

SUPERVISION

Theorie – Praxis – Forschung

Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift
(peer reviewed)

2001 gegründet und herausgegeben von:

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

in Verbindung mit:

Univ.-Prof. Dr. phil. **Jörg Bürmann**, Universität Mainz

Prof. Dr. phil. **Wolfgang Ebert**, Dipl.-Sup., Dipl. Päd., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

Dipl.-Sup. **Jürgen Lemke**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf

Prof. Dr. phil. **Michael Märtens**, Dipl.-Psych., Fachhochschule Frankfurt a. M.

Univ.-Prof. Dr. phil. **Heidi Möller**, Dipl.-Psych. Universität Innsbruck

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, Hückeswagen

Prof. Dr. phil. **Alexander Rauber**, Hochschule für Sozialarbeit, Bern

Dr. phil. **Brigitte Schigl**, Department für biopsychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Universität Krems

Univ.-Prof. Dr. phil. **Wilfried Schley**, Universität Zürich

Dr. phil. **Ingeborg Tutzer**, Bozen, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper, Hückeswagen.

www.fpi-publikationen.de/supervision

SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung

Ausgabe 02/2015

**"Kontrollanalyse" und Gruppensupervision in
"Kompetenzgruppen" - zwei unverzichtbare, aber
unterschiedliche Methoden der psychotherapeutischen
Weiterbildung in einer integrativen Perspektive.**

Hilarion G. Petzold (1993m/2015)¹

¹ 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 forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de, Information: <http://www.eag-fpi.com>). Erschienen in: *Frühmann, R., Petzold, H. G.* : Lehrjahre der Seele. Paderborn: Junfermann, 1994, S. 479-616.

Zusammenfassung: „Kontrollanalyse" und Gruppensupervision in "Kompetenzgruppen" - zwei unverzichtbare, aber unterschiedliche Methoden der psychotherapeutischen Weiterbildung in einer integrativen Perspektive (1993m/2015).

Der Beitrag stellt theoretisch und praxeologisch das Integrative Konzept der Kontrollanalyse (=Tiefensupervision im dyadischen Setting) – gegenüber dem psychoanalytischen Modell wesentlich differenzierter entwickelt – als feinkörnige Begleitung therapeutischer Prozesse mit hoher Kontinuität dar und stellt sie der Konzeption der Gruppensupervision, die „klinische Vielfalt“ bietet gegenüber. Beide Instrumente sind in der Ausbildung von PsychotherapeutInnen unverzichtbar. Der Text wird durch Beispiele aus Prozessen verdeutlicht.

Schlüsselwörter: Kontrollanalyse, Dyadische Supervision, Gruppensupervision, Praxeologie, Integrative Therapie

Summary: „Control Analysis“ and Group Supervision in „Groups of Competence“ – two indispensable, but different Methods of psychotherapy training seen in an integrative perspective (1993m)

This text is presenting in theory and praxeology the Integrative Concept of Control Analysis (=in depth supervision in a dyadic setting) which is - compared with the psychoanalytic model much more sophisticated. It is the fine grained guidance of therapeutic processes with high continuity. This is compared with the concept of group supervision, which is offering “clinical variety”. Both instruments are indispensable in the training of psychotherapists. The text is elucidated by examples.

Keywords: Control Analysis, Dyadic Supervision, Group Supervision, Praxeology, Integrative Therapy

„*Quis custodiet custodes ipsos?*“

„*Wer bewacht die Wächter?*“

1. Über makro- und mesokontextuelle Zusammenhänge von Kontrollanalyse und Supervision – Einflüsse aus dem gesellschaftlichen und dem psychotherapeutischen Feld und ihren Institutionen

„Die Analyse der fremden Erfahrung
muß immer mit der Analyse
der eigenen Erfahrung verknüpft sein“
(*Erdheim* 1982, 27).

Psychotherapeutische Ausbildung muß immer als ein „Gesamt“ gesehen werden. In ihr erfolgt die Vermittlung von *Kompetenzen* (*White* 1939), verstanden als „*Wissen und Fähigkeiten*, die zum Erarbeiten von Zielen und zu ihrem Erreichen notwendig sind“, z. B. theoretische Kenntnisse über die Entwicklung und den Aufbau der Persönlichkeit, über das Entstehen von Störungen und Erkrankungen, über die Handhabung von Interventionen usw. Weiterhin werden *Performanzen* (*Schweinsberg-Reichardt* 1985), d.h. „*Fertigkeiten* methodischer und behandlingstechnischer Art und therapiepraktische Maßnahmen zur Erreichung erarbeiteter Ziele“ vermittelt. Damit steht Psychotherapieausbildung inmitten des Theorie-Praxis-Problems, wie dies schon *Rank* und *Ferenczi* mit ihrer luziden

und auch heute noch nicht genügend gewürdigten Arbeit „Entwicklungsziele der Psychoanalyse. Zur Wechselbeziehung von Theorie und Praxis“ (1924) erkannt und gezeigt haben. Die psychotherapeutische Ausbildung soll ausrüsten für den Umgang mit Prozessen, mit „lebendigem Material“: den Gefühlen, Verhaltensweisen, leiblichen Regungen, Gedanken, Phantasien, bewußten und unbewußten Strebungen von Menschen – Patientinnen/Klienten und Therapeutinnen/Therapeuten, denn will der Psychotherapeut, will die Psychotherapeutin* nicht zur „sprechenden Attrappe“ (Moser 1989) verkommen, will er/sie nicht erstarren, wie das Glas des „undurchsichtigen Spiegels“ und nicht verletzen, wie das „Skalpell des Chirurgen“, das für seelische Prozesse sicher ungeeignet ist, so muß er/sie sich affizieren lassen. Nur so wird sie/er resonanzfähig.

Ferenczi hat es unterstrichen: „Ohne Sympathie keine Heilung!“ (Ferenczi 1988). Die Sympathie gründet in einer genuinen menschlichen Fähigkeit zur „emotionalen Ansteckung“, zur Ko-affektivität, wie die empirische Säuglings- und Kleinkindforschung etwa zum „affect attunement“ oder zum „social referencing“ zeigt (Stern 1985; Klinkert et al. 1983; Hirshberg 1990; Hornik et al. 1987). Diese Fähigkeit zur „affective resonance“ (Zeppelin, Moser 1987, 149f), zum „empathischen Engagement“ (Petzold 1969b, 1980g; Kohut 1979) oder zur „capacity for concern“ im Sinne von Winnicott (1974) macht es praktisch unmöglich, daß Therapeuten in der Behandlung resonanzlos bleiben können – und wo sie dies sind, müßte dies als Ausdruck schwerer Pathologie gewertet werden. Die Entwicklung und Verfeinerung von Resonanzfähigkeit, von „empathischer Kompetenz und Performanz“ muß deshalb ein Schwerpunkt psychotherapeutischer Aus- und Weiterbildung sein. In dieser Besonderheit, daß die Verfeinerung personaler Kompetenzen Gegenstand eines Bildungs-

* Im Interesse der besseren Lesbarkeit und aufgrund des Faktums, daß ich als Autor schreibe, und mir nicht anmaßen will, jede Aussage auch aus der Perspektive von Kolleginnen zu machen oder diese ohne die Gefahr von „Eingemeindungstendenzen“ einbeziehen zu können, verwende ich überwiegend die männliche Form, zuweilen die Doppelform, um an den Zusammenhang zu erinnern. Darum wissend, daß die Mehrzahl der Lesenden dieses Buches Kolleginnen sind, bitte ich diese, sich durchgehend angesprochen zu fühlen und meine Aussagen zuzupassen, wo und wann ihnen dies stimmig erscheint. Der Kontext dieser Fußnote erscheint mir beispielhaft: Nach meinen Erfahrungen als Supervisor und Kontrollanalytiker stehen Kolleginnen in der Psychotherapie weitaus weniger in der Gefahr, zu „sprechenden Attrappen“ zu werden als Psychotherapeuten.

prozesses ist und das eigene „reife Selbst“ mit seinen Dimensionen *Ich* und *Identität* (Petzold 1992a, 528 ff.) in den Bildungsprozeß einbezogen wird, liegt das Proprium jeder selbsterfahrungs-zentrierten Psychotherapieausbildung. Weiterhin wird für den „Umgang mit Menschen durch zwischenmenschliche Beziehung“ ausgerüstet und für die Behandlung von Menschen in konkreten Lebenssituationen, in Privatwelten des Alltags wie in institutionellen Settings. Deshalb sind auch die „Strukturen der Alltagswelt“, die „social worlds“ (Strauss 1978; Petzold, Petzold 1991) als kollektive Referenzsysteme, sind die „représentations sociales“ (Moscovici 1984; Jodelet 1989), sind Organisations- und Institutionskultur (Schreyögg 1993), ja, sind meso- und makrogesellschaftliche Verhältnisse, z. B. Zeitgeist (Petzold 1989f), Dimensionen und Themenbereiche, die in der Ausbildung von Psychotherapeuten nicht fehlen dürfen. Psychotherapieausbildung wird letztlich damit in einen *gesellschaftlichen Rahmen* gestellt, denn die krankheitsverursachenden Momente in der Biographie eines Patienten – z. B. ein gewalttätiger Vater und eine lieblose Mutter und die wirtschaftlichen Notlagen dieser Familie – müssen auf ihre *Ursachen* befragt werden:

Was hat diesen Vater so hart, diese Mutter so herzlos gemacht? Wie kamen die Notsituationen zustande? Werden solche Fragen nach den „*Ursachen hinter den Ursachen*“ (Petzold 1991c, 1993d) in Psychotherapieausbildungen angeschaut, dann weitet sich die Dimension des zu Eingang zitierten Satzes von *Erdheim*, denn die „fremde Erfahrung“ erweist sich dann oft genug als gar nicht so fremdartig, weil man „sich ebenso über die eigene kulturelle Geprägtheit, wie über diejenige des Partners bewußt werden muß“ (Erdheim 1982, 33), und dabei entdeckt man, daß man häufig den gleichen Entfremdungsmechanismen und gesellschaftlichen Verdinglichungstendenz unterworfen ist. Wenn wir uns mit „beschädigtem Leben“ (Adorno) befassen, dann müssen wir uns bewußt sein, daß wir uns in „schädigenden Zusammenhängen“ bewegen, die auch unser eigenes Verhalten beeinflussen, und deshalb gilt es, „die persönliche Verstrickung des Verhaltenswissenschaftlers mit seinem Material und die Realitätsverzerrungen, die diese ‚Gegenübertragungs-‘reaktion nach sich ziehen“ in den Blick zu nehmen (Devereux 1978, 28). Der Therapeut muß sich und sein therapeutisches Tun selbst aus „*exzentrischer Position*“ betrachten, muß seine

Aufträge und seine Auftraggeber überdenken, will er nicht in der Gefahr stehen, subtilen Anpassungsdruck weiterzugeben, sich in den Dienst von Disziplinierungsmaßnahmen zu stellen, wie dies *Berger* und *Luckmann* (1970) als Problem für die Psychotherapie aufgezeigt haben. Das kulturkritische Moment von Psychotherapie (*Dahmer* 1983, 1989; *Nitschke* 1990; *Parin* 1973; *Dreitzel* 1991; *Petzold* 1986a) wird nur aktualisiert, wenn die Frage des „doppelten Warum“ (idem 1989f) in jeder Therapie und in jeder Therapieausbildung gestellt wird.

Psychotherapieausbildung deshalb überwiegend auf den Erwerb technischer „skills“ zu zentrieren, muß als eine sehr verkürzte, ja gefährliche Optik betrachtet werden. Die Praxis der psychotherapeutischen Ausbildung, insbesondere in ihren institutionalisierten Formen, muß deshalb selbst daraufhin befragt werden, wo sie Dimensionen „multipler Entfremdung“ (*Petzold* 1987d, 1993d; *Petzold, Schuch* 1991) reproduziert. Die Kritik der psychoanalytischen Institutionen und ihrer Ausbildungspraxis von *Anna Freud* (1938) über *Balint* (1947) über *Bernfeld* (1952) bis *Cremerius* (1989) und die geringe Resonanz, die diese Kritik bewirkt hat, macht deutlich, wie sensibel – und damit auch abgewehrt – dieser Bereich ist. Unterbleibt die Frage nach den „Diskursen der Macht“ (*Foucault* 1976) in der Psychotherapie (mit ihren vermeintlichen Freiräumen) und in der Psychotherapieausbildung (mit ihrem vermeintlich „autochthonen“, emanzipatorischen Potential), so wird Psychotherapie selbst zum Herrschaftsinstrument, wie dies *Foucault* (1969) in den Schlußbetrachtungen von „Wahnsinn und Gesellschaft“ für die Psychoanalyse gezeigt hat, und es triumphiert der Konformismus (*Jacoby* 1985). Es ist wahr – Kritik in der Institution und an der Institution ist oft schwer zu ertragen, zumal, wenn sich die Institutionen in ihrer Identität noch gefährdet, noch fragil sehen.

Die Geschichte der *Freudschen* Psychoanalyse hat dies im Umgang mit Dissidenz genauso gezeigt, wie die psychodramatische Bewegung, blickt man auf die Verteidigung *morenianischer* Innovationsansprüche und die damit vorgenommene Abqualifizierung aller anderen Innovationsversuche (z. B. Z. *Moreno* 1969). Derartige Phänomene sind auch im Rahmen der Entwicklung der „Integrativen Therapie“ aufgekommen (vgl. die Auseinandersetzung *Petzold* [1978g] und *Walter* [*Walter, Walter* 1979] oder z. B. die Kritik *Signers*

[1986] an Institutionalisierungsphänomenen in der Integrativen Therapie). Es gehören derartige Entwicklungen zur *Felddynamik* der Psychotherapie und zur *Institutionsdynamik* psychotherapeutischer Institutionen. Sie können destruktive Formen annehmen, deren Leidtragende Ausbildungskandidaten, ja, Patienten sind. Sie können zu Ab- und Aufspaltungen führen, zum Zerbrechen von Institutionen, zur Neugründung „dissidenter“ Seitenlinien (Schreyögg 1993), aber auch zu Entwürfen, die die Ausgangsposition weit übersteigen (Petzold 1993n). Konflikte können aber auch innerhalb der Institution ausgetragen werden und zu konstruktiver Verarbeitung führen. Es ergeben sich zuweilen aber nach Jahren der Trennung auch erneute Annäherungen und Kooperationen (Petzold, Walter 1994). Für eine Psychotherapieausbildung gilt in Theorie, Praxis und institutioneller Wirklichkeit das Prinzip *engagierter Distanznahme*. Eine Theorie ist z. B. so gut und so schlecht wie das Wissen des Theoriebenutzers/der Theoriebenutzerin um ihre *Stärken, Schwächen* und *weißen Flecken*, eine Methode ist so gut wie das Wissen des Methodenanwenders um ihre *Möglichkeiten* und *Grenzen*.

Eine Institution oder Organisation ist so gut oder schlecht, wie die Bewußtheit der sie tragenden Personen (und das sind Lehrtherapeuten *und* Ausbildungskandidaten) über ihre konstruktiven und destruktiven Potentiale, über ihre Machtstrukturen, Liberalität und ihre Freiräume. Es stehen diese Überlegungen nicht ohne Grund im Einleitungsteil einer Arbeit zur *K o n t r o l l a n a l y s e* und zur *S u p e r v i s i o n*, denn dies sind *die* Elemente in der Psychotherapieausbildung, in denen das höchste Maß an „*Exzentrizität*“ möglich ist bzw. sein sollte. In diesen Ausbildungsabschnitten kann auch das „Paradox der Psychotherapieausbildung“ bearbeitet werden: „sich zu emanzipieren, indem man sich in Abhängigkeit begibt“, in den „Lehrjahren der Seele“ Selbst-Bewußtsein zu gewinnen, dabei aber auf das Zeugenbewußtsein des deutenden Analytikers verwiesen zu sein, Spontaneität und Kreativität zu entfalten, dabei aber der anregenden Spontaneität des Psychodramadirektors zu bedürfen, Awareness zu entwickeln, dabei aber vom begleitenden Gestalttherapeuten auf die Bereiche der Wahrnehmungsausblendungen hingewiesen zu werden – jede Therapieschule hat in der einen oder

anderen Form diese Paradoxie, und es ist unbedingt erforderlich, diese Momente der verdeckten Gebundenheit aufzulösen.

Der „supervisorische Blick“ könnte weiterhin einen Beitrag dazu leisten, die gesellschaftlichen Gebundenheiten psychotherapeutischer Institutionen in den Blick zu nehmen. Die Arbeiten von Schindler, Cremerius und Doman in diesem Buch zeigen, wie gesellschaftliche Strukturen in den „psychotherapeutischen Raum“ bzw. den „Raum der Ausbildung“ durchschlagen, und so kommt den Orten *metakritischer Reflexion* im Rahmen der Therapieausbildung besondere Bedeutung zu.

In den ersten Ausbildungsjahren, wo sowohl in der Therapiegruppe, als auch in der Lehranalyse bei vielen Verfahren regressive Momente im Vordergrund stehen, die „Heilung aus der Begegnung“, die „Gesundung aus der Beziehung“, vielleicht sogar aus einer gelingenden Bindung (und Ablösung) gewonnen wird, wo „Regressionen im Dienste der Persönlichkeitsentwicklung“ wünschenswert, ja notwendig sind, würde eine konsequente Meta-reflexion aller Prozesse *benigne Regressionen* verhindern oder zumindest stören, und es bestände die Gefahr „*maligner Progressionen*“ (Ferenczi 1932/1964, 522). Das Syndrom des „gelehrten Säuglings“ (idem 1923) ist als eine ernsthafte Gefährdung im Rahmen psychotherapeutischer Ausbildungen zu sehen, und es wird darum gehen, derartigem „infantilen Mehrleistungszwang“ (idem 1964, 285) keinen Vorschub zu leisten, denn „L e b e n s n o t“ zwingt zur „Frühreife“ (ibid.). Die psychotherapeutische Ausbildungsinstitution steht hier in einem Dilemma. Sie bietet einerseits ein regressives Setting an – und dieses ist für das Erlernen des „Handwerks der Psychoanalytikerin“, des „Handwerks des Psychotherapeuten“ aus tiefenpsychologischer und experientieller Sicht unerlässlich. Die psychotherapeutische Ausbildung verlangt in den Prozessen der Selbsterfahrung ein „Sich-Überlassen“, ein Aufgeben rationalisierender, abwehrender Kontrollen, das Sich-Hineinbegeben in einen Vertrauensraum. Auf der anderen Seite will sie kritische Wachheit fördern, und oft genug ist ja „Kontrolle besser als Vertrauen“ (Lenin). Psychotherapeutische Ausbildung will emanzipatorisches Potential fördern, ausrüsten für den Umgang mit entfremdenden Formen der Macht und der Herrschaft, gleichzeitig jedoch fordert sie Einordnung, zum Teil Unterordnung. Die im vorgegebenen Setting

entstehenden Übertragungskonstellationen zu den Lehranalytikern und auf die Institution mobilisieren idealisierende, feindselige, ambivalente, ja z. T. destruktive Emotionen, fördern die Inszenierung unbewußter Beziehungsphantasien, die Wiederholung problematischer biographischer Konstellationen. Zugleich soll aber eine differenzierte Reflexivität und Fähigkeit zur Handhabung von Emotionen gewonnen werden. Dieses Paradoxon kann auch aufgelöst werden, wenn es den die Ausbildungsinstitution tragenden Lehrtherapeuten bewußt ist und wenn der „Lehrgang des Psychotherapeuten“ prinzipiell darauf angelegt ist und sein Ziel erreicht wurde, nämlich die „tiefgreifende Durchforschung der eigenen Persönlichkeit und eine außerordentlich scharfe Kontrolle der eigenen Geistes- und Gemütsregungen“ (Ferenczi 1928/1964, 423). Das „*paradoxe Moment*“ macht es nämlich schwierig, ein psychotherapeutisches Ausbildungsinstitut nach basisdemokratischen, ja, strikt demokratischen Regeln zu organisieren. Damit ist ein spezifisches Problem verbunden, denn viele psychotherapeutische Schulen und Ausbildungseinrichtungen institutionalisieren das „Eltern-Kind-Paradigma“ der Behandlung. Die erwachsene, voll mündige Kandidatin bzw. der Kandidat begibt sich aus freier Entscheidung in die Analyse, durchläuft Phasen der Regression und kindlicher Abhängigkeit und wird – an die Verfügungsgewalt der „Eltern“ ausgeliefert – erst mit dem Abschluß (und auch der liegt in der Hand übermächtiger Instanzen) „mündig“, selbständig. Es ist keine Frage: ein Ausbildungsausschuß in einem Institut mit paritätischer Besetzung von Ausbildungskandidaten der ersten beiden Jahre und Lehrtherapeuten käme in große Schwierigkeiten – selbst wenn man bei größeren Instituten gewährleisten könnte, daß in solchen Gremien die anwesenden Lehranalytiker hier nicht mit Kandidatinnen und Kandidaten zusammensäßen, die gleichzeitig bei ihnen in Analyse sind (waren). Übertragungsdynamiken könnten hier in destruktiver Weise zur Auswirkung kommen, die ohne einen externalen Supervisor kaum gehandhabt werden können.

An unserem Institut (FPI/EAG) sitzen in allen Ausschüssen Vertreter der Ausbildungskandidatinnen und -kandidaten, die in der Endphase der Ausbildung stehen und deren Aufgabe es ist, über die Rechte der Ausbildungskandidatinnen zu wachen und ihre

Interessen wahrzunehmen. Es hat sich diese, seit ca. *zwanzig Jahren* praktizierte Form bewährt. Sie ist keine demokratische, da es sich um keine paritätische Besetzung handelt, aber sie nimmt das Prinzip des „Zeugenbewußtseins“ (Ricoeur 1969) auf, das ja auch den gesamten Selbsterfahrungsprozeß kennzeichnet. Dadurch wird das Prinzip monopolistischer „Macht“, das aus Unkontrollierbarkeit, Verschleierung, Verhinderung von Transparenz und der Kontrolle von Informationen lebt und sich aufrechterhalten kann, an dieser Stelle perforiert und zur *Synarchie* hin geöffnet (ob dies genügt, bedarf der weiteren Diskussion in der „*psychotherapeutic community*“). Es entsteht ein zusätzliches Moment der „Exzentrizität“, und es wird „Mehrperspektivität“ gewährleistet: Der Blick der Kandidaten auf Situationen kommt hinzu. Voraussetzung für eine solche Zusammenarbeit ist, daß Ausbildungskandidaten und Lehrtherapeuten als Ausbildungsausschußmitglieder mögliche Übertragungs-/Gegenübertragungskonstellationen reflektieren – untereinander, aber auch zur Institution und nicht zuletzt zur Gesamtgruppe der Ausbildungskandidaten hin. Gruppale Übertragungspänomene dürfen auf keinen Fall ausgeblendet werden. Weiterhin muß eine grundsätzliche Bereitschaft zur *Ko-respondenz* vorhanden sein, durch die *Konsens*, *Konzepte* und *Kooperationen* gefunden werden können (Petzold 1991e). Ein intersubjektives Klima kann in einem psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut nicht allein durch demokratische Mehrheitsentscheidungen gewährleistet werden, sondern auch durch die Verpflichtung auf ethische Leitprinzipien, wie z. B. das Intersubjektivitätsprinzip. Aber auch hier könnte man sagen: „Kontrolle ist besser“, denn „Wer bewacht die Wächter?“ (um an den diesem Text vorangestellten Leitsatz zu erinnern).

Zuweilen wäre an einen Außensupervisor zu denken, der nichts mit der Ausbildungsinstitution, ja, möglichst noch nicht einmal etwas mit dem Verfahren zu tun hat. Von dieser Möglichkeit wurde bislang viel zu wenig Gebrauch gemacht. (Wir haben in einer sehr schwierigen Situation in einem Ausbildungsausschuß einmal einen Familien- und Systemtherapeuten als verfahrensfremden Supervisor beigezogen – mit gutem Erfolg). *Synarchie* (idem 1992a, 500 ff.), gemeinsam verwaltete Macht in demokratischen Gremien, an denen *alle* Beteiligten teilnehmen, erfordert Mündigkeit. Die von Ausbil-

dungskandidaten in ihrer Delegiertenkonferenz in die Gremien gewählten Ausbildungskandidatenvertreter müssen gegenüber der Institution, gegenüber den Lehrtherapeuten, Kontrollanalytikern, die als Majorität in den Gremien sitzen, über „Mündigkeit“ verfügen. Dies ist keine einfache Aufgabe, und auch für die Lehrtherapeuten liegt hier ein verunsicherndes Moment, weil sie keinen Einfluß darauf haben, welche Ausbildungskandidatenvertreterinnen und -vertreter in die Gremien gewählt werden und wie kooperativ, kritisch oder konfligierend diese sich verhalten. Welche Möglichkeiten der Einflußnahme haben Ausbildungskandidatenvertreter? Welche Macht? Die von Geschäftsordnungen und Reglement zugestandene ist nicht sehr groß, aber: Sie bewachen, überwachen die Wächter und gewährleisten eine gewisse *Öffentlichkeit*. Wo aber erhalten sie Stütze?

[Als Mitglied eines solchen Ausschusses fiel mir auf, daß die Ausbildungskandidatenvertreter in hohem Maße gremiumskonform votierten und zum Teil sogar gegen die Interessen der von ihnen vertretenen Gruppe. Es war recht schwierig, diese Beobachtung so zu thematisieren, daß sie gehört wurde, um Veränderungen einzuleiten. Diese erfolgten erst, nachdem in der nächsten Legislaturperiode neue Kandidatenvertreter und Lehrtherapeuten in das Gremium kamen. Die Intervention eines Außensupervisors wäre hier wohl effektiver gewesen. Wiederum, solche Modelle bedürfen des kritischen Diskurses. Aber auch dort, wo nach demokratischen Spielregeln entschieden wird, ist die exzentrische Betrachtungsweise unerläßlich. Ein weiteres Beispiel:

In einem Ausschuß eines Ausbildungsvereins wurde unlängst bei fehlenden schriftlich fixierten Reglements „aufgrund des Druckes der Basis“, d. h. der Kandidaten, von *Lehrbeauftragten* und Kandidatenvertretern unter Abwesenheit von drei Viertel der stimmberechtigten *Lehrtherapeuten* eine Veränderung des Curriculums, u. a. eine Verkürzung der Lehranalysen beschlossen, und zwar der ohnehin nicht sehr umfänglichen Mindeststundenzahl. Das Argument, daß vorgegebene Psychotherapeutengesetz verlange eben nur eine bestimmte Anzahl von Selbsterfahrungsstunden, genügte, um eine in bald zwanzig Jahren erprobte Praxis der Handhabung von Lehranalysen in diesem Verfahren durch eine Interessengruppe unter einer Zufallskonstellation im Ausschuß „aus dem Moment heraus“ abzuändern. Fragen der persönlichen Psychodynamik, der Gruppendynamik, der Institutionsdynamik und der Felddynamik (die Regelungen des Psychotherapiegesetzes) wurden nicht thematisiert und waren nicht thematisierbar, weil – so denke ich –, Exzentrizität fehlte. Der „demokratische“ Beschluß stand, dies ist mein Eindruck, „im Dienste der Abwehr“. Auf die Idee, einen Außensupervisor auf diese Situation schauen zu lassen, kam niemand.]

Ich glaube, daß es für derartige Fragen einer Mitwirkung von Kandidaten keine glatten Lösungen gibt. Die Kontrolle der *Macht*

durch die „Wächter der reinen Lehre“ in strenger Über-Ich- bzw. Eltern-Funktion und die Verwaltung der Macht durch basisdemokratisch gewählte Gremien sind im Bereich der Psychotherapieausbildung die Lösungen nicht. Es wird vielfältige „Modelle der Zwischenschritte“ geben müssen. Um sachangemessene Entscheidungen wird immer wieder gerungen werden müssen. Es wird auch immer zu Formen des Scheiterns und Versuchen der Restitution und Aussöhnung kommen. Eines ist klar: Die Frage der Organisation psychotherapeutischer Weiterbildungsinstitutionen hat natürlich auch etwas mit den „therapeutischen Ideologien“ des jeweiligen Verfahrens zu tun. Sie beginnen erst allmählich öffentlich diskutiert zu werden. Dabei sind Möglichkeiten und Grenzen durch die Struktur des Verfahrens, durch die Dynamik in Psychotherapieausbildungen, durch Traditionen und – last but not least – durch rechtliche Organisationsformen vorgegeben. Was die jeweiligen Psychotherapiegesetze in den einzelnen Ländern dann noch auf dem Verordnungswege vorschreiben und wie dies sich in die jeweilige „philosophy“ der Ausbildungen und die „Kultur“ ihrer Ausbildungsinstitutionen (Schreyögg 1993) integrieren läßt oder ihr entgegensteht, bleibt noch abzuwarten. Die Reflexion derartiger Gegebenheiten unter einem mehrperspektivischen „supervisorischen Blick“ wird eine wesentliche Aufgabe für die Ausbildungsinstitutionen aller Schulen werden. Es wäre wünschenswert, wenn sie sich hierbei wechselseitig mit „Exzentrizität“ aushelfen würden, z. B. durch das Bereitstellen instituts- und verfahrensfremder, allerdings verfahrenübergreifend informierter Supervisoren.

2. Meso- und mikrokontextuelle Zusammenhänge von Kontrollanalyse und Supervision – Einflüsse aus dem Feld der Ausbildungsinstitution und der lehr- bzw. kontrollanalytischen Beziehungen

Wie im voranstehenden Abschnitt beschrieben, hat Psychotherapieausbildung vielfältige Dimensionen des Lehrens und Lernens, komplexe Hintergründe, Zielsetzungen und ein breites Spektrum von *Inhalten* theoretischer und praxeologischer Art. *Die Ausbildung muß*

also immer als *Gesamt betrachtet werden*, und einzelne Elemente – die Lehranalysen, Anamnesen, Supervisionen, Theorie- und Methodikseminare – sollten nur in ihrer Eingebundenheit in die Textur des Ausbildungsganzen und seines Kontextes betrachtet werden. Wir haben kurz auf den institutionellen Kontext und auf die damit verbundenen Probleme verwiesen (vgl. *Beland 1992, 19 ff.*; *Limentani 1974, 73 ff.*). Die institutionelle Gruppendynamik spielt gerade im Blick auf die Kontrollanalyse eine große Rolle. Wenn bei der *Lehranalyse* „von dem Grad des Gelingens dieser Analyse ... im allgemeinen das weitere persönliche und wissenschaftliche Schicksal des jungen Analytikers“ abhängt (*A. Freud 1938/1980, 1398*), so ist es von entscheidender Bedeutung, *was* in dieser Lehranalyse gelehrt wurde, *wie* sie verlief und wie sie gelungen ist. Ein Ort, an dem dieses Gelingen oder Mißlingen evident wird, ist die *Kontrollanalyse*, nicht zuletzt durch die in vielen Ausbildungsinstituten praktizierte Maßgabe, daß unaufgearbeitete Probleme, die den Rahmen der Kontrollanalyse überschreiten, zurück an die Lehranalyse verwiesen werden, was immer auch eine Beurteilung nicht nur der Lehranalytischen bzw. des -analytischen, sondern auch des Lehranalytikers implizieren kann und auf jeden Fall einen Eingriff in den „psychoanalytischen Raum“ der Lehranalyse bedeutet. Je größer ein psychotherapeutisches Ausbildungsinstitut ist – und es spricht sehr viel *gegen* kleine Institute mit wenigen Lehranalytikerinnen und Kontrollanalytikern, ich halte sie sogar für äußerst gefährdet, destruktive Dynamiken zu entfalten, und kenne für diese Aussage eine Reihe sehr beunruhigender Beispiele im Felde der Psychoanalyse und im Felde der Gestalttherapie – je größer die damit mögliche personelle Vielfalt wird, je größer der Umschlag durch turnusmäßige Wahlen in den Gremien ist, desto besser gelingt es, Vorurteile und maligne Gruppendynamiken zu verhindern. An FPI/EAG werden die Ausschüsse in dreijährigem Turnus aus der Gesamtheit der über 200 Lehrtherapeuten, Kontrolltherapeuten und Lehrbeauftragten gewählt, und zwar in einer Weise, daß von der „alten Besetzung“ nicht mehr als die Hälfte wiedergewählt werden können, was eine Veränderung der Ausschußdynamik ergibt. Andererseits darf das Gremium auch nicht gänzlich neu besetzt werden, um die notwendige Kontinuität der Gremienarbeit nicht zu gefährden. Durch die bundesweite, ja über mehrere europäische Länder gehende

Organisation unseres Ausbildungsinstitutes und durch die sich damit ergebende Dynamik zwischen Zentralität und Regionalität gewinnen die von *Limentani* (1974) angesprochenen Probleme, die aus Machtkämpfen opponierender Gruppen zwischen den Lehrtherapeuten für die Ausbildungskandidaten erwachsen können, eine geringere Prägnanz, so daß das Problem negativer Introjekte in Form eines „verfolgenden, inneren Analytikers“ (ibid.) auf der institutionellen Ebene bislang nicht zum Tragen gekommen ist (auf der individuellen Ebene zwischen Lehranalytiker und Lehranalytand ist es indes ein durchaus schwerwiegendes Problem, bei dem die Kontrollanalyse noch zu einer besonderen Komplikation führen kann, etwa wenn der Kontrollanalytiker entdeckt, daß in der noch laufenden Lehranalyse eine maligne Übertragungskonstellation wirksam zu sein scheint, etwa in Form eines kollusiven Musters). Wenn *Limentani* (ibid. 74) die Analysierbarkeit solcher destruktiven Übertragungsgeflechte bezweifelt, so unterschätzt er meines Erachtens das Potential, das institutionelle Supervision auch für Gremien von Ausbildungsinstituten durch „externale, exzentrische“ Kollegen bieten könnte. Daß dies unbedingt erforderlich ist (vielleicht sollte man es bei Institutionen *ohne* Rotationsprinzip gerade zu als verpflichtend installieren), zeigt der düstere Bericht von *Bruzzone, Casaula, Jimenez* und *Jordan* (1985) über „regression and persecution in analytic training: reflections on experience“. Die Kontrollanalyse, aber auch die fortlaufende Supervisionsgruppe stehen als interferierende Größen zu den Lehranalysen da, Interferenzen, die sich nicht vermeiden lassen, solange die Zahl der Kontrollstunden (an unserem Institut mindestens 100 auf mindestens 400 – 600 Behandlungsstunden) und die Zahl der Lehranalysestunden (an unserem Institut mindestens 250) in einer noch vertretbaren Ausbildungszeit absolviert werden sollen.

Allein durch die streckenweise Zeitgleichheit kann es für einen Lehranalytanden zu erheblichen Dissonanzen kommen, wenn er einen anderen Stil erfährt und faktisch erlebt (oder zu erleben glaubt), es ginge auch anders als in seiner Lehranalyse, deren Qualität er (zu Unrecht oder zu Recht – letzteres ist leider zuweilen auch gegeben) in Zweifel zu ziehen beginnt.

Schon bei *DeBell* (1963) wird auf die Problematik der Interferenz hingewiesen, die allerdings nicht dadurch gelöst wird, daß die

Lehranalyse ein zur Kontrollanalyse hin abgeschirmter Raum ist (der Lehranalytiker kommuniziert nicht mit dem Kontrollanalytiker), die Kontrollanalyse aber „Anregungen“ für die Lehranalyse, ja Verpflichtungen und Auflagen einbringen kann („Dieses Thema müssen Sie mit in Ihre Analyse nehmen. Das ist hier nicht zu bearbeiten.“). Die Problematik ist in neuerer Zeit im psychoanalytischen Feld durch *Denzler* (1988), *Vergopoulos* (1988) und *Junker* (1988) thematisiert worden, wobei mir scheint, daß das Problem der „Hermetik des psychoanalytischen Raumes“ vor dem faktischen Hintergrund der unbewußten Gruppendynamik einer Institution verkürzt gesehen wird. Dadurch, daß sich Lehranalytiker und Kontrollanalytiker kennen, umeinander wissen und der Lehranalysand/Kontrollanalysand zwischen beiden Übertragungsfeldern hin und her wechselt, ist ein „steriles Operationsfeld“ nicht möglich, sondern es ist mit dem *Faktum der unvermeidbaren intrainstitutionellen Durchlässigkeit* für bewußt und mehr noch für unbewußt transportierten Informationsfluß systematisch zu arbeiten. Ich habe – auf Wunsch eines Lehranalysanden und nach Abstimmung mit seiner Kontrollanalytikerin – mich schon in eine Situation begeben, wo mein Analysand, ich als Lehranalytiker und die Kontrollanalytikerin miteinander eine diffizile Fragestellung zur „Mehrebenenresonanz“ (s. u., Abb. 2 u. 3) einer Übertragungskonfiguration bearbeitet haben, ein Vorgang der sich als äußerst fruchtbar erwiesen hat und uns dazu ermutigte, dies – wo angezeigt – als eine durchaus nützliche Möglichkeit in Betracht zu ziehen. Ich bin als „Außensupervisor“ mehrfach zu kollegialen Klärungsgesprächen zwischen Lehranalytiker(in) und Kontrollanalytiker(in) gebeten worden (zuweilen mit Beteiligung des Lehranalysanden, der sich stets im fortgeschrittenen Ausbildungsstadium der Behandlungsstufe befand, immer jedoch mit Wissen und Billigung des Lehranalysanden). Es war jedesmal eine äußerst wichtige, in einem Falle sogar Schaden verhindernde Erfahrung.

Ich habe verschiedentlich auch auf Bitte von Kontrollanalysanden bei schweren persönlichen Verstrickungen mit Patienten bzw. Patientinnen Sitzungen zwischen diesem Therapeuten und seiner Patientin bzw. der Therapeutin und ihrem Klienten eine Reihe von Therapiesitzungen über eine Strecke „life“ begleitet – jedesmal mit sehr konstruktivem und langfristig sichtbarem Erfolg (wobei natür-

lich die Entscheidung zu einer solchen Intervention sorgfältig vorbereitet und theoretisch reflektiert werden muß, und es durchaus auch Kontraindikationen für ein solches Vorgehen gibt). Derartige Erfahrungen haben mich darin bestärkt, daß man in der Kontrollanalyse – und ein gleiches gilt für gewisse „Rituale“ von Lehranalysen und Therapien – eine positiv-kritische Distanz gegenüber starren Regeln, Traditionen und Konventionen haben muß (sie erweisen sich zuweilen nämlich als Vorurteile) und die Position einer theoriegegründeten, „methodischen Flexibilität“ vertreten sollte. Nur so kann den komplexen Dynamiken institutioneller Felder angemessen begegnet werden, ohne daß Reglementierungen als Formen der Abwehr verwendet werden, sich schwierigen Situationen zu stellen. Nur so kann man solchen Dynamiken gegenüber *Exzentrizität* gewinnen und sie in einer Art und Weise mit den Beteiligten unter Beiziehung all ihrer Kompetenzen (joint-competence-principle) bearbeiten, daß Verletzungen (*Wirbel* 1987), Therapieschäden (*Hemminger, Becker* 1985), aber auch Lehranalyseschäden – und solche gibt es leider nicht wenige, wie u. a. das bedrückende Dokument von *Dörte von Drigalsky* (1980) zeigt – verhindert werden.

Die Kontrollanalyse als ein weiterer „psychotherapeutischer bzw. psychoanalytischer Raum“ in der Ausbildung neben dem der Lehranalyse/den Lehranalysen (wir verlangen in der Integrativen Therapie die Analyse bei einem Mann *und* bei einer Frau, vgl. *Frühmann*, dieses Buch) kommt allein dadurch in eine problematische Interferenz, weil es möglich ist, daß Defizite in der Bearbeitung persönlicher Probleme durch die Lehranalyse deutlich und damit auch Defizite im Tun des Kollegen erkennbar werden, der die Lehranalyse durchführt; weiterhin, weil ungute Entwicklungen in der Lehranalyse offenbar werden, sich gar Mißbrauchssituationen abzeichnen könnten. Weil dies so sein *kann*, können unbewußte Phantasien auf seiten des Lehranalytikers entstehen, wenn sein Lehranalysand gleichzeitig in Kontrollanalyse ist (noch schwieriger wird es, wenn es sich nicht um Phantasien, sondern um Realitäten handelt). Wenn ein Kandidat bei einem noch jungen Lehranalytiker in Analyse ist und zeitgleich in die Kontrolle zu einem sehr erfahrenen und bekannten Kollegen geht (zuweilen geschieht es sogar bei kleineren Instituten, daß dieser einstmals Lehranalytiker dieses

jüngeren Kollegen war) können Leistungsphantasien und Konkurrenzphantasmen aufkommen, die zu Lasten des Kandidaten gehen können, wenn Lehranalytiker und Kontrollanalytiker sich nicht von Zeit zu Zeit im Rahmen kollegialer Treffen oder Intervisionen „unspezifisch“ (also ohne Bezug auf bestimmte Kandidaten) austauschen, d. h. sich der *realen Qualität* ihrer Beziehung versichern. Sofern solche Probleme sich zeigen, indem sie „Beziehungssymptome“ in der Relation von Kandidat zum Lehranalytiker und/oder zum Kontrollanalytiker hervorbringen – und alle Beziehungslinien müssen daraufhin angeschaut werden und können betroffen sein (vgl. Abb. 2) – ist es sinnvoll, sich „spezifisch“ auszutauschen“, indem aufgrund einer Konsensbildung zwischen Lehrtherapeut und Kandidat und einer Eingrenzung des thematischen Bereichs direkte Kontakte aufgenommen werden können. Dies ist allemal besser, als die Probleme, wie dies gemeinhin geschieht – so die Aussagen psychoanalytischer Kollegen und Lehranalytiker verschiedener Institute, mit denen ich diese Themen besprach – auszublenken oder nur auf einer Ebene – die zwischen Lehranalytiker und Analysand – anzuschauen. In der Regel wird dabei auf das Übertragungsgeschehen des Kandidaten zentriert, und mögliche Übertragungen von beiden, Lehranalytiker und Kandidat zum Kontrollanalytiker, werden nicht thematisiert, ja mit unterschiedlichen Intensitäten und Mechanismen abgewehrt. Da derartige Situationen sich ohnehin in Endphasen von Lehranalysen oder in der zweiten Lehranalyse abspielen, kann aus der Sensibilisierung für derartige Konstellationen und nach sorgfältiger Reflexion der Situation ein Kontakt mit dem „virtuellen Dritten“, wenn er „real gemacht“ wird und nicht nur im Bereich der Phantasie verbleibt, durchaus nützlich sein. Er wird dann auch keine Beeinträchtigung des analytischen Bündnisses darstellen, im Gegenteil, er wird das Vertrauensverhältnis fördern können, die Transparenz des Übertragungs-/Gegenübertragungs-/Beziehungsgeschehen erhöhen. Ich habe den Eindruck, daß das Faktum, daß diese Möglichkeit der direkten Klärung nicht häufiger in Anspruch genommen wird, mit der narzißtischen Kränkbarkeit (und den damit verbundenen Allmachts- und Größenphantasien) der Lehranalytiker zu tun hat sowie mit einem sehr befragbaren, „verdeckten Besitzanspruch“ auf den Lehranalysanden, der mit dem Argument des Schutzes des

„psychoanalytischen Raumes“ legitimiert wird und der damit Kolleginnen und Kollegen, die in der Endphase ihrer Eigenanalyse stehen, die Problemverarbeitungs-kompetenz und die Fertigkeit mit komplexen psychodynamischen Phänomenen umzugehen, in einer Art und Weise abspricht, daß sie damit auf einen „Kinderstatus“ fixiert werden. Lehranalytiker und Kontrollanalytikerin sind für den Kandidaten wichtige Vertrauenspersonen. Können sie ihm ihre Integrität vermitteln, so wird es zu keinen „Einbrüchen“ im analytischen Prozeß kommen. Außerdem werden auf diese Weise Modell-situationen der Klärung komplexer Übertragungskonfigurationen geschaffen, wie sie sich im klinischen Alltag z. B. jeder psychosomatischen Klinik und jeder psychotherapeutischen Station vielfach ergeben, wenn ein Patient bei einem Therapeuten in analytischen Einzelgesprächen ist, bei einem anderen an einer Therapiegruppe teilnimmt und vielleicht noch bei einer psychodynamisch orientierten Kunst- oder Bewegungstherapeutin an einem kreativtherapeutischen Angebot teilnimmt. Aber offenbar liegen die Dinge bei Patienten ja anders als bei Ausbildungskandidaten!

Sind aber tatsächliche Probleme (nicht nur phantasierte) in der Lehranalyse vorhanden, die dem Kontrollanalytiker zur Kenntnis kommen (ähnliches kann auch in der Interferenzlinie zwischen der Erstanalyse und Zweitanalyse oder der Erstanalyse und der gleichzeitig laufenden Ausbildungsselbsterfahrungsgruppe geschehen), so kommt es zu einer umgekehrten „Reporting-Problematik“. Glücklicherweise beginnt sich ja im Hinblick auf die Lehranalyse quer durch die Schulen die Tendenz zu einem „non-reporting-system“ durchzusetzen (Thomä 1992), d. h. daß nur vermerkt wird, daß die Lehranalyse absolviert wurde, ohne daß inhaltliche Bewertungen irgendeiner Art vorgenommen werden. Institutioneller wie persönlicher Machtmißbrauch (etwa in Verweigerung der Bescheinigung über eine „erfolgreich abgeschlossene Lehranalyse“ oder im Bestehen darauf, die Analyse eben bei diesem Lehranalytiker zu Ende zu führen usw.) werden damit vermieden, und es wird vor allen Dingen einer der wichtigsten, persönlichsten, lebendigsten Prozesse in der Psychotherapieausbildung nicht Gegenstand *externaler*, institutioneller Bewertungen, die, da sie natürlich auch internalisiert werden, gleichfalls äußerst verhängnisvolle *innere* Folgen haben können (Bernfeld 1952; Erdheim 1986; Cremerius 1986). Wie

aber steht es mit der Reporting-Pflicht des Kontrollanalytikers oder jedes Mitglieds des Lehrkörpers (nur steht der Kontrollanalytiker an einer besonders sensiblen Schaltstelle) im Hinblick auf die *Qualität von Lehranalysen*, denn es kann die Situation aufkommen, daß die kollegiale Auseinandersetzung mit dem Lehranalytiker nicht möglich ist, daß es Wiederholungen oder Häufungen von Problematiken gibt, die derart schwerwiegend sind, daß auch der „Schutz des Lehranalysanden“ gewährleistet werden muß. Loyalitätsprobleme, nicht zuletzt „invisible loyalties“ (Boszormenyi-Nagy, Spark 1981), Inter- und Intrarollenkonflikte sind hier vorprogrammiert. Man kann sie vermeiden, oder man kann sie lösen. Auf die Frage, wie dies zu geschehen habe, werden sich weniger prinzipielle als situationsspezifische Antworten finden lassen, die ihrerseits durch *Intervision*, besser noch durch externe Supervision angegangen werden sollten. Der Kontrollanalytiker ist – besonders an Instituten, die den Non-Reporting-Ansatz bei den Lehranalysen systematisch praktizieren – in eine besonders exponierte Position gelangt. Ist nämlich „dem Mythos von der Macht der Lehranalytiker weitgehend der Boden entzogen“, so liegen „die Möglichkeiten der Einflußnahme auf den äußeren Gang der Weiterbildung ... dann ausschließlich bei den Kontrollanalytikern“ (Hagedorn 1992, 86). Hagedorns wiederholte Rede vom „Mythos der Macht der Lehranalytiker“ – er sieht im Non-Reporting-System die „einzige denkbare ‚Machtausübung‘ des Lehranalytikers“ nur über „groben Mißbrauch“, z. B. Indiskretion, Brechen der Schweigepflicht als möglich an (ibid.) – kann ich nur als eine massive Verleugnung der Realität der Macht von Lehranalytikern sehen, die sie durch Status, Rolle, Funktion und als Traditionsträger und Übertragungssubjekte haben. Die *Macht* liegt also nicht nur im „Report“ für den Ausbildungsabschluß – so wichtig Abschlußgutachten auch sind.

Die *Macht* von Kontrollanalytikern liegt in gleicher Weise keineswegs nur in ihrer Gutachtertätigkeit, obwohl ihr „Report“ über die Möglichkeit des Abschlusses oder des Scheiterns der Ausbildung entscheidet und das, nachdem unter hohem Kosten- und Zeiteinsatz eine langjährige Ausbildung schon durchlaufen und die Lehranalyse absolviert wurde. Dies bringt Ausbildungskandidaten wie Kontrollanalytiker unter einen immensen Druck, etwa den, auch wenig geeigneten Ausbildungskandidaten letztendlich doch noch

ein positives Gutachten zu geben. Ob Annahme oder Ablehnung, es konzentriert sich eine große faktische Entscheidungsmacht in den Händen der Kontrollanalytiker. Wiederum: „Wer bewacht die Wächter?“ Wieweit ist z. B. ein Ausbildungskandidat genötigt, theoretische Positionen und persönliche Präferenzen des Kontrollanalytikers zu übernehmen? Wieviel Freiraum bleibt ihm, eigene Standpunkte zu entwickeln, eigene behandlungsmethodische Wege zu gehen, die *seiner* Rezeption psychoanalytischer/psychotherapeutischer Theorien und *seinen* vorgängigen Lernerfahrungen in seiner Lehranalyse und seinem klinischen Arbeitsfeld entsprechen? Der Lehranalytiker mag zu den Positionen des Kontrollanalytikers durchaus divergierende Auffassungen vertreten und weitergegeben haben, Konzepte und Orientierungen, die für *seine* Persönlichkeit, *seinen* persönlichen Stil angemessen waren. Dies alles sind schwierige Fragen.

Im Rahmen unseres Ausbildungsinstitutes wird – vom Zulassungsseminar und den beiden Zulassungsinterviews einmal abgesehen – eine erste, selegierende Schwelle mit der „Zulassung zur Behandlungsstufe“ gesetzt. Die Beurteilung der beiden Lehrtherapeuten (Mann und Frau) in der *fortlaufenden Ausbildungsgruppe* zusammen mit der kollegialen Auswertung in dieser Gruppe am Schluß des dritten Ausbildungsjahres sowie die theoretische Zwischenprüfung sind Grundlage für die Entscheidung, ob ein Kandidat mit den Behandlungen beginnen kann. Für den Abschluß der Ausbildung sind erforderlich: das Votum des Supervisors aufgrund der Teilnahme an der zweijährigen Supervisionsgruppe, wobei deren kollektive Evaluation zu berücksichtigen ist, das Votum des Kontrollanalytikers, bei Dissenz das Votum eines weiteren Lehrtherapeuten (etwa des Leiters des Seminars Supervision I, Kasuistik o. a.) – also zwei/drei Stellungnahmen von Kolleginnen und Kollegen, die den Kandidaten z. T. über lange Jahre in seiner therapeutischen Arbeit kennen. Sie bilden die Grundlagen für die Entscheidung des *Prüfungsausschusses*, den Abschluß von der praktischen Seite her zu beschließen (Falldarstellungen, Theoriekolloquium und schriftliche Abschlußarbeit sind die weiteren Elemente). Problematische Fälle werden im Weiterbildungsausschuß entschieden. An der Entscheidung dieses Gremiums nehmen die Vertreter der

Ausbildungskandidaten teil, und ihre Stimmen zählen hier wie die der übrigen Ausschußmitglieder.

