

# POLYLOGE

Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“  
(peer reviewed)

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

2001 gegründet und herausgegeben von:

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

In Verbindung mit:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Polyloge ISSN 2511-2732

Ausgabe 27/2019

Das "neue" Integrationsparadigma in Psychotherapie  
und klinischer Psychologie und die "Schulen des  
Integrierens" in einer "pluralen therapeutischen Kultur"

*Hilarion G. Petzold (1992g/Neueinst.2019).\**

---

\* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung, Hückeswagen (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper. Mail: [forschung@integrativ.eag-fpi.de](mailto:forschung@integrativ.eag-fpi.de), oder: [info@eag-fpi.de](mailto:info@eag-fpi.de), Information: <http://www.eag-fpi.com>). Diese Arbeit hat die Sigle 1992g/Neueinst. 2019 und ist erschienen in: *Integrative Therapie*, Bd. II, 2 (1992a), 927-1040; (2003a, Neuauflage), 701 – 1037. Paderborn: Junfermann

**Zusammenfassung: Das "neue" Integrationsparadigma in Psychotherapie und klinischer Psychologie und die "Schulen des Integrierens" in einer "pluralen therapeutischen Kultur" (1992g/2019)**

Dieser klassische Artikel war die erste deutschsprachige Arbeit, die die Integrationsbewegung in der modernen Psychotherapie analysiert und dargestellt hat und für sie den Begriff des „**neuen Integrationsparadimas**“ eingeführt hat. Es werden die verschiedenen Möglichkeiten des Integrierens in diesen Paradigma beschrieben.

**Schlüsselwörter:** Methodenintegration in der Psychotherapie, Eklektizismus, Therapieschulen, Integrationsmodelle, *Integrative Therapie*

**Summary: The "New" Integration Paradigm in Psychotherapy and Clinical Psychology and the "Schools of Integration" in a "Plural Therapeutic Culture" (1992g/2019)**

This classic article was the first German-language work that analyzed and presented the integration movement in modern psychotherapy and introduced for it the concept of the "new paradigm of integration". It describes the different ways of integrating in this paradigm.

**Keywords:** method integration in psychotherapy, eclecticism, therapy schools, models of integration, *integrative therapy*

# Das „neue Integrationsparadigma“ in Psychotherapie und klinischer Psychologie und die „Schulen des Integrierens“ in einer „pluralen therapeutischen Kultur“

(1992g)\*

„Es braucht Mut und vielleicht ein Stück Narrheit, zu versuchen, ein Architekt von Systemen zu sein; aber wir hoffen, daß am Horizont für Psychologie und Psychotherapie einige solcher mutigen ‚Narren‘ auftauchen“,  
Ford, Urban (1964, 690)

*Integration* (von lat. *integer* = ganz, vollständig, unverletzt) bedeutet die Zusammenfassung differenzierter oder disparater Teile zu einem übergeordneten Ganzen bzw. das Lösen von Problemen und Aufgaben auf höherer Strukturebene. Über *Spencers* Auffassung der Integration als *Aggregation*, als Zusammenballung und Anlagerung von Materialien hinausgehend, sehen wir

„Integrieren als einen Prozeß, dessen Folge eine *Ganzheit* (nicht *das* Ganze) ist, in der Differentes nicht eingeschmolzen, eingeebnet wird, sondern erkennbar bleibt. Es geht um Verbindungen von Zerstreutem, Unterschiedlichem durch Vernetzungen, Synopsen, Synergieeffekte, so daß durch die *kokreative* Wirkung der Teilaspekte Sinnbezüge hergestellt werden und Innovationen geschehen, ein *Novum* auftauchen kann. Damit werden die Begriffe *Differenzierung*, *Integration* und *Kreation* in einen dialektischen Bezug gestellt“ (Petzold 1975h, 8, vgl. 1990b).

Der in dieser Form bestimmte Integrationsbegriff wird den Überlegungen des vorliegenden Textes zur Integrationsfrage in der Psychotherapie, der auf dem Hintergrund des Faktums einer „*pluralen therapeutischen Kultur*“ und aus dem Engagement für eine solche (idem 1991g) geschrieben wurde, als Leitkonzept vorangestellt. Da jedoch Psychotherapie und klinische Psychologie im sozialen Miteinander stehen, in „*scientific and professional communities*“ organisiert sind, ist es nützlich, noch auf eine andere Bedeutung des Integrationsbegriffes zu verweisen: In der Staatslehre bedeutet Integration die ständige Selbsterneuerung des Staates durch die gegen-

\* Um einige Literatur von 1993 ergänzt.

seitige Durchdringung aller auf ihn gerichteten Aktivitäten, so daß die Einheit des Sozialsystems gewährleistet wird, solange ein konfliktfreies oder doch konfliktlösendes, kooperatives Zusammenwirken von funktional-differenzierten Elementen und Betätigungen möglich ist, und zwar aufgrund ihres sich gegenseitig ergänzenden Charakters. Nur ein solches Integrationskonzept ermöglicht eine „*plurale therapeutische Kultur*“. Es erfordert zwischen den therapeutischen Richtungen eine „Politik des runden Tisches“ (Petersen 1982, 177).

Schließlich geht es in Psychotherapie und klinischer Psychologie um den Menschen, und der ist ein differenzierendes und integrierendes Wesen (Gebser 1973). „In der Integration liegt die Möglichkeit, die eigene Identität zu transzendieren, indem der Mensch befähigt wird, die Welt und den anderen in sich aufzunehmen, ohne sich dabei zu verlieren“ (Petzold 1975a, 2). Es wird hier eine anthropologische Perspektive eingebracht, denn „Behandlung kann heute nicht mehr in Psycho- und Somatotherapie polarisiert werden, sondern muß auf den *g a n z e n M e n s c h e n*, seinen Leib, seinen seelisch-emotionalen Bereich und seine geistigen Strebungen abzielen. Sie muß Somatotherapie, Psychotherapie und Nootherapie zugleich sein. Dabei darf nicht vergessen werden, daß der Mensch nicht ohne seinen ‚Hintergrund‘, sein soziophysikalisches Umfeld verstanden werden kann. Da die Therapie pathologischer Zustände auch immer eine Therapie des pathogenen Umfeldes erfordert, können soziotherapeutische Aspekte und politische Fragestellungen nicht ausgeklammert werden. Die herkömmlichen Behandlungsverfahren sind, für sich genommen, für eine derart komplexe Aufgabe, wie sie sich aus der Forderung nach einem integrativen Ansatz ergibt, nicht ausgerüstet. Die Chance liegt in übergreifender Kooperation“ (idem 1975k, 2; vgl. schon idem 1965).

Psychologie ist eine „*Integrationswissenschaft*“, nicht nur, weil sie vielfältige Wissensgebiete und Quellen zusammenbringt, wie das besonders an ihren Anfängen durch die Arbeiten von *William James* (1890) oder *J. M. Baldwin* (1891) deutlich wird, sondern weil sie sich mit dem Menschen als integrierendem befaßt, der sich im Prozeß der Verinnerlichung der wahrgenommenen Welt über das Leben hin, in der *Lebensspanne* zu einer Persönlichkeit mit einer je spezifischen Identität ausbildet, wie auch *Freud* in „*Massenpsychologie*“

und Ich-Analyse“ betont: „Im Fortschritt der Entwicklung vom Kinde zum reifen Erwachsenen kommt es überhaupt zu einer immer weitergreifenden Integration der Persönlichkeit“ (Freud 1921, GW XIII, 85, Fußnote). Klinische Psychologie und Psychotherapie in Sonderheit sind Integrationsdisziplinen, nicht nur, weil sie durch die Existenz zahlreicher therapeutischer Schulen in der gegenwärtigen „pluralen therapeutischen Kultur“ ein gigantisches Material an Wissen, Kenntnissen und Methoden zu integrieren hätten, sondern wesentlich, weil sie sich mit dem „Desintegrierten“, dem Menschen in Konflikten, Problemen, Zerrissenheiten, in Krankheit, Not und Leid zu befassen haben mit dem Ziel, über eine „*restitutio in sano*“, eine Wiederherstellung der Gesundheit hinaus, eine „*restitutio ad integrum*“, eine Wiederherstellung der Integrität zu bewirken. Dieses Wissen um das einheitliche, ungetrennte, „integrierte“ Zusammenwirken der verschiedenen, psychischen Prozesse in der Person und um die Notwendigkeit, das Desintegrierte wieder zu einem Ganzen zu verbinden, ließ den Nestor der klinischen Psychologie, Pierre Janet, dessen Lebenswerk seit dem letzten Dezennium des 19. Jahrhundert bis zu seinen späten Arbeiten Ende der 30er Jahre dem Paradigma von *Differenzierung und Integration* verpflichtet war, zum Begriff der „*Integrationspsychologie*“ finden (nicht zu verwechseln mit der von E. R. Jaensch begründeten Richtung der Charakterkunde).

Der Begriff *Integration* wird in unserem Kontext schließlich wichtig im Hinblick auf die Person des Therapeuten und des klinischen Psychologen selbst. In professioneller Hinsicht wird er am Pulsschlag seiner Wissenschaft bleiben müssen, um ihre Fortschritte und die ihrer Nachbardisziplinen aufzunehmen und zu integrieren. In seiner Praxis wird er das Material seiner Patienten, seine Resonanz darauf und die „Bedingungen und Erfordernisse des Feldes“ (Lewin) zu integrieren haben. Als Person muß er selbst in den Prozessen von *Differenzierung, Integration* und *Kreation* stehen, „denn man wird einen Menschen nie weiterbringen, als man selbst gegangen ist, und man kann ihm keine Dinge zeigen, auf die man nicht selbst geschaut hat. *Integration* und *Kreation* werden in der Teilhabe vermittelt, und so sind die eigene Kokreativität und die eigene Differenzierungs- und Integrationsarbeit des Therapeuten Grundvoraussetzung jeder therapeutischen Arbeit, soll sie Erfolg

haben“ (Petzold 1970c, 2). Dieses Konzept der „*integration permanente*“ (ibid.) als persönlicher Lebensstil, professionelle Haltung und wissenschaftliches Leitprinzip hat die Arbeit des Autors des vorliegenden Werkes, die Entwicklung des von ihm begründeten *Verfahrens* der „*Integrativen Therapie*“ mit ihren verschiedenen *Methoden* und die Form seiner klinischen, agogischen, ja gesundheits- und berufspolitischen Aktivitäten grundlegend bestimmt (Zundel 1987; Sieper, Schmiedel 1992).

## 1. Überlegungen zum Paradigmakonzept im klinischen und professionellen Kontext

„Die Selbstverständlichkeit aller Integration humanistischer Wissenschaft und Pragmatik ist die Tatsache, daß der Mensch, der sein Leib *ist*, als Individual- und Sozialorganismus in seiner (Um)welt sich darstellend und darin handelnd immer diese Einheit ist, die nur aufgrund der möglichen Vielfalt symbolischer Umschreibung immer wieder partiell und desintegriert betrachtet wird“  
(E. Frühmann 1980, 249).

Von einem „*neuen*“ *Integrationsparadigma* zu sprechen bedarf der Begründung, zumal der Paradigmabegriff, wie er von *Thomas Kuhn* (1962) in der Rekonstruktion einer naturwissenschaftlichen Disziplin erarbeitet wurde, in den Human- und Sozialwissenschaften oft inflationär gebraucht worden ist. Ob er auf ideographische oder historisch-kritische Wissenschaften – und insbesondere die Psychologie – überhaupt angewandt werden kann, ist mit guten Gründen immer wieder bezweifelt worden (Westmeyer 1977). *W. Schmidt* (1981) konnte jedoch zeigen, daß die *Kuhnsche* Theorie sich auch für die Erhellung der Wissenschaftsdynamik der „*allgemeinen Psychologie*“ verwenden läßt. Für die *Psychotherapie* und die *klinische Psychologie* sind indes einige Einwände zu machen, die die Brauchbarkeit der „*Theorie wissenschaftlicher Revolutionen*“ einschränken. Drei seien genannt:

- Beide Disziplinen sind nicht nur Wissenschaften (deren Status, obwohl wir sie in diesem Beitrag vielfach gleichordnen, jeweils separat zu bestimmen wäre), sie sind auch Behandlungsansätze, *Praxeologien*. Es müßten damit auch „*Muster des Behandelns*“ mit

ihren Begründungskonzepten erfaßt werden, um *klinische Paradigmen* zu rekonstruieren.

- Hinter den klinischen Disziplinen stehen nicht nur „*scientific communities*“ oder „*communities of investigators*“, die ein Paradigma bzw. eine „disziplinäre Matrix“ (Kuhn 1976, 186), die sich in komplexen Prozessen der Konsensfindung stabilisiert hat, tragen, sondern auch „*professional communities*“ (Petzold 1991h; dieses Buch S. 1031, 1037). Diese vertreten die – zumeist wirtschaftlichen, aber auch die ideellen – „Interessen einer Profession“ (bei der Psychotherapie sind es hierzulande zumindest zwei recht divergierende wissenschaftliche und berufliche Gemeinschaften: Ärzte und Psychologen).
- Die Zersplitterung der Psychotherapie und klinischen Psychologie in kleinere, relativ geschlossene „*scientific communities*“, die untereinander wenig an Verbindung haben – z. B. Psychoanalytiker, Verhaltenstherapeuten, humanistisch-psychologisch orientierte Therapeuten – macht es schwierig, den Paradigmenbegriff Kuhns und insbesondere seine Begründung durch das Konzept „wissenschaftlicher Revolutionen“ für dieses heterogene Feld zur Anwendung zu bringen, es sei denn, man wolle – wie Westmeyer (1977) es für die Psychologie getan hat – für Psychotherapie und klinische Psychologie annehmen, sie befänden sich noch nicht im Stadium „reifer Wissenschaft“, sondern in Kuhns Phase der „Proto-Wissenschaft“.

Faßt man Psychotherapie und klinische Psychologie aber als „Sozialwissenschaften“ – und beide Disziplinen sind als solche anzusehen, obgleich sich bei allen Gemeinsamkeiten auch bedeutende Unterschiede finden lassen, je nach dem, auf welche psychotherapeutische Schulen und welche Richtungen der klinischen Psychologie man sich bezieht –, dann muß der Paradigmenbegriff „weicher“ gefaßt werden, und die Charakteristik des „*Paradigmenwechsels*“ wird sich als weniger „revolutionär“ erweisen. Grundsätzliche „*Revolutionen*“ in einem wissenschaftlichen Feld wie der Psychologie, Soziologie oder Psychotherapie, die Basisannahmen gänzlich umstoßen und zu „völligem Umdenken“ zwingen würden, sind selten. B. Schmidt (1981) sieht nur die Gestaltpsychologie als eine psychologische Richtung in der deutschen Psychologie, die ein neues Paradigma begründet hat. Für die *Psychotherapie* könnte man

das Einführen einer körperorientierten Behandlungstechnik durch *Ferenczi*, *Groddeck* und *Reich* als einen Paradigmenwechsel bezeichnen oder die „kognitive Wende“ in der Verhaltenstherapie, wenngleich dies keine Umwälzungen waren, die neue **Grundorientierungen** hervorbrachten, wie etwa das Aufkommen der *systemischen* Therapieformen, denn auch die „Neuen Körpertherapien“ (*Petzold* 1977n) blieben zum überwiegenden Teil dem tiefenpsychologischen, klinischen Paradigma verpflichtet.

Es ist deshalb vielleicht sinnvoll, mit Blick auf *Reichweite* und *Eingriffstiefe* der Veränderung durch wissenschaftliche Innovationen von *Makro-*, *Meso-* und *Mikroparadigmen* zu sprechen, um die *Kuhnsche* Gedankenlinie auf die Felder der Psychotherapie und klinischen Psychologie zuzupassen. Der inflationäre Gebrauch des Paradigmbegriffes würde so einer spezifizierenden Betrachtungsweise Platz machen, und die von einer konkreten „*scientific community*“ erlebten Umbrüche (wie etwa das Aufkommen der Ich-Psychologie, der Objekt-Beziehungs-Theorie oder der Selbstpsychologie in der Psychoanalyse) könnten dann als „Wechsel eines Meso-paradigmas“ gewertet werden, weil – obwohl einschneidend – die tiefenpsychologischen Basisperspektiven, das *konzeptuelle „Zentrum“* (z. B. das Konzept des Unbewußten oder der Übertragungs-/Gegenübertragungs-Konfiguration) nicht außer Kraft gesetzt wurden.

Als Beurteilungskriterien dafür, was Makro-, Meso- und Mikroparadigmen umfassen, müßten *internale Bewertungsparameter* aus der „*scientific and professional community*“ selbst herangezogen werden und dazu *externale Parameter* aus der Metaperspektive der klinischen Psychologie oder – einer noch zu etablierenden Disziplin – der „*vergleichenden Psychotherapiewissenschaft*“.

Für den Kontext wissenschaftlich begründeter, klinischer und psychosozialer Interventionsdisziplinen möchten wir den Begriff des „*klinischen Paradigmas*“ vorschlagen, weil neben den wissenschaftlichen immer auch praxeologische Perspektiven einbezogen werden müssen und berufs- und gesundheitspolitische Einflußgrößen zum Tragen kommen.

»Wir sehen ein „*klinisches Paradigma*“ als fungierende, aus Praxiserfordernissen des Feldes formierte und aus informellen und formalen Ko-respondenzprozessen bzw. Diskursen herausgebildete „*Schemata*“ des Wahrnehmens, Empfindens, Verstehens, Bewertens, Erklärens und Handelns, die mit unterschied-

licher Reichweite und Geltungskraft (Makro-, Meso-, Mikroparadigmen) für die Gesamtdisziplin, ihren „body of knowledge“ (Forschungskonzepte und -methoden, Theorien), ihre Praxiskonzepte (Interventionsstrategien, Behandlungsmethoden bzw. -techniken), ihre Interessen und Werte umfassen. Klinische Paradigmen zeigen sich in „sozialen Repräsentationen“, d. h. kollektiven, kognitiven Mustern bzw. „social worlds“ und ihren Manifestationen (z. B. Kongressen, Journals, Gebühren- und Ausbildungsordnungen usw.), weiterhin in den wissenschaftlichen bzw. professionellen Konsensgemeinschaften und in dem von ihnen beeinflussten gesellschaftlichen Raum.«

Den Begriffen der „sozialen Repräsentation“ (Moscovici 1984) und der „social world“ (Strauss 1978; Petzold, Petzold dieses Buch, S. 880) als „kollektiven Stilen des Denkens und Bewertens“ kommt in diesem Zusammenhang ausschlaggebende Bedeutung zu, denn das, was ein Paradigma ist, erweist sich abhängig von auf verschiedenen Niveaus erfolgenden, gesellschaftlichen Bewertungsprozessen. Bei einer solchen Definition finden sich im Felde der Psychotherapie und klinischen Psychologie verschiedene *konkurrierende Paradigmen*, und sie konkurrieren keineswegs oder vorwiegend im Bereich der wissenschaftlichen Wirklichkeitserklärung, sondern auch im Bereich der Einflußsphären, Territorien, Machtpositionen und Märkte, wie derzeit die Bestrebungen zur Neuordnung und Verrechtlichung der Psychotherapie und klinischen Psychologie in den anlaufenden Prozessen der Legislatur europaweit zeigen. Wie sehr dabei *regionale „scientific and professional communities“* mit ihren verschiedenen Traditionen, Einflußmöglichkeiten und Interessenlagen differieren können, wird dabei in eindrucksvoller Weise evident. So stellt das von der Bundesregierung in Deutschland mit Blick auf die Vorbereitung eines Psychotherapeutengesetzes in Auftrag gegebene Gutachten (Meyer et al. 1991) zwei **Grundorientierungen** bzw. Hauptströmungen heraus, denen derzeit „Wissenschaftlichkeit“ nach einem spezifischen, nicht näher und kritisch diskutierten Wissenschaftsverständnis, nämlich einem positivistischen, aufgrund theoretischer Elaboration und erwiesener therapeutischer „Effizienz“ – ohne kritische Diskussion des Effizienzbegriffes und der Effizienzkriterien – zugesprochen wird: *Tiefenpsychologisch fundierte bzw. psychoanalytische Therapie und Verhaltenstherapie*. Solche Bewertungen sind im Rahmen des Kuhnschen Theorieansatzes nicht mehr unterzubringen, stellt man unter dem Kriteri-

um der Vergleichbarkeit/Nichtvergleichbarkeit in Rechnung, daß die therapeutische Effizienz von Laien und Selbsthilfegruppen auch empirisch erwiesen (Durlak 1981; Gunzelmann et al. 1987; Zielke 1982) wurde oder daß für die psychoanalytische Standardtechnik hochfrequenter Langzeitanalysen ein positivistischer Effizienzbeweis bislang nicht zu erbringen war oder daß Elaboration und konzeptuelle Kohärenz der Theorie alles andere als ein Nachweis von wissenschaftlicher Wahrheit sein muß (dieses Buch, S. 39f).

