seine* Lebenswelt (A. Schütz, E. Husserl, M. Merleau-Ponty) erfährt. Das Leben aber findet in einem konkreten Raum statt, in einem ökologischen Kontext, der die Beziehung — auch die therapeutische — umgibt, in der sich die Beziehungen verwirklichen und der als Hintergrund und Horizont von abnehmender Dichte immer präsent ist. Die Bewußtheit für den Lebensraum wird nicht nur bedeutsam als „Sorge um die Welt“ sondern bei der zunehmenden Zerstörung von Umwelt auch wichtig für das Individuum, das erkennen muß, wann, wo und wie sein Umfeld toxisch wird; denn nur so hat es die Chance, Krankheitsursachen zu vermeiden oder zu verändern.

Da sich die Prozesse von Identifizierung und Identifikation *in der Zeit* vollziehen, einerseits der Zeit als fließendem Strom ständig vergehender „Jetzt-Momente“, die der Leib erlebt, und andererseits in der Zeit sozialer Übereinkunft der Gesellschaft, in der wir leben (governmental time, social time), führt die Entfremdung von der Zeit zu einer Minderung und Zerstörung von Identität. Die Zeit als „meine Zeit“ ist gleichbedeutend mit der „Lebensspanne“, dem Lebensganzen, in dem ich mich nur verstehen lernen kann, wenn ich es in seiner Ganzheit erfasse und im Blick behalte (Petzold 1980 a, b). Zeit ist eben nicht nur der *hier und jetzt* erlebte Moment. Die *ganze Zeit* umfaßt in unserem Kulturkreis Gegenwart, Vergangenheit und Zukunft, die als Horizont in jedem Augenblick in Form von Memoriation und Antizipation präsent sind. Die „Abgegrenztheit“ der *Lebensspanne* konstituiert das

Grenzphänomen, das die Basis von Identität ist. Sie grenzt *mein Leben* vom Strom des Lebens ab, der vor mir war und nach mir kommen wird, und hält mich im gleichen Moment mit ihm in Kontakt, errichtet Koexistenz im Zeitkontinuum: Ich bin nicht nur Mensch für mich sondern Mensch in der Geschichte der Menschheit. Die Identifikation mit meiner persönlichen und meiner kollektiven Geschichte bekräftigt meine Identität. Ich gehöre einer bestimmten Kultur und einer bestimmten Epoche zu, und die aus diesem Raum auf mich zukommenden Identifizierungen geben mir einen Ort im Kontinuum, mir, einem Menschen des zwanzigsten Jahrhunderts. Da der *Leib*, das *Hier* als ökologischer und sozialer Kontext und das *Jetzt* als perspektivischer Moment des Kontinuums über das Konzept der Identität miteinander verschweißt sind, wirken Entfremdungsphänomene in einem Bereich auf die anderen Bereiche zurück; denn Entfremdung eignet die Tendenz, alles in Besitz zu nehmen.

3.3 Die Konstituierung von Sinn

Sinn scheint in Zusammenhängen auf, die wahrnehmend und handelnd erschlossen werden. Sinn entfließt den Sinnen. Die im Voranstehenden in den Begriffen Kontext, Kontinuum, Koexistenz aufgezeigte Dimension des Korrelationalen birgt in sich als ursprüngliches und je anwesendes Ordnungs- und Organisationsprinzip *Sinn*. Der stumme Sinn der Lebenswelt und des Leibes, der primordiale Konsens, der zwischen allem Seienden herrscht, erhält in der intersubjektiven Beziehung *Bedeutung* für all diejenigen, die ihn in einem gegebenen Kontext und Kontinuum aussprechen und benennen. Dieser Kontext ist nicht nur ein räumlicher oder sozialer Lebens-zusammenhang sondern auch ein zeitlicher. Wenn Identitätsfindung bedeutet, „sich im Lebenszusammenhang, im Kontext und Kontinuum verstehen lernen“ (Petzold 1980 b), so ist damit das Gewinnen von Sinn in der Zeit gemeint und zwar nicht nur als intellektuelles Durchdringen sondern als erlebter Sinn, der sinnhaft wahrgenommen wird und soziale, räumliche und zeitliche Orientierung (*sens*) ermöglicht.

So können wir für die Konstituierung von Sinn zum einen die sinnhafte Wahrnehmung des Leibes und zum anderen die intersubjektive Beziehung ansehen, in der durch Begegnung und Auseinandersetzung, d. i. durch Korrespondenzprozesse, intersubjektiv gültiger Sinn gewonnen wird.

Lebenssinn, sinnvolles Tun, sinnvolle Existenz, sinnvolle Beziehung, Sinnlosigkeit des Lebens — diese und ähnliche Sprachfiguren kennzeichnen die existentielle Bedeutung des Sinnes für den Menschen.

Wenn wir „in allem keinen Sinn mehr sehen können“, beginnt das Leben zu zerfallen, löst sich das Bewußtsein der fundamentalen Zugehörigkeit auf. Sinn bedeutet sich im Zusammenhang erleben, verbunden sein. Die Konstituierung von Sinn in der therapeutischen Beziehung ist gleichsam in der Konstellation selbst angelegt: im korrelationalen Feld, in dem zwei Menschen oder eine Gruppe miteinander, füreinander und für sich Sinn zu gewinnen suchen. Dabei geht es nicht darum, diesen oder jenen vorgegebenen, festgelegten Sinn zu finden. „Es gibt Sinn“ (Merleau-Ponty 1945, 396), nur muß er in jeder Situation, in jedem Kontext von den Anwesenden herausdestilliert und ausgesprochen werden, um zu meinem Sinn, deinem Sinn, unserem gemeinsamen Sinn zu werden. Ein großer Teil der therapeutischen Arbeit beruht in nichts anderem als in diesem Vorgang der Konstituierung von Sinn durch Korrespondenz. Der Sinn meiner vergangenen, gegenwärtigen, erhofften oder befürchteten Beziehungen im zeitlichen Zusammenhang, der Sinn meiner Erlebnisse, der Sinn meiner Arbeit, meiner Leiblichkeit, meiner Wertorientierung — all das soll faßbar und bewußt (aware) werden dadurch, daß ich mich zu den einzelnen Elementen, Personen, Ereignissen in Beziehung setze, Kontakt aufnehme, Berührungen und Abgrenzungen erlebe, das Gewebe (tissue) kenne, in das ich eingebunden bin. Das aber bedeutet, daß ich beginne, mich aus Unbewußtheit und Determination zu befreien, die Textur meines Lebens selbst zu wirken, wie ein schöner Stoff gewirkt wird, der aktiv gestaltet, nicht als Einheitsware und mit Einheitsmustern Meter um Meter von den Rollen läuft.

Bewußtheit (*awareness*) schafft Verbundenheit, „*unity*“, aber nicht Uniformität. Es verweist auf die Grundstrukturen, die die Lebenswelt ordnen, und auf ihre jeweils einmalige Ausprägung in jeder individuellen Geschichte. In jeder personalen oder gruppalen Identität werden die ubiquitären und „immer schon anwesenden“ Strukturen in eine jeweils neue, unwiederholbare und einzigartige Anordnung gebracht, gewinnt der primordiale Sinn Spezifität als Charakteristik eines Menschen, einer Gruppe, eines Volkes, wird der Verlust des Individuums, wie er für gewisse Richtungen des Strukturalismus kennzeichnend ist (Lévi-Strauss 1950, 1964; Foucault 1973, 1974), überwunden zu Gunsten einer Verschränkung von Innen und Außen, von Mensch und Welt, von Einmaligkeit und Ubiquitärem, von Phänomen und Struktur. Das Ferment, das dies alles verbindet, das Einheit in der Vielfalt möglich macht, die Fülle des Ganzen und die Würde der Teile gewährleistet ist *Sinn* als sinnenhafte, leibliche *awareness* und als intersubjektiver *Konsens*, sei er nun sprachlich gefaßt oder in den Distanzen, den Zwischenräumen sichtbar und erkennbar.

3.4 Konstituierung von Intersubjektivität

Die „je gegebene“ Koexistenz muß, soll sie für das Leben der Menschen bestimmend bleiben, ohne von den Prozessen der Entfremdung verdeckt und zerstört zu werden, intersubjektiv bekräftigt werden. Dadurch, daß in Korrespondenzprozessen gemeinsamer Sinn gefunden und ausgesprochen wird, wird die Tatsache des Mit-Seins bezeugt und amplifiziert; denn sie ist keine in sich geschlossene, begrenzte Realität sondern eine, die sich dem Horizont von Kontext und Kontinuum öffnet und damit die Möglichkeit zu einem „Mehr“ bietet.

Derartige Überlegungen wurzeln in der *Intersubjektivitätstheorie* von *Gabriel Marcel*, der in der Begegnung zwischen Menschen als leibhaftigem Geschehen auch noch die Möglichkeit der Transzendierung des Gegebenen einschließt:

„Die *Zusammengehörigkeit* meines Körpers mit der Umwelt macht meinen Leib aus. Doch das Denken muß noch einen Schritt weitergehen. Diese Zusammengehörigkeit ist lediglich *ein* Aspekt der Leibhaftigkeit. Wie gesagt worden ist, Leben sei immer mehr als leben, so läßt sich auch sagen, der Körper als dieser mein Körper ist immer mehr als mein Körper; dieses ‚mehr‘ ist Entfaltung und Beziehung: es ist mein Leib. Denn als die Gestalt meiner lebendigen Anwesenheit in der Zeit ist mein Leib immer schon einbezogen: die leidvoll, aber auch verheißungsvoll *offene* Beziehung zu allen“ (*Marcel 1978, 2*).

Diese Überlegungen von *Marcel* sind für die Theorie der therapeutischen Beziehung in der Integrativen Therapie grundlegend (vgl. *Jaquenoud, Rauber 1980*). Subjektivität wird immer von Intersubjektivität bestimmt. Ein Subjekt fordert das andere. Für den Menschen als Subjekt sind folgende Qualitäten kennzeichnend:

1. Daß er existiert und nicht nur funktioniert, daß er *ist* und nicht nur *hat*.
2. Daß das Subjekt nicht objektiviert werden kann, ohne seinen Subjektcharakter zu verlieren. Es kann deshalb auch nicht objektiv vermittelt werden.
3. Das Subjekt kann sich nur im Hier-und-Jetzt gegenwärtig erleben bzw. von anderen erlebt werden. Es ist deshalb eine „Gegenwärtigkeit“ (*une présence*).
4. Das Subjekt läßt sich nicht auf eine Summe von Komponenten zurückführen. Der Mensch ist mehr als die in seinem Körper ablaufenden neuronalen Prozesse, mehr als die Summe seiner Gedanken, Gefühle, Verhaltensweisen.
5. Das Subjekt ist einzigartig, unwiederholbar und nicht duplizierbar.

6. Das Subjekt gründet in der Leiblichkeit, es ist immer Leibsobjekt in der Zeit.

7. Das Subjekt ist wesensmäßig auf die anderen Menschen und die Welt bezogen (vgl. *Troisfontaines* 1968).

Die Überlegungen *Marcel's* zum Leibsobjekt treffen sich mit unseren zur Identität, vertiefen sie in Richtung auf eine Ethik therapeutischen Handelns und konstituieren für unseren Ansatz ein wesentliches Therapieziel. Intersubjektivität wird gekennzeichnet:

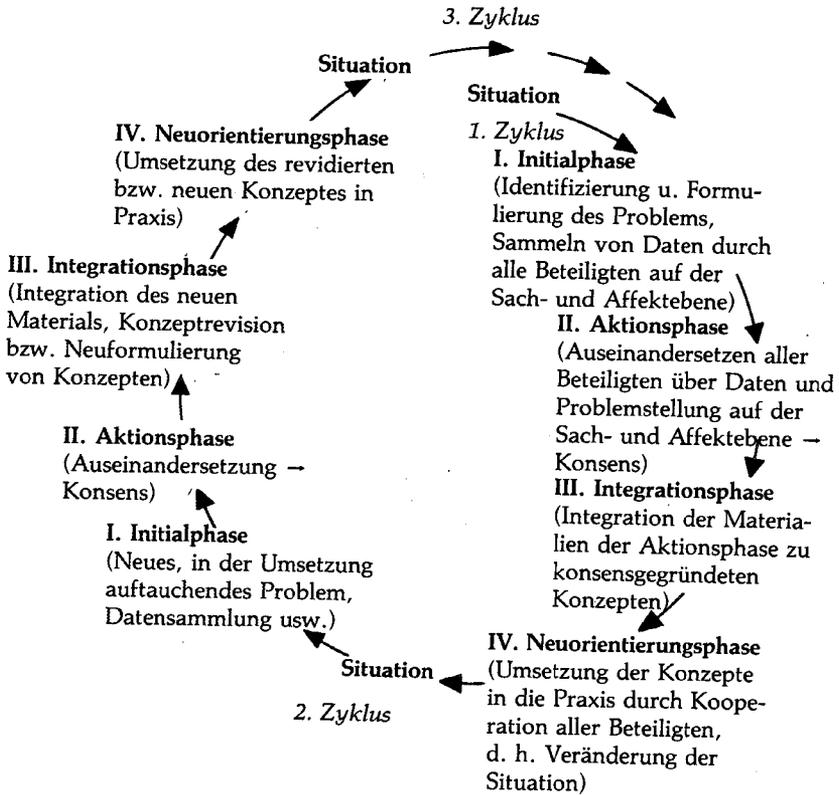
1. Durch ein *Engagement*, das inneres Beteiligtsein am anderen als Person bedeutet, wobei das Interesse für den anderen kein funktionales, kein sachlich-objektivierendes, sondern ein zutiefst persönliches ist;
2. durch *Personalität*, die bedeutet, daß ich zu einer Person immer direkt spreche, nicht über sie, daß ich sie nicht verhandle, sondern versuche, den anderen als Person zu berühren und mich von ihm berühren zu lassen;
3. durch *Begegnung*, in der realer Kontakt das Fundament der wechselseitigen Berührung von Person zu Person ist, ohne daß diese von Projektionen und Übertragungen verstellt wird.

3.5 Förderung von Kompetenzen und Performanzen

Neben den übergeordneten Zielen, die sich aus den philosophisch-anthropologischen Prämissen Integrativer Therapie ergeben, geht es in der therapeutischen Beziehung auch um die Erarbeitung und Verfolgung enger gefaßter Ziele, die allerdings in den übergeordneten Zielsetzungen gründen und sich aus ihnen ableiten. Analog zu Lernzieltaxonomien können Therapiezieltaxonomien in *offenen therapeutischen Curricula* mit dem Patienten konzipiert werden (vgl. *Petzold* 1980 e). Diese Arbeit vollzieht sich unter weitestmöglicher Einbeziehung des Patienten, d. h. als Korrespondenzprozeß. Es können auf diese Weise auf der Grundlage der hier formulierten *Globalziele, Richt-, Grob- und Feinziele* aus der Situation, auf die spezifische Lage und Erkrankung des Klienten zugeschnitten, formuliert werden. Diese Arbeit nimmt eine wichtige Stellung im therapeutischen *Procedere* ein, da sie ein hohes Maß von Transparenz und Mitarbeit des Klienten ermöglicht und auf diese Weise seine Eigenverantwortlichkeit für den therapeutischen Verlauf verstärkt. Je klarer für den Patienten die Zielsetzungen der Therapie sind, desto weniger wird er objektiviert. Ein solches Vorgehen liegt demnach auch im Sinne des Intersubjektivitätsideals. Ziele und Inhalte sind person- und situationsabhängig. Die aus Diagnose, Anamnese und Exploration der aktuellen Lebenssituation sich ergebende Bestandsaufnahme wird mit den theoretischen Konzepten und prakti-

schen Erfahrungen des Therapeuten sowie mit den Lebenskonzepten des Patienten amalgamiert, indem beide, Therapeut und Patient, über die Gegebenheiten korrespondieren, d. h. sich auf der intersubjektiven Ebene auseinandersetzen und Richtziele erarbeiten.

Der therapeutische Prozeß verbindet demnach Theorie — und sei sie nur in Form von „common-sense-Konzepten“ repräsentiert — und praktisches Handeln miteinander. Es ergibt sich also ein „Theorie-Praxis-



Funktionen der Phasen:

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

Abbildung 1: Theorie-Praxis-Zyklus im vierstufigen Korrespondenzprozeß (Petzold 1973)

xis-Zyklus“ in der therapeutischen Beziehung, der die spezifischen Lernschritte ermöglicht, die wir aus Situationen sozialen Lernens kennen.

Dabei wird es zunächst um die Förderung *personaler, sozialer und lebenspraktischer Kompetenzen und Performanz* gehen.

Unter *Kompetenz* verstehen wir alle Fähigkeiten und Kenntnisse, die zur Erreichung einer bestimmten Zielsetzung notwendig sind. Unter *Performanz* werden die Fertigkeiten gefaßt, diese Potentiale auch im praktischen Vollzug umzusetzen (Petzold/Sieper 1976; Petzold 1979 b). Dabei erhält die Performanz nicht, wie im System von Chomsky (1968), akzidentiellen Charakter: „Performance may not be the residual and secondary (and irrelevant) behavior that some linguistes imply it is“ (Grimshaw 1969). Sie ist, weil intentional und interaktional, immer mit der vorgegebenen Struktur des Kontextes verbunden und wird im starken Maße von diesem bestimmt (Hartig, Kurz 1971, 106 ff.). Die zu fördernden Kompetenzbereiche seien kurz umrissen:

1. *Personale Kompetenz* ist die Fähigkeit der Person zur Selbstwahrnehmung, Selbstregulation und Selbstverwirklichung. *Personale Performanz* ist die Umsetzung dieser Fähigkeiten im persönlichen Leben.

2. *Soziale Kompetenz* setzt personale voraus und ist die Fähigkeit, soziale Situationen adäquat wahrzunehmen und zu strukturieren. *Soziale Performanz* besteht in den Akten angemessener Interaktion und Kooperation. Soziale Kompetenzen und Performanz *setzen die personale voraus*.

3. *Lebenspraktische Kompetenz* umfaßt alle Fähigkeiten und Kenntnisse, die zur erfolgreichen Bewältigung des Alltagslebens (Familie, Beruf, Freizeit) notwendig sind. *Lebenspraktische Performanz* bedeutet wiederum die Dimension von Umsetzung und Vollzug. Auch dieser Kompetenz/Performanz-Bereich setzt die zuvor aufgeführten voraus.

In der Ausbildung von Psychotherapeuten wird aus dem lebenspraktischen Bereich spezifiziert die *professionelle Kompetenz und Performanz* aufgebaut. Weiterhin wird als Richtziel die „*Förderung des sozialen Engagements*“ angestrebt (Petzold, Sieper 1976). In der Arbeit mit Patienten und Klienten wird dieses Richtziel gleichfalls berücksichtigt, allerdings mehr in mittelbarer Weise, indem die „*social awareness*“ im therapeutischen Prozeß erhöht wird. Das Bewußtwerden der gesellschaftlichen Implikationen von Erkrankungen oder Störungen ist für eine dauerhafte Heilung und eine therapeutische Ausrichtung, die nicht nur Anpassung betreiben will, unerläßlich; und zwar nicht nur, um die destruktiven Kräfte der Gesellschaft zu bekämpfen, sondern um die Dimension des Sozialen als Bestandteil der „*condition humaine*“ zu erfahren. Im sozialen Kontext, dem ich ange-

höre und der mir zugehört, liegt eine Qualität von *Sinn*, die durch abspaltenden, abgrenzenden Individualismus zerstört wird und verlorengeht. Die therapeutische Beziehung ist eine erste Öffnung auf diese Dimension hin, die in der Therapiegruppe an Vielfalt und Ausdehnung gewinnt und in der therapeutischen Gemeinschaft noch umfassender erfahren wird. Es handelt sich aber hier nur um „Mustersituationen“ positiver sozialer Kontexte. Der Klient soll befähigt werden, solche aufzusuchen und an ihrer Konstituierung mitzuarbeiten. In diesem Sinne gewinnt Therapie immer auch eine politische Dimension, deren Bedeutung gar nicht hoch genug eingeschätzt werden kann (Besems 1977 a, b, Petzold 1978; Besems 1980). Soziales Engagement, das auf den Aufbau sozialer Kontexte gerichtet ist, in denen Intersubjektivität gelebt werden kann und Entfremdung und Verdinglichung reduziert wird, erweist sich hier nicht nur als ethisches Postulat sondern als Konstituente von Gesundheit, eben weil der Mensch wesensmäßig Koexistierender, ζῶον πολιτικόν, gesellschaftliches Wesen ist.

4. Die therapeutische Beziehung als Korrespondenzprozeß

Die therapeutische Beziehung wird als ein Prozeß intersubjektiver Korrespondenz aufgefaßt, die wie folgt umrissen werden kann:

„Ko-respondenz ist ein synergetischer Prozeß direkter und ganzheitlicher Begegnung und Auseinandersetzung zwischen Subjekten auf der Leib-, Gefühls-, und Vernunftsebene über ein Thema unter Einbeziehung des jeweiligen Kontextes.

Ziel von Korrespondenz ist die Konstituierung von Konsens, der in Konzepten Niederschlag finden und zu kooperativem Handeln führen kann.