Das Votum des Kontrollanalytikers ist gewichtig, aber es ist nicht das einzige. Es bleibt nicht unhinterfragt, sondern wird komplementiert durch das Votum des Supervisors mit der kollegialen Auswertung in der Supervisionsgruppe. Gegen jede Entscheidung besteht Rekursrecht des Kandidaten, d. h. es kann ein weiteres Gutachten zu seinen Kompetenzen angefordert werden. Im übrigen sind Ablehnungen in einer konstruktiven Weise zu begründen, so daß Bearbeitungs- und Verarbeitungsmöglichkeiten gegeben sind. Kontrollanalyse, zu deren wichtigen Zielen es gehört, dem *Mißbrauch von Macht* vorzubeugen, zu verhindern, daß die eigenen Übertragungen des Therapeuten den Patienten schädigen, Supervision, deren Ausgabe es ist, Mechanismen (verdeckter und offener) persönlicher und institutioneller Gewalt aufzuzeigen, um die Integrität von Patienten zu sichern ... diese beiden Instanzen psychotherapeutischer Ausbildung müssen, wenn sie ihren ureigensten Intentionen und Zielsetzungen treu bleiben wollen, selbst in äußerster Weise sensibel für die Frage bewußten und unbewußten Machtmißbrauchs von Einzelpersonen (hier des Lehranalytikers, des Kontrollanalytikers, des Supervisors) und von Institutionen (hier der Ausbildungsinstitution) sein.

An unserem Ausbildungsinstitut versuchen wir durch *Intervision* (in Lehrtherapeutentreffen), Außenberatung, kritischen Einbezug der Statements von Ausbildungskandidaten, Evaluation von Ausbildungsveranstaltungen und der Ausbildung insgesamt durch empirische Forschung (Weller, Meier-Räder 1990), etwa durch die Befragung von Ausbildungskandidaten (Buhl, Jaspersen 1982; Hendrys 1992) und Lehrtherapeuten (Frühmann 1986; Pape 1989), durch die Ermutigung von Ausbildungskandidaten, ihre Erfahrungen mit der Ausbildung in Form von Graduierungsarbeiten darzustellen – all das sind Möglichkeiten, Informationen bzw. Feedback zu erhalten – Verfestigungen, Unterwerfungsrituale, theoretische Fehlentwicklungen an FPI/EAG zu vermeiden. Es geht meiner Meinung nach nicht an, daß sich die Wächter immer nur selbst überwachen. Der Covertext eines neuen Sammelbandes über „Lehranalyse und psychoanalytische Ausbildung“ (Streeck, Werthmann 1992) ist in dieser Hinsicht dekuvierend:

„Die psychoanalytische Ausbildung und ihr Kernstück, die Lehranalyse, haben sich über Jahrzehnte in Form und Umfang zu unantastbaren Curricula verfestigt. Ihr ritueller Charakter ist unübersehbar geworden. [So weit so gut, s.c.] Erst in jüngster Zeit ist in die Ausbildungsfragen wieder Bewegung gekommen. Selbstverständlich können es sich vorerst nur ausgewiesene, international anerkannte Psychoanalytiker erlauben, die überkommenen Grundsätze in Frage zu stellen und nach Alternativen zu forschen“. Warum dieses? Warum sollen nur die Statusträger, die zur Verfestigung der Curricula beigetragen, diese formuliert haben, sich erlauben können, Grundsätze in Frage zu stellen? Und ganz eigenartig wird es dann, wenn man im – insgesamt sehr interessanten – Beitrag des Lehr- und Kontrollanalytikers *Herman Beland* (1992) liest, wie der Autor sich „fiktiv“ (S. 11) in die Rolle des Lehranalysanden begibt und dann aus dieser Position die Kriterien in Form von Wünschen formuliert, die ein Lehranalytiker, der „good enough“ ist, erfüllen sollte. Warum nicht Ausbildungskandidaten selber befragen und zu diesem Thema forschen und schreiben lassen? Bildet sich so „psychoanalytische Identität“ (*Beland* 1983)?

Kontrollanalyse und Supervision brauchen die Infragestellung nicht nur durch den „inneren Kreis“, nicht nur durch die „Peers“. Sie müssen sich auch den Fragen derer stellen, die sie „kontrollieren“ oder „supervidieren“! Die Souveränität sich in dieser Weise zur Disposition zu stellen, gefährdet den supervisorischen bzw. kontrollanalytischen Prozeß nicht, im Gegenteil, er wird dadurch bestätigt, gewinnt an Glaubwürdigkeit (*Petzold* 1989i).

3. Lehren und Lernen in Kontrollanalyse und Supervision – Themen, Fragen, Probleme

Wir setzen in der „Integrativen Therapie“ *Kontrollanalyse* und *Supervision* nicht gleich. Vielmehr sind uns diese beiden Instrumente professioneller Weiterbildung in ihrer *Unterschiedlichkeit* wichtig, auf die noch eingegangen wird. Aber es sind natürlich auch Gemeinsamkeiten vorhanden, die zuvor betrachtet werden sollen. Zunächst die, daß beide Formen professioneller Weiterbildung und Kompetenz/Performanzförderung im Rahmen der Ausbildung

von Psychotherapeuten in der „Behandlungsstufe“ stattfinden, daß beide im Hinblick auf den Ausbildungsabschluß eine evaluierende Funktion haben. Beide nehmen aus einer Metaperspektive die Arbeit mit Patienten/Klienten so in den Blick, daß sie die Persönlichkeit des Therapeuten als *Wirkfaktor* ansehen und die Kommunikationsformen des Therapeuten in ihren bewußten und unbewußten Strebungen betrachten, reflektierten, analysierten. Schließlich ruhen Kontrollanalyse und Supervision auf dem gleichen theoretischen und methodisch-praktischen Fundus des „Verfahrens“ (Petzold 1993h) auf, operieren auf diesem Grund und versuchen, die zentralen Konzepte des Verfahrens an die Ausbildungskandidaten weiterzugeben, zugepaßt auf die jeweilige therapeutische Beziehung und Patientensituation. So sind auf der Ebene der *Problemsicht, Inhalte, Ziele* und zum Teil der *Methoden* zwischen diesen beiden Wegen große Konvergenzen vorhanden. Sie stehen vor ähnlichen Problemen, etwa dem, den Ausbildungskandidaten auf die „essentials“ des Verfahrens „einzuschwören“ und auf der anderen Seite dazu beizutragen, ihn zu einem selbständig entscheidenden Therapeuten zu machen, der in der Lage ist, Verantwortung für sein Handeln und für seine Patienten zu übernehmen. Wiederum eine widersprüchliche Zielsetzung, die die schon gekennzeichnete paradoxe Dynamik der Lehranalyse fortsetzt, von der Balint (1947, 326) schrieb, sie „bietet reichlich Gelegenheit, aus einem unabhängigen Kandidaten einen begeisterten Proselyten zu machen“.

Wenn Kontrollanalyse und Supervision zu einer *kritisch-engagierten Distanz*, einer guten *Exzentrizität* zum eigenen Standort in Therapie und zum Tun mit dem Patienten befähigen sollen, dann müssen sie auch die kritische Reflexion der in Supervision und Kontrollanalyse vertretenen „favoured concepts“ ermöglichen und fördern. Dies erfordert auf seiten von Supervisoren und Kontrollanalytikern eine nicht-dogmatische Haltung, ein Wissen um die Relativität der eigenen, derzeit vertretenen Lehrmeinungen. Dies wird um so wesentlicher, wenn man sieht, daß sich zahlreiche, über Jahrzehnte als unbezweifelbar oder zumindest mit großer Sicherheit vertretene Positionen im Bereich der Psychotherapie sehr grundsätzlich gewandelt haben – man denke an die Rolle der Metapsychologie in der Psychoanalyse – oder sich sogar als äußerst strittig, ja falsch erwiesen haben – man denke an wichtige Konzepte

der klassischen, psychoanalytischen Entwicklungstheorie, etwa die Phasenlehre *Freuds* oder *Mahlers*, die sich im Lichte der modernen Baby- bzw. Säuglingsforschung (*Lichtenberg* 1983; *Stern* 1985; *Dornes* 1992; *Petzold* 1993c) so nicht mehr halten lassen. Nichtsdestotrotz werden aber derartige Phasenkonzepte in weiten Kreisen immer noch weiterverwendet. Zumindest sucht man sie zu retten. Die Positionen *Melanie Kleins* werden nach wie vor zur Grundlage umfassender Theorienbildungen für die Pathogenese gemacht, obgleich sie von seiten der Säuglingsforschung keine Stütze erfahren. Ähnlich kritische Anfragen sind an die entwicklungspsychologischen Fundamente von *Kernbergs* (1975, 1984) Borderline-Theorie zu stellen. Das zentrale Problem ist, daß aus derartigen Entwicklungstheorien weitreichende behandlungspraktische Konsequenzen gezogen werden (idem 1993, 89 ff.), daß die Gestaltung der therapeutischen Beziehung, der Einsatz der Technik auf solchen empirisch wenig bzw. nicht fundierten Annahmen und Spekulationen gründet. Das heißt auch, daß hier Patienten mit Konzepten und Instrumenten behandelt werden, deren Effizienz gar nicht so gut gesichert ist, wie dies in Therapieausbildungen oft dargestellt wird (vgl. die zum Teil vernichtenden Ergebnisse der empirischen Evaluationsforschung, *Grawe et al.* 1994). Da sich durch die vergleichende Psychotherapieforschung der Einfluß von Therapietheorie auf die Therapieziele und Therapiemethoden nachweisen läßt (*Thommen et al.* 1988; *Lohmann* 1980; *Kriz* 1985; *Huf* 1992, 94 ff.), kann man sich vorstellen, daß eine rigide Anwendung theoretischer und praxeologischer Konzepte so manchen Patienten in ein Prokrustesbett zwingt, bis hin zu schweren Schädigungen seiner Persönlichkeit – von Verhinderung von Gesundheit, von langjährigen Investitionen an Zeit, Geld und Engagement nicht zu reden (*Wallerstein* 1986; *Henry* 1992; *Strupp, Henry, Schacht* 1990). Daß die Formen psychotherapeutischer Ausbildung, die Inhalte und vor allen Dingen die Praxis des Lehrens und Lernens von Psychotherapie nachhaltige Auswirkung auf die Effizienz psychotherapeutischen Handelns haben, wird in der umfänglichen Evaluation psychotherapeutischer Wirksamkeitsuntersuchung durch die Autoren der Berner Therapievergleichsstudie deutlich.

Für die sehr gut untersuchten, psychoanalytischen Kurzzeittherapien zeigten sich nur mäßige Ergebnisse (*Grawe et al.* 1994). Im

Vergleich mit anderen Methoden, etwa Verhaltenstherapie oder Gesprächstherapie, schnitten sie deutlich schlechter ab (ibid. 211ff.). Stellt man die Frage nach dem „Warum“, wird deutlich, daß hier offensichtlich in der Therapieausbildung schlechte Modelle vermittelt wurden. In der „Vanderbilt-II-Studie“ fanden die Forscher (Strupp, Henry, Schacht 1990) z. B., daß die psychoanalytischen Therapien signifikant schlechtere Ergebnisse zeigten, die Doppelbotschaften und abwertende Kritik in ihrem Kommunikationsstil hatten. Henry (1992) konnte bei dieser Studie dann zeigen, daß dieser Kommunikationsstil erst *nach* der psychoanalytischen Ausbildung bzw. als Folge derselben ausgebildet wurde (sic!).

Grawe et al. (1994, 198) verweisen darauf, daß solche Kommunikationsformen in den von ihnen untersuchten Gesprächs- und Verhaltenstherapien „praktisch überhaupt nicht vorkommen“, und sie konkludieren: „Das Festhalten an antiquierten Ausbildungsinhalten und Ausbildungsformen, die weder das innerhalb der Psychoanalyse selbst erarbeitete, noch das anderweitig vorhandene empirische Wissen über therapeutische Wirkfaktoren für die Ausbildung förderlichen Therapeutenverhaltens nutzen, dürfte eine der wesentlichen Ursachen dafür sein, daß Anspruch und Wirklichkeit bei der psychoanalytischen Therapie so weit auseinanderklaffen, wie es bei nüchterner Betrachtung gegenwärtig der Fall ist“ (ibid.). Psychodynamische Kurzzeittherapien können aber durchaus positive Wirkungen haben, wenn Therapeuten für sie besonders geschult werden, und zwar in einer Weise, daß die als wirksam bekannte Therapiefaktoren berücksichtigt werden.

Die Metaanalyse von Crits-Christoph (1992) macht dies deutlich, denn hier hielten sich die Behandler an die entsprechenden Vorgaben von Therapiemanualen. Crits-Christoph räumt allerdings ein, daß diese positiven Untersuchungsergebnisse bei optimalen Untersuchungsbedingungen kein realistisches Abbild der durchschnittlichen psychoanalytischen Praxis repräsentieren. Dann aber ist die Konsequenz zu ziehen, eine solche Praxis herzustellen! Und hier ist eine entsprechende Ausbildung erforderlich, wie Strupp und Binder (1991; Strupp 1987) mit Recht unterstrichen haben.

Grawe et al. (1994, 770) hatten sich die Frage gestellt, wieso beim Vorliegen positiver Ergebnisstudien, systematischer, wissenschaftlicher Forschung und klinischer Konzeptbildung es „zu der eher

bescheidenen“ Wirkungsbilanz psychoanalytischer Behandlungen komme; ihre Schlußfolgerungen seien wiedergegeben:

„Wir glauben heute aufgrund einer großen Anzahl von Hinweisen, daß die Diskrepanz zwischen der Wissenschaftlichkeit, die man im psychoanalytischen Therapieansatz erkennen muß, und der objektiven Wirksamkeit psychoanalytischer Therapie wesentlich in der Ausbildung von Psychoanalytikern begründet liegt. Es findet keine Rückkoppelung zwischen den Forschungsergebnissen und der psychoanalytischen Ausbildung statt. Die Ausbildungsinhalte und Ausbildungsmethoden bleiben von den Forschungsergebnissen weitesgehend unberührt. Weil in der Ausbildung nicht die durch Forschungsergebnisse nahegelegten Konsequenzen gezogen werden, fließt das an und für sich vorhandene Wissen auch nur sehr ungenügend in die Therapiepraxis ein. Ein wesentlicher Grund dafür dürfte in der Struktur des Ausbildungssystems liegen Die Ausbildung ist von herkömmlichen Vorstellungen bestimmt und wird selbst keiner kritischen, wissenschaftlichen Überprüfung unterzogen. In der Ausbildung herrscht vielmehr eine klare Schulorientierung vor, die mit vielen der oben aufgeführten unwissenschaftlichen Praktiken der Informationsausgrenzung, inzüchtiger Kommunikation, selbstbestätigender Informationsaufnahme und -verarbeitung usw. einhergeht.

Da kann die empirische Literatur noch so voll mit Hinweisen auf dringend notwendige Veränderungen der Ausbildungsinhalte und -methoden sein, diese Information prallt an den verkrusteten Strukturen ab. Die psychoanalytische Therapie hat wohl deshalb keine bessere Wirksamkeit, weil psychoanalytische Therapeuten nicht dazu ausgebildet werden, wirksame Therapien durchzuführen. Es gibt genügend Hinweise, wie die Wirksamkeit psychoanalytischer Therapie gesteigert werden könnte, aber diese Hinweise werden nicht in die erforderlichen praktischen Kompetenzen umgesetzt.“ (ibid.)

Wie immer man zu dieser harschen Kritik stehen mag, sie kann gute Gründe für sich geltend machen und ist eine Konfrontation für *alle* psychodynamisch orientierten Verfahren, nicht nur für klassische Psychoanalyse, eine Konfrontation, die zu einem sorgfältigen Bedenken und Beforschen der jeweiligen Ausbildungssysteme Anlaß geben muß. Die Evaluation von Ausbildungen mit empirischen Mitteln findet sich nämlich kaum (für die Integrative Therapie vgl. aber *Weller, Maier-Raeder* 1990), geschweige von einer Evaluation einzelner Ausbildungselemente, etwa von Lehranalysen (ibid.). Von diesen ist im psychoanalytischen Bereich als empirische Wirkung nur gesichert, daß Therapeuten mit langen Lehranalysen in ihrer Praxis dann auch besonders lange Therapien durchführen (*Orlinsky, Howard* 1986). Die in Langzeitanalysen (300 Stunden und mehr) vermittelten dysfunktionalen Muster und Inhalte (Überbetonung von Deu-

tungen, die Überbewertung von zergliedernden Analysen biographischer Zusammenhänge usw., vgl. Wallerstein 1989), die durch sie erfolgende Förderung von Abhängigkeit und Unselbständigkeit (Orlinsky, Howard 1986) müssen genauso reflektiert werden, wie das Faktum, daß offenbar bestimmte Interventionsstile (Sachse 1992b, Henry 1992) problematisch sind. Geschieht dies nicht, wird Strupps (1992) plakative Aussage, „die klassische Analyse ist ein Auslaufmodell“, auch auf die Lehranalyse zutreffen, denn Befunde, daß nach psychoanalytischen Kriterien als besonders kompetent eingeschätzte Therapeuten besonders schlechte Therapieergebnisse erzielten (Svarterberg, Stiles 1994, Henry 1994), sind beunruhigend.

Im Bereich der Integrativen Therapie wurde stets daran festgehalten, daß die Lehranalyse bei zwei Therapeuten (einem männlichen und einem weiblichen) durchlaufen werden soll, um Abhängigkeiten vorzubeugen und die schon aufgrund der unterschiedlichen Persönlichkeiten gegebene Wirkung eines variablen Therapiestils im Sinne der Modellfunktion zu gewährleisten. Außerdem ist mit ca. 250 Stunden als durchschnittliche Regelzeit von Lehranalysen ein Format gegeben, das in der Praxis noch umsetzbar ist. Dabei finden sich bei diesem Konzept der „dyadisch“ verlaufenden Lehranalyse immer wieder fokalisierende Sequenzen, was allein schon durch das Moment der *Anschlußanalyse* gegeben ist (vgl. Petzold 1993m) und durch das Faktum, daß die Lehranalyse immer auch als therapeutische Analyse gesehen wird, also an realen Therapiebedingungen ausgerichtet ist (Frühmann, dieses Buch). Die empirische Evaluation der Ausbildung in der Integrativen Therapie (Schubert 1987; Buhl, Jaspersen 1982; Weller, Meier-Raeder 1990) ist wichtiges Moment, um Korrektive auf der Grundlage handfester Fakten zu setzen. Dabei wird die Supervision und die Ausbildung von Supervisoren selbst empirisch evaluiert (Schreyögg 1994). Die gewonnenen Korrektive sind auch systematisch in die Supervisionszeiten der Ausbildung eingebaut, indem nicht nur unkritisch an die vorgängigen Ausbildungsschritte angeknüpft wird, vielmehr sollen Kontrollanalyse und Supervision *Sicherheiten geben und Sicherheiten zugleich erschüttern*. Darin liegt eine wichtige Funktion. Sie sollen auch ermöglichen, konzeptübergreifend zu denken und zu arbeiten, zumindest innerhalb des eigenen „klinischen Paradigmas“ bzw. der eigenen „Grundorientierung“ (Petzold 1993h), besser noch,

in einer *schulenübergreifenden Perspektive*. Es ließen sich viele Beispiele dafür anführen, daß eine solche, Sicherheiten relativierende Position durchaus angebracht ist. Neben der schon genannten, fehlerhaften Entwicklungstheorie und auch verbunden mit ihrer Problematik sei auf die mangelhaften und einseitigen Theorienbildungen zur psychosexuellen Entwicklung der Frau in der Psychoanalyse verwiesen, ja die problematische bis diskriminierende anthropologische, persönlichkeits-theoretische und klinische Einschätzung der Weiblichkeit im klassischen Ansatz *Freuds* (1925, 1933), die Konsequenzen nicht nur für die Behandlung von Frauen durch Psychotherapie hatten (*Gissrau* 1990; *Lerner* 1980, 1993; *Blum* 1977), sondern die auch zu einer Benachteiligung der Frauen innerhalb der psychoanalytischen Bewegung und Institutionen führte (*Chodorow* 1987; *Rhode-Dachser* 1990; *Stephan* 1992). Der bescheiden kritisierende, kleine Beitrag der Analytikerinnen *Bell* und *Burkhardt* (1992), der bezeichnender Weise am Schluß des Bandes von *Streeck* und *Werthmann* (1992) steht, unterstreicht dies. Die Situation ist in vielen anderen psychotherapeutischen Schulen nicht besser. Im Bereich des Psychodramas, der Gestalttherapie und der Integrativen Therapie ist die Lage zumindest im Hinblick auf die Repräsentation von Ausbildungskandidatinnen und Lehrtherapeutinnen anders. Sie sind deutlich stärker vertreten (ca. 60 – 70 %) als männliche Ausbildungskandidaten und Lehrtherapeuten. Auch in den Gremien sind Verhältnisse von $\frac{2}{3}$ weiblich zu $\frac{1}{3}$ männlich die Regel. Dies aber besagt noch lange nicht, daß im Bereich der Theorienbildung das Problem der Geschlechtsspezifität bzw. -differenz (*Irigaray* 1991) gesehen, angegangen oder konstruktiv gelöst wäre (*Frühmann* 1985; *Rhode-Dachser* 1990; *Benjamin* 1990). Feministische psychoanalytische Theorien (*Alpert* 1991; *Chasseguet-Smirgel* 1974; *Mitscherlich* 1990; *von Braun* 1989; *Camenzind, von den Steinen* 1989) sind für die Theorienbildung und klinische Praxis des psychoanalytischen Mainstreams bislang nicht zur Wirkung gekommen, und ihre Rezeption ist – blickt man auf Zitierungen – mehr als schwach. Kontrollanalyse und Supervision müssen für derartige „weiße Flecken“ in der Theorienbildung sensibilisieren, müssen aktuelle, strittige Diskussionen aufgreifen und weitervermitteln. Dann werden sie ihrer Funktion gerecht, Differenzierungs- und Integrationsprozesse von Ausbildungskandidaten zu fördern, ohne daß diese damit in

Gewissenskonflikte gestürzt werden sollten, ob sie noch auf dem Boden der „reinen Lehre“ ständen oder ob sie sich schon im Bereich der „Dissidenz“ bewegen (Cremerius 1982; Rhode-Dachser 1990).

Wer Dissidenz und Sektenbildung verhindern will, der muß Ko-respondenzprozesse fördern, in denen auch die Möglichkeit zum „respektvollen Dissens“ gegeben ist (Petzold 1991e). Kontrollanalyse steht leicht in der Gefahr, zu einer „Kontrolle der Linientreue“ zu geraten. Auch wenn sie nicht als solche intendiert ist, so kann sie in dieser Weise erlebt oder phantasiert werden, und das muß Gegenstand der Metareflexion und Analyse sein. In diesem Zusammenhang ist natürlich auch die Frage nach den Grenzen von Kontrollanalyse und Supervision aufzuwerfen: Kann ein Kontrollanalytiker alle Problembereiche, z. B. des Weiblichen – seiner Kandidatin oder deren Patientin – hinreichend bearbeiten? Wo ermutigt er, für bestimmte Fragestellungen eine Kollegin aufzusuchen? Ist er in allen Bereichen der Psychopathologie mit gleicher Sicherheit zu Hause, oder wo wäre es sinnvoll, daß noch ein anderer Kollege hinzugezogen wird? In der Supervisionsgruppe können Probleme zum Teil breiter und leichter behandelt werden, weil man davon ausgehen kann, daß vielfältige Kompetenzen vorhanden sind, die sich wechselseitig ergänzen (*joint competence*) und die auch den Supervisor ergänzen, in dem, was er weiß und tut. In dieser Hinsicht sind die Ressourcen der Kontrollanalyse eingeschränkter. Ausgeglichen werden kann das in gewissem Maße durch die größeren Zeitressourcen in Kontrollanalysen und die damit mögliche, intensivere Auseinandersetzung mit den Materialien und Fakten.

Supervision und Kontrollanalyse haben die Aufgabe, den „body of knowledge“ eines Verfahrens im „Praxisbezug“ weiterzugeben. In der *Integrativen Therapie* wird es durch den schulenübergreifenden Blick dabei immer wieder notwendig, tiefenpsychologische, behaviorale und phänomenologisch-hermeneutische Perspektiven als Möglichkeiten aufzuweisen. Eine solche schulenübergreifende Optik wird in neuerer Zeit einfacher (Grawe et al. 1994), weil – zumindest gilt dies zunehmend für die Psychologen – in den Studienangeboten für klinische Psychologie das Grundstudium schon mit den wesentlichen Positionen der einzelnen Verfahren vertraut gemacht hat. Es kann ein solches Vorgehen aus der Sicht eines „systematischen Eklektizismus“ geschehen (Thorne 1982; Plaum

1988; Thomas 1990; Bastine 1976, 1992; Garfield 1982; Deneke et al. 1981). Es kann aber auch, wie dies in unserem Ansatz geschieht, eine „elaborierte integrative Position“ vertreten werden, die aufgrund der Ergebnisse der vergleichenden Psychotherapieforschung, der Prozeß- und Wirkfaktorenforschung und deren metahermeneutischen Verarbeitung den „schulenübergreifenden Blick“ auf der Grundlage einer metatheoretischen Position einsetzt (Petzold 1974j, 1988n, 1991a, 1992a, 457ff, 927ff). Der Ansatz von Deneke et al. (1981) hat mit ähnlicher Intention ein Modell für die Diagnostik entwickelt, und Dieterich (1981, 1988) hat ein integratives, metatheoretisches Rahmenkonzept auf der Grundlage der allgemeinen Systemtheorie erarbeitet. Die Probleme eines unsystematischen, aber auch eines systematischen Eklektizismus (Plaum 1988) könnten durch derartige „integrative Metamodelle“, die in der klinischen Psychologie zunehmend erarbeitet werden (Petzold 1974j, 1992g; Norcross, Goldfried 1992; Prochaska, DiClemente 1986, 1992) eingegrenzt werden.

Die sozialwissenschaftlichen, phänomenologisch-hermeneutischen Positionen der „Integrativen Therapie“ bieten für ein integratives Modell eine gute Grundlage, denn wir gehen nicht von einem „naiven Phänomenologismus“ aus, sondern es werden systematische Phänomenbeobachtungen ausgewertet, etwa die der klinischen Entwicklungspsychologie (Rolf et al. 1990; Sameroff, Emde 1989; Lewis, Miller 1990), der empirischen Säuglings- und Kleinkindforschung (Stern 1985; Nelson 1989; Petzold 1993c), der „life-span developmental psychology“ (Baltes et al. 1980; Goldfried, Newman 1992; Rutter, Rutter 1992; Ulich et al. 1985; Saup 1991) sowie der psychotherapeutischen Wirkfaktoren- und Prozeßforschung (Reinecker et al. 1989; Huf 1992; Grawe et al. 1994). Durch Phänomenbeobachtung gewonnenes Material kann durch ein metahermeneutisches Processing Grundlagen für Beobachtungsraster und Interventionsstrategien in klinischen Situationen hergeben, Raster, die für die aktuelle Phänomenbeobachtung und -verarbeitung im psychotherapeutischen Prozeß nicht nur hilfreich sind, sondern sie auf wissenschaftliche Grundlagen stellt, zumal noch, wenn man durch Einbezug der tiefenhermeneutischen *Perspektive*, die den Blick von den *Phänomenen* auf die hinter und unter diesen liegenden *Strukturen* (d. h. auf Hintergrund und Untergrund) und perspektivisch auf *Entwürfe* lenkt, sich nicht auf eine behaviorale Phänomenbeobach-

tung von Oberflächen begrenzt oder auf einen „seminativen Phänomenologismus“, der auf Vordergrund-/Hintergrund-Perspektive rekurriert, wie er etwa die Position der Gestalttherapie kennzeichnet (Tholey 1984, 1986). Supervision und Kontrollanalyse sollen Kandidaten dafür ausrüsten, das in Theorieveranstaltungen gewonnene diagnostische und klinische Wissen für die Beobachtung ihrer Patienten, der Therapeut-Patienten-Interaktion und der Therapeuten-Reaktionen (Gegenübertragung, Resonanzphänomene) zu nutzen, die vorhandenen Wissensfolien flexibel einzusetzen und die „Interpretationsräume“ breit genug zu halten, so daß Patientenschicksale und Krankheitsbilder nicht in unbilliger Weise „kalibriert“ werden (z. B. durch „Grundformen der Angst“, vgl. Riemann 1972), charakteranalytische oder sonstige „Typenlehren“ (Reich 1970). Die Typologien psychoanalytischer Neurosenlehren (Hoffmann 1979) werden damit zu „möglichen Spezialfällen“ der Pathogenese (Bach 1981), nicht aber zu ubiquitär gültigen, diagnostischen und therapiebegründenden Schemata. Im Rahmen der Kontrollanalyse werden in der Integrativen Therapie insbesondere die drei komplexen, prozessualen Krankheitsmodelle – das „Repressionsmodell der Pathogenese“ (Petzold 1992a, 855), das Modell „multipler pathogener Stimulierungen und Entwicklungsnoxen“ (ibid. 583) und das Modell „multifaktorieller, zeitextendierter Be- bzw. Überlastung“ (ibid. 585) – anhand des vorgetragenen Materials exemplifiziert. Weiterhin wird in dieser Linie versucht, „Karrieretypen“ herauszuarbeiten, d. h. die Interaktion von „chains of adverse and protective events“ sowie „prolongierter Mangelserfahrungen“ (Petzold et al. 1993; Rolf et al. 1990; Rutter 1988; Rutter, Rutter 1992). Es dürfte deutlich sein, daß es in Supervision und Kontrollanalyse also immer auch um Anwendung und Umsetzung von *Ergebnissen der Forschung*, von Theorie bzw. von theoretischen Modellen geht, die nicht nur Möglichkeiten bieten, das aktuelle Geschehen zu durchleuchten und zu erklären, sondern die maßgeblich dazu beitragen, daß eine *transparente Problemanalyse* und *Zielstruktur* therapeutischen Handelns erarbeitet werden kann. Ziele in Therapien sind nämlich von übergreifenden *Problemanalysen*, die zu metatheoretischen Grundannahmen führen, bestimmt (Metaziele), weiterhin von klinischen Modellvorstellungen (Richtziele) und schließlich von der Lebenswelt- und Problemanalyse (Grob- und Feinziele), die

der Therapeut am gegebenen Material vorzunehmen hat (Petzold 1988n, 200ff., 1993m) und in die er seinen Patienten als „Ko-Diagnostiker“ einbeziehen sollte, wo immer und soweit dies möglich und mit Blick auf die Belastungsfähigkeit des Patienten vertretbar ist.

In einem solchen Vorgehen kommen wiederum metatheoretische Positionen zum Tragen: z. B. das Intersubjektivitätsprinzip (Marcel 1985; Petzold 1992b) und die daraus abgeleitete ethische Regel des „*informed consent*“ (idem 1992a, 507 f). Das Fehlen von Intersubjektivität und die Verletzung von Integrität sind wesentliche Krankheitsursachen, denn sie bewirken Entfremdung und Verdinglichung (idem 1985d, 1993d). Sie dürfen sich im diagnostisch-therapeutischem Prozedere nicht durch verdinglichende Strategien wiederholen. Wo aufgrund der Schwere der Krankheit eine Mitwirkung des Patienten nicht oder nur sehr eingeschränkt möglich ist, sollte aus „unterstellter Intersubjektivität“ gehandelt werden (vgl. idem 1992a, 508; Petzold, Schuch 1991).

Kontrollanalyse und Supervision machen auf diese Weise noch einmal kognitiv transparent und konzeptuell vertieft zugänglich, was der Ausbildungskandidat in seiner eigenen Weiterbildungsgruppe und in seiner eigenen Lehranalyse konkret erfahren haben sollte: ein grundsätzlich intersubjektives Klima, in dem wechselseitige Empathie (*mutualité*, vgl. Ferenczi 1988), ein Ko-respondieren über Probleme der eigenen Biographie, aber auch der therapeutischen Beziehung in „Begegnung und Auseinandersetzung“ möglich wurde (Petzold 1980g). Die Reflexion im supervisorischen Geschehen greift deswegen immer wieder auch auf die eigene Selbsterfahrung des Kandidaten in Ausbildungsgruppe und Lehranalyse und die dort gewonnenen Modelle zurück, und dabei wird es unumgänglich, daß sie immer wieder auch zu einer kritischen Reflexion dieser Erfahrungen in den genannten Ausbildungselementen wird. Die Interventionsmuster, die nämlich in diesen Settings über den Prozeß „atmosphärischen Erfassens“ und „szenischen Verstehens“ (*appréhension atmosphérique, compréhension scénique*, Petzold 1965, 1969b), den Prozeß des „holographischen Lernens“ also, erworben werden (idem 1983i, dieses Buch), werden auf diese Weise noch einmal besonders gut transferierbar, denn Psychotherapie wird durch die Internalisierung *gelungener, therapeutischer Szenen und Szenensequenzen* mit den dazugehörigen therapeu-

tischen Atmosphären bzw. sozioemotionalen Mikroklimata wirksam und erlernt. Die Ausbildungsgruppe muß demnach zugleich auch eine gute „therapeutische Gruppe“ sein (Petzold, Schneewind 1986), wie die Lehranalyse – und hier ist Fenichel (1981) zuzustimmen – „eine besonders gute therapeutische Analyse“ sein muß.

Ich würde hier ein „auch“ einfügen, denn sie ist niemals nur eine therapeutische Analyse (vgl. Frühmann, dieses Buch). In ihr sollten (wie in guten Analysen mit Patienten auch) Metareflexionen mit erklärender Qualität (*narrative Praxis*) stattfinden, die die Prozesse der *Selbstausslegung einer Lebensgeschichte*, d. h. die „persönliche Hermeneutik des Subjekts“ fördern (Petzold 1988a, b). In Lehranalysen sollten diese Reflexionen auch eine praxisbezogene Hinführung zum konzeptuellen Rahmen des Verfahrens (er ist durch die Theorieveranstaltungen der Weiterbildung ja bekannt) und zu eigenen theoretischen und praxeologischen Positionen ermöglichen, u. a. dadurch, daß der Lehranalytiker – und hier liegt der Unterschied zur Metareflexion mit Patienten, die überwiegend alltagssprachlich erfolgt – den *begrifflichen Apparat* des therapeutischen Ansatzes verwendet, dem er verpflichtet ist. Für die Leiterin der Ausbildungs-Selbsterfahrungsgruppe, für den Lehr- und für den Kontrollanalytiker ist ein hohes Maß an klinisch-therapeutischer, aber auch an methodisch-didaktischer Kompetenz erforderlich. Deshalb müßten sie für diese Aufgaben in besonderer Weise ausgerüstet werden (Weinshel 1982; Petzold, Frühmann, dieses Buch). Gerade die Verbindung therapeutischer und therapiedidaktischer Ziele ist nicht ohne Probleme (Arlow 1972; Blécourt 1973; Greenacre 1966), denn es kommt hier ein bislang wenig behandeltes Thema ins Spiel: die „Ausbildung von Ausbildern“, die Lehrtherapeuten helfen sollte, besondere Bruchigkeiten, Gefahren der Verstrickung, Loyalitätskonflikte, aber auch didaktische Probleme besser handhaben zu können (Orgel 1987; Treurniet 1992). Dabei werden sowohl methodenübergreifende Fragen behandelt als auch verfahrensspezifische Probleme – Jungsche Lehranalytiker werden z. B. Träume im Rahmen der Analyse anders werten und auswerten als Freudsche (vgl. Skolek, dieses Buch; Goldacker-Pohlmann 1992), und Daseinsanalytiker und Integrative Therapeuten werden die intersubjektive Qualität der therapeutischen Beziehung auf dem Hintergrund des Ertrages intersubjektivitätsphilosophischer Reflexionen (Schrey 1973), aber

auch – und das gilt vor allem für den integrativen Ansatz – mit Bezug auf interaktionistische Konzeptionen (Mead 1934; Habermas 1981; McCall, Simmons 1974; vgl. Steinert 1973) anders gewichten und handhaben als es psychoanalytische Autoren vermögen, auch wenn sich innerhalb des Mainstreams der Psychoanalyse zaghaft intersubjektivitätstheoretische Ansätze artikulieren (Benjamin 1990; Bittner 1989), die die psychoanalytische Behandlung als ein „Gespräch zwischen zwei Personen“ (idem 1992) auffassen.

Supervisionsgruppe und Kontrollanalyse sind, was das Moment des Lehrens und der Lehre anbelangt, nicht so „vulnerabel“ bzw. stör anfällig wie die Lehranalyse (Hagedorn 1992; Treurniet 1992) – Problemata, die m. E. nicht dazu führen sollten, die Lehranalyse grundsätzlich aus dem institutsinternen Ausbildungsgang herauszunehmen und sie sozusagen „auszulagern“ (Cremerius 1992; Thomä 1992). Allenfalls bei sehr kleinen Instituten mag dies durchaus angezeigt oder notwendig sein, um Machtakkumulationen und „inzüchtig-inzestuöse“ Verstrickungen, aber auch didaktische Einseitigkeiten zu vermeiden. Es würden überdies auch Schwierigkeiten entstehen: z. B. das Erlernen eines konsistenten therapeutischen Stils, der die Koordination zwischen den Lehrtherapeuten erfordert. Eher wäre es sinnvoll, die Institutsgröße anders auszulegen und auch aus Gründen der wissenschaftlichen, didaktischen und klinischen Standards auf die Zulassung zu kleiner Institute zu verzichten oder diese auf Kooperationen mit „Nachbarinstituten“ zu verpflichten.

Lehr- und Kontrollanalytiker stehen an zwei Schnittstellen: einmal der zwischen Ausbildung und Eigentherapie, dann der zwischen dem „analytischen Raum“, in dem der noch in Lehranalyse befindliche Kandidat mit seinem Lehranalytiker steht, und dem „analytischen Raum“, den der zur Kontrolle kommende Lehranalytiker als Therapeut mit seinen Patienten aufgebaut hat. Sowohl die Lehr- als auch die Kontrollanalytikerin müssen die Einflüsse dieser Räume berücksichtigen, wahrnehmen und gegebenenfalls zwischen ihnen vermitteln. Es ist von großem Interesse, ja mit Blick auf „Patientenrechte“ und die Einschätzung der analytischen bzw. therapeutischen Arbeit mit Patienten geradezu dekuvrierend, daß diesem Problem eines *Eingriffs* in den „analytischen bzw. therapeutischen Raum“ durch Kontrollanalyse und Supervision, und das

heißt auch – jenseits psychodynamischer Erwägungen – ein Eingriff in den (auch rechtlich gesicherten) Intimitäts- und Diskretionsraum einer therapeutischen Beziehung, ganz gleich ob sie nun auf psychoanalytischem oder gesprächstherapeutischem, gestalttherapeutischem oder verhaltenstherapeutischem Hintergrund steht, in der Literatur kaum Beachtung geschenkt wurde, obgleich jeder Therapeut, ganz gleich welcher Schule, Supervisions- und Kontrollfälle z. T. mit Therapieaufzeichnungen (wie in der Psychoanalyse), mit Tonbandmaterial (wie in der Gesprächstherapie), z. T. mit Videomaterial (wie in systemischen Therapieansätzen) beibringen muß. Ob nun ein Patient darüber informiert wird (in der Integrativen Therapie ist dies schon in den Initialgesprächen Usus), daß die Therapie Gegenstand professioneller Kontrolle bzw. Supervision wird, oder ob eine solche Information unterbleibt: Das *Faktum* der Anwesenheit einer „dritten Kraft“ (die des Supervisors und/oder Kontrollanalytikers) zeitigt Wirkung! Sie wird – das ist unsere Erfahrung – am besten handhabbar, wenn sie offen in den therapeutischen Diskurs getragen werden kann. Eine breitere theoretische und klinische Diskussion und die empirische Beforschung dieses Komplexes ist dringend aus ethischen, rechtlichen, methodischen und klinisch-therapeutischen Gründen erforderlich.

Von den vielfältigen Themen, Fragen und Problemen, die – auch in Abhängigkeit von der Vielfalt der Krankheitsbilder, Lebenssituationen und Settings – in Supervision und Kontrollanalyse bearbeitet werden müßten, können an dieser Stelle natürlich nur wenige angesprochen oder gar behandelt werden.

3.1 Zielstruktur und Methodenwahl

Mit der Reflexion der in *Problemanalysen* wurzelnden Zielstruktur von Therapien (und Lehranalysen) sind gleich auch Probleme angesprochen: Wird Analyse als ein *grundsätzlich interaktionales Geschehen* angesehen und theoretisch konzeptualisiert, dann müssen die impliziten Zielstrukturen des Verfahrens, vermittelt durch die Person des Therapeuten, auch in den therapeutischen Prozeß hineinwirken und die „subjektiven Krankheitstheorien“ des Patienten (Flick 1991) und die in diesen eingeschlossenen Problemauffassungen

und Ziele beeinflussen. Genau diese Ziele des Patienten aber gilt es kennen- und verstehen zu lernen, denn wir wissen aus der Psychotherapieforschung, daß ein gutes „Matching“, eine gute „Passung“ zwischen Patient und Therapeut für das Gelingen von Therapien von entscheidender Wichtigkeit ist (Krause Jacob 1991).

Dies wird durch die Befunde der Säuglingsforschung zur Wichtigkeit des „*affective attunement*“ zwischen Mutter und Kind (Stern 1985) unterstützt, was auch für die Erwachsenenpsychotherapie zur Kenntnis genommen wurde (Basch 1988; Dornes 1992). Wenn aber aufgrund schulenimmanenter Theoriekonzepte postuliert wird: Die „Aufgabe jedweder Analyse ist die Suspension der Zielvorstellungen des Analysanden“ (Cremerius 1992, 54), dann entsteht eine paradoxe Situation, wie sogleich deutlich wird: „In der therapeutischen Analyse geht es darum, daß der Patient versteht, daß sie nicht auf Beseitigung der beklagten Beschwerden zielt, sondern auf die Entwicklung eines Prozesses, in dem der Patient Einsicht in die unbewußte Dynamik seiner Person gewinnt“ (ibid.), womit eindeutig dem Patienten eine Zielvorstellung vermittelt wird – die des psychoanalytischen Verfahrens, vorgegeben durch die Analytikerin (vielleicht bringt er sie aber schon selbst mit in die Therapie).

In der Integrativen Therapie macht die Arbeit an *impliziten* und *expliziten Zielen* und das Bemühen um eine gewisse *Synchronisierung der Problemsicht und Zielstruktur* zwischen Therapeut und Patienten ein zentrales Moment der psychotherapeutischen Kooperation aus, zumal die empirische Psychotherapieforschung zeigt, daß zielorientierte Arbeit mit Therapieerfolg besonders korreliert, Ambiguität über die Ziele, Unklarheit der Ziele den Therapieprozeß aber behindern (Blaser et al. 1992). Dabei dürfen die *Ziele* aus der Sicht Integrativer Therapie (Petzold 1987c, 140f, 1988n, 267ff.) keinesfalls im Sinne verhaltenstherapeutischer Zielhierarchien verkürzt werden. Denn hinter den Zielen stehen in der Regel Probleme: neben „interpersonalen, feldabhängigen“ Einflußgrößen (z. B. von seiten der Angehörigen) komplexe „intrapersonale, feldunabhängige“ Motivationen, die nur z. T. bewußt sind. Weiterhin kommen offene und verdeckte Zielvorgaben des psychotherapeutischen Verfahrens, des praktizierenden Therapeuten, der Institution, der Kostenträger, der Gesellschaft zum Tragen. Nicht die „Suspension“ von Zielvorstellungen, sondern Aufweis ihres Problemhintergrundes, Transparenz der

Zielstrukturen und ihre diskursive Reflexion wird also zum Metaziel. Die Ko-respondenz über Ziele wird aber dann schwierig, wenn sie z. B. in der Lehranalyse nicht stattgefunden hat, der Therapeut also von daher kein Modell hat, über keine „erlebte Erfahrung“ verfügt, weil die theoretische Konzeptualisierung, wie Lehrtherapien durchzuführen seien, genau dieses Moment verhindert hat. Was hier als Problematik mit Blick auf psychoanalytische Lehranalysen formuliert wird, gilt – mit anderen Akzentsetzungen und in anderen theoretischen Begründungszusammenhängen – insgesamt für Lehrtherapien: „Was ergibt sich für die didaktischen Nebenfunktionen der Lehranalysen, wenn deren Hauptaufgabe, nämlich die Therapie, sich unter Bedingungen vollzieht, die keineswegs vorbildlich sind, jedoch vom angehenden Analytiker so erlebt und in seiner späteren Praxis mit dem Patienten entsprechend wiederholt werden?“ (Thomä 1992, 142). Damit ist eines aufgezeigt: Lehranalysen müssen zumindest in wesentlichen Strecken ihres Ablaufs Modellfunktion für therapeutische Analysen und ihre Handhabung bis hin in die Methodenwahl haben. Supervision und Kontrollanalyse können auf ein solches vorauslaufendes Modell nicht verzichten. Wo es gefehlt hat oder schlecht war, wird die kontrollanalytische Arbeit erheblich erschwert: *Mal el maestro peor los discipulos!* Aber wie gut auch immer der eigentherapeutische Prozeß des Kandidaten in seiner Lehranalyse war, so kann er natürlich nicht Modell für die ganze Vielfalt von Prozeßqualitäten, -dynamiken und -verläufen sein und für die Methodenwahl und alle Interventionsentscheidungen, die sich bei den verschiedensten Patienten und Patientinnen (die Geschlechterdifferenz ist ausgesprochen wichtig) und bei den unterschiedlichen Persönlichkeitsstrukturen, Krankheitsbildern, prävalent pathogenen Milieus (Petzold 1988n, 234) usw. ergeben können. Aufgabe von Supervision und insbesondere von Kontrollanalyse wird es sein, immer wieder auf die eigenen Erfahrungen des Kontrollanalysanden in seiner Lehrtherapie zurückzugreifen und diese mit ihm auf die zur Supervision stehende Patientensituation und das dort ablaufende therapeutische Geschehen zuzupassen, um unbillige Verallgemeinerungen oder unstimlige Transferierungen von einer Situation auf eine andere zu vermeiden.

Gerade weil die *Modellfunktion der Lehranalyse* so massiv ist, können die in ihr erlernten Muster auch leicht zum Prokrustesbett für

den Patienten werden. Würden z. B. die Behandlungsmuster, die ein Ausbildungskandidat mit einer „narzißtischen“ Persönlichkeitsstörung in seiner Lehranalyse „am eigenen Leib“ erlebt hat, von ihm auf die Behandlung eines Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung übertragen, würde eine Kandidatin mit einer „depressiven Grundstruktur“ die in ihrer Lehranalyse gemachten Erfahrungen unbesehen für die Behandlung einer zwangsneurotischen Patientin übernehmen, so könnten doch erhebliche Probleme entstehen. Die theoretische Erörterung der unterschiedlichen psychodynamischen Hintergrundkonstellationen allein wird hier *nicht* ausreichend sein, besonders weil die *erlebte Behandlungssituation* sehr nachhaltig als Modell wirkt. Es müßte also ein alternativer Erlebenskontext hergestellt werden. Die erlebnisaktivierenden Methoden (Stevens 1975; Jason-Michl 1981; Petzold 1988f) im Rahmen der Integrativen Therapie, die auch in Supervision und Kontrollanalyse eingesetzt werden (Petzold, Orth 1988a; Schreyögg 1992), bieten dabei gute Möglichkeiten für die Verbreiterung des Erfahrungsspektrums. Von ganz entscheidender Bedeutung ist hier das Faktum, daß in der obligatorischen dreijährigen, fortlaufenden Selbsterfahrungs-Ausbildungsgruppe durch die Vielfalt der an ihr teilnehmenden Kolleginnen und Kollegen und ihrer unterschiedlichen biographischen Hintergründe und Persönlichkeitsstrukturen ein besonders reiches Erlebnisfeld vorhanden war, in dem – um im Rahmen unserer Beispiele zu bleiben – etwa eine depressive Kollegin erleben kann, wie die die Gruppe leitenden Lehrtherapeuten in Fokalsitzungen (idem 1993m), aber auch in der Handhabung des Langzeitprozesses mit einer anderen depressiven Teilnehmerin arbeiten oder wie mit dem Kollegen gearbeitet wird, der eine narzißtische Persönlichkeitsstörung hat und schließlich sogar – denn auch dies kommt manchmal vor – wie mit einem Kollegen gearbeitet wird, der eine Borderline-Störung hat, die in ihrem Schweregrad im Zulassungsseminar und von beiden Zulassungsinterviewern, aber auch in der Initialphase der Ausbildung, das heißt im ersten Ausbildungsjahr, als nicht so gravierend betrachtet wurde, daß sie eine Zulassung zur Psychotherapieausbildung und ihre Weiterführung verhindert hätte (auch in die psychoanalytische Ausbildung werden zunehmend Kandidaten mit schweren Persönlichkeitsstörungen aufgenommen, vgl. Limentani 1984, 1989; Kernberg 1984).

Im übrigen zeigen unsere Erfahrungen, daß diese Kandidaten im Verlaufe ihrer ca. siebenjährigen Ausbildung sich nachhaltig verändern, daß also die *therapeutische Dimension* der Ausbildung durchaus „greift“. Sie werden z. B. in ihrer Lebensführung und in ihrem Lebenszusammenhang integrierter, und – dies zeigen Supervision und Kontrollanalysen – sie werden gute Psychotherapeuten. Die wirklich problematischen Kandidaten hingegen – und diese haben z. T. leichtere Persönlichkeitsstörungen – verlassen im Verlaufe des Ausbildungsprozesses die Ausbildung, in der Regel, weil sie ihre Unzulänglichkeiten mit Blick auf den Therapeutenberuf oder ihre Stärken in anderen Bereichen erkennen.

Die Vielfalt der Erfahrungsmöglichkeiten in der Selbsterfahrungs-Ausbildungsgruppe findet ihre Fortsetzung im Setting der Supervisionsgruppe. All das kommt dem kontrollanalytischen Prozeß zugute, der damit alles andere als ein überwiegend kognitives Geschehen ist, sondern der auch *emotionales, atmosphärisches, kommunikatives und szenisches Lernen* umfaßt. Die Vielfältigkeit der Vorerfahrung des Kandidaten und die Erfahrungen der Kontrollanalytiker, die ja auch als Gruppensupervisoren, als Lehranalytiker und Leiter von Selbsterfahrungs-Ausbildungsgruppen tätig sind, gewährleisten eine Offenheit für derartige Phänomene. Durch das Wissen um die Vielfalt möglicher „Wege der Heilung“ (Petzold 1988d) kommt eine „Leichtigkeit“ in das supervisorische bzw. kontrollanalytische Geschehen, die der Gefahr einer strengen, normierenden Über-Ich-Qualität gegensteuert, welche in diesem Setting leicht aufkommt. Für das Durchführen von Kontrollanalysen gilt das, was Winnicott von Therapien schlechthin gesagt hat: „Wenn der Therapeut nicht spielen kann, ist er für die Arbeit nicht geeignet. Wenn der Patient nicht spielen kann, muß etwas unternommen werden, um ihm diese Fähigkeit zu geben ...“ (Winnicott 1973, 76; vgl. Petzold 1987a). Wo aber lernt ein Therapeut z. B. in psychoanalytischen Ausbildungen „zu spielen“?