Der Autor hat in der auf seine Initiative hin begründeten „Arbeitsgemeinschaft psychotherapeutischer Fachverbände“ in der Bundesrepublik Deutschland (1978, AGPF, zuvor AIEP\*; vgl. Coellen 1979, 1980), in der sich ein großer Teil der von den vorgegebenen „Grundorientierungen“ (Psychoanalyse, tiefenpsychologische Psychotherapie, Verhaltenstherapie) nicht erfaßten – quasi ausgegrenzten – Therapieverfahren zusammengeschlossen hat (Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie, Psychodrama, Transaktionsanalyse, Familientherapie, Integrative Bewegungstherapie, Konzentrierte Bewegungstherapie, Musikpsychotherapie, Kunstpsychotherapie), eine **dritte Grundorientierung** bzw. Hauptströmung in Vorschlag gebracht: die *phänomenologisch-hermeneutische Orientierung*, die 1992 von der Delegiertenkammer des BDP als dritte zu vertretende Grundorientierung beschlossen wurde. Unter dieser Bezeichnung finden sich die „*experientiellen*“, zu einem Teil aus der „*Humanistischen Psychologie*“ stammenden Verfahren, leib- und kreativitätstherapeutische Methoden und die letztlich im tiefenpsychologischen Paradigma stehenden, doch von seinen Vertretern nicht akzeptierten Richtungen (z. B. Transaktionsanalyse) zusammen. Als **vierte Grundorientierung** muß die *systemische Therapie* genannt werden. Die vier aufgeführten Gruppierungen entsprechen den derzeitigen niederländischen Regelungen, die die Grundorientierung „*psychoanalytisch*“, „*behavioral*“, „*experientiell*“ und „*systemisch*“ vorsehen. Die Aufteilung in „Grundorientierungen“ ist in sich höchst problematisch und dies auf mehreren Ebenen. Sie suggeriert eine derartige „*grundsätzliche*“ Spezifität, daß kaum vorstellbar scheint, daß so bald noch eine neue „Grundorientierung“ möglich ist. Dabei zeichnen sich derzeit schon zwei starke Strömungen ab: die Grundorientierung „*integrativ*“ (Norcross 1987; Textor 1988; Petzold 1988n), über die dieser Beitrag handelt, und weiterhin die aufgrund hervorragender empirischer Fundierung durch Longitudinalforschung (Rutter 1988; Robins, Rutter 1990; Rolf et al. 1990) zukunftssträchtige Grundorientierung „*klinischer Entwicklungstherapie*“, die aus der *clinical developmental psychopathology* bzw. *clinical developmental psychology* (Achenbach 1982; Garnezy 1983; Sroufe, Rutter 1984; Sameroff, Emde 1989) hervorgeht und zunehmend klinisch-intervenitive Modelle hervorbringt (Kruse 1991; Petzold 1991a).

---

\* AIEP = Arbeitsgemeinschaft interaktionaler und experientieller Psychotherapieverbände, Düsseldorf 1978

## Exkurs: Ordnungsgesichtspunkte – Grundorientierungen, Verfahren, Methoden

»Mit dem Paradigmakonzept könnte man, wenn es sich auf das psychotherapeutische Feld zupassen läßt, eventuell einige Ordnungsgesichtspunkte gewinnen, die *an inhaltlichen* Kriterien ausgerichtet sind und nicht an „Genealogien“, die wenig hergeben – zwischen *Freud* und *Lacan* liegen Welten, zwischen *Kohut* und *Kernberg* sind nicht zu überbrückende Gräben, *Brenner* und *Schafer* reden nicht mehr die gleiche Sprache, und dennoch werden sie alle der Psychoanalyse zugerechnet, obgleich ihre wissenschaftstheoretischen und anthropologischen Positionen grundsätzlich divergieren (die Beispiele ließen sich leicht vermehren). Für die im Rahmen der berufspolitischen Diskussion der letzten Jahre in Mode gekommene Ordnungskategorie „Grundorientierung“ und die Interessengruppen, die sie gebrauchen, zählt offenbar nur das historische Herkommen, nicht aber der theoretische Standort oder die praxeologische Position, und so wird eine Pseudoordnung geschaffen, die allenfalls etwas über „Territorien“ aussagt, auf die Vertreter von „professional communities“ einen Grundsatzanspruch anmelden und vertreten. In der tiefenpsychologischen, behavioralen, systemtheoretischen „Grundorientierung“ – so es denn solche gibt – wird äußerst Divergierendes zusammengeworfen: *elaborierte Verfahren* unterschiedlichen Hintergrundes (von *Wolpe* bis *Bandura*, von *Rachman* bis *Kanfer*), *erprobte Methoden* mit wenig theoretischem Background, zuweilen bloße Techniken. Ich finde folgendes Ordnungsschema nützlich (*Petzold* 1993h):



Nachstehend einige tentative Definitionen:

»**Grundorientierungen** sind historisch im Prozeß der wissenschaftlichen Theoriebildung im Felde der Psychotherapie und klinischen Psychologie gewachsene Makro- oder Meso-Paradigmen, die für **Verfahren** der Psychotherapie bzw. **Methoden** der klinischen Psychologie metatheoretische Grundannahmen (Menschenbild, Ethik etc.) und mit diesen kohärente psychologische Modellvorstellungen (Persönlichkeitstheorie, Entwicklungstheorie, Krankheitslehre etc.) für die Entwicklung einer konsistenten Praxeologie der Krankenbehandlung bereitstellen.«

»**Verfahren** sind im Feld der klinischen Praxis entwickelte theoretische Modellvorstellungen (klinische Mesoparadigmen) über die gesunde und die gestörte Entwicklung der menschlichen Persönlichkeit in ihrem Kontext und über die Möglichkeiten der Beeinflussung ihrer kognitiven, emotionalen, sensumotorischen und sozialen Stile und Verhaltensweisen durch ein systematischerarbeitetes und überprüftes Repertoire von Interventionsmethoden. Durch diese Modellvorstellungen, die in der Regel unter Rückgriff auf „Referenztheorien“ (d. h. auf philosophisches, psychologisches und klinisches Grundlagenwissen aus ‚main streams‘ oder ‚Grundorientierungen‘) erarbeitet werden, wird die Praxeologie des Verfahrens, durch welche

Krankheiten, Störungen und Leidenszustände von Patienten in/mit ihrem Kontext behandelt werden, auf dem Boden wissenschaftlich konsistenter Theorien (z. B. zur Salutogenese und Pathogenese) gestellt, werden klar formulierbare Therapieziele möglich und können Methoden, Formen und Techniken der Beeinflussung von Befindlichkeiten, Leidenszuständen und Krankheiten im Rahmen therapeutischer Beziehungen und supportiver Agenturen der Hilfeleistung (Ambulatorien, Kliniken usw.) systematisch erprobt und empirisch überprüft werden.«

»Methoden sind (der Begriff sagt es) an übergeordneten, theoretischen Prinzipien, d. h. an einer Grundorientierung bzw. an einem Verfahren, ausgerichtete Wege theoriegeleiteten, systematischen Handelns in der Praxis (Mikroparadigmen), ein Gesamt konsistent abgestimmter Praxisstrategien (Interventionsformen, Techniken, Medien, Behandlungsstile, Settings usw.), durch die therapeutische Zielsetzungen, wie sie im Rahmen eines Verfahrens erarbeitet werden (Globalziele von Therapie etwa) und wie sie sich aus der Anwendung eines Verfahrens in der Praxis ergeben (Grob- und Feinziele), unter Bearbeitung der Inhalte einer Therapie mit einem konkreten Menschen in seiner Situation erreicht werden.«

Auf dieser Basis könnte man weiterarbeiten und an eine Elaboration gehen, was nicht Gegenstand dieses Beitrages ist (vgl. Petzold 1993h).

Grundorientierungen sollen in der Vielfalt der Verfahren der Psychotherapie eine Ordnung bringen. Nur stellt sich die Frage: „Welche Ordnung?“ – „In wessen Interesse?“

Das Konzept der „Grundorientierung“ findet sich in der angelsächsischen und französischen Literatur praktisch nicht und ist (aufgrund fehlender Trennschärfe) hierzulande sehr umstritten. Wenn man es verwenden will, muß man derzeit sicher mehr als zwei Grundorientierungen unterscheiden und müssen die Formen der Verhaltenstherapie als Verfahren im Rahmen der Grundorientierung „behaviorale Psychologie“ und die Formen der Psychoanalyse (auch sie ist keine Grundorientierung) als Verfahren im Rahmen der „Tiefenpsychologie“ gesehen werden.

Es geht nicht an, wie es in der Folge des Forschungsgutachtens Meyer, Grawe et al. (1991) immer wieder geschieht, von einer „empirisch-psychologischen Grundorientierung“ zu sprechen. Dann wird nämlich eine allgemeine forschungsmethodische Orientierung der Psychologie insgesamt zur Grundorientierung gemacht (auch die Entwicklungspsychologie ist z.B. „empirisch psychologisch“). Außerdem wird damit unterstellt, Psychoanalyse bzw. Formen der tiefenpsychologischen Grundorientierung seien nicht „empirisch“, obgleich es auch in diesem Bereich zunehmend empirische Forschung (die Autoren zeigen eben dieses) gibt. Auch die verschiedentlich vorgeschlagene Version „klinisch-psychologische Grundorientierung“ verfängt nicht, wird hier doch ein Teilgebiet der Psychologie einfach als Grundorientierung ausgewiesen. Außerdem wird damit impliziert, daß Tiefenpsychologie und Psychoanalyse nicht zur klinischen Psychologie gehörig seien.

Es zeigt sich hier eine Problematik des Konzeptes der „Grundorientierung“: Es gibt Überschneidungen und Unschärfen in der Abgrenzung. Dies ist nicht zuletzt dadurch gegeben, daß seine „Umbrella-funktion“ zu breit faßt und daß seine wissenschaftliche Konsistenz heterogen ist. Auf welcher Ebene greift der Begriff „Grundorientierung“? – auf der wissenschaftstheoretischen (z.B. systemisch)?, auf der anthropologischen (z.B. tiefenpsychologisch)?, der der allgemeinpsychologischen Theoriebildung (z.B. developmental, behavioral)?, auf der methodologischen (z.B. integrativ, interaktional)? Es reicht nicht, eine Gliederung nach nur vordergründig stimmigen Etikettierungen vorzunehmen als Richtungen, die historisch aus einer Quelle stammen, in ihrem gegenwärtigen Status

aber theoretisch, methodisch, praxeologisch und von der empirischen Absicherung her sehr divergieren. So werden z.B. dem tiefenpsychologischen Paradigma die *Jungsche* und *Adlersche* Richtung zugeordnet. *Adler* überschreitet aber das tiefenpsychologische Paradigma und kann als einer der ersten humanistischen Psychologen bezeichnet werden (*Titze* 1978). Konsequenterweise müßte man dann den tiefenpsychologischen Rahmen erweitern und die humanistisch-psychologischen Therapien – was durchaus möglich wäre – auch der tiefenpsychologischen Grundorientierung zurechnen (was politisch nicht gewünscht wird). Für die *Jungsche* Therapierichtung gibt es keine empirischen Effizienznachweise (*Grawe* 1992; idem et al. 1993). Wie will man das bei einer globalen Anerkennung von Grundorientierungen rechtfertigen, wenn dieser Effizienznachweis andererseits zum Annahme- bzw. Ausschlußkriterium für die Zulassung anderer Verfahren oder „Grundorientierungen“ gemacht wird? Alles in allem erweist sich das Konzept der Grundorientierung als ein sehr fragwürdiges und in seiner derzeitigen Fassung brüchiges und inkonsistentes. Es ist für eine Strukturierung des Feldes der Psychotherapie – zumal noch durch Gesetze und Verordnungen – beim jetzigen Stand der Forschung und Theorienbildung unbrauchbar und ohne weitere Elaboration für die Psychotherapie als wissenschaftliche Disziplin und als Profession schädlich (*Petzold* 1993h)«.

In Österreich wurde das neue Psychotherapiegesetz ebenfalls durch ein wissenschaftliches Fachgutachten (*Jandl-Jagger* et al. 1989) vorbereitet. Es gab aber nicht wie in der BRD eine schon kassenanerkannte Psychoanalyse und Verhaltenstherapie, deren Funktionäre, in allen wichtigen Entscheidungsgremien sitzend, auf die Sicherung von schulengebundenen Privilegien hinwirken und sich dabei auf ein Gutachten stützen können, das von einem prominenten Verhaltenstherapeuten (*K. Grawe*) und einem renommierten Psychoanalytiker (*A. Meyer*) erstellt wurde (denen man durchaus Bemühungen um Objektivität attestieren muß). Vielmehr hat in Österreich die Zusammenarbeit aller Therapiefachverbände, die insgesamt mit den gleichen Voraussetzungen antraten, ein Gesetz geschaffen, in dem die „gesellschaftlich anerkannten“ Richtungen und „wissenschaftlich ausgewiesenen“ Verfahren vertreten sind, u. a. all die, die in Deutschland bislang durch die Festlegung auf zwei Grundorientierungen ausgegrenzt werden. Eine ähnliche Entwicklung wie in Österreich zeigt sich in der Schweiz, wo durch die „Charta der Psychotherapieverbände“ ein übergeordneter Zusammenschluß wissenschaftlich und praktisch erprobter Verfahren erreicht wurde und die bestehenden kantonalen Regelungen Therapeuten (nicht Verfahren) anerkennen, die eine klinisch ausgerichtete Psychotherapieausbildung nachweisen können, die von Umfang und Inhalt her bestimmten Kriterien entsprechen muß. Das Integrationsparadigma erfordert also auch berufs- und gesundheitspolitische Integrationsarbeit, das Ermöglichen von Dialogen zwischen den Richtungen zur Abstimmung von Konzepten, politischen Initiativen, Ausbildungsordnungen etc. Der Autor hat sich diesen Integrationsaufgaben in besonderer Weise gewidmet durch schulübergreifende Publikationsreihen, Organisation von Fachtagungen und

Gründung von Dachverbänden auf nationaler und europäischer Ebene (vgl. Sieper, Schmiedel 1992) – neben der AIEP/AGPF auch die „Deutsche Gesellschaft für Kunsttherapie und Therapie mit kreativen Medien“ (DGKT), in der 14 Ausbildungsinstitute und Fachverbände zusammengeschlossen sind. Eine eigenständige Profession „Psychotherapeut“ in einer kohärenten Disziplin „Psychotherapie“ wird ohne die überaus mühsame berufspolitische Integrationsarbeit nicht zu erreichen sein, eben weil Psychotherapie nicht nur „scientific community“, sondern auch „professional community“ ist. Die Akzeptanz einer gemeinsamen wissenschaftlichen Struktur, wie es den Schweizer Psychotherapieverbänden in ihrer „Charta“ (1991) unter Orientierung an dem vom Autor entworfenen Metamodell des „Tree of Science“ (Petzold 1988i, 1992q, vgl. dieses Buch, S. 476) gelungen ist, ist dabei ein wichtiger Schritt, die Einigung auf eine übergreifende Ausbildungsstruktur, wie sie in der AGPF unter Federführung des Autors erarbeitet wurde, ein anderer, die Bestimmung von Qualifikationskriterien für Psychotherapie ein weiterer. Als Beispiel einer solchen, in mehrjähriger Arbeit erfolgten Abstimmungs- und Integrationsarbeit, die die wissenschaftliche und professionelle Dimension zu verbinden sucht, seien die Standards der AGPF vorgestellt, die von zehn psychotherapeutischen Fachverbänden approbiert wurden:

## Qualifikationskriterien für Psychotherapieverfahren

- A. Als **wissenschaftlich ausgewiesen** möchten wir Verfahren betrachten, die über ein konsistentes theoretisches Konzept verfügen: Dieses muß umfassen:
1. eine klar bestimmbare wissenschaftstheoretische und erkenntnistheoretische Position;
  2. ein ausgearbeitetes anthropologisches Konzept;
  3. theoretische Konzepte zur Ethik therapeutischen Handelns;
  4. eine eigenständige Persönlichkeitstheorie;
  5. eine differenzierte Krankheits- und Gesundheitslehre (Theorien zur Neurosenlehre, zu psychiatrischen Erkrankungen, zur Psychosomatik);
  6. eine Entwicklungspsychologie und Sozialisierungstheorie;
  7. Modelle und Methoden der Diagnostik;
  8. eine allgemeine Therapietheorie (Theorie des therapeutischen Prozesses, der therapeutischen Beziehung, der Indikation und Prognose, der Dynamik seelischen Geschehens, des psychosozialen Kontextes);

9. eine Praxeologie bzw. spezielle Therapietheorie (Interventionslehre, Theorie therapeutischer Techniken, Methoden und Medien, Theorie des therapeutischen Settings, z. B. Einzel-, Gruppen- und Familienberatung, theoretische Konzepte zur Behandlung spezifischer Zielgruppen, z. B. Kinder, Jugendliche, Patienten aus benachteiligten Schichten).

B. Als klinisch ausgewiesen soll ein Verfahren gelten, wenn:

1. Methoden der Diagnostik,
2. ein Repertoire an Interventionsmethoden,
3. spezielle Methoden und Techniken der Krisenintervention gegeben sind;
4. der Nachweis der erfolgreichen Anwendung an Kranken mit unterschiedlichen Indikationsstellungen und Störungsbildern über einen mehrjährigen Zeitraum (10 Jahre) durch wissenschaftliche Überprüfung erbracht werden kann; mögliche Nachweise:
  - das Vorhandensein eines breiten Fundus an klinischer Literatur in Form von Buch- und Zeitschriftenveröffentlichungen und spezifischen Fachzeitschriften;
  - empirisch kontrollierte Evaluationsstudien der therapeutischen Effizienz;
  - katamnestische Untersuchungen;
  - Einzelfallstudien;
5. bestimmte Standards hinsichtlich Repräsentation, Organisation und Vermittlung gewährleistet sind, nämlich:
  - a) Das Verfahren muß durch einen psychotherapeutischen Fachverband repräsentiert sein;
  - b) es müssen Institutionen oder Einrichtungen der Weiterbildung vorhanden sein, die das Verfahren in einem konsistenten Curriculum mit klinisch ausgewiesenen Lehrtherapeuten weitervermitteln und lehren;
  - c) das Verfahren muß in Einrichtungen des klinischen Bereiches und der psychosozialen Arbeit bundesweit repräsentiert sein.