Voraussetzung für Korrespondenzprozesse ist die wechselseitige Anerkennung subjektiver Integrität, die durch Konsens bezeugt wird, und sei es nur der Konsens darüber, miteinander auf der Subjektebene in den Prozeß der Korrespondenz einzutreten“ (Petzold 1978, 35).

Nach dieser Definition sind folgende Elemente für den Prozeß der Korrespondenz bestimmend. 1. Das Ich, 2. das Du, die intersubjektive Konstellation also, 3. das Thema, 4. die konkret vorfindliche Situation mit all ihren Hintergrunddimensionen, d. h. des historischen, ökonomischen, politischen und ökologischen Kontextes. Es wirken diese Elemente in *einem* Prozeß zusammen; denn in Korrespondenzprozessen herrscht das *Synergieprinzip* (Petzold 1974 a, 2. Aufl. 1977, 303), nach dem „die Gesamtheit von Wirkungen mehr und etwas anderes ist als die Summe der Teilwirkungen“. Im synergetischen Moment liegt etwas Schöpferisches; in ähnlicher Weise wie sich in der *Synopse*, der Zusammenschau, ein Zugewinn gegenüber der Betrachtung der Einzelfakten und in der *Symphonie*, dem Zusammenklang, ein Mehr gegenüber der Summe der Einzeltöne findet. Im Prozeß intersubjektiver Korre-

spondenz entsteht im Zusammenklang der daran Beteiligten eine neue Konfiguration, ein jeweils neuer Konsens. Der stumme Sinn, der in Kontext und Kontinuum ruhte, der „*sens brut et sauvage*“ (Merleau-Ponty 1964), erfährt dadurch, daß er aufgefunden und ausgesprochen wird, eine Überhöhung, er gewinnt Worte, er erhält Bedeutung.

Im Unterschied zum therapeutischen Gespräch, Dialog oder Diskurs wurde der Begriff Ko-respondenz gewählt, weil es um ein „In-Beziehung-setzen“ durch Begegnung und Auseinandersetzung geht, das sich nicht nur auf die verbale Ebene begrenzt sondern auch den nonverbalen Bereich und den der Distanzen, der räumlichen und zeitlichen Anordnungen, einbezieht. Das In-Beziehung-setzen mit dem Ziel der Konstituierung von Sinn, Identität und Intersubjektivität ist das Wesen von Korrespondenzprozessen. Wo immer möglich, laufen sie auf einer intersubjektiven Ebene ab, sofern der Patient eine solche annehmen und mitgestalten kann, ansonsten wird diese Ebene von Seiten des Therapeuten unterstellt. Intersubjektivität ist die Position, aus der er handelt und in Beziehung tritt. In Korrespondenz treten und Korrespondieren im Sinne einer wechselseitigen oder eventuell mehrseitigen Bewegung sind dabei die fundamentalen Relationsmöglichkeiten.

Das Sich-in-Beziehung-setzen des Therapeuten zum Patienten schafft eine Konstellation, in der dieser, jenseits aller Zurückgezogenheit oder allen Widerstandes, in Beziehung gebracht wird. Er kann nicht umhin, in einer solchen Situation zu ko-respondieren und sei es nur, daß er durch sein Verhalten zeigt, daß er nicht aktiv in Begegnung und Auseinandersetzung eintreten will. Das Axiom von Watzlawick (1964): „Man kann nicht nicht kommunizieren“, hat hier seine volle Gültigkeit. Die Distanzen, die räumlichen Anordnungen, haben ihren kommunikativen Wert. In dem Moment, in dem der Therapeut die Bühne betritt, verändert sich die Szene. Der Patient wird Spieler in einem anderen Spiel, und sei es nur für eine kurze Zeit. Dies gilt natürlich auch umgekehrt (vgl. S. 273).

Die Frage der Motivation und Freiwilligkeit, — so wichtig sie aus ethischen Gründen und im Hinblick auf einen fließenden Behandlungsverlauf ist —, verliert hier ihre grundsätzliche Bedeutung. Solange der Patient mit seinen Sinnen und seinem Atem mit der Welt in Korrespondenz steht — d. h. aber letztlich solange er lebt — ist er bezogen und sich Beziehender, selbst wenn dieses Faktum nur noch schwach sein sollte. Hier liegt der Ansatzpunkt jeder therapeutischen Beziehung: indem ich auf einen Patienten zugehe, ihm leibhaftig begegne (Marcel 1978), gebe ich ihm eine Identifizierung, die konstruktiver Bestandteil seiner Identität werden kann. Es bleibt nur offen, ob er sie annimmt

oder abweist, aber es kommt in jedem Falle eine Antwort. Dieser „Zwang“ zur Antwort, der sich aus der Konstellierung von Situationen ergibt, wirft sowohl im Hinblick auf die therapeutische Ethik als auch auf die Indikation Fragestellungen auf. Es gibt Situationen, in denen eine von der Konstellation erzwungene Antwort katastrophale Folgen haben kann. Die Bewußtheit für diese Zusammenhänge ist oftmals bei Therapeuten und Krankenhauspersonal nicht ausreichend geschult.

Korrespondenz als intersubjektives Geschehen kann in der Regel auf die Sprache der Worte und der Gesten als Kommunikationsmedium zurückgreifen, und doch kann es sein, daß wir uns, obwohl wir uns des gleichen Mediums bedienen, keine *gemeinsame Sprache* haben. Diese muß häufig erst gefunden werden. Unabhängig aber davon kommt es in jedem Korrespondenzprozeß, der gelingt, zu etwas *Neuem*, neuen Worten, neuen Gefühlen, neuem Sinn. Er ermöglicht im Zusammenwirken (*συνεργία*) von Therapeut und Patient (und gegebenenfalls von Gruppe und Patient) Integration und Kreation in Kontext und Kontinuum. Unbewußtes und Unverstandenes kann verarbeitet und eingeordnet werden und damit die Basis für neue Ausrichtungen bereitstellen. Diese Prozesse gestalten sich um so intensiver, je größer der Beitrag des Klienten in der Synergie ist. Die Dimensionen des Beziehungsgefüges werden tiefer, reicher und der in ihnen aufscheinende Sinn prägnant. Das Synergieprinzip, das in Korrespondenzprozessen zum Tragen kommt, besagt: daß die Gesamtheit von Wirkungen mehr und etwas anderes ist als die Summe der Teilwirkungen. Das heißt, daß der therapeutische Prozeß, wie jede intersubjektive Beziehung, ein kreativer Prozeß ist, in dem Neues entsteht.

5. Beziehungsmodalitäten

Der Prozeß intersubjektiver Korrespondenz, der durch Engagement, Personalität und Begegnung gekennzeichnet ist und in der primordialen Koexistenz gründet, hat die Qualität einer *existentiellen* Beziehung. Er ist nicht-objektivierend und deshalb von Objektreaktionen abzugrenzen. Wir können folgende Beziehungsmodalitäten unterscheiden:

5.1 Subjekt-Beziehungen — Sein-Relationen

Sein-Beziehung bedeutet: ich *habe* mein Gegenüber nicht als Besitz, nicht als ein Objekt, sondern ich versuche mich ihm mit meinem ganzen Sein mitzuteilen und ihn wiederum in seinem ganzen Sein zu erfassen.

Letzteres schließt auch die Fähigkeit des Therapeuten mit ein, das aktuelle und auch das frühere Leben des Patienten innerlich in sich selbst zu reproduzieren, als Grundlage zu echtem Verständnis.

Die Begegnung zwischen dem Ich und dem Du in wechselseitiger Wertschätzung und im Akzeptieren des Andern als Person schließt in der therapeutischen Arbeit Objektbeziehungen aus. So *hat* der Therapeut nicht einen Patienten, sondern er *ist* mit ihm. Er steht einem Menschen, der in Not ist, aufgrund seiner besonderen Kompetenz nahe. In der Integrativen Therapie wird deshalb der Begriff Patient in seinem konservativen Gebrauch abgelehnt (vgl. S. 274), sofern er nämlich verdinglicht, wie dies im Alltag der meisten Kliniken und Institutionen der Fall ist, wo sachlich-funktionale Beziehungen an die Stelle von persönlichen oder Objektbeziehungen an die Stelle intersubjektiver Beziehungen treten. Die innere Haltung des Therapeuten muß deshalb immer auf Intersubjektivität gerichtet sein, auch wenn der Patient oder Klient noch nicht in der Lage ist, Begegnung im Sinne des hier dargestellten Konzeptes voll zu verwirklichen. Es kommen aus diesem Grunde des öfteren Beziehungsmodalitäten in die therapeutische Interaktion, die nicht als intersubjektiv angesprochen werden können.

5.2 Objekt-Beziehung — Haben-Relation

Die Objekt-Beziehung ist davon gekennzeichnet, daß sie in einer Haben-Relation gründet. Ich *habe* ein Haus, einen Hund, einen Arzt. Ich habe eine Frau, ich habe Kinder, ich habe einen Körper. In der Objekt-Beziehung bemächte ich mich einer *Sache*, mache sie zu meinem Besitz, halte sie fest und verfüge über sie. Im existential-philosophischen Ansatz von *Jean Paul Sartre* werden durch den Blickkontakt Objekt-Beziehungen aufgebaut.

Im Blickkontakt nehme ich den anderen gefangen, setze ich ihn meiner Bewertung und Einschätzung aus. Ich selbst wiederum bin Objekt seiner kritischen und Beurteilung. Auch in der Psychoanalyse wird von „Objektbeziehungen“ gesprochen. Selbst wenn hier keine Verdinglichung gemeint ist, ist diese Terminologie problematisch, denn Sprache setzt Fakten. Allenfalls für Aspekte frühkindlichen Beziehungsverhaltens ließe sich der Terminus noch vertreten. Das kleine Kind, daß sich noch nicht als Subjekt erfahren hat, steht in einer gewissen Objektbeziehung zu sich selbst. Es ist in seinen Kontakten zum Außenfeld von Haben-Beziehungen bestimmt, wenn auch nicht ausschließlich, denn die Verbindung zwischen Mutter und Kind ist auf einer sehr fundamentalen Ebene eine Seinsbeziehung.

Der biologistische Ansatz und die auf Abstinenz und Couch zentrierte Behandlungspraxis der klassischen Psychoanalyse birgt die Gefahr der Reifizierung des Patienten, und so ist die Begriffswahl wohl nicht zufällig.*

Objektbeziehungen werden jedenfalls im Sine unserer anthropologischen und ethischen Prämissen dem Bild vom Menschen als Subjekt nicht gerecht. Wo es also um Beziehungen zwischen Menschen geht, wird es notwendig, Objektrelationen in Subjektrelationen, d. h. in Intersubjektivität umzuwandeln. Der Patient kommt häufig aus einer Haben-Position in die Therapie: er *hat* eine Krankheit, für die er einen Therapeuten *braucht*. Dem Patienten erschließen, was es heißt, krank *zu sein* und mit dem Therapeuten gemeinsam an der Gesundheit zu arbeiten, ist eine der wichtigen Aufgaben der Psychotherapie, die umso schwieriger ist, je stärker der Patient den Therapeuten in *Besitz* nimmt und ihn zum Objekt seiner archaischen bzw. infantilen Wünsche macht.

5.3 Sachlich-funktionale Beziehung — Machen-Relation

In das therapeutische Setting gehen natürlich auch sachlich-funktionale Beziehungen ein. Im Unterschied zur Objektbeziehung geht es hier nicht um eine Bemächtigung, um besitzen oder besessen werden, um ein positionales Gefälle, sondern um funktionale Abläufe, die von Zweckmäßigkeit und Produktivität bestimmt sind. Ich gehe in eine Apotheke und kaufe ein Medikament. Die Beziehung zur Apothekenhilfin ist eine sachlich-funktionale. Ich erhalte das Medikament im Tausch gegen Geld. Waren und Dienstleistungen werden auf einer funktional-sachlichen Ebene getauscht. Der Patient kommt, bringt seinen Krankenschein, wird untersucht, erhält ein Rezept und geht. Derartig sachlich-funktionale Beziehungen sind notwendig und können aus unserem komplexen Gesellschaftsgefüge nicht ausgeklammert werden. Sie werden allerdings dann bedenklich, wenn sie an die Stelle von notwendigen und möglichen persönlichen, d. h. intersubjektiven Beziehungen, treten. Gerade in der Psychotherapie ist deshalb ein Vor-

*) Der objektivierende Charakter psychoanalytischer Sprache und psychoanalytischen Denkens kommt in den Werken *Freuds* vielfach zum Ausdruck. Als Beispiel für viele ein Zitat aus „Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse“ (1933 G. W. 15, 158 f), wo er von der Kinderanalyse schreibt: „Unser Gewinn bei diesen Unternehmungen war, daß wir am lebenden Objekt bestätigen konnten, was wir beim Erwachsenen sozusagen aus historischen Dokumenten erschlossen hatten ... Es ergab sich, daß das Kind ein sehr günstiges Objekt für die analytische Therapie ist ... Das Kind ist psychologisch ein anderes Objekt als der Erwachsene ...“.

herrschen von sachlich-funktionalen Beziehungen nicht möglich, weil es sich um ein interaktionales Geschehen von Mensch zu Mensch, von Person zu Person handelt.

Die Integrative Therapie trägt den Implikationen der Beziehungsmodalitäten in ihrer Behandlungsmethodik und -technik konsequent Rechnung. Sie versucht, Intersubjektivität aufzubauen, indem sie eine „direkte Kommunikation“ (Petzold 1973) zwischen Therapeut und Patient oder, sofern es sich um eine Gruppentherapie handelt, zwischen den einzelnen Gruppenmitgliedern anstrebt. Dies geschieht z. B. durch die gestaltherapeutischen Regeln, in Ich-Aussagen zu sprechen und Verallgemeinerungen wie man, wir, einige, manche o. ä. zu vermeiden; weiterhin dadurch, daß nicht „über“ Personen geredet wird, die anwesend sind, und die auf diese Weise zum Objekt gemacht werden, über das man verhandelt (Perls 1980; Rahm 1979).

Ein weiteres Moment ist das „*sharing*“, das Mitteilen des eigenen Erlebens und der eigenen Betroffenheit im Gruppenprozeß oder in der therapeutischen Interaktion, wie es Moreno entwickelt hat. Es handelt sich um die grundsätzliche Bereitschaft, sich dem anderen zu zeigen und ihn als Mitmensch anzunehmen.

Marcel betont, daß Intersubjektivität in Fülle nur in einer liebenden Beziehung möglich ist; denn nur in der Liebe ist wirkliches Erkennen und Verstehen gegeben, und darum geht es ja im menschlichen Leben und in der Therapie als Hilfe zum Gelingen dieses Lebens: sich selbst, den anderen, die Welt erkennen und verstehen lernen, um sich zu Hause zu fühlen.

Die liebende Beziehung wird von Marcel (1978) geradezu als Paradigma ärztlich-therapeutischen Handelns vorgeschlagen.

„Zu Überlegen wäre wohl im Lichte dieser Vorfragen, ob eine ähnlich Form des Sich-auf-den-anderen-einlassens — so daß ich sein Leben und damit auch seinen Leib als Zeitgestalt seines Lebens mir in einem rätselhaften Sinn aneigne; so daß ich bereit bin, sie auf mich zu nehmen, in sie einzugehen, sie mitzuerleiden und auf diese Weise zu erkennen — als grundlegende Disziplin vom ärztlichen Tun gefordert werden muß. Freilich, diese Disziplin ist nicht zu lehren und nicht zu lernen. Sie transzendiert, was Medizin wissenschaftlich zu tun vermag, radikal. Aber sicherlich gehört diese Disziplin einer nüchternen, hell-sichtigen, mitleidenden Liebe zur unerläßlichen Voraussetzung, einem anderen Menschen helfen zu können, heil zu werden“ (Marcel 1978, 71).

Es ist Marcel sicherlich beizupflichten, daß Intersubjektivität nicht gelehrt und nicht gelernt werden kann. Aber sie kann als eine Grundqualität menschlicher Existenz — wenngleich sie vielfach verschüttet

ist — angesprochen werden und im Prozeß einer als Lehranalyse durchgeführten Eigentherapie aufgebaut und gefördert werden. Der Kern aller psychotherapeutischen Ausbildung besteht deshalb darin, dem Therapeuten zu helfen, seinen Panzer (*Reich*), seine eigene Neurotisierung zu überwinden, „sein Herz zu finden“ (*Lowen* 1975), damit er in unverstellten, liebevollen Kontakt treten kann. Dieser Kontakt soll nicht durch Übertragungen und Begehren (*désir*), durch ungelebte kindliche Wünsche getrübt werden. Nur mit einem begegnungs- und beziehungs-fähigen Therapeuten kann ein Klient wieder beziehungs-fähig werden, die Abgespaltenheiten der Entfremdung überwinden und in der Verbundenheit seinen Ort und seine Geborgenheit finden.

Für den Therapeuten ist es aber nicht nur notwendig, seine eigene Subjektivität zu aktualisieren und zu der des Patienten bzw. Klienten einen Zugang zu finden. Er muß darüber hinaus sensibel werden für Objektivierungen (z. B. Übertragungen) und einen klaren Blick haben für sachliche Funktionalität, die von einer intersubjektiven Grundhaltung getragen ist und nicht den Menschen dem funktionalen Optimum opfert. Er muß deshalb eine Sicherheit für die drei Beziehungsmodalitäten gewinnen, die wir unter Rückgriff auf die Unterscheidung von „*Sein* und *Haben*“ bei *Gabriel Marcel* (1965) herausgearbeitet haben (vgl. auch *Jaquenoud, Rauber* 1981).

6. Therapiestile

Auf der Grundlage der bisherigen Ausführungen ergeben sich Konzepte für die Entwicklung eines integrativen Therapiestils, wie sie sich im Rahmen unseres Institutes vollzogen hat. Dies aber nicht allein und im wesentlichen auf der Grundlage theoretischer Überlegungen sondern aus unserer Praxis heraus, in der entsprechend unseren Quellen, Psychoanalyse und dramatischer Therapie, zwei Extreme nach Verbindung riefen: einerseits *Abstinenz* und andererseits *selfdisclosure* und das Sharing des Psychodramas oder des gestalttherapeutischen Westküstenstils.

Das Problem ist nicht neu. Schon *Iljine* sah sich mit ihm als Dramatherapeut und Psychoanalytiker konfrontiert, und sein Lehrer in der analytischen Methode, *Sandor Ferenczi*, hat mit der Entwicklung seiner „aktiven Technik“ und der Einbeziehung direkter Zuwendung zum Klienten in den analytischen Prozeß (vgl. *Kinderanalyse mit Erwachsenen* 1931) erste Schritte zu einem integrativen Ansatz gemacht. Auch *Perls* und die Gestalttherapeuten der „ersten Generation“, die ihr psychoanalytisches Erbe nicht verleugnen konnten, standen vor der Aufgabe, ihre vom Existentialismus und vom Buber'schen Begegnungsge-

danken geprägte Haltung und die Erfahrungen der psychoanalytischen Praxis miteinander zu verbinden. Daß hier kein einheitlicher Weg gefunden wurde liegt nahe. Unter dem Einfluß von *Lore Perls*, *Paul Goodman*, *Paul Weisz* und dem frühen Stil von „*Fritz*“ *Perls* entwickelte sich an der amerikanischen Ostküste ein gestalttherapeutischer Stil, der von stärkerer Abstinenz geprägt war als an der Westküste. Dieser war stärker vom Einfluß der humanistischen Psychologie und ihrer experientiellen Ausrichtung geprägt, eine Richtung, die von *Perls* in den sechziger Jahren als Psychiater am Esalen-Institute in Californien stärker aufgenommen wurde und die heute von *J. Simkin* (1976), *C. Naranjo* (1980) u. a. vertreten wird.

Unter dem Einfluß von *Eving* und *Miriam Polster* (1975) begann sich ein flexibler, multimodaler und stärker am „self-disclosure“ (*Jouard* 1968) ausgerichteter Therapiestil zu entwickeln (*Smith* 1976; *Levin, Shepherd* 1974). In unserem eigenen Ansatz versuchen wir den experientiellen, auf *self-disclosure* gegründeten Stil mit dem der analytischen Abstinenz zu verbinden durch die integrative Haltung der „partiellen Teilnahme“ (*Petzold* 1979 a) und der „selektiven Offenheit“ (*Cohn* 1975). Im folgenden sollen die Möglichkeiten des abstinenten, experientiellen und integrativen Stils unter Rekurs auf psychoanalytische und gestalttherapeutische Positionen dargestellt werden mit dem Ziel, zu zeigen, daß sie nicht als Alternativen sondern als indikationsspezifische Möglichkeiten therapeutischen Verhaltens aufzufassen sind.