In der Integrativen Therapie wird in der Ausbildungs-Selbsterfahrungsgruppe, in der Lehranalyse (in Sequenzen mit kreativen Medien), in Spezialseminaren (z. B. das Seminar „Arbeit mit kreativen Medien“) eine entsprechende „Spielkultur“ (idem 1993a, 113) vermittelt. Würden derartige Qualitäten im supervisorischen Geschehen ausgeblendet, so käme es in der Tat zu einer „Ziel-Mittel-

Divergenz“. Die *Modalitäten* der Integrativen Therapie: „konfliktzentriert-aufdeckend“, aber auch „erlebniszentriert-aktivierend“ (idem 1992a, 765 ff., 1235 ff.) müssen in allen Bereichen ihrer Praxis, in der Behandlung wie in der Lehre aufscheinen. Wir haben es hier wiederum mit einer *Zieldimension* zu tun, nämlich mit methodenbestimmten Zielen (vgl. idem 1987c, 130 f zur Zielstruktur). Psychotherapeutische Ausbildung soll *Methoden* vermitteln und mehr noch, den systematischen, indikationsbezogenen Einsatz von *Methoden* und *Medien*. Das wird besonders wesentlich in Verfahren wie der Integrativen Therapie oder dem Psychodrama, in denen *Methoden, Techniken, Medien, Modalitäten, Stile, Formen* eine besondere Rolle spielen (idem 1979k, 1993h).

3.2 *Therapeutische Wirkfaktoren*

Ein weiterer Bereich, der in Supervisionen und Kontrollanalysen gleichermaßen bedeutsam ist und wiederum eine Verlängerung aus Erfahrungen in Lehranalysen und aus der Ausbildungs-Selbsterfahrungsgruppe darstellt, ist das Thema der *therapeutisch wirksamen Faktoren*. Es soll an dieser Stelle aufgegriffen werden, weil es im Bereich der psychotherapeutischen Literatur zur Supervision und Kontrollanalyse bislang noch kaum Beachtung gefunden hat und weil es andererseits für die Theorie, Behandlungs- und Ausbildungspraxis der „Integrativen Therapie“ eine besondere Rolle spielt. Es kann an dieser Stelle natürlich nicht darum gehen, die ganze Breite der relevanten Psychotherapieforschung (vgl. die Übersichten bei Garfield 1982; Zimmer 1983; Bozok, Bühler 1987; Huf 1992; Norcross, Goldfried 1992; Petzold 1992g; Grawe et al. 1994) in ihrer Bedeutung für Kontrollanalyse und Supervision darzustellen. Dies hieße natürlich zugleich auch darzustellen, wie relevant diese Forschungen für die Psychotherapie sind. Schon jetzt sind bei der Fülle des vorliegenden, wenngleich auch sehr heterogenen Materials (vgl. Garfield 1982; Huf 1992) seriöse Therapien ohne Rezeption dieser Forschungen nur schwerlich möglich, obwohl man bislang noch der Feststellung von Grawe (1992) zustimmen muß, daß das Nicht-zur-Kennntnis-Nehmen der Ergebnisse der empirischen Psychotherapieforschung zu den „bestgepflegtesten Stereotypen der

Psychotherapieszene“ gehört. Supervision und Kontrollanalyse sollten Hilfen geben, diese Erträge der Forschung an therapeutische Situationen zu adaptieren.

Aus dem breiten Feld der Psychotherapieforschung seien drei Einflußgrößen herausgegriffen:

1. die Therapeutenvariablen,
2. die Patienten-/Klientenvariablen,
3. die Prozeßvariablen, d. h. die Charakteristik der Therapeut-/Klient-Interaktion.

Es müßte auch noch

4. auf die Setting-Variablen (Klinik, Ambulanz, freie Praxis, Beratungsstelle etc.) eingegangen werden, aber das würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen.

3.2.1 Therapeutenvariablen

Kontrollanalyse und Supervision befassen sich in besonderer Weise mit den Therapeutenvariablen, d. h. dem *Status* bzw. der *Position*, der *Rolle* und dem *Verhalten* des Therapeuten bzw. der Therapeutin. Therapeuten haben einen gesellschaftlich definierten (z. B. durch Rechtsvorschriften) *Status* (Linton 1947) in „Institutionen“ bzw. eine *Position* (Merton 1967) in „Organisationen“ (Petzold 1992a, 639 ff.). Am deutlichsten wird dies noch in klinischen Institutionen („Ihr Therapeut ist Oberarzt Doktor X“). Mit *Status/Position* (die Differenzierung dieser Begrifflichkeiten sollte genauso wenig vernachlässigt werden wie die von *Institution* und *Organisation*), ist die Realisierung einer *sozialen Rolle* als „die Gesamtheit aller Verhaltenserwartungen, die an den Status gerichtet werden“, verbunden (vgl. Wiswede 1977), wobei jeder Rolle eine ko-respondierende Rolle entspricht (der des Arztes, die des Patienten/Klienten), so daß wir eigentlich von einer *Rollenkonfiguration* sprechen müssen, in der diese Verhaltenserwartungen in jeweils spezifischer Weise *verkörpert* werden. Die Dialektik von *Erwartung* und *Verkörperung*, *Fremdattribution* und *Selbstattribution*, *Identifizierung* und *Identifikation* führt im Kern an das Problem der *Identitätsbildung* (Petzold, Mathias 1983; idem 1992a, 906 ff., 528 ff., 386 f) und hier natürlich an die *Identität* des Therapeuten (idem 1993n), aber auch

die des Klienten/Patienten (idem 1990m, 1993d). Supervision und Kontrollanalyse haben das *Identitätsthema* immer wieder aufzugreifen: Was heißt es, Therapeut zu sein? Welche Motivationen spielen von der Berufswahl her in therapeutisches Handeln hinein? Welche Rollenzuschreibungen erhalte ich vom Patienten? Es geht keineswegs nur um Übertragungen! Hier muß der tiefenpsychologische Ansatz unbedingt durch den sozialwissenschaftlichen ergänzt werden. Welche institutionellen Identitätsmerkmale (Titel, weißer Kittel) gehen in meine Identitätszuschreibung (*Identifizierung*) durch den Patienten ein, wie bewerte ich sie (*Valuation*), und wie weit kann ich diese Zuschreibungen annehmen (*Identifikation*), d. h. mit Selbstattributionen belegen?

In welche Rollenkonflikte gerate ich durch unterschiedliche Attributionsfelder (etwa die durch die klinische Statushierarchie einerseits und die durch die Lebens- bzw. Sozialwelt des Patienten – vermittelt durch seine Familie und sein Umfeld – andererseits)?

Auch die „patientenunabhängigen Therapeutenvariablen“ z. B. Geschlecht, Alter, Aussehen, Berufs- und Lebenserfahrung müssen aus der *Exzentrizität*, die die supervisorische Situation ermöglicht, in den Blick genommen werden: Wie wirkt der Therapeut auf die Patientin, die Therapeutin auf den Klienten? Wie sicher ist sich der Therapeut seiner beruflichen Erfahrung? Wie schätzt er die Wirkung seines Alters auf einen jüngeren Patienten ein oder (wenn er jung ist) seine Wirkung auf einen alten Patienten? Genauso wichtig sind die „patientenabhängigen Variablen“ *Passung, Kongruenz, Matching* (Parloff 1978; Kessler 1984b), weil gerade diese den therapeutischen Prozeß nachhaltig bestimmen. Oftmals ergeben sich auch Interaktionen dieser Faktoren, nicht zuletzt etwa bei dem durchaus wesentlichen Thema der „Attraktivität des Therapeuten“ (vgl. Zimmer 1983). Auch in der Frage des Zueinander-Passens kommt es zu solchen Interaktionen. Wenn z. B. die berufliche Erfahrung von Therapeuten eine Lehranalyse bzw. Eigentherapie einbezieht, so ist nicht selbstverständlich davon auszugehen, daß diese nur einen positiven Effekt hat. Wenn sie z. B. den Therapeuten auf ein rigides Modell verpflichtet, das ihn in seiner Handlungsflexibilität einschränkt, wird Lehrtherapie schädlich. Diese Sicht könnte zum Beispiel die widersprüchlichen Forschungsergebnisse im Hinblick auf die Wirkung von Eigentherapie/Lehranalyse auf die Effektivität

tät von Therapeuten aufklären. Verschiedene Studien zeigen, daß sich Eigenprobleme des Therapeuten hinderlich für den therapeutischen Prozeß auswirken (Parloff 1978; Zimmer 1983). Sofern diese durch Selbsterfahrung bzw. Eigentherapie beseitigt werden, ist dies für therapeutische Arbeit fraglos förderlich.

Andererseits finden sich Studien, die zeigen, daß zwischen Therapeuten mit Lehranalyse und solchen ohne Lehrtherapie im Hinblick auf Effizienz keine Unterschiede bestehen. Es gibt sogar Studien, die aufweisen, daß durch Therapeuten *ohne* Lehrtherapie bessere Effekte erzielt wurden als von solchen mit Lehrtherapie (vgl. Garfield 1982, 71 ff.; Zimmer 1983). Um Negativeffekten durch inadäquaten oder stereotypen Modelltransfer, dogmatische Handhabung von Methoden zu begegnen, müssen Kontrollanalytiker und Supervisoren deshalb immer wieder die Frage stellen: Wird das, *was* in der Therapie geschieht und *wie* es geschieht, dem Patienten und seiner „social world“ (Unruh 1983; Petzold, Petzold 1992) gerecht? Kommt es bei Therapeut und Patient zu einer hinreichenden Übereinstimmung zwischen den „Perspektiven auf die Welt“, der Auffassung von Problemen? Gibt es eine ausreichende Synchronisierung der „représentations sociales“ (Moscovici 1984; Jodelet 1989), der kognitiven Verstehensraster, die aus einer sozialen Gruppenzugehörigkeit entspringen, d. h. kennt und versteht der Therapeut den Lebenszusammenhang seines Patienten? Werden diese Fragen nicht selbstkritisch und unter *Relativierung* des Allgemeingültigkeitsanspruches des eigenen Interpretationsrahmens (auch dem der Therapieschule) gestellt, so besteht die Gefahr, daß Psychotherapie dazu gerät, die Weltsicht des Patienten auf die Weltsicht des Therapeuten und seiner Schule zuzupassen, und daß ein solches „reframing“ als „Therapieerfolg“ gesehen und *gemessen* wird. Bei sehr ideologielastigen therapeutischen Schulen mit sehr einseitigen und extremen anthropologischen Setzungen ist diese Gefahr auf jedem Fall in hohem Maße gegeben. Tscheulin (1982) hat noch auf „stilistische“ Therapeutenvariablen verwiesen (Interventionsstile, die von seiner Schulenzugehörigkeit und dem von dieser vertretenen Menschenbild, aber auch vom privaten Menschenmodell und von Persönlichkeitscharakteristika abhängig sind, vgl. Kessler 1984).

Schulenspezifische Orientierungen bestimmen gemeinhin auch die Interventionsstile der Therapeuten (Thommen et al. 1988). Die

Non-Direktivität wurde geradezu zum Markenzeichen des Ansatzes von *Carl Rogers*, die Direktivität zum Kennzeichen der Verhaltenstherapie (*Zimmer* 1983). In der Integrativen Therapie sehen wir diese Stile aber nicht als Entweder-Oder, sondern als indikations-spezifische Vorgehensweisen (gewisse Borderline-Patienten z. B. brauchen ein stärker strukturierendes Moment über weite Strecken ihrer Therapie. Es kommen aber auch Phasen, in denen es notwendig wird, durch Non-Direktivität große Spielräume für eigene Strukturierungsversuche zu geben). Wenn external kontrollierte Patienten zunächst auf direkte Interventionsstrategien gut ansprechen, so kommt ein Zeitpunkt in der Therapie, wo genau diese starke Außenlenkung problematisiert werden muß, so daß die vielfach vertretene Polarisierung, internal orientierte Klienten mit non-direktivem Vorgehen, external orientierte mit direktivem zu behandeln (*Tscheulin* 1982), zu kurz greift. Supervision und Kontrollanalyse sollen genau diese Fragestellungen thematisieren, z. B.: Wann ist Abstinenz angesagt, wann *self-disclosure*? Die theoriegeleitete Festschreibung des Relationsverhältnisses von Arzt/Patient in der klassischen Analyse, die *Freud* mit der „Spiegelmetapher“ überakzentuierte und die den Analytiker in seiner Neutralität zur undurchsichtigen Projektionsfläche stilisiert (*Moser* 1989), entspricht weder der analytischen Realität noch der Technik, wie sie *Freud* selbst praktizierte (vgl. *Cremerius* 1981), noch ist sie mit Blick auf die Ergebnisse der Babyforschung, Psychotherapieforschung, aber auch der psychoanalytischen, klinischen Erfahrung für einen großen Teil der Patienten ertragbar, hilfreich oder heilsam. Therapieabbrüche sind oftmals die Konsequenz. In der Integrativen Therapie sehen wir ein „Spektrum“ von Verhaltensmöglichkeiten zwischen *Abstinenz* und *self-disclosure*. Eine starke Zurücknahme kann in manchen Phasen der Behandlung angezeigt, ja unerlässlich sein, in anderen Phasen aber Patienten geradezu gefährden. In wieder anderen Situationen kann ein zu intensives Maß an Selbstöffnung Patienten massiv labilisieren (*Weiner* 1978). Dies alles ist keine Frage starrer Regeln, abgeleitet von humanistisch-psychologischen Ideologien oder libido-ökonomischen Spekulationen, sondern hier geht es um eine differenzierte Reflexion der Übertragungs-/Gegenübertragungskonstellation, der Pathologie des Patienten, der Belastungsfähigkeit des Patienten (und des Therapeuten). In der In-

tegrativen Therapie gehen wir von einer „mittleren Lage“ aus, die wir als Stil der „selektiven Offenheit“ und der „partiellen Teilnahme“ (Petzold 1980g) bezeichnet haben. Aber auch diese Haltung kennzeichnet keinen „Standardstil“, sondern sie ermöglicht ein Auspendeln in Richtung Abstinenz oder Selbstöffnung. Ähnliches kann von initiativen und konsekutiven, frustrierenden und supportiven Therapiestilen gesagt werden (Schneider 1979), deutendem und nicht-interpretierendem Vorgehen, erlebnisaktivierend-stimulierender Modalität und konfliktzentriert-aufdeckender. Setting, Lebenssituation des Patienten/der Patientin, *Patientenvariablen* und *Prozeßvariablen* (cf. infr.) werden heranzuziehen sein, um zu entscheiden, welcher Weg einzuschlagen ist. „Emotionale Wärme“ als Grundvariable der Gesprächstherapie – in der Gestalttherapie spricht man von „Support“, in der Ungarischen Schule von Ferenczi würde man von „mütterlicher Zärtlichkeit“ sprechen – ist eine wesentliche Interventionsqualität, aber weder immer ausschlaggebend für ein positives Therapieresultat (Zimmer 1983) noch immer indiziert. Depressive Patienten bedürfen zuweilen eines herausfordernden, ja zuweilen konfrontierenden Interventionsstils. Wird dieser aber überzogen, können die Folgen verhängnisvoll sein. „Liebe allein genügt nicht“ (Bettelheim), auch wenn ohne eine grundsätzliche Annahme und Zugewandtheit, eine Wertschätzung, die auch die Konfrontation noch unterfängt, letztlich nichts geht. Mit Blick auf die große Heterogenität der Ergebnisse der Psychotherapieforschung zu den Therapeutenvariablen zeigt sich doch als Tendenz, daß die Therapeuten für ihre Patienten am förderlichsten sind, die mit großer *Elastizität* und *Flexibilität* (Grawe, Caspar, Ambühl 1990) auf situative Erfordernisse und die aktuelle Beziehungskonstellation (Übertragungs-/Gegenübertragungskonfiguration) reagieren können.

3.2.2 Patienten-/Klientenvariablen

Was nun Patienten-/Klientenvariablen anbetrifft, so sind auch diese unter setting-, status- und rollentheoretischen Überlegungen zu sehen. Besonders im Setting klinischer Institutionen erhält der Patient eine klare Statuszuweisung, die in einer „geschlossenen Ab-

teilung“ in der Psychiatrie natürlich andere Implikationen hat, als in der Psychosomatiklinik, Tagesklinik oder einer freien Praxis. Auch der Therapeut ist, wie schon erwähnt, in Statushierarchien eingebunden, die sich bei „totalen Institutionen“ (Goffman 1961; Schwendter 1991) schärfer artikulieren als bei offenen Institutionen. Die Rollenperformanz, die Art und Weise, wie die Patienten- oder Klientenrolle ausgefüllt wird, variiert mit dem Charakter der Institution und ihrer „Organisationskultur“ (Schreyögg 1993), nicht zuletzt aber auch in Abhängigkeit von den „Bildern“, die eine Therapieschule vom „Klienten“ (etwa in der *client centered therapy* von Rogers) oder vom „Patienten“ (etwa in der psychoanalytischen Tradition Freuds) hat. Es darf nicht vergessen werden: Rollen sind Verhaltenserwartungen bzw. Verhaltensattributionen. Sie legen damit Personen fest und besonders solche, die sich in Krisen befinden, wenig Möglichkeiten zur „Rollendistanz“ haben und nur über eine geringe „Ambiguitätstoleranz“ verfügen (Haeberlin, Niklaus 1978), so daß sich mit den Rollenfestlegungen negative Identitätszuweisungen ergeben und durch „Stigmatisierungen“ systematisch „beschädigte Identität“ produziert wird (Goffman 1967; Hohmeier, Brusten 1975; Belardi 1990).

Neben sozialpsychologischen Überlegungen zum „Klientenbild“ oder „Patientenbild“ eines Verfahrens müssen auch die hinter diesen stehenden „Menschenbilder“ reflektiert werden (Minsel 1982; Hagehülsmann 1984). Es handelt sich dabei stets um „*représentations sociales*“ (Moscovici 1984) einer spezifischen „*scientific community*“ oder „*professional community*“ (Petzold 1993n; Thommen et al. 1988), um Konsensfindungen aufgrund mehr oder weniger gut abgesicherter, klinischer Erfahrungswerte, die sich in den individuellen Interventionsstilen in der Regel unhinterfragt umsetzen. Dabei werden oft Traditionen fortgeschrieben, die nichts anderes als die Tradierung von Vorurteilen (Mitscherlich 1965) sind: etwa in der Psychoanalyse die Meinung Freuds, daß alte Menschen nicht mehr therapierbar seien, eine Position, die heute von gerontologisch arbeitenden Psychoanalytikern nicht mehr geteilt wird (Radebold 1979; Möller, Rohde 1993) und durch Psychotherapieforschung und klinische psychotherapeutische Arbeit mit alten Menschen seit langem widerlegt wurde (Petzold, Bubolz 1979).

Ähnliches ließe sich für die Behandlung von Alkoholikern (vgl. jetzt Rost 1987), Drogenabhängigen (Heigl-Evers et al. 1993) und Psychotikern (Benedetti 1983; Pankow 1968) sagen. Kontrollanalyse und Supervision haben die wichtige Funktion, mit derartigen Vorurteilen über Patienten und Festlegungen von Krankheitsprognosen aufzuräumen, indem sie nicht nur dazu beitragen, daß die Forschungsergebnisse über Patientenvariablen neue Sichtweisen von Krankheitsbildern (Baer et al. 1993) und Therapieverläufen (Heinrich et al. 1993) bekannt machen, sondern indem sie Therapeuten ermutigen, neue Wege zu gehen, eine sorgfältig experimentierende Haltung einzunehmen, ihrer Wahrnehmung zu trauen, um nicht nur Vorurteile, die dann zu Urteilen werden, fortzuschreiben. Sie haben die Aufgabe, gerade bei schwierigen Patienten Therapeuten Reflexionshilfen anzubieten und diffizile Prozesse durch emotionale Stütze und kollegialen Rat abzusichern. Nur so kann klinischer Fortschritt geschehen, erhalten nicht nur Erfolgspatienten (vom YAVIS-Typ) eine Chance. Schwere Störungen, schlechte Therapiemotivation, Zugehörigkeit zu einer benachteiligten sozialen Schicht (Unterschicht usw.) erhalten dann mit der Diagnose auch noch prognostische Negativfestschreibungen (Thomas 1986), die oftmals nichts anderes sind als Erfahrungswerte, die mit einer unzureichenden Technik gewonnen wurden, ein Faktum, das schon Ferenczi (1927/28) erkannt hatte und ihn zu seinem engagierten Plädoyer für eine „aktive und elastische Technik“ veranlaßte.

Leider sind für Borderline-Patienten und Psychose-Patienten durch die zum Teil mit unzureichender – oder besser – ungeeigneter psychotherapeutischer bzw. psychoanalytischer Technik gewonnenen „Erfahrungen“ und die daraufhin unter sehr fragwürdigen Effizienzkriterien fixierten Beurteilungen von „Therapieerfolg“, wie sie durch die Psychoanalyse der 60er und 70er Jahre im deutschsprachigen Bereich für diese Krankheitsbilder zementiert wurden, große Nachteile für diese genannten Patientengruppen entstanden, indem Kostenträger (u. a. durch das Gutachterverhalten) Schulmeinungen übernommen haben (über Therapierbarkeit, Behandlungsdauer, Therapieansatz usw.), die mit Blick auf neuere psychotherapeutische Entwicklungen und Therapieforschung keinen Bestand haben (Psychotherapie ist für viele Psychose-Patienten durchaus indiziert und sei es nur, um sekundäre Karriereschäden zu

mindern oder ihnen zu helfen, Psychoseerlebnisse zu verarbeiten, mit der Erkrankung zu leben bzw. besser mit ihr umgehen zu lernen. Hier sind allerdings Kenntnisse spezifischer supportiver Verfahren „karrierebegleitender Psychotherapie“ erforderlich.).

Die Forschung zu Klientenvariablen (etwa zur Schichtzugehörigkeit und Erkrankung) und die sich daraus ergebenden Erfordernisse für die Wahl therapeutischer Strategien – etwa aktiver Ansätze bei Psychosomatikpatienten aus benachteiligten Schichten (Thomas 1986) oder fokalthérapeutischer Vorgehensweisen bei Unterschichtpatienten (Heinl, Petzold, Walch 1983) – müssen in Supervision und Kontrollanalyse schon allein deshalb mit besonderer Sorgfalt thematisiert werden, weil die überwiegende Mehrzahl der Psychotherapeuten Angehörige der Mittelschicht bzw. Oberschicht sind, was zur Folge hat, daß eine Menge Behandlungsartefakte entstehen. Werden bei „Unterschichts“-Psychosomatikern Gefühle „abgefragt“ und wird dann etwa von Bauarbeitern oder Landfrauen aus bäuerlichen Kleinbetrieben mit Handlungen, körpersprachlichen Äußerungen oder Mitteilung von Arbeitsabläufen geantwortet, so könnte sehr schnell die „Fehl“-diagnose *Alexithymie* gestellt werden. Gerade in Supervisionsgruppen, bei denen immerhin eine Chance vorhanden ist, daß einige Teilnehmer über den zweiten Bildungsweg kommen und etwas über die Lebenswelten bzw. „social worlds“ dieser Menschen aus eigener Erfahrung wissen, besteht die Möglichkeit, daß Korrektive gesetzt werden können. Aber allein erfahrungsgegründete Erschließungen anderer Lebenswelten reichen nicht aus.

Es wird notwendig, bei den Klientenvariablen vermehrt identitätstheoretische Überlegungen einzubringen, wobei der Identitätsbegriff von Mead (1934; Joas 1982, 1985; Angehrn 1985) oder Goffmann (1967; Haeblerlin, Niklaus 1978), der in klinischer Zupassung im Rahmen der Integrativen Therapie weiterentwickelt wurde (Petzold, Mathias 1983; idem 1991o, 1992a, 528 ff.; 1993d), und rollenpathologische Überlegungen (Dreitzel 1972) wesentliche Perspektiven hergeben können, bis hin zu Fragen der klinischen Diagnostik (Kames 1992). Leider findet man aber eine Auswertung und klinische Adaptierung von Konzepten zu Identitätskrisen, zu Stigmatheorie oder Identitätstheorie (Hohmeier, Brusten 1975; Haeblerlin, Niklaus 1978; Frey, Haufßer 1987) in der psychotherapeutischen Fachliteratur ge-

nauso wenig (vgl. aber für die IT Affeldt 1991) wie eine Umsetzung der Arbeiten von Lorenzer (1972, 1973), etwa zu einer materialistischen Sozialisationstheorie oder zu Fragen der Sprachzerstörung. Fragen der Therapiemotivation und -erwartung werden statt dessen unter dem Blick mittelschichtsspezifischer, psychotherapeutischer Schulmeinungen abgehandelt und in der Regel nicht aus dem Bezugssystem des Patienten heraus gesehen und bearbeitet.

Schon in Garfield (1982) sind Studien referiert, die sich mit Divergenzen in den Vorstellungen über Therapie zwischen Therapeuten und Patienten befassen. Es zeigt sich: Wo Therapeuten- und Klientenvorstellungen harmonisieren, sind die Therapieabbrüche geringer und ist ein günstiger Behandlungsverlauf zu erwarten. Therapie- und Beratungsideologien wiegen wiederum in diesem Zusammenhang schwer (Krause Jakob 1991). Berater z. B., die die Position vertreten, daß man Patienten keinen Rat geben solle, Therapeuten, die eine hohe Selbsterfahrungsmotivation erwarten, Eigeninitiative, Aktivität und die „passive Erwartungshaltungen“ negativ bewerten, konstellieren Situationen, in denen die Patienten schlechte Karten haben, die den therapeutischen Erstkontakt kognitiv als sehr „dissonant“ erleben, die über keine Interpretationsfolien für soziale Situationen namens „Therapie“ verfügen, die mit Statusunterschieden schlecht umgehen können oder für das Rollenspiel „Therapeut/Klient“ kein entsprechendes Rollenrepertoire und Skript haben, so daß ko-respondierende Rollen, Rollenkonfigurationen sich nicht realisieren können. Sie haben in solchen Situationen wenig Chancen. Kontrollanalyse und Supervision haben, sofern Patientensituationen dieser Art vorgestellt werden, über Identifikationsübungen, Rollenübernahmen und Rollenspiele, Szenariotechniken usw. (Petzold 1982a; Buer 1989), die „social world“ des Patienten zu erarbeiten, so daß die Situationen aus seiner Perspektive verstehbar werden. Von einer solchen Position ausgehend, kann man Motivationsarbeit leisten, Informationen vermitteln, Ambiguitäten abbauen, Ängste abpuffern und auf diese Weise – ohne voreilig Patienten mit Widerstands- und Abwehrzuweisungen zu stigmatisieren und das eigene Tun als „pädagogisch“ abzuwerten (auch so ein Ideologem) – über eine Propädeutik für die therapeutische Situation eine Hinführung ermöglichen, die darauf gerichtet sein muß, „kognitive Konsonanzen“ herzustellen und „kognitive Disso-

nanzen“ zu mindern: *Theorie als Intervention* (Petzold, Orth 1994), um Hindernisse abzubauen, die erschweren, daß ein Patient in der therapeutischen Situation arbeitsfähig wird.

Von der Verhaltenstherapie einmal abgesehen, findet man zu diesem Themenkomplex keine empirischen Untersuchungen, sondern überwiegend Spekulationen – etwa über initiale Widerstände (vgl. die Arbeiten in Petzold 1981b)–, die eher als Konformitätsansprüche mit verdeckten pädagogischen Folgsamkeitsideologien im Hintergrund anzusehen sind, eher als nicht analysierte Größen- und Dominanzansprüche zu werten sind denn als solide theoretische Konzeptualisierungen. (Die versteckte repressive Pädagogik im Werk *Freuds* – neben all seinen emanzipatorischen Momenten – ist eine längst überfällige Monographie wert, vgl. einstweilen Miller 1981). Schaut man auf die Theorien von Psychotherapieverfahren über Patientenvariablen bzw. Klientenvariablen, so erweisen sie sich, blickt man dann in die Forschungsliteratur und auf die Ergebnisse empirischer Therapiestudien, oft genug als Vorurteilsstrukturen, die, weil sie sich auch in der Hypothesenbildung der Forschung niederschlagen, zum Teil noch bestätigt werden (Garfield 1982). Schon in die Begriffswahl gehen jede Menge prozeßbestimmender Vorannahmen ein, wenn man z. B. nur von „Klienten“ spricht, wie im Ansatz von Rogers, oder nur von „Patienten“, wie im Ansatz von Freud, oder ob man diese beiden Begriffe differentiell verwendet. In der Integrativen Therapie z. B. bezeichnen wir einen Menschen, der in seiner Alltagsbewältigung so schwer gestört ist, daß er seine Lebensverhältnisse ohne massive Unterstützung nicht mehr regulieren kann, weil ihn seine manifeste Symptomatik daran hindert und er deshalb auf therapeutische Hilfe angewiesen ist, als *Patienten*. Als *Klienten* bezeichnen (es sind also Attributionen, vgl. Krampen 1989) wir einen Menschen, dessen Lebensbewältigung in bestimmten Bereichen eingeschränkt ist, der aber prinzipiell seine Situation noch regeln kann und mit therapeutischer *Hilfestellung* auskommt (Petzold 1974k, 310). Diese hier beispielhaft als schulenspezifische Sicht von Patienten-/Klientenvariablen erwähnte Position hat natürlich weitreichende theoretische Implikate und beinhaltet ggf. auch ein Grobziel für kurative Therapie, nämlich mit einem *Patienten* den *Klientenstatus* zu erreichen als Schritt in die Richtung Gesundheit. Die identitäts-, stigma-, rollen- und attributionstheoretischen

schen Hintergrundkonzepte, Erwartungstheorien, d. h. Konzepte über die Therapieerwartungen des Therapeuten *und* die des Patienten, werden damit zu Größen, die in der Therapie und im supervisorischen Prozeß reflektiert werden müssen. Es geht also nicht nur um die Sicht des Patienten/Klienten durch den Therapeuten. Rogers hatte zu Recht erkannt, daß die „Wahrnehmung des Therapeuten durch den Klienten“ ein entscheidendes Moment für das Gelingen der Therapie ist, womit er sich zugleich *gegen* das psychoanalytische Konzept des Therapeuten als „undurchsichtigen Spiegel“ stellt und ein Bild des „wahrnehmbaren“ Therapeuten, der durch Offenheit und self-disclosure gekennzeichnet ist, favorisiert. Eine solche Vision wird aber leicht naiv, wenn dabei nicht (was in der Tat unterblieb) die ganze Breite des Wissens über „soziale Wahrnehmung und Informationsverarbeitung“ (Leyens, Codol 1992) einbezogen wird, weiterhin das sozialpsychologische und klinische Wissen über Wahrnehmungsverzerrungen (u. a. über Übertragungen) – zwei Kenntnisfelder, die von Therapeuten oft nicht verbunden werden (Wells, Loftus 1984).

Gesprächspsychotherapeutisch und verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Kollegen blenden häufig die letztgenannte Dimension des Übertragungsgeschehens aus, psychoanalytisch ausgerichtete Kolleginnen den erstgenannten Bereich sozialpsychologischer Fragestellungen und verstehen nicht, ihn zu nutzen. Wird der Therapeut von einem Klienten als *stützend, vertrauenswürdig, ernsthaft interessiert, aktiv und beteiligt* erlebt, so beeinflußt diese Wahrnehmung das Therapieergebnis positiv. Wird er als *distanziert, abwertend und unsicher, als undurchsichtig und verschlossen* gesehen, so kommt es zu negativen Ergebnissen, so Orlinsky und Howard (1978) in ihrer Auswertung zahlreicher Studien, ein Ergebnis, das durch neuere Untersuchungen (bei Zimmer 1983; Norcross, Goldfried 1992) vollauf bestätigt wird. Für Verfahren, die ein solches „offenes“ Therapeutenverhalten nicht fördern oder gar ablehnen, wie es bei orthodoxen psychoanalytischen Positionen der Fall ist, hat dies zur Folge, daß „indirekte Ausschlußkriterien“ durch die Therapie-Ideologien entstehen. Patienten werden „nicht analysierbar“. Es werden nur Ich-starke Patienten mit einem hohen Grad kognitiver Organisiertheit, Introspektions- und Verbalisationsfähigkeit behandelbar, für die ein eher versagendes Setting durchaus indiziert sein kann,

ein Vorgehen, wie es die klassische Technik *Freuds* charakterisierte, zumindest die, die er in seinen behandlungstechnischen Schriften (nicht in seiner Praxis, vgl. *Cremerius* 1981) vertrat, weil ein solches Prozedere eine Herausforderung darstellt, an der bestimmte Patienten wachsen können. Sie können aber auch von ihm geschädigt werden! Genauso wie Lehranalysen zu „Riten der Unterwerfung“ geraten können (*Balint* 1947), können es auch Therapien.

Krankenbehandlung ist, das haben die Vergleiche von Psychotherapie und Schamanismus, Psychotherapeuten und Hexendoktoren durch *Lévi-Strauss* (1979), *Frank* (1981) und *Torrey* (1972) gezeigt, sicher immer eine Art „Einpassung“ des Patienten in die Ritualstruktur des Therapieverfahrens. Aber es muß auch gesehen werden, daß so eine Einpassung dysfunktionale, ja toxische Wirkungen haben kann, und es muß auch berücksichtigt werden, für welchen Patienten und welches Krankheitsbild welches Ritual (Therapieverfahren, Methode, Technik) zu verwenden ist. Schon schamanistische Heiler hatten hier differentielle Indikationen (*Eliade* 1975). Dies kann einerseits zur Indikation für verschiedene Psychotherapieverfahren führen, zum anderen zu einer Variation der Technik. *Ferenczi* (1931) hatte diese Probleme gesehen und für schwerstgestörte Patienten an die Stelle des abstinent-verweigernden Stiles von *Freud* seine Konzeptionen der „Kinderanalysen mit Erwachsenen“, des „emotionalen Nachnährens“, der „therapeutischen Adoptionen“ (parentage/reparentage, *Petzold* 1969b, 1993a, 1113) gestellt. *F. Alexander* (1933, 1937, 1950, 1956; *Alexander, French* 1946; *Schuch* 1990) hatte, diese Position weiterführend, das Konzept der „korrigierenden emotionalen Erfahrung“ entwickelt. *H. Kohut* (1971) hat für schwerstgestörte Patienten andere Formen der Technik und der Handhabung der Übertragung eingesetzt.

Die Technik *Freuds* und die Technik *Ferenczis* (*Harmat* 1988; *Haynal* 1989; *Cremerius* 1979, 1984) werden oft als Gegensätzlichkeit gesehen. Sie kann aber heute im Lichte neuerer Psychotherapieforschung einerseits und in der Relativierung der theoretischen Annahmen zur Begründung klassischer psychoanalytischer Technik durch die wissenschaftstheoretischen Infragestellungen metapsychologischer Positionen andererseits, weiterhin durch die Relativierung und zum Teil Falsifizierung psychoanalytischer Entwicklungstheoreme durch die moderne Baby- und Kleinkindforschung

(Stern 1985; Dornes 1992; Petzold 1993c), sowie schließlich aufgrund psychoanalytischer Therapieprozeßforschung (Strupp 1993) in neuer Weise betrachtet werden, nämlich als die Entwicklung unterschiedlicher Behandlungsstrategien für unterschiedliche Patientengruppen und Settings aufgrund der „Erfordernisse der Praxis“ und der Bedürfnisse des Menschen – „different strokes for different folks!“. Schon Lehranalyse und Ausbildungs-Selbsterfahrungsgruppe müssen deshalb Modellsituationen für differentielle therapeutische Arbeit mit unterschiedlichen Patientenvariablen bereitstellen, damit technische Handhabung durch eigenes Erleben, Erfahrungen, „am eigenen Leibe“ erlernt werden kann. Dies ist durchaus möglich, weil in Lehranalysen ohnehin „Destabilisierungen ohne Not“ erfolgen, d. h. es werden Bereiche der Biographie durchforstet, die durchaus konsolidiert sind. Es werden Regressionen in frühe Erlebnisschichten induziert, die aus therapeutischer Sicht im Regelfall nicht indiziert wären (eine nicht risikolose und ethisch durchaus diskussionsbedürftige Praxis – wir halten sie im übrigen für unumgänglich, vgl. Frühmann und Petzold, Orth, dieses Buch), und dies alles, damit der Kandidat Erlebensbereiche kennenlernt, denen er in der Arbeit mit Patienten immer wieder begegnet.

Es geht dabei nicht nur darum, seine Empathie für „frühe Atmosphären“ zu schulen oder für Manifestationen schwerer Pathologie, es geht auch darum, konsolidierte Problembereiche der eigenen Biographie noch einmal anzuschauen, „prävalent pathogene Milieus“ (Petzold 1988n, 234), die durch Belastungen des Therapeuten als Privatperson im Alltagsleben nicht mehr gefährdet würden. In der Konfrontation mit Patienten, bei denen aufgrund ihrer Erkrankung z. B. schlimme frühe Atmosphären noch sehr virulent sind, kann es aber zu Destabilisierungen kommen, wenn derartige Areale nicht in der Lehranalyse bearbeitet worden sind: „Was nicht in der Lehranalyse, in ihrem geschützten Rahmen angesehen und durchgearbeitet wurde, trifft den Therapeuten oft genug in der ungeschützten Situation der Behandlung, wenn die Pathologie des Patienten ihn mit seiner eigenen konfrontiert“ (Iljine 1942, 84). Das pathologische Potential des Patienten, die von ihm ausgehenden Atmosphären – und diese sind, als „ergreifende Gefühlskräfte“ verstanden (Schmitz 1989), „ansteckend“ – Atmosphären etwa der Niedergeschlagenheit, Feindseligkeit, Verlorenheit usw. – sind eine wichtige

Patientenvariable, die für die „Passung“ mit dem Therapeuten von höchster Bedeutung ist. Um korrespondierende oder akkumulative Pathologie zu vermeiden, bedarf dieser Aspekt der Destabilisierung – er wurde in der Forschung bislang vernachlässigt – in Supervision und Kontrollanalyse künftig großer Aufmerksamkeit.

Im Rahmen psychotherapeutischer Ausbildungen wird die Eigentherapie, die von der Betrachtung früher biographischer Bereiche bis zum Bearbeiten von Verletzungen im Erwachsenenleben reichen sollte, deshalb auch unterschiedliche therapeutische Strategien und Techniken einsetzen müssen. Man kann dadurch zumindest in Ansätzen Modellsituationen für den Umgang mit unterschiedlichen Patienten bereitstellen. So sollte die Lehranalyse immer wieder auch fokalthérapeutische Sequenzen haben (Petzold 1993p). Nur so kann sie auf kurzzeittherapeutische Arbeit, die zunehmend an Bedeutung gewinnt, vorbereiten. Wird nämlich nur der „lange Bogen“ einer zeitlich unbefristeten Lehranalyse als Erfahrung „sozialisiert“, so werden nicht in ausreichendem Maße tragfähige Handlungsstrategien für die Praxis vermittelt, insbesondere, da man die modellhafte Wirkung einer solchen Langzeitlehranalyse nicht unterschätzen darf. Dies wiegt um so schwerer, da durch Forschung deutlich gemacht wurde, daß eine mittelfristige, eher supportive Therapie genau die gleiche Wirkung hat, wie eine etwa drei Mal so lange, aufdeckende Analyse (Wallerstein 1986, 515), zumal doch nur für wenige Patienten eine Indikation zu einer solchen Langzeitanalyse besteht (Grawe et al. 1994, 180 ff.; Wallerstein 1986, 391ff.). Die Forschungslage spricht auf jeden Fall nicht für einen breiteren Einsatz von Langzeitanalysen:

„1. Es gibt keine positive Indikation für eine Langzeitpsychoanalyse in Qualität, Quantität und Stabilität. Vergleichbare Effekte wurden auch mit sitzenden Psychotherapien von sehr viel kürzerer Dauer erzielt. 2. Langzeitpsychoanalysen sind kontraindiziert für schwer gestörte Patienten. Bei solchen Patienten sind Psychoanalysen nicht nur weniger wirksam, sondern sie beinhalten auch ein relativ großes Risiko schädigender Effekte“ (Grawe et al. 1994, vgl. 185 f). Auch wenn man Grawes Konklusion, die aufgrund der vorliegenden, von psychoanalytischen Forschern erstellten Untersuchungen gezogen wurden, nicht teilen will, ist es doch ein Faktum, daß Analysen von 600 Stunden und mehr in der Praxis kaum ange-

wendet werden und daß die gleichwirksamen analytischen Psychotherapien von ca. 300 Stunden (Wallerstein 1986) gleichfalls noch viel zu lang sind – in der klinischen Praxis bzw. bei den niedergelassenen, analytischen Psychotherapeuten werden solche Langzeittherapien kaum noch durchgeführt (nur noch zu 7 %, vgl. Schmid 1988).

Der Frage nach dem *Modellcharakter der Lehranalyse* als Eigentherapie wird deshalb größte Bedeutung zuzumessen sein. Strupp und Binder (1991) machen auf jeden Fall deutlich, daß die bisherige psychoanalytische Ausbildung mit ihrem Modell der langzeitigen Lehranalyse *nicht für kurzzeittherapeutische oder fokalthérapeutische Arbeit ausrüstet*. Lehrtherapie sollte aber so ausgerichtet sein, daß sie Behandlungsstrategien, die in der psychotherapeutischen Alltagspraxis brauchbar sind, exemplarisch vermittelt. Nur dann können Kontrollanalyse und Supervision in fruchtbarer Weise an derartige Erfahrungen anschließen.

Kontrollanalyse und Supervision müssen für die Erfordernisse der verschiedenen Settings und Patientenvariablen sensibilisieren und behandlungsmethodische Hilfen für die jeweils spezifische Situation oder Qualität des therapeutischen Prozesses bereitstellen. Dabei werden sie auch Therapeutenhaltungen zu reflektieren haben, wie sie die Auswertung von Orlinsky und Howard (1986, 1988) herausgestellt hat. Es handelt sich um *Qualitäten* – z. B. die *Fähigkeit* und *Fertigkeit*, hilfreich, engagiert, vertrauenswürdig und überzeugend zu sein –, die in der psychotherapeutischen Ausbildung insgesamt entwickelt und gepflegt werden müssen, und zwar genauso wie die *Kompetenz* und *Performanz*, sich zurückzunehmen, abzugrenzen, zu konfrontieren (und die Mehrzahl der Deutungen sind Konfrontation, weil sie eine Realität einer anderen gegenüberstellen). Letztgenannte „stilistische Qualitäten“ bei den Therapeutenvariablen (Tscheulin 1982), werden mehr von der klassischen psychoanalytischen Technik entwickelt und gepflegt als etwa von der „client centered therapy“ von Rogers.

Den Patienten-/Klientenvariablen wird durch die neue Psychotherapieforschung zu Recht immer größere Bedeutung beigemessen (Krause Jacob 1991; Ambühl 1993). Sie bestimmen nicht nur die Qualität des Vorgehens, die Wahl des methodischen Zugangs oder der behandlungstechnischen Mittel, sie bestimmen zuallererst auch die Reaktionen des Therapeuten, denn *Therapeutenrolle* und

Patientenrolle bilden eine Konfiguration mit vielfältigen, wechselseitigen Einflußgrößen aufgrund sozialpsychologischer, rollentheoretischer und übertragungstheoretischer Überlegungen. Sie bestimmen die Initialsituation einer Therapie, das Problem der Auswahl, Fragen der Motivations- und Informationsarbeit genauso wie den Prozeßverlauf, die Qualität der therapeutischen Interaktion und nicht zuletzt die Beurteilung des „Therapieerfolges“. Denn Erfolg mißt sich nicht nur an theoretisch fixierten Kriterien, sondern ist nur mit Blick auf die Ausgangslage des Patienten, die Schwere seiner Erkrankung, die mitgebrachten Kompetenzen, die Situation seines sozialen Netzwerkes, seine Ressourcenlage, sein Bewältigungspotential usw. zu sehen und natürlich auch durch den Anspruchsrahmen, den der Therapeut bzw. seine Therapietheorie setzt: Geht es um Symptombeseitigung, um Anpassung, um Verständnis der eigenen Person und belastender Lebenszusammenhänge, geht es um Persönlichkeitsentwicklung und die Förderung eines kritisch-emanzipatorischen Bewußtseins (*Haeberlin, Niklaus 1978*)?

3.2.3 Prozeßvariablen der Therapeut-Patient-Relation

Nach der Betrachtung der Therapeutenvariablen und Patientenvariablen muß nun das in den Blick genommen werden, was im Zentrum supervisorischer und kontrollanalytischer Prozesse steht: die „therapeutische Beziehung“ (*Petzold, Heidl 1981a*), weil die Beziehung ja auch das Zentrum therapeutischen Handelns darstellt (*Petzold 1980f*). Darin stimmen inzwischen alle psychotherapeutischen Schulen überein, und dies ist auch das bestgesicherte Ergebnis der Psychotherapieforschung (*Orlinsky, Howard 1986*). In der Gestaltung der Beziehung und der theoretischen Begründung der Therapeut-Patient-Relation kann man, darin ist *Linsenhoff, Bastine und Kommer (1982)* beizupflichten, eines der wichtigsten Momente zur Bestimmung der Unterschiedlichkeit der Therapieschulen sehen. Es zeigen sich dabei wiederum „Hintergründe“ und natürlich erneut divergierende anthropologische Positionen, wenn z. B. die Therapeut-Patient-Relation als „*existentielle Begegnung*“ verstanden wird wie bei *Moreno (1914, 1959; Petzold 1984b)* oder wenn, wie bei *Perls* und in der Gestalttherapie seiner Tradition, der „*Kontakt*“ mit Bezug auf eine physiologistische Organismustheorie (*Perls 1956*,

1980; Petzold 1984h) in das Zentrum gestellt wird (vgl. Müller, dieses Buch).

Es ist ein Unterschied, ob man die therapeutische Beziehung mit dem *Freudschen* Kathexis-Modell libido-energetischer Besetzung expliziert (Russelman 1983; Rillaer 1980) oder mit den Gedankenfiguren der Objekt-Beziehungstheorie (Cashdan 1990), ob man sich mit Rogers und anderen Autoren humanistischer Psychotherapie an begegnungstheoretischen Überlegungen in der Tradition Bubers ausrichtet (Friedmann 1989) oder sich, wie in der Integrativen Therapie, auf intersubjektivitätstheoretische Überlegungen in der Tradition von Gabriel Marcel (1985; Troisfontaines 1968) unter Beziehung symbolisch interaktionistischer Vorstellungen (Mead 1934; Steinert 1973) und Überlegungen zur interaktiven und kommunikativen Kompetenz (Habermas 1981; Peukert 1979) abstützt. – Das Faktum, daß hinter Interventionsstrategien und Beziehungsformen in der Therapeut-Patient-Relation der verschiedenen Schulen unterschiedliche Menschenmodelle (Herzog 1983) stehen, ist bekannt, aber noch kaum systematisch ausgewertet worden, weil hinter der Frage nach „*common factors*“ und „*divergent factors*“, die Frage nach „*common concepts*“ und „*divergent concepts*“ (Petzold 1993g) bisher vernachlässigt wurde. Die verschiedenen therapeutischen Schulen und ihre Beziehungsmodelle sind – blickt man auf die Phänomenologie menschlicher Relationalität (Petzold 1991b; Orth, Petzold 1993b) – zu einem Teil auf *Sonderfälle* der Beziehungsgestaltung zentriert, und das hat für die Therapie Folgen.

Supervision und Kontrollanalyse kommt hier die eminent wichtige Aufgabe zu, Beziehungsgeschehen, wie es sich in Therapien ereignet und von Supervisanden vorgestellt wird, immer wieder auch vor dem Hintergrund des schulenspezifischen Modells von Relationalität zu reflektieren und – mit Blick auf andere Modelle – auch kritisch zu betrachten. Je komplexer das Modell, je differenzierter muß diesen Zusammenhängen nachgegangen werden. Aus methodenübergreifender Sicht müssen dabei sicher das Übertragungs-/Gegenübertragungsmodell der Psychoanalyse, das Modell der rollenkonfigurativen Interaktion des Psychodramas, das Begegnungsmodell von Rogers und systemische Kommunikationsmodelle als Explikationsfolien beigezogen werden. Als verfahrensspezifische Folien stellen wir in der Integrativen Therapie auf die Rela-

tionsformen *Konfluenz, Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung* ab (Petzold 1986h, 1991b; Frühmann, dieses Buch).

Sie zeigen sich als Relationsmöglichkeiten, die sich in fast jedem therapeutischen Prozeß finden lassen sowie als Beziehungsformen unter anthropologischer Perspektive (Petzold, Maurer 1978; idem 1980g): Subjekt-Beziehung (intersubjektive bzw. Seins-Beziehung), Objekt-Beziehung (verdinglichende bzw. Haben-Beziehung), sachlich-funktionale Beziehungen (funktionalisierende Machen-Beziehungen). Betrachtet man die Beziehungsmodelle in den unterschiedlichen Schulen (idem 1980f; Battegay, Trenkel 1978), so sieht man, daß keineswegs nur monolithische Auffassungen zur Therapeut-Patient-Interaktion bestehen, denn neben einem Hauptmodell (z. B. Übertragung-/Gegenübertragung) finden sich weitere Relationsformen: die Alltagsbeziehung oder die professionelle Beziehungskonstellation des Arbeitsbündnisses, der Freundschaftspakt, der Kontrakt etc. Auch bei den gestörten Beziehungsmustern werden spezifische Formen differenziert (Greenson 1978), selbst dort, wo ein prädominantes Konzept in einer Schule vertreten wird (Bergold 1982). Mit Blick auf die Therapieforschung wird es indes notwendig, Therapeut-Patient-Interaktionen problem- und situationsspezifisch zu gestalten (Zimmer 1983). Sie beginnen beim „Matching“ von Therapeut und Klient, ein Thema, das für die Behandlungsteams, Teamsupervisionen, Ausbildungssupervisionen und Kontrollanalysen sehr wichtig ist. Für das „Matching“ müssen Therapeuten wissen, welche Patientenvariablen für sie problematisch sind, mit welchen Krankheitsbildern, Problemsituationen, Beziehungskonstellationen sie besondere Schwierigkeiten haben.

Nicht nur, daß nicht jede Technik, Behandlungsstrategie oder Methode für jeden Patienten anwendbar ist, sondern es gilt auch: Nicht jeder Therapeut kann jedem Patienten gerecht werden oder ihn angemessen behandeln. In der Initialphase von Therapie sind deshalb Supervision und/oder Kontrollanalyse, Teambesprechungen und Intervisionen hilfreich, ja zuweilen notwendig, um die Frage des „Matchings“ zu klären. Die Möglichkeit, eine gemeinsame „soziale Welt“ zu teilen, ist – das wurde schon erwähnt – für die Behandlung erforderlich (Parloff et al. 1978). Durch therapeutische Erfahrungen und durch supervisorische Begleitung erweitert sich das Spektrum der Behandlungsmöglichkeiten, denn mit jeder

„social world“, die man geteilt hat, wächst das Wissen um unterschiedliche Areale der Lebenswelt, mit jeder durchlebten therapeutischen Beziehung wächst das „Archiv“ an Beziehungserfahrungen. Supervisoren und Kontrollanalytiker haben durch ihre Tätigkeit die besondere Chance, aufgrund der „indirekten Teilnahme“ an zahlreichen, oft sehr unterschiedlichen therapeutischen Beziehungen ein großes Erfahrungsspektrum zu erwerben, so daß es zu einem *akkumulativen Kompetenzgewinn* im Rahmen ihrer Aufgabe und für ihre Tätigkeiten kommt, sofern nicht schulenspezifische *Dogmen* es verhindern, daß diese Erfahrungen fruchtbar gemacht werden können. Kontrollanalysanden bzw. Supervisanden wird durch die Breite eines solchen Erfahrungshintergrundes die Möglichkeit eröffnet, an einem Erfahrungsschatz zu partizipieren, der erst über langjährige Arbeit mit Patienten – und diese zentriert in der „Beziehungsarbeit“ – erworben wird.