## *Standards bzw. Minimalanforderungen an eine Psychotherapie-Weiterbildung*

### A. Umfang der Weiterbildung

Der Umfang einer psychotherapeutischen Weiterbildung soll mindestens 1400 Stunden (Unterrichtsstunde = 45 Minuten) betragen.

### B. Untergliederung in Inhalte der Weiterbildung

1. Theorie und Methodik:            insgesamt            400 Stunden  
    a) Theorie                        250 Stunden  
    b) Methodik                    150 Stunden  
    (Varianzmöglichkeit im Verhältnis  
    a) und b) ist einzuräumen,  
    entsprechend der Größe des  
    Methodenspektrums eines  
    Verfahrens.)
2. Eigentherapie/Selbsterfahrung:  
    insgesamt                        300 Stunden  
    (Einzel- und Gruppen-  
    therapie empfohlen)
3. Kontrollierte therapeutische Tätigkeit:  
    insgesamt                        700 Stunden  
    Patientenbehandlung        500 Stunden  
    (dokumentiert; Behandlungsjournal);  
    begleitende Behandlungskontrolle  
    200 Stunden);
4. Abschluß des Weiterbildungsganges:  
    Der Abschluß einer psychotherapeu-  
    tischen Weiterbildung sollte durch  
    eine Überprüfung der theoretischen  
    und praktischen Kompetenz erfolgen.

### C. Kriterien für die Ausbildung zum Ausbilder

Ausbilder in einem Psychotherapieverfahren sollen folgenden Bedingungen genügen:

1. abgeschlossene Psychotherapie-Weiterbildung
2. mindestens dreijährige Praxiserfahrung in der Arbeit mit Patienten nach Abschluß ihrer Ausbildung;
3. mindestens zweijährige Ausbildungstätigkeit unter Supervision;

4. Teilnahme an Ausbilderseminaren/Supervisorentrainings über mindestens 80 Stunden;
5. Verpflichtung zu fortlaufender Supervision.

Angeschlossene Verbände: DAGG, DAKBT, DFS, DGGK, DGIB, DGKT, DGTA, DVG, GTA, GwG

DAGG	Sektion Psychodrama des Deutschen Arbeitskreises für Gruppenpsychotherapie
DAKBT	Deutscher Arbeitskreis für Konzentrierte Bewegungstherapie
DFS	Dachverband für Familientherapie und systemisches Arbeiten
DGGK	Deutsche Gesellschaft für Gestalttherapie und Kreativitätsförderung
DGIB	Deutsche Gesellschaft für Integrative Bewegungstherapie
DGKT	Deutsche Gesellschaft für Kunsttherapie und Therapie mit Kreativen Medien
DGTA	Deutsche Gesellschaft für Transaktionsanalyse
DVG	Deutsche Vereinigung für Gestalttherapie
GTA	Gesellschaft für Gestalttheorie und ihre Anwendungen
GwG	Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie

November 1988; Autoren: *Petzold, Frielingsdorf-Appelt, Hagehülsmann*

Diese Standards wurden bislang von den psychoanalytischen und verhaltenstherapeutischen Fachverbänden nicht mitunterzeichnet.

Aus der hier nur kurz umrissenen Situation der Psychotherapie in den deutschsprachigen Ländern und den Niederlanden wird überdeutlich: Hier spielen die Machtblöcke von „*professional communities*“ – Ärzte, Psychologen bzw. Psychoanalytiker, Verhaltenstherapeuten –, weiterhin von Berufs- und Fachverbänden und schließlich die Interessen des Gesetzgebers, der Kostenträger und vielfältiger, politischer Kräfte eine Rolle, nicht aber die Wissenschaftlichkeit einer Grundorientierung oder die Paradigma-Zugehörigkeit einer Richtung oder die *de facto* Zugehörigkeit zu einer „*professional community*“. Denn will man z. B. die Psychoanalyse einem Paradigma zuordnen, dann stellt sich die Frage: welche Psychoanalyse welchem Paradigma? Kriz etwa (et al. 1990, 158) haben für die Psychoanalyse folgende Orientierungen aufgewiesen: die einer Naturwissenschaft (S. Freud, H. Hartmann), die einer empirisch-analytischen Sozialwissenschaft (S. Rosenzweig, H. Thomä), die einer hermeneutischen Disziplin (A. Lorenzer, D. Spence), die einer kritischen Theorie (W. Reich, S. Bernfeld). Eine genauere Analyse der neueren Entwicklungen in der Verhaltenstherapie (Lieb, Lutz 1992) macht deutlich, daß sich auch hier durchaus nicht mehr alle Richtungen dem *logischen Empirismus* zuordnen lassen. Auf jeden Fall läßt sich für die „Grund-

orientierungen“ oder „Hauptströmungen“ der Therapierichtungen, wie sie das *Meyer-Grawe*-Gutachten herausgestellt hat, der Paradigmbegriff im strikten Sinne der *Kuhn*-schen Wissenschaftstheorie nicht anwenden, weil die verschiedenen Unterströmungen dieser *Grundorientierungen* durchaus unterschiedlichen wissenschaftlichen Paradigmen verpflichtet sein können bzw. sind. Im Sinne unserer kurzen Definition von „klinischem Paradigma“ könnte man indes durchaus den Paradigmenbegriff anwenden, denn die derzeitige Situation der Psychotherapieregelungen verweist auf das Wirksamwerden der Vorstellungen von *Interessengemeinschaften*, die ihre Tradition etabliert haben und sie gemäß der unterschiedlichen Gegebenheiten und historischen Entwicklungen in den einzelnen europäischen Ländern auch in unterschiedlicher Weise durchzusetzen suchen, wobei sich das Kriterium der „Wissenschaftlichkeit“ als ein recht *arbiträres* erweist. Betrachtet man das Feld der Psychotherapie und klinischen Psychologie dann näher, nimmt man die einzelnen Richtungen, Verfahren, Schulen näher in den Blick, so stellt man fest – bei den Psychotherapieverfahren mehr als bei den Richtungen der klinischen Psychologie –, daß es sich bei ihnen keineswegs in erster Linie um Wege des „Rätsellösens“ und der „Aufräumarbeit“ (*Kuhn* 1976, 38), des Aufklärens unbekannter Sachzusammenhänge und des systematischen Ordners vorhandener Phänomene handelt, wie *Kuhn* die Aufgaben von Wissenschaft umschreibt, sondern um „Weltanschauungen“, die Muster der Welterklärung und der Selbsterklärung für den Menschen bereitstellen. Es handelt sich um Gemeinschaften, die *Sinnfolien* und *Wertorientierungen* für die Gewährleistung von Gesundheit, Wohlbefinden, Lebenssicherheit und – wo diese beschädigt oder gefährdet sind – für deren Wiederherstellung bereitstellen in einer Weise, daß betroffene Individuen sich wieder in das einpassen können oder angepaßt werden, was die gesellschaftlich lizenzierten Vorstellungen von *Gesundheit*, *Glück* und *Sinn* sind, wie *Berger* und *Luckmann* (1970, 121) die Funktion von Psychotherapie beschrieben haben. Psychotherapien haben hier eine ähnliche Funktion wie Religionen und politische Orientierungen: nämlich die von Explikationsgemeinschaften für das Leben, die das Alltagswissen aufnehmen und zugleich beanspruchen, es zu transzendieren, um wiederum mit den transzendenten Konzepten in es hineinzuwirken.

*Serge Moscovici* (1961) hat in seiner inzwischen berühmten Studie, „La psychanalyse, son image et son public“ über die „soziale Repräsentation“ der Psychoanalyse in Frankreich gezeigt: Die Psychoanalyse – und das gilt für die Mehrzahl der Psychotherapien – ist eine Gemeinschaft mit charakteristischen „*représentations sociales*“. Diese sind „spezifische Phänomene, die sich auf eine besondere Art zu verstehen und zu kommunizieren beziehen – eine Art, die sowohl Wirklichkeit wie Alltagswissen herstellt“ (*Moscovici* 1984, 19). Psychotherapierichtungen liefern damit für ihre Therapeuten, Klienten und Patienten *Sinnfolien*, Explikationsraster, die von diesen übernommen werden – und das macht einen wichtigen Wirkfaktor von Therapie aus (*Bittner* 1981; *Krause Jacob* 1991). Die übergreifende *Typik* derartiger Raster kann durchaus als „*Paradigma*“ bezeichnet werden. Damit wird der Paradigmenbegriff konsequent *sozialwissenschaftlich* bestimmt und an Konsensgemeinschaftengebunden, wie es *Kuhn* (1976, 186) in Präzisierung seiner ursprünglichen Überlegungen gleichfalls unternommen hat, wenn er das „*Paradigma*“ als „die ganze Konstellation von Meinungen, Werten, Methoden usw., die von den Mitgliedern einer gegebenen Gemeinschaft geteilt werden“ (ibid.) bezeichnet. Nur, das Konzept der *sozialen Repräsentation* greift weiter aus – in die Alltagswelt, in die Wissenschaft. Psychotherapie ist in beides eingebunden, weil sie den Alltag alltäglicher Menschen mit ihren Einstellungen, Gefühlen, Problemen, Verhaltensstörungen, Krankheiten beeinflussen bzw. ver-

ändern will. Die Definition, die *Jodelet* (1984a, 361f) von *représentations sociales* gibt, macht deutlich, wie sehr diese dem konzeptuellen Rahmen dessen nahekommen, was man in dem oben umrissenen Sinne für die Psychotherapie als „*klinisches Paradigma*“ bezeichnen könnte.

„Das Konzept der sozialen Repräsentation bezeichnet eine spezifische Bewusstseinsform – das Wissen des Alltagsverstandes –, dessen Inhalte die Wirkung von sozialen Entstehungs- und Funktionsprozessen verdeutlichen.

Im weitesten Sinne bezeichnet es eine Form sozialen Denkens. Soziale Repräsentationen sind Modalitäten des praktischen Denkens, die auf Kommunikation, Verstehen und die Beherrschung der sozialen, materiellen und ideellen Umwelt gerichtet sind. In dieser Hinsicht stellen sie spezifische Typen in bezug auf die Organisation der Inhalte, auf die mentalen Operationen und auf die Logik dar. Die soziale Kennzeichnung der Inhalte oder Prozesse der Repräsentation ist bezogen auf die Bedingungen und Kontexte, in denen die Repräsentationen zum Vorschein kommen, auf die Kommunikation, durch die sie sich verbreiten und auf die Funktion, die sie in der Interaktion mit der Welt und den anderen erfüllen“ (ibid.).

Es geht also hier primär nicht um *Inhalte*, sondern um *Formen* oder *Stile* der Wirklichkeitserkenntnis, des *Denkens*, *Fühlens*, *Wertens* und – wir überschreiten hier den kognitivistischen Rahmen *Moscovicis* – des *Handelns*. In der Psychotherapie wird dies deutlich in den „*Mustern der Behandlung*“, den „*klinischen Paradigmen*“, die vom deutzungszentrierten, einsichtfördernden Paradigma der Psychoanalyse zum aktionszentrierten, katharsisfördernden des Psychodramas zum lernzentrierten, verhaltensmodifizierenden der Behaviour Therapy reichen, zum verstehenden, Introspektion und Selbstakzeptanz fördernden Ansatz der Gesprächspsychotherapie oder zum emotionszentrierten, „*awareness*“ fördernden der Gestalttherapie, schließlich zur körperliche Ausdrucksmöglichkeiten oder Entspannungszustände entwickelnden Leibtherapie sowie Kreativität und Phantasie weckenden Schulen der Kunsttherapie geht – um die wichtigsten Orientierungen in einigen ihrer charakteristischen Aspekte zu nennen. Mit den „*Mustern der Behandlung*“ und den hinter ihnen stehenden Begründungskonzepten ist es aber nicht getan. Das „*klinische Paradigma*“ greift weiter bis in die spezifischen Formen der Aus- und Weiterbildung hinein, wo zumeist „die Methode durch die Methode gelehrt und gelernt wird“ (*Petzold* 1983c) in schulenbezogenen Modellen der Vermittlung und Selbsterfahrung – Lehranalyse, Ausbildungsgruppe, Selbstmodifikationsseminar usw.: Lehrjahre der Seele (*Frühmann, Petzold* 1993), die der angehende Therapeut in je spezifischer Form zu durchlaufen hat, abhängig davon, ob er nun Psychoanalytiker, Psychodramatiker,

Gestalttherapeut usw. wird. Jede Schule, Richtung, Methode hat hier ihre mehr oder weniger elaboriert ausgearbeiteten Theorie- und Praxiskonzepte bzw. „klinische Paradigmen“, die z. T. wenig Verbindungsmomente untereinander aufweisen, andererseits aber auch über „*common ground*“ verfügen, wie z. B. in der sich immer breiter durchsetzenden Auffassung, daß *Selbsterfahrung* ein unverzichtbares Element der Psychotherapieausbildung darstellt (ibid.). Inhalte, Form, Zielsetzung und Begründungsrahmen variieren dabei allerdings erheblich, ganz wie es auch bei den konkreten Bedingungen der Patientenbehandlung zwischen den therapeutischen Schulen der Fall ist, und Abstimmungen, wie die als Beispiel gegebenen AGPF-Standards (cf. supr. S. 939), die ja nur einen Minimalkonsens darstellen, sind eine arbeits- und diskussionsaufwendige Angelegenheit, geht es doch um die „Identität“ des jeweiligen Verfahrens (cf. infr. S. 1029f, Petzold 1991g). Es findet sich damit eine ungeheure Vielfalt von Konzepten im Felde, eine Fülle „*klinischer Meso-Paradigmen*“, die sich immer weiter vermehrt.

Klinische Psychologie und Psychotherapie als junge Disziplinen beziehen sich – je nach Akzentsetzung – auf den Bereich der Natur-, Sozial- oder Geisteswissenschaften. Sie werden, da sie Menschen, konkrete Subjekte als Untersuchungs- und Interventionsbezug (nicht Gegenstand!) haben (und Subjekte können im Unterschied zu Objekten in Prozesse eingreifen), der Mensch aber eine biologische, soziale und geistige Realität ist, keine der genannten wissenschaftlichen Orientierungen gänzlich ausblenden können (obwohl dies seit *Watson* oder *Freud* in den von ihnen begründeten Traditionen immer wieder versucht wurde und wird, vgl. *Rillaer* 1980, *Becker* et al. 1979). Damit wird eine ungeheure Komplexität geschaffen, die beständig Reduktionsleistungen (*Luhmann* 1968) erfordert, Abblendungen notwendig macht, die zu Ausblendungen geraten können. Will man den gesunden und kranken Menschen mit seinem Kontext/Kontinuum verstehen, um ihn und sein Umfeld beeinflussen zu können, wirft das beständig neue Fragestellungen auf und macht immer weitere Differenzierungen erforderlich. Die klinische Psychologie hat sich im Rückgriff auf die allgemeine Psychologie und die Sozialwissenschaften mit ihrem methodischen und konzeptuellen Instrumentarium an diese Aufgabe der *Differenzierung* gemacht, und dies mit einer Elaboration, daß es nicht angezeigt ist, im Sinne

Kuhns (1976) von einer noch nicht „reifen“ Wissenschaft in der vor-paradigmatischen Phase zu sprechen. Im Gegenteil, differenzierende Wissenschaft ist Kennzeichen einer produktiven „scientific community und einer normalen Wissenschaft“ (ibid. 56).

## 2. Das Paradigma der Differenzierung

»Der Fluch der „einzigsten Theorie und einzigen Methode“  
ist teilweise synonym mit der Pest der „psychologischen Schulen“«.  
David Rapaport (1970, 149)

Von Hearnshaw (1987) wurde mit seiner Darstellung der Formierung der modernen Psychologie deren Tendenz zur Zergliederung aufgezeigt, und Werner Herzog (1983) hat mit seinem Grundsatzwerk über „Modelle und Theorien der Psychologie“ die Prozesse des „model buildings“, insbesondere die Ausarbeitung der Menschenmodelle, rekonstruiert. Offenbar ist die komplexe Wirklichkeit Mensch mit *einem* Modell nicht zu fassen – und gleiches gilt für menschliches Denken, Verhalten, soziales Miteinander, Gesundheit und Krankheit, Entwicklung und Persönlichkeit. Sozialwissenschaften wie Psychologie und Soziologie sind immer von „Modellpluralität“ gekennzeichnet, und dies in höherem Maße, als dies bei Naturwissenschaften gemeinhin der Fall ist: Mensch und Gesellschaft sind als Bezugsgrößen für Wissenschaft und Forschung in ständigem Wandel. Die Gesetzmäßigkeiten solchen Wandels sind in unterschiedlicher Weise durchaus gültig zu erklären. Die Polymorphie menschlicher Wirklichkeit als solche, die Mehrperspektivität der Betrachtung von Wirklichkeit, die Mehrdimensionalität des Auffassens, die Vieldeutigkeit des Hörens von Wirklichkeit und die Prozesse der Verständigung über das in spezifischen Modalitäten Wahrgenommene auf dem Hintergrund jeweils charakteristischer gesellschaftlicher Kontexte führt zu in leiblicher Wahrnehmung gegründeten und über Ko-respondenzprozesse fixierten, d. h. letztlich „gesellschaftlich“ konstruierten (Berger, Luckmann 1970) **Formen der Wirklichkeit** (Formen/Typen, d. h., nicht nur *optisch* konstituierte Gestalten, sondern von der gesamten Wahrnehmungstätigkeit des „tota-

len Sinnesorgans des Leibes“ aufgenommene *In-formation*, vgl. Gibson 1979; Petzold 1990b; Arnheim 1978; Schütz 1932, 206).

Herzog (1991, 23f) weist auf das säkularisierte, theologische Erbe der „neuzeitlichen Erkenntnistheorie“ hin, die „vom Auge her“ die Welt zu überblicken trachtet (wie die griechischen Götter das Leben vom Olymp her), sie mit dem Blick beherrschend, die weiterhin die *machina mundi* erforscht, indem menschliche Erkenntnis sie so gut zu verstehen trachtet, daß sie sie zerlegen, d. h. bauen kann, Wissenschaft „sich der Natur gegenüber auf den Standpunkt dessen [stellt], der sie erschaffen hat“ (ibid. 24). Diese demiurgische Haltung führt zur „Verobjektivierung“ der Erkenntnisbezüge, selbst wenn es sich um Lebendiges – die Ökologie, die Gesellschaft, das Individuum – handelt. Die Verdinglichung des Lebendigen aber ist letztendlich sein Tod. Leben ist immer „erkennendes Leben“ (Riedl 1981; Petzold 1990b). Der Mensch ist immer Erkennender und Erkannter zugleich. Somit ist stets eine Wechselseitigkeit der *Perspektiven*, die Korrespondenz verschiedener *Auffassungen* möglich. Der postmoderne Diskurs der Erkenntnistheorie (Welsch 1987) nimmt von einer einzigen *Metaerzählung* (Lyotard) Abstand, denn er weiß darum: Es gibt „keinen absoluten Standpunkt, von dem aus ‚das‘ ... Modell der Wirklichkeit konstituiert werden könnte. Jede Erkenntnisperspektive ermöglicht eine Vielzahl von Modellen und damit verschiedene Konstruktionen von Wirklichkeit. So ergibt sich eine Erkenntnistheorie, die auf den Begriffen der *Perspektivität*, der *Konstruktivität* und der *Kommunikation* fußt“ (Herzog 1991, 25). Der Autor gibt hier eine Position wieder, die in ähnlicher Form den Diskurs der *Integrativen Therapie* kennzeichnet, wie er in der Arbeit über „Gestalt und Rhizom“, über Ganzheit und Teil (dieses Buch, S. 379ff), über heraklitisches Denken (dieses Buch, S. 413ff) und über die „hermeneutische Spirale“ (dieses Buch, S. 107ff, 625) deutlich wird. Will der *hermeneutische Zirkel* (Gadamer 1965) für viele Zusammenhänge – etwa die Auslegung literarischer oder juristischer Texte – das zu Erkennende aus dem schon Erkannten explizieren, ermöglicht die *hermeneutische Spirale* im Modell der *Metahermeneutik* ins Unbekannte vorzustoßen, und setzt auf *Synergieeffekte*, die Wechselseitigkeit der Erhellung von Zusammenhängen aus *kokreativen Vernetzungen* (Petzold 1990b, dieses Buch, S. 470ff) durch die *Integration von Differenzierungen*. Sozialwissenschaftliche *Erkenntnisziele* und -bezü-

ge aber tragen, da sie sich ständig in neuer Form reproduzieren, sich entwickeln (wie eine Persönlichkeit, Gruppe, Organisation), ein solches Maß an *Novität* in sich, daß sie nicht nur im Rekurs auf Bekanntes und mit dem Ziel ein- oder zweidimensionaler Erklärungsmöglichkeiten angegangen werden können.