6.1 Abstinenter Stil

Der abstinente Stil des psychoanalytischen Behandlungsmodells schafft ein Setting, das besonders dazu geeignet ist, Übertragungen zu wecken bzw. vorhandene Übertragung zu intensivieren. Durch die Haltung des Therapeuten, der sich als Person in den therapeutischen Prozeß so gut wie nicht einbringt, entsteht ein Projektionsfeld, in dem sich frühkindliche Erlebnis- und Verhaltensmuster aktualisieren, wiederholen und auf diese Weise erfahrbar gemacht werden können. Es entsteht ein langfristig angelegtes Regressionsklima, in dem Beziehungsmuster internalisiert werden können und der Klient durch die Deutung des Übertragungsgeschehens zwischen Realität und Phantasmen zu trennen lernt. Dadurch, daß der Analytiker seine persönliche Realität so wenig ins Spiel bringt, wird der Bereich des Phantasmatischen stimuliert und kann sich ungestört von den Realien alltäglicher Interaktion entwickeln. Der abstinente Stil erlaubt es auch, daß der Therapeut Übertragung und Widerstand als solche deuten kann, ohne sich in Beziehungen mit dem agierenden Patienten zu verstricken, und

so wird dem Patienten die geringstmögliche Ersatzbefriedigung für seine Symptome gegeben, und infantile Wünsche werden frustriert (*Laplanche, Pontalis 1973*). Abstinenz ermöglicht weiterhin eine bessere Handhabung der Gegenübertragung. Die therapeutische Distanz erlaubt die klare Trennung zwischen Realität und Eigenprojektion bzw. phantasmatischen Regungen. Die Aktivierung frühkindlicher Erlebnis- und Verhaltensweisen in der Übertragung durch den abstinenten Therapeutenstil macht dieses Vorgehen zur Behandlung von Störungen, die schwerpunktmäßig in der frühen Kindheit entstehen, besonders geeignet, allerdings nicht für den Bereich „früher Grundstörungen“ (*Balint*) bzw. primärnarzißtischer Störungen (*Kohut, Kernberg, Masterson*).

Ein konsequent abstinenten Stil hat allerdings auch einige Nachteile. Die Verweigerung des Therapeuten, der mit seiner persönlichen Identität weitgehend verborgen bleibt, schafft ein hohes Maß an Ambiguität und Angst (*Menniger 1958, 53-58; Glover 1955, 88-107*). Das hat zur Folge, daß der Widerstand, sich der Situation auszuliefern, wächst. Die lange Anlaufzeit psychoanalytischer Behandlungen ist zu einem Teil auf diese Konstellation zurückzuführen, zu einem anderen Teil auf die Tatsache, daß der Therapeut für den Patienten kein positives Imitationsmodell bietet. Betrachtet man das Setting einer abstinenten Therapiebeziehung unter lerntheoretischen Gesichtspunkten, so kann man sagen, daß der analytische Therapeut dadurch, daß er nur wenige Reize setzt, auch kaum respondentes Verhalten hervorruft, daß aber auch operantes Verhalten zumindest in der Eingangsphase der Therapie nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit auftritt. Außerdem wird durch die spärlichen Interventionen des abstinenten Therapeuten nur selektiv verstärkt, was in der psychoanalytischen Situation dazu führt, daß Verbalisation und Introspektion insgesamt gefördert werden, daß aber die mit ihnen verbundenen körperlichen Ausdruckshandlungen nicht aufgegriffen werden und deshalb nicht ausreichend in den therapeutischen Prozeß integriert werden (vgl. allerdings *F. Deutsch 1947; Greenson 1975, 483 f*). Durch das regressive Setting eines abstinenten Stiles, in dem der Klient in einem eindeutig vorstrukturierten Abhängigkeitsverhältnis im Sinne einer asymmetrischen Rollenverteilung zum Therapeuten steht (*Beckmann 1974*), wird die Komponente der Selbstverantwortung „response-ability“ (*Perls 1980*) über weite Strecken der Therapie nicht ausreichend gefördert.

Analytische Therapeuten beginnen mehr und mehr diesen Aspekt zu berücksichtigen. *Greenson (1975, 288 f)* formuliert: „Das analytische Verfahren ist unweigerlich ein schmerzliches, einseitiges, erniedrigendes Erlebnis für den Patienten. Wenn wir wollen, daß er daraus als ein

selbständiger Mensch hervorgeht und als Mitarbeiter mit uns zusammenarbeitet, können wir ihn nicht fortwährend erniedrigen, indem wir ihm die von uns verwendeten Methoden nicht erklären. Wir können ihn nicht wie ein Kind behandeln und dann erwarten, er solle ein reifer Mensch werden können. Genau wie es wichtig ist, die Übertragungssituation zu schützen, so ist es auch wichtig, die Rechte und die Selbstachtung des Patienten zu wahren.“

6.2 Experientielle Stil

Diese Haltung finden wir bei Vertretern des experientiellen Stils, wie er im Bereich der „Humanistischen Psychologie“ (Völker 1980) entwickelt wurde (Jourard 1968; Rogers 1967; Mowrer 1974; vgl. Weiner 1978).

Die experientiellen Therapieformen stellen das Erleben im Hier-und-Jetzt und die totale Offenheit zwischen Therapeut und Klient in das Zentrum ihrer Praxis der Psychotherapie. Nur in absoluter Offenheit und gegenseitigem Annehmen ist nach dieser Position Therapie möglich. Heilung geschieht in der zwischenmenschlichen Begegnung, in der nichts mehr verborgen wird. Dieses Konzept wurde von Moreno schon 1924 für die Psychodramatherapie entwickelt und in der Folge von zahlreichen existential-psychologischen Therapeuten aufgegriffen (May, van Kaam 1963; Maslow 1967).

Wenn man mit Mowrer (1964), und Jourard (1968) annimmt, daß Verschleierung (*concealment*) die Ursache zahlreicher psychischer Störungen ist, wenn man mit Wilhelm Reich (1972) postuliert, daß die Unterdrückung von Ausdrucksimpulsen eine bedeutsame Komponente der Pathogenese neurotischer und psychotische Erkrankung ist, so kann daraus abgeleitet werden, daß „*expressive behavior*“, Ausdruck dessen, was an Gedanken und Gefühlen vorhanden ist, *per se* schon heilend wirkt.

Die experientielle Haltung zielt darauf ab, ein „*facilitating environment*“ bereit zu stellen, in dem Ausdrucksverhalten im größtmöglichstem Maße gefördert wird. Hierzu ist es notwendig, daß der Therapeut nicht eine einseitige Mächtigkeit praktiziert, sondern sich selbst so zeigt, wie er ist. Durch sein *Self-disclosure* gibt er dem Klienten die Möglichkeit, sich auch selbst zu offenbaren, bietet er ein positives Imitationsmodell für expressives Verhalten und schafft eine weitgehend angstfreie Atmosphäre (Schneider 1980 b). Die Selbstexploration wird gefördert und der Klient lernt in der Interaktion mit dem Therapeuten neue Verhaltens- und Wahrnehmungsmöglichkeiten. Das Gefälle zwischen Therapeut und Klient ist praktisch aufgehoben, so daß die

Mehrzahl der experientiellen Therapeuten den Terminus „Patient“ vermeidet und eine partnerschaftliche Arbeitsbeziehung anstrebt. Den Vorteilen des experientiellen Stiles, der durch sein positives Imitationsmodell und seinen hohen Stimulationswert sehr schnell intensive emotionale Prozesse in Gang bringt, stehen auch Nachteile gegenüber.

So kann ein zu frühes oder zu intensives Self-disclosure auch dazu führen, daß Wachstum gehindert wird, wie *Michael Barg* (1977, 54) betont: „Dadurch, daß ich zu viel von mir selbst enthülle, habe ich mich selbst um den Vorgang des Wachsens gebracht, jenen feinen und zerbrechlichen Horizont von Bewußtheit und Selbsttranszendenz, der auf den Weg zu neuem Wachstum verweist und neue Möglichkeiten der Selbstverwirklichung erhellt ... Self-disclosure kann das Gemüt (mind) von negativen Gefühlen reinigen und das affektive Leben klären. Wenn es aber zu ausgiebig eingesetzt wird, so verhindert es wirklichen Wachstum.“

Durch die Tatsache, daß gerade bei Menschen mit psychischen Schwierigkeiten authentische, intersubjektive Begegnung durch das hohe Maß an Übertragungen und projektiven Vorgängen eingeschränkt ist, wird die Gestaltung einer therapeutischen Interaktion schwierig, die auf ein totales wechselseitiges Self-disclosure abzielt. „Heilung aus der Begegnung“ (*Trüb* 1949) kann sich erst vollziehen, wenn die Begegnungsfähigkeit und die Begegnungsmöglichkeiten des Klienten aufgebaut worden sind. Ein totales Self-disclosure, in dem der Therapeut den Klienten mit seinen eigenen Schwierigkeiten und Problemen konfrontiert, setzt voraus, daß der Klient selbst schon relativ Ich-stark ist. Dadurch, daß das Augenmerk vornehmlich auf Ausdrucksverhalten gerichtet ist, das also, was am Verhalten des Klienten und des Therapeuten in der therapeutischen Interaktion sichtbar wird, besteht die Gefahr, daß unbewußte Prozesse und Mechanismen nicht beachtet werden. Die zu starke, oft verkürzende Zentrierung auf das Hier-und-Jetzt (*Petzold* 1980 a), die Außenwelt, auf „vordergründiges“ Geschehen, kann zu einer Vernachlässigung des Dort-und-Dann oder des Zukünftigen, d. h. der Innenwelt, führen. Der experientielle Stil verlangt vom Therapeuten und vom Klienten ein großes Maß von Verantwortung. Er fordert und fördert ein erwachsenes Verhalten, und es besteht durchaus die Möglichkeit, daß Patient und Therapeut überfordert werden. Die Handhabung der Gegenübertragung wird für den Therapeuten kraftaufwendiger. Die personale Interaktion auf der Begegnungsebene verlangt das Auseinandersetzen mit Realsituationen. Für den Klienten wird, sofern er dieser Auseinandersetzung gewachsen ist oder sie durchtragen kann, ein hervorragendes Lernfeld geboten, indem die Transferleistung, die bei einer psychoanalytischen Behand-

lung vom „Therapieraum“ in den „Lebensraum“ gebracht werden muß, schon weitgehend vorweggenommen wird.

Dadurch, daß der Therapeut sich so deutlich zeigt, wird er für den Klienten als Person prägend. Seine Werte, Haltungen, Eigenarten, Verhaltensweisen werden dem Klienten unmittelbarer vermittelt als in der abstinenten Situation. Ob der abstinente Stil allerdings weniger prägend ist, kann bezweifelt werden. Er prägt subtiler, weniger offen und kann deswegen auch nicht so leicht problematisiert werden. Da experientielle Therapeuten in der Regel nicht mit dem Übertragungs-/Gegenübertragungskonzept arbeiten, kommt es dazu, daß Übertragungsschwierigkeiten immer in reale Auseinandersetzungen einmünden und ausgehalten und ausgetragen werden müssen. Je höher das Maß an Awareness ist, das der Therapeut hat und das der Klient gewinnt, desto klarer wird in der therapeutischen Interaktion das, was *wirklich ist*, gesehen und es geschieht ein Auflösen der Phantasmen dadurch, daß die Wirklichkeit als real erfahren wird und Mechanismen als Nicht-Realität bzw. als der realen Situation nicht angemessen erlebt werden. Der experientielle Stil setzt in jedem Falle eine integrierte Therapeutenpersönlichkeit voraus, die ihre Eigenproblematik durchgearbeitet hat, und er eignet sich besser für *Klienten*, die auf wachstumsorientierte Arbeit gerichtet sind, als für *Patienten* (vgl. S. 274), bei denen mit reparativer Zielsetzung vorgegangen werden muß. Er ist bei „frühen Störungen“ kontraindiziert. So ist der Experientialismus nicht problemlos, ja problematischer als von der Mehrzahl seiner Vertreter angenommen wird. Liebe, Offenheit und Authentizität genügen eben nicht in jedem Fall. *Weiner* (1978) hat auf die möglichen Gefahren hingewiesen und in einer detaillierten Analyse der Literatur zum „self-disclosure“ die Grenzen dieses Vorgehens aufgezeigt.

6.3 Der integrative Stil der „selektiven Offenheit“ und der „partiellen Teilnahme“

Die beiden therapeutischen Haltungen, die der Abstinenz und die des Self-disclosure, stellen kein entweder oder dar, sondern Möglichkeiten auf einem *Spektrum*, die indikationsspezifisch und situationspezifisch eingesetzt werden können. *Greenson* (1975, 289) hat für das analytische Vorgehen gleichfalls das Handeln auf einem Spektrum betont, wenngleich dieses Spektrum weitaus schmaler gefaßt ist als in unserem Ansatz: „Der Analytiker muß sich dem Patienten nahe genug fühlen, so daß er fähig ist, mit den intimsten Einzelheiten seines Gefühlslebens mitzufühlen; aber er muß fähig werden, sich genug zu distanzieren, um ihn leidenschaftslos zu verstehen. Dies ist eines der

schwierigsten Forderung der analytischen Arbeit — das Abwechseln zwischen der zeitweiligen und partiellen Identifikation der Empathie und der Rückkehr zur distanzierten Position des Beobachters, des Beurteilers usw.“. Eine solche Position ist gegenüber der von Freud — zumindest in der Theorie — vertretenen schon ein immenser Fortschritt. Freud (1912, „Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung“ GW 8, 380 f) formulierte: „Ich kann den Kollegen nicht dringend genug empfehlen, sich während der psychoanalytischen Behandlung den Chirurgen zum Vorbild zu nehmen, der alle seine Affekte und selbst sein menschliches Mitleid beiseite drängt, und seinen geistigen Kräften ein einziges Ziel setzt: die Operation so kunstgerecht als möglich zu vollziehen . . . Die Rechtfertigung dieser vom Analytiker zu fordernden Gefühlskälte liegt darin, daß sie für beide Teile die vorteilhaftesten Bedingungen schafft, für den Arzt die wünschenswerte Schonung seines Affektlebens, für den Kranken das größte Ausmaß von Hilfeleistung, das uns heute möglich ist.“

Da davon auszugehen ist, daß der Patient bewußt und unbewußt wahrnimmt, was im Therapeuten vor sich geht, und der Therapeut — es sei denn nur unter Vergewaltigung und auf Dauer Verkrüppelung seiner Persönlichkeit — seine Regungen nicht immer in „gleich schwebender Aufmerksamkeit“ halten kann, ist ein gänzlich Verbergen seiner Gefühle nicht möglich und nicht wünschenswert. Der Therapeut ist als Gesamtperson, mit seiner ganzen jeweiligen Befindlichkeit, seinen Gedanken, Gefühlen und Verhaltensaüßerungen *Intervention* und dies im beständigen Bezug auf den anwesenden Klienten. Dessen Realität bestimmt, wie es nach dem Korrespondenzkonzept nicht anders möglich ist, die innere Lage des Therapeuten mit. Aus der augenblicklichen Befindlichkeit des Klienten, der des Therapeuten und aus dem Zusammentreffen von beidem entsteht so etwas wie eine „*spontane Qualität*“ der Beziehung. In diese gehen Übertragungs- und Gegenübertragungselemente ein. Sie muß nach den theoretischen Konzepten und den Behandlungserfahrungen des Therapeuten so modifiziert werden, wie er sie für den augenblicklichen Stand und Fortgang der Therapie für angemessen hält. Es finden damit immer Prozesse innerer Distanzierung und Regulation im Bezug auf die jeweilige Situation statt, und dies nicht nur aufgrund von Reflexion und Entscheidung sondern mit zunehmender Erfahrung auf einer intuitiven Ebene. Der Therapeut *stellt sich ein* auf den Klienten und das für ihn im Moment Erforderliche. Er ist bei diesem Vorgang in seiner therapeutischen Identität kongruent. Er zieht nicht eine Maske an oder spielt eine Rolle, sondern die Bedingungen der therapeutischen Situation bestimmen die emotionale Lage mit. Insofern können weitgehende *Abstinenz* und weitgehendes

self-disclosure als zwei Alternativmöglichkeiten angenommen werden, die in bestimmten therapeutischen Situationen sinnvoll, ja sogar notwendig sein können. Die therapeutische Praxis — auch die der Psychoanalyse — liegt zwischen diesen Polen. Ein therapeutischer Stil, in dem *Self-disclosure* und Abstinenz verbunden werden können, ist von *Laura Perls* (1971) als „selektive Offenheit“ beschrieben worden:

„Verbal teile ich dem Patienten so viel von meiner Wahrnehmung (awareness) mit, als ihm ermöglicht, den nächsten Schritt selbst zu tun. Ich gebe ihm damit Support damit er ein Risiko im Kontext seiner gegenwärtigen Schwierigkeit auf sich nehmen kann. Wenn ich ihm zuviel mitteile, ist es möglich, daß ich eine negative therapeutische Reaktion provoziere: unerträgliche Angst, Fluchtgedanken, Widerstand, Erstarrung, Desensibilisierung, Projektion. Natürlich lernt der Patient, meine Reaktionen wahrzunehmen, selbst wenn sie nicht verbalisiert sind. ... Probleme und Erfahrungen von meinem eigenen Leben oder aus dem anderer Patienten teile ich nur mit, wenn ich erwarte, daß dieses dem jeweiligen Patienten Support für eine vollere Verwirklichung seiner eigenen Position und Potentiale gibt, d. h. also, nur wenn es ihm dazu verhilft, einen nächsten Schritt zu machen“ (L. Perls 1971, 127).

Ruth Cohn (1975) greift dieses Konzept auf, und sieht offenbar keine Probleme, es mit ihrem Ansatz: „Sei in jedem Moment du selbst!“ zu vereinbaren. Die persönliche Entscheidung, sich nicht zu enthüllen oder nur zu einem Teil zu zeigen, kann durchaus Ausdruck von Selbstkongruenz sein. *Self-disclosure* gewinnt nur Sinn, wenn Exhibitionismus, Voyeurismus und Bemächtigung ausgeschlossen bleiben, wenn Zwang und Angstatmosphäre nicht in die therapeutische Beziehung eindringen.

Das was in unserer Praxis die Therapeut/Klientbeziehung kennzeichnet, ist der Korrespondenzprozeß, Begegnung und Auseinandersetzung, ein wechselseitiges Experimentieren mit den Möglichkeiten von Beziehung, Nähe, Distanz, Abstinenz, *Self-disclosure* (*Schneider* 1980 b), um im jeweiligen Moment die richtige und angemessene Interaktionsform zu finden. Diese wird abhängen von der persönlichen Tragfähigkeit und aktuellen Belastbarkeit des Klienten und des Therapeuten. Die Therapeut/Klientbeziehung kann deshalb in diesem Aspekt mit einem Reglersystem verglichen werden, das sich aufgrund der jeweiligen Eingabe austariert (*Rahm* 1979).

Wie werden nun diese Potentiale für den therapeutischen Prozeß fruchtbar gemacht? — Jede Interaktion zwischen Menschen, jede Mitteilung von Erleben und Erfahrungen hat für alle am Korrespondenzprozeß Beteiligten einen Stimuluswert. Wenn ein Patient z. B. das Wort „Mutter“ ausspricht, so handelt es sich für den zuhörenden Therapeuten dabei um mehr als um eine akustische Botschaft. Die Qualität der Stimme, der Mimik und Gestik mit der dieses Wort ausgesprochen wird, setzt ein komplexes Signal, das beim zuhörenden Therapeuten

selbst vielfältige Gefühle, Erinnerungen, Phantasien, *alte Szenen* freisetzen kann. Vielfach werden die Reaktionen auf die evokative Kraft (Petzold 1980 c) dieser komplexen Signale unterdrückt, sie werden abgewehrt, so daß sie nicht an die Oberfläche des Bewußtseins kommen, und die Abwehr wird um so größer sein, je angstausslösender und bedrohlicher die Inhalte sind, die wachgerufen werden. Ein solches Abwehrmuster aber verschließt dem Therapeuten eine wertvolle Quelle von Information über sich, über den Klienten und über die therapeutische Interaktion.

Sich auf die Signale, die vom Patienten, von der Darstellung seiner Probleme ausgehen, einzulassen, in die Szenen einzutreten, die er anbietet, birgt für den Therapeuten immer die Gefahr, von eigenen Gefühlen und Erinnerungen überschwemmt zu werden. Auf diese Gefahr aber mit Ausblendung zu reagieren ist nicht der richtige Weg. *Partielle Teilnahme* bedeutet für den Therapeuten, die Erfahrung auf der Ebene des eigenen Erlebens, der eigenen Emotionalität, der eigenen Körperlichkeit in einem Maße zuzulassen, daß er nicht konfluent wird, daß seine Selbstregulation nicht verloren geht und ihm aber dennoch den ganzen Reichtum persönlicher Erfahrung zur Verfügung stellt. Insofern also ist die Teilnahme *nur* eine „partielle“, sprechen wir von „partiellem Engagement“ — wobei eine *totale* Teilnahme, selbst bei hoher Empathie, ohnehin wohl kaum jemals gegeben ist. Wie intensiv auch ein Therapeut sich auf den Patienten eingelassen haben mag, „wie tief er sich dem Ideal der Vereinigung (*unification*) auch genähert haben mag, die Einheit (*unity*) ist niemals eine vollständige aufgrund der organischen und psychologischen Begrenzung“ (Moreno 1946, 240).