Es erfolgt auf diese Weise – besonders wenn erlebnisaktivierende Methoden, etwa psychodramatisches Rollenspiel, Gestalttechniken, kreative Medien in der Supervision eingesetzt werden (Richter, Fallner 1989; Petzold, Orth 1988; Petzold, Heintl 1981; idem 1989i, 1990o) – ein „Know-how-Transfer“, ein „exemplarisches Lernen“ in Situationen mit Patienten durch kompetente Begleitung, in der die „clinical wisdom“ (idem 1991a, 395 f) des Supervisors bzw. Kontrollanalytikers unmittelbar erfahrbar wird und in Prozessen „holographischen Lernens“ verinnerlicht werden kann. Der „common sense“, die Alltagserfahrung, die Lebenserfahrung des Supervisanden werden mit seinem professionellen Hintergrund verbunden, mit dem, was in der therapeutischen Praxis tagtäglich geschieht, und dies in einer Form, daß durch die Art und Weise, wie Supervisor bzw. Kontrollanalytiker eine Situation handhaben, auch die Entwicklung eines „Schatzes an klinischer Erfahrung“ beim Kandidaten gefördert wird.

Nicht zuletzt die Qualität der Beziehung des Kontrollanalytikers zum Kontrollanalysanden, des Supervisors zur Supervisionsgruppe, die zwischen Exzentrizität und Engagement, Stütze und Verselbständigung (idem 1989i) oszilliert und nicht nur die kompetente Bearbeitung von Supervisionsmaterial trägt dazu bei, daß auch der Kandidat im Laufe seiner Arbeit so etwas wie „clinical wisdom“ (Petzold 1991a, 395 f) entwickelt, die Patienten und Patientinnen zugute kommt.

3.2.4 Wirkfaktoren – ihre Bedeutung für die Supervision und Kontrollanalyse

Es soll noch einmal auf die Fragen der „unspezifischen Wirkfaktoren“ eingegangen werden, die in therapeutischen Prozessen und Beziehungen eine bedeutsame Rolle spielen und zu den zentralen *Inhalten* von Supervision und Kontrollanalyse gehören. Für den gesamten Ausbildungsprozeß sind sie insoweit wichtig, als daß sie durch didaktische Modelle vermittelt werden müssen, und dies nicht nur auf theoretischer Ebene, sondern in eigentherapeutischen Erfahrungen. Kontrollanalyse und Supervision sind dann weitere wichtige Schritte, um Interventionen, in denen diese Wirkfaktoren zum Tragen kommen, zu fördern, nicht zuletzt aber ihren gezielten Einsatz zu ermöglichen. *Damit werden nämlich unspezifische Faktoren zu spezifischen.* Weiterhin wird es darum gehen, um nicht nur mit „Breitspektrumstherapie“ vorzugehen (die Autoren der Berner Therapievergleichsstudie haben so eine Variation der Verhaltenstherapie bezeichnet, *Grawe et al.* 1990) und darauf zu trauen, daß für den Patienten schon etwas Richtiges dabei sei, aufgrund einer differenzierten „prozessualen Diagnostik“ (Bedürfnisanalyse, Problem-/Konfliktanalyse, Leibfunktionsanalyse, Lebensweltanalyse, Kontinuum-Analyse, Ressourcen-Analyse, *Petzold* 1988n, 206ff; 1992a, 592ff; 1993p) herauszufinden, welche Faktoren in der therapeutischen Beziehung und im Behandlungsprozeß besonders aktualisiert werden müssen.

Wird die „Förderung emotionalen Ausdrucks“ nicht nur als allgemeine Charakteristik im Sinne einer unspezifischen Wirkvariable des Therapieverfahrens zum Einsatz gebracht (und alle großen Therapieverfahren fördern die Emotionalität, vgl. *Schelp, Kemmler* 1988; *Kemmler, Schelp, Mecheril* 1991), sondern aufgrund einer diagnostischen Erhebung, die ergab, daß Defizite im emotionalen Ausdruck vorhanden sind, so wird der „unspezifische“ Faktor zu einem „spezifischen“. Die unspezifischen Wirkfaktoren sind insgesamt deshalb wirksam, weil sie auf weit verbreitete Mangelsituationen treffen: „Ermöglichung von Realitätsprüfung“ verweist auf Störungen in der Realitätseinschätzung, „Förderung von kommunikativer Kompetenz“ auf Defizite dieser Kompetenz usw. Da nun im Rahmen therapeutischer Prozesse unterschiedliche Mangelsituationen

oder Störungsbereiche zu unterschiedlichen Zeitpunkten erkennbar und deutlich werden und auch von seiten des Patienten verschiedenartige Bedürfnisse im Verlauf des therapeutischen Geschehens aufkommen, wird der bloße Rekurs auf *unspezifische Global-effekte* oder Breitspektrumsinterventionen – sie machen auch Laientherapien und Selbsthilfegruppeneffektiv (Gunzelmann et al. 1987; Reinecker et al. 1989; Durlak 1981) – auch nur unspezifische Effekte bringen und vielleicht sogar in die Gefahr von „Breitbandantibiotika“ führen. Es kommt zu unerfreulichen Nebenwirkungen, und es bilden sich Resistenzen aus.

[Bei manchen Patienten mit langen Karrieren hat man den Eindruck, sie seien nie gründlich untersucht oder gründlich und *spezifisch* psychotherapeutisch behandelt worden. Bei einer Exploration ihrer Therapiekarrieren – meist Kurzzeitbehandlungen bei klinischen Aufenthalten -, bei denen sie in irgendeine Gruppe gesteckt wurden und bei irgendwelchen Assistenzärzten wie auch immer fundierte „therapeutische Einzelgespräche“ erhielten nach der Maxime: die „Droge Arzt“ wirkt noch allemal -, die also x-mal anbehandelt und in therapeutischen Gruppenveranstaltungen abgefertigt wurden und bei denen sich dadurch die Chancen eines Therapieerfolges immer mehr verminderten, sieht man manchmal die Resultate von unspezifischen Breitbandbehandlungen. Sie werden dann als „Therapeutenkiller“, „therapieresistent“, „Rentenneurosen“ stigmatisiert. Nach den iatrogenen Ursachen wird nicht gefragt!]

Spezifität darf nun aber nicht so gesehen werden, daß es nur darum geht, die richtige „Mischung“ von Wirkfaktoren zusammenzustellen, um aufgrund einer solchen Rezeptur Therapieerfolg zu haben. Therapeutisch wirksames Handeln bleibt personales, interpersonales Geschehen. Die Patientenvariablen und die Therapeutenvariablen, schließlich die Prozeßvariablen sind letztlich nicht „summativ“ zu betrachten, sondern erfordern eine ganzheitliche Sicht des Therapiegeschehens. Auf diesem Hintergrund wird es sinnvoll, sich mit spezifischen bzw. unspezifischen Therapiefaktoren zu befassen. An dieser Stelle soll es nicht darum gehen, die Modelle von Frank (1981), Bandura (1977), Garfield (1982), Karasu (1986), Thomas (1989) usw. darzustellen oder Faktorenlisten wie die von Korchin (1983) und Kanfer et al. (1991) zu diskutieren. Derartige Aufstellungen zeigen immer wieder schulenspezifische Sichtweisen, lassen die theoretische Hintergrundposition der Autoren deutlich werden, sei sie nun psychoanalytischer (Enke, Czogalik 1993), behavioraler (Kanfer et al. 1991) oder eklektischer Art (Thomas

1989; Orlinsky 1994; Orlinsky, Howard 1986). Wirkfaktoren müssen immer mit Blick auf die Formulierung und Umsetzung von *Therapiezielen* gesehen werden und auch mit Blick auf die gewählten Instrumente, diese Ziele zu erreichen. Wenn wir in der Integrativen Therapie *prozessorientiert* mit höchst individualisierten „therapeutischen Curricula“ bzw. Behandlungsplänen, einer „variablen, polyvalenten Zielstruktur“ (Petzold 1988n, 267) und einer „systematisch-heuristischen Methodenwahl“ (ibid.) arbeiten, so läßt sich unschwer verstehen, warum die Frage der Wirkfaktoren eigentlich nur im Kontext konkreter Therapiesituationen und -prozesse diskutiert werden kann anhand von Fallmaterial. Es wird hier evident, daß dieser ganze Themenkomplex im Rahmen von kontrollanalytischem bzw. supervisorischem Handeln erhebliche Wichtigkeit hat. In einer „konzeptanalytischen“ Auswertung von 120 Therapiestudien und von mehr als 200 an FPI und EAG angefertigten Graduierungsarbeiten (Aufstellung in: Petzold, Sieper 1993a, 728 ff.), aus denen wir zu extrahieren versuchten, welche Konzepte heilendem Handeln zugrunde gelegt wurden, konnten wir eine Reihe „main factors“ bzw. „main concepts“ herausarbeiten und in eine grobe Reihung bringen: Vierzehn Heilfaktoren. Dabei muß herausgestellt werden, daß konzeptanalytisch gewonnene Wirkmomente – soweit sie nicht mit Wirkfaktoren koinzidieren, die von der empirischen Wirkfaktorenforschung unter kontrollierten Bedingungen gewonnen wurden – nicht ohne weiteres als Wirkfaktoren *in sensu strictu* deklariert werden dürfen, ehe ihre Wirksamkeit in methodisch soliden Studien nachgewiesen wurde. Bis dahin haben sie nur einen *heuristischen* Wert. Gerade bei psychoanalytischen Autoren besteht derzeit die Neigung, konzeptuelle Annahmen als „Wirkfaktoren“ zu deklarieren (z. B. „die Ablösung von ... Teilobjektbeziehungen durch Ganzobjektbeziehungen“, Heigl-Evers, Gfäller 1993, 353, oder auch Finger-Trescher 1991), womit genau der Stachel der Wirkfaktorenforschung unterlaufen wird und man sich unüberprüfte Annahmen wieder einmal bestätigt.

Die im folgenden aufgeführten heilenden Faktoren sind als konzeptanalytisch gewonnene Heuristik zu sehen, wobei allerdings für die Mehrzahl der 14 Faktoren sich gute empirische Wirksamkeitsnachweise im „common factor research“ finden lassen. Nichtsdestotrotz bedürfen derartige Heuristiken, was die Gesamtwirkung,

das Zusammenspiel der als Einzelfaktoren durchaus bestätigten Wirkungen anbelangt, der empirischen Überprüfung (Arkowitz 1992).

Daß sich die hier vorgestellten „unspezifischen“ Faktoren in der therapeutischen Arbeit auch in der Lehranalyse und in der Ausbildungs-Selbsterfahrungsgruppe finden, zeigte eine *pilot study*, die ich in mehreren (4) Kompaktseminaren (64 Teilnehmer) zum Thema „Durchführung von Einzelanalysen“ durchgeführt habe, indem die Teilnehmer mit Rückblick auf ihre Lehranalyse und Ausbildungsgruppe – das Seminar steht in der Schlußphase der Therapieausbildung – auf Flip-Chart-Bögen aufschrieben, was für sie in den Selbsterfahrungsanteilen der Ausbildung positive Persönlichkeitsveränderungen ermöglicht hat. Dabei zeigte sich: Die Faktoren für die Patientenarbeit in den Einzel- und Gruppentherapien unterscheiden sich praktisch von denen in Lehranalysen und Ausbildungsgruppen nicht. Für die Gruppentherapie ist es möglich, gruppenspezifische Wirkungsaspekte (Yalom 1989; Heigl-Evers, Gfäller 1993; Tschuschke 1993) herauszustellen, die aber in der Gesamtheit der therapiewirksamen Momente nicht überschätzt werden dürfen. Indem solche Konzepte und Faktoren systematisch reflektiert und in Ausbildungsveranstaltungen integriert werden, werden Ausbildungskandidaten für sie sensibilisiert, und das heißt, daß aus unspezifischen Faktoren spezifische Faktoren werden können. Folgende 14 seien in einer groben Reihung aufgeführt:

1. Einführendes Verstehen (EV)

Unter diesem Begriff werden Mitgefühl, Empathie, Takt, Wertschätzung gefaßt und Aussagen von der Art, daß ein Patient sich von seinem Therapeuten „so gesehen fühlt, wie er ist“, sich in seiner Lebenssituation, seinen Problemen, seinem Leiden „verstanden fühlt“. Erfahrungen mit „stimmiger Empathie“ setzen positive Sozialisationserfahrungen (Baker 1991) gegenwärtig oder wirken als „korrigierende emotionale Erfahrungen“ für negative, biographische Einflüsse. Wenn Menschen in stimmiger Weise empathisiert werden, vermögen sie sich selbst besser zu verstehen, Selbstempathie zu entwickeln und Einfühlung für andere Menschen, sofern „wechselseitige Empathie“ bzw. Mutualität (Petzold 1990b; Ferenczi 1988) nicht verhindert wird.

In der Sozialisation muß die „zurückwirkende Einfühlung“, z. B. von Seiten des Kindes den Eltern gegenüber aktualisiert werden können, sonst kann es zu Schäden kommen. Für die psychotherapeutische Situation oder Lehranalyse heißt das, daß die Einfühlung des Therapeuten und die Einfühlung des Patienten eine wesentliche Rolle spielen, wie Biermann (1969) aufgrund seiner Literaturübersicht herausfand, weshalb er die Wechselseitigkeit der Selbstöffnung als wichtiges

Moment in der therapeutischen Beziehung herausstellt. Das erfordert von seiten des Therapeuten, daß er nicht nur bereit ist, sich seinen Patienten gegenüber einführend zu verhalten, sondern daß er auch bereit ist, sich von seinen Patienten empathieren zu lassen (sie tun es ohnehin, auch wenn man „hinter der Couch sitzt“). Diese nicht immer einfache Situation wird durch den therapeutischen Stil der „selektiven Offenheit“ und „partiellen Teilnahme“ (Petzold 1980g) sowie durch das Prinzip des „Aushandelns von Grenzen“ (idem 1991b) handhabbar. Die dyadische Situation in Kontrollanalyse und Supervision zentriert im „einführenden Verstehen“. Dieses ist die „klimatische“ und „methodische Basis“, ohne die eine solche kollegiale Begleitung gar nicht möglich wäre. Die „empathische Kompetenz und Performanz“ des Supervisors bzw. Kontrollanalytikers ist entscheidend für das Gelingen der Prozesse, die damit auch Modellcharakter für den Einsatz „empathischen Verstehens“ und den Umgang mit „wechselseitiger Empathie“ erhalten. Der Supervisor/Kontrollanalytiker kann überdies Erfahrungen mit seinen empathischen Impulsen, Reaktionen und Bedürfnissen und ihren Äußerungen gegenüber dem Kontrollanalytiker/Supervisor sammeln, die – wenn sie meta-reflektiert werden – ihn für den Umgang mit derartigen Phänomenen in der Patientensituation ausrüsten.

2. Emotionale Annahme und Stütze (ES)

Akzeptanz, Entlastung, Trost, Ermutigung, positive Zuwendung, insbesondere Förderung *positiver selbstreferentieller Gefühle und Kognitionen* (idem 1992a, 823 ff.), z. B. Selbstwertgefühl, Selbstsicherheit, Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen – was eine Reduktion *negativer selbstreferentieller Gefühle* und Kognitionen, z. B. Minderwertigkeit, Schuld, erlernte Hilflosigkeit (Seligman 1978), Scham (Lewis 1993) usw. erforderlich macht – kennzeichnen diesen Faktor, der so mit dem des „einführenden Verstehens“ unlösbar verbunden ist. Weil aber „stimmige“ Empathie, die nah genug, aber nicht invasiv sein sollte, weil „stimmige“ emotionale Stützung mit der richtigen Intensität zum Ausdruck gebracht werden muß, ohne überflutend zu sein und damit Artefakte zu schaffen, weil diese Qualitäten also nicht zu den einfachsten Momenten in der therapeutischen Interaktion gehören und weil gerade hier Verwirrungen und Verwicklungen entstehen können, ist supervisorische Hilfe besonders angezeigt. Das Überprüfen der „emotionalen Resonanz“, das Untersuchen empathischer Reaktionen auf *projektive Elemente* ist für das Gelingen einer von Eigenübertragungen des Therapeuten nicht verzerrten therapeutischen Beziehung unverzichtbar, sonst werden etwa „repressed memories“ in unzulässiger Überstrapazierung der (vielfach bezweifelter) *Freudschen Verdrängungstheorie* (Gray 1993; Tavis 1914; z. B. „Erinnerungen“ an rituellen Mißbrauch) nicht „gefunden“, sondern „produziert“ durch die Induzierung von Ideologien, pseudowissenschaftlichen Theorien und ungelösten Problemen von Therapeuten (vgl. die alarmierenden Entwicklungen in den USA, Jaroff 1993). Krankheitsbilder wie „multiple personality disorders“ (DSM-III-R 300.14) werden ggf. so durch Therapeuten verschlimmert.

„Empathie vollzieht sich ja im Zusammenwirken von subliminalem und supraliminalem Wahrnehmungsmaterial mit der mnestischen Resonanz aus vorgängigen Erfahrungen (persönlichen wie professionellen) sowie auf dieser Grundlage im persönlichen Engagement

an der empathierten Person“ (vgl. Petzold 1992a, 296, 1080, 1181). Die „vorgängigen Erfahrungen“ bedingen indes oft auch Unschärfen in der Wahrnehmung oder Wahrnehmungsausblendungen, oder sie färben durch Erinnerungsverzerrungen (Wells, Loftus 1992) aktuelle Wahrnehmung ein. Die Folge können „Fehllemphathierungen“ sein, und damit reproduzieren sich immer wieder belastende oder verletzende Situationen aus der Vergangenheit des Patienten (vgl. Wirbel 1987; Petzold 1993a, 1285ff), was sich gerade im begrenzten Rahmen von Beratungen und Kurzzeiththerapien in Form von therapieinduzierten Verletzungen (ibid. 1283ff) verhängnisvoll auswirken kann. Durch supervisorische Arbeit können hier Klärungshilfen gegeben werden.

3. Hilfen bei der realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung/Lebenshilfe (LH)

Erschließen von Ressourcen, Rat und tätige Hilfe bei der Bewältigung von Problemen usw., praktische Lebenshilfe also, gehört zu den besonders wirksamen Therapiefaktoren, die gerade für die Kurzzeiththerapie immense Bedeutung hat. (Dieser Faktor ist durch die große Zahl verhaltenstherapeutischer Studien besonders repräsentiert). Wo immer es Therapeuten gelingt, die Probleme ihrer Patienten ernst zu nehmen und ihnen für die Lösung dieser Probleme (wie „oberflächlich“ sie auch unter „tiefen“-psychologischer Perspektive erscheinen mögen, wie „vordergründig“ sie auch unter gestalttherapeutischem Blick auf die „Hintergrunddimension“ zu sein scheinen) Hilfen für *realitätsgerechtere* Lösungen an die Hand zu geben, gelingen therapeutische Beziehungen. Nicht nur der *Leidensdruck* ist ein Motor der Behandlung, sondern auch die Erfahrung, daß Symptome besser werden und Schwierigkeiten abnehmen, besonders wenn mit dieser Erfahrung die Erkenntnis verbunden ist, daß es Hinter- und Untergründe der persönlichen Biographie sind, die Störzonen bilden. Hier können starke Motivationen für eine vertiefende, therapeutische und persönliche Weiterarbeit und eine aktive Mitarbeit in der Behandlung gesetzt werden, und insofern sind die „Hilfen bei der praktischen Lebensbewältigung“ alles andere als rein „pragmatische“ oder „pädagogische“ therapeutische Interventionen, die das „Eigentliche“ der Therapie vermeiden. Sie stärken vielmehr den Realitätssinn. Gerade bei Patienten in *schwierigen Lebenslagen* ist – selbst bei nicht so schwerwiegenden Krankheitsbildern – ohne flankierende soziotherapeutische Maßnahmen recht wenig zu erreichen.

[Wiederum im Kontakt mit Patienten, die lange Therapiekarrieren hinter sich haben, gewinnt man zuweilen den Eindruck, das erhebliche Verletzungen (Petzold, Petzold 1993a, 473ff) gesetzt wurden, weil Therapeuten immer nur die „Tiefen-“ und die „Hintergrunddimensionen“ gesehen haben und damit den naheliegenden Vordergrund, nämlich erforderliche, praktische Hilfeleistung vermieden haben – sie sind gerade bei Ressourcenknappheit oftmals auch sehr schwierig und erfordern vom Therapeuten einen hohen Einsatz, der oft nur begrenzt finanziell abgegolten werden kann.]

Supervision und Kontrollanalyse haben genau an diesen Fragestellungen anzusetzen: Wo werden mit praktischer Hilfe Problemlösungen verhindert (etwa durch „*overprotection*“), oder: Wo wird durch sie eine vertiefte Bearbeitung von Proble-

men überhaupt erst möglich. Die Bedeutung soziotherapeutischer Maßnahmen in Therapien, die Frage, *wie* sie durchgeführt werden und *vom wem* sie eingestilt und ausgeführt werden, muß hier reflektiert werden, denn bei schwerkranken Patienten mit langen Karrieren sind substantiellesoziotherapeutische Maßnahmen (Petzold, Petzold 1993a) unverzichtbar. Diese Maßnahmen können nicht gänzlich von der Psychotherapie abgekoppelt werden. Sie müssen oftmals in psychotherapeutischen Prozessen initiiert, ja, von diesen begleitet werden oder in ihnen sogar eingebettet sein. Wenn der Faktor der „Hilfe bei praktischer Lebensbewältigung“ so gewichtig ist, müssen Therapieschulen, bei denen dieses Moment nur schwach vertreten ist, sich befragen lassen, warum dies so ist, was hier ausgeblendet wird und auf welche Weise dieser Faktor in die Arbeit einbezogen werden kann. In der „Integrativen Therapie“ machen wir jedenfalls die Feststellung, daß eine psychodynamisch orientierte Arbeit, daß das „analytische“ Moment solcher Arbeit keineswegs unvereinbar mit soziotherapeutischen Maßnahmen ist, daß sich der „analytische Raum“ und der „Raum der Lebensrealität“ keineswegs ausschließen, sondern in der klinischen Praxis durchaus fruchtbar verbinden lassen. Supervisorische Arbeit trägt dazu bei, „Turbulenzen an den Schnittflächen“ immer wieder zu klären.

4. Förderung emotionalen Ausdrucks (EA)

Bei diesem Faktor geht es um Zeigen von Gefühlen, Sprechen über Gefühle, karthartische Entlastung. Er findet sich besonders in erlebnisaktivierenden Verfahren und ist von dem der *emotionalen Stütze* (ES) zu unterscheiden, aber auch mit diesem eng verbunden. Gerade mit Blick auf die neuere Emotionsforschung (Kruse 1991; Petzold 1992b, 1993b) und ihre Bedeutung für die Psychotherapie (Schelp, Kemmler 1988; Kemmler et al. 1991) wird diesem Faktor zunehmend Beachtung zu schenken sein, insbesondere wenn man Psychotherapie als „emotionale Differenzierungsarbeit“, als Behandlung „dysfunktionaler emotionaler Stile“ oder als die Beeinflussung von „Grundstimmungen“ (Petzold 1992b, 833 ff.) und von „mood disorders“ (DSM-III-R 1991, XVII) auffaßt. Es wird im übrigen an dieser Stelle deutlich, daß hinter dem Faktor „empathisches Verstehen“ eine Theorie der Empathie und des Verstehens sowie der therapeutischen Beziehung stehen muß. Ebenso muß natürlich auch beim Konzept „emotionaler Stütze“ oder dem der „Förderung emotionalen Ausdrucks“ eine Emotionstheorie vorhanden sein, auf die sich das Handeln des Therapeuten abstützt, und hier muß man sagen, daß im Felde der Psychotherapie die schulenspezifischen Emotionstheorien nebst ihrer entwicklungspsychologischen Begründung eher auf schwachen Füßen stehen (idem 1993b), so daß aus dem Bereich der Emotionspsychologie unbedingt Referenztheorien mit den dazugehörigen Forschungen herangezogen werden müssen.

5. Förderung von Einsicht, Sinnerleben, Evidenzerfahrungen (EE)

Daß dieser Faktor nicht an erster Stelle steht – weder bei kognitivistisch-orientierten Studien noch bei psychoanalytischen – zeigt, daß theoretische Konzeptualisierung und die Erfordernisse der Praxis oftmals nicht deckungsgleich sind. Im übrigen hängt es davon ab, was unter dem Begriff „Einsicht“ verstanden wird. In

der Integrativen Therapie würden wir von der „Förderung von Sinnerleben“ durch „Bewußtseinsarbeit“ sprechen. In jedem Falle geht es darum, daß Menschen Hintergründe und Zusammenhänge verstehen, Ursachen und Wirkungen zusammenbinden können, daß sie handlungsleitende Explikationsfolien für die Strukturierung ihres Alltags und ihres Lebensvollzugs erhalten. Hier stellt sich die Frage, wie die Explikationsfolien gewonnen werden, ob die Erklärungsraaster des Therapieverfahrens, des Therapeuten einfach dem Patienten weitergegeben werden (zuweilen kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, daß sie ihm „aufoktroziert“ wurden) oder ob sie zwischen Therapeut und Patient erarbeitet werden. Weil der Faktor „Einsicht“ quer durch alle therapeutischen Schulen bedeutsam ist, scheint es nicht soviel auszumachen, ob die Problemerkklärungen mit gestalttherapeutischen oder verhaltenstheoretischen, mit *Freudschen* oder *Adlerschen* Konzepten usw. erfolgt. Es ist ein altbekanntes Faktum, daß Patienten klassischer Psychoanalyse *Freudsche* Träume und die in einer analytischen Therapie *Jungsche* Träume „produzieren“, Patienten in einer Gestalt- oder Psychodramatherapie Träume bringen, die besonders gut „dramatisierbar“ sind. Hier kann man sagen: Theorien werden zur Lebenshilfe, vielleicht werden sie aber auch zu einer neuen „Selbstzwangsapparatur“ (*Elias* 1976). Es ist wiederum eine Frage der theoretischen Position, wie man diesen Faktor „Einsicht in Zusammenhänge“ einsetzt. In der Integrativen Therapie versuchen wir vom Bezugssystem des Patienten aus zu arbeiten. Das bedeutet immer auch, daß der Therapeut in der Lage ist, sein eigenes Bezugssystem zu relativieren, es „für eine Zeit“ an die Seite zu stellen. Andererseits wird es für viele Patienten notwendig werden, ihren „*frame of reference*“ zu überschreiten, ihn zu erweitern, neue „*social worlds*“ zu erschließen, neue „*representations sociales*“ zu erwerben, wenn sie einengende soziale Welten und restringierende Wertsysteme überwinden wollen. Supervisorischer Arbeit kommt hier die Aufgabe zu, Forcierungen zu verhindern und Einseitigkeiten aufzuzeigen.

6. Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit (KK)

Sehr viele Patienten sind in ihren Möglichkeiten, mit anderen Menschen zu kommunizieren und in Beziehung zu treten, eingeschränkt. Es fehlt an sozialer Wahrnehmung, an „*social skills*“, an Ausdrucksvermögen. Es fehlen die Worte, die Möglichkeiten auf jemanden zuzugehen. Es mangelt an Empathie bzw. „*mutueller Empathie*“ (der Möglichkeit, sich einzufühlen und sich empathieren zu lassen). All diese Probleme tauchen in Therapiegruppen auf (weshalb sie spezifische therapeutische Möglichkeiten bieten, vgl. *Yalom* 1989; *Tschuschke* 1993), aber auch in Einzeltherapien, und hier müssen Therapeuten Hilfestellungen geben, die Möglichkeiten der Kommunikation und zwischenmenschlicher Relationalität – die Fähigkeit zu *positiver Konfluenz*, zu *Kontakt*, *Begegnung*, *Beziehung* und *Bindung* (*Petzold* 1991b; *Orth*, *Petzold* 1993b) zu erschließen, zu erproben und – über die therapeutische Situation hinausgehend – im Alltag zu aktualisieren. In solchen Prozessen, in denen immer auch an die „Geschichte der Kommunikationsstörung“, an Erfahrungen von Kommunikationsdefiziten gerührt wird, kann es leicht zu Verstrickungen kommen, zu Reproduktion von Sprachlosigkeit, einem „Aneinandervorbeireden“. Wo immer es gelingt, kommunikative Kompetenz und Relationalität zu fördern,

wird ein wesentlicher Beitrag zur Heilung und zur Lebensbewältigung geleistet. Deshalb ist in supervisorischer und kontrollanalytischer Arbeit ein besonderes Augenmerk auf diesen Faktor zu richten.

7. Förderung leiblicher Bewußtheit, Selbstregulation und psychophysischer Entspannung (LB)

„Awareness“ und „consciousness“ gegenüber leiblichen *Regungen* und *Empfindungen*, die sich in *Gefühlen* und *Stimmungen* entfalten und leiblich-konkret zeigen können, gilt es zu fördern, wo dies möglich ist. Bei vielen unserer Patienten finden wir eine *Anästhesierung des „perzeptiven Leibes“* (Petzold 1993a, 1157 ff.), was in der Regel auch mit einer *Inhibierung des „expressiven Leibes“* verbunden ist (Orth 1994).

Es wird hier deutlich: Faktoren wie Förderung emotionalen Ausdrucks und Förderung leiblicher Awareness sind aufs engste miteinander verschränkt. Es ist dieser Faktor – zieht man nicht gestalttherapeutische, körpertherapeutische, kreativtherapeutische und psychodramatische Studien bei, die in der Forschungsliteratur unterrepräsentiert sind – in den herkömmlichen Faktorenlisten nicht vorhanden, weil im wesentlichen auf verhaltenstherapeutische, gesprächstherapeutische und psychoanalytische Studien zurückgegriffen wird, die diesen Faktor nicht erheben. Es wird damit ein Problem der Wirkfaktorenforschung deutlich: Das Vorhandensein und die Anlage von Studien, die Auswahl der Studien, die Vorentscheidungen der auswertenden Forscher über das, was wichtig ist oder nicht, hat eine erhebliche „Bias“-Wirkung. Da Leiblichkeit und leibliche Interventionen im Bereich der Psychotherapie tabuisiert oder gering bewertet werden, taucht ein solcher – aus der Sicht Integrativer Therapie als zentral zu bewertender Faktor (vgl. Petzold 1985g, 1988n, 1977n, 1974j) – nicht auf, durchaus aber in sport(psycho)therapeutischen Untersuchungen (Bosscher 1991, 1993; Traue 1989, 1991), die aber in Metaanalysen nicht berücksichtigt werden. Das „taboo against touching“ (Forer 1969) wiegt zu schwer. Im Hinblick auf leibtherapeutische Interventionen etwa durch „focusing of awareness“ (*non touching approach*) oder durch Berührungen des Trostes, der Stütze, der Versicherung (*touching approach*) oder durch spezifische, atemfördernde oder muskuläre Panzerung mobilisierende Interventionen (*psychophysical approach*) ist supervisorische und kontrollanalytische Begleitung unerlässlich, weil durch dieses methodische Vorgehen ein sehr unmittelbarer Zugang zu Material gefunden wird, das „in den Leib hineinverdrängt wurde“ und oft aus frühen, vorsprachlichen Bereichen stammt. Leibtherapeutische Arbeit setzt große emotionale Intensitäten frei, die eine besonders klare und eindeutige Gestaltung der therapeutischen Beziehung erfordern. Das „Prinzip integrier Eindeutigkeit“ steht für das *Abstinenzprinzip* in den leibtherapeutischen Verfahren und Methoden (z. B. Konzentrierte Bewegungstherapie, Integrative Bewegungstherapie, psychophysische Atemtherapie, Pesso-Psychomotor Therapy).

3.2.4.1 Exkurs sexualisierte Beziehungen und Übergriffe

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, daß die Themen der Sexualisierung von Beziehungen, „Übergriffigkeit“ und des sexuellen Mißbrauchs in Therapien keineswegs ein Problem der körpertherapeutischen Schulen sind oder

daß in körpertherapeutischen Behandlungen hier eine größere Gefährdung vorliegt. „... keine therapeutische Richtung ist offenbar gegen die Versuchung gefeit. Ob Psychoanalytiker, ob Verhaltens-, Gestalt-, Gesprächstherapeut: Übergriffe gibt es überall“ (*Der Spiegel* 35, 1993, 200). Die nicht sehr breit verfügbaren wissenschaftlichen Erhebungen zu diesem Problembereich bestätigen, daß Mißbrauch in allen Schulen vorkommt und mit unbearbeiteter Eigenproblematik der Therapeuten zusammenhängt, mit der Entgleisung der therapeutischen Beziehung, nicht aber mit der verwendeten Therapie-Technik (Rutter 1991; Heyne 1991; Bates, Brodsky 1990). Beim Für und Wider mit Bezug auf Körperinterventionen könnte man geltend machen, die Unmittelbarkeit der Nähe sei ein gefährdendes Moment, aber man kann dagegenhalten, daß in „abstinenten“ Settings die Phantasietätigkeit und das „Begehren“ besonders stimuliert wird. In verbalen Therapien kann es auch zu verbalen Übergriffigkeiten und zu sexualisierten Beziehungen kommen, und Verbalität schützt auch vor handgreiflichen Grenzverletzungen nicht. Die theoretische Auseinandersetzung mit dem Thema und auch mit zugänglichen Berichten von Übergriffssituationen (in Form von Publikationen, vgl. *Emanzipation* 6, 1993, 20 ff.) stammen überwiegend aus verbalen Therapien (vgl. *Anonyma* 1988; Ramin 1993; Zehnder-Juvalta 1990; Lison, Poston 1992). Aber dies will nichts darüber besagen, wie die Situation in den Leib- und Körpertherapien steht, die – blickt man auf die mehr als 70jährige Tradition insbesondere der bewegungs- und atemtherapeutischen Ansätze (Middendorf 1988) -, in ihrer Literatur zu diesem Thema wenig bis nichts zu vermelden haben. Dies mag daran liegen, daß diese Ansätze überwiegend von Frauen praktiziert werden. „In 80 bis 90 Prozent der Fälle sind die Täter männlich, die Opfer Frauen“ (*Der Spiegel*, loc. cit., 200). Hier ist denn auch die Kontrollanalyse und Supervision zu besonderer Sorgfalt und zur Reflexion etwaiger falscher „Geschlechtersolidarität“ aufgerufen, wie sie Freud bei Jung in der „Spielrein-Affäre“ unterlaufen ist (Krutzenbichler, Essers 1991; Stephan 1992). Die Folgen können sonst fatal werden. „Was ich allein in meinem 47jährigen Berufsleben gesehen habe, ist grauenhaft“ – so Cremerius (1993, 204), und er spricht von 60 oder 70 Fällen und berichtet, daß er Gespräche zu dritt – mit Therapeut und Patientin – geführt hat. Über die Handhabung solcher Situationen sollte dringend publiziert werden, denn sie werfen große methodische Probleme auf. Wir vertreten z. B. dezidiert die Auffassung, daß ein solches Gespräch zu viert unter Beteiligung einer Kontrollanalytikerin geführt wird.

Johannes Cremerius, der sich als Lehr- und Kontrollanalytikerin der Mißbrauchsfrage besonders engagiert hat, unterstreicht: „Wenn man 100 Stunden und mehr so zusammenarbeitet, dann kann schon eine sehr große Nähe entstehen. Das ist riskant, selbstverständlich. Aber der Therapeut muß sich darüber im klaren sein, was mit ihm geschieht“ (Cremerius 1993, 204). Er kommt zu einer Konklusion, die wir aus Sicht der Integrativen Therapie nicht teilen: „Psychotherapie ist ein Verfahren, das aus Worten besteht. Körperliche Berührungspunkte gibt es im Prinzip nicht. Das ist das Primat, Gesetz, Maxime“ (ibid. 205). Die Behandlungstechnik Freuds war, wie Cremerius (1981) selbst herausgearbeitet hat, so rigoros nicht, und die Erfahrungen in der Leibtherapie führen uns zu anderen Konklusionen: Wo „Berührung aus Berührtheit“ (Eisler 1991) in „integrater Eindeutigkeit“ nicht möglich

und die Vertrauenssituation für supportive Berührungen (z. B. des Trostes) nicht gegeben ist, wachsen die Risiken der Verstrickung oder der Verletzung durch unangemessene Zurückweisung (z. B. des Wunsches nach Tröstung). Außerdem kann der heilende Faktor der „Förderung leiblichen Bewußtseins“ nur unzureichend genutzt werden, denn der Therapeut wird hierbei auch immer selbst in seiner „bodily awareness“ affiziert, und das hat mit Ausagieren nichts zu tun.

Die Förderung des leiblichen Bewußtseins bezieht immer auch das Bewußtsein für die Genitalität, das Begehren (*désire*), für Männlichkeit und Weiblichkeit in ihrer Unterschiedlichkeit (Irigaray 1991; Benjamin 1990; Alpert 1991) ein – auch für das Mann-Sein und Frau-Sein in Beziehungen, hier der therapeutischen Beziehung. Eine sorgfältige supervisorische bzw. kontrollanalytische Begleitung und Schulung soll gewährleisten, daß der angehende Psychotherapeut sich seiner selbst sicher wird, sich in Beziehungen handhaben lernt und Dimensionen der Leiblichkeit nicht ausblenden muß – und hier geht es keineswegs um die leibliche Wirklichkeit von Sexualität, sondern auch um die „großen Gefühle“ in ihren leibhaftigen Äußerungen. Furcht, Schrecken, Aggressionen, Ekel zeigen sich „leiblich konkret“ (Petzold 1993b), wenn sie in der Therapie nicht nur diszipliniert und „unter das Wort gezwungen werden“, womit wichtige Erfahrungsmöglichkeiten Einschränkungen erfahren, ja, sich sogar Situationen der Repression wiederholen können. Eine antirepressive Haltung darf aber nicht mit einer Einschränkung des *Prinzips grundsätzlicher sexueller Abstinenz* in therapeutischen Beziehungen (idem 1993i) verbunden werden – die Auffassungen haben sich seit Fritz Perls (1969c; Gaines 1979; Shepard 1976), Paul Goodman und anderen Gestalttherapeuten der sechziger und siebziger Jahre, die dies bedauerlicherweise in Verkennung des Repressionsgedankens vertreten haben (vergl. Blankertz 1994; Rosenblatt 1993), grundlegend verändert (vgl. Zehnder-Juvalta 1990).

8. Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen (LM)

Therapeutische Prozesse sind Lernprozesse. Lebensvollzug ist ein permanentes Lernen, und wir können bei vielen Patienten beobachten, daß ihre Probleme u. a. auch damit verbunden sind, daß ihre Lernmöglichkeiten eingeschränkt wurden oder behindert worden sind (hier sind besonders geschlechtsspezifische Problematiken zu beachten, etwa in Biographien von Frauen, denen Intellektualität untersagt, ja negativ sanktioniert wurde). Die Lerngeschichte des Patienten/der Patientin gilt es daher in den Blick zu nehmen, das intentionale und fungierende Bildungsgeschehen in Schule und Elternhaus. Supervisorische Arbeit hat hier auf schichtspezifische Fragestellungen Wert zu legen. Auch bei der »Förderung von Lernmöglichkeiten in der Therapie und durch die Therapie zeigt sich das Gewicht schulenbezogener Theoriepositionen. In verhaltenstherapeutischen Arbeiten wird diesem Faktor gegenüber psychoanalytischen Studien eine weitaus höhere Bedeutung beigemessen. Damit werden in der Psychoanalyse Möglichkeiten verschenkt. Nicht zuletzt sollte man daran denken, daß ein bedeutsamer „gemeinsamer Nenner“ aller Psychotherapieschulen darin zu sehen ist, daß es sich bei Therapien um „begleitete Lernprozesse“ (Petzold 1993a, 1349) handelt, sonst werden „Lernstile“ – und es geht hier natürlich keineswegs nur um schulisches Lernen, sondern um

die Lernprozesse des Lebensalltags – mit ihren konstruktiven Potentialen und ihren dysfunktionalen Verformungen nicht bearbeitbar. Im übrigen sind die Faktoren „Förderung kreativer Gestaltungskräfte“ und „Anregungen von Interessen“ mit dem der „Förderung von Lernmöglichkeiten“ eng verbunden.

9. Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte (KG)

Wahrnehmen → *Resonanz* → *Erleben* → *Resonanz* → *Ausdruck* → *Resonanz* → *Gestalten*, das ist eine Sequenz, die schöpferische Prozesse kennzeichnet, wobei die Wahrnehmung selbst schon schöpferisch sein kann, wenn sie vielperspektivisch in die Welt ausgreift. Viele Menschen sind in ihrer Wahrnehmung eingeschränkt bis hin zur Anästhesierung, und damit sind auch die Möglichkeiten des Erlebens beschnitten, die Möglichkeiten, die Welt zu erfahren. Die „heilende Kraft des Naturerlebens“ (die Erhabenheit einer großen Landschaft, eine tröstliche Abenddämmerung, eine verzaubernde Blütenpracht) oder die „heilende Wirkung“ des Kunsterlebens“ (eine beschwingende Musik, ein erheiterndes Gedicht, ein bezauberndes Bild), all dieses ist bei Wahrnehmungsbeschränkungen verstellt. Vielen Patienten sind deshalb diese Quellen heilenden Erlebens verschlossen, und es werden keine „inneren Resonanzen“ möglich, die – werden sie stark genug – Ausdruck gewinnen können. Ausdruck aber bietet die Chance der Gestaltung.

Bei der Auswertung der internationalen kunsttherapeutischen und kreativitätstherapeutischen Literatur (Aissen-Crewett 1986) wird die „heilende Kraft des Schöpferischen“ (Petzold 1992m) immer wieder hervorgehoben. Anregungen zu kreativem Tun als Form der Lebensbewältigung, der Entlastung, der Bearbeitung von Problemen, der Selbstverwirklichung, erfordert gute Kenntnisse der „kreativen Medien“ und der Möglichkeiten „künstlerischer Methoden“, ein Wissen um „intermediale Quergänge“, darum, wann Arbeit mit Poesie, mit Ton, mit Farben und Formen angezeigt ist (Petzold, Orth 1985, 1990). Da intermediale Arbeit ein Spezifikum der Integrativen Therapie ist, gehört es sowohl zu den Aufgaben der Grundausbildung, wie auch zum auf Methodik und Behandlungstechnik gerichteten Aspekt von Supervision und Kontrollanalyse, die Handhabung künstlerischer Methoden und kreativer Medien zu lehren und in der praktischen Anwendung klinisch zuzupassen, ihre Rolle in Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen zu reflektieren, ihre Funktion im Widerstands- und Abwehrgeschehen zu betrachten, denn *Medien* bieten einen sehr unmittelbaren Zugang zum Unbewußten (Orth 1994a), bergen aber auch die Gefahr des Agierens in einem „Multimedia-Aktionismus“. Die Arbeit mit Medien ist ein wichtiger Beitrag zu Winnicotts Postulat, Menschen das Spielen wieder zu ermöglichen. Medien eröffnen weiterhin einen Zugang zu „salutogenen Erfahrungen“ der Vergangenheit, deren Aktualisierung ein großes, heilendes Potential hat. Sie können in regressiven Prozessen die Funktion von „Übergangsobjekten“ haben und in schwierigen Therapeut-Patient-Interaktionen die Funktionen von „Intermediärobjekten“, d. h. sie vermitteln in diesem Prozeß auf der kommunikativen Ebene (vgl. Petzold 1983a, 1987a; Petzold, Ramin 1987). Dies alles betrifft die methodenzentrierte Seite supervisorischer Arbeit, deren Bedeutung von Verfahren zu Verfahren unterschiedlich ist. In der Integrativen Therapie kommt ihr auf jeden Fall Gewicht zu (Petzold, Orth 1988a).

10. Erarbeitung von positiven Zukunftsperspektiven (PZ)

Hier geht es um den Aufbau und die Bekräftigung von Hoffnungen, den Abbau von Befürchtungen und Katastrophenerwartungen, um die Auseinandersetzung mit Plänen, Zukunftsvisionen, Lebenszielen, Prospektionen. Identität gründet nicht nur in der Vergangenheit. Sie umfaßt auch seine Zukunftsentwürfe (Petzold 1991a, 333ff.). Fehlende Lebensziele, ein zusammengebrochener Zukunftshorizont kennzeichnen viele Krisen und psychische Erkrankungen. Adler und Moreno haben die Zukunftsdimension für die Psychotherapie erschlossen. Wenn man den Menschen als selbstreflexives Subjekt sieht, das sich in seinem Lebensverlauf verwirklicht, so muß er auch als ein „Sich-Entwerfender“ (Sartre) gesehen werden. Chronosophische Überlegungen (Petzold 1981e, 1991o) kennzeichnen Integrativen Ansatz therapeutischer Arbeit genauso wie leibtheoretische (wobei sich die Verbindung über das Wesen des Leibes als zeitlichem, als „Zeitleib“ herstellt). Da die Auseinandersetzung mit Zeitlichkeit und mit Zukunftsperspektiven auch immer an die Fragen von Alter, Sterben und Tod rührt und an all das, was mit dieser Lebensstrecke verbunden ist (Krankheit, Siechtum, Kräfteverlust, Abschied, Trennung), werden die Themen Endlichkeit und Tod zumindest in längerfristigen Therapien immer wieder einmal auftauchen. Nicht nur die Verdrängung der Vergangenheit hat ein pathogenes Potential, auch die Verdrängung der ultimativen Zukunft. Das Faktum, daß Psychotherapie sich der Arbeit mit terminalen Patienten kaum zugewandt hat (Spiegel-Rösing, Petzold 1984) und daß es relativ wenig an Arbeiten über die Auseinandersetzung mit dem Todesthema im Rahmen von Patienten- und Lehranalysen gibt, zeigt, daß auch hier die kollektiven Abwehrprozesse greifen. Aus diesem Grund wird supervisorische Begleitung in der Bearbeitung solcher Thematiken für den Therapeuten und seinen Patienten nützliche Hilfe bieten können.

11. Förderung eines positiven, persönlichen Wertebezugs (PW)

Dieser Faktor, wie auch die nachfolgenden Faktoren, sind als schulenspezifisch anzusehen, da sie in den an FPI und EAG angefertigten Graduierungsarbeiten und Therapieprotokollen (Petzold, Sieper 1993, 731-756) immer wieder auftauchen, in den von uns ausgewerteten Therapiestudien indes nur okkasionell vorkommen (was wiederum nicht heißt, daß sie in der therapeutischen Praxis unbedeutend sind, sondern daß es sich auch um „Leerstellen“ in den Fragestellungen der Forscher handeln kann, die in ihren Erhebungen diesen Bereichen keine Beachtung geschenkt haben). Andererseits zeigt eine konzeptanalytische Untersuchung des theoretischen Fundus bei vielen Verfahren, daß sie den Fragen der Werte in ihren Theorien wenig Aufmerksamkeit geschenkt haben (die Logotherapie von V. Frankl hat hier zum Wissensstand der Psychotherapie insgesamt wichtige Beiträge geleistet). Werte werden nicht nur im Rahmen Über-Ich-theoretischer Überlegungen bedeutsam. Auch in identitätstheoretischen Überlegungen ist die Auseinandersetzung mit Normen und Werten von entscheidender Bedeutung (Kames 1992; Petzold 1992a, 500 ff.). Schließlich ist es Faktum, daß Menschen „sozialen Welten“ als „wertenden Perspektiven auf Lebenszusammenhänge“ (Petzold, Petzold 1991) angehören, daß sich in ihrem Handeln „représentations sociales“ (Jodelet 1989) als

kollektive Wertungen realisieren und daß schließlich Psychotherapie immer und immer Bewertung von Lebenssituationen – durch den Therapeuten, durch die Position seines Verfahrens (Thommen et al. 1988), durch den Patienten, durch die Institution, durch die Familie, durch die Supervisionsgruppe usw. – bedeutet, ein Grund, sich mit diesem Komplex intensiv auseinanderzusetzen. Dies wird natürlich ohne eine Klärung der eigenen ethiktheoretischen (Petzold 1992a, 500ff.; 1993) Position – ein Bereich, in dem wiederum die psychotherapeutischen Schulen nicht sehr explizit sind – nicht gut möglich sein. Supervision und kontrollanalytische Arbeit hat sich mit den Fragen des Wertebezugs also nicht nur zu befassen, weil ein positives, gefestigtes Wertesystem ein Faktor von Gesundheit bzw. ein heilender Faktor ist, sondern weil auch die „Bewertung der Werte“ – sie geschieht zumeist indirekt – in Therapien ein sehr neuralgischer Punkt ist. Hier ausreichende „Exzentrizität“ zu gewinnen wird unerlässlich sein, wenn man Patienten gerecht werden will.

12. Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens (P1)

Dieser therapiewirksame Faktor ist insofern verfahrensspezifisch, weil in der Integrativen Therapie und ihrem persönlichkeits-theoretischem Modell das Identitätskonzept eine zentrale Stellung hat (Kames 1992; Affeldt 1990; Petzold 1984i, 1992a, 528ff). Mit Blick auf entwicklungspsychologische und sozialisationstheoretische Forschung erhält der Identitätsbegriff aber auch eine schulübergreifende Bedeutung in der Psychotherapie. Da sich Identität durch aus dem Umfeld kommende *Identitätsattributionen* (*Identifizierungen*, social identity), deren *Bewertung* (*Valuation*, appraisal) und *Selbstattributionen* (*Identifikationen*, ego identity) sowie durch die *Internalisierung* dieser Zuschreibungen konstituiert (ibid. 532 f; Frey, Haußer 1987), hat Psychotherapie dazu beizutragen, diese Prozesse zu ermöglichen, und zwar in einer positiven Weise, denn negative Identitätsattributionen in Form von Stigmatisierung (Hohmeier, Brusten 1975) führen zu einer „spoiled identity“ (Goffman 1967). Besonderes Gewicht muß den Fragen männlicher und weiblicher Identität in der Supervision zugemessen werden (Flaake, King 1992; Tatschmurat 1980), wobei es insbesondere für männliche Supervisoren wichtig ist, weibliche Selbstdefinitionen des Identitätsthemas zu rezipieren (Camenzind, von den Steinen 1991; Gilligan 1984) und sich der Einseitigkeiten psychoanalytischer Konzeptbildungen bewußt zu bleiben (Lerner 1984, 1993; Rhode-Dachser 1991; Alpert 1991; Chasseguet-Smirgel 1974), damit nicht Vorurteile und geschlechtsspezifische, stereotype Identitätszuweisungen zu Unangemessenheiten führen. Die Erwartungen des Therapeuten/der Therapeutin an die Patientin/den Patienten – und hier handelt es sich natürlich auch um attributive Prozesse – beeinflussen therapeutische Prozesse (Rosenthal, Jacobson 1971). Diese Erwartungen werden natürlich in den therapeutischen Interaktionen immer wieder verändert (Zimmer 1983), aber gerade das zeigt ja auch, daß derartigen attributiven Vorgängen – Supervisoren sollten in der Attributionstheorie (Krampen 1989; Hewstone, Antaki 1992) sattelfest sein – Wichtigkeit beizumessen ist. Supervisorische Arbeit hat zu überprüfen, wie der Therapeut in der Dyade zu aufbauenden Identifizierungen beitragen kann und dem Patienten ermöglicht, Attributionen positiv zu valuieren und mit Identifikationen zu be-

legen, damit es zu Internalisierungen kommen kann, die „gute Innenwelten“ aufzubauen helfen. In gruppentherapeutischen Prozessen kommen diese Vorgänge in noch komplexerer Weise zum Tragen (Yalom 1989). Schließlich ist auch die *Transfer-Dimension* entscheidend: Wie gelingt es dem Patienten, in seinen sozialen Netzwerken negative Zuweisungen zu bewältigen oder abzuweisen und positive Attributionen zu „kapitalisieren“? Welche Hilfen kann er hierdurch seine Therapie erhalten? Diese und ähnliche Fragen führen zur Nennung eines weiteren Faktors.