Unter der hier entfalteten Perspektive ist die *Vielfalt der Psychologie* ein gegenstandsangemessenes, genuines Charakteristikum dieser Disziplin – und dies gilt für alle sozialwissenschaftlichen Disziplinen, damit auch für Psychotherapie und klinische Psychologie. Die in neuerer Zeit immer häufiger beklagte „*disunity of psychology*“ (Staats 1983; Giorgi 1987; Krantz 1987; Royce 1970, 1987; Schneider 1990) wird als solche zu einem Teil in Verkenning dieser dargelegten Zusammenhänge gewertet. Psychologie kann niemals, wie Koch (1969, 1981) betont, eine „*coherent science*“ sein. Sie ist einem „*Paradigma des Differenzierens*“ verpflichtet. Bei genauerer Betrachtung unter einem *Mesofokus* muß man dann sagen: „*Paradigmen des Differenzierens*“, da die Art der Diskriminationsprozesse variiert. Andererseits kann *Differenzierung zur Fragmentierung* verkommen, wenn Kommunikation, Vernetzung, Evaluation, Bilanzierung, Integrationsleistungen ausbleiben. So sieht Mahrer (1985) die Psychologie in einem Zustand „*of fragmentation and chaotic diversity*“, und Bevan (1991) spricht von einer „*Balkanisierung der Disziplin*“ (ohne zum damaligen Zeitpunkt das ganze Gewicht dieser Metapher übersehen zu können). Sicher ist MacIntyres (1988) Diagnose, die Psychologie befinde sich in einem „*vorwissenschaftlichen*“ Stadium, zu eng an Kuhns naturwissenschaftlich orientiertem Paradigmakonzept ausgerichtet, aber daß sie sich in einer „*crisis of disunity*“ befindet (Staats 1991, 899), „*already drowning in diversity*“ (ibid. 904), darüber dürfte kein Zweifel bestehen. Dieser Zustand wird u. a. von Forschern produziert, „*driven to produce novelty and not look for communality*“ (ibid. 901). Deutlich wird das z. B. an den Fachzeitschriften: „*The journals: More and more about less and less*“ (Jahoda 1988), mit „*methodisch sauberen*“ Studien, die „*when striped of their jargon*“, die „*poverty of the core*“ zeigen (ibid. 88).

In der klinischen Psychologie und Psychotherapie bietet sich ein ähnliches Bild, nur wiegt hier schwer, daß ein großer Teil der Theorien handlungsleitende Konzepte für *Interventionen* bietet, die in das Leben von Menschen eingreifen. In diagnostischer und therapeutischer Hinsicht hat in den vergangenen zwanzig Jahren eine Explosion an Konzepten, Instrumenten und Methoden stattgefunden. Eine Flut von Tests und Assessment-Prozeduren, eine kaum überschaubare Vielfalt von Krankheitstheorien, von Erklärungsmodellen für Psychosomatik, Depression, Angstzustände allein in der forschungsorientierten klinischen Psychologie – nicht zu sprechen von den schulenspezifischen Konzeptentwicklungen in den Psychotherapierichtungen – führt zu einem *Zustand der Desorientierung* unter den klinischen Praktikern, die entweder in einen „*wilden Eklektizismus*“ verfallen, oder in einengendes Schulendenken, um „Halt im Begrenzten“ zu suchen – und beides ist fatal, wie das diesem Abschnitt vorangestellte *Rapaport-Zitat* deutlich macht, denn es führt auch zu einer Verwirrung der Patienten, für die seit Mitte der 80er Jahre Therapieführer in Menge auf dem Buchmarkt erscheinen, ein Indikator für die geschilderte Situation. Die im Zuge des „*Psychobooms*“ (*Bach, Molter 1976*) aufgekommene, mittlerweile kaum noch überschaubare Zahl „neuer“ Psychotherapieverfahren verdeutlicht die Problematik. Führte 1956 *Harper 36* Verfahren auf, so sah er sich zwanzig Jahre später nicht mehr in der Lage, alle Variationen aufzulisten (*Harper 1975*). Für 1976 werden 130 Verfahren aufgeführt, 1980 dann 250, schließlich 1986 gar 300, nach einer anderen Zählung 460 (*Omer, London 1988, 171*).

Die *Differenzierung* des Feldes der Psychotherapie seit den grundlegenden Entdeckungen Ende des 19. Jahrhunderts von *Janet (1919)*, der als der eigentliche Begründer neuzeitlicher Psychotherapie gelten kann (*Ellenberger 1973*), über *Freud* und seine Schule (*Gay 1989; Wyss 1973*), *Moreno* und die Formen dramatischer Therapie (*Petzold 1982a, 1984b*), die vielfältigen Formen der Verhaltenstherapie (*Reinecker 1987*) bis hin zu den „neuen Körpertherapien“ (*Petzold 1977n*) oder den „neuen Kreativitätstherapien“ (*Petzold, Orth 1990*) hatte zunächst eine Verbreiterung der Sichtweisen des Menschen, der Persönlichkeit, ihrer Entwicklung, allgemeiner und spezieller Krankheitsformen usw. zur Folge und – wichtiger noch – eine Bereicherung des behandlungsmethodischen Instrumentariums im

Rahmen der Psychotherapie. Die „new psychotherapies“ (Harper 1975), die „new group therapies“ (Ruitenbek 1970), sie alle wollten etwas Neues einbringen in die Psychotherapie, und in der Tat ist dies in der Mehrzahl der Fälle auch geschehen. Die Prozesse der *Differenzierung* und *Integration* erfolgten zunächst aber fast ausschließlich innerhalb der Schulen selbst und entfalteten dort eine *zentrifugale Kraft*, in ähnlicher Weise, wie dies Spence (1987) für die Psychologie insgesamt darstellt. So haben sich von den traditionellen Schulen in der zentrifugalen Dynamik Gruppierungen abgelöst (wie Assagioli oder Perls von der Psychoanalyse), oder sie wurden von den „Hütern des Zentrums“ ausgegrenzt (wie Reich und Rank). Daraus folgt, daß offensichtlich ein *Zentrum* besteht oder bestimmt werden mußte: Vom Schulengründer selbst und seinem inneren Kreis (Freud hatte ja einen solchen eingerichtet, vgl. Nagler 1987) bzw. durch Herausbildung eines **Konsenses** über das „Zentrum“, und das macht Integrationsleistungen erforderlich, durch die Differenzierungen und Entwicklungen dem schon vorhandenen „*body of knowledge*“ einverleibt werden. Dabei stellt sich dann jeweils die Frage: „*Will the center hold?*“ (Spence 1987). Ist das „Zentrum“, sind die Kernkonzepte in sich hinreichend stabil und widerspruchsfrei? Sind sie weit und elastisch genug, um Neues aufzunehmen? Für die Psychoanalyse ist als bedeutsamer Versuch der Bestimmung des Zentrums David Rapaports (1960/1970) „Die Struktur der psychoanalytischen Theorie“ zu sehen – und das dort bestimmte *Zentrum* hat, blickt man auf die heutige Situation der Psychoanalyse, nicht gehalten. Es geht bei der Frage nach dem *Zentrum* letztlich darum, ob die *Struktur* des Verfahrens in dogmatischen Setzungen gründet, deren Veränderung das Gebäude in Theorie und Praxis zusammenbrechen läßt, oder ob statt einer *dogmatischen Struktur* (die Metapsychologie Freuds ist als solche zu sehen), eine *transformative Struktur* vorliegt, die den Prozeß der *Veränderung* mit in die Kernannahmen eingebaut hat, wie das z. B. bei der Gestalttherapie ansatzweise und bei der Integrativen Therapie explizit erfolgt ist?

Bei psychotherapeutischen Verfahren kann man in diesem Zusammenhang ein weiteres Charakteristikum hervorheben: *Zentrierung zur Theorie hin oder Zentrierung zur Praxis hin*. Die Aufgabe der Freudschen Metatheorie etwa durch zahlreiche Analytiker führte keineswegs zum Zusammenbruch der Psychoanalyse. Im Gegen-

teil, die *Praxis* erwies sich in diesem Prozeß als eben dieses Zentrum, das Halt gab, und die theoretischen Konzepte, die der vollzogenen Praxis am nächsten waren (Übertragung, Gegenübertragung, Widerstand, Verdrängung, Unbewußtes), wurden als dem eigentlichen *Zentrum* der Theorie zugehörig erkennbar. Für die Mehrzahl der psychotherapeutischen Verfahren ist eine Theorie-Praxis-Verschränkung anzunehmen, und das *Zentrum* liegt genau in dieser Verschränkung. Es gibt aber Verfahren wie das Psychodrama *Morenos*, die auch *nur* als Praxeologie existieren können. Hat man z. B. das psychodramatische Spiel seines eigenen elaborierten, theoretischen Hintergrundes (*Petzold, Mathias* 1983) entkleidet, kann es mit einem anderen Theorienhintergrund eingesetzt werden. So gibt es psychoanalytisches, adlerianisches, jungianisches, verhaltenstherapeutisches Psychodrama (vgl. die Arbeiten in dem von mir herausgegebenen Sammelband, idem 1982a). Das Kriterium der *dogmatischen* oder *transformativen Struktur* kann sich damit sowohl auf die Theorie, die Praxis und/oder das Theorie-Praxis-Verhältnis therapeutischer Verfahren beziehen. Transformativa Verfahren mit einer hohen Theorie-Praxis-Verschränkung, einem balancierten Verhältnis von zentrifugalen und zentripetalen Strebungen sind dadurch gekennzeichnet, daß Differenzierungs- und Integrationsmomente in ausgewogener Weise zum Tragen kommen.

### 3. Differenzierung und Integration – theoretische, praktische und berufspolitische Perspektiven

„Wenn es nicht in den nächsten Jahrzehnten ein erbarmungsloses Hauen und Stechen verschiedener Therapierichtungen und -methoden geben soll, bei dem viele positive und für die Gesundheit der Bevölkerung unbedingt notwendige therapeutische Ansätze vernichtet werden, so ist es erforderlich, rechtzeitig eine integrale Ordnung zu entwickeln“  
*Peter Petersen* (1982, 177).

Differenzierung und Integration sind nun keineswegs nur unter wissenschaftlicher, theoretischer oder klinisch-praktischer Perspektive zu sehen. Sie stehen – derzeit wird dies besonders evident – unter berufs- und gesundheitspolitischen Einflüssen, wie schon mehrfach angetönt, und es scheint mir im Rahmen des vorliegenden

Werkes durchaus angemessen, diese Thematik aufzugreifen. Das *Kontextprinzip* (dieses Buch, S. 56f) im Ansatz der Integrativen Therapie macht eine solche Perspektive erforderlich – nicht zuletzt, weil derartige Einflüsse auch das von mir begründete Verfahren und die Bemühungen um Integrationsansätze in der klinischen Psychologie und Psychotherapie insgesamt tangieren werden (Zillig 1992). Für die etablierten Verfahren werden „Schulen des Integrierens“ leicht einen bedrohlichen Aspekt gewinnen können – sie müßten es nicht! In jedem Fall stellen Integrationsbewegungen eine Herausforderung dar, die sich allerdings fruchtbar auswirken kann, wenn kritische Infragestellungen als konstruktive Beiträge aufgefaßt werden (Grawe 1992). Polemik gegen Hegemonialansprüche einzelner Richtungen wird sich dabei nicht vermeiden lassen und ist letztlich im Sinne der originären, „kritischen bzw. emanzipatorischen“ Ansprüche dieser Verfahren selbst (Keupp, Bergold 1970; Bergold 1991; Bergold, Selg 1973 für die Verhaltenstherapie und Horn 1972; Dahmer 1982 für die Psychoanalyse), in denen immer wieder gewichtige und Respekt abverlangende selbstkritische Diskussionen geführt wurden und werden (Parin 1980a, b) und etwa das „Unbehagen in der Psychoanalyse“ (Lohmann 1985) artikuliert wird. Dennoch: Die schulenpolitischen Einflüsse der „professional community“ (Petzold 1993n) wiegen schwer und lasten auf Bemühungen um *Differenzierung und Integration* und um eine „plurale, therapeutische Kultur“ (ibid.), die nicht zur Zersplitterung verkommt, sondern zur Identität der Psychotherapie und der Psychotherapeuten beiträgt.

Der Begriff der *Integration*, der in den neueren Entwicklungen im Felde der Psychotherapie eine immer größere Bedeutung erhält, muß im dialektischen Bezug zum Begriff der *Differenzierung* gesehen werden. Nur, wo Vielfalt, Differentes, Divergentes gegeben ist, wird Integration möglich. Ihr liegen Differenzierungsprozesse voraus, zuweilen auch Prozesse der *Dekonstruktion* (Derrida 1972, 1986; White 1992) ja der Destruierung, des Zerfalls, die Dynamik des *Chaos*. Integration bedeutet nun nicht, die Ganzheit eines einstmaligen Ganzen wiederherzustellen oder originäre „chaotische Mannigfaltigkeit“ zu einer „guten Gestalt“ geregelter Ordnung (*kósmos*) zu formen, bedeutet auch nicht, gegebene Differenzen und erfolgte Differenzierungen einzuebneten, sondern Integration heißt, einen Zusammenhang (*contextus*) und damit Sinn herzustellen, denn in

Zusammenhängen scheint Sinn (*consensus*) auf (Luhmann 1971), der allerdings nicht *ein*förmig sein muß, sondern unter einer mehrperspektivischen Optik sich häufig als *pluriform* und *polyvalent* erweist.

Sinn wird gleichermaßen erkannt (*cognoscere*) in Prozessen der Integration wie in Prozessen der Differenzierung, in der Stiftung von Kohärenz wie in der *dekonstruktiven* Auflösung klar, allzu klar konfigurierter Zusammenhänge im Sinne eines „undoing“ – hier gewinnen die Überlegungen von *Jaques Derrida* Bedeutung. Es ist dies die Situation, in der sich die Psychotherapie der Gegenwart befindet: Vielfältige Strömungen, Schulen, Methoden, Behandlungstechniken – mittlerweile oftmals wirklich eine „chaotische Mannigfaltigkeit“ – verlangen nach **Integration**, nach dem Herstellen von *Sinnzusammenhängen*, und das würde **Ko-responsenz**, Begegnung und Auseinandersetzung zwischen den Richtungen verlangen, will man zu *Konsens*, zu gemeinsamen *Konzepten* und damit zu Formen der *Kooperation* gelangen. Andererseits haben die bis in die fünfziger und sechziger Jahre fest formierten Schulen wie die „klassische“ *Verhaltenstherapie* und die „klassische“ *Psychoanalyse* in ihren „Mainstream“-Ausprägungen eine solche Prägnanz – und in gewisser Hinsicht auch Starre – erreicht, daß **Differenzierungen** erforderlich wurden und auch eintraten, Seitenlinien, dissidente Richtungen wieder und neu auftauchen und erstarben konnten, bis hin zu einer konzeptuellen Pluralisierung, einer Diversifizierung von Konzepten, ja zur Produktion einer kaum noch „unter einen Hut“ zu bringenden Vielfalt unterschiedlicher, divergierender und widersprüchlicher Auffassungen, die – wo diese Situation eingestanden wurde – den mächtigen Ruf nach **Integration** aufkommen ließ. Für die klassische Verhaltenstherapie führte dies zur „kognitiven Wende“ und zu mehreren starken Strömungen einer kognitiven Reintegration sowie zu neuen Wegen der Therapie. Beispielhaft seien hier Namen wie *Lazarus*, *Cautela*, *Bandura*, *Kanfer*, *Mahoney*, *Meichenbaum*, *Grawe* genannt, und diese Reihung zeigt schon, daß man von *einer* Integration, die auf eine konzeptuelle Kohärenz verweist, noch ziemlich weit entfernt ist. Schlüsselbegriffe wie Kognition, Schema, Plan reichen nicht aus, wenn sie so unterschiedlich interpretiert werden, wie von den genannten Autoren. Dennoch: die „klassischen“ Positionen von *Skinner*, *Wolpe*, *Rachman*, *Eysenck* wurden sehr grundsätzlich

verändert. Mag man sich auch darüber streiten, ob die Verhaltenstherapie – selbst die „klassische“ – jemals eine kohärente, theoretisch konsistente Richtung oder Schule war (Braun, Tittelbach 1978 und Franks, Wilson 1979 konnten keine einheitliche Definition finden, ich nenne als weitere Beispiele für Heterogenität nur Orientierungen wie die von Stampfl, Levis, Salter, Ellis, nicht zu erwähnen die Arbeiten in der Tradition Pawlows), so herrscht derzeit eine Diversifizierung des behavioralen Feldes in der Psychotherapie vor, die kaum noch zu überschauen ist, findet sich eine Identitätskrise der Verhaltenstherapie, die damit an der „chaotic diversity“ (Mahler 1985) der klinischen Psychologie partizipiert. Die „Grundlagen der Verhaltenstherapie“ (Reinecker 1987) sind so sicher nicht mehr gegründet. Immerhin, es wird diese Situation zur Kenntnis genommen. Sie hat zu neuen Wegen in der Konzeptbildung und in der Forschung geführt – nicht zuletzt zu Versuchen und Modellen der **Methodenintegration**, wo wichtige Anstöße auch von Verhaltenstherapeuten kamen (Goldfried, Lazarus u.a.) und kommen. **Integration** ist also angesagt (Norcross, Goldfried 1992).