Das partielle Engagement als eine Haltung des Sicheinlassens ohne sich zu verlieren, vollzieht sich auf vier Ebenen:

1. Das Einlassen auf sich selbst.
2. Das Einlassen auf den Patienten.
3. Das Einlassen auf die Inhalte, die in der therapeutischen Sitzung zur Sprache kommen.
4. Das Einlassen auf den aktuellen Kontext der Therapiesituation.

Es kommt auf diese Weise ein empathisch-intuitiver Prozeß zustande, der dadurch gekennzeichnet ist, daß die klare Wahrnehmung der Situation im Hier-und-Jetzt und die „vorgängigen Erfahrungen“ im Sinne des Synergieprinzips zusammenwirken, (womit im übrigen eine Definition von „Intuition“ gegeben ist). Es werden also jeweils die eigene Berührtheit, die evozierten eigenen Szenen in das Geschehen einbezogen. Ein Beispiel zur Verdeutlichung:

Berichtet z. B. ein Patient von Dunkelängsten, die er als kleiner Junge gehabt hatte, wenn er abends durch den düsteren Hausflur gehen

mußte, so kann der Therapeut sich in die Szene begeben und bei sich ähnliche Erfahrungen und Stimmungen aufkommen lassen, allerdings in einem Maße, das seine Wahrnehmungs- und Handlungsfähigkeit nicht beeinträchtigt. Das „innere Mitvollziehen der Szene“ ermöglicht ihm, ganzheitlicher zu erfassen, wo sein Klient im Moment steht. Es wird so eine Dimension einbezogen, die über kognitives Begreifen weit hinaus geht: „szenisches Verstehen“ (vgl. Lorenzer 1969; Petzold 1980 c).

Die therapeutische Haltung des „partiellen Engagements“ erfordert vom Therapeuten hohes Maß an Regulationsfähigkeit, was den Umgang mit den eigenen Gefühlen und Bedürfnissen anbelangt. Das Zulassen einer emotionalen Beteiligung, die auch für den Patienten spürbar wird, ohne ihn, (da sie nicht überschießend ist), zu verunsichern, schafft ein therapeutisches Klima des Akzeptierens und der Wertschätzung, in dem Wachstumsprozesse möglich werden. Sie bietet weiterhin für den Patienten ein Modell an. Er sieht, daß es Möglichkeiten gibt, Gefühle zu regulieren. Ein weiteres Charakteristikum ist die Regulierung von Nähe und Distanz. Der Therapeut kann durch das „partielle Engagement“ dem Klienten so viel Nähe geben, wie augenblicklich im therapeutischen Prozeß indiziert scheint, ohne dabei Gefahr zu laufen, die Distanz zu verlieren und absorbiert zu werden. Die Partialität liegt also darin, daß sich der Therapeut *für* den Klienten engagiert aber nicht mit ihm involviert. Es ist in jeder therapeutischen Beziehung ein Moment von Distanz, weil die Distanzierungsfähigkeit und Möglichkeit des Therapeuten gewahrt bleiben muß. In dem Moment, wo aus dem „Engagement für“ ein „Involviertsein mit“ wird, geht die für die therapeutische Beziehung notwendige „Übersicht über das Geschehen“, aus der heraus es dem Therapeuten möglich wird, als *Facilitator* zu intervenieren, verloren. Der Kontakt in seiner Doppelfunktion von Berührung und Abgrenzung ist zur Konfluenz degeneriert.

6.4 Dimensionen der therapeutischen Beziehung

6.4.1 Übertragung

Im integrativen Stil spielen die Phänomene Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand als Dimensionen der therapeutischen Beziehung, wie in jeder tiefenpsychologisch fundierten und dynamisch ausgerichteten Therapie eine hervorragende Rolle. Hierin unterscheiden wir uns von *Moreno*, der die Übertragung zwar nicht leugnete, aber doch für relativ unwesentlich hielt und von Gestalttherapeuten wie *Simkin* (1978) oder *Polster* (1975), die ihr gleichfalls keine besondere Bedeutung zumessen. Mit den Gestalttherapeuten der amerikani-

schen Ostküste sehen wir in den Übertragungsvorgängen und ihrer therapeutischen Bearbeitung eine Voraussetzung für das Gelingen von Therapie (vgl. *Frech, Fromm* 1980). *Iljine* (1942) hat die Analyse der Übertragung und des Widerstandes ohnehin zu einem der Hauptpunkte des therapeutischen Theaters gemacht und auf eine differenzierte Handhabung der *Gegenübertragung* Wert gelegt. Bei *Moreno* und *Perls* hingegen findet das Konzept der Gegenübertragung explizit keine Beachtung, wenngleich *Morenos* Tele-Begriff (*Mathias, Petzold* 1981; *Leutz* 1974; *Kellermann* 1980) und das Konzept der *Awareness* des Therapeuten (*Perls et al.* 1951; *Perls* 1980) Gegenübertragungsphänomene implizieren.

Im Sinne des ursprünglichen Übertragungskonzeptes von *Freud* sehen wir die Übertragung in Übereinstimmung mit den im Voranstehenden genannten Autoren als *pathologisches Phänomen* an. Schon 1901 schrieb *Freud*: „Während einer psychoanalytischen Kur ist die Neubildung von Symptomen, man darf wohl sagen: regelmäßig sistiert. Die Produktivität der Neurose ist aber durchaus nicht erloschen, sondern betätigt sich in der Schöpfung einer besonderen Art von meist unbewußten Gedankenbildungen, welchen man den Namen ‚Übertragungen‘ verleihen kann“ (G. W. „Bruchstück einer Hysterieanalyse“ 5, 279). Die Übertragung verstellt die Wirklichkeit. Sie ist eine „*falsche Verknüpfung*“ (*Freud* 1895, „Studien über Hysterie“ G. W. 1, 308 f).

„Jedesmal wenn wir einen Nervösen psychoanalytisch behandeln, tritt bei ihm das befremdende Phänomen der sogenannten *Übertragung* auf, das heißt, er wendet dem Arzt ein Ausmaß von zärtlichen, oft genug mit Feindseligkeit vermengten Regungen zu, welches in keiner realen Beziehung begründet ist und nach allen Einzelheiten seines Auftretens von den alten und unbewußt gewordene Phantasiewünschen des Kranken abgeleitet werden muß. Jenes Stück seines Gefühlslebens, das er sich nicht mehr in die Erinnerung zurückrufen kann, erlebt der Kranke also in seinem Verhältnis zum Arzt wieder, und erst durch solches Wiedererleben in der ‚Übertragung‘ wird er von der Existenz wie von der Macht dieser unbewußten sexuellen Regungen überzeugt. Die Symptome, welche, um ein Gleichnis aus der Chemie zu gebrauchen, die Niederschläge von früheren Liebeserlebnissen (im weitesten Sinne) sind, können auch nur in der erhöhten Temperatur des Übertragungserlebnisses gelöst und in andere psychische Produkte überführt werden. Der Arzt spielt bei dieser Reaktion nach einem vortrefflichen Wort von *S. Ferenczi* die Rolle eines *katalytischen Ferments*, das die bei dem Prozesse freiwerdenden Affekte zeitweilig an sich reißt.“ (*Freud* 1910, G. W. „Über die Psychoanalyse“ 8, 54 f).

Die in der psychoanalytischen Literatur üblich gewordene Bezeichnung jeder Beziehung als *Übertragung** nimmt dem Begriff seine ursprüngliche Schärfe und Klarheit. Übertragungsbeziehungen sind „Ha-

*) Vgl. schon *Freud* 1910, „Über die Psychoanalyse“ G. W. 8, 55: „Die Übertragung stellt sich in allen menschlichen Beziehungen ... spontan her ... Die Psychoanalyse schafft sie also nicht, sie deckt sie bloß dem Bewußtsein auf, und bemächtigt sich ihrer, um die psychischen Vorgänge nach dem erwünschten Ziel zu lenken.“

ben-Beziehungen“. Sie objektivieren das Gegenüber, indem sie verhindern, daß er als der Gesehene wird, der er ist, und sie sind häufig von einer possessiven Charakteristik gekennzeichnet**. Der Patient will das *Objekt besitzen*. Ziel der therapeutischen Behandlung ist die Auflösung der Übertragung, damit eine intersubjektive Beziehung hergestellt werden kann. So kann man in Paraphrasierung von *Freud* sagen: „Wo Übertragung war, muß Beziehung werden“.

Wie in der klassischen Gestalttherapie leugnen wir nicht die Existenz der Übertragung, sondern wir haben eine andere Art mit ihr umzugehen, als in der Psychoanalyse. *Spontan* auftretende Übertragungen werden als selbstverständliche Phänomene in jeder therapeutischen Interaktion betrachtet und zunächst einmal im Hier-und-Jetzt-Kontext analysiert mit dem Blick auf die aktuelle Lebenssituation des Patienten, seine Biographie, den aktuellen Stand der Therapie und die augenblickliche Befindlichkeit des Therapeuten. Bei der Übertragung müssen wir zwischen solchen unterscheiden, mit denen der Patient in die Therapie kommt, d. h. die sich auch in seinem Alltagsleben bei den verschiedensten Anlässen und Personen „*notorisch*“ manifestieren und solchen, die durch das therapeutische Setting entstehen bzw. evoziert werden.

Mit *Perls et al.* (1951, 221 f) sehen wir die Übertragung als projektiven Prozeß. Über Projektion werden nicht integrierte, abgespaltene Anteile des Selbst nach außen gebracht und verstellen auf diese Weise die Realität, die nicht adäquat wahrgenommen und auf die deshalb nicht adäquat reagiert werden kann. Die Projektion unverarbeiteter

***) *Freud* stieß durch seine Selbstanalyse in den Bereich des Archaischen vor. Er versuchte, seine Erfahrungen theoretisch zu fassen und zu fundieren, indem er auf die Mythologie oder auf Spekulationen über das Leben der „Urhorde“ zurückgriff. Von Interesse ist es, zu vermerken, daß *Freud* mit der psychoanalytischen Behandlungssituation für den Analytiker einen „antimagischen“ Kontext aufbaut. Das Anschauen (*le regard*) hat etwas Bemächtigendes, zuweilen Verdinglichendes (*Sartre*). Das alttestamentarische Jahwe-Bilderverbot, die Verschleierung der Isis, waren darauf gerichtet, daß man sich der Gottheit nicht vermittlels ihres Bildes bemächtigte. Was man ansehen und mit den Augen umfassen kann, kann man beherrschen (etwa über das Spenden oder Entziehen von Opfergaben, vgl. *K. Bernhardt*, *Gott und Bild*, Göttingen 1966). In der analytischen Situation wird der Patient angeschaut. Er aber kann den Analytiker nicht sehen. Dieser ist damit gegenüber dem „magischen Zugriff“ gefeit und behält seinerseits die Macht über den angeschaut Daliegenden, wobei das Liegen die Position des Ausgeliefertseins und der Hilflosigkeit des Patienten zeigt. Die Deutung „aus dem Hintergrund“ kann damit eine magische Bedeutung für den Analysanden gewinnen, der „Übergang zum Sitzen“ in neueren Formen der psychoanalytischen Behandlung muß in diesem Zusammenhang als ein „rite de passage“ betrachtet werden, dessen Wichtigkeit nicht hoch genug eingeschätzt werden kann (vgl. zum Verhältnis von Psychoanalyse und Magie auch *C. Lévi-Strauss*, *Integrative Therapie* 4/1979).

frühkindliche Erlebnisse auf die Person des Therapeuten bzw. auch auf die Gruppenmitglieder in der Gruppentherapie verhindern oder beeinträchtigen die intersubjektive Beziehung, die Wahrnehmung einer anderen Person, wie sie ist. Wo immer derartige Übertragungen auftauchen, sollen sie „desillusioniert“ werden, indem ihr illusionärer, phantasmatischer Charakter im Spiel oder durch verbalen Diskurs einsichtig gemacht wird. Dies gilt sowohl für die bei einem Patienten immer wieder auftauchenden „*notorischen*“ Übertragungen als auch für die „*evozierten*“, spontanen Übertragungen, die durch eine besondere Konstellation in der Gruppe oder durch eine Eigenheit des Therapeuten als „Artefakt“ ausgelöst werden. Die evokative Kraft der Dyade oder Gruppe darf nicht unterschätzt werden. Sie ruft auch im gesunden Menschen mit geringem neurotischen Potential Übertragungsphänomene wach, wenn auch in schwächerem Maße. Es wäre ein Fehler diese dann als Ausdruck unverarbeiteter Konflikte oder Traumatisierungen anzusehen. Verarbeitung bedeutet ja nicht, daß Ereignisse *gelöscht* werden. Die Trauerarbeit z. B. will nicht erreichen, daß bei der Erinnerung an einen geliebten Verstorbenen keine Gefühle der Trauer mehr aufkommen, sondern vielmehr, daß diese Gefühle gehandhabt werden können und den Betroffenen nicht überschwemmen (Petzold 1980 f).

So sehen wir in der Bearbeitung der „*notorischen Übertragung*“ die Hauptaufgabe der Therapie. Mit der Mehrzahl der experientiellen Therapieverfahren lehnen wir den Aufbau einer *Übertragungsneurose* ab, diesen Versuch, den „Teufel mit Beelzebub auszutreiben“. Wir sind der Auffassung, daß das von der Psychoanalyse mit dem Terminus „Wiederholungszwang“ beschriebene Phänomen als die Artikulation *unabgeschlossener Situationen* (Perls et al. 1951, 404) oder als Reaktion auf evokative Konstellationen zu interpretieren ist. Damit wird als therapeutisches Ziel der Abschluß derartiger Situationen und das Aufdecken der evokativen Mechanismen und Zwänge gesetzt, nicht aber die Transferierung in eine *Übertragungsneurose*. Freud machte bekanntlich den Wiederholungszwang des Patienten „unschädlich, ja vielmehr nutzbar, indem wir ihm das Recht einräumen, ihn auf einem bestimmten Gebiete gewähren zu lassen. Wir eröffnen ihm die Übertragung als den Tummelplatz, auf dem ihm gestattet wird, sich in fast völliger Freiheit zu entfalten, und auferlegt ist, uns alles vorzuführen, was sich an pathogenen Trieben im Seelenleben des Analysierten verborgen hat. Wenn der Patient nur so viel Entgegenkommen zeigt, daß er die Existenzbedingungen der Behandlung respektiert, gelingt es uns regelmäßig, allen Symptomen seiner Krankheit eine neue Übertragungsbedeutung zu geben, seine gemeine Neurose durch eine Übertragungsneurose zu ersetzen, von der er durch die therapeutische Arbeit

geheilt werden kann. Die Übertragung schafft also ein *Zwischenreich* (meine Hervorhebung) zwischen der Krankheit und dem Leben, durch welches sich der Übergang von der ersteren zum letzten vollzieht.“ (Freud, „Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten“ G. W. 10, 134 f). Den Aufbau eines solchen Zwischenreiches fördern wir in der Regel *nicht*. Die Übertragung hat in der Psychoanalyse die Funktion eines Vehikels, durch die Regression erzeugt und unbewußtes Material in der Beziehung zwischen Arzt und Patient aktualisiert werden soll.

Durch die evokativen Techniken dramatischer Therapieverfahren können wir auf diese Funktion der Übertragung verzichten. Es gelingt uns durch die Konstellierung von Situationen im Spiel und die Fokussierung auf die körperlichen Korrelate verdrängter Konflikte, z. B. auf muskuläre Verspannungszustände als Manifestationen der „Charakterpanzerung“ (*Reich*), einen unmittelbaren Zugang zu traumatischem Material zu finden. Die notwendige Regression erfolgt durch mehrere Ebenen der Tiefung (*Petzold* 1977 a, 283 f.) in relativ kurzer Zeit, oftmals in einer Sitzung, hin zu den traumatischen Bereichen. Das relevante Material wird in Szene gesetzt, d. h. bewußt gemacht und emotional durchlebt. Dann muß der Kliente wieder aus der Regression heraus in eine „Erwachsenen-Ebene“ geführt werden. Dieses Hinabtauchen und Restabilisieren fördert nicht nur die Fähigkeit zum Umgang mit den eigenen Gefühlen sondern kennzeichnet das, was wir als „*Ichstärke*“ bezeichnen: sie ist die Fähigkeit, sich auf seine Gefühle und die mit ihnen verbundenen Bilder und Vorstellungen einlassen zu können und wieder zu einer Stabilität zurückzufinden, die Fähigkeit zu Kontakt und Rückzug. In den Anforderungen, die die Außenwelt stellt, wird nicht starre Stabilität gefordert sondern ein flexibles mit sich und anderen Umgehen.

Für den Umgang mit der Übertragung können bestimmte Methoden und Techniken eingesetzt werden. Das Grundprinzip dieser Strategien ist, dem Klienten deutlich werden zu lassen, *wo*, *wann* und *wie* er überträgt, d. h. aber wo er die Realität nicht adäquat wahrnimmt. Im Unterschied zum psychanalytischen Vorgehen geschieht diese Verdeutlichung selten durch verbale Interpretation. Im Sinne eines *konsekutiven Vorgehens* folgen wir dem Erlebnisfluß des Klienten und suchen, wo immer möglich, Situationen bereitzustellen, in denen er seine Erfahrungen selbst machen kann. Die Fremddeutung leistet ein Stück Arbeit für den Klienten, das er meistens selbst übernehmen könnte. Mit der klassischen Gestalttherapie sind wir der Auffassung, daß nicht die Einsicht in Konfliktkonstellationen oder unbewußte Problematik von ausschlaggebender Bedeutung sind, sondern der *Prozeß*, durch den man zur Einsicht gelangt, sowie die emotionalen Erfahrungen und

das körperliche Erleben, die den Einsichtsschritt begleiten. Bei der Entschlüsselung der Übertragung geht es also um *Evidenzerlebnisse*.

Veränderungen durch den therapeutischen Prozeß können unserer Auffassung nach nur bewirkt werden, wenn *Evidenzerlebnisse* (Petzold 1975 a) vermittelt werden. Ein Erlebnis von *vitaler Evidenz* ergreift den ganzen Menschen. In ihm wirken *emotionale Erfahrung*, *körperliches Erleben* und *rationale Einsicht* zusammen — eine Synergie. - Alle Ereignisse, die existentielle Betroffenheit bewirken, können als Evidenzerlebnisse verstanden werden. Zu ihnen zählen die Erfahrungen der authentischen Begegnung innerhalb der Therapeut-Patient-Beziehung, das Erleben basaler Emotionen und ihre kognitive Integration, Grenzerlebnisse, das Gefühl, erwachsen geworden zu sein, die Erfahrung, daß das Leben endlich ist, das existentielle Erleben von Vertrauen, Hoffnung und Liebe. Nur durch die Evidenzerlebnisse geht therapeutische Arbeit über eine rein reparative oder stabilisierende Behandlung hinaus und bietet einen Weg zur persönlichen Entwicklung und Entfaltung.

Für das Auffinden und die Handhabung von Übertragungen ist das therapeutische Medium *par excellence* wie in der klassischen Gestalttherapie das *Continuum of Awareness*, die bewußte klare Wahrnehmung dessen, was in mir ist und was um mich herum vorgeht, der ungetrübte Kontakt zur Innen- und Außenwelt. Zur Verdeutlichung der Übertragungspänomene versucht der Therapeut die Awareness des Klienten zu fördern und zu schulen. *Perls* hat sich von der *Freudschen* Strukturhypothese distanziert mit der Begründung, sie fragmentiere den Menschen in seiner Ganzheit, und er wendet sich gegen das Konzept des Unbewußten als einem von der Gesamtheit des Lebens und Erlebens losgelösten Bereiches mit der nämlichen Argumentation (*Perls* 1969 b, 1980). Dies ist aber nicht gleichbedeutend mit einer Leugnung unbewußter Prozesse. Er geht davon aus, daß bei derartigen Prozessen ein Fehlen von Awareness vorliegt. Die differenzierte Awareness des Therapeuten ist das Instrument, mit dem zunächst derartige Prozesse aufgespürt werden. Die therapeutischen Techniken werden dann eingesetzt, um die Wahrnehmung des Therapeuten zu verifizieren und dem Klienten Möglichkeiten zu bieten, seine eigene Awareness zu steigern. Dabei nimmt der Therapeut seine eigene Wahrnehmung nicht als absoluten Maßstab, sondern bietet sie dem Klienten als Anregung, die überprüft und verifiziert bzw. falsifiziert werden kann.

Eine der klassischen Techniken, mit Übertragungen umzugehen, ist die Arbeit mit dem „*leeren Stuhl*“. Ein Beispiel zur Verdeutlichung:*

*) Aus Maurer, Petzold (1978).