13. Förderung tragfähiger, sozialer Netzwerke (TN)

Gerade in der einzeltherapeutischen Arbeit als prinzipiell „*dyadischer Therapie*“ ist es wichtig, daß Ausbildungskandidaten realisieren: Sie arbeiten *nicht* mit Einzelpersonen, sondern mit *sozialen Netzwerken* – vergangenen, gegenwärtigen und zukünftigen. Der Patient hat Angehörige, Freunde, Eltern oder Kinder, und die Interventionen in der „Einzelbehandlung“ wirken in diese Netzwerke hinein – *for better or worse*. Als Supervisor und Kontrollanalytiker habe ich vielfach gesehen, wie die fehlende Netzwerkperspektive dazu geführt hat, daß Beziehungen zerbrochen sind. Es hat mich immer wieder erstaunt, mit welcher Selbstverständlichkeit Therapeuten annehmen, die Beziehung zu ihnen sei wichtiger als zu einem Lebenspartner (das Gebot/Verbot, über die Geschehnisse in der Analyse nicht mit dem Lebenspartner zu sprechen, wie es von manchen psychoanalytischen Kolleginnen und Kollegen ihren Analysanden und Analysandinnen immer noch auferlegt wird, zeugt nicht nur vom Ausblenden der systemischen Perspektive, sondern auch davon, daß Therapeuten hier offenbar das „rechte Maß“ verloren haben).

Therapeutische Beziehungen sind wichtig, und sie nehmen in defizitären Netzwerken geradezu eine zentrale Stellung ein. Deshalb ist es wesentlich, daß ein Therapeut über das „soziale Atom“ (Moreno 1936; Petzold 1979c), das „soziale Netzwerk“ (Keupp, Röhrle 1987) seines Patienten gut informiert ist, über die Zahl der Menschen in der Kernzone der Mittel- und Randzone, über die Qualität der Beziehungen, über die „supportive Valenz“ des Netzwerkes. (Ist es tragfähig, kann es den Patienten stützen, oder ist vielleicht der Patient die stärkste Person in seinem Netzwerk, an der alle hängen? usw.). Das Wissen um die Ressourcen eines Netzwerkes, um den „social support“ (Nestmann 1988; Schuch 1990; Kähler 1983), muß als Hintergrund für die therapeutischen Strategien, z. B. für etwaige regressive Arbeit in der Therapie vorhanden sein. (Wer stützt den Patienten zwischen den Therapiestunden? Hat er Gesprächspartner? usw.). Therapeuten müssen sich darüber klar sein, welche Rolle sie im Netzwerk ihres Patienten spielen, wie sie in das Beziehungsgeflecht eingebunden sind usw. Das Durcharbeiten von „Netzwerkdiagrammen“ bzw. „sozialen Atomen“ (Petzold 1979d) stellt ein wichtiges Moment supervisorischer Arbeit dar. Dabei wird vorausgesetzt, daß der Therapeut selbst um sein eigenes Netzwerk und seine Ressourcen Bescheid weiß (auch darum, welchen Platz seine Patienten darin einnehmen) und daß er in seiner eigenen Lehranalyse sein soziales Atom und dessen Entwicklung bearbeitet hat. Auch die Repräsentation vergangener sozialer Netzwerke wirkt natürlich in die gegenwärtigen hinein. Netzwerkarbeit steht oftmals am Anfang einer Therapie, da ohne den Aufbau tragfähiger, sozialer Stützstrukturen erfolversprechende Be-

handlungen gar nicht möglich sind. Entsprechende soziotherapeutische Maßnahmen haben zunächst vor einer vertiefenden Arbeit Vorrang (ein Prinzip, das leider oft genug bei Therapien vernachlässigt wird), weil ansonsten die Chancen für besonders geschädigte Patienten mit schwachen, support- und ressourcenarmen sozialen Netzwerken besonders schlecht sind und noch geringer werden, wenn die therapeutische Ideologie eines Verfahrens soziotherapeutische Aktivitäten von seiten der Therapeutinnen und Therapeuten ablehnt (Petzold 1982b; Orth, Petzold 1994).

14. Ermöglichen von Solidaritätserfahrungen (SE)

Als letzter, aber nicht unwesentlicher Faktor, sei der der *Solidaritätserfahrung* genannt. Er erscheint in der psychotherapeutischen Wirksamkeitsforschung nicht, obwohl er in gut funktionierenden Therapiegruppen und Selbsthilfegruppen eine entscheidende Rolle spielt (Richter 1974; Möller 1986; Petzold, Frühmann 1986) und seine Bedeutsamkeit sich aus dem „Social Support Research“ (Sarason, Sarason 1982; Bandura 1991; Schuch 1990; Nestmann 1988) erschließen läßt und durch Evaluationsstudien an Selbsthilfegruppen belegt ist (Gunzelmann et al. 1987, Reinecker et al. 1989; Durlak 1979). Soziotherapeutische Perspektiven (Henk 1989; Lauffer 1988; Guss 1979; Petzold, Petzold 1993a) werden bisher von Psychotherapeuten kaum reflektiert oder beforscht. Dabei kann man davon ausgehen, daß ein „engagiertes Eintreten“ für den anderen (idem 1978c, 1989i) ganz allgemein als hilfreich erlebt wird und von Patienten im besonderen, handelt es sich bei ihnen doch oft genug um Menschen, die gescheitert, zusammengebrochen, erkrankt sind, weil ihnen in kritischen Momenten *Solidarität* gefehlt hat, und diese ist mehr als Stütze oder materielle Hilfe: hinzukommen muß das „engagierte Eintreten“, wo Unrecht geschieht oder geschehen ist, das sich „solidarisch an die Seite der Betroffenen stellen“ (Petzold 1989i). Im abstinenter Diskurs der Psychoanalyse oder in dem versachlichenden Diskurs der Verhaltenstherapie ist dies kaum möglich. Solidarisches Eintreten ist ohnehin aufgrund des Statusgefälles Therapeut/Patient und der damit verbundenen Rollenkonfigurationen schwierig, und es wird in Therapieausbildungen dieser Dimension wenig Beachtung geschenkt. Dabei wird keineswegs unterschätzt, daß der therapeutische Prozeß als solcher durchaus eine solidarische Qualität haben kann und vielfach auch impliziert, und es werden die Schwierigkeiten solidarischer Praxis im Rahmen von Psychotherapien durchaus gesehen. In der Ausbildung zum Integrativen Therapeuten steht als viertes Leitziel neben der „Förderung der personalen, sozialen und der professionellen Kompetenz und Performanz“ stets die „Förderung sozialen Engagements“ (Sieper 1985; Petzold, Sieper 1972, 1986; Petzold 1988n, 603), und es wurde in der klinischen Heuristik der „Wege der Heilung und Förderung“ als „vierter Weg“ der der *Förderung von Solidaritätserfahrungen* herausgestellt (ibid. 260ff.). Derartige Zielsetzungen dürfen keine leeren Worte bleiben, sondern müssen als Wirkfaktor handlungskonkret in Therapien zum Tragen kommen.

Die Bedeutung therapeutischer Wirkfaktoren wird in eindrücklicher Weise durch die entwicklungspsychologische Longitudinalforschung unterstrichen. Langzeitstudien haben gezeigt,

daß Gesundheit und Krankheit von der Interaktion pathogener und salutogener Einflüsse bestimmt wird, „*chains of adverse events*“ und „*chains of protective events*“. In Lebenskarrieren von Menschen in benachteiligten, psychosozialen Situationen, bei „*hard growing children*“ (Radke-Yarrow, Sherman 1990) finden sich neben Risikofaktoren Schutzfaktoren (Werner, Smith 1982; Rolf et al. 1990; Petzold et al. 1993). Diese „*protective factors*“ (Rutter 1985; Rutter, Rutter 1992) entsprechen in vieler Hinsicht den therapeutischen Wirkfaktoren. An erster Stelle steht als Schutzfaktor ein „*significant caring adult*“. Dies gilt für Kinder wie auch für das Erwachsenenleben und für Situation alter Menschen (Saup 1991). Es muß eine „persönlich bedeutsame Bezugsperson“, eine „*support figure*“ im Leben von Menschen vorhanden sein, sollen sie in die Lage versetzt werden, Krisen und Belastungen erfolgreich zu meistern oder Krankheiten zu überstehen. Auch in diesem Bereich finden wir Klientenvariablen, internale Schutzfaktoren, wie z. B. Kommunikationsfähigkeit, Flexibilität, körperliche Vitalität, aber auch externale Faktoren und Unterstützung aus dem psychosozialen und ökologischen Kontext. Weiterhin finden wir Qualitäten, die den „*significant caring adult*“ bzw. die „bedeutungsvolle Bezugsperson“ kennzeichnen (Petzold, Goffin, Oudhof 1993). Es ist davon auszugehen, daß die „unspezifischen Wirkfaktoren“, die in Laientherapien und Selbsthilfegruppen wie in professionellen, therapeutischen Beziehungen (Durlak 1981; Gunzelmann et al. 1987; Reinecker et al. 1989) zum Tragen kommen, die gleichen sind, die bei den bedeutsamen Alltagsbeziehungen wirksam werden, Faktoren, wie sie die Longitudinalforschung herausgearbeitet hat. Derartigen Zusammenhängen wird man in der Forschung noch detailliertere Aufmerksamkeit schenken müssen. Z. B. wurde in einer Nachuntersuchung im Jahre 1992 bei Teilnehmern von Kindertherapiegruppen, die wir 1970 bis 1972 durchgeführt hatten, deutlich, daß die Kindertherapiegruppe ein gewichtiger „*protektiver Faktor*“, eine „*schützende Inselerfahrung*“ in der Lebenskarriere dieser Menschen gewesen ist (Petzold, Goffin, Oudhof 1993).

3.2.5 Methodenintegrative Zielsetzungen von Kontrollanalyse und Supervision

Die hier kurz umrissenen, schulenübergreifend wirksamen Faktoren und die *Heuristik der „vierzehn Wirkfaktoren“* in therapeutischen Prozessen (Petzold 1993p) stellen im Rahmen der Ausbildung von Integrativen Therapeuten einen wichtigen Lehr- und Lernstoff in den unterschiedlichen Phasen des Curriculums dar. Wenn sie „im Prozeß“ erfahren werden, besteht nicht die Gefahr einer „Wirkfaktorenapotheke“, die einzelne Elemente „verordnet“ und dabei die zwischenmenschlichen Dimensionen der Beziehung völlig ignoriert.

Andererseits muß aber gesagt werden, daß für gute Psychotherapie der Faktor der „unspezifisch heilenden Beziehung“ zu wenig ist. Spezifizierung tut not. Gerade die vergleichende Psychotherapieforschung, die Prozeßforschung und Wirkfaktorenforschung in den unterschiedlichen Verfahren sowie die Theorie- und Konzeptarbeit in den verschiedenen Schulen bieten die Chance, daß Psychotherapie in Zukunft für viele Patienten und Patientengruppen noch an Effektivität gewinnen kann, wenn methodenübergreifende Modelle Synergie-Effekte bewirken und Erkenntnisse anderer Richtungen ausgewertet werden und für die Steigerung der Effizienz im eigenen Ansatz nutzbar gemacht werden. Supervisorische und kontrollanalytische Arbeit hat in solchen Prozessen aufgrund der Möglichkeit der Theorie-Praxis-Verschränkung eine besondere Funktion und aufgrund des Faktums, daß Ausbildungskandidaten sich in der Endphase ihres Curriculums befinden, die Chance, daß eine Distanznahme vom eigenen Verfahren, mit dem man sich identifiziert hat, leichter möglich ist, um aus „exzentrischer Position“ dessen Stärken und Schwächen zu betrachten und auf diese Weise neue Wege zu finden. Letztlich ist dieser Schritt sogar identitätsfördernd.

Wenn supervisorische Arbeit auf diesem Hintergrund methodenintegratives Vorgehen fördert, so muß sie auch dazu beitragen, daß der Kandidat die Grundposition seines eigenen Ansatzes – seinen erkenntnistheoretischen Standort, seine anthropologische Axiomatik, seine klinischen Konzepte usw. – gut zur Verfügung hat, daß er weiterhin über die entsprechenden Positionen anderer

Verfahren orientiert ist, denn nur dann wird es *Möglichkeiten des Integrierens* geben und nicht wilden Eklektizismus.

Jedes Verfahren hat Leitkonzepte. Wir können sie als „*Integratoren*“ bezeichnen. Anhand solcher Integratoren kann man aus allen wissenschaftlichen Disziplinen oder Teildisziplinen (Entwicklungspsychologie, Emotionspsychologie, Gedächtnispsychologie, philosophische Anthropologie etc.) Elemente aufnehmen, die „*konzeptsynton*“, d. h. dem gleichen Theorientypus (z. B. dem tiefenhermeneutischen) angehören. Es wird dann auch erkennbar, wo Modelle, Theoreme, Praxeologien „*konzeptdyston*“ sind, wo also Verbindungen schwierig werden, Brüchigkeiten auftauchen, ja, wo sich Unvereinbarkeiten zeigen. Supervisorische und kontrollanalytische Arbeit, die anderen Ansätzen gegenüber *offen* ist, sollte nicht ohne Standort sein, weil Integrationsarbeit am besten von einem sicheren Boden aus geschieht. Dann nämlich werden defensive Abgrenzungen nicht notwendig und Ausbildungskandidaten kann Spielraum eingeräumt werden, sich mit anderen Methoden und Theorien auseinanderzusetzen. In Supervisionsgruppen z. B. stellt die *Ko-respondenz* (Petzold 1991e) über unterschiedliche Sichtweisen ein äußerst fruchtbares Moment dar. Jede psychotherapeutische Schule muß für sich ihre Leitkonzepte, ihre *Integratoren* erarbeiten und sie ihren Ausbildungskandidaten an die Hand geben. Eine solche Arbeit steht bei fast allen Schulen noch in den Anfängen, wenn sie überhaupt in Angriff genommen wurde. Für die Integrative Therapie kann an dieser Stelle nur exemplarisch auf einige dieser Leitkonzepte verwiesen werden, die den Hintergrund für unsere Aufgabe als Supervisoren und Kontrollanalytiker im schulübergreifenden Diskurs bieten.

Natürlich kann man nicht wahllos „Anleihen“ machen, ohne zu riskieren, die eigenen Proprien zu verlieren und bei einem „russian salad“ zu enden. Es ist vielmehr notwendig, im eigenen erkenntnistheoretischen Paradigma (bei der Integrativen Therapie im phänomenologisch-hermeneutischen und sozialwissenschaftlichen) zu verbleiben und anhand von *Integratoren* (z. B. Intersubjektivität, komplexe Bewußtheit, Lebenslaufperspektive usw.), die Selektionshilfen bieten, Konzepte, Methoden und Techniken auszuwählen, die mit den Positionen der Integrativen Therapie in Theorie und Praxeologie kompatibel, d. h. *konzeptsynton* sind. Kontrollanalyse

und Supervision sind hier in besonderer Weise gefordert. Ist die *phänomenologisch-hermeneutische Grundlage*, die – „von den Phänomenen zu den Strukturen und zu den Entwürfen“ kommend – die Erkenntnisprozesse unterfängt, bei Verfahren oder Methoden gegeben so können Integrationsprozesse ohne Schwierigkeiten greifen, ansonsten müssen theoretische Angliederungs- oder Transformationsschritte erfolgen (und natürlich ist nicht alles zu integrieren oder es lohnt der Mühe nicht). Supervision muß evident machen: Von bewußtem und unbewußtem leiblichen *Wahrnehmen* ausgehend, wird ein in mnestischen Prozessen gründendes *Erfassen* und ein an interagierende symbolische Systeme – vornehmlich an sprachliche Ko-respondenz, aber auch an „ikonische Narrationen“ (Petzold, Orth 1993a) – gebundenes *Verstehen* möglich sowie ein *Erklären* in intersubjektiven, verbalen und aktionalen Kommunikationsprozessen, eine „*hermeneutische Spirale*“ (Petzold 1988b, 1991a, 123ff.), durch die *Sinn* und *Bedeutung* gewonnen werden können. Damit werden schon einige aus der Metatheorie abgeleitete *Integratoren*, d. h. Leitkonzepte für Kompatibilitäten deutlich:

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

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

- Zentrierung auf die Integrität des Subjekts,
- Kontextorientierung (systemische und ökologische Perspektive),

- Kontinuumsorientierung (Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft),
- Orientierung am „life span developmental approach“,
- Orientierung auf Pathogenese *und* Salutogenese,
- Orientierung auf Heilung *und* Entwicklung.

Schließlich finden sich auch praxeologische Integratoren:

- Orientierung auf Relationalität (Konfluenz, Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung),
- Orientierung auf die Pathologie von Relationalität (Übertragung, Gegenübertragung, Widerstand, Abwehr),
- Orientierung auf Erlebnisaktivierung,
- Orientierung auf Prozesse des Durcharbeitens
- Orientierung auf Prozesse der Kreativierung.

Die *Integratoren* müssen untereinander einen hohen Grad an *Konnektierung* auf dem Niveau theoretischer Begründungen haben. Ihre *Kompatibilität* und *Kohärenz* müssen beständig unter den Kriterien der „Bewährung“ (Popper), „konzeptuellen Stimmigkeit“ und „korrektiven Valenz“ (d. h. der Möglichkeit des Ausgleichs von Einleisigkeiten) reflektiert werden. Wiederum: Es können Verfahren kombiniert werden, wo die Kompatibilität derartiger Leitkonzepte gegeben ist. Dabei muß darauf geachtet werden, daß es durch die Aufnahme neuer Konzepte und Praktiken zu keinen Unausgewogenheiten im Gesamtverfahren kommt. Dies kann z. B. drohen, wenn in der *P r a x e o l o g i e* zu *viele* Methoden und Techniken aufgenommen werden, die eine eher direktive Ausrichtung haben, oder wenn in der *T h e o r i e* zu *viele* Konzepte assimiliert werden, die eine sozialtechnologische bzw. sozialbehavioristische Konnotation haben (z. B. kontrolltheoretische, ressourcen- und copingtheoretische Überlegungen), ohne daß Korrektive, etwa durch die Betonung der zumeist auch vorhandenen phänomenologischen Konnotationen gesetzt werden oder durch die akzentuierende Parallelstellung anderer *Integratoren*, z. B. dem der „Sinnorientierung“. Eine solche *Balancierung* ist eine wichtige Aufgabe von Kontrollanalyse und Supervision. Unter solchen Prämissen kann auf der praxeologischen Ebene durchaus eine verhaltenstherapeutische Technik wie die „*systematische Desensibilisierung*“ eingesetzt werden, wenn sie in den Kontext einer „sinnorientierten Behandlung“ gestellt wird, die

den Patienten für Hintergründe seiner Phobie *sensibilisiert* hat. Mit Blick auf das Psychodrama können wir z. B. aus Sicht der Integrativen Therapie sagen, es können seine gesamte Praxeologie und der größte Teil seiner Theoriekonzepte beigezogen werden. Von der Psychoanalyse können die praxeologischen Errungenschaften der „elastischen und aktiven Technik“ *Ferenczis*, Kernkonzepte *Freuds* (Unbewußtes, Übertragung, Gegenübertragung, Widerstand, Abwehr) und einige Entwicklungen der Selbstpsychologie, die mit Namen wie *Kohut*, *Stern*, *Basch*, *Emde* verbunden sind, einbezogen werden. Es ist für kontrollanalytische und supervisorische Arbeit durch den konkreten Praxisbezug eine besondere Chance, methodenintegratives Vorgehen zu fördern, um auf diese Weise den Ertrag methodenspezifischer Erfahrungen für Patienten nutzbar zu machen.

4. Gruppensupervision und Kontrollanalyse als Weiterbildungsmethoden

In psychotherapeutischen Ausbildungen wird im Bereich der „Behandlungsstufe“, der Zeit also, in der ein Ausbildungskandidat das **Verfahren**, das er erlernt hat, mit seinen *Methoden*, *Techniken* und *Medien* auf dem Boden der jeweiligen theoretischen Grundorientierung (*Petzold 1993h, n*) in der Arbeit mit Patienten intensiviert einsetzt, eine Begleitung durch spezifische Ausbildungsstrukturen erforderlich, die gewährleisten, daß die Patientenarbeit in optimaler Weise verläuft und gleichzeitig ein spezifisches Lernen klinischer *Kompetenz* und *Performanz* möglich wird. Zu diesem Zweck kommen zwei methodische Ansätze zum Tragen: *Supervision* in einer fortlaufenden Gruppe – wir sprechen von „Kompetenzgruppen“ (*Petzold, Lemke 1979*) – und „*Kontrollanalyse*“ im Einzelsetting. In soziotherapeutischen Ausbildungen findet sich noch die Einzelsupervision, vornehmlich in Form des „*case work*“, z. B. als Begleitung von Maßnahmen der Einzelfallhilfe (*Belardi 1993; Schreyögg 1993*). Beide Begriffe, *Supervision* und *Kontrollanalyse*, werden oftmals unscharf gebraucht, verwechselt, gleichgesetzt, ohne daß die inhaltlichen Differenzen reflektiert würden oder das historische Herkommen der

Begriffe und die mit ihnen verbundenen Traditionen zur Kenntnis genommen würden. *Kontrollanalyse* ist ein genuin aus dem psychotherapeutischen Feld, aus der Ausbildung von Psychoanalytikern stammender Begriff (Kutter, dieses Buch). *Supervision* ist ein genuin aus dem Feld psychosozialer Hilfeleistungen bzw. der Sozialarbeit stammender Begriff (Weigand 1989; Belardi 1993), der erst Anfang der fünfziger Jahre in die Psychotherapie übernommen wurde, und zwar zuerst von den Rogerianischen „client-centered therapists“ (später auch von den Verhaltenstherapeuten), die es damit vermeiden konnten, ihr Konzept der Begleitung von Ausbildungskandidaten im Rahmen des psychoanalytischen Paradigmas zu formulieren und im sozialarbeiterischen Supervisionskonzept ein Modell vorzufinden, das ihren eigenen Ansätzen besser entspricht. Besonders unter dem Einfluß der Gruppenmethoden, speziell der Gruppensupervisionen (z. B. in Form der NTL-Training-Supervision in Bethel oder der klinischen Supervisionsgruppen an der Tavistock-Clinic, der „Balint-Gruppen“, vgl. Harrach 1986), wurde der Supervisionsbegriff im anglo-amerikanischen Raum zunehmend auch von Psychoanalytikern übernommen (Blitzstein, Fleming 1953), wobei damit durchaus nicht immer das gemeint ist, was unter einer Kontrollanalyse bei Lehranalysanden zu sehen wäre. Oft wird eine psychoanalytisch fundierte Begleitung von klinisch tätigen „professionals“ darunter verstanden (Fleming, Benedek 1966), und das greift über die Methode der Kontrollanalyse hinaus. Es lohnt sich indes, die Begriffe und Konzepte – gerade im psychotherapeutischen Kontext – erneut zu reflektieren.

4.1 Gruppensupervision – ein Weg, „klinische Vielfalt“ zu erlernen

Es soll diesem Abschnitt eine „integrative“, methoden- und feldübergreifende Definition vorangestellt werden, die die Supervision als *Methode, Prozeß* und *Praxisstrategie* zu fassen sucht. Dabei beziehen wir uns auf das von uns entwickelte Modell „Integrativer Supervision“ (Petzold 1973, 1982k; Schreyögg 1993), in dessen Zen-

trum die Gruppensupervision in Form der von uns so genannten „Kompetenzgruppen“ steht:

»A – „Supervision ist eine interdisziplinär begründete Methode zur Optimierung zwischenmenschlicher Beziehungen und Kooperation, z. B. in der psychosozialen, pädagogischen und therapeutischen Arbeit durch mehrperspektivische Betrachtung aus ‚exzentrischer Position‘, eine aktionale Analyse und systematische Reflexion von Praxissituationen (Situationsdiagnostik) auf ihre situativen, personabhängigen und institutionellen Hintergründe hin. Sie geschieht durch die Ko-respondenz zwischen Supervisor und Supervisanden in Bündelung ihrer Kompetenzen (joint competence) an theoretischem Wissen, praktischen Erfahrungen, differentieller Empathie, Tragfähigkeit und common sense, so daß eine allgemeine Förderung und Entwicklung von Kompetenzen und ihrer performativischen Umsetzung möglich wird, weshalb wir Supervisionsgruppen auch als ‚Kompetenzgruppen‘ bezeichnen“ (Petzold 1973, 1).

B – „Supervision ist ein interaktionaler Prozeß, in dem die Beziehungen zwischen personalen und sozialen Systemen (z. B. Personen und Institutionen) bewußt, transparent und damit veränderbar gemacht werden mit dem Ziel, die personale, soziale und fachliche Kompetenz und Performanz der supervisierten Personen durch die Rückkoppelung und Integration von Theorie und Praxis zu erhöhen und weiterhin eine Steigerung der Effizienz bei der supervisierten Institution im Sinne ihrer Aufgabenstellung zu erreichen. Diese Aufgaben selbst müssen reflektiert und gegebenenfalls den Erfordernissen der ‚relevanten Umwelt‘ entsprechend verändert werden.

C – Supervision als Praxisstrategie erfolgt in dem gemeinsamen Bemühen von Supervisor und Supervisanden, vorgegebene Sachelemente, vorhandene Überlegungen und Emotionen in ihrer Ganzheit, ihrer Struktur, ihrem Zusammenwirken zu erleben, zu erkennen und zu handhaben, wobei der Supervisor auf Grund seiner personalen, sozialen und fachlichen Kompetenz als Feedback-Instanz, Katalysator, Berater in personaler Auseinandersetzung fungiert, ganz wie es Kontext und Situation erforderlich machen« (Petzold 1977e, 242).

Supervision ist ein in psychosozialen Feldern entwickelter Ansatz, die Arbeit von Mitarbeitern in helfenden Berufen zu begleiten und in diesem interaktionalen, ko-respondierenden Geschehen zu stützen und zu optimieren (Petzold 1989i; Schreyögg 1992; Belardi 1993). Die vielfältigen Einflüsse, die in Organisationen, Institutionen und klinischen Arbeitsfeldern zum Tragen kommen – zwischenmenschliche Beziehungen, institutionelle Machtstrukturen, Hierarchie, betriebliche Vorschriften, gesundheitspolitische Positionen –, haben Wirkungen auf Einzel- wie auf Gruppenbehandlungen. Sie erfordern einen „mehrperspektivischen Blick“ aus „exzentrischer Position“ (Petzold 1990o), weil sie ansonsten den Therapie-

ten oftmals in Schwierigkeiten und in widersprüchliche Situationen bringen, zuweilen in Loyalitätskonflikte in seinem Engagement für Patienten, indem er zwischen den Reglementierungen der Institution und den Bedürfnissen der Patienten hin- und hergerissen wird und in *Interrollenkonflikte* (Petzold, Mathias 1983) geraten kann (Petzold 1989i). Supervision hat hier die Aufgabe, Therapie und Institutionsdynamik zu reflektieren, so daß Lösungsmöglichkeiten erarbeitet werden können. Supervision hat weiterhin die Aufgabe, Therapeuten in schwierigen Settings – z. B. in der Drogentherapie (vgl. idem 1973; Höhfeld 1980; Lemke 1980) oder der Altenarbeit (vgl. Chr. Petzold 1993) – oder in der Arbeit mit belastenden Patienten emotionale Stütze und Rückhalt zu geben (Petzold, Heintl 1981), ja, wo erforderlich, eine Burnout-Prophylaxe zu gewährleisten (idem 1993g). Die Reflexion des Lebenskontextes von Patienten: Familie, Arbeitsplatz, Freundeskreise mit dem Supervisor als „erfahrenem *professional*“ vermag neue Wege aufzuweisen und neue Perspektiven für eine effektive, psychosoziale und lebenspraktische Hilfeleistung zu ermöglichen.

Supervision bietet darüber hinaus spezifische Hilfen bei der Behandlung von Krankheitsbildern, die dem Supervisanden noch nicht so gut vertraut sind. Sie hat hier eine klinisch-didaktische Funktion, indem der Supervisor theoretische und konzeptuelle Gesichtspunkte einbringt (z. B. spezifische Abwehrformen bei Borderline-Patienten), besondere Risiken (bei gewissen Depressionsformen usw.) thematisiert und im Sinne professioneller Weiterbildung Informationen aus seinem Erfahrungsschatz und seinem theoretischen und methodischen Wissen zur Verfügung stellt. Supervision nimmt die Eigenbetroffenheit des Therapeuten in den Blick, gibt ihm die Möglichkeit, Eigenübertragungen zu erkennen und Gegenübertragungssituationen anzuschauen (Petzold 1980g) und emotional „anzuspüren“, um – eventuell durch die Verwendung von „Rollenspiel“ (Moreno 1959) oder Arbeit mit dem „leeren Stuhl“ (Perls 1969, 1980) – alternative Interventionsstrategien mit dem Supervisor zu erarbeiten.

Bei all diesen Aufgaben hat die „Gruppensupervision“ besondere Vorteile: Sie beteiligt die Gruppe als „Resonanzboden“ für die aufkommenden Probleme, ermöglicht „erfahrene Blicke“ aus unterschiedlichen Perspektiven 1. auf die Situation, die Erkrankung und

die Probleme des Patienten, 2. auf die Therapeuten-Patienten-Beziehung, 3. auf die Position des Therapeuten, 4. auf das Setting, 5. auf die verwandten Methoden, Techniken, Medien, Strategien (Petzold, Orth 1988a; Richter, Fallner 1989), 6. auf institutionelle Verflechtungen und 7. auf die Charakteristik des jeweiligen Praxisfeldes (z. B. Drogenarbeit, Familienhilfe, Nachsorge usw.). Alle Teilnehmer an der Supervisionsgruppe bringen ihre Kompetenzen so in die *Ko-responsenz*, den supervisorischen Diskurs ein, daß Probleme nach diesem Prinzip der „*joint competence*“ (Petzold 1973; Petzold, Lemke 1979) zielführend bearbeitet werden können. Auf diese Weise wird der „mehrperspektivische Blick“ des Supervisanden geschult. Er lernt, eine Situation mit „unterschiedlichen Augen“, d. h. mit unterschiedlichen theoretischen und praxeologischen Optiken zu betrachten (Frühmann 1991; Petzold 1990o, vgl. Abb. 1).

In der „*Ko-responsenz*“ der Teilnehmer (idem 1991e) in der Supervisionsgruppe werden „aus der *Resonanz*“ auf den vorgestellten Patienten oder Klienten und die präsentierte *Szene* mit ihren *Atmosphären* (idem 1990p) gemeinsam Lösungen erarbeitet. Auf diese Weise geschieht eine besondere Form ganzheitlichen, „*holographischen*“ Lernens. Wird z. B. ein Borderline-Patient vorgestellt oder ein Patient mit einer schweren Zwangsneurose, so entstehen spezifische *Atmosphären* im Raum. In Rollenspielen werden typische Verhaltensweisen deutlich, so daß Gruppenteilnehmer, die mit diesen Patienten oder mit besonderen Krisensituationen (idem 1993g; Schnyder, Sauvant 1993) innerhalb von Therapien oder mit diesen Krankheitsbildern noch keine Erfahrung sammeln konnten, „erlebbare Informationen“ bekommen.

Über das kognitive Moment hinaus wird emotionales Erleben möglich und auf diese Weise ein Fundus für eigene, spätere therapeutische Arbeit erschlossen. In einer Supervisionsgruppe mit Teilnehmern aus verschiedenen klinischen Feldern und Bereichen wird so eine große **Vielfalt** an Problemkonstellationen, Krankheitsbildern, institutionellen Bedingungen, Beziehungsqualitäten usw. geboten (Petzold 1989, 1990).

Die fortlaufende Supervisionsgruppe im Rahmen von Psychotherapieausbildungen (Petzold, Heintl 1981) bietet somit ein ausgesprochen interessantes und reichhaltiges Lernfeld, in dem man Szenen, Interaktionssequenzen und *Atmosphären* unterschiedlich-

ster Qualität erlebt und für die eigene klinische Erfahrung „speichern“ kann.

Der Nachteil dieses Lernmodells besteht darin, daß bei der gegebenen Zahl der Gruppenteilnehmer und der von ihnen vorgetragenen Situationen und „Fälle“ für den einzelnen Teilnehmer wenig an *kontinuierlicher Begleitung* für einen bestimmten Patienten möglich ist. Man kann sich ausrechnen, wie oft bei einer Gruppe mit acht Supervisanden, die sich vierzehntägig oder wöchentlich trifft, jeder einzelne Teilnehmer die zwei oder drei *problematischen* Patienten oder Klienten, die er derzeit in seinem Praxisfeld behandelt und betreut, vorstellen kann (nicht zu reden von den mittelschweren und leichteren Fällen in seiner Arbeit). Hier werden andere Wege zu beschreiten sein, wie die der *Einzelsupervision* oder *Kontrollanalyse*. Dabei steht die Einzelsupervision zwischen der supervisorischen Gruppenarbeit und dem kontrollanalytischen Setting. Es gibt für alle drei Formen methodische Grundprinzipien wie das „*Mehrebenen-Phänomen*“, das kurz theoretisch umrissen und dann mit einem Fallbeispiel dargestellt werden soll.

4.2 *Das Mehrebenen-Prinzip in Supervision und Kontrollanalyse*

In Supervision und Kontrollanalyse wird versucht, den in Situationen ruhenden *Sinn* differenziell zu erfassen – zumindest teilweise, denn in jeder Szene und ihren Atmosphären liegt mehr Sinnfülle, als dem Begreifen der Betrachter zugänglich ist, auch wenn im Sinne des „Modells mehrperspektivischer Situationsdiagnostik“ (vgl. Abb. 1) „*multiple Optiken eingesetzt*“ werden und eine multitheoretische Betrachtungsweise verwendet wird. Für die Supervisionen eines Teams, eines Einzelfalles, für die Beratung eines Klienten, für jede Alltagsinteraktion gilt: Je differenzierter die alltagspraktischen und fachlich-theoretischen Verstehensraster sind, mit denen man an eine Situation herangeht, je vollständiger die Szene 'ausgeleuchtet' ist, je prägnanter ihre Kulissen hervortreten, die einzelnen Elemente sichtbar werden, je dichter und faßbarer die Atmosphäre wird, je günstiger die Position des Betrachters ist und schließlich je größer sein „Wissen“, der Bestand an ähnlichen Stimmungen, Sze-

nen und Stücken in den „Archiven des Leibgedächtnisses“ ist, desto umfassender wird er den *Sinn* der Szene erfassen und verstehen können. Und wenn dieses hermeneutische Unterfangen gar noch von einer Gruppe gemeinsam vorangetrieben wird, wenn also mehrere *wahrnehmen, erfassen, verstehen, erklären* (Petzold 1988a), ist die Chance, *noch mehr an Sinn* zu erschließen, wiederum größer.

»Die individuelle und kollektive *Sinnerfassungskapazität* ist abhängig von der Mehrperspektivität des Sehens und der Komplexität des Erfassens von Atmosphären, abhängig von den Möglichkeiten, Wahrgenommenes und Erfasstes „synoptisch-synergetisch zu synthetisieren“ (Petzold 1971k; vgl. Petzold, Mathias 1983). *Sinn* scheint nur in Zusammenhängen auf (Luhmann 1971). Zusammenhang, Verbindung, Verknüpfung *ist* Sinn. Ziel individuellen und gemeinschaftlichen Lebens ist, Zusammenhänge immer besser verstehen zu lernen, und das bedeutet: sich selbst, die Mitmenschen, die Welt verstehen zu lernen. Die menschliche Entwicklung (die phylogenetische wie die ontogenetische) ist von einem zunehmenden Wachstum an Differenzierung und Komplexität einerseits, aber auch an Integrationsfähigkeit und *Sinnerfassungskapazität* andererseits gekennzeichnet, wobei hier *Sinn* nicht nur rational, sondern auch als *sinnlicher Sinn* verstanden wird (Sinn erwächst aus den Sinnen, Merleau-Ponty 1966; Petzold 1978c).

Wo die Sinne verletzt, depraviert, gestört werden, können Sinnlosigkeit, Irrsinn eintreten, und das ist immer mit einem Zerfall zeitlicher und szenischer Zusammenhänge, mit einem Verlust von *Mehrperspektivität* verbunden und mit einer Beeinträchtigung der Möglichkeit, sich in der Welt zu orientieren. Dies bedeutet für den Menschen mit seelischen und psychosomatischen Erkrankungen, daß ihm in einer umfassenden Weise *Sinn (sens)* abhanden gekommen ist, daß er seine Sinne (vgl. die *Alexithymie*), seine Orientierung (*Uhrzeigersinn*), seinen *Lebens-sinn* verloren hat oder daß ihm dies alles verletzt und beeinträchtigt wurde. Das Modell des mehrperspektivischen Sehens bzw. Wahrnehmens, des atmosphärischen und szenischen Erfassens und Verstehens ist damit nicht nur Orientierungshilfe für den Therapeuten, sondern auch Sinnbereicherung für den Patienten, der an der Mehrperspektivität seines Therapeuten partizipiert. Es wird so die Restitution von verlorenen Fähigkeiten ermöglicht, welche als solche schon heilsam ist. Unsere Zielsetzung geht damit über die klassische psychoanalytische Deutungstechnik hinaus; es geht nicht nur oder in erster Linie darum, einen Sinnzusammenhang, eine Bedeutung zu erkennen, sondern zu lernen, wie man sich mehr Sinn ‚leibhaftig‘ erschließen und eine Vielfalt an Bedeutung gewinnen kann« (Petzold 1985, in: 1991o, 13 ff.)

Es machen diese theoretischen Ausführungen methodische Prinzipien deutlich, welche für Kontrollanalyse und Supervision von zentraler Wichtigkeit sind – die des *atmosphärischen* und *szenischen Erfassens* (Petzold 1970c) –, die sich auch auf nicht-sprachliche Zusammenhänge richten und breiter greifen als das „szenische Verste-

hen“ (Lorenzer 1970). Die „*appréhension scénique*“ geht der „*compréhension scénique*“, die als kognitive Zuspitzung durchaus ihre Bedeutung hat, voraus.

Supervision hat neben ihren vielfältigen Funktionen, z. B. Entlastung zu bieten oder als spezifische Form praxisbezogener beruflicher Weiterbildung zu dienen, in ihrem Zentrum die Reflexion und Metareflexion von Situationen im Praxisfeld. Ihr Ziel ist, diese besser zu verstehen, damit daraus folgend das eigene Handeln (als

»Nach der anthropologischen Grundformel der Integativen Therapie (Petzold 1965, 1974k) ist der Mensch ein ganzheitlich funktionierendes Wesen, eine Körper-Seele-Geist-Einheit, 

unlösbar verbunden mit einem ökologischen und sozialen Umfeld, 

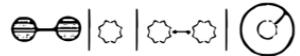
Er ist als Mensch auf den/die Mitmenschen bezogen und eingebettet in die Gesellschaft.



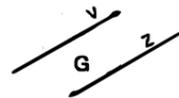
Diese wird nur als entfremdete bedrohlich und schädigend.



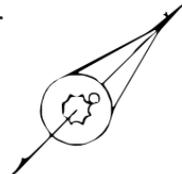
„Ich und Du, das sind Grundlagen zum Wir, und nur gemeinsam können wir das Leben menschlicher machen“ (Perls 1969)



Das therapeutische Geschehen ist in einer „Philosophie der Koexistenz“ fundiert (Petzold 1980g). Der „integrative Ansatz“ der Gestalttherapie und somit auch seine Gruppentherapie gründet insgesamt auf systemischen und feldtheoretischen Betrachtungsweisen (Lewin 1963; Petzold 1974k; Walter 1977). Er muß in einem zeitlichen



und gesellschaftlichen Kontext gesehen werden und kann sich deshalb auch der politischen Dimension nicht entziehen.



Wie aus dieser Einblendung des Modells in die theoretischen Konzepte ersichtlich wird, können die Perspektiven, die in den Aussagen zueinander in Bezug stehen, rasch gesehen werden« (Frühmann 1986, 259).

- 1 Perspektive Gruppe
- 2 Perspektive Individuum
- 3 Perspektive Szene
(Kontext, z.B. Institution)
- 4 Perspektive Zeitkontinuum
(Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft)
- 5 Therapeut bzw. Supervisor als Beobachter
(aus exzentrischer Position)
- 6 Weitere Beobachter
(z.B. Angehörige aus
teilexzentrischer Position)
- 7 Patient in Selbstbeobachtung
(aus involvierter
Position)
- 8 Multiple Optiken
- 9 korrespondierende
Sichtweisen

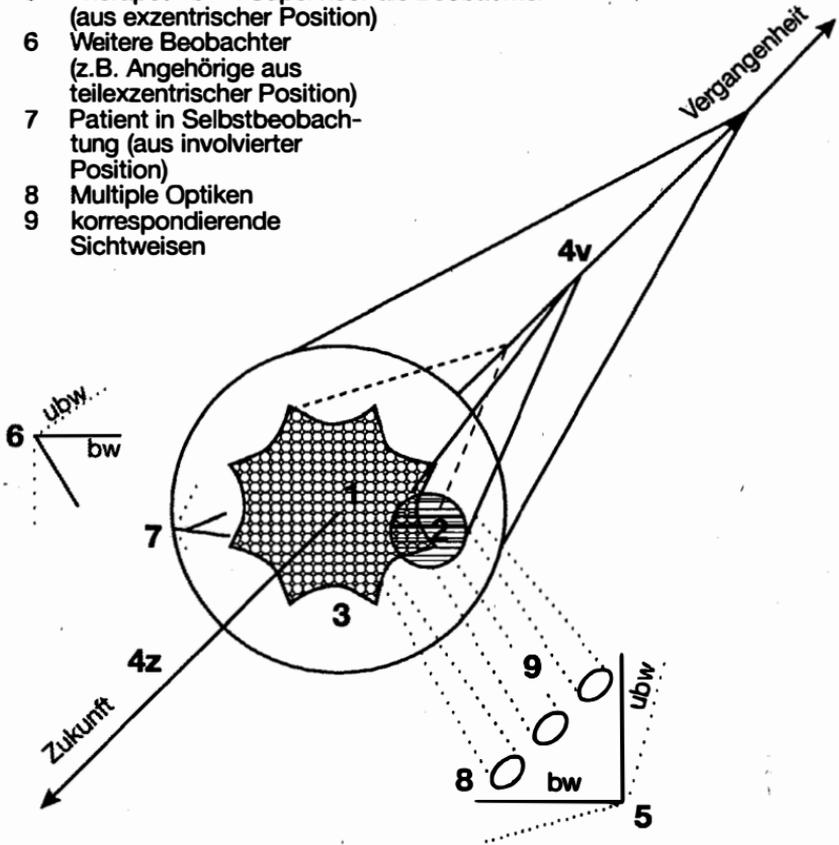


Abb. 1: Modell mehrperspektivischer Situationsdiagnostik und Intervention (nach dem mehrperspektivischen Gruppenmodell, MPG-Modell, von Frühmann), aus: Petzold/Frühmann (1986 I, 258).

einzelner, im Team, in der Institution) im Sinne übergeordneter, durch *Problemanalysen* gewonnener *Ziele* (z. B. Humanisierung des Lebenszusammenhangs, Verbesserung der Lebensqualität) oder spezifischer Zielsetzungen (Lösung konkreter Problemlagen) optimiert werden kann. Weil Supervision unabänderlich auf das *Wahrnehmen, Erfassen, Verstehen* und *Erklären* (Petzold 1988a,b) von Situationen verwiesen ist, muß sie, um diese strukturieren zu können, einen phänomenologisch-hermeneutischen Zugang wählen. Es geht ja in der Regel um das Erfassen und Verstehen der *intrapersonalen* Problemlagen (z. B. „Helfersyndrom“, Projektionen), von *interpersonellen* Problemen (Berater/Klient, Berater/Teamkollege, Berater/Supervisor) oder um die Relationen verschiedener organisatorischer Subsysteme (z. B. Abteilungen einer Dienststelle oder Teileinrichtungen einer Therapiekette). In der Supervision gilt es, diese unterschiedlichen Sichtweisen in *Ko-respondenz* zu bringen, sie zu vernetzen und dazu beizutragen, daß alle an einer intrainstitutionellen oder interinstitutionellen Zusammenarbeit Beteiligten durch *Ko-respondenz* einen *Konsens* bezüglich der Sicht von Situationen und Prozessen gewinnen können, um auf diese Weise zu gemeinsamen *Konzepten* zu kommen, die *Kooperationen* ermöglichen. Die Polymorphie der jeweils vorfindlichen Wirklichkeit, die vielfältige Perspektiven möglich macht, erfordert also *Ko-respondenzprozesse* (Petzold 1978c, 1991e), die Arbeit einer gemeinschaftlichen Hermeneutik, die die Phänomene *mehrperspektivisch wahrnimmt, erfäßt* und die in ihnen wirksamen Kräfte und Prinzipien (wir nennen diese: *Strukturen*, die auch *Entwürfe* für die Zukunft bestimmen) zu *verstehen* sucht, damit das Gesamtgeschehen für alle Beteiligten *erklärbar* wird und einen *Sinn (consensus)* erhält.

Das Grundprinzip supervisorischer und kontrollanalytischer Arbeit nach dem Integrativen Ansatz liegt damit im Modell der „hermeneutischen Spirale“: *wahrnehmen, erfassen, verstehen, erklären* (Petzold 1988d, 323). Ausgangspunkt ist der phänomenologische Zugriff des *Wahrnehmens* auf die gegebene Situation. In diesem ist aber durch das Wiedererkennen von situativen Charakteristika bzw. Strukturmerkmalen aus anderen Kontexten im Rückgriff auf Lebenserfahrung, aber auch durch den Rekurs auf theoretische Kenntnisse ein *Erfassen* möglich. Und damit gelangen wir von der Oberfläche zur Tiefendimension, wird der Schritt von der Phä-

nomenologie in die Hermeneutik vollzogen. Es werden hinter den Phänomenen *Strukturen* und damit *Zukunftsentwürfe* zugänglich. Wir verstehen unter „Struktur“ (Form, Gestalt) den „*mnestischen Niederschlag von spezifischen Wahrnehmungs-Handlungs-Konfigurationen, die – wieder in Handlungen aktualisiert – an unterschiedlichen Orten des Zeitkontinuums als h o m o l o g erkennbar werden*“.

Wir können auch von sich wiederholenden Mustern, Schemata, Skripts, Narrativen (*idem* 1990c) sprechen, und solche reinszenieren sich sowohl auf der intrapersonalen und interpersonalen, der intrainstitutionellen und interinstitutionellen Ebene. Der Ko-respondenzprozeß verbindet die Mehrperspektivität verschiedener Menschen und damit möglicherweise auch ein unterschiedliches Erfassen von Strukturen sowie unterschiedliche Wertungen. Vielleicht werden im Ko-respondieren auch unterschiedliche Strukturen aufgegriffen. Dies alles schafft eine hohe *Komplexität*, die reduziert werden muß (*Luhmann* 1968). Genau das soll der supervisorische Diskurs leisten, und zwar nicht nur durch die Exzentrizität *des Supervisors* und seine Fähigkeit zu mehrperspektivischem Wahrnehmen, sondern dadurch, daß er dazu beiträgt, die *Exzentrizität des Supervisanden*, der Supervisionsgruppe, des Teams zu vergrößern, so daß durch das Zusammenführen aller Kompetenzen (*joint competence*, *Petzold, Lemke* 1979) *gemeinsame Mehrperspektivität* und *Exzentrizität* möglich wird, eine gute *Hyperexzentrizität*, die eine Metaebene eröffnet, von der aus wirklich *Überschau, supervisio* möglich wird. Je mehr Ko-respondenzpartner in einem solchen Prozeß beteiligt sind, desto komplexer wird dieses Geschehen. Aus dem potentiell unerschöpflichen Sinn- und Bedeutungszusammenhang von sozialen Situationen auf dem Boden der „*Lebenswelt*“ (d. h. ihrer ökologischen, ökonomischen und zeitgeschichtlichen Bedingtheit) und dem Hintergrund der „*social worlds*“ (d. h. sozialen Gruppen gemeinsame Sinnwelten, vgl. *Strauss* 1978; *Petzold, Petzold* 1991) werden Aspekte, Dimensionen erschlossen, ganz wie es die *Sinn-erfassungskapazität* der Beteiligten zuläßt.

4.2.1 Fallbeispiel: mehrperspektivische Einzelsupervision in der „Mehr-Ebenen-Struktur“

Um diese Aussage zu verdeutlichen, möchte ich in einer Fallvignette die „Mehr-Ebenen-Struktur“, wie sie Supervision, aber in gleicher Weise Kontrollanalyse kennzeichnet, anhand der Situation eines Beraters, der sich in Therapieausbildung befindet, herausgreifen*, wobei psychotherapeutische, soziotherapeutische und netzwerktherapeutische Perspektiven verbunden werden. Der Berater arbeitet in einer Drogenberatungsstelle mit einem jugendlichen Klienten, dessen Verhältnis zu seinem Vater sehr belastet ist. In seiner Familie gibt es immer wieder Streit, so daß der drogengefährdete Klient, der sich zu Hause überhaupt nicht mehr wohlfühlen kann, immer mehr Zeit in der Szene verbringt und mit dem Gedanken spielt, „mal Koks zu probieren oder ‘nen Fix“, also auf harte Drogen umzusteigen.

Genau an diesem Punkt kam es nun im Beratungsprozeß zu Schwierigkeiten. Verlieft der Kontakt bislang gut und kooperativ, so kommt es jetzt zu Auseinandersetzungen, zum „Verschlampen“ von Terminen. In dieser Situation entschließt sich der Berater, diesen „Fall“ seinem Supervisor vorzustellen, der selbst noch in Lehrsupervision, also in der Schlußphase seiner Ausbildung als Supervisor ist (Schreyögg 1994). Die Ausgangssituation des Beraters in der Supervision ist das Problem der Beziehung mit seinem Klienten. Ich möchte diese Situation als Niveau 3 bezeichnen (vgl. Abb. 2).

Berater und Klient haben eine Beziehungsstörung, die sich am Thema „Experimentieren mit härteren Drogen“ entzündet hat. Der Berater ist natürlich darum bemüht, den Klienten vor Schaden zu bewahren. Er ist an diesem jungen Menschen engagiert, denn er hat ihn schon seit einem halben Jahr in Einzelgesprächen, von denen er glaubte, daß sie dem Klienten recht gut in der Bewältigung seiner Lebenssituation weitergeholfen hätten. Nun aber kommt es zu Mißverständnissen, zu abweisender Haltung von seiten des Jugendlichen, zu Rückzug im Kontakt. Der Supervisor bekommt diese Situation vom Berater vorgetragen (ich bezeichne diese Situation als Niveau 4, vgl. Abb. 2): Der Berater läßt erkennen, daß er um seinen Klienten besorgt ist.