Im Bereich der *Psychoanalyse* stehen die Dinge ähnlich und doch zugleich anders. Wurde schon von Anna Freud (1972) beklagt, daß kein Bereich der psychoanalytischen Theorienbildung von grundsätzlichen Infragestellungen unberührt geblieben sei, so wird inzwischen von kritischen und selbstkritischen Psychoanalytikern von einer tiefgreifenden „Krise in der Theorie“ oder gar „Krise der Theorie“ gesprochen (Schafer, Thomä, Kächele, Cremerius u. a.). Die Probleme sind seit langem bekannt: Die physikalistischen und biologischen Annahmen der Metapsychologie mit ihren tiefgreifenden erkenntnistheoretischen und anthropologischen Fehlkonzeptionen (Rillaer 1980; Russelman 1983; Eschenröder 1984), die höchst problematische Verschränkung der mechanistischen Theorie der Metapsychologie mit einer hermeneutischen Praxis, bedeutet mehr als ein „szientistisches Selbstmißverständnis“ (Habermas), es schafft einen Spannungsherd für die klinische Theorienbildung und für die Praxeologie mit kaum auflösbaren Aporien – nicht zuletzt auch für die Patienten. R. Schafer hat 1976 mit guten Gründen eine „*new language for psychoanalysis*“ gefordert, um zu verhindern, daß falsche Metaphorik (z. B. psychische „Energie“), Analogien aus der Mechanik (z. B. „Verschiebung“), unangemessene Begriffswahl (mütterli-

ches „Objekt“) die Theorienbildung behindern, ja fehlleiten. Von *Rank, Fromm, Lacan, Winnicott, Perls, Erikson, Kohut, Lorenzer* u. a. sind Versuche gemacht worden, die Psychoanalyse *Freuds* auf einen anderen Grund zu stellen als den der Metapsychologie. Hermeneutik und Sprachphilosophie, Strukturalismus und Sozialpsychologie bzw. Soziologie wurden beigezogen, um ein solches neues Fundament zu legen. Zuweilen wurden auch originelle, innovative Konzepte entwickelt (z. B. schon früh von *Groddeck, Reich, Rank* und *Ferenczi*), doch die „Söhne“ hatten bei „Vater Freud“ wenig Chancen. Die Psychoanalyse hatte sich über Jahrzehnte – und bis in die jüngste Zeit – von den humanwissenschaftlichen Nachbardisziplinen isoliert: der Philosophie (insbesondere der Erkenntnis- und Wissenschaftstheorie, vgl. *Kühn, Petzold* 1992), der empirischen Entwicklungspsychologie, der klinischen, der Sozial- und der Persönlichkeitspsychologie. Es erfolgten ausschließlich schulenimmanente Differenzierungen, die nur zu geringem Teil zu neuen Integrationen führten (z. B. zeitigten die theoretischen Arbeiten etwa von *E. H. Erikson* oder *A. Lorenzer* für die *Behandlungspraxis* keine Konsequenzen), und wurden die behandlungspraktischen Innovationen von *Groddeck, Ferenczi, Reich, Rank, Séchéhaye, Pankow* oder *Perls* nicht aufgenommen. Ihnen blieb das Schicksal von Dissidenten oder Außenseiterinnen. Noch weniger wurden fundamentale Erkenntnisse humanwissenschaftlicher Forschungen und Konzeptualisierung diskutiert, geschweige integriert (zu erwähnen wären hier nur Autoren wie *J. Piaget, M. Merleau-Ponty, G.H. Mead, A. Schütz, E. Goffman, P. Berger* und *Th. Luckmann, M. Foucault, J. Derrida* usw.).

Da die Psychoanalyse in der Tradition *Freuds* (im Unterschied etwa zur Verhaltenstherapie) Differenzierungsbestrebungen – man denke an *Adler, Jung, Reich, Rank, Ferenczi, Perls* u.a. – eher ausgrenzte, exkommunizierte, kam das **Integrationsparadigma** für sie bislang nur wenig zum Tragen – durchaus zu ihrem Schaden. Die Differenzierungsbewegungen „mittlerer Intensität“ (ich denke z. B. an *Balint, Winnicott, Bion* und die von ihren Gedanken beeinflussten Analytiker) wurden „unter der Hand“ doch so stark, gewannen ein solches Profil, daß Integration zwar angesagt, aber bislang äußerst schwierig ist. Die von *Kohut* initiierte „Selbstpsychologie“ etwa führte durch die Rezeption der empirischen Kleinkind- und Babyforschung (*Lichtenberg* 1983; *Stern* 1985) zu einer radikalen Infrage-

stellung, ja Falsifizierung zentraler Annahmen der traditionellen, psychoanalytischen Entwicklungspsychologie, z. B. der Phasenlehren von *Freud* und *Mahler* – es gibt keine „autistische oder symbiotische Phase“, Konzepte wie orale oder anale Phase verkennen die tatsächlichen Entwicklungsschwerpunkte oder gewichten sie falsch, wie z. B. die sensumotorische, affektive und soziale Differenzierung im „oralen“ Frühbereich oder die Sprach- oder Symbolbildung in der sogenannten „analen Phase“. Diese fehlkonzeptualisierte Entwicklungslehre wird nun allmählich revidiert, und das führt unausweichlich zu notwendigen und sehr grundsätzlichen Revisionen: in der Persönlichkeitstheorie (Selbst-Modell anstatt Instanzenmodell, *Ludwig-Körner* 1992), der Krankheitslehre („frühe Störungen“, *Kohut* 1973; „Beziehungsstörungen“, *Sameroff, Emde* 1989; Pathogenese im Lebensverlauf, *Leiderman* 1989), zur Infragestellung der Abwehrlehre (Spaltung ist kein „früher“ Mechanismus, *Stern* 1985) usw. Im Hinblick auf die Behandlungspraxis wird der Wert der Standardtechnik, werden die hochfrequenten Langzeitanalysen in Frage gestellt (*Strupp, Binder* 1991; *Crits-Christoph, Barber* 1991) und auch die Ausbildungspraxis in Form der „endlosen“ Lehranalysen und im Kontext institutioneller Abhängigkeiten (*Cremerius* 1987; *Thomä* 1991; *Petzold, Frühmann* 1993).

Die Psychoanalyse ist – wieder einmal – in einer „kreativen Krise“. In ihr fanden und finden also – ähnlich wie in der Verhaltenstherapie – Paradigmenwechsel auf der „Mikro- und Mesebene“ statt, die Grundannahmen in Frage stellen, ja z.T. umstoßen. Das geschieht in jeder Form von Psychotherapie immer wieder, wenn sie nicht dogmatisch erstarrt.

Diese beiden „Gruppen von Verfahren“, die zum Teil erheblich divergieren und bei denen es sich **nicht** um eindeutig abgrenzbare **Grundorientierungen** handelt, dann in einem für die Bundesregierung mit Blick auf ein Gesetz zur Regelung der Psychotherapie erstellten Gutachten als Ansätze mit elaborierter Theorienbildung und empirisch bestätigter Effizienz und als derzeit einzig anererkennungsfähige Grundorientierungen darzustellen (*Meyer et al.* 1991), erscheint mir sehr problematisch (*Petzold* 1993h, 1992o).

Damit wird eine Konsistenz, Elaboration und Kohärenz unterstellt, die faktisch nicht vorhanden ist und die bei näherer Betrachtung sich als eine kaum integrierte, recht fragmentierte Diversität darstellt (*Holdstock* 1992; *Staats* 1991; *Mahrer* 1985; *Lammers et al.* 1991). Die Psychotherapie insge-

samt und ihre *Mainstream-Orientierungen*: Verhaltenstherapie, Psychoanalyse, phänomenologisch-hermeneutische Therapie (letztere wird auch humanistisch-psychologisch oder experientiell-interaktional genannt) partizipieren hier – unter negativer Optik – an der „*crisis of disunity*“, die das Gutachten nicht aufgezeigt. Zumindest verfehlt es darzustellen, daß die Generierung von Differenzierungen das gegenwärtige „Paradigma“ der Psychotherapie ist, welches gerade durch das Moment der Methodenpluralität seine Fruchtbarkeit hat, so daß sich eine Festlegung auf zwei oder drei Grundorientierungen für die Entwicklung der Disziplin und für die Versorgung der Patienten verhängnisvoll auswirken würde, besonders, da es in den favorisierten Schulen durch solche Maßnahmen keineswegs zu einer Konsolidierung in wissenschaftlicher Hinsicht kommen wird (wohl aber von Machtpositionen im Gesundheitswesen), denn ohne eine „Erneuerung von innen“ werden *Verhaltenstherapeuten* fortfahren, zahllose Detailstudien zu publizieren – zumeist mit geringfügiger übergreifender Relevanz. Studien von größerer Reichweite sind rar. *Psychoanalytiker* werden fortfahren, unüberprüfbare Theoreme zu produzieren, deren spekulative Kraft selten den Status von Theologoumena übersteigt, und wo dies der Fall ist, ist nicht Integration, sondern neue Schulen- bzw. Richtungsbildung die Folge. *Humanistische Psychologen* werden weiterhin Behandlungstechniken und -methoden erfinden und als „neue“ *Verfahren* propagieren – es sind meistens nicht mehr als Techniken –, ohne sie theoretisch ausreichend elaboriert zu haben. Vielleicht werden sie sich unter dem Druck der Situation mehr um ihre empirische Überprüfung kümmern – und das hoffentlich in einer Weise, die neue und ihrer therapeutischen Charakteristik angemessene Forschungsmethoden verwendet (vgl. z. B. Krause Jacob 1992; Flick 1991).

Bei einem solchen „*state of the arts*“ kann man nur sagen: „Seufz, Seufz, Doppelseufz“ (Track 1992, 25) und man sollte nicht einzelnen Grundorientierungen einen Vorschuß geben oder vorschnell von „richtig oder falsch“, von einem „besser oder schlechter“ reden, denn das würde einen Übergang vom *Differenzierungs-* zum *Integrationsparadigma* erforderlich machen, und auf diesem Wege befindet sich die Disziplin erst ansatzweise. Welches Verfahren anerkannt werden wird oder nicht, wird deshalb derzeit keine Frage der wissenschaftlichen Wahrheit und Objektivität oder des empirischen Effizienznachweises sein, sondern eine Frage der Machtverhältnisse, der Lobby, der Protektion; denn wurden Effizienznachweise erbracht, so ist zu fragen: für welche Form der Verhaltenstherapie? *Grawes* effektiver, schematheoretisch fundierter „interaktionaler“

Ansatz hat noch wenig Verbreitung. *Caspar und Grawe (1992)* fordern erst noch zu konzipierende Ausbildungsmodelle und ihr Ansatz inkorporiert gewichtige Elemente erlebnisaktivierender, interaktionaler Verfahren humanistischer Psychotherapie. Es ist weiter zu fragen: für welche Richtung der Psychoanalyse, für welche ihrer Behandlungstechniken, mit welcher theoretischen Orientierung? Psychoanalytische fokal- und kurzzeittherapeutische Ansätze wie z. B. der von *Binder und Strupp* machen konzeptuell und behandlungspraktisch kräftige Anleihen bei humanistisch-therapeutischen Verfahren. Außerdem gibt es hierzulande kaum nach diesem Modell ausgebildete Analytiker, und die bestehenden Ausbildungsmodelle reichen für Kurzzeit- und Fokaltherapien nicht aus oder wirken sogar abträglich (vgl. *Strupp, Binder 1991*). Es sei weiterhin daran erinnert, daß es keineswegs für alle methodischen Ausprägungen der Grundorientierung und für ihre Anwendung auf vielfältige Krankheitsbilder und Zielgruppen (z. B. „Unterschichtspatienten“, Psychosomatiker) solide Effizienznachweise im Sinne empirischer Kriterien gibt (wie immer auch man zu solcher positivistischen Empirie stehen mag, ihre Maßstäbe werden im Legitimationskampf der Methoden angelegt). Effizienznachweise gibt es etwa für analytische Kurzzeit- und Fokaltherapie, wobei verschwiegen wird, daß wichtige Prinzipien dieser Methoden (Hier-und-Jetzt-Zentrierung, Erlebnisaktivierung, Themenzentrierung, Fokuswahl, Übertragungskanalisation etc.) seit eh und je z.B. in der Gestalttherapie praktiziert wurden (vgl. *Heinl, Petzold 1980*), obgleich die analytischen Kurzzeittherapien bezüglich ihrer Anleihen bei humanistisch-psychologischen bzw. experientiellen Verfahren natürlich mit deren Erklärungsmodellen divergieren – jedoch nicht mehr als sie untereinander divergieren, denn es herrscht keineswegs konzeptuelle Einheitlichkeit in der analytischen Kurz- bzw. Fokaltherapie (*Luborsky 1984; Strupp, Binder 1991; Malan 1965; Sifneos 1979; Davanloo 1978, 1980*). Ähnlich ist auf das Faktum hinzuweisen, daß ein großer Teil der Verhaltenstherapeuten Gestalt- und Psychodramamethoden in der Praxis verwenden, die dann als „VT“ abgerechnet werden. Man muß sich ernsthaft fragen: Warum machen Verhaltenstherapeuten und Psychoanalytiker aufwendige, der Dauer ihrer Grundausbildung durchaus gleichwertige körper- und gestalttherapeutische Ergänzungsausbildungen? Nun, weil einerseits verän-

derte Motivationslagen entstehen können (Clever, Rechten 1990), aber auch weil es im Repertoire ihrer Verfahren Mängel und Defizite gibt – und das wird für jede Richtung gelten, denn Gestalttherapeuten verwenden ausgiebig analytische Theoreme. Eine Methode genügt heute eben nicht mehr in der Psychotherapie (Weller, Meier-Räder 1990).

Sieht man diese Situation auf dem Hintergrund des – diskussionsbedürftigen – Faktums des „*psychotherapeutischen Paradoxons*“ (Stiles et al. 1986), daß nämlich eine große Zahl von Studien empirischer Psychotherapieforschung keine oder nur unbedeutende Differenzen in der Wirksamkeit der verschiedenen psychotherapeutischen Ansätze – psychoanalytisch, behavioral, humanistisch-psychologisch – aufzeigt (vgl. aber Grawe et al. 1993), so wird evident: Im Gerangel um Anerkennung geht es nicht um Objektivität oder wissenschaftliche Bonität, sondern um Reviere, um *Territorialität* (Gniech 1983) und Machtpositionen, um die Sicherung von Privilegien, um Zugang zum Brotkorb und um Ausgrenzungen. Dabei wird Anciennität für Effektivität ins Feld geführt und theoretische Elaboration für explikative Geltung (*Psychoanalyse*), Verbreitung als Beleg für Qualität (*Gesprächspsychotherapie*), Zahl der Untersuchungen als Beleg für Wissenschaftlichkeit (*Verhaltenstherapie*), enthusiastische Patientenberichte als Beleg für kurative Wirksamkeit und Wertorientierung als Beleg für Seriosität (*humanistische Verfahren*).

All dieses ist höchst fragwürdig. Die besondere historische Situation der Psychoanalyse in Deutschland – ihre Verfolgung im Dritten Reich und die Vertreibung und Vernichtung von bedeutenden Vertretern dieser Bewegung – hat nicht zuletzt durch die kluge und verdienstvolle Arbeit und Politik von *Alexander Mitscherlich* zu einem psychoanalytischen Establishment im klinischen und universitären Feld geführt, wie sonst in keinem anderen Land der Welt. Sie hat aber auch zu einer Politik der Ausgrenzung und Privilegiansicherung durch berufs- und standespolitische Aktivitäten psychoanalytischer Funktionäre geführt, die weder dem aktuellen wissenschaftlichen Status der Psychoanalyse, noch dem empirischen Nachweis ihrer klinisch-praktischen Effizienz (vgl. Grawe et al. 1993) entspricht und schon gar nicht ihrem eigenen emanzipatorischen Anspruch oder ihrer ursprünglich suchenden, experimentierenden Grundhaltung, die allerdings schon früh wenig Toleranzspielräume zeigte und Dissidenten und Feindbilder erzeugte

(Rohde-Dachser 1990), obgleich sich das „Dissidente“ in der Psychoanalyse oftmals als besonders fruchtbar erwies (bei Freud selbst, bei Ferenczi, Balint, Adler u. a., vgl. Cremerius 1982).

Auch für die Psychoanalyse wäre **Integration** angesagt, nicht zuletzt über ihre Grenzen hinaus, was tiefgreifende Revisionen von Theorie und Praxis mit sich bringen würde. Für die traditionelle Verhaltenstherapie und Psychoanalyse steht ein Neuüberdenken der jeweiligen Metatheorie mit allen Konsequenzen an, die das für die Praxeologie haben wird. Die erkenntnistheoretischen, wissenschaftstheoretischen und anthropologischen Positionen sind doch recht ungeklärt, zumeist nur implizit erschließbar und oft nicht auf Kompatibilität mit den klinischen und praxeologischen Konzepten untersucht und abgestimmt (Rillaer 1980; Becker et al. 1979). So kann man z. B. nicht eine hermeneutische Praxeologie entwickeln (Sandner, Körner u.a.), ohne den *wissenschaftstheoretischen Ort* der Hermeneutik mit Blick auf den gesamten „*body of knowledge*“ der Psychoanalyse, z. B. Erkenntnistheorie, Persönlichkeitstheorie und Krankheitslehre, zu bestimmen. Man müßte letztere als Folge einer solchen Abgleichung z. B. recht grundsätzlich reformulieren, bis dahin, daß man Begriffe wie „Verschiebung, Verdrängung, Objektrepräsentanzen“ etc. neuinterpretieren oder gar aufgeben muß, weil sie mit einem hermeneutischen Ansatz inkompatibel sind und einem anderen wissenschaftstheoretischen *Diskurs* entstammen. Lorenzer, Körner u. a. geraten aber nicht nur in begriffliche Aporien (vgl. „Objektbeziehung“), sondern auch in systematische, wenn Begriffe wie „Übertragung“ oder „Widerstand“ oder „Besetzung“ nicht wissenshistorisch rekonstruiert werden, also geklärt wird, in welchem *Diskurs* (im Sinne *Foucaults*) sie stehen und welchen wissenslogischen Status sie in der Theorie haben: Übertragung z. B. ist als behandlingstechnischer Begriff konstruiert, nicht aber als phänomenologisch gewonnener Begriff, der eine besondere Qualität menschlichen Miteinanders kennzeichnet (vgl. Schuch 1991). Hierzu wäre die Entwicklung einer „Theorie zwischenmenschlicher Beziehungen“ notwendig, wie sie mit unzureichendem begrifflichen Instrumentarium bzw. unter Beibehaltung eines inkompatiblen, veralteten Begriffsapparates (vgl. Schafer 1983) von den „Objektbeziehungstheoretikern“ versucht wurde unter mehr oder weniger impliziter Übernahme des im Übertragungsbegriff versteckten

Physikalismus *Freuds* (z. B. bei *Kernberg*, ja selbst bei *Kohut* sind Plus- und Minuspol-Analogien zu finden, als ob seelisches Geschehen im Sinne des Gleichstrommodelles erklärt werden könnte). Die Objektbeziehungstheoretiker konzeptualisieren in souveräner Ignoranz der intersubjektivitätstheoretischen Erträge der philosophischen Anthropologie oder der sozialwissenschaftlichen Theorienbildung zum Bereich des Zwischenmenschlichen (es seien beispielhaft *Mead* und *Lewin* oder *Buber*, *Marcel* und *Levinas* oder *Plessner* und *Merleau-Ponty* oder *Habermas*, *Goffmann*, *Strauss* genannt, vgl. *Kühn*, *Petzold* 1992; *Joas* 1982, 1985). Der Begriff *Besetzung* impliziert eben den Energieübersprung von einer elektrostatisch überladenen Metallkugel auf eine „unbesetzte“, elektrostatisch neutrale, die „besetzt“ wird. Bei dieser *Übertragung* von Energie in der *Kathexis* muß der *Widerstand* der Luft zwischen den beiden Kugeln überwunden werden – ein Modell, das *Freud* in seinem Physikunterricht als (damals) beeindruckendes Experiment vermittelt bekam. Der explizite Physikalismus der psychoanalytischen Theorienbildung (vgl. *Rapaport* 1970, 96) und der eher versteckte des analytischen Begriffsapparates (*Russelman* 1983, 1988) läßt sich oftmals nicht mit bloßen Umdefinierungen verändern. Manche Begriffe wird man radikal aufgeben müssen (z.B. Objekt, Besetzung), andere in einem anderen Theorierahmen neu konstruieren müssen (*Übertragung*, *Widerstand*, *Unbewußtes*). Hier ist die traditionelle Psychoanalyse auf den von *Freud* und seinen Schülern vermiedenen, ja zuweilen abschätzig abgetanen Dialog mit der Philosophie (Erkenntnis- und Wissenschaftstheorie, Anthropologie und Ethik usw.) verwiesen, zumal wesentliche Konstrukte und Theorienannahmen der Psychoanalyse (z.B. Bewußtseins- und Ich-Begriff) aus der Philosophie entnommen wurden, wie *Odo Marquard* (1987) und andere gezeigt haben (*Kühn*, *Petzold* 1992). **Integration** erfordert interdisziplinäre Kooperation in einer lernenden Haltung ohne den Gestus der letzten Überlegenheit, wie schon *Rapaport* (1970, 143ff) mit seiner Analyse der „theoretischen und praktischen Hindernisse des Fortschrittes“ in der (psychoanalytischen) Psychologie gezeigt hat. Verhaltenstherapie und Psychoanalyse werden darangehen müssen, ihre – seit langem bekannten – wissenschaftstheoretischen und anthropologischen Defizite (*Becker et al.* 1979; *Sulloway* 1979) aufzufüllen. Sie werden – wie derzeit praktisch jede der verschiedenen therapeutischen Schu-

len – den Dialog mit der Entwicklungs- und Persönlichkeits- und mit der Sozialpsychologie suchen müssen – von dem mit der Gedächtnis- und Wahrnehmungspsychologie und damit mit den Neurowissenschaften einmal ganz zu schweigen. Wie sonst will man eine „Theorie des Bewußtseins“ gewinnen, wie eine Begründung für die „hermeneutische Rekonstruktion der Biographie“ gedächtnistheoretisch fundieren, wie Phänomene wie Regression oder Übertragung erklären und klinisch fruchtbar machen?