- Karl:* (an die Gruppe): „Ich fühle mich immer so unwohl, wenn hier in der Gruppe so alles hinterfragt wird.“
- Hilarion:* „Ja, vielleicht können Sie mal in die Runde schauen, bei wem Sie dieses Gefühl besonders stark haben?“
- Karl:* (schaut sich um) „Bei Josef, bei Annemarie und“ (zum Therapeuten gewandt) „besonders bei Ihnen.“
- Hilarion:* „Nun, dann setzen Sie mal den Hilarion hier auf diesen leeren Stuhl und sagen Sie ihm das direkt, was Sie ihm sagen möchten.“
- Karl:* „Ich fühle mich immer so beobachtet, wenn Sie mich anschauen.“
- Hilarion:* „Vielleicht können Sie ihm sagen, was das in Ihnen auslöst.“
- Karl:* „Das macht mir Angst ... und das macht mich auch wütend.“
- Hilarion:* „Können Sie ihm das direkt sagen!“
- Karl:* (stockend) „Sie machen mich wütend!“
- Hilarion:* „Ich sehe, Sie zögern ein bißchen, stimmt Ihre Aussage?“
- Karl:* „Nicht so ganz. Ich spüre zwar die Angst und die Wut — das ist alles so verwirrt.“
- Hilarion:* „Vielleicht kannst *Du* mal schauen, woher *Du* diese Gefühle kennst — Wut, Angst und Verwirrtheit?“ (Therapeut geht mit zunehmender Dichte der Sitzung auf das „intersubjektivere“ *Du*, zumal man sich in der Gruppe sonst *Duzt*).
- Karl:* „Ich weiß nicht, ich kenn das ... Ich kenn das sogar ganz gut, immer, wenn Sie mich anschauen ... dann ist das so ... (stockt), wie wenn meine Großmutter mich anschaut.“
- Hilarion:* „Was für eine Erinnerung kommt Dir jetzt auf?“
- Karl:* „Die Schularbeiten“.
- Hilarion:* „Ja, geh' mal an diese Erinnerung heran.“
- Karl:* „Ich sehe mich, wie ich bei uns in der Küche sitze, am Küchentisch, die Schulhefte liegen vor mir.“
- Hilarion:* „Ja, beschreib' mal, was für eine Atmosphäre im Raum ist.“
- Karl:* „Ich sitz' da vor den Heften. Es ist alles unheimlich eng. Ich komm' auch nicht weiter. Ich kapiert' das alles gar nicht. Die Oma spült gerade. Das Tellerklappern macht mich ganz verrückt. Die guckt auch immer rüber, ob ich auch arbeite und dann kommt sie auch noch. ‚Na, biste immer noch nicht weiter, Karl? Weißt Du, meine Geduld hat auch ihre Grenzen.‘ Und dabei guckt sie rüber zum Kochlöffel, dieses Miststück“ (Karl beginnt zu zittern).
- Hilarion:* „Ja, was fühlst Du jetzt?“

- Karl:** „Das macht mich alles so verwirrt, wie die mich anguckt, da komm' ich überhaupt nicht mehr weiter, und das weiß die, und das macht der Spaß, der Alten“ (Karl beginnt stärker zu zittern, er ist zwischen Wut und Angst hin- und hergerissen).
- Hilarion:** „Ja, laß das Zittern ruhig zu!“
(Die autonomen Körperreaktionen von Karl werden immer heftiger).
- Karl:** „Glitz mich nicht so an, Du Schlägerin, Du Quälerin, Du gottverdammte Hexe.“ (Stößt den Leeren Stuhl heftig mit dem Fuß von sich und bricht in Weinen aus). „Du hast mir meine Kindheit so kaputt gemacht, Du gottverdammte Hexe, Du!“ (Das Weinen wird heftiger, dauert noch eine Zeitlang an und ebbt dann langsam ab). Nach einiger Zeit:
- Hilarion:** „Ja, vielleicht kannst Du einmal schauen, was in dieser Sitzung abgelaufen ist. Was waren für Dich die wichtigsten emotionalen Erfahrungen und was wird Dir dabei klar?“
Längere Pause.
- Karl:** „Das Wichtigste für mich war, mal die Wut gegen die Alte herauslassen zu können, mal überhaupt Wut rauslassen zu können. Mit Aggressionen hab' ich sowieso immer Schwierigkeiten. Das hätt' ich damals mal wagen sollen, die hätt' mich grün und blau geschlagen mit dem Kochlöffel.“
- Hilarion:** „Was ist Dir noch deutlich geworden?“
- Karl:** „Irgendwie wirkt die Angst von damals immer noch fort. Ich fühle mich so oft bewertet, beobachtet und hab' immer die Angst, es nie jemandem recht machen zu können.“
- Hilarion:** „Vielleicht kannst Du jetzt mich einmal anschauen und spüren, wie es Dir dabei ergeht.“
- Karl:** „Sie schauen mich prüfend an, nicht unfreundlich, nicht drängend. Auf jeden Fall ganz anders als meine Großmutter. Das Gefühl vorhin, das hat mit Ihnen recht wenig zu tun.“
- Hilarion:** „Vielleicht kannst Du Dir auch noch einmal die anderen Gruppenmitglieder ansehen, die Du vorhin genannt hattest und schauen, wie es mit ihnen steht.“

In dieser Arbeit wurde über die Technik des „leeren Stuhls“ die Übertragung des Protagonisten zum Therapeuten geklärt. Karl, der von seiner Großmutter aufgezogen wurde, hatte durch ihre überstrenge, herrische Art kein selbstbehauptendes Verhalten aufbauen können, sondern fühlte sich von allen Seiten bedroht und mißverstanden. Karl hat diese negative Erwartungshaltung *notorisch* auf andere Menschen

übertragen und war in seiner Kommunikation sehr beeinträchtigt. Der Therapeut hat die Übertragungscharakteristik in den Äußerungen von Karl erkannt und ist deshalb in keine direkte Interaktion eingetreten, sondern hat die Übertragung auf den leeren Stuhl gelenkt und damit schon äußerlich verdeutlicht, daß er mit diesen Gefühlen nichts zu tun hat. Erst nachdem im Verlauf der Arbeit dem Klienten die projektiven Seiten des Geschehens erlebbar geworden sind, tritt der Therapeut in der Abschlußphase der Gestaltsitzung wieder in direkte Kommunikation mit dem Protagonisten. Von unangemessenen Wünschen und Phantasien frei, kann der Klient nun mit dem Therapeuten in eine intersubjektive Beziehung treten.

Die Übertragung wurde „substantiell“ gemacht und die Regression auf eine kurze, aber erlebnisintensive Periode begrenzt. Es folgt unmittelbar darauf der Wiederaufbau und die Stabilisierung erwachsenen Verhaltens. Durch diesen Wechsel wird die Diskriminationsfähigkeit zwischen den projektiven Elementen der Übertragung und authentischer Wahrnehmung geschult und die Situationsflexibilität erhöht. Der Patient wird nicht über einen längeren Zeitraum in einem regressiven Zustand gehalten und verstärkt. Er erhält vielmehr Möglichkeiten, seine Situation selbst einzuschätzen und zu regulieren.

Bei der Handhabung der Übertragung ist die diagnostische Einordnung des Gesamtkrankheitsbildes von hervorragender Bedeutung. Es ist zu klären, ob der Grund für „notorische Übertragung“ in Störungen und Konflikten der frühen Kindheit zu suchen ist oder in Defiziten bzw. welche dieser beiden pathogenen Ursachen — und meistens sind beide vorhanden — prävalent ist. Bei Krankheitsbildern, denen eine defizitäre Entwicklung von Identität zugrunde liegt, und das ist gleichbedeutend mit einem schwachen Ich bzw. schwachem Selbsterleben, scheint uns eine Therapie der Einsicht und des Verzichts, wie im klassischen psychoanalytischen Zugang, nicht möglich. Mit der abstinenter Technik waren ja auch die schweren psychosomatischen Erkrankungen, die Psychosen und Suchten von der Psychoanalyse nicht zu behandeln. Die erfolgreichen Versuche auch dieses Klientel zu erfassen, machte jeweils eine Modifikation der analytischen Technik erforderlich (vgl. Kohut, Kernberg, Masterson). In unserem Ansatz sind gleichfalls diese Krankheitsbilder zunächst nicht mit der für die Neurosetherapie spezifischen Technik des „Eintauchens und des Herausführens“, des „Labilisierens und Stabilisierens“ zu behandeln. Die bei derartigen Patienten vorhandenen notorischen Übertragungen müssen angenommen, vertieft werden und sofern Übertragungen nicht vorhanden sind, müssen sie geweckt werden so daß der Patient mit seinem Therapeuten oder in seiner Gruppe über eine angemessene Zeit in der

Regression die emotionalen Qualitäten erleben kann, die er in seiner frühen Kindheit vermissen mußte. Es geschieht damit eine *gezielte Nachsozialisierung*. Je früher die Defizite sind und je schwerwiegender, desto stärker muß der Therapeut die positiven, nährenden Elternfiguren verkörpern. Gleichzeitig aber gilt es die gesunden Anteile, die vorhanden sind, zu stabilisieren und zu erhalten und ungenutzte Möglichkeiten zu erschließen. Kein Patient ist *nur* krank. Regressive Arbeit darf nicht bedeuten, das oft noch vorhandene Potential zu demontieren, soweit es nicht im Dienste der Abwehr steht. So ist jedes Vorgehen in der Therapie sowohl *reparativ*, d. h. darauf gerichtet, Störungen und Defizite zu mindern und zu beheben, *konservierend*, d. h. Vorhandenes zu stabilisieren und zu erhalten, und *evolutiv*, d. h. darauf gerichtet, neue Möglichkeiten zu erschließen und zu entwickeln.

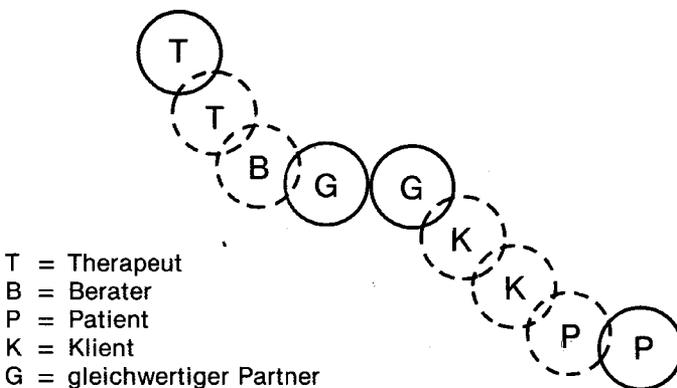
Dies gilt auch, wo man in die regressiven Tendenzen des Patienten auf eine Zeit einwilligt, weil dadurch der allmähliche, gezielte Abbau der Übertragungen und eine Reduktion der Regression möglich wird.

Die positive Übertragung ermöglicht dem Klienten, mit den angstauslösenden und schmerzvollen unerledigten Situationen seiner Vergangenheit in Kontakt zu kommen, um sie zu erledigen; sie hilft ihm, die Widerstände abzubauen und damit neurotische Strukturen zu *labilisieren*, damit sie im Prozeß des Durcharbeitens verändert und neu geordnet werden.

Aber auch diese Funktion des Therapeuten als stützendes „Hilfs-Ich“ (Moreno 1946), als positive Elternfigur, muß nach und nach reduziert

Abbildung 2:

Idealtypischer Verlauf einer Therapie mit regressivem Ausgangspunkt — Übergang vom Patienten- zum Klientenstatus und zur gleichwertigen Partnerschaft.



werden, damit der Klient wachsen kann. Die Welt der Übertragungen muß der der Wirklichkeit Platz machen. Die reale, intersubjektive Beziehung wird dabei immer deutlicher. Die „Self-disclosure-Technik“ ist in diesem Prozeß ein wichtiges Mittel. Der Klient muß wachsen und der Therapeut muß abnehmen, so daß in einem idealtypischen Verlauf der Therapie in der Schlußphase *Begegnung auf gleicher Ebene* möglich wird und die Korrespondenzprozesse nicht durch Übertragung disfiguriert sind sondern volle intersubjektive Qualität haben.

Im Umgang mit der Übertragung ist es wichtig, daß sie als solche von Therapeut und Patient erkannt wird. Dies gilt auch bei regressiver Arbeit. Der Patient soll mit seinen „gesunden Anteilen“ wissen, daß er in der Regression ist und in der und mit der Übertragung lebt. Gegen diese Einsicht, wie auch gegen den Abbau der Übertragung stellen sich häufig mit Macht die Widerstände, um den *status quo* zu erhalten.

6.4.2 Widerstand

Widerstand wird von uns definiert als ein „*Sich-wehren gegen Veränderung der Identität*“. Damit erhält der Begriff keine vorwiegend negative Interpretation, wie in der Psychoanalyse, sondern wird gesehen als Widerstandsfähigkeit, als Zeichen von Kraft (vgl. „*résistance*“ im Französischen, das einen weitaus positiveren Klang hat). Widerstand äußert sich natürlich auch, wenn negative oder disfunktionale Anteile der Persönlichkeit verändert werden sollen. In diesen Kontext wird der Widerstand ein *interaktionaler*. Der Patient wehrt sich gegen den, der seine Struktur labilisieren will. Der *interaktionale* Widerstand ist immer sekundär gegenüber dem *Veränderungswiderstand* und dem *protektiven Widerstand*. Letzterer wird als die Vermeidung (*avoidance*) von *awareness*, von Kontakt angesehen, Kontakt mit schmerzlichen, angstauslösenden, bedrohlichen, unlustvollen Ereignissen, Erlebnissen, Gedanken, Gefühlen. In seiner protektiven Funktion schützt der Widerstand das Individuum vor Dingen, mit denen es nicht umgehen kann oder von denen es glaubt, daß sie nicht zu handhaben seien. Ein „Pushen über den Widerstand“ hieße, die Schutzfunktion des Widerstandes zu übergehen. Ist ein Klient blockiert, so hat diese Blockierung ihren Sinn. Wehrt er ab oder zeigt er Widerstände, so haben Abwehr und Widerstand Funktionen. Es geht gar nicht in erster Linie darum, den Widerstand zu überwinden, sondern ihn erlebbar und erfahrbar zu machen. Für den Patienten ist es wichtig, daß er seinen Widerstand erkennt und weiß, in welchen Situationen er Widerstand aufbaut. Es ist für ihn weiterhin notwendig, zu erfahren, *wie* er sich blockiert oder wie er abwehrt. Aus diesem Grunde wird eine Arbeit „vor“ dem Wi-

derstand und „auf der Seite“ des Widerstandes notwendig. Ist Bewußtheit (awareness) des Widerstandes gewonnen, wird der Sinn des Widerstandes erfahren, so tritt die Veränderung von selbst ein. Aus diesem Grunde gilt grundsätzlich für die Widerstandsbearbeitung der Ausspruch von Perls: „*Don't push the river it flows by itself*“.

Die Methodik, mit dem Widerstand zu arbeiten, wird bestimmt von der konsekutiven Haltung des Therapeuten, der den Widerstand annimmt und damit die Notwendigkeit akzeptiert, daß Widerstand geleistet werden muß. Patienten, die ihren eigenen Widerstand kennengelernt haben, geraten zuweilen in eine Art Leistungsdruck durch den Anspruch, den Widerstand unbedingt und nachhaltig zu überwinden. Wenn sie beginnen, ihren Widerstand zu akzeptieren, so tritt regelhaft ein Fortschritt in der Arbeit ein. Sie sehen: Widerstand gehört zu mir, zu meiner momentanen psychischen Situation. Diese Erfahrung wird dadurch verdeutlicht, daß der Therapeut den Klienten auffordert, sich mit dem Widerstand zu identifizieren, als Widerstand zu sprechen oder mit dem Widerstand in Dialog zu treten. Bei diesen Techniken wird oft die Funktion des Widerstandes deutlich. Sie sind nicht forcierend und auf das gestalttherapeutische „Paradox der Veränderung“ gerichtet:

„*Veränderung ist nicht, das zu werden, was man nicht ist, sondern das zu sein, was man ist.*“ Das Inkontaktkommen mit der eigenen Existenz, der existentiellen Position, schafft die Ausgangsbasis, von der eine organische Entwicklung möglich ist, der Fluß des Wachstums, der nicht forciert werden braucht (vgl. *Petzold 1980 e*).

6.4.3 Gegenübertragung und Übertragung des Therapeuten

Durch die Tatsache, daß der Therapeut in das Geschehen der Therapie mit seiner ganzen Person einbezogen ist, kommt auch seine Geschichte, seine Emotionalität, seine Dynamik mit ins Spiel. Auch der Therapeut steht immer wieder in Situationen, die in ihm Übertragung aufkommen lassen, auch wenn er in seiner Eigentherapie seine Biographie gut durchgearbeitet hat. *Ferenczi* hat hierfür 1909 den Begriff der „*Gegenübertragung*“ eingeführt. „Es werden damit jene Gefühle des Therapeuten für die Patienten bezeichnet, die ihren Ursprung in der Vergangenheit und in den unbewußten Einstellungen des Analytikers haben“ (*Battagay 1971, 138*).

„Alte Konflikte und Neigungen treten hervor, die in der eigenen Analyse durchgearbeitet und überwunden schienen. Bestimmte Verhaltensweisen der Analysanden können spezifisch und in diskreter Weise eine unbewußt betonte Spannung im Analytiker auslösen“ (*Morgen-*

thaler 1969, 9). Der Gegenübertragung ist in der neueren analytischen Literatur sehr viel Beachtung geschenkt worden (Parin 1960; Heimann 1964; Loch 1965; Racker 1978; Neyraut 1976). Freud selbst hat das Konzept wenig verwandt und nicht systematisch ausgearbeitet, weil er es dem der Übertragung prinzipiell gleichstellte. Mit *Iljine* (1942, 34) ziehen auch wir es vor, von der Übertragung des Therapeuten zu sprechen, wenn dessen Eigenproblematik soweit unbearbeitet ist, daß sie als „notorische Übertragung“* in allen möglichen Kontexten auftritt; weiterhin, wenn durch die Arbeit mit einem Patienten Eigenproblematik in einer Weise angesprochen wird, daß sie aktualisiert wird, *unbewußt* bleibt und vom Therapeuten agiert wird.

Derartige Übertragungen des Therapeuten sind in soweit *echte* Übertragungen, als sie unbewußt bleiben und erst durch die aus ihnen resultierenden Konflikte von ihm erkannt werden oder in einer Kontrollanalyse zum Vorschein kommen.

Wir möchten den Begriff der Gegenübertragung für die Übertragungsregungen reservieren, die im Therapeuten durch die augenblickliche Befindlichkeit und Thematik des Patienten angeregt werden und in ihm aufkommen**. In dem Moment, in dem der Patient das Behandlungszimmer betritt, verändert sich die Szene. Sie wird neu konstituiert, indem der Patient seine Realität, seine innere Welt mit in den Raum bringt. Diese berührt den Therapeuten, bezieht ihn ein, bringt in ihm analoge oder divergierende Regungen zum Schwingen. Es geschieht das, was Freud so treffend beschrieben hat: der Arzt „soll dem gebenden Unbewußten des Kranken sein eingenes Unbewußtes als empfangendes Organ zuwenden, sich auf den Analysierten einstellen wie der Receiver des Telefons zum Teller eingestellt ist.

Wie der Receiver die von Schallwellen angeregten elektrischen Schwankungen der Leitung wieder in Schallwellen verwandelt, so ist das Unbewußte des Arztes befähigt, aus den ihm mitgeteilten Abkömmlingen des Unbewußten dieses Unbewußte, welches die Einfälle des Kranken determiniert hat, wiederherzustellen.“ (1912, „Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung“ G. W. 8, 381 f). Der Arzt soll also imstande sein, „sich seines Unbewußten in solcher Weise als Instrument bei der Analyse zu bedienen“ (ibid., S. 382). In dieser Form also verstehen wir Gegenübertragung als die Reaktion —

*) Annie Reich (1951; 1960) hat mit ihrer Unterscheidung in *akute* und *permanente* Gegenübertragungsreaktionen schon eine ähnliche Differenzierung eingeführt, wie sie hier mit der Unterscheidung von *notorischen* und *spontanen* bzw. *evoozierten* Übertragungen gegeben wird.

***) Vgl. die gute Übersicht zur Gegenübertragungs-Diskussion bei Kernberg (1978).

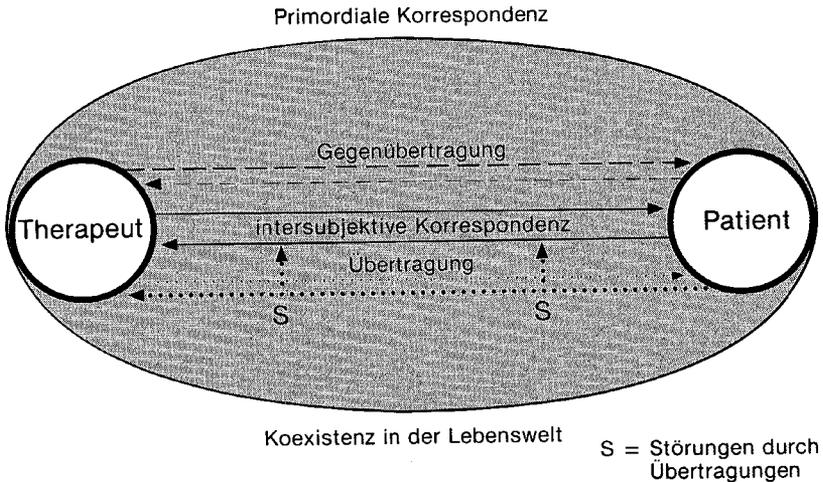
nun nicht nur allein des Unbewußten — des Therapeuten auf das, was der Patient ihm vermittelt. Die Gegenübertragung ist im Unterschied zur Übertragung und in Sonderheit zur notorischen Übertragung davon gekennzeichnet, daß sie unmittelbar oder doch nur mit kurzer Verzögerung im Bewußtsein des Therapeuten als solche erscheint nämlich als Empfindungen und Schwingungen, die von ihm eindeutig als vom Patienten übermittelt wahrgenommen werden. Die Gegenübertragungsreaktionen können deshalb als Seismograph des therapeutischen Geschehens betrachtet werden. Sie sind eine empathische Fähigkeit, die sich des biographischen Materials, der lebensgeschichtlichen und professionellen Erfahrung des Therapeuten bedient, und nicht Ausdruck eigener, unbearbeiteter Konflikte oder „blinder Flecken“ (W. Steckel). Dies schließt nicht aus, daß die Übertragung des Therapeuten und seine Gegenübertragung nicht Berührungspunkte haben oder zuweilen die Grenzen dieser Phänomene fließend sind. Es ist weiterhin möglich, daß auch auf Seiten eines feinfühligem Patienten Gegenübertragungsreaktionen zum Therapeuten aufkommen können, wenn spürbare Eigenproblematik des Therapeuten im Patienten Gefühle und Reaktionen aufkommen lassen, von denen er weiß, daß sie zwar seinen biographischen Hintergrund berühren, aber eigentlich nichts mit ihm zu tun haben.