Auf die Frage des Supervisors, wie weit er vielleicht zuviel Druck ausgeübt habe, wird der Berater unwillig: Er mache diese Arbeit schon sehr lange, habe den Klienten gerade in dieser Sache „wie ein rohes Ei“ angefaßt. Supervisor: „Rohe Eier sind immer zerbrechlich, also ist auch Gefahr im Verzug!“ – Berater: „Ist es ja auch. Wenn der erstmal auf der Nadel hängt...!“ – Supervisor: „Ich spreche hier nicht von der Drogengefährdung, sondern von der Gefahr für eure Beziehung!“ – Berater: (unwirsch) „Nun, die wird sich durch Heroin sicher nicht verbessern, das weiß ich auch.“ Der Supervisor, der den Berater schon seit einiger Zeit in Supervision hat, ist von dem ungeduldigen, leicht aggressiven Ton des Beraters befremdet, d. h., ihm ist dieses Verhalten, sind diese Töne aufgrund der bisherigen Supervisionsarbeit mit dem Berater fremd. Er meldet dies zurück: „Mir fällt auf, daß du

* Dieses Fallbeispiel erschien zuerst in Petzold (1990, 16-20).

ungeduldig, ja fast etwas ungehalten bist. Das ist anders als sonst in unserer Arbeit. Könnte es sein, daß hier in unsere Situation deine Ungeduld mit dem Klienten hineinspielt? Du bist ja besorgt um ihn!" (Es wird *Niveau 3* angesprochen). „Und könnte es nicht sein, daß deine etwas ungeduldige Besorgtheit etwas von dem Klima widerspiegelt, das zwischen deinem Klienten und seinem Vater geherrscht hat oder herrscht? Sicher in verschärfter Form, aber immerhin, das ist einen Gedanken wert!" (Hier wird *Niveau 2* angesprochen). „Gib dir ein wenig Zeit, meinen Deutungsvorschlag auf dich wirken zu lassen. Was ist deine innere Resonanz?“ – Der Berater wird nachdenklich: „Ich habe mir die Übertragungssache natürlich auch schon überlegt. Und gerade darauf habe ich geachtet. Ich denke schon, daß ich dem Klienten sehr anders begegne als sein Vater. Nur so war ja das gute Klima in der Beratung möglich, und wir sind ja auch weitergekommen.“ Der Berater hat sich mit seinem Klienten identifiziert. Er hat dessen Vater abgelehnt und ist selber in die Vaterrolle eingetreten. Und selbst wenn diese qualitative Verschiedenheiten aufweist, so sind damit doch *strukturelle Ähnlichkeiten* gegeben, die sich zur *strukturellen Homologie* verdichteten, als ein kontroverses Thema – der Gebrauch harter Drogen – aufkam.

Supervisor: „Ich möchte dir auch einmal vorschlagen, die Rolle deines Klienten einzunehmen, hier auf dem 'leeren Stuhl' einmal so zu sitzen, wie er in den schwierigen Situationen dir gegenüber sitzt. Ja, versuche seine Körperhaltung aufzunehmen, dich in seine leibliche Befindlichkeit so genau wie möglich einzufühlen, sie darzustellen!“ In der von uns entwickelten Technik der „Skulpturierung“ (Petzold 1969b; Petzold, Orth 1988a), des einfühlerischen Darstellens der leiblichen Situation des Klienten, wurde deutlich, wieviel der Berater in unbewußter Identifikation von dessen Spannungen aufgenommen, verleblicht und weitergetragen hatte, z. B. in die Supervisionssituation hinein, wo die leiblichen Signale vom Supervisor in der Gegenübertragung (idem 1980g) aufgenommen wurden.

Wir haben diese Technik ausgearbeitet, um Supervisanden Bewußtheit (*awareness*) zu vermitteln, wie Klienten leiblich-konkret auf sie wirken, denn Übertragungs-/Gegenübertragungskonstellationen konkretisieren sich in Körperhaltung und Körpersprache. Überdies ist es unsere Erfahrung, daß, wenn ein Berater/Therapeut nicht in der Lage ist, die leiblichen Haltungen und Bewegungen seines Klienten zu „skulpturieren“, er wichtige Dimensionen von dessen Wirklichkeit ausblendet. In gleicher Weise finden wir Ausblendungen, wenn es zu unbewußten „*Koinkarnationen*“ kommt (Petzold, Orth 1991a), d. h. wenn durch unbewußte Identifikation in einer Art „Beifahrereffekt“ die leiblichen Befindlichkeiten und Haltungen eines Klienten übernommen werden.

In unserem Beispiel hatte eine derartige Koinkarnation stattgefunden, die sich in einer ähnlichen Übertragungskonstellation manifestierte (Berater-Sohn/Supervisor-Vater), wobei der Berater in identifikatorischer Involviertheit mit seinem Klienten hier die Sohnrolle übernahm.

Ogleich der Berater unter psychoanalytischer Optik (O) die Situation auf Übertragungskomponenten hin betrachtet hatte, war ihm dieser Zusammenhang verborgen geblieben. Bezeichnenderweise sprach er nur von der Übertragung, nicht von der Eigen- oder von der Gegenübertragung (Petzold 1980g). Er konnte

nicht feststellen, wie sich in der Berater-Klient-Situation mit den Phänomenen Terminverschlämpen, Mißstimmung, Aggressivität eine *strukturelle Ähnlichkeit* oder gar *strukturelle Homologie* aus der Vater-Sohn-Situation reproduzierte bzw. widerspiegelte, mit ihrem hohen Maß an wechselseitiger *Involviertheit*, geringen Möglichkeiten zur *Exzentrizität* und mit blockierter Kommunikation (Vater und Sohn konnten miteinander nicht mehr sprechen). Obgleich in der Beratungssituation das Maß an *Involviertheit* (siehe Schlangenlinie in Abb. 2, Niveau 3) geringer war, und die Möglichkeit zur *Exzentrizität* (siehe gepunktete Linie) auf seiten des Beraters größer war als die des Vaters, entstand Verstrickung. Das Übertragungspotential im zugänglichen Basiskonflikt (gestrichelte Linie) überschattete die Beziehungsebene (durchgezogene Linie) und war so stark, daß es sich in die Berater/Klient- und die Supervisor/Supervisand-Situation hineinspiegelte.

Aufgrund der Supervision wurde dann ein Elterngespräch möglich, in dem der Berater, entgegen seinen Erwartungen (vgl. Hentschel 1988), auf einen sehr besorgten, gesprächsbereiten Vater traf, der „verzweifelt“ versuchte, seinen Sohn vor dem „Schlimmsten“ zu bewahren. Er erkannte in der „Atmosphäre“ die Qualität seiner eigenen Besorgtheit wieder. Andererseits wurde eine sehr strenge, normierende Seite des Vaters deutlich: „In meiner Jugend hatte ich es wesentlich schlechter. Uns ist das alles nicht geboten worden. Mein Vater war an der Front. Der mußte sich auf mich verlassen können. Da gabs gar nichts!“ (Hier wird eine aggressiv-gespannte Leiblichkeit erfaßbar: die Reproduktion einer Atmosphäre mit ihrer leiblichen Resonanz schreibt sich über Generationen fort!). Wir gelangen damit auf *Niveau 1*. Unter einer Mehrgenerationen-Familienperspektive (*Boszormenyi-Nagy*), zeigt sich, daß der Vater-Sohn-Konflikt schon in der Interaktion von Großvater/Vater begründet liegt. Die Familiengeschichte wird wirksam durch die *Reproduktion homologer* bzw. *similärer* Strukturen, die sich in Form von Atmosphären, szenischen Arrangements und leiblichen Haltungen manifestieren.

Der Supervisor bringt die gesamte Situation in seine Lehrsupervision (Niveau 5), in der sich als Lehrsupervisor die Frage stellt, ob der Supervisor den Berater auch genügend gestützt habe. Er müsse ja schließlich mit seiner Sorge für den Klienten Gehör finden. Wiederum spiegelt sich das Moment der Besorgtheit, aber der Supervisor kann diese Frage gut aufnehmen. Es kommt kein Widerstand, keine Ungehaltenheit auf, sondern es wird überlegt, wie man dem Berater genügend Stützung geben könne, einen Zugang zu seinen Klienten zu finden, damit dieser adäquate Hilfen erhält. Der Lehrsupervisor stellt die Frage, ob die *Ressourcen* des Klienten von seiten des Beraters in ausreichendem Maße erfaßt worden seien und ob er versuche, diese zu nutzen, insbesondere wie es um das *übrigesoziale Netzwerk* (Geschwister, Freunde, die nicht in die Szene involviert sind) bestellt sei, welche Rolle die Mutter spiele, wie das Verhältnis der Eltern zueinander sei. Damit wird einerseits die Familiendynamik angesprochen – dies durchaus unter Einbeziehung der psychoanalytischen Perspektive – zum anderen aber werden ressourcentheoretische und netzwerktheoretische Überlegungen einbezogen (*Keupp, Röhrle 1987; Jerusalem 1990*). Die Mobilisierung sozialer Supportsysteme (Rekurs auf *social support research*, vgl. *Nestmann 1988; Schuch 1990*) geht über den unmittelbaren Familienverband hinaus. Sie stellt eine wichtige Dimension in der Drogenberatung

dar – und ist überhaupt für die Arbeit mit Patienten in schwierigen Lebenslagen unverzichtbar. Die *Ko-responsenz* zwischen Lehrsupervisor und Supervisor (Niveau 5) auf einer *Metaebene* (M), die von Übertragung relativ ungestört ist, ermöglicht einen weiteren Gewinn von *Exzentrizität*, (E) führt zu einer Ausdehnung des mehrperspektivischen Horizontes, insbesondere dadurch, daß sowohl für die Situationsdiagnose als auch für die Erarbeitung von Interventionskonzepten weitere theoretische Optiken (O) hinzugenommen wurden.

Die *multitheoretische* und *multidiagnostische* Vorgehensweise (Petzold 1990h) ist ein Spezifikum des integrativen Ansatzes der Supervision. Neben der tiefenpsychologischen Betrachtungsweise wird häufig auf rollentheoretische Überlegungen rekurriert (Petzold, Mathias 1983), z. B. auf das Konzept von Inter- und Intrarollenkonflikten (Rocheblave-Spenlé 1962; Biddle, Thomas 1966), um die Situation des Beraters, aber auch des Vaters zu erklären; die Qualität der Vaterrolle wird untersucht (Fthenakis 1988) usw.?) Weiterhin werden sozialpsychologische Konzepte (etwa Rosenthal-Effekt: Wie bestimmt die Erwartungshaltung von Vater und Berater das Verhalten des Jugendlichen?) einbezogen. Besonders wichtig sind ressourcentheoretische und copingtheoretische Überlegungen (Was sind die „kritischen Lebensereignisse“ im Lebensfeld des Klienten, wie kann man sie mildern, welche Coping-Strategien setzt der Klient ein, wie kann man ihm Copinghilfen geben, welche „protective factors“ lassen sich finden usw. vgl. Filipp 1990; Robins, Rutter 1990; Petzold, Goffin, Oudhof 1993). Natürlich werden immer wieder auch systemische Überlegungen und verschiedene familientherapeutische Perspektiven aufgenommen, nicht zuletzt im Sinne des Mehrgenerationen-Familien-Modells (Boszormenyi-Nagy, Spark 1973). Die multi-theoretische Vorgehensweise in der „mehrperspektivischen Arbeit mit *variablen Optiken*“ (O) erschließt so in der Tat ein Mehr an Verstehensmöglichkeiten für die gegebene Situation (vgl. Abb. 1 und 2) und eröffnet auch weitere Wege der Hilfe, und zwar nicht nur, weil für den Berater wie für die Betroffenen der „Blick aus exzentrischer Position“ weiter wird (dargestellt in der Graphik durch die Weite des Winkels in durchgezogener Linie), und damit das Ausmaß an Unbewußtheit abnimmt (dargestellt durch den Winkel in gepunkteter Linie) und schließlich die Höhe der Exzentrizität und damit die Überschau größer wird (dargestellt durch die Länge der gepunkteten Linien), wodurch das Maß an Involviertheit abnimmt (dargestellt durch die Länge der gewellten Linien). Insgesamt wächst der Sinnhorizont, das Verständnis für das eigene Handeln in der Lebens- und Sozialwelt.

In dem hier vorgestellten Fallbeispiel erfolgt nun eine Rückkopplung von Niveau 5 (der Situation Lehrsupervisor/Supervisor) zum Niveau 4. Der Supervisor versucht seine Beziehung (durchgezogene Linie) zum Berater zu klären und Übertragung aufzulösen, damit kann der Berater eine noch komplexere Sicht der Gesamtsituation gewinnen, auf deren Grundlage mögliche Interventionsstrategien für die Situation mit dem Klienten erarbeitet werden: einerseits eine Klärung der Übertragungssituation Berater/Klient durch entlastende, versöhnliche Deutungen, eine Wiederherstellung des „facilitating environment“ (Winnicott), zum anderen das Einbringen supporttheoretischer Momente auf der Grundlage der Diagnose des sozialen Netzwerkes, das durch Zeichnen eines „projektiven sozialen Atoms“

(Petzold 1985a, 245-252, 132-134) zusammen mit dem Klienten exploriert wurde. Die Vorbereitung der Arbeit in *Niveau 4* (Supervisor/Berater), insbesondere in „klimatischer“ Hinsicht, ermöglichte eine Verbesserung der eigentlichen Beratungssituation (Berater/Klient) auf *Niveau 3* und hatte Rückwirkung auf die Vater-Sohn-Beziehung (*Niveau 2*) dadurch, daß dem Klienten Hilfen gegeben wurden, durch die er die momentane Drucksituation zu Hause besser aushalten konnte und seine Ressourcen im Freundeskreis besser zu nutzen wußte. Das Maß seiner *Exzentrizität* im Hinblick auf seine Situation wuchs deutlich (gepunktete Linie verlängert sich, durchgezogener Winkel wird größer, Bewußtheit nimmt zu, Unbewußtheit nimmt ab) und das Maß seiner Involviertheit verringerte sich (Verkürzung der gewellten Linie).

Die *Praxis der „Mehrperspektivität“* in der Integrativen Supervision, wie sie an diesem Beispiel aus einer fortlaufenden Einzelsupervision – in Kontrollanalysen werden diese Phänomene noch prägnanter – verdeutlicht werden sollte, zeigt, daß es sich nicht nur um ein *diskursives hermeneutisches Modell* handelt. Natürlich spielen die Prozesse des *Wahrnehmens, Erfassens, Verstehens* und *Erklärens* der auftauchenden Phänomene eine große Rolle. Das „Aufdecken“ der dahinterstehenden Mechanismen, z.B. der Übertragungs/Gegenübertragungskonfiguration, der Rollenkonflikte („Ich will für meinen Sohn nur das beste, deshalb schränke ich ihn ein und unterdrücke ihn“/„Ich will für meinen Klienten nur das beste, deshalb setze ich psychologischen Druck ein, wenn er sich nicht einsichtig zeigt“) erfolgte nicht allein im Gespräch, sondern bezog auch *Aktionen* ein. In den Supervisionsprozessen wurden z.B. die Techniken der „*Skulpturierung*“, der „*Dramatisierung*“ (d. h. des *Nachspielens* der Situation) und des „*Rollentausches*“ eingesetzt. Der Berater verwandte bei seinem Klienten in einer entscheidenden Situation, die seiner Supervision folgte, gleichfalls die Technik des *Rollentausches*, indem er den Klienten auf den Stuhl des Beraters setzte und ihm vorschlug, er solle einmal versuchen, wie er – der Klient – in einer solchen Situation einen Jugendlichen beraten wolle; es sei wirklich nicht einfach, und vielleicht könne man gemeinsam über diesen Weg zu einer besseren Form des Verstehens finden. Hier kommt ein *dramatistisch-aktionales Modell* der Hermeneutik zum Tragen (Petzold 1990o), das den Schritt in die Ebene der Intervention erleichtert, denn *Supervision und Kontrollanalyse sind in der Regel nicht nur Situationsdiagnose, sondern sie sind auch Intervention – und sei es auch nur auf einer mittelbaren Ebene.*

4.3 Kontrollanalyse – klinische Feinarbeit in Kontinuität

Wiederum sei eine Definition von ähnlicher Charakteristik wie die oben gegebene Supervisionsdefinition vorangestellt:

»A – Kontrollanalyse ist innerhalb tiefenpsychologisch-fundierter Verfahren eine spezielle Methode in der klinischen Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen, die es ermöglicht, die Feinstrukturen von therapeutischen Prozessen und ihre interaktionale Dynamik – das Übertragungs-/Gegenübertragungsgeschehen, Widerstands- und Abwehrphänomene – kontinuierlich über längere Strecken zu begleiten und zu beeinflussen.

B – Dabei werden auf der Grundlage „empathischer Kompetenz“, des „atmosphärischen Erfassens“ und „szenischen Verstehens“, „systemische Echoeffekte“ sowie alle „Spiegel- und Resonanzphänomene“ genutzt, die sich im Prozeß der Interaktion zwischen Kontrollanalytiker und Kontrollanalysanden als Reproduktion der Therapeut-Patient-Dynamik zeigen. Die Struktur des gesamten „Drei-Ebenen-Systems“ der Kontrollanalyse (Primärebene: Patient und seine Beziehungen; Sekundärebene: Patient/Therapeut; Tertiärebene: Therapeut/Kontrollanalytiker) wird aus „exzentrischer Position“ und mit verschiedenen theoretischen und methodologischen Optiken „mehrperspektivisch“ reflektiert.

C – Auf dieser Basis kann in der Kontrollanalyse als Praxistrategie das Beziehungsgeschehen auf den verschiedenen Ebenen unter Einbezug der kognitiven, emotionalen, nonverbalen und interaktionalen Dimension so bearbeitet werden, daß es – über die Klärung aktueller Probleme und Schwierigkeiten in der Therapie hinausgehend – zu einem vertieften Verständnis des Krankheitsgeschehens und seiner Genese, der Lebenssituation des Patienten und der Typik der Therapeut-Patient-Konstellation kommt, um auf einer solchen Grundlage eine Verbesserung der „empathischen Kompetenz“, emotionalen Akzeptanz (für die Arbeit mit „korrigierenden, emotionalen Erfahrungen“), aber auch – prospektiv – eine Entwicklung von Behandlungsstrategien zu ermöglichen, deren Angemessenheit, Gelingen, Scheitern oder Revision gleichfalls Gegenstand kontrollanalytischer Arbeit sind.«

Bietet die Gruppensupervision die Möglichkeit, „klinische Vielfalt“ im kollegialen Austausch kennenzulernen, so bietet die Kontrollanalyse „klinische Feinarbeit in Kontinuität“, um in der „empathischen Resonanz“ aufkommende Übertragungsatmosphären zu erleben und in der gemeinsamen Reflexion theoretisch und praxeologisch zu überdenken, wobei sie einige wenige Behandlungsprozesse langfristig begleitet (Eckstein, Wallerstein 1958). Der Kontrollanalysand bringt zwei, drei, maximal vier Patienten aus

seiner Behandlungspopulation zu seinem Kontrollanalytiker bzw. -therapeuten, etwa dergestalt, daß auf vier oder fünf Behandlungsstunden eine Kontrollstunde kommt, in der er schwerpunktmäßig zwei oder drei der Patienten bzw. Patientinnen vorstellt. Es empfiehlt sich, bei der Zusammenstellung der zu kontrollierenden Patienten männliche und weibliche zu wählen sowie unterschiedliche Krankheitsbilder (z. B. Depression, Zwangserkrankungen, Panikattacken, Borderline-Erkrankungen oder psychosomatische Beschwerden, etwa gastrointestinale Störungen, Kopfschmerzen), um möglichst unterschiedliche Krankheitsformen und Beziehungsdynamiken kennenzulernen.

Im Unterschied zur gängigen *Einzelsupervision*, wo wiederum eine *Vielfalt* von Patienten, Klienten, Problemen und Situationen in die „Praxisberatung“ eingebracht werden kann, man dabei problemorientiert vorgeht und im wesentlichen die Patientenpersönlichkeit mit ihren Ressourcen, Bewältigungsmustern und Social-Support-Systemen, die aktuelle Therapeut-Patient-Beziehung, die Theorien, Methoden und Behandlungstechniken, das Setting, die Institution in den Blick nimmt, arbeitet man in der *Kontrollanalyse* zentriert auf die Kontinuität der Behandlung *weniger* Patienten, wobei der wichtigste Aspekt die Beobachtung der Dynamik der therapeutischen Beziehung in ihren bewußten und unbewußten Strebungen darstellt, ohne daß dabei die voranstehend für die Einzelsupervision aufgeführten Gesichtspunkte vernachlässigt würden. Werden in Einzelsupervisionen nur wenige Patienten und diese über einen längeren Zeitraum vorgestellt, so entwickeln sich ähnliche Phänomene wie in Kontrollanalysen. Die Entwicklung der Übertragungs-/Gegenübertragungskonfiguration, des Widerstandsgeschehens, das Spiel der Abwehrmechanismen und der Copingstile wird bei Kontrollanalysen verstärkt in den Blick genommen und in „emotionaler Resonanz“ bearbeitet. „Eigenübertragungen“ des Therapeuten, d. h. das unbewußte Agieren unbearbeiteter Probleme, soll offenkundig werden durch das „Zeugenbewußtsein“ (Ricoeur 1969) des Kontrollanalytikers. Im Unterschied zu „Eigenübertragung“ sehen wir „Gegenübertragung“ als bewußte und bewußtseinsfähige „empathische Resonanz“ auf das Übertragungsangebot und die Problematik des Patienten (Petzold 1980g). Der Gegenübertragung und der Nutzung ihrer Möglichkeiten als „seismographisches In-

strument der Therapie“, d. h. der Entwicklung der „**empathischen Kompetenz**“, gilt ein besonderes Augenmerk in der Kontrollanalyse.

Die Supervision und die Kontrollanalyse sind, wie dargestellt wurde, ein „Mehr-Ebenen-“, mindestens ein „Drei-Ebenen-System“ (vgl. Abb. 2), in dem die Lebenswelten und Erlebens- und Handlungsräume von Patient, Therapeut und Kontrollanalytiker konnektiert sind, so daß sich vielfältige bewußte und unbewußte Einflußlinien entwickeln können. Deshalb kann man sich innersystemische und intersystemische Resonanzphänomene (z. B. Spiegelung, Echoeffekte) zunutze machen. Da ein Therapeut, wenn er über seinen Patienten in der Kontrollanalyse spricht, besonders wenn dieser „ihm am Herzen liegt“ oder wenn er mit ihm in einer Verstrickung ist, die *Atmosphäre* der therapeutischen Situation (*Sekundärebene*) und der dahinterstehenden biographischen *Szenen* des Patienten (*Primärebene*) mit in die Kontrollsituation (*Tertiärebene*) bringt, indem er mimische und gestische Signale, Stimmintonationen, Schlüsselworte aus der Primär- und Sekundärsituation in die Kontrollstunde trägt, entstehen beim Kontrollanalytiker Resonanzen, und es vermag sich eine Situation zu konstellieren, die „*strukturell homolog*“ ist (z. B. reproduziert sich vielleicht eine Macht-Ohnmacht-Konstellation zwischen dem Patienten und seinem Vater in der Übertragungssituation mit seinem Therapeuten, und diese kann sich wiederum in den Kontrollstunden zwischen Therapeut und Kontrollanalytiker reinszenieren). Andererseits kommt es zu Rückwirkungen von der *Tertiärebene*- auf die *Sekundär*-, ja, auf die *Primärebene*. Dies ist ja intendiert, denn die Kontrollanalyse will ja (zumindest mittelbar) die Lebenssituation des Patienten verbessern und dazu beitragen, die Therapeut-Patient-Situation zu optimieren, so daß eine Drei- oder Mehrpersonenkonstellation entsteht (*Gediman, Wolkenfeld* 1980), die – besonders wenn sie über längere Zeit läuft – zu *Feedback*-Phänomenen auf allen Ebenen und aufgrund von Antizipationsleistungen auch zu *Feedforward*-Phänomenen führen kann, in denen auch pathologische Mechanismen entstehen können, z. B. eine negative Solidarisierung des Kontrollanalytikers und des Therapeuten gegen den Patienten. Derartige, wenn auch seltene Konstellationen, verdienen besondere Beachtung (sie treten übrigens auch in Supervisionsgruppen auf), denn die Auswirkungen können für den Patienten desaströs sein.

Die Mehrpersonen- und Mehrebenenkonstellationen legen also systemische Betrachtungsweisen nahe (Goolishan, Anderson 1988), den Rückgriff auf Modelle der systemischen Therapie (Ludewig 1988, 1992), die allmählich auch in die Supervision Eingang finden (Brandau 1991), obgleich das Zauberwort „systemisch“ nicht über das konzeptuelle Chaos der noch jungen, systemischen Ansätze hinwegtäuschen sollte. Immerhin, die *Systemperspektive* kann sicher dazu beitragen, negative Effekte von entgleisenden Supervisions- und Kontrollanalysesettings zu erkennen und zu verhindern.

Spiegel- und Resonanzphänomene – als „systemische Echoeffekte“ explizierbar – können besonders erlebniskonkrete Formen des Lernens ermöglichen und haben für die Entwicklung von Behandlungsstrategien und für das Aufdecken von Problemen in der Therapie eine hohe klinische Relevanz.

4.3.1 Fallbeispiel: Mehr-Ebenen-Struktur in der Kontrollanalyse

Um diese Aussagen zu verdeutlichen, möchte ich nochmals in einer Fallskizze die „Mehr-Ebenen-Struktur“, wie sie die Kontrollanalyse (und z. T. auch Einzel- und Gruppensupervision) kennzeichnet, anhand einer Sequenz aus einer Kontrollanalyse verdeutlichen.

Ein Ausbildungskandidat in der Psychotherapie, 43 Jahre, klinischer Psychologe, befindet sich bei mir in der Kontrollanalyse. Er läßt bei mir drei Fälle kontrollieren – eine Langzeittherapie (24jähriger Borderline-Patient), eine mittelfristige Therapie (47jährige, depressive Patientin), eine Fokaltherapie (31jährige Patientin mit diffuser Angstsymptomatik und Kontaktstörungen). Der Kontrollanalysand arbeitet selbständig in freier Praxis. Auf je vier Behandlungsstunden kommt eine Kontrollstunde. Die langzeitige und die mittelfristige Therapie werden jeweils in einer Kontrollsituation thematisiert und bearbeitet. Die Fokaltherapie (Petzold 1993p) wird aufgrund der kurzen Sitzungssequenz (30 Stunden) zeitintensiver begleitet, wobei bei schwierigen Entwicklungen die Zahl der Kontrollkontakte erhöht wird (z. T. bis zu einem Verhältnis eins zu eins, wobei des öfteren nur eine viertel Stunde auf die kontrollanalytische Begleitung dieser Behandlung entfällt, immer wieder abgelöst von ausführlichen Kontrollsituationen). An dieser Stelle soll auf die mittelfristige Behandlung der depressiven Patientin abgestellt werden, ohne daß dabei aus Platzgründen in diesem Text die beiden anderen kontrollierten Therapien mit in die Betrachtung einbezogen werden können, obgleich dies durchaus interessant und bei einer umfassenderen Dokumentation und Analyse sogar unverzichtbar wäre, weil immer wieder auch Interferenzen zwischen „Fällen“, die in die Kontrollanalyse gebracht werden, auftauchen können, die nachhaltigen Einfluß auf die einzelnen Konstellationen und auf die Kontrollanalyse insgesamt

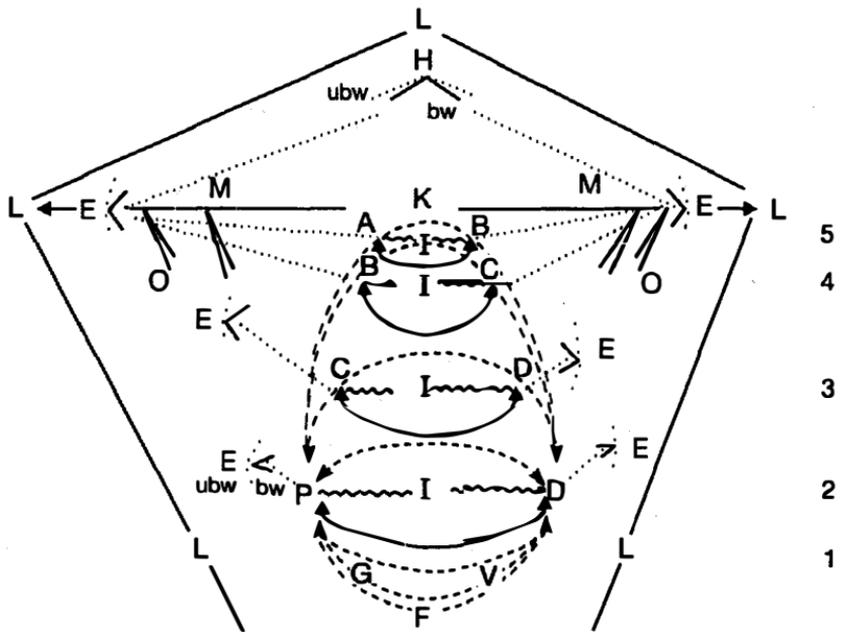
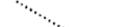


Abb. 3: Ebenen der mehrperspektivischen Betrachtung einer Therapiesituation im integrativen Modell der Kontrollanalyse

Legende zu Abb. 3:

G = Großvater	K = metareflexive Ko-respondenz		Beziehung
P = Ehemann	E = Exzentrizität		Übertragung
V = Vater	H = Hyperexzentrizität		Ausmaß der Exzentrizität
D = Patientin	M = Metaebene		Ausmaß der Involviertheit
C = Therapeut/ Kontrollanalysand	L = Sinnhorizont der Lebenswelt		Blick aus exzentrischer Position
B = Kontrollanalytiker	bw = bewusst		multitheoretische und multidagnostische Optiken
A = Interventionsgruppe	ubw = unbewußt		
F = Mehrgenerationen-Familien-Perspektive	I = Involviertheit		
	O = Optiken		

haben. Dies ist ein Aspekt, der in der Literatur bislang noch keine ausreichende Beachtung gefunden hat.

Die Patientin – wir nennen sie Daniela M. (D) – ist bei dem Kollegen (C) seit etwa 14 Monaten in Therapie mit zwei Behandlungsstunden pro Woche (bislang insgesamt 96 Stunden). Die Therapie wurde von Anfang an durch die Kontrollanalyse begleitet. An dieser Stelle soll ein Ausschnitt wiedergegeben werden, der die 82. bis zur 96. Sitzung umgreift.

Die kontrollanalytische Arbeit verlief im Prinzip komplikationslos. Zwischen Kontrollanalytiker (B) und Kontrollanalysand (C) herrschte von Anfang an ein kollegiales Klima. Der Kontrollanalysand war praxiserfahren, kein „Anfänger“. Er zeigte eine gute, persönliche Souveränität, hatte in seiner Ausbildungsgruppe und seiner Lehranalyse den Selbsterfahrungsteil offenbar mit persönlichem Gewinn durchlaufen, so daß in der Kontrollanalyse wenig an Übertragungsinterferenzen zum Kontrollanalytiker hin aufkommt. Die recht schwierige Situation des Therapiebeginns – die Patientin hatte Schwierigkeiten, sich auf die Behandlung einzulassen – konnte kooperativ bewältigt werden. Der Kontrollanalytiker gab technische Hilfen in der Handhabung der Gegenübertragung einerseits und im Umgang mit Widerstandsphänomenen andererseits. Die Therapie kam dann gut „in Gang“. Die Patientin konnte ein hinreichendes Arbeitsbündnis aufbauen und durchhalten. Sie war bereit, sich introspektiv mit ihrer Lebenssituation und ihrer Vergangenheit auseinanderzusetzen, und entwickelte ein Vertrauensverhältnis zum Therapeuten, mit einer durchaus intersubjektiven Qualität der Beziehung \smile (vgl. Abb. 3, Niveau 3), die sich allerdings mit dem Einsetzen regressiver Arbeit zum Thema „Mutter“ zu einer idealisierenden Übertragung \sim entwickelt.

Auf dieser Ebene verläuft die Therapie über eine längere Strecke. Der Therapeut (C) hat eine gute Exzentrizität (E) \searrow , d. h. eine gute Übersicht über das Geschehen bei klarer Handhabung der Prozesse und wenig unbewußten Ausblendungen $\rightarrow E$. Das Maß seiner Involviertheit (I) bei der Mutterproblematik \sim ist gering. Mit Zunahme der idealisierenden Übertragungen wächst auf seiten der Patienten das Maß ihrer Involviertheit (I) \sim , und ihre Distanz zur Situation $\rightarrow E$, ihre Exzentrizität, nimmt ab (Niveau 3). Im Verlauf der Therapie – etwa von der 42. Sitzung an – tritt immer stärker die sehr schwierige Situation ihrer Ehe in den Vordergrund (Niveau 2), und die biographische Arbeit tritt zurück. Von der Patientin (D) wird ihr Mann Peter (P) als sehr autoritär, ja oftmals tyrannisch geschildert. Sie fühlt sich unterdrückt, an ihren Entfaltungsmöglichkeiten gehindert. Seine autoritäre Art mache sie immer depressiver. Auf der anderen Seite gäbe es weite Bereiche, in denen eine gute Beziehung \smile durchaus da sei, besonders auf Reisen, wenn ihr Mann „aus dem Streß“ sei, aber dann könne die Situation ganz plötzlich umschlagen, und er sei wieder unerträglich. Die Patientin verhält sich zunehmend regressiv und erwartet von ihrem Therapeuten Hilfe für die Ehesituation – gegen ihren Mann. Der Therapeut hat den Eindruck, daß die beiden Partner sehr kollusiv (Willi 1975) miteinander involviert sind $\sim I \sim$. Seine Hypothese ist, daß hier eine wechselseitige, negative Übertragung \sim die Beziehung des Paares überschattet. Die Verstrickung zeigt sich auch in den heftigen Affekten, mit denen

die Patientin über diese Beziehung berichtet und die wenig distanzierungsfähig sind. Die Patientin hat offenbar wenig Exzentrizität (E) \rightarrow E zu den von ihr geschilderten Situationen, und der Eindruck entsteht, daß auch auf seiten des Mannes (P) ein hohes Maß an Unbewußtheit vorliegt $\frac{E}{\text{ubw}} \leftarrow \frac{E}{\text{bw}}$. Um seine exzentrische Bewußtheit – Voraussetzung jedes klärenden Gesprächs – ist es schlecht bestellt. Die biographischen Zusammenhänge werden von seiten der Patientin nicht gebracht. Vorsichtige Versuche, auf solche hinzulenken, werden abgewehrt. Der Kontrollanalytiker (B) macht den Therapeuten (C) darauf aufmerksam (Niveau 4), daß er bei der Präsentation dieses Falles in der Kontrollanalysestunde Hinweise oder Ratschläge immer äußerst bereitwillig an- und aufnehme und es kaum zu einer intensiven und kritischen Diskussion käme, wie es bei den anderen, von ihm präsentierten Fällen häufig der Fall sei. Hintergrund dieses Hinweises war, daß der Kontrollanalytiker den Eindruck hatte, der Therapeut (C) transportiere hier „atmosphärisch“ etwas von der idealisierenden Übertragung der Patientin (Niveau 3) in die Situation der Kontrollanalyse (Niveau 4).

Mit der Vertiefung der regressiven Haltung der Patientin (Niveau 3) veränderte sich auch die Atmosphäre der Kontrollsitzen (Niveau 4). Das Maß der Involviertheit (I) \sim von seiten des Therapeuten (C) schien zuzunehmen. Dies zeigt sich u. a. darin, daß er in positiver Identifikation mit seiner Patientin deren Ehemann (P) überwiegend negativ zu betrachten begann. Ein Hinweis des Kontrollanalytikers (B), daß die gute Kooperation einerseits und die Idealisierung andererseits vielleicht ein Kontrasteffekt zur realen Lebens- und Beziehungssituation der Patientin (D) sein könne, insbesondere zur Beziehung zu ihrem Mann (P), wurde zunächst nicht angenommen bzw. rationalisierend abgewehrt. C: „Natürlich bin ich für sie der ‚bessere Mann‘. Das ist mir klar, und ich beachte das!“ Atmosphärisch erscheint dem Kontrollanalytiker diese Antwort nicht sehr überzeugend. Er erlebt die Präsentation des Falles zunehmend als unklar, und auch die Interaktion mit dem Therapeuten (Niveau 4) wird in der Bearbeitung *dieses Falles* (nicht aber bei den anderen Kontrollfällen) diffus. Das idealisierende Klima auf Niveau 4 hält an, aber es taucht eine neue Qualität als „Unterströmung“ auf. Der Therapeut (C) akzeptiert die Hinweise des Kontrollanalytikers (B) schnell, fast zu schnell, hat indes ein leichtes „Aber“ stets im Hintergrund. So bei dem Hinweis, C solle nachdenken, ob nicht zuviel Zeit und Energie auf die Thematisierung der schwierigen Ehesituation (Niveau 2) verwendet werde, zu Lasten einer vertieften Auseinandersetzung mit den biographischen Hintergründen dieser Situation.

C: „Im Prinzip haben sie recht. Ich sehe das auch so. Natürlich müßte man tiefer gehen. Aber ich halte dies noch im Moment für zu früh.“ In der *empatischen Resonanz* habe ich als Kontrollanalytiker (B) wiederum den Eindruck, der Therapeut wolle etwas „schützen“, die Patientin, aber auch sich selbst.

B: „Ich möchte sie nochmals nach ihren Überlegungen zu der Hintergrunddynamik dieser Depression fragen. Frau D kann ja in die Streitigkeiten mit ihrem Mann sehr viel Energie investieren. Andererseits gelingt es ihr nicht, ihren Lebensalltag zu bewältigen, und ihre Gefühle der Niedergeschlagenheit, Unfähigkeit und Hilf-

losigkeit sind sehr stark.“ – C: „Natürlich mache ich mir dazu immer wieder auch Gedanken. Die nächsten Stunden werden sicher wieder neues Material bringen. Ich denke, wir sollten noch etwas Zeit für Herrn H. (der zweite Kontrollanalysefall) verwenden.“

Ich habe den Eindruck, daß dieser, für mich eher unvermittelte Übergang – obwohl tatsächlich nicht mehr viel Zeit für Herrn H. übrig war –, eine Abwehrreaktion war, die ich aber nicht mehr anspreche. Auf Niveau 4, also in der Interaktion zwischen Kontrollanalytiker (B) und Therapeut (C), schien mir eine Involvierung des Therapeuten gegeben. Seine „Ja, aber-Strategie“ ging meinem Eindruck nach über die klare Arbeitsbeziehung hinaus und vermittelte mir den Eindruck, daß Übertragungsanteile von Niveau 2 und 3 in unseren Arbeitsbereich (Niveau 4) hereingetragen wurden. Ich beschloß daher, die Situation in der Intervisionsgruppe (A), die ich mit einem erfahrenen Kollegen und einer langjährigen Kollegin regelmäßig habe (Niveau 5), zu thematisieren. Dieses kollegiale Gremium der Intervention arbeitet nach dem Prinzip der „joined competence“ (Petzold, Lemke 1979, 91) und bietet Kontrollanalytikern die Möglichkeit, in kollegialem Austausch Situationen zu reflektieren, um die eigene Empathie zu klären und Interventionsstrategien im Austausch zu überprüfen.

Ein solches Gremium kann ein sehr hohes Maß an Übersicht entwickeln, weil durch die Metareflexion (M) in der metareflexiven Korrespondenz (K) zwischen kompetenten Kollegen die Möglichkeit einer besonderen Hyperexzentrizität (H) gegeben ist. Außerdem ist es möglich, noch zusätzliche theoretische Optiken (O) zu gewinnen, etwa dadurch, daß zur tiefenpsychologischen Perspektive vielleicht ein Kollege eine systemische einbringt oder eine Situation auf dem Hintergrund rollen- oder attributionstheoretischer Überlegungen angeschaut wird. Das Ausmaß an Involviertheit (I) kann auf diese Weise reduziert werden und das Ausmaß an Exzentrizität (E) kann gesteigert werden.

In der Intervisionsgruppe (A) trug ich den Fall kurz vor und teilte auch meine Überlegungen im Hinblick auf die möglichen Vermeidungstendenzen des Therapeuten (C) mit. Meine Intervisionspartner (A) bestätigten mich in meiner Einschätzung und gaben mir die eine oder andere methodische Anregung, wie man vielleicht dem Therapeuten (C) Hilfen geben könne, das Abwehrmoment in seinem therapeutischen Vorgehen zu sehen und damit auch die Interventionslinien gegenüber der Patientin (D) etwas anders zu gestalten. Trotz meiner – subjektiv erlebten – Offenheit für diese durchaus hilfreichen Anregung machte mich die anwesende Kollegin (A) darauf aufmerksam, daß ich meinen Kontrollanalysanden (C) zu verteidigen begann – nicht sehr offensichtlich, aber für mich nach diesem Hinweis durchaus nachfühlbar. Offenbar reproduzierte sich jetzt auf Niveau 5 etwas, was ich auch schon in Niveau 4 und 3 fand: eine strukturelle Resonanz, die ihren Ursprung in Niveau 2 und/oder 1 haben mußte.

Es wurde durch mich dadurch, daß mir die Szenen aus der Kontrollanalyse (Niveau 4) „innerlich gegenwärtig“ waren und nonverbalen Ausdruck fanden,

offensichtlich eine „Atmosphäre“ transportiert, die mein Kontrollanalysand seinerseits aus seiner Therapie (Niveau 3) auf den gleichen Weg der „Verkörperung“ mitbrachte und deren Quellen im Lebenshintergrund seiner Patientin liegen mußten. Derartiges „atmosphärisches Diffundieren“ durch mehrere Ebenen kann vermittelt der evozierenden Kraft verbaler und nonverbaler Transportation erklärt werden, eventuell auch durch transmaterielle Feldkräfte (Sheldrake 1988). Es bedarf immer wieder der szenischen Konkretisierung, um zu erkennen, ob sich hier nicht Strukturen fortschreiben, unsichtbare Szenen anwesend sind als eine Art „strukturelles, systemisches Echo“, das – Zeit und Ort überschreitend – in die verschiedensten Kontexte eindringt und – evozieren diese Szenen Abwehr – immer mit einer Einschränkung des Ausmaßes der Exzentrizität verbunden ist.

Die nächste Kontrollanalysestunde beginnt mit Material, das der Therapeut (C) über seinen Patienten H. mitbringt. Über die Patientin (D), so antwortet C auf meine Frage, habe er im Moment nichts Neues zu bringen. Die Therapie laufe gut. Es sei immer noch die schwierige Ehesituation im Vordergrund, mit Patient H. seien aber im Moment größere Schwierigkeiten, deshalb wolle er (C) sich in dieser Stunde auf die Probleme von H. konzentrieren.

B: „Ich habe den Eindruck und hatte ihn schon in der letzten Sitzung als sie für mich etwas unvermittelt zur Situation von Herrn H. übergangen, daß hier etwas ‚vermieden‘ wird. Ich bin mir nicht sicher was, aber es scheint mir lohnenswert, doch noch einmal genauer hinzuschauen!“ – **C:** (etwas irritiert) „Ich will das nicht ausschließen, aber Herr H. macht mir derzeit ganz andere Sorgen. Vielleicht bleibt ja am Ende der Stunde noch etwas Zeit!“

Die Stunde wird gänzlich mit der Bearbeitung einer in der Tat schwierigen Konstellation von Herrn H. ausgefüllt. Für Frau D bleibt keine Zeit [es ist hier kein Platz, die höchst interessanten thematischen Interferenzen der beiden kontrollierten Fälle von H. und D ausführlicher anzusprechen. Nur so viel sei erwähnt: Herr H. hatte einen Suizidtraum, der seinen Therapeuten (C) sehr beunruhigte. Für mich (B) erschien dieser Traum weniger brisant. Er schien ein Appell an den Therapeuten zu sein, ein Aggressionsthema intensiver aufzugreifen – eine Hypothese, die sich im weiteren Verlauf übrigens bestätigte. Demnach hatte die Betonung der Situation von H. etwas mit D zu tun, wie sich zeigte.]

Die nächste Stunde wurde telefonisch von C erbeten. Er war sehr beunruhigt und aufgeregt, denn die Patientin D hatte – „gänzlich uneinfühlbar“ für ihn – nach einer schlimmen Auseinandersetzung mit ihrem Mann einen (offenbar demonstrativen) Suizidversuch gemacht. Dem Therapeuten, der von dem Ehemann verständigt wurde und daraufhin mit der Patientin telefonisch Kontakt aufnahm, warf diese (D) vor, er habe ihr nicht genügend Stütze gegeben. Vor der nächsten Stunde mit der Patientin wollte C deshalb unbedingt eine Kontrollstunde mit mir (B) haben. In dieser Stunde zeigte sich C ziemlich involviert (Niveau 4), unsicher und mir (B) gegenüberhilfesuchend, fast unterwürfig, eine Übertragungsqualität, die ich bislang von ihm so nicht kannte. Er fürchtete, in der Beziehung zu D schwere Fehler gemacht zu haben (Niveau 3) und sei sich jetzt unsicher, wie er die nächste Sitzung angehen solle, denn der Suizidversuch mit Tabletten müsse doch Thema

werden. Der Patientin gegenüber war er auch ärgerlich. C: „Sie hätte mich anrufen können!“ Ich weise auf die Qualität der Verletztheit und des Vorwurfs in dieser Äußerung hin. B: „Sie wirken gekränkt. Frau D hat sie enttäuscht und ihren Einsatz und ihr Engagement nicht gewürdigt.“ C: „Solche Gefühle kommen in mir auf, das stimmt, aber ich versuche, das auch zu distanzieren. Auf den zweiten Blick geht's dann auch.“ B: „Ich erlebe bei ihnen eine Atmosphäre von großer Verunsicherung und das ist ja bei einem solchen Vorfall auch durchaus verstehbar. Vielleicht können sie aber einmal schauen, woher sie diese Qualität von Unsicherheit aus ihrer Lebensgeschichte kennen?“ – C: (unsicher) „Ich kenne das. Ich kann's nur nicht finden im Moment“. – B: „Ich habe auch den Eindruck, daß sie in der Beziehung zu mir anders sind. Sehr vorsichtig. Meine Gegenübertragungsresonanz vermittelt mir das Gefühl, als seien sie sehr schuldbewußt, fast etwas unterwürfig. Überprüfen sie das doch bitte einmal, damit wir diese Atmosphäre deutlicher bekommen und eventuell klären können.“ C wird auf einmal sehr schweigsam. Nach einer Weile sagt er: „Das mit dem Unterwürfigen, das ist ein Stichwort. Mein Vater war zuweilen ein sehr jähzorniger, unkontrollierter Mann (Niveau 1). Nicht sehr oft, aber er konnte sehr gewalttätig werden. Ich war in meiner Analyse oft an diesem Punkt. Er hat mich zuweilen sehr hart bestraft – selbst für kleine Fehler. Das hat natürlich mit ihnen nichts zu tun (lacht verlegen).“ – B: „Und jetzt fühlen sie sich bekümmert und beschämt, daß eine solche Übertragung ihnen hier in der Beziehung zu mir 'passiert'.... nach all den Jahren Analyse. Die Struktur reproduziert sich hier also noch einmal: Unvermögen und Bestrafung, überschießende Macht, hilflose Ohnmacht, Schuldgefühle [*Scham/Schuld-Narrativ*]. Jetzt müssen wir mal schauen, was könnte dies alles mit dem Verlauf und der Dynamik ihrer Therapie mit Frau D zu tun haben?“ In der nun folgenden Überlegung werden folgende Punkte deutlich: Die Identifikation mit der Patientin (D), was die aggressive, zeitweilig gewalttätige Seite ihres Mannes anbelangte, besonders durch dessen Unduldsamkeit gegenüber den Schwächen seiner Frau, ihrem „depressiven Unvermögen“ (dieser Begriff war gefallen) hatte den Therapeuten unbewußt in Kontakt mit unduldsamen Seiten seines eigenen aggressiven Vaters gebracht, denn auch dieser duldet keine Schwächen bei seinem Sohn. C war dabei in eine Gegenrolle gegangen (rollentheoretische Optik, O \ , vgl. Petzold, Mathias 1983), indem er die Rolle eines guten Mannes (des verstehenden Therapeuten) verkörperte und der Idealisierung der Patientin (sie schrieb ihm diese Rolle zu) entsprach. Der Therapeut konnte auf diese Weise sein positives Selbstbild bestätigen und gleichzeitig dieses als Abwehr gegenüber der für ihn immer noch bedrohlichen Erfahrung väterlicher Gewalt (Niveau 1) benutzen. In der Beziehung zum Kontrollanalytiker (B), der für ihn (C) immer die Rolle eines guten, unterstützenden Vaters hatte, kamen Ambivalenzen auf, als B anfang, neuralgische Punkte der Behandlung vorsichtig-kritisch zu hinterfragen. Die eigenen Übertragungsanteile des Therapeuten (C) haben verhindert, daß eine vertiefte biographische Bearbeitung der Depression, aber auch der Paarkonstellation auf dem Hintergrund des Vaterthemas (das Mutterthema war ohne große Schwierigkeiten angebar) erfolgen konnte.

Als offene Frage wurde in dieser Sitzung (Niveau 4) herausgearbeitet: Welche Dynamik steht hinter dem schwelenden Ehekonflikt? In biographischer Hinsicht hatte die Klientin über ihre gleichfalls depressive Mutter ausführlich und über ihren *schwachen* (!) Vater marginal geredet, ohne daß es zu einer vertiefenden Auseinandersetzung gekommen wäre (Niveau 1). Welche Dynamik stand hinter dem Suizidversuch mit Bezug auf die Interaktion zwischen der Patientin und ihrem Mann (Niveau 2) und mit Blick auf die Übertragung zum Therapeuten (C) (Niveau 3)?

In der vierzehn Tage nach dem Suizidversuch stattfindenden Sitzung, mit der die Patientin ihre Therapie fortführte, zeigte sie sich dem Therapeuten (C) gegenüber sehr eingeschüchtert und beschämt. Ihre depressive Stimmung war unübersehbar. Sie äußerte die Befürchtung, vom Therapeuten Vorwürfe zu bekommen [*Scham/Schuld-Narrativ*], und Ängste, daß dieser die Therapie nicht fortsetzen würde (vgl. die *strukturelle Ähnlichkeit* der Befürchtungen von C gegenüber B). Durch die Kontrollanalyse vorbereitet, kann der Therapeut Frau D entlastend und versichernd begegnen, ohne daß es zu Schuldzuweisungen bzw. Vorwürfen kommt, und es gelingt ihm auch, mit eigenen, aufkommenden Schuldgefühlen umzugehen. Es gelang ihm, die Situation mit der Patientin zu restabilisieren und damit erneut ein Arbeitsbündnis herzustellen. Die Frage, warum es zu dem Suizidversuch gekommen sei, bestimmte den weiteren Verlauf der Stunde und wurde von der Patientin (D) sehr zögerlich beantwortet*. Das Hauptargument: „Ich konnte das Schreien und die Drohungen meines Mannes einfach nicht mehr aushalten.“

Im weiteren Gespräch kam dann heraus, daß sich die Patientin vom Therapeuten unter großen Leistungsdruck gesetzt fühlte, als dieser sie über einige Stunden hin aufgefordert hatte, sich ihrem Mann gegenüber stärker abzugrenzen. Sie habe gewußt, das könne sie nicht, und sie habe daraufhin eine totale Ablehnung phantasiert, ja, einen Abbruch der Therapie befürchtet. Diese Äußerung löste im Therapeuten eine große Beunruhigung aus, die sich wiederholte, als in der Kontrollstunde die Sequenz nachgespielt wurde. Das Moment der Beunruhigung wurde in der Kontrollanalyse zum Ausgangspunkt einer vertieften fokalen Exploration genommen.