Im *internen Diskurs* monomethodischer Schultraditionen sind derartige Aufgaben nicht zu leisten. Es wird schulenübergreifende Ko-responzenz (Petzold 1978c/1991e) erforderlich (Kunz, Röhrborn 1991), in der Begriffe und der Umgang mit ihnen zur Diskussion gestellt werden (vgl. Ludwig-Körner 1991 und Schuch 1991), in der Krankheitsmodelle, Gesundheitskonzeptionen verglichen werden (Pritz, Petzold 1992), nicht nur auf *Pathogenese*, sondern auch auf *Salutogenese* zentriert wird (Antonovsky 1979), um einer einseitig medizinisierenden oder verdinglichenden Optik in der Betrachtung von Krankheit, Persönlichkeit, Beziehungen, Emotion etc. zu entgegen (vgl. Bottenberg 1991). Es wird um den Austausch zu diagnostischen Klassifikationen (Gergen 1990), multidiagnostischen Modellen (Phillip et al. 1986) und über Methoden der diagnostisch-anamnestischen Exploration gehen (Althen 1991) oder um die Auseinandersetzung über „Therapieziele und Zeitstrukturierung bei individueller Therapieplanung“ (Knauf 1991). Wenn es um Integration geht – und das heißt, es sei nochmals betont, keineswegs Nivellierung, Vereinheitlichung unter einer „Supertheorie“ –, geht es um **Ko-responzenzen** zwischen verschiedenen Theorien und Praxeologien. Das wird fallweise zu weiteren Differenzierungen führen und fallweise zu Vereinheitlichungen durch Integrationsleistungen. Die gegenwärtige „chaotische Mannigfaltigkeit“ (Schmitz 1990) und bedrohliche Fragmentierung der klinischen Psychologie und Psychotherapie und das „psychotherapeutische Paradoxon“ bedürfen also beider Wege: des Weges der **Integration** (Petzold 1974k; Goldfried 1982; Mahoney, Freeman 1985) und des der **Differenzierung** (Petzold 1978c; Fiedler 1980; Grawe 1989), und zwar nicht als isolierte Strategien, sondern im Sinne eines dialektischen Bezuges, der einen „dritten Weg“, den *kokreativer Innovation* (Petzold 1990c; Bottenberg 1991) möglich macht.

*Differenzierung und Integration ist die Grundbewegung jedes Erkenntnisprozesses und jeder Wissenschaft.* Die heraklitische Dialektik, daß das „zusammenstrebende Widerstreitende die kalisten harmonían“, die schönste Harmonie (Diels, Kranz 1961, 22, B 18) ergibt, weil das, was der Mensch in seiner eigenen Tiefe und in der Welt wahrnimmt, Ordnung, Konvergenz, Harmonie ist, aber auch Chaos, Divergenz, Dissonanz und beide Strebungen durch Prozesse der Differenzierung und Integration zu „vorläufigen Regelhaftigkeiten“, „wandelbaren Gesetzmäßigkeiten“, für einige Zeit „geordneten Unordnungen“ führen – wenn man die Dinge im Bezugsrahmen von Konzepten aus der Chaostheorie sehen will. Durch die Theorie-Praxis-Verschränkung und die konsensuelle Konzeptbildung durch Korrespondenzprozesse gelten diese Überlegungen in Sonderheit für Psychotherapie und klinische Psychologie, die im Unterschied zu nomothetischen Wissenschaften wie die traditionelle Physik „weiche Explikationen“ und „transformatives Wissen“ hervorbringen in einer *Dialektik von Differenzierung und Integration*. Auf dieser Grundlage fundierte Innovationen anzustoßen, ist nicht einfach, denn diese Dialektik wirft in theoretischer, klinisch-praxeologischer und forschungsmethodischer Hinsicht viele Fragen und große Probleme auf, die nicht schnell gelöst werden können. Wir brauchen dabei das Potential *aller* Orientierungen, der tiefenpsychologischen bzw. psychoanalytischen, der behavioralen, der phänomenologisch-hermeneutischen, der systemischen und was auch immer sich noch in konsistenter oder tentativer Weise artikulieren mag.

#### 4. Das „neue Integrationsparadigma“

*„Wenn man die Entwicklungsfortschritte empirischer Psychologie während der letzten zwei bis drei Jahrzehnte näher betrachtet, wird man sicher nicht in naher Zukunft eine makrotheoretische Synthese erwarten können“*

R. van Quekelberghe (1979, 9).

Die Rede von einem „neuen“ *Paradigma der Integration* – das dürften die voranstehenden Ausführungen deutlich gemacht haben – kann

nicht über eine grundsätzliche Novität auf der *Inhaltsebene* gehen, da es sich bei solchen Integrationen um *eine* Komponente der *Struktur* „Differenzierung/Integration“ handelt, die auf der *Prozessebene* in der Erkenntnissuche und in den Aktivitäten einer Disziplin (zumindest auf der Mikroebene) permanent zum Tragen kommt, sich auf der Meso- und Makroebene indes seltener und in längeren Zeiträumen zeigt. Für die in den Prozessen von Differenzierung und Integration hervorgebrachten *Inhalte* kann immer wieder Novität geltend gemacht werden. Auf die *Prozessebene* bezogen, müssen wir das Epitheton „neue“ in *temporaler* Hinsicht verwenden: Wir befinden uns auf der Meso- und Makroebene der Theorien- und Strategienbildung der klinischen Psychologie – wieder einmal – in einer Bewegung der Integration, die allerdings auch auf der *Inhaltsebene* Novität, Erkenntnisfortschritt und ein Weiterkommen der Praxis mit sich bringt. In einer „pluralen therapeutischen Kultur“ – und von einer solchen ist durch die Differenzierungsarbeit in unserer Disziplin auszugehen – wechseln Perioden, die stärker auf die Aufgliederung zentriert sind, mit denen, die stärker den Integrationsprozeß akzentuieren.

Die Frage der Methodenintegration in der Psychotherapie, die Praxis der Integration verschiedener psychotherapeutischer Ansätze, tritt – das ist unsere Überzeugung und wird an vielen Indikatoren ablesbar – derzeit allmählich in ein neues Stadium, nicht zuletzt eingeläutet durch systematische Psychotherapieforschung, durch Evaluation und empirischen Effizienzvergleich.

Als ich Mitte der 60er Jahre vor der Situation stand, unterschiedliche Erfahrungen mit verschiedenen psychotherapeutischen Ansätzen zu „integrieren“, war dies von meiner ganz persönlichen Suche, meinen biographischen Konstellationen, von den Zufälligkeiten und dem Reichtum dieser lebendigen, 1968 kulminierenden Zeit in Paris bestimmt und von Erfordernissen des Praxisfeldes: Betreibt man psychosoziale Arbeit mit dissozialen Jugendlichen, alten Menschen oder in der Rehabilitation von psychiatrischen Patienten und Drogenabhängigen, so wird man – ist man einem *transformativen* Wissenschaftsideal verpflichtet und stehen nicht *dogmatische* Therapieideologien im Weg, die den Blick versperren (z. B. ein fehlinterpretiertes Abstinenzgebot) – auf die Notwendigkeit eines integrierten, multimodalen Vorgehens geradezu gestoßen. Die Aus-

einandersetzung mit der wissenschaftsgeschichtlichen Entwicklung der Psychotherapie tat ein übriges. Hierzu einige Beispiele:

#### 4.1 Historische Aspekte zur Methodenintegration

Mit dem Blick auf die Geschichte des Integrationskonzeptes in der Psychotherapie bieten sich zwei Perspektiven an – eine weitere, die auf die Entwicklung übergreifender Integrationsmodelle gerichtet ist, und eine engere, die auf Integration von Methoden zentriert, auf die Erarbeitung von Therapieansätzen, die einen breiten, integrativen, konzeptuellen Rahmen haben (z. B. psychodynamische, sozialdynamische und politische Perspektiven verbinden, Einzel- und Gruppentherapie kombinieren, Leiblichkeit einbeziehen). Es sind hier z. B. zu nennen die „Psychosynthese“ von *Roberto Assagioli* (1967), der imaginative und meditative Methoden zu einem vielfältigen Dimensionen integrierenden Verfahren entwickelte, aber auch die Bemühungen von *Sándor Ferenczi* mit seinem Plädoyer für eine „elastische Behandlungstechnik“ (idem 1927/28) oder von *Wilhelm Reich* (1949), der in der *Vegetotherapie* durch die Einbeziehung des Körpers, den Aufbau von Arbeiterkliniken, die theoretische Reflexion politischer Einflußgrößen im Hinblick auf die Pathogenese einen integrativen Ansatz verfolgte (*Boadella* 1976). Auch in den Verfahren von *C.G. Jung* und *A. Adler* finden sich integrative Momente, die zu einer weiterfassenden Praxis führen könnten, als dies vom *Mainstream* der Individualpsychologie und der *Jung'schen* Tiefenpsychologie realisiert wurde. Die genannten Verfahren sind vom Entwurf her übergreifend, integrativ, komplex – umfassender jedenfalls als die klassische Analyse *Freuds* oder der klassische Behaviorismus, die beide einer atomistischen, elementenpsychologischen Konzeption verpflichtet waren und zum Teil noch sind. Aber auch hier gewinnt das Integrationskonzept zunehmend an Bedeutung (*Daser* 1991). Die Einflüsse der Gestalttheorie bzw. Gestaltpsychologie – die große Integrationsrichtung der neuzeitlichen Psychologie (*Schmidt* 1981; *Walter* 1977) spielten bei einigen dieser Integrationsversuche eine Rolle, die zu beachten ist, insbesondere bei der Entwicklung der Gestalttherapie (*Perls* 1942), der Gruppenanalyse von *Foulks* (1974) – beide waren *Goldstein*-Schüler – und bei

der Gestaltkreislehre (v. Weizsäcker 1947), aber auch bei Rapaports (1970) theoretischen Bemühungen, einen *Kanon* der Psychoanalyse zu formulieren.

Interessant zu beobachten ist, daß bei Psychotherapieverfahren, wenn sie einen gewissen Entwicklungsstand erreicht haben (dies läßt sich sowohl für die Psychoanalyse als auch für Gestalttherapie und Psychodrama aussagen, vgl. Petzold 1982a, 1984b, h; Leutz 1974; Bünte-Ludwig 1984), Differenzierungsbewegungen auftreten. Sie führten in der Psychoanalyse zu Abspaltungen (Adler, Jung) oder dazu, daß ihre Protagonisten z. T. noch für einige Zeit randständig im Gesamtfeld blieben (Rank, Reich, Ferenczi, Binswanger). Es wird aber auch ersichtlich, daß aus dieser Situation erste integrierende Ansätze in theoretischer und behandlungspraktischer Hinsicht entstanden (z. B. Ferenczi 1927/28; Ferenczi, Rank 1924). Diese schulenimmanente Integration bereitete eine frühe *erste Bewegung von übergreifenden Modellen* vor. Diese Bewegung beginnt sich seit Anfang der 40er Jahre zu artikulieren. Bedeutende Namen sind hier Otto Rank in seiner zweiten Phase der Theorienbildung nach seinem Verlassen der *Freudschen Bewegung*, wobei er auf Konzepte wie Emotion, Wille, Begegnung, Kunst zentrierte, die in der traditionellen Psychoanalyse in dieser Form nicht behandelt worden waren. Weiterhin sind Erich Fromm und Erik Homburger Erikson zu nennen, deren unschätzbare Verdienst die Integration sozialpsychologischer Konzepte in die tiefenpsychologische Theorie ist. Der Ferenczi-Schüler Franz Alexander und besonders sein Mitarbeiter Thomas French (1946, 1948) haben neue Wege beschritten, die French zu einer Verbindung psychoanalytischer und behavioristischer Modellvorstellungen führte, wie sein Grundsatzwerk „*The integration of behaviour*“ (1952) mit einem spezifisch ausgearbeiteten Konzept der „Integration als Daseinsbewältigung“ aufgrund der „*integrative capacity*“ des Individuums zeigt. French wagt damit einen ähnlichen Integrationsversuch, psychodynamische und lerntheoretische Konzepte für die Neurosegenese und Psychotherapie zu verbinden, wie er von Dollard und Miller (1950) unternommen wurde (ibid. 223). Erwähnt werden muß noch Viktor von Weizsäcker (1947, 1950) mit seinem höchst originellen Integrationsversuch von gestalttheoretischen, psychoanalytischen und existentialontologischen Konzepten, sowie die seit Ende der 40er Jahre unternommenen Versuche

französischer Psychoanalytiker, die Psychoanalyse und das Psychodrama *Morenos* zu integrieren (*Moreau-Dreyfus, Lebovici 1947; Lebovici et al. 1952; vgl. Petzold 1981m*). Aus der Vielzahl der Modelle dieser *ersten Bewegung der Integration* seien vier exemplarisch herausgegriffen und kurz umrissen, da sie die „Integrative Therapie“ seit ihren Anfängen Ende der 60er Jahr maßgeblich beeinflusst haben.

#### 4.1.1 Das therapeutische Theater – Vladimir N. Iljine\*

Der russische Biologe, Mediziner, Philosoph und Psychologe *V. N. Iljine* (1890-1974) hat während seiner Studienzeit 1908 begonnen, mit psychisch Kranken Theater zu spielen, und zwar nicht, wie es der *Marquis de Sade* (1813) oder der Nestor der deutschen Psychiatrie, *Johann Christoph Reil* (1803), getan haben, in unspezifischen Aufführungen, sondern mit „Rahmenstücken“, die aufgrund der Anamnese für die spezifische Problematik des jeweiligen Kranken geschrieben wurden (*Petzold, Schmidt 1972*). Es war nur das Gerüst der Handlung skizziert, und die Patienten konnten in den Rollen frei improvisieren. Dieses konfliktzentriert-aufdeckende Vorgehen wurde später von *Iljine* in der Emigration durch seine Analyse bei *Sándor Ferenczi* vertieft. *Iljine* war in der Verwendung der „Rahmenstücke“ von dem russischen Theaterinnovator *Konstantin N. Stanislavskij* beeinflusst, der, einer Idee *Maxim Gorkijs* folgend, Szenarien benutzte, um die Persönlichkeit der Schauspieler auszubilden und ihre Improvisationsfähigkeit zu fördern. Daneben hatte *Stanislavskij* zahlreiche Übungen entwickelt, die Atmung, körperliche Beweglichkeit, Sensibilität und Ausdruck des Schauspielers schulen sollten (*Rellstab 1978*). *Iljine* hatte aus diesem Repertoire vieles übernommen und neue Übungen, die er als Biologe der Beobachtung von Tieren entlehnte, geschaffen. Er selbst macht „*Dionysius* und *Apollon*“, die Katharsis/Gefühl und die Disziplin/Vernunft zu den Grundpfeilern seiner Methode (*Iljine 1909, 1910*). Sein Zugang in der Behandlung, wie er ihn später in Berlin und dann in Paris ausbaute, verband konfliktzentriert-aufdeckendes Vorgehen mit übungszentriert-funktionalem (*Iljine 1942, 1972; Petzold 1973b, 1975b; Schmidt-Ranson 1976*).

Für *Iljine* stellte sich nicht nur das persönliche Problem, seine unterschiedlichen Sprachen, die er sprechen mußte, die Kulturkreise, in die er geworfen wurde, zu integrieren, sondern auch die Breite seiner wissen-

---

\* Diese Zusammenfassungen aus *Petzold* (1980b)

schaftlichen Interessen und Studien (Petzold 1974 II; Zernov 1963). Er mußte, von der Psychoanalyse und von dem verhaltensorientierten Stanislavskij beeinflusst, diese beiden divergenten Strömungen in seiner Praxis verbinden.