Die feine Wahrnehmung solcher „evozierten Übertragungen“ erfordern die Eigenanalyse des Therapeuten, denn nur sie gewährleistet die Trennschärfe zwischen der Evokation und eigenem Material. Sie bildet weiterhin die Voraussetzung dafür, daß nicht Widerstände und Abwehrmechanismen an Punkten einsetzen, denen sich der Therapeut aufgrund unverarbeiteter Eigenproblematik nicht nähern kann. Man kann *Freud* voll und ganz zustimmen, wenn er bemerkt, „Daß jeder Psychoanalytiker nur so weit kommt, als seine eigenen Komplexe und inneren Widerstände es gestatten, und [wir] verlangen daher, daß er seine Tätigkeit mit einer Selbstanalyse beginne, und diese, während er seine Erfahrungen an Kranken macht, fortlaufend vertiefe. Wer in einer solchen Selbstanalyse nichts zustande bringt, mag sich die Fähigkeit, Kranke analytisch zu behandeln, ohne weiteres absprechen“ (1910, „Die zukünftigen Chancen der analytischen Therapie,“ G. W. 8, 108). Diese Aussage kann für jedes dynamisch orientierte Verfahren gelten, so auch für die klassische Gestalttherapie und die Integrative Therapie, die der Gestaltanalyse als Lehranalyse zentrale Bedeutung beimessen.

Zusammenfassend kann man sagen, daß in der therapeutischen Beziehung die Übertragung des Patienten, die Übertragung des Therapeuten und die Gegenübertragung bestimmende Elemente sind, die den

Prozeß „intersubjektiver Korrespondenz“ beeinflussen, indem sie Begegnung und Auseinandersetzung stören, hindern oder in ganz bestimmter Weise prägen und verändern.

Abbildung 3:
Dimensionen der therapeutischen Beziehung



Entweder findet die Begegnung nicht auf partnerschaftlicher Ebene statt oder die Auseinandersetzungen haben eine feindselige Qualität oder führen zu vorschneller Angepaßtheit und Unterwerfung. Auch die für Korrespondenzprozesse kennzeichnende „direkte Kommunikation“ kann nicht ungestört ablaufen, weil der freie Fluß von Wort und Antwort, die Ko-respondenz, kontaminiert wird. Weiterhin ist ein hohes Maß an Haben-Relationen durch die Übertragung gegeben, so daß wirkliche Verbundenheit nicht entstehen kann. Das primordiale Milieu der Koexistenz und Bezogenheit, das hinter jeder zwischenmenschlichen Beziehung steht, ja allen Beziehungen in der Lebenswelt zugrunde liegt, kann nur aufscheinen und für das Leben *Sicherheit* und *Sinn* freigeben, wenn die Beziehung sich auf der Subjektebene entfalten kann als Beziehung zwischen Menschen, die eine volle Identität in voller Verbundenheit leben können.

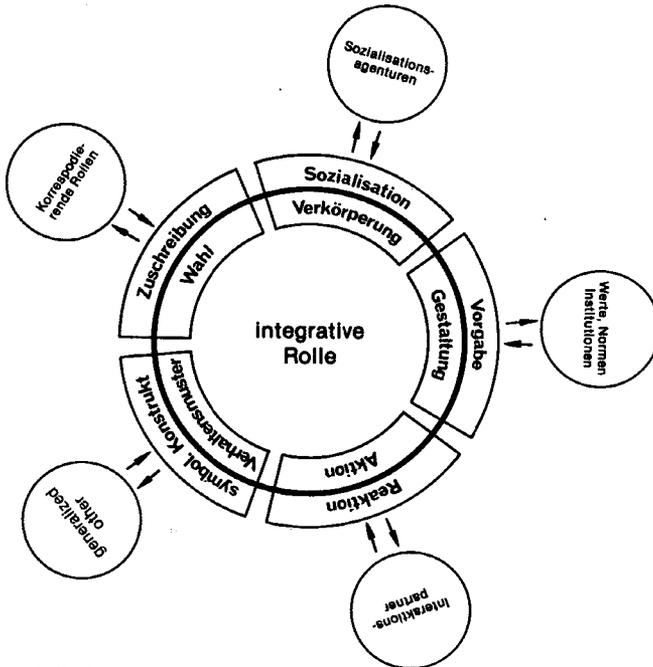
7. Rollen des Therapeuten

In unserer Überlegung zur Rolle des Therapeuten werden wir *nicht* von einer „Rolle als Mitmensch“ sprechen. Das Mitmenschsein ist der Rolle vorgeordnet. Diese repräsentiert immer nur Aspekte menschli-

chen Erlebens und Handels. Menschsein heißt, Leib-Subjekt sein, und dieses ist die Grundlage aller Rollenverkörperung. So ist denn der Therapeut in jeder Rolle, die er für den Klienten verkörpert, Mitmensch; denn die Rolle ist nicht etwas Aufgesetztes, eine Maske, sondern sie ist in jedem Moment, in dem sie gespielt wird, ein Stück von ihm, wenn auch nicht gleichbedeutend mit seiner gesamten Identität, weil diese mit ihren Konstituenten *Leib, Kontext, Kontinuum* und den sich darin manifestierenden Rollen „mehr und etwas anderes ist als die Summe dieser Rollen.“

Wenn wir von der Rolle des Therapeuten reden, so beziehen wir uns auf einen Rollenbegriff, der wie das Identitätskonzept *integrativ* ist, (Mathias, Petzold, 1981). Rolle ist nicht nur, wie die Mehrzahl der soziologischen und sozialpsychologischen Rollentheorien vertreten, „die Gesamtheit der *Verhaltenszuschreibungen* bzw. -*erwartungen*, die an eine bestimmte Position (Status) gerichtet werden“ (Darendorf 1965; Wiswede 1978) sondern sie wird auch durch die *Verkörperung* dieser

Abbildung 4: Modell einer integrativen Rolle
(aus Petzold 1979 a, 49)



Modell einer integrativen Rolle

Zuschreibungen konstituiert (Petzold 1979 a, 47-58). Rollen können nicht jenseits des interaktionalen bzw. korrelationalen Feldes verstanden werden, in dem sie sich manifestieren. Rollen werden in der Sozialisation durch die Sozialagenturen *vermittelt* und vom Leibsubjekt *verkörpert*. Die Vorgabe von Werten, Normen, Institutionen wird also individuell gestaltet. Diese Vorgaben haben den Charakter symbolischer Konstrukte, denen des „*generalized other*“ (Mead), welche sich in konkretem Verhalten niederschlagen. Die vermittelnden Sozialagenturen sind konkrete Interaktionspartner, auf die das Leibsubjekt reagiert oder zu denen hin es agiert. Somit ergeben sich beständig Konfigurationen von korrespondierenden Rollen, in denen Zuschreibungen und Annahmen oder Abweisungen, d. h. Akte der Wahl, erfolgen.

In der therapeutischen Beziehung sind demnach die wechselseitigen Rollenzuschreibungen von Interesse und die Frage, welche Verkörperungen erfolgen, d. h. welche Zuschreibungen *angenommen*, *abgewiesen* oder über Differenzierungen und Gegenreaktionen *verändert* werden. Die Komplementarität, die im Rollenbegriff liegt, die Tatsache, daß es sich um eine „Rollenkonfiguration“ handelt, Rollen im Spiel, ist von entscheidender Wichtigkeit; denn aus ihr folgt, daß die Rollenverkörperung von Seiten des Therapeuten auf der Seite des Patienten einen Gegenpart hat (*counter role*, Moreno 1946). Und noch etwas gilt es zu beachten: das Rollenspiel zwischen Therapeut und Klient vollzieht sich in einem sozialen Kontext. Es sind nicht nur die individuellen Erwartungen und Verkörperungen, die zum Tragen kommen, sondern auch die aus dem übergeordneten Kontext stammenden Rollenzuschreibungen werden wirksam. Der Klient, der in Not und Hilflosigkeit zum Therapeuten kommt, schreibt ihm die Rolle des Helfers und Heilers noch einmal persönlich zu, die der Therapeut durch seine Profession auch schon vom gesellschaftlichen Kontext her übertragen bekam. Der Therapeut wiederum bestätigt noch einmal persönlich die Rolle des hilflosen Patienten, — auch wenn er von seiner theoretischen Position her etwas anderes tun will —, wenn er ihn in Behandlung nimmt, mit ihm ein Arbeitsbündnis schließt; denn in diesem Bündnis geht es in der Mehrzahl der Fälle primär um die Überwindung von Hilflosigkeit und Mangel, die Heilung von Schäden und Störungen. Er bestätigt damit, was der Patient in seiner Rollenzuschreibung aus dem gesellschaftlichen Kontext schon erfahren hat. In der Therapie müssen, wie gezeigt wurde, diese festen und sich perpetuierenden Rollenkonfigurationen aufgehoben werden, d. h., daß die Erwartungen des Klienten an den Therapeuten sich nach und nach verändern müssen und umgekehrt. Dies kann nicht zuletzt dadurch geschehen, daß der Therapeut im Verlaufe des therapeutischen Prozesses die Verkörperungen

von Rollen verändert, die ihm der Patient zuschreibt, was mit einem Wandel seiner Verhaltenserwartungen an den Patienten einhergeht, die diesem neue Formen der Verkörperung ermöglichen.

In der Folge seien einige typische Rollenkonfigurationen von Therapeut und Patient aufgezeigt.

7.1 Helfer und Heiler — Hilflöser und Kranker

Diese Konstellation kennzeichnet in der Regel die Initialsituation und -phase einer Therapie. Der Patient kommt in Not und erwartet Hilfe, und der Therapeut ist prinzipiell bereit, die Hilfe, die in seinen Möglichkeiten steht, zu geben. Dabei ist entscheidend, daß möglichst bald klar wird, was an faktischer Hilfsbedürftigkeit vorhanden ist, und welche Möglichkeiten noch intakt und ungenutzt sind. Es ist abzuklären, ob der Mensch, der sich in die therapeutische Situation begibt, im *Patienten-* oder *Klientenstatus* ist (vgl. Abb. 2, S. 266).

In unserer Arbeit verwenden wir die Begriffe *Klient* und *Patient* nicht synonym, sondern nach folgendem heuristischem Konzept: Kommt ein Ratsuchender in die Praxis, so wird in einem Gespräch mit ihm geklärt, inwieweit er in der Lage ist, sein Leben selbst zu steuern, wie groß oder bedeutsam die Bereiche sind, in denen er oder über die er die Kontrolle verloren hat.

Ist der Verlust an Kontroll- und Steuerungsfunktionen so groß, daß er sein Leben nicht mehr ohne schwerwiegende Störungen selbst regulieren kann, sondern massive *Hilfe* braucht, erhält er den *Patientenstatus*. Den *Klientenstatus* zu erreichen, wird ein erstes Therapieziel.

Klienten sind in der Lage, ihre Lebenssituation noch eigenständig zu regeln und Verantwortung für ihr Handeln zu übernehmen. Sie brauchen in ihren Schwierigkeiten eine *Hilfestellung*. Dem *Patienten* kann nur in dem Maß seiner Belastungsfähigkeit Verantwortung für sich zugemutet werden, insoweit nämlich seine Kontroll- und Steuerungsfähigkeiten noch erhalten sind. Diese Fähigkeiten allerdings sind zu nutzen, um keine Hospitalisierungserscheinungen zu bewirken oder den Patienten kränker zu machen, als er tatsächlich ist. Den Unterschied zwischen der Rolle des Therapeuten, Klienten und Patienten zu nivellieren, verwischt m. E. in ungueter Weise die Realität und verhindert deshalb wirkliche Emanzipation. Das Intersubjektivitätsideal darf nicht mit Uniformität verwechselt werden oder zu einer oberflächlichen Egalisierung führen, im Gegenteil, es fordert Unterscheidung von Verschiedenheit. Wo wirkliche Hilfe gebraucht wird, wo der Patient an der Dynamik aus seinem Innenraum oder aus seinem Umfeldes *leidet*, muß der Therapeut — oft im Verein mit der Institution, in der er

arbeitet — die notwendige Hilfe geben. Je nachdem welche der „Säulen der Identität“ (vgl. S. 235) beschädigt oder beeinträchtigt sind, besteht diese Hilfe in der Sorge um die Leiblichkeit (1), die Sorge um materielle Sicherheit (4), Hilfen im Bereich von Arbeit und Leistung (3) und das Bereitstellen eines tragenden sozialen Kontextes durch die interpersonale Beziehung (2), wodurch auch die Säule der Werte (5) eine Stütze erfährt. Die in den einzelnen Bereichen notwendig werdenden Hilfen modifizieren natürlich auch die Charakteristik der Helferrolle und der korrespondierenden Patientenrolle. Wo immer der Therapeut sich auf die Helferrolle fixiert, und Dinge für den Patienten leistet, die dieser selbst schaffen könnte, verhindert er Selbständigkeit und Gesundung.

7.2 Elternfigur — Kindposition

In der Therapeut-Patient-Konstellation wird auf der strukturellen Ebene häufig eine Eltern-Kindbeziehung nachgebildet. Dies ist besonders der Fall, wenn die Familienbeziehungen des Patienten defizitär oder gestört waren oder seine gegenwärtige Situation ihn in eine solche Hilflosigkeit gebracht hat, daß er in eine Kind-Situation regrediert. Der Therapeut wird damit Übertragungsfigur und das umso mehr, je stärker er die zugeschriebene Rolle verkörpert, d. h. die Übertragung annimmt. Für die *Nachsozialisation* bei einer defizitären Entwicklung von Identität ist die Übernahme der Elternrollen von Seiten des bzw. der Therapeuten unerlässlich, (vgl. *Kohuts* Konzepte der „Spiegelübertragung“).

Nun aber ist die Elternrolle keine fest umschriebene Stereotype. Mit *Moreno* (1962) könnte man eher von einem „Rollencluster“ sprechen, denn Vater und Mutter agieren in den verschiedensten Rollen, und sie verändern diese mit dem Wachsen der Kinder, d. h. mit den sich dabei wandelnden Rollenerwartungen. In der therapeutischen Beziehung ergeben sich ähnliche Prozesse. Die Festschreibung auf einen Aspekt der Elternrolle bedeutet ein Perpetuieren neurotischer Fixierung und, im analytischen Sinne, „das Spiel des Patienten spielen“. Jede Rollenlage muß im Zeitkontinuum den Prozessen von Wachstum und Veränderung unterworfen sein, sonst tritt Stagnation an die Stelle von Lebendigkeit. Die Veränderung in der Qualität der Elternrollen kann als Indikator für den Fortgang der Therapie gewertet werden. Dabei wird es oftmals notwendig sein, daß der Therapeut von sich aus den ersten Schritt macht, d. h. die Rollenverkörperung gegenüber der Verhaltenserwartung variiert. Dies kann bis zum Entzug einer korrespondierenden Rolle und der Weigerung, in der Rollenkonfiguration weiter zu spielen, gehen, immer vorausgesetzt, daß der Klient diese Intervention

ertragen kann. Der Support, den die Elternrolle gewährleistet, kann erst verringert werden, wenn der Klient genügend Stütze in sich selbst hat.

7.3 Berater — Ratsuchender

Klienten und zum Teil auch Patienten suchen Therapeuten oftmals mit der Zielsetzung auf, Rat zu erhalten. Sie schreiben dem Therapeuten die Rolle des „Experten“ zu. Aufgrund seiner professionellen Kompetenz, seinem Sachwissen und seiner Erfahrung kann der Therapeut diesem Anspruch durchaus nachkommen, sofern das Ratsuchen nicht Teil eines neurotischen Spieles ist, wenn nämlich eigentlich gar kein Rat gewünscht wird, sondern der Patient/Klient andere, *verdeckte Anliegen* hat. Häufig begegnet man allerdings einer eigenartigen Ideologie, die dieses grundsätzlich als Faktum unterstellt. So entsteht die paradoxe Situation, daß Berater in erster Linie damit beschäftigt sind, keinen Rat zu geben. Es wird damit die erwartete Rollenkonfiguration gestört und das durchaus nicht zum Wohle des Klienten. Das „Ratverweigerungsspielen“ wird dann oft noch durch das so praktische Konzept des *Widerstandes* legitimiert, und so geht ein kostbares Potential an Zeit und Motivation verloren. In jeder therapeutischen oder Beratungssituation findet sich auf Seiten des Patienten und Klienten ein echtes Anliegen, Rat zu erhalten, selbst wenn es durch Übertragungsphänomene getrübt ist. Hier geht es nicht darum, zu verweigern, sondern zu differenzieren und zu trennen und beiden Anteilen oder genauer der doppelten Rollenerwartung, die sich in einer solchen Interaktion zeigt, zu entsprechen.

7.4 Lehrender — Lernender

Auch dieser Konstellation begegnen wir. Der Therapeut ist durch seine Eigentherapie, durch seine Arbeit mit zahlreichen Menschen, durch seine theoretischen Studien und sein eigenes Bemühen, sich selbst im Lebensganzen zu verstehen, oftmals Wege gegangen, die der Patient noch nicht gegangen ist — wobei dies auf keinen Fall als selbstverständlich unterstellt werden darf. Gerade jüngere Therapeuten oder solche, die ein Verfahren praktizieren, das keinen Selbsterfahrungsanteil hat, besitzen oft eine weitaus schmalere „personale Kompetenz“ als ihre Patienten und können von diesen in vieler Hinsicht lernen. Wenn also bei entsprechender personaler, sozialer und professioneller Kompetenz (*Petzold, Sieper 1976; Petzold, Lemke 1980*) der Therapeut die Rolle des Lehrenden verkörpern kann und, wo indiziert, auch soll,

bleibt er durch die Charakteristik des Korrespondenzprozesses doch immer Lernender. Er macht mit jedem Patienten, in jeder Situation neue Erfahrungen, selbst wenn Anklänge an vorgängige Erfahrungen vorhanden sind, weil die Therapiesituation ein Ort „schöpferischer Freiheit“ (Walter 1977) ist. Eine Festschreibung der hier angesprochenen Rollenkonfigurationen erweist sich dann auch manchmal als fatal. Der Therapeut kommt in die Rolle eines *Gurus*, den die Klienten nie erreichen können, demgegenüber sie sich immer inferior fühlen müssen. Es wird ihnen dadurch versagt, ihre eigenen Möglichkeiten zu entfalten, ihren Weg zu gehen und eine eigene, prägnante Identität zu entwickeln, die nicht nur Abbild seines Ideals ist. Die Therapeuten, die ihre Größenideale und ihre Macht Tendenzen und die dahinter stehenden Defizite nicht durchgearbeitet haben, stehen in der Gefahr, ein *Guru* oder ein beherrschender Besserwisser zu werden, der seine Klienten zur Amplifikation der eigenen, im Grunde defizitären Identität, mißbraucht. Besonders Therapeuten mit eigenen, primärnarzißtischen Störungen, die nicht ausreichend bearbeitet wurden, stehen in dieser Gefahr (Battegay 1978).

7.5 Partner — Partner

Über die Partnerschaftlichkeit in der Therapie ist sehr viel geschrieben worden, sehr viel an Ideologie. Partnerschaftlichkeit setzt ein gut Teil an gleicher Potenz voraus. Pseudopartnerschaft schadet mehr als sie nutzt. Sie geht an der Realität des Patienten vorbei, überfordert ihn und läuft Gefahr, daß er eine „Pseudofestigkeit“ aufbaut, die ohne tragfähiges Fundament ist. Partnerschaft muß wachsen. Sie ist Ausdruck von Korrespondenzfähigkeit und Intersubjektivität. Dabei ist es durchaus möglich, daß in Teilbereichen der therapeutischen Arbeit Partnerschaftlichkeit herrscht, in anderen hingegen noch ein großes faktisches Gefälle vorhanden ist.