B: „Versuchen sie noch einmal, das Gefühl der *Beunruhigung* anzuspüren, zu schauen, woher sie es kennen!“ – C: „Es ist wieder diese aggressive Abwertung meines Vaters, geradezu ein Vernichtungsgefühl Es fällt mir schwer, das von ihnen zu trennen. Als ob ich mit diesem Therapiefehler meine ganze Berechtigung, als Therapeut zu arbeiten, verlieren würde.“ – B: „Kontrollanalyse hat ja die Funktion, Sachen, die nicht so gut laufen, anzuschauen, um Korrektive zu setzen oder bei Schwierigkeiten zu stützen. Insgesamt laufen ihre Therapien ja gut, und eine solche Situation ist auch keineswegs ungewöhnlich. Sie wissen das ja!“ – C (lächelt gequält): „Wissen und fühlen sind eben zwei Paar Stiefel!“ – B: „Was

* Verbatims von D nach den Stundenprotokollen von C, die mir dankenswerterweise zur Verfügung gestellt wurden.

würden sie jetzt brauchen?“ – C: „Ich glaube, ich werde meinen Vater auf den ‚leeren Stuhl‘ setzen.“ Es folgt eine fokal-regressive Arbeit mit dem „leeren Stuhl“. Das Bild des schreienden, drohenden Vaters taucht auf. Im Rollentausch, in dem C seinen Vater spielt, kommt die ganze Gewalt der Abwertung zum Ausdruck. Im Rücktausch stützte ich C durch ein „supportives Doppeln“ (Petzold 1979d), so daß er seinem Vater entgegentreten kann.

C: „Ich habe deine Art Abwertungen endgültig satt! (schärfer)... ENDGÜLTIG!“ C fühlt sich erleichtert, „energetisiert“, wie er sagt. C: „Ich werde richtig neugierig auf den Vater von D, er war bislang ja kaum im Blick, und ich habe da so meine Vermutungen, warum das so war.“ – B: „Zumindest muß die Hypothese überprüft werden, ob sie und ihre Patientin sich nicht im Widerstand gegen das Vaterthema ‚solidarisiert‘ haben. Ich würde dieses Thema abwartend angehen. Schauen sie, was die Patientin in den nächsten Sitzungen bringt.“ Bei der Patientin steht in der folgenden Sitzung wieder das Ethemata im Vordergrund. Gegen Schluß der Sitzung kommt nochmals der Vorwurf an den Therapeuten. D: „Ich habe mich von ihnen einfach nicht genug gestützt gefühlt. Da tue ich ihnen vielleicht Unrecht, aber ich hab so gefühlt. Genauso wenig, wie von meinem Vater!“

In der nächsten Sitzung kommt der Therapeut auf diese Äußerung zurück. Die Patientin reagiert reserviert, sichtlich beunruhigt. C: „Welche Stimmungen kommen in ihnen hoch, wenn ich sie auf ihren Vater anspreche?“ – D: „Unruhe und Angst. Das ist für mich kein gutes Thema!“ – C: „Sie wollten von mir Stütze haben. Überlegen sie sich, ob wir uns diese Geschichte mit ihrem Vater *gemeinsam* anschauen können?“ Die Patientin bejaht, und es folgt eine emotional sehr intensive Sitzung, in der die Patientin wiedererlebt, wie ihr Vater von ihrem Großvater in Gegenwart seiner Frau und seines Kindes (in der Szene ist die Patientin etwa sieben Jahre alt) zusammengebrüllt und gedemütigt wird. Der Therapeut ist erstaunt über die Zusammenhänge, kann D aber gut begleiten. In der Kontrollstunde bringt C noch einmal seine Überraschung zum Ausdruck. Er hatte erwartet, eine aggressive Seite beim Vater der Patientin zu finden und war auf einen tyrannischen, mächtigen, alten Mann, den Großvater (G), gestoßen, der die gesamte Familie „in Furcht und Schrecken“ versetzt hatte. Unter einer Mehrgenerationen-Familienperspektive (Niveau 1) wird in der Folge deutlich: Die Patientin hat die *Atmosphäre* des düsteren Hauses und des unberechenbaren, bedrohlichen Großvaters verinnerlicht.

Sie hat ihren Vater als überaus schwach erlebt. Er konnte seiner Frau und seiner Tochter keinen Schutz geben. Die bedrohliche Atmosphäre und Düsternis, die Macht-Ohnmacht-Konstellation dieser biographischen Sequenz stellen sich im weiteren Verlauf als ein maßgebliches Moment für die Depression und die dysfunktionalen Narrative in der Paarbeziehung heraus, was von der therapeutischen Strategie die Vermittlung *alternativer Erlebnisse und korrigierender, emotionaler Erfahrungen* erfordert. Die Kontrollanalyse fördert und begleitet entsprechende Interventionen, zu denen nach einiger Zeit auch im Sinne eines „bimodalen Behandlungskonzeptes“ die Teilnahme an einer Therapiegruppe kommt (Petzold

1993p). Der Patientin wird auch deutlich, daß sie in ihrer Partnerwahl einen Kontrast zu dem schwachen Vater (V) suchte, nämlich einen starken Mann, der Schutz und Stütze geben konnte. Ihr Ehepartner (P) hatte diese Seiten durchaus, aber hatte gleichfalls eine dominante, gewaltsame Seite, die sich offenbar insbesondere im Kontakt mit der depressiven Schwäche der Patientin äußerte („Wenn es mir gut geht, klappt es auch zwischen uns recht gut!“). Auch hier wird in der therapeutischen Strategie angesetzt, und es werden drei Stunden zusammen mit dem Partner (P) arrangiert, der sich sehr kooperativ zeigt. Dieses paartherapeutische „Interludium“ ist für Behandlungen in der Integrativen Therapie nicht untypisch (ibid. 306). Dem Ehepartner wird dabei die Dynamik seines „aggressiven Ausuferns“ deutlich, und es gelingt ihm in der Folge, mit entsprechenden Situationen (Niveau 2) besser umzugehen. Der Therapeut (C) wird sich darüber klar, daß er mit seiner permissiven Behandlungsstrategie, die aufgrund eigener biographischer Belastungen einen mutigen Zugriff auf den traumatischen Hintergrund des depressiven Geschehens in der Biographie des Patienten verhindert hat, in die Rolle des „schwachen Vaters“ geraten war. Diese Einsicht und die emotionale Bearbeitung durch die Fokalsitzung im Rahmen der Kontrollanalyse, die natürlich damit an vorgängige Bearbeitungssequenzen in der Lehranalyse anschließen konnte und nur deshalb kurzfristig wirksam wurde, ermöglichte C eine Umstellung seiner inneren Haltung im Rahmen dieser Therapie und damit auch eine qualitative Veränderung seiner Interventionslinie (Niveau 3). In der Therapie führte dies zu einer größeren Aktivität der Patientin in der Bearbeitung biographisch relevanten Materials und in kurzer Zeit zu einer deutlichen Besserung der Symptomatik.

Bei einem solchen, an diesem Fallbeispiel verdeutlichten Vorgehen in der *Kontrollanalyse*, das für das Feld der Psychotherapie spezifisch ist, wird natürlich die Persönlichkeit des Therapeuten mit ihrem biographischen Hintergrund in ganz anderer, vertiefter Weise einbezogen, als dies etwa in der *Einzel-supervision* geschieht und geschehen kann. Kontrollanalyse im Integrativen Ansatz hat immer einen hohen Selbsterfahrungsaspekt und kann zuweilen bei eingegrenzter Problemstellung eine therapeutische Qualität gewinnen, wenn z. B. eine biographische Situation des Therapeuten sehr massiv aufkommt und diese sich für eine fokalthérapeutische Bearbeitung in einer oder mehreren Sitzungen eignet (grundsätzlichere Probleme werden einer längerfristigen, therapeutischen Bearbeitung anempfohlen, deren Ort eine noch laufende Lehranalyse sein kann oder aber auch gerade nicht, wenn evident wird, daß ein Problem in der Lehranalyse nicht bearbeitet werden konnte, weil die erforderliche „Passung“ nicht möglich war).

5. Abschließende Überlegungen

Oft haben erfahrene Therapeuten die Aussage getroffen, daß sie (wenngleich auf der Grundlage ihrer Lehranalyse) in der Therapie und durch die Therapie mit ihren Patienten mehr gelernt und sich mehr verändert hätten, als durch andere Erfahrungen ihrer therapeutischen Ausbildung. Derartige Aussagen werden verständlich, wenn man bedenkt, daß Therapeuten in der Behandlung mit konflikthafter und psychopathologischer Konstellationen konfrontiert werden, die ihnen eigene biographische Probleme evident machen können. Deshalb werden Kontrollanalysen immer auch eine therapeutische Dimension haben, auch wenn dies nicht ihr Schwerpunkt ist und werden darf. (Sie würde dann zur Analyse werden, was im Einzelfall aufgrund spezifischer Übertragungskonstellationen auch einmal indiziert sein kann, womit die Kontrollsituation aber abgeschlossen bzw. unterbrochen werden muß, um Vermischungen und Interferenzen zu vermeiden). Eine mit regressiven Prozessen im Kontext von Übertragung und Gegenübertragung arbeitende Psychotherapie oder Leib- und Bewegungstherapie birgt neben besonderen heilenden Möglichkeiten auch spezifische Gefahren, und diesen soll in der Kontrollanalyse begegnet werden. Darüber hinaus soll die professionelle Kontrolle durch einen langjährig erfahrenen und geschulten Kollegen das Potential, das in Patientenbehandlungen für die Reifungsvorgänge und Entwicklungsprozesse des Therapeuten liegen kann, fruchtbar machen.

Kontrollanalyse kann also – das sollten die voranstehenden Ausführungen deutlich gemacht haben – nicht durch *Einzel-supervision* ersetzt werden oder gar durch *Gruppen-supervision*, auch wenn es viele deckungsgleiche Konzepte, Prinzipien und auch Phänomene in diesen drei Formen professioneller Weiterbildung gibt. Die Verwechslung von *Einzel-supervision* und *Kontrollanalyse* oder eine mangelnde theoretische, konzeptuelle und praxeologische Bestimmung dieser Formen professioneller Schulung – und damit mangelnde Trennschärfe –, vergibt wichtige Möglichkeiten klinischer Weiterbildung. Es ist kaum zu sehen, wie das, was eine *Kontrollanalyse* in psychotherapeutischen Ausbildungen, die dem tiefenpsychologischen Paradigma verpflichtet sind, leistet, durch gruppen- und einzelsupervisorische Arbeitsformen ersetzt werden kann.

Wohlgermerkt, es geht nicht darum, das eine gegenüber dem anderen als „besser“ darzustellen, es geht darum, die Verschiedenartigkeit, was Zielsetzung, Inhalte und Methoden anbelangt, herauszustellen. Kontrollanalyse ermöglicht eine Begleitung „von Schritt zu Schritt“ über eine längere Strecke der Behandlung, so daß ein Bogen geschlagen werden kann, Entwicklungen erfahrbar werden mit all ihren Schwierigkeiten und möglichen Erfolgen.

Der Therapeut erhält so in der Anfangsphase seiner praktischen Tätigkeit über die emotionale Stütze, Entlastung und Reflexionshilfe hinaus die Chance, mit dem Kontrollanalytiker *prospektiv* „Behandlungsstrategien“ (*trajectories*) zu entwickeln, um dann im Verlauf des therapeutischen Prozesses überprüfen zu können, ob sie greifen oder warum sie nicht greifen. So kann es rechtzeitig zu Revisionen der therapeutischen Leitlinie kommen, wenn diese sich nicht als zielführend erweist. Der „Blick von außen“ durch einen Kontrolltherapeuten, der in der Wahrnehmung von Übertragungsprozessen und ihren Manifestationen (der Übertragung des Patienten und einer eventuellen Eigenübertragung des Therapeuten) erfahren ist, bietet in der Bearbeitung von Resonanzphänomenen, die zwischen ihm und dem Kontrollanalysanden aufkommen können, ein Modell dafür, wie Interventionen erfolgen können. Die gesamte Situation wird auf diese Weise modellhaft. Der Kontrollanalysand erfährt in „szenischen Evokationen“, wie er Gegenübertragungsphänomene (d. h. Resonanzen auf das Material des Patienten) nutzen kann und wie sich derartige Beziehungskonstellationen über die Zeit hin verändern und auch gezielt gestalten lassen. Der therapeutische Prozeß bestimmt sich ja aus drei Größen: 1. der Psychodynamik der Patienten, seinen „*Viationen*“, 2. den Wegen der Psychodynamik des Therapeuten (*viation*s of the therapist) und schließlich 3. der therapeutischen Strategie (*trajectory*) des Behandlers (Petzold 1988n, 282ff, vgl. Abb. 3).

Die Interaktion dieser drei Einflußlinien schafft ein komplexes Geflecht von Systemrelationen (Petzold 1974j, 298 ff.), in dem *Kontakt* entsteht, sich *Begegnungen* ereignen, *Beziehungen* entstehen, Phasen vorübergehender *Bindung* (bonding, selective attachment, therapeutische „Wahlverwandschaften“) sich entwickeln können (idem 1991b). All dieses wird in einer Kontrollanalyse, die mit erlebnisaktivierenden Methoden arbeitet, Gegenstand der „Ko-responzenz“

(Petzold 1991e), die sich wechselseitiger Resonanzphänome, „systemischer Echoeffekte“ bedient. Besonders die schwierigen Arbeitsformen in „Parenting/rep parenting-Analysen“ (idem 1969b, 1993a, 1113 ff.), die auf Prozesse der Nachsozialisation, des Nachnährens, der „korrigierenden, emotionalen Erfahrung“ abzielen (idem 1988n, 215 – 275), können so optimal begleitet werden. Kontrollanalyse zeigt sich hier nicht mit der Konnotation „mißtrauischen Kontrollierens“, sondern als Hilfe sorgfältiger Prozeßsteuerung (being „in control“ of the process) und Förderung von „*empathischer Kompetenz und Performanz*“. Sie wird damit für den Therapeuten wie für den Patienten ein „*protektiver Faktor*“ (Petzold et al. 1993), der Verstrickungen vorbeugt und Prävention für Burnout (idem 1993g) bietet, der vor allen Dingen aber als Instrument klinischen Lehrens und Lernens das Erkennen von „negativen und positiven Ereignisketten“ (*chains of adverse and protective events*) vermittelt, Strukturen, die, wie die Langzeitforschung gezeigt hat (Rutter, Robins 1990; Rutter, Rutter 1992), Gesundheit und Krankheit maßgeblich bestimmen. Wiederholende Muster in Lebenserzählungen (Biosodien), wie sie sich eigentlich nur in mittelfristigen und langzeitigen Prozessen erkennen lassen, werden auf diese Weise erfahrbar, so daß „*fixierende Narrative*“ der Vergangenheit, „*Wiederholungszwänge*“, „*dysfunktionale Lebensstile*“ und „*Skripts*“ (Petzold 1991e) erkennbar werden und in ihrer determinierenden Kraft durch entsprechende Interventionen und durch die Entwicklung alternativer Lebenserzählungen aufgelöst werden können.

Da derartige, in der persönlichen Biographie verankerte Lebensmuster Teil der Persönlichkeit sind, ist Psychotherapie, die in dieser Tiefendimension arbeitet, auch immer als *Intervention zur Veränderung von Persönlichkeit* zu sehen. Aber Persönlichkeiten sind keine „*Monaden*“. Sie sind in soziale Netzwerke eingebunden. Morenos Auffassung, daß der Mensch ein „*soziales Atom*“ ist, nicht hat (Petzold 1982b), läßt damit deutlich werden, daß in Psychotherapie – über die Beeinflussung eines Einzelindividuums hinausgehend – auch eine Beeinflussung der Personen gegeben ist, die emotional dichte Beziehungen mit diesem Menschen haben. Aus diesem Grunde kann die Sorgfalt, mit der mittelfristige und langfristige therapeutische Prozesse, die emotions- und übertragungsintensiv verlaufen, begleitet werden, gar nicht groß genug sein.

Fortlaufende Einzel- bzw. Gruppensupervisionen und Kontrollanalyse sind „Instrumente der klinischen Arbeit“ für praktizierende Psychotherapeuten – nicht nur Formen der Weiterbildung für Berufsanfänger. Der „unmögliche“ Therapeutenberuf (Freud) und die Schwierigkeit der in ihm immer wieder auftauchenden Probleme und Konstellationen macht eine kontinuierliche Begleitung klinischen Handelns erforderlich. Der kollegiale Austausch im Team, in Intervisionen, Fallkonferenzen sind hier nützliche, ja unverzichtbare Instrumente. Sie ersetzen aber letztlich nicht, das, was fortlaufende Gruppensupervisionen nach dem Modell der „joint competence“ (Petzold, Lemke 1979) mit Blick auf die klinische Vielfalt an Lernmöglichkeit bereitstellen können und nicht, was eine Kontrollanalyse, mit der die schwierigsten Patienten oder Therapeut-Patienten-Beziehungen begleitet werden, mit Blick auf klinische Kontinuität zu leisten vermögen. Therapeuten, die die positiven Möglichkeiten von Supervision und Kontrollanalyse für ihre Arbeit erfahren haben, brauchen nicht zu lebenslanger supervisorischer bzw. kontrollanalytischer Begleitung ihrer Arbeit verpflichtet werden. Sie werden sie aufsuchen, wann immer sie eine solche Hilfestellung nötig haben und als entlastend empfinden.

Das Konzept der Kontrollanalyse wurde von dem ungarischen Psychoanalytiker Sandor Ferenczi aufgrund seiner eigenen Erfahrungen als Therapeut, aufgrund des Erlebens der Unzulänglichkeiten seiner eigenen Analyse bei Freud und schließlich aufgrund seiner langjährigen Praxis als Lehranalytiker, elaboriert und stellte für ihn im Rahmen der Ausbildung von Psychoanalytikern ein wichtiges Moment der Behandlungsstufe dar: „Dieser zweiten Etappe entsprechen in der psychoanalytischen Erziehung die sogenannten kontrollierten Analysen. Dem Schüler werden einige Analysefälle zugeteilt, die er ganz selbständig zu behandeln hat, doch hat er über den Fortgang der Analyse in regelmäßigen Abständen seinem Lehrer Bericht zu erstatten, der ihn auf gewisse Mängel und Fehler der Technik aufmerksam macht, ihm Winke bezüglich einer richtigen Weiterführung der Analyse erteilt und diese Kontrolle nicht eher aufgibt, als bis der Schüler der ihm zugeteilten Aufgabe ganz gerecht geworden ist“ (Ferenczi 1928, Bausteine III, 227 f). Inzwischen haben sich das Konzept und die Methodik der Kontrollanalyse erheblich weiterentwickelt. Sie wird

in durchaus unterschiedlicher Ausrichtung und Elaboration in allen psychodynamisch fundierten oder tiefenhermeneutisch arbeitenden Verfahren der Psychotherapie als Ausbildungsinstrument eingesetzt. Wenn über die Theorie und Technik kontrollanalytischer Arbeit (wie auch über Supervision im Bereich der Psychotherapie) noch wenig veröffentlicht wurde, und der Grad der theoretischen und praxeologischen Elaboration beträchtlich variiert, so ist das ein bedauerliches Faktum, zumal an die Qualität von Supervisionen und Kontrollanalysen hohe Maßstäbe anzulegen sind.

Der Schulung von Kontrollanalytikern, Supervisoren (Petzold, Frühmann 1993), ihrem – möglichst schulenübergreifenden – Erfahrungsaustausch käme demnach erhebliche Bedeutung zu. Hier ist noch viel an Entwicklungsarbeit zu leisten, denn hier liegen noch kostbare, ungenutzte Möglichkeiten für die Ausbildung von Psychotherapeuten und die Verbesserung der Wirksamkeit von Psychotherapien (Grawe et al. 1994). Es ist zu hoffen, daß diese und ähnliche Arbeiten dazu beitragen, konkrete Diskurse und Arbeitsgruppen von Supervisoren und Kontrollanalytikern *unterschiedlicher Verfahren* anzuregen und die Möglichkeiten schulenübergreifender und integrativer Konzeptbildungen im Bereich der Psychotherapie (Petzold 1992g) zu fördern.

Literatur

- Affeldt, M., Erlebnisorientierte psychologische Gruppenarbeit zur Begleitung von Jugendlichen in ihrer Entwicklung, Kovac, Hamburg 1991.
- Aissen-Crewett, M., Kunsttherapie. Kunst – Psychotherapie – Psychiatrie – (Sozial-)Medizin – Pädagogik, C. Richter, Köln 1986.
- Alexander, F., On Ferenczi's relaxation principle, *International Journal of Psycho-Analysis* 14 (1933) 183-192.
- Alexander, F., Das Problem der psychoanalytischen Technik, *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse* 23 (1937) 75-95.
- Alexander, F., Analyse der therapeutischen Faktoren in der psychoanalytischen Behandlung, *Psyche* 4 (1950) 401-416.
- Alexander, F., Psychoanalysis and psychotherapy. Developments in theory, technique and training, Norton, New York 1956.
- Alexander, F., French, T.M., Psychoanalytic therapy. Principles and application, Ronald Press, New York 1946.

- Alpert, J. (Hrsg.), *Psychoanalyse der Frau jenseits von Freud*, Springer, Heidelberg 1991.
- Ambühl, H.R., Was ist therapeutisch an Psychotherapie? Eine empirische Überprüfung der Annahmen im „Generic Model of Psychotherapy“, *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie* 41 (1993) 285-303.
- Amelang, M. (Hrsg.), Bericht über den 35. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Heidelberg (Band 2), Übersichten, Positionen, Integrative Referate, Göttingen 1987.
- Angehrn, R., *Geschichte und Identität*, de Gruyter, Berlin, New York 1989.
- Anonyma, *Verführung auf der Couch. Eine Niederschrift*, Kore, Freiburg 1988.
- Anzieu, D., *Freuds Selbstanalyse und die Entdeckung der Psychoanalyse*, Verl. Int. Psychoanalyse, München 1990.
- Arlow, J.A., Some dilemmas in psychoanalytic education, *Journal Amer. Psychoanal. Assn.* 20 (1972) 556-566.
- Bach, H., *Der Krankheitsbegriff in der Psychoanalyse*, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1989.
- Baer, J.S., Marlatt, G.A., McMahon, R.J. (eds.), *Addictive behaviors across the life span*, Sage Publications, Newbury Park 1993.
- Baker, H.S., Shorter-term psychotherapy: A self psychological approach, in: *Crits-Christoph, Barber* (1991) 287-322.
- Balint, M., Über das psychoanalytische Ausbildungssystem (1947), in: *Balint* (1966).
- Balint, M., On the psychoanalytic training System, *Intern. J. Psychoanal.* 29 (1948) 163-176.
- Balint, M., Analytische Ausbildung und Lehranalyse (1953), in: *Balint* (1966) 289 ff.
- Balint, M., Analytical training and training analysis (1954), in: *Balint* (1966) 333-346.
- Balint, M., *Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse*, Huber, Bern 1966; dtv, München 1988.
- Baltes, P.B., Reese, H.W., Lipsitt, L.P., Life-span developmental psychology, *Annual Review of Psychology* (1980) 65-110.
- Bandura, A., Self-efficacy: Towards a unifying theory of behavioral change, *Psychological Review* 8 (1977) 191-215.
- Barber, J.P., Crits-Christoph, P., Comparison of the brief dynamic therapies, in: *Crits-Christoph, Barber* (1991) 323-356.
- Basch, M.F., Reflections on self-psychology and infancy, empathy and theory, in: *Goldberg, A.* (ed.), *Frontiers in self psychology. Process in self psychology*, Vol. 3, Erlbaum, Hillsdale 1988a, 55-59.
- Basch, M.F., *Understanding psychotherapy. The science behind art*, Basic Books, New York 1988b.
- Bastine, R., Ansätze zur Formulierung von Interventionsstrategien in der Psychotherapie, in: *Jankowski, P., Tschewlin, D., Fietkau, H.-J., Mann, F.*, *Klientenzentrierte Psychotherapie heute*, Hogrefe, Göttingen 1976.

- Bastine, R., Adaptive Indikation in der zielorientierten Psychotherapie, in: Baumann, U. (Hrsg.), Indikation zur Psychotherapie: Fortschritte der Klinischen Psychologie, Urban & Schwarzenberg, München 1981.
- Bastine, R., Ethische Probleme der Psychotherapie, in: Bastine et al. (1982) 80-84.
- Bastine, R. (Hrsg.), Klinische Psychologie, Bd. 2, Kohlhammer, Stuttgart 1992.
- Bastine, R., Fiedler, P.A., Grawe, K., Schmidtchen, S., Sommer, G. (Hrsg.), Grundbegriffe der Psychotherapie, edition psychologie, Weinheim 1982.
- Bates, C.M., Brodsky, A.M., Eine verhängnisvolle Affaire, Junfermann, Paderborn 1990.
- Battegay, R., Psychoanalytische Neurosenlehre, Huber, Bern 1976.
- Battegay, R., Trenkel, A., Die therapeutische Beziehung unter dem Aspekt verschiedener psychotherapeutischer Schulen, Huber, Bern 1978.
- Bauriedl, T., Beziehungsanalyse, Suhrkamp, Frankfurt 1980.
- Beland, H., Was ist und wozu entsteht psychoanalytische Identität? *Jahrbuch Psychoanal.* 15 (1983) 36-67.
- Beland, H., Der Lehranalytiker, der gut genug ist, in: Streeck, Werthmann (1992) 11-26.
- Belardi, N., Die Stigmatisierung der Institution – Stigmatisierung durch die Institution, *Gestalt und Integration* 1 (1990) 72-77.
- Belardi, N., Supervision in der Jugendarbeit, *Gestalt und Integration* 2 (1991) 110-122.
- Belardi, N., Supervision. Von der Praxisberatung zur Organisationsentwicklung, Junfermann, Paderborn 1993.
- Bell, K., Burkhardt, Ch., Frauen in der psychoanalytischen Ausbildung, in: Streeck, Werthmann (1992) 162-173.
- Benedek, T.H., Die Lehranalyse in der Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft, *Int. J. Psycho-Anal.* 50 (1969) 437-445.
- Benedetti, G., Psychosentherapie, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1983.
- Benjamin, J., Die Fesseln der Liebe. Psychoanalyse, Feminismus und das Problem der Macht, Stroemfeld, Frankfurt 1990.
- Berger, P.L., Luckmann, T., Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie, Fischer, Frankfurt 1970, 1980.
- Bergold, J.B., Therapeut-Klient-Beziehung, in: Bastine et al. (1982) 420-424.
- Bernfeld, S., Über die psychoanalytische Ausbildung (1952), *Psyche* 38 (1984) 437-459.
- Biddle, B.J., Thomas, E.J., Role theory: Concepts and research, Wiley, New York 1966.
- Biermann, G., Handbuch der Kinderpsychotherapie II, Reinhardt, München 1969.
- Bittner, G., Vater Freuds unordentliche Kinder. Die Chancen post-orthodoxer Psychoanalyse, Würzburg 1989.
- Bittner, G., Die psychoanalytische Behandlung – ein „Gespräch zwischen zwei Personen“, in: Streeck, Werthmann (1992) 99-110.
- Blankertz, St., Ohnmachtsmißbrauch, *Gestalt Kritik* 2 (1994, Köln) 3-9.

- Blaser, A., Heim, E., Ringer, Ch., Thommen, M., Problemorientierte Psychotherapie. Ein integratives Konzept, Huber, Bern 1992.
- Blaya-Perez, M., Die Beendigung der Lehranalyse. Prozeß – Erwartung – was erreicht wurde, in: Cooper (1986) 18-36.
- Blécourt, A. de, Similarities and differences between training analysis and therapeutic analysis, *Bulletin of the European Psychoanalytic Federation* 1973 (Nachdruck in: Psychoanalytic Training in Europe. 10 years of discussion, Bulletin Monograph Series 1983).
- Blitzsten, N.L., Fleming, J., What is supervisory analysis? *Menninger Clin.* 17 (1953) 117-129.
- Blum, H.P. (ed.), *Female psychology*, New York 1977.
- Borer, Ch., Ley, K. (Hrsg.), *Fesselnde Familie. Realität, Mythos, Familienroman*, edition diskord, Tübingen 1991.
- Bosscher, R.J., *Runningtherapie bij depressie*, Thesis, Amsterdam 1991a.
- Bosscher, R.J., *Runningtherapie bij depressive: een experiment*, *Bewegen & Hulpverlening* 4 (1991b) 234-260.
- Bosscher, R.J., *Running and mixed physical exercises with depressed psychiatric patients*, *Int. J. Sport Psychol.* 24 (1993) 170-184.
- Boszormenyi-Nagy, I., Spark, G., *Invisible loyalties: Reciprocity in intergenerational family therapy*, Harper & Row, New York 1973; deutsch. *Unsichtbare Bindungen*, Klett-Cotta, Stuttgart 1981.
- Bozok, B., Bühler, K.-E., *Wirkfaktoren der Psychotherapie – spezifische und unspezifische Faktoren*, *Neurol. Psychiat.* 56 (1988) 119-132.
- Brandau, H., *Supervision aus systemischer Sicht*, O. Müller, Salzburg 1991.
- Braun, Ch. von, *Nichtich. Logik, Lüge, Libido*, Neue Kritik, Frankfurt 1989.
- Bruzzone, M., Casaula, E., Jimenez, J.P., Jordan, J.F., *Regression and persecution in analytic training: reflections on experience*, *Int. Rev. Psychoanal.* 12 (1985) 411-415.
- Buer, F., *Psychodramatische Konzepte und Methoden in der Supervision*, *Integrative Therapie* 3/4 (1989) 336-344.
- Buhl, E., Jaspersen, G., *Der Gestalttherapeut in seinem sozialen Umfeld. Eine Untersuchung zu „sozialer Kompetenz“ und „sozialem Engagement“, Graduirungsarbeit am Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1982.*
- Camenzind, E., *Von den Steinen, U.* (Hrsg.), *Frauen verlassen die Couch. Feministische Psychotherapie*, Kreuz, Stuttgart 1989.
- Camenzind, E., *Von den Steinen, U.*, *Frauen definieren sich selbst. Auf der Suche nach weiblicher Identität*, Kreuz, Stuttgart 1991.
- Cashdan, S., *Sie sind ein Teil von mir. Objektbeziehungstheorie in der Psychotherapie*, Edition Humanistische Psychologie, Köln 1990.
- Chasseguet-Smirgel, J. (Hrsg.), *Psychoanalyse der weiblichen Sexualität*, Suhrkamp, Frankfurt 1974.
- Chodorow, N., *Der Beitrag der Frauen zur psychoanalytischen Bewegung und Theorie*, *Psyche* 41 (1987) 800-831.
- Cooper, A.M., (Hrsg.), *Die Beendigung der Lehranalyse*, Schriftenreihe IPV 5, 1986, 18-36.
- Cremerius, J., *Gibt es zwei psychoanalytische Techniken?*, *Psyche* 33 (1979) 577-599.

- Cremerius, J., Freud bei der Arbeit über die Schulter geschaut – seine Technik im Spiegel von Schülern und Patienten, in: *Ehebold, U., Eickhoff, F.W.*, Jahrbuch der Psychoanalyse, 6, Huber, Bern 1981, 577-599.
- Cremerius, J., Die Bedeutung des Dissidenten für die Psychoanalyse, *Psyche* 6 (1982) 481-514.
- Cremerius, J., Spurensicherung. Die 'psychoanalytische Bewegung' und das Elend der psychoanalytischen Institution, *Psyche* 40 (1986) 1063-1091.
- Cremerius, J., Die Einrichtung des Zulassungsverfahrens 1923-1926 als machtpolitisches Instrument der 'psychoanalytischen Bewegung', in: *Brede et al.* (Hrsg.), *Befreiung zum Widerstand*, Schriften zur Psychoanalyse, Feminismus und Politik, Suhrkamp, Frankfurt 1987a.
- Cremerius, J., Lehranalyse und Macht. Die Umfunktionierung einer Lehr-Lern-Methode zum Machtinstrument der institutionalisierten Psychoanalyse, *Forum der Psychoanalyse* 5 (1989) 190-208.
- Cremerius, J., „Der Lehranalytiker begeht jeden einzelnen dieser Fehler“, in: *Streeck, Werthmann* (1992) 52-69.
- Cremerius, J., Da ist großes Unrecht. Interview, *Der Spiegel* 35 (1993) 204-205.
- Crits-Christoph, P., The efficacy of brief dynamic psychotherapy: A meta-analysis, *American Journal of Psychiatry* 149 (1992) 151-158.
- Crits-Christoph, P., Barber, J.P., *Handbook of Short-Term Dynamic Psychotherapy*, Basic Books, New York 1991.
- Dahmer, H., Kapitulation vor der „Weltanschauung“, *Psyche* 37 (1983) 1116-1135.
- Dahmer, H., *Psychoanalyse ohne Grenzen*, Kore, Freiburg 1989.
- DeBell, D., A critical digest of the literature on psychoanalytic supervision, *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 11 (1963) 546-575.
- Deneke, F.W. et al., Ein praxisnaher Ansatz von Indikationskriterien für psychosomatische Patienten, in: *Baumann, U.* (Hrsg.), *Indikation zur Psychotherapie. Fortschritte der Klinischen Psychologie*, Urban & Schwarzenberg, München 1981.
- Denzler, B., Vor- und Nachteile, während der Ausbildung analysiert zu werden, *Psychoanalyse in Europa* 32 (1988) 101-106.
- Devereux, G., *Ethnopsychanalyse*, Suhrkamp, Frankfurt 1978.
- DGPT, *Weiterbildungsrichtlinien der DGPT* 1989.
- Dieterich, R., *Integrale Persönlichkeitstheorie*, Schönigh, Paderborn 1981.
- Dieterich, R., Ein konkreter Entwurf: Eklektische Persönlichkeitstheorie als Akt von Wissenschaftskonstruktion, in: *Plaum, E.* (Hrsg.), *Eklektizismus in der Psychologie*, Asanger, Heidelberg 1988.
- Dornes, M., *Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen*, Fischer, Frankfurt 1993.
- Dreitzel, H.P., *Die gesellschaftlichen Leiden und das Leiden an der Gesellschaft*, Enke, Stuttgart 1968, 1972.
- Dreitzel, H.P., *Reflexive Sinnlichkeit*, Edition Humanistische Psychologie, Köln 1992.
- Drigalsky, D.v., *Blumen auf Granit*, Ullstein, Berlin 1980, 1990.
- DSM-III-R, *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen*, Beltz, Weinheim 1991³.

- Durlak, J.A., Comparative effectiveness of paraprofessional and professional helpers, *Psychological Bulletin* 86 (1981) 80-92.
- Eckstein, R., Wallerstein, R., The teaching and learning of psychotherapy, Basic Books, New York 1958.
- Eisler, P., Berührung aus Berührtheit, *Integrative Therapie* 1 (1991) 85-116.
- Eliade, M., Schamanismus und archaische Ekstasetechniken, Suhrkamp, Frankfurt 1975.
- Elias, N., Über den Prozeß der Zivilisation, Basel 1939, 2 Bde. Suhrkamp, Frankfurt 1969², 1976, 1986.
- Enke, H., Czogalik, D., Allgemeine und spezielle Wirkfaktoren in der Psychotherapie, in: Heigl-Evers, A., Heigl, F., Ott, J. (Hrsg.), Lehrbuch der Psychotherapie, Fischer, Frankfurt 1993, 511-522
- Erdheim, M., Die gesellschaftliche Produktion von Unbewußtheit. Eine Einführung in den ethnopschoanalytischen Prozeß, Suhrkamp, Frankfurt 1982.
- Erdheim, M., Das Verenden einer Institution, *Psyche* 40 (1986) 1092 ff.
- Faimberg, H., Zusammenfassung aus Diskussion, *Europ. Psychoanal. Fed. Bull.* 28 (1987) 139-158.
- Faltermaier, T., Mayring, Ph., Saup, W., Strehmel, P., Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters, Kohlhammer, Stuttgart 1992.
- Fenichel, O., Theoretical implications of the traininganalysis, *Annual Psychoanalysis* 8 (1981) 21-34.
- Ferenczi, S., Der Traum vom gelehrten Säugling (1923), in: Schriften II (1972) 937.
- Ferenczi, S., Die Elastizität der psychoanalytischen Technik (1927/28), in: Bausteine (1964) 380-398.
- Ferenczi, S., Über den Lehrgang des Psychoanalytikers (1928), in: Bausteine (1964) 413-432.
- Ferenczi, S., Kinderanalysen mit Erwachsenen (1931), Bausteine (1964) 490-510; Schriften II (1972) 274-289.
- Ferenczi, S., Sprachverwirrungen zwischen den Erwachsenen und dem Kinde (1932), in: Schriften II (1972) 303-316.
- Ferenczi, S., Bausteine zur Psychoanalyse, 4 Bde., Huber, Bern 1964.
- Ferenczi, S., Schriften zur Psychoanalyse (Hrsg. M. Balint) Fischer, Frankfurt 1972.
- Ferenczi, S., Journal clinique, Payot, Paris 1985; dtsh. Ohne Sympathie keine Heilung. Das klinische Tagebuch von 1932, S. Fischer, Frankfurt 1988.
- Filipp, S.H., Kritische Lebensereignisse, Urban & Schwarzenberg, München 1990².
- Finger-Trescher, U., Wirkfaktoren der Einzel- und Gruppenanalyse, froman-holzboog, Stuttgart, Bad Cannstadt 1991.
- Flaake, K., King, V. (Hrsg.), Weibliche Adoleszenz. Zur Sozialisation junger Frauen, Campus, Frankfurt 1992.
- Fleming, A., Benedek, D., Psychoanalytic supervision, International Universities Press, New York 1966.

- Flick, U. (Hrsg.), *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit: Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen*, Asanger, Heidelberg 1991.
- Florence, J., Die Identifizierungen, *Zeitschrift RISS* 4/10 (1989) 66-110.
- Forer, B.R., The taboo against touching in psychotherapy, *Psychotherapy Theory: Research and Practice* 6 (1969) 229-231.
- Foucault, M., *Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft*, Suhrkamp, Frankfurt 1969, 1973².
- Foucault, M., *Mikrophysik der Macht. Über Strafjustiz, Psychiatrie und Medizin*, Merve, Berlin 1976.
- Frank, J., *Die Heiler: Wirkungsweisen psychotherapeutischer Beeinflussung*, Klett, Stuttgart 1981.
- Freud, A., Probleme der Lehranalyse (1938), in: *Schriften*, Bd. V, München 1980, 1397-1412.
- Freud, S., Einige psychische Folgen des anatomischen Geschlechtsunterschiedes (1925), in: *GW*, Bd. XIV, Fischer, Frankfurt 1978.
- Freud, S., Die Weiblichkeit (1933), in: *GW*, Bd. XV, Fischer, Frankfurt 1978.
- Freud, S., Die endliche und die unendliche Analyse (1937c), in: *GW*, Bd. XVI, Fischer, Frankfurt 1978, 59-99.
- Frey, H.-P., *Haußer, K.* (Hrsg.), *Identität*, Enke, Stuttgart 1987.
- Friedmann, E., *Laban – Alexander – Feldenkrais – Pioniere unbewußter Wahrnehmung durch Bewegungserfahrung*, Junfermann, Paderborn 1989.
- Frühmann, R. (Hrsg.), *Frauen und Therapie*, Junfermann, Paderborn 1985.
- Frühmann, R., Poesie – ein Weg zu sich selbst. Metareflexionen zur Überwindung von Entfremdung durch poetisches Sagen, in: *Petzold, Orth* (1985) 219-243.
- Frühmann, R., Das mehrperspektivische Gruppenmodell in der Integrativen Therapie und Gestalttherapie, in: *Petzold, Frühmann* (1986) Bd. I, 255-282.
- Frühmann, R., Die Bedeutung des Teams und der Teamsupervision in sozialen Institutionen aus der Sicht Integrativer Supervision, *Gestalt und Integration* 1 (1991) 83-93.
- Frühmann, R., Die Vermittlung therapeutischer Grundqualitäten im Prozeß der Lehranalyse aus der Sicht der Integrativen Therapie, dieses Buch.
- Fthenakis, W., *Väter*, 2 Bde. dtv, München 1988.
- Gaines, J., *Fritz Perls – Here and Now*, Celestial Arts, Millbrae 1979.
- Garfield, S.L., *Psychotherapy: an eclectic approach*, Wiley, New York 1980; *Psychotherapie: Ein eklektischer Ansatz*, Beltz, Weinheim 1982.
- Garfield, S.L., *Bergin, A.E.*, *Handbook of psychotherapy and behaviour change*, Norton, New York 1986.
- Gediman, H.K., *Wolfenfeld, F.*, The parallelism phenomenon in psychoanalysis and supervision: its reconsiderations as a triadic system, *Psychoanalytic Quarterly* 49/2 (1980) 234-255.
- Gill, M., Converting psychotherapy into psychoanalysis, *Contemp. Psychoanal.* 24 (1988) 262-274.
- Gilligan, C., *Die andere Stimme. Lebenskonflikte und Moral der Frau*, Piper, München 1984.

- Gissrau, B., „Der Analytiker und sein Patient“. Ein Plädoyer für die sprachliche Sensibilisierung gegenüber der Geschlechtsdifferenz innerhalb der Psychoanalyse, *Psyche* 44 (1990) 356-365.
- Glover, E., *The technique of psycho-analysis*, Intern. Univ. Press, New York 1989, 5. Aufl.
- Goffmann, E., *Asylums*, Doubleday, Anchor, Garden City 1961; dtsh. *Asyle – Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*, Suhrkamp, Frankfurt 1974.
- Goffmann, E., *Stigma. Notes on the management of spoiled identity*, Prentice Hall, Englewood Cliffs 1967.
- Goldacker-Pohlmann, U.v., Die Bedeutung der Frequenz für den psychoanalytischen Prozeß, in: *Streck, Werthmann* (1992) 70-83.
- Goldfried, M.R., Newman, C.F., A history of psychotherapy integration, in: *Norcross, Goldfried* (1992) 44-91.
- Goolishian, H.A., Anderson, H., Menschliche Systeme. Vor welche Probleme sie uns stellen und wie wir mit ihnen arbeiten, in: *Reiter et al.* (Hrsg.), *Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive*, Springer, Heidelberg 1988.
- Grawe, K., Therapeuten: unprofessionelle Psychospieler? *Psychologie Heute* 6 (1992) 22-28.
- Grawe, K., Caspar, F., Ambühl, H., Die Berner Therapievergleichsstudie: Fragestellung und Versuchsplan, *Zeitschrift für klinische Psychologie* 19 (1990a) 294-315.
- Grawe, K., Caspar, F., Ambühl, H., Die Berner Therapievergleichsstudie: Prozeßvergleich, *Zeitschrift für klinische Psychologie* 19 (1990b) 316-337.
- Grawe, K., Caspar, F., Ambühl, H., Die Berner Therapievergleichsstudie: Wirkungsvergleich und differentielle Indikation, *Zeitschrift für klinische Psychologie* 19 (1990c) 338-361.
- Grawe, K., Caspar, F., Ambühl, H., Die Berner Therapievergleichsstudie: Zusammenfassung und Schlußfolgerungen, *Zeitschrift für klinische Psychologie* 19 (1990d) 362-376.
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, P., *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*, Hogrefe, Göttingen 1994.
- Gray, P., The assault on Freud, *Time International* 48 (1993) 37-41.
- Greenacre, P., Problems of traininganalysis, *Psychoanal. Quarterly* 35 (1966) 540-567.
- Greenson, R. *Technik der Psychoanalyse*, Bd. I, Klett, Stuttgart 1978.
- Grunberger, B., Von der ‚Aktiven Technik‘ zur ‚Sprachverwirrung‘. Eine Studie zu Ferenczis Abweichung, *Jahrbuch Psychoanal.* 11 (1979) 100-124.
- Gunzelmann, T., Schiepek, G., Reinecker, H., Laienhelfer in der psychosozialen Versorgung: Meta-Analysen zur differentiellen Effektivität von Laien und professionellen Helfern, *Gruppendynamik* 4 (1987) 361-384.
- Guss, K., *Gestalttheorie und Sozialarbeit*, Steinkopff, Darmstadt 1979.
- Habermas, J., *Theorie des kommunikativen Handelns*, 2 Bde., Suhrkamp, Frankfurt 1981.
- Haeberlin, U., Niklaus, E., *Identitätskrisen*, Haupt, Bern, Stuttgart 1978.

- Hagedorn, E., Die Macht der Lehre und die Ohnmacht der Analyse, in: *Streeck, Werthmann* (1992) 84-98.
- Hagehülsmann, H., Begriff und Funktion von Menschenbildern in Psychologie und Psychotherapie, in: *Petzold* (1984a) 9-44.
- Haisch, J., Zeitler, H.-P., *Gesundheitspsychologie*, Asanger, Heidelberg 1991.
- Harmat, P., *Freud, Ferenczi und die ungarische Psychoanalyse*, Tübingen 1988.
- Harrach, A., Das Konzept der Gruppe in der Balint-Gruppenarbeit, in: *Petzold, Frühmann* (1986) Bd. II, 155-170.
- Haynal, B., *Die Technikdebatte in der Psychoanalyse*, Fischer, Frankfurt 1989.
- Heigl-Evers, A., Gfäller, G.R., Gruppenpsychotherapie – eine Psychotherapie sui generis?! *Gruppenpsychother. u. Gruppendynamik* 29 (1993) 333-358.
- Heigl-Evers, A., Heigl, F., Ott, J., *Lehrbuch der Psychotherapie*, G. Fischer, Stuttgart 1993.
- Heigl-Evers, A., Helas, I., Vollmer, H.C. (Hrsg.), *Eingrenzung und Ausgrenzung. Zur Indikation und Kontraindikation für Suchttherapie*, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1993.
- Heinl, H., Petzold, H.G., Walch, S., *Gestalttherapie mit Patienten aus benachteiligten Schichten*, in: *Petzold, Heinl* (1983) 267-309.
- Heimann, P., Problems of the training analysis, *Intern. J. Psycho-Anal.* 35 (1954) 163-168.
- Heinrich, K., Kliesner, E., Lehmann, E., *Prädikationen des Therapieverlaufs endogener Psychosen*, Schattauer, Stuttgart 1993.
- Hemminger, H.-J., Becker, V., *Wenn Therapien schaden*, Rowohlt, Reinbek 1985.
- Hendry, H., *Veränderungen von Werten und Zielen bei Psychotherapeuten im Verlauf einer 10jährigen Berufspraxis, Graduierungsarbeit am Fritz Perls Institut, Düsseldorf* 1991.
- Henk, M.L., *Social work in primary care*, Sage, London 1989.
- Henry, W.P., A summary of process and outcome changes as a result of manual-guided training in time-limited dynamic psychotherapy. Paper presented at the Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Berkeley, California 1992.
- Herzog, W., Die wissenschaftstheoretische Problematik psychotherapeutischer Methoden, in: *Petzold* (1982g) 9-30.
- Herzog, W., Plädoyer für Metaphern – Versuch, ein vergessenes pädagogisches Thema in Erinnerung zu rufen, *Vierteljahresschrift für wissenschaftliche Pädagogik* 59 (1983) 299-332.
- Hewstone, M., Antaki, C., Attributionstheorie und soziale Erklärung, in: *Stroebe et al.* (1992) 112-143.
- Heyne, C., *Tatort Couch*, Kreuz, Zürich 1991.
- Hirshberg, L., When infants look to their parents II. Twelve-month-old's response to conflicting parental emotional signals, *Child Development* 61 (1990) 1187-1191.
- Hoffmann, S.O., *Charakter und Neurose*, Suhrkamp, Frankfurt 1979.

- Höfeld, K., Zur Supervision therapeutischer Wohngemeinschaften, in: *Petzold, Vormann* (1980) 105-128.
- Hohmeier, J., *Brusten, M.*, Stigmatisierung, Luchterhand, Neuwied 1975.
- Hornik, R., *Risenhoover, N., Gunnar, M.*, The effects of maternal positive, neutral, and negative affective communications on infant responses to new toys, *Child Development* 58 (1987) 937-944.
- Huf, A., *Psychotherapeutische Wirkfaktoren*, Beltz, Weinheim 1992.
- Iljine, V.N., *Das therapeutische Theater*, Sobor, Paris 1942 (russ.).
- Iljine, V.N., *Therapeutisches Theater*, in: *Petzold* (1972a) 168-172.
- Irigaray, L., *Ethik der sexuellen Differenz*, Suhrkamp, Frankfurt 1991.
- Jacoby, R., *Die Verdrängung der Psychoanalyse oder der Triumph des Konformismus*, Fischer, Frankfurt 1985.
- Jaroff, L., Lies of the mind. Repressed-memory therapy is harming patients, devastating families and intensifying a backlash against mental health practioners, *Time International* 48 (1993) 42-47.
- Jason-Michl, C., *Gestalten, Erleben, Handeln*, Pfeiffer, München 1981.
- Jerusalem, M., *Persönliche Ressourcen, Vulnerabilität und Streßerleben*, Hogrefe, Göttingen 1990.
- Joas, H., *Praktische Intersubjektivität. Die Entwicklung des Werkes von G.H. Mead*, Suhrkamp, Frankfurt 1982.
- Joas, H., *Das Problem der Intersubjektivität. Neuere Beiträge zum Werk G.H. Meads*, Suhrkamp, Frankfurt 1985.
- Jodelet, D., *Les représentations sociales*, P.U.F., Paris 1989a.
- Jodelet, D., *Folies et représentations sociales*, P.U.F., Paris 1989b.
- Junker, H., Welche Vor- und Nachteile ergeben sich aus der Verpflichtung des Kandidaten, während der Supervision eigener Fälle (noch) in Lehranalyse zu sein? *European Psychoanal. Fed. Bulletin* 32 (1988) 92-100.
- Kafka, J., *Multiple realities in clinical practice*, Yale University Press, New York 1989.
- Kähler, H.D., Der professionelle Helfer als Netzwerker, *Arch. Wissensch. Prax. Soz. Arb.* 4 (1983) 225-244.
- Kames, H., Ein Fragebogen zur Erfassung der fünf Säulen der Identität (FESI), *Integrative Therapie* 4 (1992) 363-386.
- Kanfer, F.H., *Reinecker, H., Schmelzer, D.* (Hrsg.), *Selbstmanagement-Therapie*, Springer, Heidelberg 1991.
- Karasu, T.B., The psychotherapies: benefits and limitations, *American Journal of Psychotherapy* 3 (1986) 324-342.
- Karasu, T.B., The specificity versus nonspecificity dilemma: Toward identifying therapeutic change agents, *Am. J. of Psychiatry* 143 (1986) 687-695.
- Kemmler, L., *Schelp, Th., Mecheril P.*, *Sprachgebrauch in der Psychotherapie. Emotionales Geschehen in den Therapieschulen*, Huber, Bern 1991.
- Kernberg, O., *Borderline conditions and pathological narcissism*, Jason Aronson, New York 1975, 1979³.
- Kernberg, O., *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*, Yale University Press, New Haven 1984; dt., Klett, Stuttgart 1988.
- Kernberg, O., Veränderungen in der Natur der psychoanalytischen Ausbildung, ihrer Struktur und ihrer Standards, in: *Wallerstein* (1984) 59-65.