In seinem 1942 russisch abgefaßten Büchlein über das Therapeutische Theater zeigt er in einem Diagramm auf, wie seine Methode, die auch eine pädagogische Variante hervorbrachte, das „Didaktische Theater“ (Petzold, Iljine, Zenkovskij 1972), eine Integration verschiedener Zugänge zum Menschen darstellt. Schon 1910 hatte er seinen Ansatz formuliert: „Es ist eine Methode, die eine Integration von Körper, Seele und Geist bewirken soll, eine Perichorese (περιχώρησις), durch die der Mensch ein Ganzer wird, unvermischt, unverwandelt, ungeteilt, ungesondert“ (Iljine 1910, 7). In einem Diagramm (vgl. 1) zeigt er die Quellen seines Verfahrens auf. Die Phänomenologie Husserls, die Reflexologie Pavlovs, die Psychoanalyse Freuds und die Theaterpraxis Stanislavskijs laufen im Therapeutischen Theater zusammen. Den Rahmen bilden die Grundbereiche menschlicher Kultur: Religion, Philosophie, Kunst und Naturwis-

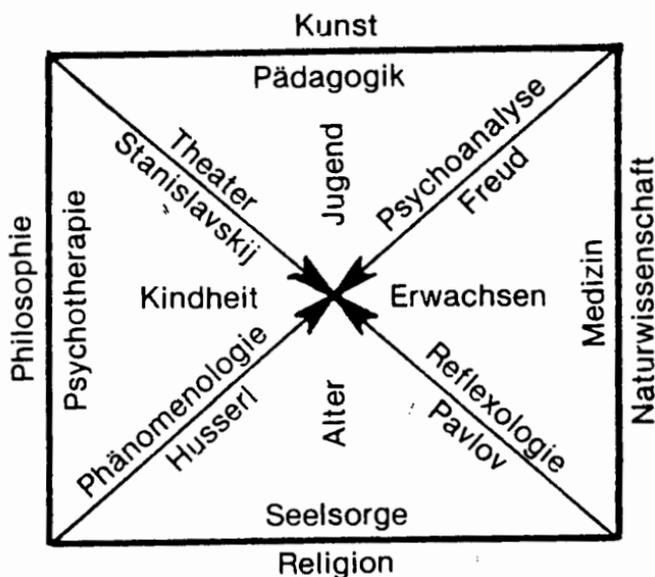


Abb.1: Die Integration der Zugänge zum Menschen im „Therapeutischen Theater“ (aus Iljine 1942, 5)

senschaft. In diesem Rahmen entfalten sich die angewandten Humanwissenschaften: Seelsorge, Psychotherapie, Pädagogik und Medizin. Es ist für die hier referierten Ansätze insgesamt kennzeichnend, daß sie ein disziplinübergreifendes Vorgehen anstreben und dies nicht nur als theoretisches Postulat. *Iljine* hat mit seinem Freund *B. Zenkovskij*, das „Didaktische Theater“ als Form der Drama-Pädagogik praktiziert und Therapeutisches Theater auch in der Soziotherapie und Seelsorge verwendet (*Petzold* 1979j). Mit Bezug auf den Gedanken des „*theatrum mundi*“ (idem 1982o) und unter Verweis auf das „*studium generale*“, einem Ideal, dem er bis ins hohe Alter nachstrebte, und auf die *Einheit* von *Theorie* und *Praxis* sowie auf das Konzept der „Wissenschaft als Kunst“ – man denke an die „*septem artes*“ des Mittelalters – stellte er schon früh das Postulat der Verbindung unterschiedlicher Disziplinen in der Praxis und die Forderung nach der Integration unterschiedlicher theoretischer Ansätze auf. „Die menschliche Wirklichkeit ist polymorph, und jede Wissenschaft, jede Disziplin vermag nur einige Aspekte dieser Vielfalt zu erfassen. Die Perichorese der unterschiedlichen Vorstöße ermöglicht eine Annäherung an das Ganze; das aber ist das Wirkliche“ (*Iljine* 1942,6).

Bedeutsam ist auch, daß *Iljine*, der sich aufgrund seiner philosophischen Arbeiten mit dem Problem Zeit intensiv auseinandergesetzt hatte (vgl. *Petzold* 1981e), die Dimension der menschlichen Lebenszeit in der psychotherapeutischen Praxis berücksichtigte und bis in sein eigenes hohes Alter mit Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen und alten Menschen arbeitete. *Iljine* entwirft sein Modell aus dem Universalismus der russischen Enzyklopädisten seiner Generation (vgl. *Zenkovskij* 1952; *Zernov* 1963). Im Unterschied zu anderen Integrationsmodellen betont er die Wichtigkeit des Zusammenwirkens der humanwissenschaftlichen Disziplinen.

#### 4.1.2 Die Gestalttherapie – F.S. Perls

Die Gestalttherapie von *Friedrich S. Perls* (1893 – 1970) wurde von ihrem Urheber zunächst als „*concentration therapy*“ (1942) und dann als „Theorie und Technik der Persönlichkeitsintegration“ (1948) bezeichnet. *Perls*, als Sohn jüdischer Eltern in Berlin geboren, Mediziner und Psychoanalytiker, trägt, wie die meisten Juden, das Erbe zweier Kulturen in sich. In seiner Jugend vom Theater *Max Reinhardts* angezogen, blieb er sein Leben lang vom „dramatischen Spiel fasziniert“ (*Petzold* 1973f, 1984h). Als Assistent von *Kurt Goldstein* kam er mit der Gestalttheorie in Kontakt, diesem „integrativen Versuch“, die Elementenpsychologie zu überwinden. Seine Lehranalytiker, zu denen *Fenichel*, *Horney*, *Happel* und *Reich*

zählten – ein sehr unterschiedliches Spektrum –, stellten an *Perls* sicherlich hohe Anforderungen, was die Fähigkeit zur Integration anbelangt. Er floh mit dem Aufkommen des „Dritten Reiches“ zunächst nach Holland, dann nach Südafrika und siedelte 1946 in die USA über. Die Integration seiner vielfältigen und bunten Biographie blieb lebenslang sein Thema, und er beschließt seine Autobiographie mit dem Satz: „*There is no end to integration*“ (*Perls* 1969a). In seinem 1942 in Südafrika geschriebenen und veröffentlichten Buch „*Ego, hunger and aggression*“ unternimmt er einen ersten Versuch der Integration. Er erwuchs aus der Kontroverse von Psychoanalyse und Gestalttheorie, der sich *Perls* durch seine Studien in beiden Bereichen ausgesetzt sah. Er versucht, die Psychoanalyse *Freuds* und die gestalttheoretischen Konzepte von *Köhler*, *Wertheimer*, *Goldstein* u. a. mit den philosophischen Ideen *Friedlaenders* zur „Kreativen Indifferenz“ (1918) zu integrieren. Die neuen wissenschaftlichen Paradigmen der Semantik und des Holismus dienen ihm als Ausgangspunkt. Der Südafrikaner *Smuts* (1929), Begründer des „Holismus“ bot *Perls* in seinem integrativen Ansatz Anregung und Bestätigung, was durch den späteren Kontakt mit *Korzybskis* „*General Semantics*“ noch vertieft wurde (*Petzold* 1984h). Durch den gestalttheoretischen Ansatz versuchte *Perls* einen übergeordneten Rahmen für die unterschiedlichen

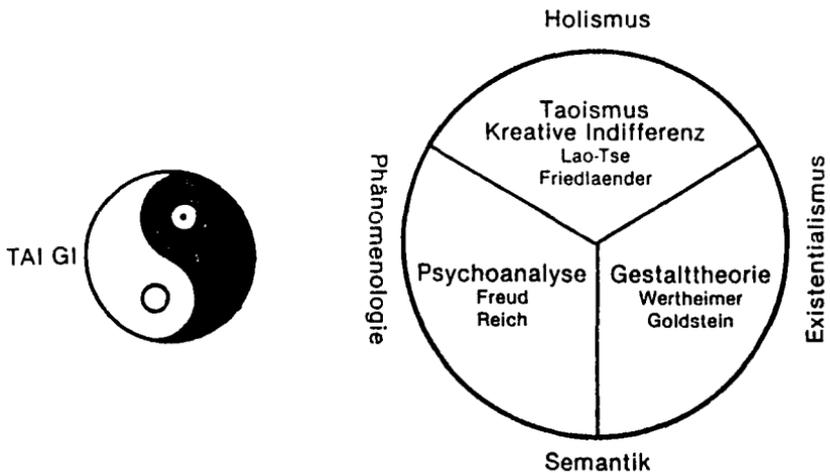


Abb. 2: Taoistisches Symbol der Differenzierung und Integration (aus *Perls* 1942, 14) und graphische Darstellung der von *Perls* 1942 versuchten Integration, die er 1948 als „Theorie und Technik der Persönlichkeitsintegration“ bezeichnete.

Strömungen und Einflüsse in seinem Denken zu finden. Er sieht Differenzierung und Integration in dialektischer Bezogenheit und vertritt, daß diese Prozesse in der wachen Bewußtheit des Menschen *hier und jetzt*, im „*continuum of awareness*“ (Perls 1980) ablaufen.

In seinem Werk von 1942 verweist er auf das vielleicht bedeutendste Integrationssymbol menschlichen Denkens, das Yin Yang bzw. Tai-Chi-Symbol des Taoismus. Taoistisches und zenbuddhistisches Gedanken- gut blieb auch in der Folge eine Einflußgröße für seinen theoretischen und praktischen Ansatz (Joslyn 1977; Petzold 1983d).

Perls selbst hat sich im praktisch pädagogischen Bereich nicht betätigt, aber der Mitbegründer der Gestalttherapie, Paul Goodman (1979) und verschiedene Schüler von Perls haben einen pädagogischen Ansatz entwickelt, der unter dem von Petzold 1972 geprägten Begriff „Gestalt-Pädagogik“ weite Verbreitung gefunden hat (Petzold, Sieper 1972a; Petzold, Brown 1977; Fuhr 1989). Die Gestalttherapie findet inzwischen in der Soziotherapie, der Beratung, der Seelsorge, der Familientherapie, in praktisch allen Bereichen der Psychotherapie und der Rehabilitation Verwendung (Rahm 1979). Es ist damit heute eine der zentralen Forderungen von Perls erfüllt, daß „die artifizielle Trennung zwischen dem Philosophen, Pädagogen und dem Psychotherapeuten aufgehoben werden soll; denn in all diesen Disziplinen (*approaches*) geht es um Wachstum, um Lernen und Integration. Sie stellen die Grundformen menschlichen Denkens und Handelns dar, die jedem Menschen eigen sein sollten. Jeder Mensch sinnt über das Leben nach, jeder kann lehren, jeder kann heilend wirken und Wachstum fördern“ (Perls 1969b).

#### 4.1.3 Das Psychodrama – J. L. Moreno

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

1925 emigrierte er in die USA. Dort begründete er die Soziometrie und wurde damit einer der Pioniere der modernen Mikrosoziologie. Er arbeitete zeitgleich mit Mead den frühesten Ansatz zu einer Rollentheorie aus (1934; vgl. Petzold, Mathias 1982), entwickelte den Begriff und das Konzept der Gruppenpsychotherapie (1932), Rollenspiel und Psychodrama sowie erste Ansätze zu einer Kreativitätstheorie (1934, 1946).



*Sándor Ferenczi*  
1873-1933



*Friedrich Solomon Perls*  
1893-1970



*Jacob Levi Moreno*  
1889-1974



*Vladimir Nikolajewitsch Iljine*  
1890-1974

Abb. 3: Frühe Protagonisten integrativer Konzeptualisierung und Praxis in der Psychotherapie und Impulsgeber für die „Integrative Therapie“

Moreno hatte sein Psychotherapieverfahren aus dem Theater abgeleitet. Er hatte auf keine vorgegebene Theorie zurückgegriffen. Seine Soziometrie entwickelte er eigenständig und deshalb auch nicht im Fluß bestehender soziologischer und sozialpsychologischer Tradition, was ihre Rezeption erheblich erschwerte.

Moreno sah in den Konzepten *Spontaneität, Kreativität, Ich und Du, Hier und Jetzt, Rolle und Soziometrie* die integrativen Elemente für seine Psychotherapie. In der Theorienbildung des Psychodramas greift er behavioristische Elemente auf, zentriert sich auf die Modifikation offenen Verhaltens (idem 1934, 226f; 1963). Aber er bleibt nicht nur auf der Linie des „*experiential learning*“, er greift auch, wie schon in seinem Frühwerk, auf existentialistische Kategorien, die Ich-Du-Beziehung, zurück, weiterhin auf das psychoanalytische Übertragungskonzept und entwickelt Begriffe wie den des „*co-unconscious*“ (idem 1954). Das Psychodrama zielt also auch auf *Einsicht*. De facto inkorporiert es behavioristische und tiefenpsychologische Ansätze. Seit Mitte der vierziger Jahre sieht Moreno explizit sein Psychodrama „als die Methode, die die Hauptsysteme psychologischer Forschung integriert“ (1946, 229). „Behavioristische Schulen waren darauf beschränkt, ‚äußeres‘ Verhalten von Individuen zu beobachten und mit ihnen zu experimentieren, wobei sie wichtige Teile des subjektiven Lebens ausließen. Viele psychologische Methoden, z. B. die Psychoanalyse ... gingen in das andere Extrem, indem sie sich auf das subjektive Erleben zentrierten, aber die Untersuchung des direkten Verhaltens auf ein Minimum beschränkten, was zum Gebrauch elaborierter Systeme symbolischer Interpretationen führte. Die psychodramatische Methode bringt diese beiden Extreme zu einer neuen Synthese. Sie ist so strukturiert, daß sie unmittelbares Verhalten in all seinen Dimensionen explorieren und behandeln kann“ (Moreno 1959a, 175). Moreno hat denn auch in seinem ersten Buch über Psychodrama, das 1946 erschien, ein Diagramm abgedruckt, das sein Mitarbeiter, *Paul Cornyetz*, 1944 entworfen und veröffentlicht hatte. In ihm wird verdeutlicht, daß im Psychodrama die damaligen Hauptströmungen der Psychologie, die versuchten, ein Erklärungsmodell für den erlebnis- und reaktionsfähigen Organismus zu finden, verbunden werden (siehe Abbildung 4).

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

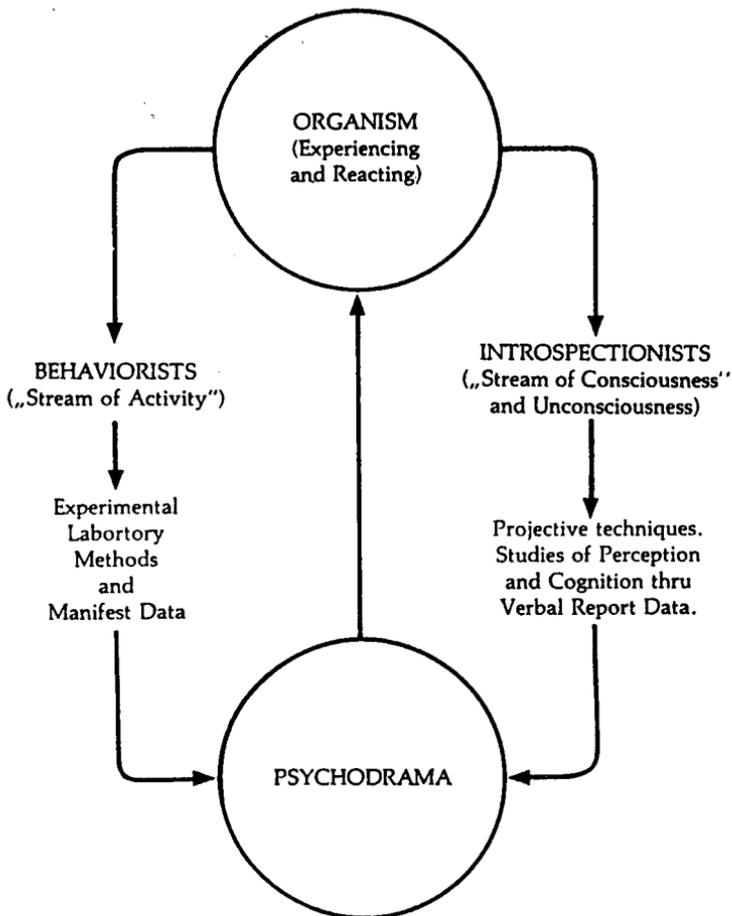


Abb. 4: Die psychodramatische Methode als Integrationsmodell (aus: Moreno 1946, 229; erstveröffentlicht Cornyetz 1944)

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

Dieser Ausgriff in das pädagogische Feld kennzeichnet alle diese frühen integrativen Modelle. Er geschieht im übrigen auch in monolithen Schulen, wenn sie eine gewisse „Prägnanzhöhe“ in der Theorienbildung und Praxeologie erreicht haben, wie die Entwicklung einer psychoanalytischen (*Treschner* 1989) oder *rogerianischen*

(Behr 1989) Pädagogik zeigt, hier aber eher als ein Epiphänomen, wohingegen *Ferenczi* (1908, 1928), *Perls* (et al. 1951), *Moreno* (1909, 1931) und *Iljine* (1910, 1942) von Anfang an auch pädagogische und persönlichkeitsbildende Intentionen hatten (*Petzold* 1989j).

#### 4.2 Das Aufkommen des „neuen Paradigmas“

Die hier vorgestellten frühen Integrationsansätze, besonders die der vierziger Jahre, für die der *Frenchs* (1933) oder des späten *Rank* ebenso hätten beispielhaft stehen können, zeitigten keine Breitenwirkungen. *Ferenczis* Konzepte erhielten das Stigma der Dissidenz, *Iljines* Ansätze verliefen an der Sprachbarriere und an den Besonderheiten des Emigrantenschicksals. *Morenos* Ansprüche wurden von ihm und seinen Schülern nicht systematisch ausgearbeitet. *Perls* (1942) originäres Integrationsunterfangen „theory and technic of personality integration“ (idem 1948) wurde von ihm zugunsten einer eigenen Schulbildung (*Perls* et al. 1951, 1969, 1980) aufgegeben (vgl. *Petzold* 1984h). Das, was wir als das „neue Integrationsparadigma“ bezeichnen, hat von diesen Versuchen sicherlich profitiert, aber seine Wurzeln liegen in einer zweiten Integrationsbewegung, in Entwicklungen, die in den 60er, Anfang der 70er Jahre ihren Ausgang nehmen, Impulse, die in der Mitte der 80er Jahre aus der Prodromalphase in die der Entfaltung des Paradigmas treten sollten. Kennzeichnend war für diesen Prozeß, daß er nicht von autochthonen Methodenbildungen ausging, sondern von dem Bemühen einiger Therapeuten mit einer oder mehreren Schulenzugehörigkeiten, Verbindungen zwischen den Richtungen herzustellen oder die zu engen Grenzen ihrer Schule zu überschreiten. Zuweilen waren es Einzelgänger wie der Psychoanalytiker, Hypnotherapeut und Kenner der Atemtherapie und Chiropraktik *Udo Derbolowsky*, der seit Mitte der 60er Jahre um die Integration der genannten Ansätze bemüht war (idem 1966, 1982). Andere, wie *S. L. Garfield* (1957, 1973, 1982, 1992) mit seinem auf „common factors“ gründenden Eklektizismus oder *A. Lazarus* mit seinem „plea for technical and theoretical breadth“ (idem 1966), fanden ein breites Echo. *Lazarus* entwickelte seinen Ansatz über das klassische VT-Modell hinaus zu einer „multimodal behaviour therapy“ (idem 1970, 1973, 1976). Da die Geschichte der amerikanischen Eklektizismus-/Integrationsbewegung dargestellt ist bei *Goldfried & Newman* (1992) – allerdings ohne jede Kenntnis europäischer Entwicklungen – setze ich bei diesen einen Schwerpunkt.

Wenig beachtet wurden die Arbeiten von F. C. Thorne, der schon früh eine dezidiert *eklektische Position* in der Psychotherapie vertrat (idem 1950, 1957, 1967), eine „*integrative psychology*“ entwarf, die den eklektischen Standpunkt weiter ausformulierte hin zu einer „eklektischen Psychotherapie“, deren „Position impliziert, daß alle ihren Besitzstand betonenden ‚Schulen‘ in einem gewissem Maß unvollständig und nicht valide seien ... Diese Zurückweisung von ‚Schulen‘ und Systemen rief eine Welle abwertender Kritik gegen die Vertreter der eklektischen Position hervor“ (idem 1982, 138), eine Kritik, auf deren zwölf Hauptargumente Thorne mit handfesten Entgegnungen reagieren kann (ibid. 138-140), insbesondere da er sich keinem „wildem Eklektizismus“ oder einem „pragmatischen“ verschrieben hatte, sondern eine klinische Systematik des Auswählens entwickeln konnte.