7.6 Freund — Freund

Therapie ist keine Freundschaft, wenn sie von der Intensität der Beziehung auch einer solchen durchaus gleichgestellt werden kann. Die Aspekte von Arbeit, Leistung und Entlohnung, die im therapeutischen Rahmen eine wichtige Rolle spielen, stehen dem Konzept der Freundschaft entgegen. Das schließt allerdings nicht aus, daß es Ebenen gibt, auf denen der Therapeut dem Klienten freundschaftlich zugetan ist und umgekehrt. Die Beziehungsqualität kann zuweilen freundschaftliche Züge annehmen. Jedoch handelt es sich meist um eine „Freundschaft-

lichkeit in der Distanz“. Gegen Ende eines therapeutischen Prozesses, der positiv verlaufen ist, und in dem ein „Aufeinanderzuwachsen“ von Therapeut und Klient geschah, ist zuweilen ein Übergang in eine Freundschaft möglich. Es ist aber mit großer Sorgfalt darauf zu sehen, daß es sich dabei nicht um das Ausleben einer (Gegen-)übertragungsreaktion von Seiten des Therapeuten handelt oder um einen Widerstand von ihm gegen den Schmerz, den der Abschluß einer Therapie mit sich bringt, oder daß ein Stück Restübertragung von Seiten des Klienten agiert wird und auch er Abschiednehmen vermeidet.

8. Rollenfunktionen und Interventionsstrategien

In den beschriebenen Rollen handelt der Therapeut immer wieder in bestimmter Funktion und in der Verfolgung therapeutischer Ziele, die sich aus seinem Konzept ergeben und die er gemeinsam mit dem Patienten erarbeitet hat. Wir können diese Handlungsweisen als „Interventionsstrategien“ bezeichnen. Interventionen sind Maßnahmen zur Strukturierung einer Situation im Sinne vorgegebener Zielsetzungen. Folgende Funktionen und Stile seien kurz beschrieben:

8.1 Katalysieren

Das wichtigste Instrument der Therapie ist der Therapeut. Dies gilt nicht nur im Hinblick auf die „interpersonale Diagnostik“, das empathische Spüren des anderen und das differenzierte Wahrnehmen der eigenen Reaktionen auf den Patienten und auf den Kontext sondern auch im Hinblick auf die Wirkung des Therapeuten als therapeutisches Agens. Der Therapeut wird mit seiner ganzen Person zur *Intervention*, nicht nur mit seinen Worten oder Gesten. Er verkörpert ganzheitlich das, was er dem Klienten vermitteln will: „The medium is the message“ (McLuhan 1968; vgl. Petzold 1977 b). Die Funktion des Therapeuten als „Medium“, über das das therapeutische Geschehen verläuft, ist von S. Ferenczi und ihm folgend von S. Freud (1909, GW 8, 54 f) als die eines „katalytischen Ferments“ bezeichnet worden. Perls (1980) verwendet den Begriff des „Katalysators“ schon etwas anders. Die Funktion des Katalysators übernimmt der Therapeut durch seine Art dazusein. An ihm klären sich die Gedanken und Gefühle des Patienten. Dies geschieht aber nicht – wie im Vergleich *Freuds* – in einem chemischen Prozeß auf der Ebene der Objekt- oder sachlich-funktionalen Relationen sondern als interpersonales Geschehen. An der Prägnanz der Identität des Therapeuten vermag der Klient Klarheit und Festigkeit zu gewinnen und mehr und mehr an eigener Identität

aufzubauen. Die Funktion des Katalysierens erfordert beim Therapeuten Wertschätzung gegenüber dem Klienten, Klarheit und Konsistenz in seinen Zielsetzungen und Handlungen. Sie setzt die Integrität seiner Persönlichkeit und eigene Integrationsarbeit, d. h. eine eigene Analyse, voraus (Vööbus 1975).

8.2 Facilitating

Perls hat in seinem Spätwerk den Begriff der *Therapie* häufig durch den Begriff des *Wachstums* und den Begriff des *Therapeuten* durch den des *Facilitators* ersetzt. Der Therapeut wird zu jemandem, der Wachstumsprozesse fördert (*facilitates growth*). Im Wachstumsprozeß konvergieren die autochthonen Potentiale des Organismus mit den Einflüssen der Umwelt. Wachstum bedeutet *Lernen durch Erfahrungen*, die in einem organischen Prozeß der Integration von Binnen- und Außenrealität gemacht werden.

Der Begriff des „*facilitating*“, der auch im Bereich der klientenzentrierten Gesprächstherapie Verbreitung gefunden hat, kennzeichnet die vielleicht wichtigste Interventionsform des Therapeuten. Es handelt sich um Maßnahmen, die darauf abzielen, *Erfahrungen* im weitesten Sinne des Wortes zu fördern und zu erleichtern: den Ausdruck zurückgehaltener Emotionen, verborgener Phantasien, verdrängter Wünsche und Ängste, das Wagen von neuen Kommunikationsformen, den Gewinn von Einsicht, das Fällen von Entscheidungen. *Facilitating* bedeutet, den Klienten mit geringsten Hilfen die Dinge selber tun und finden lassen. Es geht immer vom Impuls des Klienten aus und strukturiert Situationen so, daß er seine Schritte selbst tun kann. Es ist der Rhythmus des Patienten, der für die Dynamik der Therapie maßgeblich ist und nicht der Rhythmus des Therapeuten. Eine Einsicht zur Unzeit, eine Erkenntnis, die noch nicht getragen werden kann, ein Emotionsausbruch, der noch nicht integriert werden kann, schaden zuweilen mehr als daß sie nützen, ja gefährden unter Umständen sogar den Patienten. Obwohl in der Therapie oftmals sehr emotionsintensive Prozesse ablaufen, gilt für das „*facilitating*“ dennoch der von Perls aufgestellte Grundsatz: „*Don't push the River, it flows by itself*“. Der Therapeut übernimmt keine Arbeit für den Klienten sondern verfolgt einen *mäeutischen* Weg. Dieser Interventionsstil findet bei fast allen Patienten Resonanz, es sei denn, diese seien so eingeschränkt und zurückgezogen, daß diese feine Art der Hilfestellung nicht mehr wahrgenommen wird oder nicht ausreicht (z. B. bei manchen Frühgestörten), oder sie sind in einem derartigen Widerstand, daß keine Möglichkeit des Zuganges auf diese Weise erschlossen werden kann.

8.3 Stützen

Die supportative Funktion des Therapeuten ist in allen Phasen des Therapieprozesses von hervorragender Bedeutung. Ohne Stütze, ohne ein tragendes Fundament in der Beziehung, kann kein therapeutischer Prozeß gelingen. Der Begriff des *Supports* stammt aus der klassischen Gestalttherapie und wird hier in einem weitergefaßten Sinne verwendet, nämlich als *all die Möglichkeiten, die das Individuum zur Wahrung und Entfaltung seiner Identität zur Verfügung hat* (vgl. Schneider 1981).

Die Quellen des Supports liegen im Individuum selbst und in seiner relevanten Umgebung. Je weniger das Individuum auf Hilfen aus dem Umfeld angewiesen ist, und je mehr Potentiale es selbst zur Verfügung hat, desto geringer ist seine Anfälligkeit gegenüber Krisen, die durch den Entzug oder die Verminderung von Außenhilfen ausgelöst werden können.

Perls (1980) formuliert als ein wichtiges therapeutisches Ziel die Reduktion von Umweltsupport (*environmental support*) zugunsten von *self-support*.

Das kleine Kind ist von Umweltsupport abhängig; seine Primärgruppe, die ihm Wärme, Nahrung und Schutz gibt, ist für es lebenswichtig. Im Verlauf der Entwicklung lernt der Mensch, sich Wärme, Nahrung, Schutz und, was immer er auch sonst noch benötigen mag, mehr und mehr selbst zu besorgen, sofern er nicht in einer infantil-regressiven Versorgungshaltung beharrt. Man kann grundsätzlich aussagen, daß Gesundheit und Krankheit mit dem Maß von Umwelt- gegenüber Selbstsupport korrelieren. Ein kranker Mensch benötigt ein hohes Maß an Umweltsupport. Ziel seiner Gesundung wird es sein, seine Fähigkeiten und Möglichkeiten, sich selbst zu erhalten und zu versorgen, aufzubauen. Auf die konkrete psychotherapeutische Situation bezogen heißt das, daß der Therapeut für einen leidenden Menschen, einen Menschen mit schwerwiegenden Problemen und Konflikten zunächst einmal ein supportatives Klima bereitzustellen hat. Nur in einem Klima von Vertrauen, Angenommensein, Wärme und Angstfreiheit können sich Wachstumsprozesse vollziehen. Der Aufbau eines solchen Klimas, das der intersubjektiven Grundhaltung des Therapeuten entspricht, steht am Anfang jeder therapeutischen Situation. Je schwerwiegender die Beeinträchtigungen des Patienten sind, desto intensiver muß der Support sein, der gegeben wird. Das darf aber nicht dazu führen, daß dem Klienten die Bereiche, in denen er sich noch selbst regulieren und selbst erhalten kann, entzogen werden, wie dies oftmals in kustodialen psychiatrischen Einrichtungen der Fall ist. Vorhandene

Möglichkeiten des Self-supports durch Umwelt-support zu ersetzen oder auch nur nicht zu nutzen oder zu fördern, bedeutet, das Gesamtpotential des Klienten gravierend zu reduzieren.

Wenn wir von supportativen Interventionen sprechen, so sind darunter nicht nur Maßnahmen zu verstehen, die den Klienten in defizitären oder defekten Bereichen stützen und entlasten (*Battegay 1978; Rhode-Dachser 1978*), sondern in gleicher Weise Maßnahmen, durch die noch vorhandene Fähigkeiten der Selbstregulation und Selbstbestimmung erhalten, gefördert und aufgebaut werden können. Das setzt voraus, daß die diagnostische Optik in gleicher Weise auf das „healthy functioning“ wie auf das „abnormal functioning“ (*Latner 1973*) gerichtet sein muß.

Genau wie der integrative Ansatz im Hinblick auf die Therapie sich nicht auf eine *reparative* und *konservierende* Zielsetzung beschränkt, sondern eine *evolutive*, auf die Entfaltung der Persönlichkeit gerichtete Tendenz hat, so beschränkt er sich in der Diagnose nicht auf das Feststellen pathologischer Veränderungen (*Petzold, Berger 1977, 455*). Der ganze Mensch wird angesehen mit seinen Potentialen, aktuellen Möglichkeiten und aktuellen Defekten. Erst auf einem solchen Hintergrund wird eine Entscheidung über das Maß supportativer Interventionen sinnvoll. Um die Gefahr der Überprotektivität, die in einem stützenden Interventionsstil liegt, zu bannen, muß eine weitere Interventionsstrategie eingeführt werden, die wir als „Strategie der gezielten Verselbständigung“ bezeichnen möchten.

8.4 Gezielte Verselbständigung

Eine ausschließlich supportative Therapeutenhaltung führt auf Dauer dazu, daß der Patient seinen Subjektcharakter verliert und zum Objekt wohlmeinender, aber letztlich abträglicher Hilfe wird. Soll der Patient nicht nur passiv-rezeptiv bleiben, sondern eigeninitiativ werden, so sind Maßnahmen notwendig, die eine gezielte Verselbständigung möglich machen. Die erste Voraussetzung hierfür ist eine Therapeutenhaltung, die derartige Entwicklungen zuläßt, ohne sie durch Apriori-Bewertungen zu verhindern oder durch ein mangelndes Zutrauen in die Fähigkeiten des Patienten gar nicht erst entstehen zu lassen.

Es ist weiterhin erforderlich, daß der Therapeut zwischen infantilen Supportwünschen und dem lebensnotwendigen Maß an Support unterscheiden lernt, das der Patient in seiner aktuellen Krisen- und Krankheitssituation braucht. Nur auf der Grundlage einer stützenden Beziehung, in der der Patient die Stabilität findet, die ihm noch fehlt, sind

Strategien der gezielten Verselbständigung sinnvoll. Ohne diese Grundlage können sie für ihn eine massive Gefährdung darstellen.

Wir haben den Begriff der „*skillfull frustration*“ aus der klassischen Gestalttherapie (Perls 1980) hier mit „*gezielter Verselbständigung*“ wiedergegeben. Die bewußt eingesetzte und therapeutisch indizierte Frustration bildet nur ein Element im Prozeß der Entwicklung von self-support. Die Verweigerung von Hilfen, um die ein Patient ansucht, kann von ihm als Frustration erlebt werden, eine Frustration allerdings, die bei „richtiger Dosierung“ ihm die Möglichkeit gibt, neue Erfahrungen zu sammeln, z. B. die, daß er sich selbst helfen kann.

In dem Maße, in dem sich der Therapeut weigert, supportative Funktionen zu übernehmen, wird der Klient gezwungen, sich um andere Lösungsmöglichkeiten zu bemühen. In ähnlicher Weise dienen Interventionsstrategien wie zum Beispiel Konfrontation und paradoxe Intention (Frankl) der Verselbständigung.

8.5 Konfrontation

Konfrontation bedeutet das Nebeneinanderstellen zweier Realitäten mit dem Ziel des Vergleichs, des Bewertens und der Auseinandersetzung. Dies aber setzt voraus, daß der Patient in der Lage ist, dem Vergleich standzuhalten, die Bewertung zu ertragen und im Prozeß der Auseinandersetzung durch die Konfrontation seine eigene Position zu modifizieren.

Konfrontative Deutungen sind durchaus nicht immer massiv. Sie haben keine feindselige Qualität sondern repräsentieren das *Realitätsprinzip*. Jede Form der *Deutung*, sei sie nonverbal oder eine Interpretation durch das Spiel, hat konfrontierenden Charakter. Es wird die Realitätsauffassung des Therapeuten — nicht etwa die Realität! — neben die oder gegen die Realitätsauffassung des Klienten gestellt. Erst dann beginnt die Arbeit, nämlich ein Korrespondenzprozess, in dem Konsens gefunden wird. Eine Fremddeutung halten wir nur für zulässig, wenn sie der Klient nicht passiv hinnimmt sondern sich über ihren Sinn mit dem Therapeuten auseinandersetzt. Nur dann kann es geschehen, daß sie für ihn wirklichen und vollen *Sinn* erschließt.

8.6 Paradoxe Interventionen

Diese Art der Intervention (z. B. Symptomverschreibung) macht dem Klienten das Dysfunktionale und Absurde in seinem Verhalten deutlich, und auch das setzt voraus, daß der Patient in der Lage ist, diese Erkenntnis zu ertragen und sie darüberhinaus für sich fruchtbar umzusetzen. Frustrierende, konfrontative und paradoxe Interventio-

nen mit der Zielsetzung der Verselbständigung sind nur dann sinnvoll, wenn eine tragfähige Beziehung zwischen Therapeut und Klient besteht, wenn der Klient wirklich erfahren hat, daß der Therapeut ihn wertschätzt, und er deshalb derartige Interventionen nicht als persönliche Kränkungen auffassen muß, sondern als spezifische Hilfen des Therapeuten akzeptieren und für sich nutzen kann.

8.7 Verstärken

Eine weitere, sehr wesentliche Möglichkeit der gezielten Verselbständigung ist das Vermitteln positiver Erfahrungen und das Verstärken erwünschter Verhaltensweisen durch den Therapeuten oder die Gruppe. Wir machen von dieser Möglichkeit Gebrauch, allerdings ohne in ein rigides verhaltenstherapeutisches Kontingenzschema zu verfallen.

Die Aufmerksamkeit, die der Therapeut dem Klienten schenkt, die Zuwendung, die er ihm gibt oder entzieht, all dies hat natürlich bekräftigende Wirkung besonders, wenn man das Spiel der Übertragung und der Abwehr mit berücksichtigt. Mit Verstärkung zu arbeiten fällt in den Bereich supportativer Interventionen, deshalb gelten die zu diesem Punkt gemachten Ausführungen.

8.8 Stimulieren

Im therapeutischen Prozeß geht es oft darum, Erleben anzuregen, Anreiz zu bieten, sich auf Situationen und Menschen einzulassen, Angebote zu machen, auf die der Klient reagieren kann. Je stärker der Antrieb des Klienten eingeschränkt ist, desto notwendiger ist es, stimulierende Angebote zu machen. Aber auch bei Klienten, die noch ein verhältnismäßig breites Erlebens- und Verhaltensspektrum haben, kann die stimulierende Funktion sinnvoll sein, so etwa in Selbsterfahrungs- oder Wachstumsgruppen durch die Arbeit mit kreativen Medien oder in Gruppen mit Formen dramatischer Therapie durch das eigene kreative Mitspielen. Techniken wie der „Magic Shop“ (Petzold 1979 a, 251 ff) oder die „Zukunftsprojektion“ (ibid, S. 198 ff) können hier als Beispiel dienen.

8.9 Evozieren

Wo immer vergangene Szenen die Gegenwart bestimmen, Fixierungen Entwicklungen verhindern, unverarbeitete Traumata den Lebensvollzug beeinträchtigen, kommt der evokativen Funktion des Therapeuten Bedeutung zu, denn die Vergangenheit verliert ihre zwingende Macht über die Gegenwart, wenn sie noch einmal durchlebt und damit

verarbeitet werden kann. „Jedes wahre zweite Mal ist die Befreiung vom ersten“ (Moreno 1924). Der Therapeut muß die evozierende Kraft seiner Persönlichkeit kennen und einzusetzen wissen. Er muß sich bewußt sein, welche Übertragungen er auslöst und wie er sie handhaben kann. Er muß schließlich ein Instrumentarium evokativer Techniken zur Hand haben, um diese in entsprechenden Situationen indikations-spezifisch einzusetzen.

9. Die Gruppe als Therapeut

In den bisherigen Ausführungen wurde im wesentlichen auf die therapeutische Beziehung zentriert, die in der Dyade verläuft. Dies, weil sie paradigmatisch für alle anderen Formen therapeutischer Beziehungen ist, ganz gleich, ob sie in der Triade (Therapeutenpaar, Patient), in der Gruppe oder in der therapeutischen Wohngemeinschaft verlaufen; denn die Konstituierung einer Matrix, in der Grundvertrauen aktualisiert, gewonnen und bekräftigt werden kann, in der Identität gestärkt und Sinn vermittelt wird, in der sich Intersubjektivität realisieren kann und in der spezifische Therapieziele verfolgt werden, muß in jedem der genannten Konstellationen bzw. Settings erfolgen. Dennoch kann die Gruppe eine eigene Qualität im therapeutischen Geschehen gewinnen. Sie ist ja nach dem Synergieprinzip „mehr und etwas anderes als die Summe der Mitglieder“. Sie kann „als Ganzes“ den Aspekt „der großen Mutter“ (Battegay 1977) oder der „schützenden, ordnenden Vaterinstanz“ (Petzold 1969) gewinnen. Die Übertragung auf die Gruppe oder von der Gruppe auf einen Einzelnen — und gleiches ist auch von der Übertragung auf die Institution z. B. das Krankenhaus zu sagen — kann, wenn sie nicht erkannt wird, zu Komplikationen in der therapeutischen Arbeit führen: Festschreibung von Dependenz und Regression oder bei negativer Übertragung überschießende Aggressivität, zuweilen Flucht durch Fernbleiben von der Gruppe oder Therapieabbruch. Das heilende Potential der Gruppe ist beachtlich, da in ihr besonders leicht frühe Szenen evoziert werden. Die Intensität multipler Zuwendung, Stütze oder Konfrontation ist besonders hoch. Es müssen diese Kräfte allerdings richtig gelenkt und kanalisiert werden. An die katalysierende Funktion des Therapeuten, seine Aufgaben als *facilitator* und an seinen Mut zur Konfrontation werden besonders hohe Anforderungen gestellt.

Die Beziehung des Patienten zur Gruppe spielt sich aber nicht nur auf der Übertragungsebene ab, sondern es vollziehen sich direkte Korrespondenzprozesse. Der Klient begegnet der Gruppe als Ganzer. Er setzt sich mit ihr auseinander und sie mit ihm. Es wird damit die Trans-

ferwirkung in das Außenfeld gefördert, denn viele Klienten haben ja gerade in sozialen Gruppen Schwierigkeiten.

Neben dem Aspekt der Gruppe als Ganzheit ist auch der der Einzelrelationen zwischen den Gruppenmitgliedern zu beachten. Moreno (1932) hatte in seiner ersten Charakterisierung der gruppentherapeutischen Methode formuliert, daß für sie kennzeichnend sei, „daß ein Mensch zum therapeutischen Agens des anderen wird“. Die lateralen Übertragungen, die nach und nach durch Korrespondenzprozesse in intersubjektive Beziehungen umgewandelt werden, ermöglichen vielfältige Vergegenwärtigungen alter Szenen und der mit ihnen verbundenen Gefühle.