- Kernberg, O., Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten, Huber, Bern 1993.
- Kessler, B.H., Verhaltenstherapie, in: Schmidt, L.R. (Hrsg.), Lehrbuch der Klinischen Psychologie, Enke, Stuttgart 1984.
- Keupp, H., Röhrle, B., Soziale Netzwerke, Campus, Frankfurt 1987. 1985
- Klinkert, M.D., Campos, J.J., Sorce, J.F., Emde, R.N., Syeida, M., Emotions as behavior regulators: Social referencing in infancy, in: Plutchik, R., Kellermann, H. (eds.), Emotions: Theory, research and experience, Vol. 2, Academic Press, New York 1983, 57-86.
- Kohut, H., The analysis of the self, Int. Univ. Press, New York 1971.
- Kohut, H., Die Heilung des Selbst, Suhrkamp, Frankfurt 1979.
- Kommer, D.; Eklektizismus, in: Bastine et al. (1982) 49-52.
- Korchin, S.J., Nonspecific factors in psychotherapy, in: Minsel (1982).
- Krampen, G., Diagnostik von Attributionen und Kontrollüberzeugungen, Hogrefe, Göttingen 1989
- Krause Jacob, M., „Ich glaube schon, daß ich eine Neurose habe“ – Veränderung von subjektiven Theorien durch Interaktion mit professionellen Helfern, in: Flick (1991) 198-215.
- Krause Jacob, M., Erfahrung mit Beratung und Therapie. Veränderungsprozesse aus der Sicht von Klienten, Lambertus, Freiburg 1992.
- Kriz, J., Grundbegriffe der Psychotherapie, Urban & Schwarzenberg, München 1985, 1991³.
- Kruse, O., Emotionsentwicklung und Neuroseentstehung, Enke, Stuttgart 1991.
- Krutzenbichler, S.H., Essers, H., Muß denn Liebe Sünde sein?, Kore, Göttingen 1991.
- Kunz, H., Die latente Anthropologie der Psychoanalyse, in: Balmer, H. (Hrsg.), Grundfragen der psychoanalytischen Anthropologie, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1975.
- Kutter, P., Zur Theorie und Methodik von Kontrollanalysen, dieses Buch.
- Lauffer, A., Working and social work, Sage, London 1988.
- Lazarus, A., Multimodale Verhaltenstherapie, Fachbuchhandlung für Psychologie, Frankfurt 1978.
- Leeuw, P.J. van der, Über Auswahlkriterien für die Zulassung zur Ausbildung zum Psychoanalytiker, *Jahrbuch der Psychoanal.* 3 (1964) 227-242.
- Lemke, J., Gestalt-Supervision in therapeutischen Wohngemeinschaften für Drogenabhängige durch Kompetenzgruppen, in: Petzold, Vormann (1980) 129-145.
- Lerner, H.G., Internal prohibitions against female anger, *The American Journal of Psychoanalysis* 40 (1980) 137-148.
- Lerner, H.G., Das mißdeutete Geschlecht. Falsche Bilder der Weiblichkeit in Psychoanalyse und Therapie, Kreuz, Stuttgart 1991; Fischer, Fm., 1993².
- Lévi-Strauss, C., Medizinmänner und Psychoanalyse, *Integrative Therapie* 4 (1979) 297-302.
- Lewis, M., Scham. Annäherung an ein Tabu, Kabel, Hamburg 1993.
- Lewis, M., Miller, S.M., Handbook of developmental psychopathology, Plenum Press, New York 1990.

- Leyens, J.-P., Codol, J. P., Soziale Informationsverarbeitung, in: *Stroebe et al.* (1992) 89-111.
- Lichtenberg, J.D., Psychoanalysis and infant research, Erlbaum, Hillsdale 1983; dtsh. Psychoanalyse und Babyforschung, Springer, Berlin 1991.
- Limentani, A., The training analyst and the differences in the training psychoanalytic situation, *Intern. J. Psycho-Anal.* 55 (1974) 71-78.
- Limentani, A., Changes in candidate-patients: in: *Wallerstein, R.S.* (ed.), Changes in analysts and in their training, Monogr. Ser. 4, 1984, 23-24.
- Limentani, A., Between Freud and Klein. The psychoanalytic quest for knowledge and truth, Free Association Books, London 1989.
- Linsenhoff, A., Bastine, R., Kommer, D., Schulenübergreifende Perspektiven in der Psychotherapie, in: *Petzold* (1982g¹) 113-134.
- Linton, R., Role and status, in: *Newcomb, E., Hartley, H.* (eds.), Readings in social psychology, New York 1947.
- Lison, K., Poston, C., Weiterleben nach dem Inzest, Fischer, Frankfurt 1992.
- Lohmann, J., Ziele und Strategien psychotherapeutischer Verfahren, in: *Wittling, W.* (Hrsg.), Handbuch der klinischen Psychologie, Bd. 2: Psychotherapeutischen Interventionsmethoden, Hoffmann & Campe, Hamburg 1980.
- Lorenzer, A., Sprachzerstörung und Rekonstruktion, Suhrkamp, Frankfurt 1970.
- Lorenzer, A., Kritik des psychoanalytischen Symbolbegriffs, Suhrkamp, Frankfurt 1971.
- Lorenzer, A., Zur Begründung einer materialistischen Sozialisationstheorie, Suhrkamp, Frankfurt 1972.
- Lorenzer, A., Über den Gegenstand der Psychoanalyse oder Sprache und Interaktion, Suhrkamp, Frankfurt 1973.
- Ludewig, K., Problem-Bindeglied klinischer Systeme, in: *Reiter et al.* (Hrsg.), Von der Familientherapie zur systematischen Perspektive, Springer, Heidelberg 1988.
- Ludewig, K., Systemische Therapie, Grundlagen zur klinischen Praxis, Klett-Cotta, Stuttgart 1992.
- Luhmann, N., Zweckbegriff und Systemrationalität. Über die Funktion von Zwecken in sozialen Systemen, Mohr, Tübingen 1968.
- Luhmann, N., Sinn als Grundbegriff der Soziologie, in: *Habermas, Luhmann* (1971).
- Luhmann, N., Soziologische Aufklärung. Aufsätze zur Theorie sozialer Systeme, Westdeutscher Verlag, Opladen 1971.
- Marcel, G., Leibliche Begegnung, in: *Kraus, A.* (Hrsg.), Leib, Geist, Geschichte, Hüthing, Heidelberg 1978, 47-73, und in: *Petzold* (1985g) 15-46.
- Martin, E., Die Frau im Körper. Weibliches Bewußtsein, Gynäkologie und Reproduktion des Lebens, Campus, Frankfurt 1989.
- McCall, G., Simmons, J.L., Identität und Interaktion, Schwann, Düsseldorf 1974.
- McLaughlin, F., Addendum to a controversial proposal. Some observations on the training analysis, *Psa. Quaterly* 36 (1973) 697-712.

- Mead G. H.**, Mind, self and society, University of Chicago Press, Chicago 1934; dtsh. Geist, Identität, Gesellschaft, Suhrkamp, Frankfurt 1968, 1973, 1975, 1988.
- Merleau-Ponty, M.**, Phénoménologie de la perception; Gallimard, Paris 1945; dtsh. v. **Boehm, R.**, Phänomenologie der Wahrnehmung, de Gruyter, Berlin 1966.
- Mertens, W.**, Einführung in die psychoanalytische Therapie, Stuttgart 1990.
- Merton, R.K.**, Der Rollen Set: Probleme der soziologischen Theorien, in: **Hartmann, B.** (Hrsg.), Moderne amerikanische Soziologie, Stuttgart 1967.
- Middendorf, I.**, Der erfahrbare Atem, Junfermann, Paderborn 1984.
- Miller, A.**, Du sollst nicht merken, Suhrkamp, Frankfurt 1981.
- Minsel, W.R.**, Klientenvariablen der Psychotherapie, in: **Bastine et al.** (1982) 189-192.
- Mitscherlich, A.**, Zur Psychologie des Vorurteils, *Hess. Blätter für Volksbildung* 15 (1965) 332-343.
- Mitscherlich, M.**, Über die Mühsale der Emanzipation, Fischer, Frankfurt 1990.
- Möller, M.L.**, Anders helfen – Selbsthilfegruppen und Fachleute arbeiten zusammen, Klett-Cotta, Stuttgart 1989.
- Möller, H.J., Rohde, A.**, Psychische Krankheit im Alter, Springer, Heidelberg 1993.
- Moreno, J.L.**, Einladung zu einer Begegnung, Flugbericht, Anzengruber, Wien 1914.
- Moreno, J.L.**, Report of the research staff to the advisory research board, II, Hudson School, Hudson 1936a.
- Moreno, J.L.**, Organization of the social atom, *Sociometric Review* 1 (1936b) 11-16.
- Moreno, J.L.**, Sociometry. Experimental method and the science of society, Beacon House, Beacon 1951; dtsh. Soziometrie als experimentelle Methode, Junfermann Paderborn 1981.
- Moreno, J.L.**, Gruppenpsychotherapie und Psychodrama, Thieme, Stuttgart 1959.
- Moreno, J.L.**, Die Psychiatrie des 20. Jh. als Funktion der Universalia Zeit, Raum, Realität und Kosmos, 2. Intern. Congr. Psychodrama Barcelona 1966; dtsh. in: **Petzold** (1972a) 101-112.
- Moreno, Z.**, Moreneans, the heretics of yesterday are the orthodoxy of today, *Group Psychotherapy* 1/2 (1969) 1-6.1966
- Moscovici, S.**, The phenomenon of social representations, in: **Farr, R.M., Moscovici, S.** (eds.), Social representations, Cambridge University Press, Cambridge 1984.
- Moser, T.**, Der Psychoanalytiker als sprechende Attrappe: eine Streitschrift, Suhrkamp, Frankfurt 1989.
- Müller, B., Müller-Ebert, J.**, Die Bedeutung der Lehrtherapie in der Gestalttherapie, dieses Buch
- Nelson, K.**, Narratives from the crib, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, London 1989.

- Nelson, K., *Erinnern und Erzählen: eine Entwicklungsgeschichte, Integrative Therapie* 1/2 (1993) 73-94.
- Nestmann, F., *Die alltäglichen Helfer*, de Gruyter, Berlin 1988.
- Nitschke, B., *Psychoanalyse als „un“politische Wissenschaft, Texte* 10 (1990) 1-39.
- Norcross, J.C., *Handbook of eclectic psychotherapy*, Brunner & Mazel, New York 1986.
- Norcross, J.C., Goldfried, M.R. (eds.), *Handbook of psychotherapy integration*, Basic Books, New York 1992.
- Orgel, S., *Dilemmas of a traininganalyst: some thoughts on conflicting loyalties. Precirculated paper to the third IPA conference of traininganalysts*, Montreal 1975.
- Orgel, S., *The future of psychoanalysis, Psychoanal.* 59 (1990) 1-20.
- Orlinsky, D.E., „Leaning from many masters“. *Ansätze zu einer wissenschaftlichen Integration psychotherapeutischer Behandlungsmodelle, Psychotherapeut* 1 (1994) 2-9.
- Orlinsky, D.E., Howard, K.I., *Process and outcome in psychotherapy*, in: Garfield, Bergin (1986).
- Orlinsky, D.E., Howard, K.I., *A generic model of psychotherapy, J. of Integrative and Eclectic Psychotherapy* 6 (1986) 6-27; *dtsch. Integrative Therapie* 8 (1988) 281-308.
- Orth, I., *Der „domestizierte Körper“*, in: Hermer, M., *Integrative Ansätze in der Psychotherapie, Psychologische Beiträge* 1994.
- Orth, I., *Das Unbewußte in der Integrativen Kunstpsychotherapie, Kunst & Therapie*, Jg. 1994a (im Druck).
- Orth, I., Petzold, H.G., *Beziehungsmodalitäten – ein integrativer Ansatz für Therapie, Beratung, Pädagogik*, 1993b, in: Petzold, Sieper (1993a) 117-124.
- Orth, I., Petzold, H.G., *Zur „Anthropologie des schöpferischen Menschen“*, 1993c, in: Petzold, Sieper (1993a) 93-116.
- Orth, I., Petzold, H., *Kreative Medien in der integrativen Beratung*, Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1994.
- Pankow, G., *Gesprengte Fesseln der Psychose*, Reinhardt, München 1968.
- Pape, S., *Entwicklungspsychologie und Erziehungsalltag. Vorüberlegungen zu einer integrativen Entwicklungstheorie (Interviews mit Lehrtherapeuten)*, Graduierungsarbeit am Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1989.
- Parin, P., *Der Widerspruch im Subjekt*, Syndikat, Frankfurt 1973.
- Parin, P., *Warum Psychoanalytiker so ungern zu brennenden Zeitproblemen Stellung nehmen*, in: Dahmer (1980a) 647.
- Parin, P., *Gesellschaftskritik im Deutungsprozeß*, in: Dahmer (1980b) 511.
- Parloff, M.B., Waskow, I.E., Wolfe, B., *Research on therapist variables in relation to process and outcome*, in: Bergin, A.E., Garfield, S.I., *Handbook of psychotherapy and behavior change*, Wiley, New York 1978.
- Parloff, M.B., Wolfe, B., Hadley, S., Waskow, I.E., *Assessment of psychosocial treatment of mental disorders: Current status and prospects*, National Institute of Mental Health, Rockville 1978.
- Perls, F.S., *Cowichan lecture on Gestalt Therapy and integration*, Lake Cowichan 1969a.

- Perls, F.S.*, Gestalt Therapy Verbatim, Real People Press, Lafayette 1969b; dtsh. Gestalttherapie in Aktion, Klett, Stuttgart 1974.
- Perls, F.S.*, In and out the garbage pail, Real People Press, Lafayette 1969c; dtsh. Gestalt-Wahrnehmung, Verworfenes und Wiedergefundenes aus meiner Mülltonne. Verl. f. Humanist. Psychol. Flach, Frankfurt 1981.
- Perls, F.S.*, Gestalt, Wachstum, Integration, Junfermann, Paderborn 1980.
- Petzold, Ch.*, Chancen und Grenzen der Supervision in der Altenpflege, in: Weiterbildung in der Altenarbeit, Diakonisches Werk, Düsseldorf 1993.
- Petzold, H.G.*, Géragogie – nouvelle approche de l'éducation pour la viellesse et dans la viellesse. *Publications de L'Institut St. Denis* 1 (1965) 1-16; dtsh. in: *Petzold* (1985a) 11-30.
- Petzold, H.G.*, L'analyse progressive en psychodrame analytique. Paris, mimeogr. 1969b; auszugsweise dtsh. in: *Petzold* (1988n) 455-491.
- Petzold, H.G.*, Thérapie du mouvement, training relaxatif, thymopratique et éducation corporelle comme integration, Paris 1970c.
- Petzold, H.G.*, Der Beitrag kreativer Therapieverfahren zu einer erlebnisaktivierenden Erwachsenenbildung, Vortrag auf der Arbeitstagung „Kreativitätstraining, kreative Medien, Kunst- und Kreative Therapie“, VHS Dormagen und Büderich 1.6.1971; VHS Büderich 1971k.
- Petzold, H.G.* (Hrsg.), Angewandtes Psychodrama in Therapie, Pädagogik, Theater und Wirtschaft, Junfermann, Paderborn 1972a.
- Petzold, H.G.*, Supervision in der Drogentherapie. Supervisionsbericht für die Therapiekette Hannover, Therapiekette, Drogenberatungsstelle, Hannover 1973.
- Petzold, H.G.*, (Hrsg.) Psychotherapie und Körperdynamik, Junfermann, Paderborn 1974j, 3. Aufl. 1979.
- Petzold, H.G.*, Integrative Bewegungstherapie, 1974k, in: *Petzold* (1974j) 285-404.
- Petzold, H.G.*, Thymopraktik als Verfahren Integrativer Therapie, 1977a, in: *Petzold* (1977n) 252-396; revid. in (1988n) 341-406.
- Petzold, H.G.*, Integrative Geragogik – Gestaltmethoden in der Bildungsarbeit mit alten Menschen, 1977e, in: *Petzold, Brown* (1977) 214-246; repr. (1985a) 31-68.
- Petzold, H.G.* (Hrsg.), Die neuen Körpertherapien, Junfermann, Paderborn 1977n; Taschenbuchausgabe dtv, München 1992.
- Petzold, H.G.*, Das Ko-respondenzmodell in der Integrativen Agogik, *Integrative Therapie* 1 (1978c) 21-58.
- Petzold, H.G.*, Integrative Körper- und Bewegungserziehung, 1978f, in: *Brown, Petzold* (1978) 100-114.
- Petzold, H.G.*, Überlegungen zum Entwurf einer gestalttheoretisch fundierten Psychotherapie von H.J. Walter, *Integrative Therapie* 3/4 (1978g) 271-277.
- Petzold, H.G.*, Zur Veränderung der sozialen Mikrostruktur im Alter – eine Untersuchung von 40 „sozialen Atomen“ alter Menschen, *Integrative Therapie* 1/2 (1979c) 51-78.

- Petzold, H.G., Psychodrama-Therapie. Theorie, Methoden, Anwendung in der Arbeit mit alten Menschen, Junfermann, Paderborn 1979k, 2. Aufl. 1985.
- Petzold, H.G., Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung Junfermann, Paderborn 1980f.
- Petzold, H.G., Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der Integrativen Therapie, 1980g, in: Petzold (1980f) 223-290.
- Petzold, H.G. (Hrsg.), Widerstand – ein strittiges Konzept der Psychotherapie, Junfermann, Paderborn 1981b.
- Petzold, H.G., Das Hier-und-Jetzt-Prinzip in der psychologischen Gruppenarbeit, 1981e, in: C. Bachmann, Kritik der Gruppendynamik, Fischer, Frankfurt 1981, 214-299.
- Petzold, H.G., Dramatische Therapie. Neue Wege der Behandlung durch Psychodrama, Rollenspiel, therapeutisches Theater, Hippokrates, Stuttgart 1982a.
- Petzold, H.G., Der Mensch ist ein soziales Atom, *Integrative Therapie* 3 (1982b) 161-165.
- Petzold, H.G., Methodenintegration in der Psychotherapie, Junfermann, Paderborn 1982g¹.
- Petzold, H.G., Gestalt-supervision, in: Rienas, R., Die Handlungsorientierung der gestalttherapeutisch orientierten Supervision, Diplomarbeit, Gesamthochschule Kassel, Abt. Sozialwesen, Kassel 1982k Bd. II, Interview 6, 1-31.
- Petzold, H.G., (Hrsg.) Puppen und Puppenspiel in der Psychotherapie, Pfeiffer, München 1983a.
- Petzold, H.G. (Hrsg.), Psychotherapie, Meditation, Gestalt, Junfermann, Paderborn 1983d.
- Petzold, H.G. (Hrsg.), Zur Ausbildung von dynamisch orientierten Leib- und Bewegungstherapeuten, Schwerpunkttheft Körpertherapie, *Gruppendynamik* 1 (1983i) 1-84; revid dieses Buch.
- Petzold, H.G. (Hrsg.), Wege zum Menschen. Methoden und Persönlichkeiten moderner Psychotherapie. Ein Handbuch, 2 Bde., Junfermann, Paderborn 1984a.
- Petzold, H.G., Psychodrama. Die ganze Welt der Bühne, 1984b, in: Petzold (1984a) 111-216.
- Petzold, H.G., Die Gestalttherapie von Fritz Perls, Lore Perls und Paul Goodman, *Integrative Therapie* 1/2 (1984h) 5-72.
- Petzold, H.G., Vorüberlegungen und Konzepte zu einer integrativen Persönlichkeitstheorie, *Integrative Therapie* 1/2 (1984i) 73-115.
- Petzold, H.G., Mit alten Menschen arbeiten, Pfeiffer, München 1985a.
- Petzold, H.G. (Hrsg.), Leiblichkeit, philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven, Junfermann, Paderborn 1985g.
- Petzold, H.G. (Hrsg.), Psychotherapie und Friedensarbeit, Junfermann, Paderborn 1986a.
- Petzold, H.G., Zur Psychodynamik der Devolution, *Gestalt-Bulletin* 1 (1986h) 75-101.

- Petzold, H.G., Puppen und Puppenspiel in der Integrativen Therapie mit Kindern, 1987a, in: *Petzold, Ramin* (1987) 427-490.
- Petzold, H.G., Überlegungen und Konzepte zur Integrativen Therapie mit kreativen Medien und einer intermedialen Kunstpsychotherapie, *Integrative Therapie* 2/3 (1987c) 104-141.
- Petzold, H.G., Kunsttherapie und Arbeit mit kreativen Medien – Wege gegen die „multiple Entfremdung“ in einer verdinglichenden Welt, 1987d; in: *Richter, K.* (Hrsg.), *Psychotherapie und soziale Kulturarbeit – eine unheilige Allianz? Schriftenreihe des Instituts f. Bildung und Kultur*, Bd. 9, Remscheid, 38-95; repr. in: *Matthies, K.*, *Sinnliche Erfahrung, Kunst, Therapie*, Bremer Hochschulschriften, Univ. Druckerei, Bremen 1988.
- Petzold, H.G., Integrative Therapie als intersubjektive Hermeneutik bewußter und unbewußter Lebenswirklichkeit, Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1988a; erw. in: *Petzold* (1991a) 153-332.
- Petzold, H.G., Zur Hermeneutik des sprachlichen und nichtsprachlichen Ausdrucks in der Integrativen Therapie, Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1988b; erw. in *Petzold* (1991a) 91-152.
- Petzold, H.G., Die „vier Wege der Heilung“ in der Integrativen Therapie und ihre anthropologischen und konzeptuellen Grundlagen – dargestellt an Beispielen aus der „Integrativen Bewegungstherapie“, Teil I, *Integrative Therapie* 4 (1988d) 325-364; Teil II, IT 1 (1989) 42-96; revid. in: *Petzold* (1988n) 173-283.
- Petzold, H.G., „Multiple Stimulierung“ und „Erlebnisaktivierung“, 1988f, in: *Petzold, Stöckler* (1988) 65-86.
- Petzold, H.G., Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke Bd. I/1 und I/2, Junfermann, Paderborn 1988n.
- Petzold, H.G. (Hrsg.), *Schwerpunktheft Supervision, Integrative Therapie* 3/4 (1989).
- Petzold, H.G., Zeitgeist als Sozialisationsklima – zu übergreifenden Einflüssen auf die individuelle Biographie, *Gestalt und Integration* 2 (1989f) 140-150.
- Petzold, H.G., Supervision zwischen Exzentrizität und Engagement, *Integrative Therapie* 3/4 (1989i) 352-363.
- Petzold, H.G. et al. (Hrsg.), *Schwerpunktheft Supervision, Gestalt und Integration* 2 (1990).
- Petzold, H.G., „Form und Metamorphose“ als fundierende Konzepte für die Integrative Therapie mit kreativen Medien – Wege intermedialer Kunstpsychotherapie 1990b, in: *Petzold, Orth* (1990a) II, 639-720.
- Petzold, H.G., „Der Tree of Science“ als metahermeneutische Folie für Theorie und Praxis in der Integrativen Therapie, bearbeitet von *Bernd Heineremann*, Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1990h, erw. in: *Petzold* (1992a) 457-648.
- Petzold, H.G., Kindliche Entwicklung, kreative Leiblichkeit und Identität. Basiskonzepte für die Arbeit mit Kindern im Vorschulbereich, in: *Kerschbaumer, F.X.*, *Mit Kindern auf dem Weg. Gedanken, Referate*,

- Zusammenfassung, NÖ Kindergartensymposium 1987-1989, NÖ Schriften, Wien (1990m) 50-69.
- Petzold, H.G., Konzept und Praxis von Mehrperspektivität in der Integrativen Supervision, dargestellt an Fallbeispielen für Einzel- und Teambegleitung, *Gestalt und Integration* 2 (1990o) 7-37.
- Petzold, H.G., Integrative Dramatherapie und Szenentheorie – Überlegungen und Konzepte zur Verwendung dramatherapeutischer Methoden in der Integrativen Therapie, 1990p, in: *Petzold, Orth* (1990a) II, 849-880.
- Petzold, H.G., Integrative Therapie. Ausgewählte Werke, Bd. II/1: Klinische Philosophie, Junfermann, Paderborn 1991a.
- Petzold, H. G., Die Chance der Begegnung. Dapo, Wiesbaden, 1991b; repr. in: *Petzold* (1993a) 1047-1086.
- Petzold, H.G., Die Ursachen hinter den Ursachen, 1991c, in: Festschrift zum 50jährigen Geburtstag von *Rolf Schwendter*, Wien.
- Petzold, H.G., Das Ko-respondenzmodell als Grundlage der Integrativen Therapie und Agogik, 1991e, in: *Petzold* (1991a) 19-90.
- Petzold, H.G., Chronosophische Überlegungen zu Zeit, Identitätsarbeit und biographischer Narration, 1991o, in: *Petzold* (1991a) 333-396.
- Petzold, H.G., Integrative Therapie. Ausgewählte Werke, Bd. II/2: Klinische Theorie, Junfermann, Paderborn 1992a.
- Petzold, H.G., Konzepte zu einer integrativen Emotionstheorie und zur emotionalen Differenzierungsarbeit als Thymopraktik, 1992b; in: *Petzold* (1992a) 789-870.
- Petzold, H.G., Das „neue“ Integrationsparadigma in Psychotherapie und klinischer Psychologie und die „Schulen des Integrierens“ in einer „pluralen therapeutischen Kultur“, 1992g, in: *Petzold* (1992a) 927-1040.
- Petzold, H.G., Die heilende Kraft des Schöpferischen, *Orff-Schulwerk-Informationen* 50 (1992m) 6-9; repr. in: *Integrative Bewegungstherapie* 1 (1993) 10-14.
- Petzold, H.G., Integrative Therapie. Gesammelte Werke, Bd. II/3: Klinische Praxeologie, Junfermann, Paderborn 1993a.
- Petzold, H.G., Die Wiederentdeckung des Gefühls. Emotionen in der Psychotherapie und der menschlichen Entwicklung, Junfermann, Paderborn 1993b.
- Petzold, H.G., Psychotherapie und Babyforschung, Junfermann, Paderborn 1993c.
- Petzold, H.G., Identität und Entfremdung, Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1993d.
- Petzold, H.G., Die Krisen der Helfer, 1993g, in: *Schnyder, Sauvant* (1993) 157-196.
- Petzold, H.G., Grundorientierungen, Verfahren, Methoden – berufspolitische, konzeptuelle und terminologische Anmerkungen zu Strukturfragen des psychotherapeutischen Feldes, *Integrative Therapie* 4 (1993h) 341-378.
- Petzold, H.G., Ethische Fragestellungen in der Psychotherapeutenausbildung an FPI und EAG, 1993i, in: *Petzold, Sieper* (1993a) 687-693.

- Petzold, H.G., Zur Frage nach der „therapeutischen Identität“ in einer pluralen therapeutischen Kultur am Beispiel von Gestalttherapie und Integrativer Therapie – Überlegungen (auch) in eigener Sache, 1993n, in: Petzold, Sieper (1993a) 51-92.
- Petzold, H.G., Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik – Prinzipien, Methoden, Techniken, 1993p, in: Petzold, Sieper (1993a) 267-340.
- Petzold, H.G., Brown, G. (Hrsg.), Gestaltpädagogik, Pfeiffer, München 1977.
- Petzold, H.G., Brown, G. (Hrsg.), Gefühl und Aktion – Gestaltmethoden im Integrativen Unterricht, W. Flach Verlag für Humanistische Psychologie, Frankfurt 1978.
- Petzold, H.G., Bubolz, E., Psychotherapie mit alten Menschen, Junfermann, Paderborn 1979.
- Petzold, H.G., Frühmann, R., Modelle der Gruppe in der Psychotherapie und psychosozialen Arbeit, 2 Bde., Junfermann, Paderborn 1986.
- Petzold, H.G., Frühmann, R., Weiterbildung von Lehrtherapeuten an FPI und EAG, 1993b, in: Petzold, Sieper (1993a) 659-666; repr. dieses Buch.
- Petzold, H.G., Goffin, J.J.M., Oudhof, J., Protektive Faktoren und Prozesse – die „positive“ Perspektive in der longitudinalen, „klinischen Entwicklungspsychologie“ und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie, in: Petzold (1993c) 173-266.
- Petzold, H.G., Heinl, H., Einige Gedanken zu Inhalt und Struktur von Supervision in der Psychotherapieausbildung, *Gestalt-Bulletin* 1/2 (1981a) 38-41.
- Petzold, H.G., Heinl, H., Körpertherapie, 1981b, in: Bastine, R. et al., Grundbegriffe der Psychotherapie, edition psychologie, Weinheim 1981, 209-211.
- Petzold, H.G., Heinl, H., Psychotherapie und Arbeitswelt, Junfermann Verlag, Paderborn 1983.
- Petzold, H.G., Lenke, J., Gestaltsupervision als Kompetenzgruppe, *Gestalt-Bulletin* 3 (1979) 88-94.
- Petzold, H.G., Mathias, U., Rollenentwicklung und Identität, Junfermann, Paderborn 1983.
- Petzold, H.G., Maurer, Y., Die therapeutische Beziehung in der Gestalttherapie, in: Battegay, R., Trenkel, A., Die therapeutische Beziehung, Huber, Bern 1978, 95-116.
- Petzold, H.G., Orth, I. (Hrsg.), Poesie und Therapie. Über die Heilkraft der Sprache. Poesietherapie, Bibliotherapie, Literarische Werkstätten, Junfermann, Paderborn 1985a.
- Petzold, H.G., Orth, I., Methodische Aspekte der Integrativen Bewegungstherapie im Bereich der Supervision, *Motorik, Zeitschr. f. Motopäd. u. Motother.* 2 (1988a) 44-56; revid. in Petzold (1988n) 563-581.
- Petzold, H.G., Orth, I., Die neuen Kreativitätstherapien, 2 Bde., Junfermann, Paderborn 1990a.
- Petzold, H.G., Orth, I., Körperbilder in der Integrativen Therapie – Darstellungen des phantasmatischen Leibes durch „Body Charts“ als Technik

- projektiver Diagnostik und kreativer Therapeutik, 1991a, *Integrative Therapie* 1/2 (1991) 117-146; repr. in *Petzold* (1993a) 1201-1226.
- Petzold, H.G., Orth, I., Therapietagebücher, Lebenspanorama, Gesundheits-/Krankheitspanorama als Instrumente der Symbolisierung, karrierebezogenen Patientenarbeit und Lehranalyse in der Integrativen Therapie, Integrative Therapie* 1/2 (1993a) 95-153; repr. dieses Buch.
- Petzold, H.G., Orth, I., Kreative Medien in der Persönlichkeitsdiagnostik, Integrative Therapie* 3 (1994).
- Petzold, H.G., Petzold, Ch., Lebenswelten alter Menschen, Vincentz Verlag, Hannover 1991a.*
- Petzold, H.G., Petzold, Ch., Soziale Gruppe, „social worlds“, „narrative Kultur“ als bestimmende Faktoren der Lebenswelt alter Menschen und gerontotherapeutischer Arbeit, 1991b, in: Petzold, Petzold (1991a) 192-217.*
- Petzold, H.G., Petzold, Ch., Integrative Arbeit mit alten Menschen und Sterbenden – gerontotherapeutische und nootherapeutische Perspektiven in der Weiterbildungspraxis von FPI, in: Petzold, Sieper (1993a) 633-646.*
- Petzold, H.G., Petzold, Ch., Soziotherapie als methodischer Ansatz in der Integrativen Therapie, 1993a, in: Petzold, Sieper (1993a) 459-482.*
- Petzold, H.G., Ramin, G., Schulen der Kinderpsychotherapie, Junfermann, Paderborn 1987.*
- Petzold, H.G., Schneewind, U., Konzepte zur Gruppe und Formen der Gruppenarbeit in der Integrativen Therapie und Gestalttherapie 1986a, in: Petzold, Frühmann (1986) Bd. I, 109-254.*
- Petzold, H.G., Schuch, W., Grundzüge des Krankheitsbegriffes im Entwurf der Integrativen Therapie, in: Pritz, Petzold (1991) 371-486.*
- Petzold, H.G., Sieper, J., Präambel, 1. Jahresprogramm des Fritz Perls Instituts für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung, Basel, Würzburg, Düsseldorf 1972a.*
- Petzold, H.G., Sieper, J., Ausbildungsrichtlinien des Fritz Perls Instituts, Basel, Würzburg, Düsseldorf 1972b.*
- Petzold, H.G.; Sieper, J., Zur Ausbildung von Gestalttherapeuten, Integrative Therapie* 2/3 (1976) 120-144.
- Petzold, H.G., Sieper, J., Integration und Kreation, Junfermann, Paderborn 1993a.*
- Petzold, H.G., Sieper, J. (Sieper, Petzold), Integrative Agogik – ein kreativer Weg des Lehrens und Lernens, 1993c, in: Petzold, Sieper (1993a) 359-370.*
- Petzold, H.G., Stöckler, M. (Hrsg.), Aktivierung und Lebenshilfen für alte Menschen. Aufgaben und Möglichkeiten des Helfers, Integrative Therapie, Beiheft 13, Junfermann, Paderborn 1988.*
- Petzold, H.G., Vormann, G. (Hrsg.), Therapeutische Wohngemeinschaften, Erfahrungen – Modelle – Supervision, Pfeiffer, München 1980.*
- Petzold, H. G., Walter, H.-J., Dialoge über Theorie, Fritz Perls Institut; Düsseldorf 1994.*
- Peukert, U., Interaktive Kompetenz und Identität, Pathmos, Düsseldorf 1979.*
- Plaum, E.F., Eklektizismus in der Psychologie, Aktuelle Diskussionsbeiträge, Asanger, Heidelberg 1988.*

- Plaum, E.F., Einführende Bemerkungen des Herausgebers, in: *Plaum* (1988).
- Pritz, A., Petzold, H.G., Der Krankheitsbegriff in den psychotherapeutischen Schulen, Junfermann, Paderborn 1991.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., The transtheoretical approach, in: *Norcross* (1986) 163-200.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., Theoretical Integration. The Transtheoretical Approach, in: *Norcross, Goldfried* (1992) 292-325.
- Radebold, H., Therapeutische Arbeit mit älteren und alten Menschen durch Sozialarbeiter, in: *Petzold, Bubolz* (1979) 329-342.
- Radke-Yarrow, M., Sherman, T., Hard growing: Children who survive, in: *Rolf et al.* (1990) 97-119.
- Ramin, G., Inzest und sexueller Mißbrauch, Junfermann, Paderborn 1992.
- Rank, O., Ferenczi, S., Entwicklungsziele der Psychoanalyse. Zur Wechselbeziehung von Therapie und Praxis, Intern. Psychoanal. Verlag, Wien 1924.
- Reich, W., Charakteranalyse, Kiepenheuer und Witsch, Köln 1970; Fischer, Frankfurt 1973.
- Reinecker H., Schiepek, G., Gunzelmann, T., Integration von Forschungsergebnissen: Meta-Analysen in der Psychotherapieforschung, *Zeitschrift für klinische Psychologie* 18 (1989) 101-106.
- Rhode-Dachser, Ch., Feindbilder in der Psychoanalyse, *Forum der Psychoanalyse* 6 (1990) 135-146.
- Rhode-Dachser, Ch., Expedition in den dunklen Kontinent. Weiblichkeit im Diskurs der Psychoanalyse, Springer, Heidelberg 1991.
- Richter, H.E., Lernziel Solidarität, Rowohl, Reinbek 1974.
- Richter, K.F., Fallner, H., Kreative Medien in der Supervision, Hille, Remscheid 1989.
- Ricœur, P., De l'interprétation. Essai sur Freud, Paris 1965; dtsh. Die Interpretation. Versuch über Freud, Suhrkamp, Frankfurt 1969.
- Riemann, F., Grundformen der Angst, Ernst Reinhard Verlag, München 1972, 1975.
- Rillaer, J. van, Les illusions de la psychanalyse, P. Mardaga, Brüssel 1980.
- Robins, L., Rutter, M., Straight and devious pathways from childhood to adulthood, Cambridge University Press, Cambridge 1990.
- Rocheblave-Spenlé, A.M., La notion de rôle en psychologie sociale, P.U.F., Paris 1962.
- Rolf, J., Masten, A.S., Cicchetti, D., Nuechterlein, K.H., Weintraub, S. (eds.), Risk and protective factors in the development of psychopathology, Cambridge University Press, Cambridge 1990.
- Rosenblatt, D., „Ins Fleisch beißen“, *Gestalt Kritik* 1 (1993 Köln) 6-9.
- Rosenthal, R., Jacobson, E., Pygmalion im Klassenzimmer, Beltz, Weinheim 1971.
- Rost, W.D., Psychoanalyse des Alkoholismus, Klett-Cotta, Stuttgart 1987.
- Russelman, G.H.E., Van James Watt tot Sigmund Freud, Van Loghum Slaterus, Deventer 1983.

- Rutter, M., Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder, *British Journal of Psychiatry* 147 (1985a) 598-611.
- Rutter, M., Family and school influences on behavioral development, *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 26 (1985b) 349-368.
- Rutter, M., Studies of psychosocial risk. The power of longitudinal data, Cambridge Univ. Press, Cambridge 1988.
- Rutter, M., Rutter, M., Developing minds. Challenge and continuity across the life span, Penguin Books, London 1992.
- Rutter, P., Verbotene Nähe, Econ, Düsseldorf 1991.
- Sachs, H., Die Lehranalyse, in: Zehn Jahre Berliner Psychoanalytisches Institut, Int. Psychoanal. Verlag, Wien 1930
- Sachse, R., Zielorientierte Gesprächstherapie, Hogrefe, Göttingen 1992a.
- Sachse, R., Differential effects of processing proposals and content references on the explication process of clients with different starting conditions, *Psychotherapy Research* 2 (1992b) 235-251.
- Sameroff, A.J., Emde, R.N., Relationship disturbances in early childhood, Basic Books, New York 1989.
- Sandler, A., Die Beziehung zwischen psychoanalytischen Konzepten und psychoanalytischer Praxis, *Psyche* 37 (1983) 577-595.
- Sandler, A., Einführende Bemerkungen über die Vermittlung psychoanalytischer Kenntnisse und Fähigkeiten, *Psychoanalysis in Europe, Bulletin* 28 (1987) 131-137.
- Sarason, I.G., Sarason, B.R., Social support: Theory, research and applications, Nijhoff, Dordrecht 1985.
- Saup, W., Konstruktives Altern, Hogrefe, Göttingen 1991.
- Schechter, D., Problems of training analysis: A critical review of current concepts, *J. of the American Academy of Psyc.* (1979) 359-373.
- Schelp, T., Kemmler, L., Emotion und Psychotherapie, Huber, Bern 1988.
- Schmid, R., Psychoanalytische Tätigkeit in der Bundesrepublik Deutschland - Praxisstudie DGPPT, DGPPT-Geschäftsstelle, Hamburg 1988.
- Schmitz, H., Leib und Gefühl. Materialien zu einer philosophischen Therapie, Junfermann, Paderborn 1989.
- Schneider, K., Das Experiment in der Gestalttherapie, *Integrative Therapie* 3 (1979) 192-207.
- Schnyder, U., Sauvant, J.-D., Krisenintervention in der Psychiatrie, Huber, Bern 1993.
- Schrey, H.-H., Von der Odyssee eines Begriffs: Gedanken zur Kategorie der Entfremdung, *Evangelische Kommentare* 6 (1973) 601-603.
- Schreyögg, A., Supervision - ein integratives Modell. Lehrbuch zu Theorie & Praxis, Junfermann, Paderborn 1992.
- Schreyögg, A., Selbsterfahrung in der Ausbildung von Supervisoren - und in Relation zur Therapiedidaktik, *Gruppendynamik* 3 (1993) 3-17.
- Schreyögg, A., Prozesse der Organisationsentwicklung - Kultur- und Strukturanalyse von FPI und EAG, in: Petzold, Sieper (1993a) 25-42.
- Schreyögg, A., Supervision - Didaktik & Evaluation, Junfermann, Paderborn 1994.

- Schubert, K., Überblick über den Anwendungsbereich und die Indikation der Gestalttherapie, *Integrative Therapie* 2/3 (1983) 239-247.
- Schuch, B., Zum gegenwärtigen Stand der Social-Support-Forschung, *Gruppendynamik* 2 (1990) 221-234.
- Schuch, W., Über Persönliches im Werk von Sandor Ferenczi, *Integrative Therapie* 1/2 (1990) 134-152.
- Schwab, R., Gesprächspsychotherapie, in: Schmidt, L.R. (Hrsg.), Lehrbuch der klinischen Psychologie, Enke, Stuttgart 1984.
- Schwaber, E.A., Psychoanalytic listening and psychic reality, *Int. Rev. Psychoanal.* 10 (1983) 379-392.
- Schwaber, E.A., Reconstruction and perceptual experience: further thoughts on psychoanalytic listening, *J. Amer. Psychoanal. Assoc.* 34 (1986) 911-932.
- Schweinsberg-Reichard, I., Performanz, Scriptor, Frankfurt 1985.
- Schwendter, R., Totale Institutionen, *Gestalt und Integration* 2 (1990) 64-71.
- Seligman, M.E.P., Helplessness, Freeman, San Francisco 1978.
- Shepard, M., Fritz: An intimate portrait of Fritz Perls and Gestalt therapy, Bantam, New York 1976.
- Sieper, J., Bildungspolitische Hintergrunddimensionen für Integrativ-agogische Arbeit an FPI und FPA, *Integrative Therapie* 3/4 (1985) 340-359.
- Signer, R., Autonomie oder Anpassung, *Gestalt-Bulletin* 1 (1986) 60-70.
- Simenauer, E., Aktuelle Probleme der Lehranalyse, *Psyche* 38 (1984) 289-306.
- Skolek, R., Die Lehranalyse in der Analytischen Psychologie C.G. Jungs, dieses Buch.
- Smith, H.F., Cues: The perceptual edge of the transference, *Int. J. Psychoanal.* 71 (1990) 219-228.
- Spiegel-Rösing, I., Petzold, H.G., Die Begleitung Sterbender, Theorie und Praxis der Thanatotherapie, Junfermann, Paderborn 1984, 1992².
- Steiner, H., Symbolische Interaktion, Klett, Stuttgart 1973.
- Stephan, I., Die Gründerinnen der Psychoanalyse. Eine Entmythologisierung Sigmund Freuds in zwölf Frauenportraits, Kreuz, Stuttgart 1992.
- Stern, D.N., The interpersonal world of the infant, Basic Books, New York 1985; Die Lebenserfahrung des Säuglings, Klett-Cotta, Stuttgart 1992.
- Stevens, J.O., Die Kunst der Wahrnehmung, Kaiser, München 1975a.
- Stevens, J.O. (ed.), Gestalt is, Real People Press, Moab, Utah 1975b.
- Strauss, A.L., A social world perspective, in: Denzin, M.K., Studies in symbolic interaction, Vol. I, JAI Press, Greenwich 1978, 119-128.
- Streeck, U., Werthmann, H.-V. (Hrsg.), Lehranalyse und psychoanalytische Ausbildung, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1992.
- Stroebe, W. et al., Sozialpsychologie, Springer, Berlin 1992².
- Strupp, H.H., Psychotherapie: Einige Bemerkungen zu Forschung, Ausbildung und Praxis, in: Amelang (1987) 535-545.
- Strupp, H.H., Die klassische Psychoanalyse ist ein Auslaufmodell. Interview, *Psychologie Heute* 6 (1992) 29-31.
- Strupp, H.H., Psychotherapie: Zeitgenössische Strömungen, *Psychotherapieforum* 1 (1993) 1-8.
- Strupp, H.H., Binder, J.L., Psychotherapy in a new key, Basic Books, New York 1984; dtsh. Kurzpsychotherapie, Klett-Cotta, Stuttgart 1991.

- Strupp, H.H., Henry, W.P., Schacht, T.E., Patient and therapist introject, interpersonal process, and differential psychotherapy outcome, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58 (1990) 768-774.
- Svartberg, M., Stiles, T.C., Therapeutic alliance, therapist competence, and client change in short-term anxiety-provoking psychotherapy, *Psychotherapy Research* (1994) im Druck..
- Tatschmurat, C., Arbeit und Identität. Zum Zusammenhang zwischen gesellschaftlichen Lebens- und Arbeitsbedingungen weiblicher Identitätsfindung, Frankfurt 1980.
- Tavris, G., Der Streit um die Erinnerung, *Psychologie Heute* 6 (1994) 20-30.
- Tholey, P., Gestalt Therapy made-in-USA and made elsewhere, *Gestalt Theory* 2 (1984) 171-174.
- Tholey, P., Deshalb Phänomenologie! Anmerkungen zur phänomenologisch-experimentellen Methode, *Gestalt Theory* 2 (1986) 144-163.
- Thomä, H., Identität und Selbstverständnis des Psychoanalytikers, *Psyche* 31 (1977) 1-42.
- Thomä, H., Psychohistorische Hintergründe typischer Identitätsprobleme deutscher Psychoanalytiker, *Forum der Psychoanalyse* 2 (1986) 1-10.
- Thomä, H., Die unendliche Lehranalyse als Supertherapie, in: Streeck, Werthmann (1992) 131-161.
- Thomas, G., Unterschicht, Psychosomatik & Psychotherapie, Junfermann, Paderborn 1986.
- Thomas, R.M., Counseling the life span-development, Sage Publications, Newbury Park 1990.
- Thommen, B., Ammann, R., Cranach, R. von, Handlungsorganisation durch soziale Repräsentationen, Huber, Bern 1988.
- Thorne, C.F., Eklektische Psychotherapie, in: Petzold (1982g¹) 135-160.
- Torrey, E.F., The mind game, witch doctors and psychiatrists, Emerson Hall, New York 1972.
- Traue, H.C., Gefühlsausdruck, Hemmung und Muskelspannung unter sozialem Streß, Hogrefe, Göttingen 1989.
- Traue, H., Gehemmte Expressivität, Arousal und soziale Unterstützung, in: Haisch, Zeitler (1991) 345-360.
- Treurniet, N., Über einige der psychoanalytischen Ausbildungssituation inhärente Verwundbarkeiten, in: Streeck, Werthmann (1992) 111-130.
- Troisfontaines, R., De l'existence à l'être. La philosophie de Gabriel Marcel, Löwen 1968.
- Tscheulin, D., Gemeinsame Grundelemente in verschiedenen Therapieformen, in: Rey, E.R., Klinische Psychologie, G. Fischer, Stuttgart 1980.
- Tscheulin, D., Therapeutenmerkmale in der Psychotherapie, in: Bastine et al. (1982) 411-417.
- Tschuschke, V., Wirkfaktoren stationärer Gruppentherapie, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1993.
- Ulich, D., Haufser, K., Mayring, P., Strehmel, P., Kandler, M., Degenhardt, B., Psychologie der Krisenbewältigung. Eine Längsschnittuntersuchung mit arbeitslosen Lehrern, Beltz, Weinheim 1985.

- Unruh, D.R., *Invisible lives. Social worlds of the aged*, Sage Publications, Beverly Hills 1983a.
- Unruh, D.R., *Death and personal history: strategies of identity preservation*, *Social Problems* 30 (1983b) 3-17.
- Vergopoulos, T., Welche Vor- und Nachteile hat es, parallel zur Supervision in Analyse zu sein? *Europ. Psychoanal. Fed. Bull.* 32 (1989) 81-91.
- Wallerstein, R.S. (Hrsg.), *Veränderungen bei Analytikern und in der Analytikerausbildung*, Schriftenreihe der Int. Ps. Vereinigung, Bd. 4, 1984.
- Wallerstein, R.S., *Forty-two lives in treatment: A study of psychoanalysis and psychotherapy*, Guilford Press, New York 1986.
- Wallerstein, R.S., *The psychotherapy research project (PRP) of the Menninger Foundation: An overview*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57 (1989) 195-205.
- Walter, H.-J., *Walter, I.*, Die klinische Psychologie muß 'Gestalt' annehmen, *Psychologie Heute* 6 (1979) 45-55.
- Weiner, M., *Therapist disclosure. The use of the self in psychotherapy*, Butterworth, Boston 1978.
- Weinshel, E.M., *The functions of the training analysis and the selection of the training analysis*, *Int. Rev. Psychoanal.* 9 (1982) 434-444.
- Weller, W., *Meier-Räder, D.*, Arbeits- und Tätigkeitsfeld von Gestalttherapeuten in der BRD, *Gestalt und Integration* 1 (1990) 91-105.
- Wells, G. L., *Loftus, E. F.*, *Eyewitness Testimony: psychological perspectives*, Cambridge Univ. Press, Cambridge 1984.
- Werner, E.E., *Smith, R.S.*, *Vulnerable but invincible. A longitudinal study of resilient children and youth*, McGraw-Hill, New York 1982.
- Weigand, W., *Sozialarbeit – das Ursprungsland der Supervision*, *Integrative Therapie* 3/4 (1989) 248-259.
- Westmeyer, H., *Diagnostik und therapeutische Entscheidung: Begründungsprobleme*, in: *Jüttemann, G.*, *Neue Aspekte klinisch-psychologischer Diagnostik*, Hogrefe, Göttingen 1984.
- White, R.W., *Motivation reconsidered: the concept of competence*, *Psychological Review* 66 (1959) 297-333.
- Wilke, H.-J., *Über die Schwierigkeiten, eine hinreichend gute Lehranalyse zu machen*, in: *Streeck, Werthmann* (1992) 41-51.
- Winnicott, D.W., *Vom Spiel zur Kreativität*, Klett, Stuttgart 1973.
- Winnicott, D.W., *The maturational process and the facilitating environment: studies in the theory of emotional development*, Hogarth Press, London, 1965, 1972²; *dtsh. Reifungsprozeß und fördernde Umwelt*, Kindler, München 1974.
- Winnicott, D.W., *Die Entwicklung und Fähigkeit der Besorgnis*, in: *idem* (1974).
- Wirbel, U., *Verletzungen in der Therapie*, *Integrative Therapie* 4 (1987) 407-423.
- Wiswede, G., *Rollentheorie*, Kohlhammer, Stuttgart 1977.
- Wittchen, H.-U., *Fichter, M.M.*, *Psychotherapie in der Bundesrepublik*, Beltz, Weinheim 1980.
- Wurmser, L., *Die zerbrochene Wirklichkeit*, Springer, Heidelberg 1989.

- Yalom, I.D.*, Therapie und Praxis der Gruppenpsychotherapie, Pfeiffer, München 1989.
- Zehnder-Juvalta, M.*, Sexuelle Übergriffe in der Psychotherapie, *Gestalt* 8 (Zürich, 1990) 12-25.
- Zeppelin, I. von, Moser, U.*, Träumen wir Affekte? Teil I: Affekte und manifestester Traum, *Forum Psychoanal.* 3 (1987) 143-152.
- Zielke, M.*, Da staunt der Laie und der Fachmann wundert sich, *Psychologie Heute* 1 (1980) 60-63.
- Zielke, M.*, Lientherapie, in: *Bastine et al.* (1982) 232-236.
- Zimmer, D.* (Hrsg.), Die therapeutische Beziehung, edition psychologie, Weinheim 1983.
- Zimmer, D.*, Empirische Ergebnisse der Therapieforschung zur Therapeut-Klient-Beziehung, in: *Zimmer* (1983) 12-28.