Die Gruppe als korrelationales Feld mit der Vielfalt möglicher Beziehungen und dem sich darin manifestierenden Reichtum möglichen Sinnes erfordert vom Patienten aber schon ein gutes Maß an Differenzierungs-, Begegnungs- und Beziehungsmöglichkeit und an Identitätsstärke, so daß sie nicht für jeden indiziert ist oder die Kombination mit einer Einzeltherapie notwendig wird; denn mit der Vielfalt steigen auch die Unsicherheit und Angst und bleiben die tiefen Abwehrformationen intakt oder verstärken sich noch. Kann in einem solchen Falle durch eine stützende Gruppenatmosphäre und ein Aufhellen dieser Prozesse keine Entlastung geschaffen werden, so wirkt die Gruppe nicht heilsam sondern zerstörend, oder es wird eine vordergründige Pseudofestigkeit und Angepaßtheit erzeugt, die bei wirklichen Belastungen nicht trägt.

Schlußbemerkung

Die Fragen, die sich mit der Rolle des Therapeuten und der therapeutischen Beziehung verbinden, sind außerordentlich komplex, handelt es sich doch um das Kernstück jeder dynamisch orientierten Psychotherapie. Es muß deshalb eigentlich der theoretische und methodische Gesamtrahmen des Verfahrens entfaltet werden, um die wesentlichsten Dimensionen aufzuzeigen. Sie alle zu erfassen, dürfte kaum möglich sein, wie die ständige Überarbeitung dieses Themas in der Psychoanalyse zeigt. Im Sinne unseres theoretischen Ansatzes ist dies auch weder notwendig noch wünschenswert, denn in jeder neuen Situation, in jeder neuen Begegnung eröffnen sich neue Kontexte und neue Horizonte, die durch die jeweilige persönliche Geschichte des Patienten auftauchen und im Hier-und-Jetzt als dem Schnittpunkt von Kontext und Kontinuum jeweils neue und einmalige Gestalt gewinnen oder, wie ich es, Perls paraphrasierend, einmal ausgedrückt habe: „*There is no end to integration and there is no end to creation*“. Dies ist die Essenz der therapeutischen Beziehung.

Literatur

- Balint, M. 1957; Der Arzt, sein Patient und die Krankheit, Klett, Stuttgart.
- Barg, M. 1977; Self-disclosure as a growth-inhibiting agent, *Voices* 3, 53-54.
- Battagay, R. 1976; Psychoanalytische Neurosenlehre, Huber, Bern.
- Battagay, R., 1977. Der Mensch in der Gruppe, 3 Bde. Huber, Bern.
- Battagay, R., 1978. Narzissmus und Objektbeziehungen, Huber, Bern.
- Battagay, R., Trenkel, A., 1978; Die therapeutische Beziehung unter dem Aspekt verschiedener psychotherapeutischer Schulen, Huber, Bern.
- Baumann, A. 1980; Versuch der Veränderung zu therapeutischen Wohngruppen in der Nichtseßhaftenarbeit, in: *Petzold, Vormann* (1980) 372-390.
- Beckmann, D. 1974; Der Analytiker und sein Patient, Huber, Bern.
- Besems, Th. 1977 a; Philosophisch-anthropologische Bemerkungen zur Integrativen Therapie/Gestalttherapie, *Intergrative Therapie* 3/4, 176-187.
- Besems, Th. 1977 b; Integrative Therapie als Ansatz zu einer kritischen Gestalttherapie, *Integrative Therapie* 3/4, 189-193.
- Buber, M. 1962; Werke, Bd. I Schriften zur Philosophie, Ich und Du, Heidelberg
- Bubolz, E. 1979; Methoden kreativer Therapie in einer integrativen Therapie mit alten Menschen, in: *Petzold, Bubolz* (1980) 342-383.
- Cohn, R. 1975; Von der Psychoanalyse zur Themenzentrierten Interaktion, Klett Stuttgart.
- Chomski, N. 1968; Language and mind, Harcourt Brace, New York.
- Derrida, J. 1979; Grammatologie, Suhrkamp, Frankfurt, 1979.
- Deutsch, F. 1947; Analysis of postural behavior, *Psychoanal. Quart.* 16, 195-213.
- Erikson, E. 1974; Identität und Lebenszyklus, Suhrkamp, Frankfurt.
- Ferenczi, S. 1964; Bausteine zur Psychoanalyse, Huber, Bern, 4 Bd.
- Forer, B. 1969; The taboo abainst touching in psychotherapy, *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 6, 225-231.
- Foucault, M. 1971; Die Ordnung der Dinge, Suhrkamp, Frankfurt.
- Foucault, M. 1973; Die Archäologie des Wissens, Suhrkamp, Frankfurt.
- Foucault, M. 1974; Die Ordnung des Diskurses, Hanser, München.
- Frech, H., Fromm, I. 1980; Gedanken zu Traum und Übertragung, *Gestalt-Bulletin* 1, 78-87.
- Freud, S. 1940-1952; Gesammelte Werke, 18 Bd., Imago, London, Bd. 18, Fischer Frankfurt 1968; die Edition seit 1960 bei Fischer.
- Freud, S., Breuer, J., 1895; Studien über Hysterie, GW 1, 77.
- Freud, S. 1905; [1901]; Bruchstücke einer Hysterie-Analyse, GW 5, 163.
- Freud, S. 1905; Über Psychotherapie, GW 5, 13.
- Freud, S. 1910; Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie, GW 8, 104.
- Freud, S. 1912; Zur Dynamik der Übertragung, GW 8, 364.
- Freud, S. 1912; Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalyt. Behandlung, GW 8, 376.
- Freud, S. 1914; Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse: II Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten, GW 10, 126.
- Freud, S. 1937; Die endliche und die unendliche Analyse, GW 16, 59.
- Glover, E. 1955; The technique of psychoanalysis, International Universities Press.
- Greenson, R. 1966; That „impossible“ profession, *J. Amer. Psychoanal. Assn.* 14, 9-27.
- Greenson, R. 1975; Technik und Praxis der Psychoanalyse, Klett, Stuttgart
- Grimshaw, A. D. 1969; Sociolinguistics and the Sociologist, *American Sociologist* IV, 4.
- Hartig, M., Kurz, U. 1971; Sprache als soziale Kontrolle, Suhrkamp, Frankfurt.
- Hartmann-Kottek, L. 1976; Schwerpunkt Gestalttherapie im Grenzbereich der Psychiatrie, *Psychother. med. Psychol.* 29, 1-3
- Heidegger, M. 1957; Sein und Zeit, Niemeyer, Tübingen, 8. Aufl.

- Heimann, P. 1964; Bemerkungen zur Gegenübertragung, *Psyche* 28, 489-495.
- Heinl, H., *Spiegel-Rösing, I.* 1978; Integrative Gestalttherapie und Orthopädie, *Integrative Therapie* 1, 58-65.
- Heinl, H., *Petzold, H. G.* 1980; Gestalttherapeutische Fokaldiagnose und Fokalintervention, *Integrative Therapie* 1, 20-57
- Husserl, E. 1963; Cartesianische Meditationen, Martinus Nijhoff, Den Haag.
- Ilijine, V. N. 1933; Was ist Sobornost?, *Orient und Okzident* 13, 1-9.
- Ilijine, V. N. 1942; Therapeutisches Theaterspiel, Sobor, Paris, (russ.).
- Ilijine, V. N. 1972; Das Therapeutische Theater, in: *Petzold (1972)* 168-176.
- Jaquenoud, R., *Rauber, A.* 1980. Intersubjektivität und Beziehungserfahrung in der integrativen Gestalttherapie, Graduirungsarbeit Fritz Perls Institut, Düsseldorf; erscheint in: *Beihefte zur Integrativen Therapie* 1981, Junfermann, Paderborn.
- Jourad, S. 1968; *Disclosing man to himself.* Van Nostrand, Princeton.
- Keil, E. 1980. Die therapeutische Wohngruppe im Strafvollzug, in: *Petzold, Vormann (1980)* 391-403.
- Kernberg, O. F. 1978; Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus, Suhrkamp, Frankfurt.
- Kohut, H. 1969; Die psychoanalytische Behandlung narzißtischer Persönlichkeitsstörungen, *Psyche* 23, 321-348.
- Latner, J. 1973; *The Gestalt Therapy Book*, Julian Press, New York.
- Leutz, G. A. 1974; *Psychodrama — Theorie und Praxis*, Springer Heidelberg.
- Lévi-Strauss, C. 1950; Introduction à l'oeuvre de Marcel Mauss, in: *M. Mauss, Sociologie et Anthropologie*, Paris, P. U. F.
- Lévi-Strauss, C. 1964; *Das Wilde Denken*, Suhrkamp, Frankfurt.
- Levin, L. S., *Shepherd, I. L.* 1976; The role of the therapist in Gestalt Therapy, *Counseling Psychologist* 4, 27-30.
- Lorenzer, A. 1969; Sprachzerstörung und Rekonstruktion, Habil. Schr., Univ. Frankfurt, Suhrkamp, Frankfurt 1970.
- Lowen, A. 1975; *Bioenergetics*, Coward Mc Cann, New York.
- Luhmann, N. 1968; *Zweckbegriff und Systemrationalität*, Mohr, Tübingen.
- Mathias, U. 1980; Gestaltkindertherapie als integrativer Ansatz, Paper auf dem 7. Internationalen Kongress f. Gruppenpsychotherapie, 3.-8. Aug. Kopenhagen.
- Mathias, U., *Petzold, H.* 1981. Die Entwicklungspsychologie und Rollentheorie J. L. Morenos, Junfermann, Paderborn.
- Marcel, G. 1968; *Sein und Haben*, Schöningh, Paderborn; *Être et Avoir*, Paris 1935.
- Marcel, G. 1978; Leibliche Begegnung, in: *A. Kraus, Leib, Geist, Geschichte*, Hühig, Heidelberg
- Maslow, A. H. 1967; Isomorphic interrelationships between knower and known, in: *Matson, Montagu (1967)*.
- Masterson, J. 1972; *Treatment of the borderline adolescent: A developmental approach*, Wiley, New York.
- Masterson, J. F. 1976; *Psychotherapy of the borderline adult*, Brunner & Mazel, N.Y.
- Matson, F. W., *Montagu, A.* 1967; *The human dialogue*, Free Press, New York.
- Maurer, Y. A., *Petzold, H. G.* 1978; Die therapeutische Beziehung in der Gestalttherapie, in: *Battegay, Trenkel (1978)* 95-116.
- May, R., *van Kaam, A.* 1963; Existential theory and therapy, in: *Masserman, J.* Current psychiatric therapies, Grune & Stratton, New York 1963.
- McLuhan, M. 1967; *The medium is the message: an inventory of effects*, New York.
- Menniger, K. 1958; *Theory of psychoanalytic technique*, Basic Books, New York.
- Merleau-Ponty, M. 1942; *La structure du comportement*, P. U. F., Paris; dtsh. *Die Struktur des Verhaltens*, de Gruyter, Berlin 1976.

- Merleau-Ponty, M. 1945; *Phénoménologie de la perception*, Gallimard, Paris; dtsch. *Phänomenologie der Wahrnehmung*, de Gruyter, Berlin, 1966.
- Merleau-Ponty, M. 1964; *Le visible et l'invisible*, Gallimard, Paris.
- Merleau-Ponty, M. 1969; *La prose du monde*, Gallimard, Paris.
- Montagu, A. 1974; *Körperkontakt*, Klett.
- Moreno, J. L. 1946; *Psychodrama*, Vol. I. Beacon House, Beacon; dtsch. Junfermann, Paderborn 1981.
- Moreno, J. L. 1959; *Gruppenpsychotherapie und Psychodrama*, Thieme, Stuttgart.
- Moreno, J. L., *Within*, E. S. 1932; *Application of the group method to classification*, New York.
- Morgenthaler, F. 1969; *Aspekte der Anwendung der Psychoanalyse*, Jahrbuch der psychoanalyse, Huber, Bern.
- Mowrer, O. *The new group therapy*, Van Nostrand, Princeton.
- Müller, M. 1976; *Être-au-monde*, Bouvier Grundmann, Bonn.
- Neyraut, M. 1976; *Die Übertragung*, Suhrkamp, Frankfurt.
- Parin, P. 1960; *Die Gegenübertragung bei verschiedenen Abwehrformen*, Jahrbuch der Psychoanalyse, Westdeutscher Verlag, Köln/Opladen.
- Parson, T. 1951; *The social system*, Pree Press, Glencoe.
- Perls, F. S. 1948; *Theory and Technique of personality integration*, *Am. J. Psychiatr.* 2, 564-586; dtsch. in *Perls* (1980).
- Perls, F. S. 1969 a; *Gestalt therapy verbatim*, Real People Press, Lafayette; dtsch. *Gestalttherapie in Aktion*, Klett, Stuttgart 1974.
- Perls, F. S. 1969 b; *Ego, Hunger and Aggression*, Dell, New York; dtsch. *Das Ich, der Hunger und die Aggression*, Klett, Stuttgart.
- Perls, F. S. 1969 c; *In and Out the Garbage Pail*, Real People Press, Lafayette; dtsch. *Flach*, Frankfurt 1980.
- Perls, F. S. 1969 d; *Cowichan lecture on Gestalt Therapy and Integration*, Cowichan, unpubl.
- Perls, F. S. 1980; *Gestalt, Wachstum und Integration*, Aufsätze, Vorträge, Therapiesitzungen, hrsg. von H. Petzold, Junfermann, Paderborn.
- Perls, F. S., *Hefferline, R., Goodman, P.* 1951; *Gestalt Therapy*, Julian Press, New York; dtsch. in 2 Bd. Klett-Cotta, Stuttgart 1979.
- Petzold, H. G. 1969 a; *Ein Mörike des Pinsels — Leben und Werk von Otto Marx*, *Das Tor* 10, 203-213.
- Petzold, H. G. 1969 b; *Die Kunst der Naiven*. *Das Tor* 4, 65-70.
- Petzold, H. G. 1969 c; *L'analyse progressive en psychodrame analytique*, Paris, mimeogr.
- Petzold, H. G. 1970; *Thérapie du mouvement, training relaxatif, thymopratique et éducation corporelle comme intégration*, Paris.
- Petzold, H. G. 1972; *Angewandtes Psychodrama*, Junfermann, Paderborn; 2. Aufl. 1978.
- Petzold, H. G. 1973; *Gestalttherapie und direkte Kommunikation in der Arbeit mit Elterngruppen*, in: *Petzold, H. Kreativität und Konflikte*, Junfermann, Paderborn 1973.
- Petzold, H. G. 1974 a; *Psychotherapie und Körperdynamik*, Junfermann, Paderborn, 3. Aufl. 1979.
- Petzold, H. G. 1974 b; *Leben und Werk Vladimir Iljines*, *Kyrios* 4, 253-273.
- Petzold, H. G. 1974 c; *Drogentherapie, Modelle, Methoden, Erfahrungen*, Junfermann, Paderborn; Nachdr. Klotz, Frankfurt 1980.
- Petzold, H. G. 1975; *Integrative Therapie ist kreative Therapie*, Fritz Perls Institut, Düsseldorf, mimeogr.

- Petzold, H. G. 1977 a; Thymopraktik als Verfahren Integrativer Therapie, in: H. Petzold, Die neuen Körpertherapien, Junfermann, Paderborn 1977, 252-312.
- Petzold, H. G. 1977 b; Die Medien in der Integrativen Pädagogik, in: Petzold, Brown (1977) 101-123.
- Petzold, H. G. 1978; Das Ko-responzenmodell in der integrativen Agogik, *Integrative Therapie* 1, 21-58.
- Petzold, H. G. 1979 a; Psychodrama-Therapie, Theorie, Methoden, Anwendung in der Arbeit mit alten Menschen, Junfermann, Paderborn.
- Petzold, H. G. 1979 b; Zur Ausbildung von dynamisch orientierten Bewegungstherapeuten, in: Kirchmann, E., Moderne Verfahren der Bewegungstherapie, Junfermann, Paderborn 1979.
- Petzold, H. G. 1980 a; Das Hier-und-Jetzt in Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, in: C. H. Bachmann, Kritik der Gruppendynamik, Fischer, Frankfurt 1980.
- Petzold, H. G. 1980 b; Sich selbst im Lebensganzen verstehen lernen — Erlebnisaktivierende Methoden in der Vorbereitung auf das Alter, in: H. D. Schneider, Vorbereitung auf das Alter, Schöningh, Paderborn 1980.
- Petzold, H. G. 1980 c; Integrative Dramatherapie, *Integrative Therapie* 1 (1981).
- Petzold, H. G. 1980 d; Dramatische Therapie, Hippokrates Verlag, Stuttgart.
- Petzold, H. G. 1980 e; Zur Bedeutung des Widerstandes in der Integrativen Therapie, in: Petzold, H. G., Widerstand als Konzept der Psychotherapie, Junfermann, Paderborn 1981.
- Petzold, H. G. 1980 f. Gestaltdrama, Totenklage und Trauerarbeit, in: Petzold (1980 d).
- Petzold, H. G. 1980 g; Modelle zu einer integrativen Therapie, *Integrative Therapie* 4 (im Druck).
- Petzold, H. G., Zenkovskij, B. 1968; Das Bild des Menschen im Lichte der orthodoxen Anthropologie, Edel, Marburg.
- Petzold, H. G., Sieper, J. 1976; Zur Ausbildung von Gestalttherapeuten, *Integrative Therapie* 2/3, 120-144.
- Petzold, H. G., Brown, G. I. 1977; Gestaltpädagogik, Pfeiffer, München.
- Petzold, H. G., Berger, A. 1977; Integrative Bewegungstherapie und Bewegungspädagogik als Behandlungsverfahren für psychiatrische Patienten, in: Petzold, H. G. Die neuen Körpertherapien, Junfermann, Paderborn, 1977, 452-477.
- Petzold, H. G., Heintz, H. 1980; siehe Heintz, Petzold (1980).
- Petzold, H. G., Vormann, G. 1980; Therapeutische Wohngemeinschaften, Pfeiffer, München.
- Petzold, H. G., Lemke, J. 1980; Gestaltsupervision als Kompetenzgruppe, *Gestalt-Bulletin* 1, 88-94.
- Polster, E., Polster, M. 1975; Gestalttherapie, Kindler, München.
- Racker, H. Übertragung und Gegenübertragung, Reinhard, München.
- Rahm, D. 1979; Gestaltberatung, Junfermann, Paderborn.
- Reich, A. 1951; On Countertransference, *Intern. J. Psychoanal.* 32, 25-31.
- Reich, A. 1960; Bemerkungen zum Problem der Gegenübertragung, *Jahrbuch der Psychoanalyse* Bd. I, 183-195.
- Reich, W. 1972; Charakteranalyse, Fischer, Frankfurt.
- Röttger, U. 1980; Gestalttherapie mit Herzinfarktpatienten, Graduierungsarbeit Fritz Perls Institut, Düsseldorf (ersch. in *Psychother. med. Psychol.* 1981).
- Rogers, C. A. 1967; The process of the basic encounter group, in: Bugenthal, J. F. T. Challenges of Humanistic Psychology, McGraw Hill, New York.
- Rohde-Dachser, Ch. 1979; Das Borderline Syndrom, Huber, Bern.
- Saake, E.-K., Stichtenoth, H. 1980; Das „Take-it-Haus“. Anmerkungen zur Vierstufen-therapie bei Drogenabhängigen, in: Petzold, Vormann (1980) 283-317.

- Sartre, J. P. 1942; *L'être et néant*, Paris 1943.
- Schneider, Chr. 1980 a; Integrative Familientherapie, in: *Völker, U.*, Humanistische Psychologie, Beltz, Weinheim.
- Schneider, Chr. 1980 b; Das Experiment in der Gestalttherapie, *Integrative Therapie*, 3 (1979) 192-207.
- Schneider, Chr. 1981; Skillfull Frustration, Konfrontation und Support als Interventionsstile in der Gestalttherapie, *Integrative Therapie* 1.
- Schütz, A. 1962; *Collected Papers*, Martinus Nijhoff, Den Haag, Bd. I, Bd. II, 1964.
- Shapiro, S. B. 1967; *Myself as an instrument*, in: *Bugenthal, J. F. T.*, *Challenges of Humanistic Psychology*, McGraw Hill, New York.
- Simkin, J. 1976; *Mini lectures in Gestalt Therapy*, Celestial Arts, Millbrae.
- Smith, E. 1976; *The growing edge of Gestalt Therapy*, Brunner & Mazel, New York.
- Spitz, R. 1977; *Der Dialog*, Klett, Stuttgart.
- Troisfontaines, R. 1968; *De l'existence à l'être*, Löwen.
- Trüb, H. 1949; *Heilung aus der Begegnung*, Klett, Stuttgart.
- Völker, U. 1980; *Humanistische Psychologie*, Beltz, Weinheim.
- Vööbus, K. 1975; Gegen die Psycho-Techniker oder ein Plädoyer für die Gestalt-Analyse als Einzeltherapie, *Integrative Therapie* 3/4, 102-109.
- Walter, H. J. 1977; *Gestalttheorie und Psychotherapie*, Steinkopff, Darmstadt.
- Watzlawick, P. et al. 1969; *Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien*, Huber, Bern.
- Weiner, M. S. 1978; *Therapist Disclosure, The use of self in psychotherapy*, Butterworths, Boston.
- Weizsäcker, C. F. v. 1971; *Die Einheit der Natur*, München.
- Witt, G. 1980; Kinderhäuser mit gestalttherapeutischer Begleitung, in: *Petzold, Vormann* (1980) 404-422.