Von besonderer Elaboration ist der Ansatz von Dieter Wyss, der, auf umfangreichen Vorarbeiten aufbauend (idem 1971), insbesondere auf der Grundlage einer souveränen Kenntnis der „tiefenpsychologischen Schulen“ (idem 1977), eine *existential-ontologische Psychotherapie* entwickelte, für die er in seinem *magnum opus* „Beziehung und Gestalt“ (idem 1973) die zentralen Konzepte erarbeitet hat, die in Nähe zu V. E. v. Gebattel, J. Zutt und natürlich zu V. v. Weizsäcker stehen. Seit Anfang der 80er Jahre nennt Wyss seinen Ansatz „anthropologisch-integrative Therapie“ (idem 1982; Bühler, Wyss 1982). Leider fand Wyss, dessen Werk als einer der bedeutendsten systematischen Integrationsversuche an den Anfängen des „neuen Integrationsparadigmas“ gesehen werden muß, nicht die verdiente Resonanz, wohl wesentlich deswegen, weil er keine substantiellen, praxeologischen Innovationen anstoßen konnte und ihm keine Schulenburg gelang.

Noch in den Bereich der Prodromalphase des „neuen“ Paradigmas zu rechnen sind die Arbeiten von J. Haley (1963), die besonders im Feld klinischer Praxeologie höchst fruchtbare Anstöße gegeben haben und auf kommunikationstheoretischer Basis hypnotherapeutische, familientherapeutische und behaviorale Ansätze verbinden. Der „gemeinsame Nenner Interaktion“ – so der Titel seines Werkes in der deutschen Übersetzung (idem 1978) –, den Haley bei allen Therapieformen am Werk sieht, bleibt bei ihm allerdings technizistisch verkürzt und unspezifisch, so daß eine wirkliche konzept-

tuelle Integration nicht geleistet wird (Dittmar 1982, 41). Schließlich fallen die frühen Arbeiten des Autors (Petzold 1965, 1969a, b, c, 1970c, 1974j) in die Anfänge des „neuen“ Integrationsparadigmas, für das das vorliegende Werk ein Beispiel ist als Ausdruck einer mehr als 25jährigen systematischen Suchbewegung und Entwicklungsarbeit. Der Begriff „Integrative Therapie“ wurde von mir 1965 im klinischen Kontext der Gerontotherapie umrissen als ein Arbeitsprogramm aufgrund der „Forderungen der Praxis“, als „ganzheitlicher Ansatz“ der Behandlung, „eine integrative Therapie ... , die den Menschen in seiner *leiblichen Realität* ernstnimmt ... durch Somatotherapie, die seine *emotionale Realität* ernstnimmt und damit seine psychische Betreuung sicherstellt durch Psychotherapie und die den Menschen in seiner *geistigen Realität* ernstnimmt durch Nootherapie“ (Petzold 1965, 16, dtsh. 1985a, 29).

Diese umfassende Perspektive gründet in der anthropologischen Grundannahme: „Der Mensch ist ein körperliches, seelisches und geistiges Wesen in einer je gegebenen *Lebenswelt*. Deshalb müssen wir ihn in dieser Welt auf diesen Dimensionen aufsuchen ... in intersubjektiver Begegnung“ (ibid. 1965, 16/1985a, 30). Methodisch wird auf die „Integration des Lebens“ abgestellt mit den Zielen der Restituierung von „Intersubjektivität“, auf „Persönlichkeitsentwicklung“ und den Gewinn einer „*prägnanten persönlichen Identität*“ (alle Zitate ibid.). An Behandlungsansätzen wurden verbunden: Aktive Psychoanalyse, Psychodrama, Therapeutisches Theater, Rêve Éveillée und – mit spezifischer Indikation für die Psychotherapie alter Menschen (Petzold, Bubolz 1979) – vielfältige Medien: „Deshalb [wegen des hohen Alters, sc.] arbeiteten wir zugewandt, aktiv und mit erlebnisfördernden Methoden (therapeutisches Malen, Musizieren, Dichten, Imagination, Bibliodrama), also kreativen Medien, kreativer Therapie“ (Petzold 1965, 12/1985a, 24f). Im Hintergrund stehen kontextbezogene Analysen der pathogenen gesellschaftlichen Kräfte, des „Feindes von außen“, dessen Attributionen zum „Feind von innen“ (ibid., vgl. dieses Buch, S. 531), zu negativen „subjektiven Theorien“ werden, die den Lebensvollzug einschränken, insbesondere das leibliche und emotionale Ausdruckspotential und die Konstituierung von persönlichem „*Sinn*“.

„Behandlung, Stützung und Persönlichkeitsentwicklung ... mit Hilfe von psychotherapeutischen Mitteln“ ist dabei durch „sozialgeragogische Maßnahmen“, „psycho-soziale Interventionen“ zu flankieren, ggf. durch eine „therapeutische Kette“ (*chaîne thérapeutique*) von Maßnahmen und Sozialagenturen. „Bei aller Differenzierung der Maßnahmen ist doch, bei aller Mehrperspektivität, an einer *Synergie* der verschiedenen Disziplinen und Interventionen festzuhalten ....; es wird damit die Forderung nach disziplinübergreifendem ‚teamwork‘ zu stellen sein“ (ibid. 18). Der Ausarbeitung dieser und anderer programmatischer Konzepte in theoretischer und praxeologischer Hinsicht als Dimensionen „angewandter Anthropologie und klinischer Theorie“ (idem 1970c, 1) war und ist das Lebenswerk des Autors (vgl. Zundel 1987), seine klinische Arbeit, Forschungs-, Ausbildungs- und Publikationstätigkeit gewidmet. Es sei nur auf die Zeitschrift „Integrative Therapie“ (begründet von Hilarion Petzold und Charlotte Bühler, seit 1975), sowie die Buchreihe „Vergleichende Psychotherapie“ (mit K. Grawe und E. Wiesenhütter seit 1979) verwiesen, auf die Gründung des „Fritz Perls Instituts für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung“ (1972, vgl. Petzold, Sieper 1988a) und der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ als klinischer Ausbildungsstätte (1981) mit inzwischen ca. 45 000 Ausbildungstagen europaweit (Petzold, Sieper 1993) sowie auf eine Vielzahl von schulenübergreifenden Projekten und verschiedene Richtungen verbindende, berufspolitische Initiativen (Sieper, Schmiedel 1992) als Beitrag zum „neuen Integrationsparadigma“ und zu einer „pluralen therapeutischen Kultur“.

Der Begriff „Integrative Therapie“ bzw. „Integrative Psychotherapie“ wird inzwischen von verschiedenen Autoren verwandt – z. B. W. Urban (1981), M. Textor (1983) –, ohne daß damit immer, wie es der Anspruch des Autors ist, ein „hinreichend konsistenter“, eigenständiger Entwurf eines Integrationsweges im Sinne eines Therapieverfahrens vorgelegt worden wäre (Urban z. B. bietet nur einen *pragmatischen Eklektizismus*). Ein solches Unterfangen finden wir indes bei Dieter Wyss (1982) und auf der Grundlage der Gestalttheorie bei Hans-Jürgen Walter (1977; Walter, Walter 1979), einem ehemaligen Mitarbeiter des Autors, der ein beachtenswertes Integrationsmodell durch die Explikation therapeutischer Fragen unter einer gestalttheoretischen Folie vorgelegt hat.

Was sich seit Mitte der sechziger Jahre und Anfang der siebziger Jahre im Feld psychotherapeutischer Theorienbildung und -praxis entwickelt hat, wurde in der klinischen Psychologie durch theoretische Arbeiten und Forschung zunehmend als Problem erkannt. Ein Meilenstein waren hier die Arbeiten von *D.H. Ford* und *H.B. Urban* (1963): „Systems of psychotherapy – A comparative study“ und von *J.D. Frank* (1973<sup>2</sup>) „Persuasion and healing – A comparative study of psychotherapy“. Im deutschsprachigen Bereich war es der Nestor der klinischen Psychologie, *Ludwig Pongratz* (1975), der die Forderungen nach einem „synthetischen Zugang“ der Psychotherapieformen aufstellte: „Von einer Synthese sprechen wir, wenn versucht wird, die Gegensätze auf der semantischen Ebene zu einen. Es geht darum, das Gemeinsame in einer einheitlichen Terminologie zu artikulieren. Es kann sich nicht darum handeln, auch die tatsächlich vorhandenen Unterschiede einzuebnen“ (ibid. 374). Gemeinsame Nenner zu finden bei Wahrung der Unterschiedlichkeiten, das ist ein programmatisches Anliegen im „neuen Integrationsparadigma“. Einem weiteren Pionier schulenübergreifenden Denkens, *Hans Strotzka* (1975), gelingt im gleichen Jahr, in dem *Pongratz* seine Forderungen aufstellt, eine solche Synthese mit seiner heute weithin als gültig akzeptierten Psychotherapiedefinition: „Psychotherapie ist ein bewußter und geplanter interaktioneller Prozeß zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal, aber auch averbal, in Richtung auf eine definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens“ (ibid. 4).

Es kann hier nicht darum gehen, die einzelnen Stadien aufzuzeigen „auf dem Wege zu einer integrierten Psychotherapie“ – so der Titel eines „Psychologie-Heute-Artikels“ von *R.H. Bastine* aus dem gleichen Jahr 1975, für den deutschsprachigen Bereich sicher ein Trendjahr des „neuen Integrationsparadigmas“ –, noch können die einzelnen Forscher und Kliniker mit ihren Beiträgen vorgestellt und gewürdigt oder kritisch diskutiert werden, wie die Arbeiten zur

„Differentiellen Psychotherapie“ von *Grawe* (1976), die in eines der großen neueren Forschungsprogramme zur vergleichenden Psychotherapie münden sollten (idem 1988a, b; 1990) – „weg vom Methoden-Monismus in der Psychotherapie“ (*Caspar, Grawe* 1989), hin zu einer „schematheoretisch fundierten“ Konzeption einer „Heuristischen Psychotherapie“ (idem 1988a); auch die grundlegende Studie von *van Quekelberghe* (1979) zu einer „Systematik der Psychotherapie“, die er kognitiv-psychologisch zu fundieren sucht, der „transtheoretische Ansatz“ vom *Prochaska* und *DiClemente* (1984), das „Mehr-Ebenen-Modell“ von *Kriz* (1985), die „Prozeßperspektive“ von *Bastine* (1989) oder *Orlinskys* und *Howards* (1987) „allgemeines Psychotherapiemodell“ können hier nicht erörtert werden, ganz zu schweigen von allgemeinspsychologischen Beiträgen zum Eklektizismus (*Plaum* 1988) oder zu Integrationsmodellen wie das von *Dietrich* (1981, 1988).

Die Geschichte des „neuen Integrationsparadigmas“ bleibt zu schreiben (vgl. *Goldfried* 1982; *Norcross, Grencauage* 1989; *Norcross, Prochaska* 1988; *Norcross, Goldfried* 1992), und das Material hat schon eine erhebliche Unüberschaubarkeit erreicht. Mit großen Fachzeitschriften, die jeweils wissenschaftliche Felder repräsentieren – „*Integrative Therapie*“ (die älteste), „*Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*“, „*Journal for Therapy Integration*“, „*International Journal of Eclectic Psychotherapy*“ – hat das „neue Integrationsparadigma“ Instrumente gefunden, eine „*Scientific Community*“ zu formieren, die ihre Etabliertheit auch durch nationale und internationale Fachgesellschaften ausweist wie z. B. SEPI (Society for the Exploration of Psychotherapy Integration; *Colijn* 1991).

## 5. Einflüsse, Strömungen und Entwicklungen im „neuen Integrationsparadigma“

„No form of therapy has ever been initiated without a claim that it had unique therapeutic advantages. And no form of therapy has ever been abandoned because of its failure to live up these claims“  
*Parloff* (1968, 495).

Es sollen im folgenden einige Strömungen im „neuen Integrationsparadigma“ aufgezeigt werden. Die Entwicklungen sind nämlich keineswegs uniform, sondern es finden sich verschiedene Wege, integrativ-theoretisch zu konzeptualisieren, Methoden in der Praxis

zu verbinden oder integrative Behandlungsstrategien zu entwickeln. Bei einer Übersicht über die inzwischen sehr umfangreiche Literatur und aus der Beobachtung des Praxisfeldes lassen sich verschiedenste Motivationen für Integrationsbemühungen auf theoretischer und methodisch-praktischer Ebene feststellen. Folgende seien genannt:

- Erleben eines breiteren Handlungsbedarfs aufgrund der Situation der Patienten als dies der eigene Ansatz ermöglicht;
- Bewußtwerden der Unzulänglichkeiten monomethodischer Ansätze durch die eigene Praxis;
- Erleben theoriespezifischer Erfordernisse, die das eigene Erklärungsmodell nicht abdecken kann;
- Erfahren unterschiedlicher Sichtweisen im kollegialen Austausch, z. B. in multidisziplinären Teams, auf Tagungen, Kongressen oder in Weiterbildungsveranstaltungen;
- Kontakt mit unterschiedlichen Interpretationsfolien für die Pathogenese und die Behandlung spezifischer Krankheitsbilder;
- Bewußtwerden eigener Präferenzen und Grenzen, die zur Wahl des eigenen Therapieverfahrens geführt haben;
- Erweiterung des Bewußtseinshorizontes durch Alter, Lebenserfahrung und wachsende Professionalität, d. h. Gewinn einer größeren persönlichen und „professionellen Exzentrizität“;
- Bewegungen in der „*scientific community*“, etwa durch vergleichende Psychotherapieforschung, „*common factor research*“, Evaluationsforschung, Prozeßforschung, Metaanalysen etc.;
- Bewegungen in der „*professional community*“, durch berufspolitische Umschichtungen und veränderte Interessenlagen;
- Bewegungen im klinischen Feld durch neue Krankheitsbilder, neue Sicht alter Krankheitsbilder, Aufkommen neuer Moden und Trends, Einflußnahmen von Kostenträgern etc.;
- Bewegungen in der Gesundheitskultur, d. h. Erwartungen und Ansprüchen der Öffentlichkeit an die Psychotherapeuten;
- Veränderungen in der gesundheitspolitischen Landschaft aufgrund sich wandelnder ökonomischer und politischer Rahmenbedingungen;
- Veränderungen und Umwälzungen in der allgemeinen politischen und ökonomischen Situation.

Sowohl für den einzelnen Psychotherapeuten wie auch für seine Schule, wie schließlich für die jeweilige „*scientific community*“ oder „*professional community*“ lassen sich damit *internale* und *externale* Motivationen feststellen.

## 5.1 Einflüsse aus der Psychotherapieforschung

„Die Irrelevanz der Psychotherapieforschung für die Psychotherapiepraxis ist eines der bestgepflegtesten Stereotype der Psychotherapieszene“  
Grawe (1992, 25).

Als besonders gewichtige Faktoren, die für das „neue Integrationsparadigma“ zum Tragen kommen, sehe ich das immer breitere Erleben eines Ungenügens an der eigenen Methode durch die Praktiker im Feld, die schon thematisierten externalen Einflüsse durch Psychotherapiegesetzgebungen und Einflußnahmen von Kostenträgern und schließlich – allerdings sehr zögerlich – das Zurkenntnisnehmen von Ergebnissen der Psychotherapieforschung, die so manches überkommene „*believe system*“, so manche etablierte Praxis und so manchen Anspruch in Frage stellen – z. B. durch das Dokumentieren der äußerst schlechten Erfolge von psychoanalytischer Therapie bei Psychosomatikpatienten (Thomas 1985; Grawe et al. 1992) –, was Abwehrverhalten zur Folge hat. Unbequeme Forschungsergebnisse werden mit unangemessenen Argumenten „unschädlich zu machen versucht“, oder „sie werden nicht registriert“ (Grawe 1992, 26). Hier eine ausgewogene Position zu finden, die nicht forschungsfeindlich ist, aber auch keiner naiven Forschungsgläubigkeit anhängt, wird für jede Schule wichtig werden.

### 5.1.1 „Common factor research“ und „common concept approach“

Im Hinblick auf die für das „neue Integrationsparadigma“ relevante Forschung können an dieser Stelle nur einige Aspekte aufgezeigt werden. Bevor im Rahmen kompetitiver berufspolitischer Auseinandersetzungen zwischen den Schulen und dem effizienz-

orientierten Druck von Kostenträgern und Gesetzgebung „*Psychotherapie auf den Prüfstand*“ (Grawe et al. 1993, in Vorber.) kam, vermehrt die Kosten-Nutzen-Frage aufgeworfen wurde (Zerssen et al. 1986; Bühnring, Hahlweg 1986) – dies alles führte zu einer erheblichen Intensivierung der Forschung (Tschuschke, Czogalik 1990) –, waren es verschiedene wissenschaftliche Interessenlagen, die Forschungen mit Relevanz für die Integrationsfrage anregten. Ein wichtiges Interesse lag bei den „Wirkfaktoren“ von Psychotherapie: Ist Psychotherapie effektiv, und wenn ja, welche Psychotherapie – später dann: welche Psychotherapie auf welche Weise? Eine frühe Arbeit von Rosenzweig (1936) verwies auf „implicit common factors in diverse methods of psychotherapy“ und formulierte damit einen Gedanken, der später zu einer eigenen Forschungsrichtung werden sollte, dem „*common factor research*“ (Garfield 1973; Norcross, Goldfried 1992), in dem versucht wird, aufgrund empirischer Analysen *spezifische* und *unspezifische Wirkfaktoren* zu finden, die in Verfahren gleichermaßen zum Tragen kommen (Goldfried et al. 1990; Parloff et al. 1986). Ein anderer Ansatz wurde von mir als „*common concept approach*“ bezeichnet (Petzold (1970c, 11), bei dem versucht wird, aufgrund hermeneutischer bzw. metahermeneutischer Analysen theoretische, methodische und praxeologische Konzepte zu finden, die funktional-äquivalent sind oder synonyme Inhalte in sprachlich differenter Form beschreiben. Ein solches Vorgehen wurde vom Autor seit Ende der sechziger Jahre betrieben und auch in der Praxis angewendet. Dabei aber ist folgendes wesentlich: „Die Arbeit mit unterschiedlichen theoretischen Modellen und therapeutischen Praktiken – z. B. der Psychoanalyse, der Gestalttherapie und der Verhaltenstherapie – in einem gegebenen Kontext, etwa der konkreten Situation eines Patienten, erfordert die Fähigkeit, synonyme Inhalte oder Kategorien zu erkennen ..., funktionale Äquivalente herauszufinden und Taxonomien zum Einordnen der so gewonnenen Materialien zu bilden. Es ist weiterhin notwendig, die Stärken, Schwächen und Lücken eines Erklärungsmodelles zu erkennen, um abwägen, ausgleichen und neue Aspekte gewinnen zu können“ (Petzold 1974k, 301f). Zwei Leitprinzipien, das *Synopse-* und *Synergieprinzip* (ibid. 303) werden dazu benutzt, Fakten, die einen „hinreichend konsistenten“ Bezug haben, zusammenfassend zu interpretieren und zu verwenden. Ein solcher Bezugsrahmen kann über

einen systemtheoretischen Ansatz gewonnen werden (ibid 295ff; Kayser, Stättner-Kayser 1983), in dem die genannten Verfahren „als Subsysteme eines übergeordneten Systems der ‚Integrativen Therapie‘ gesehen werden oder als Systeme, die sich nach bestimmten Prinzipien aufeinander beziehen oder miteinander verbunden sind“ (Petzold 1974k, 295). Es erfolgt aber auch in der systemtheoretischen Verwendung eine Wertung der Konzepte (Habermas, Luhmann 1971) nach übergeordneten, wissenschaftstheoretischen, epistemologischen, anthropologischen, ethischen und klinischen Maximen und Modellen, an denen die „common concepts“ gemessen werden, so daß eine in einer sozialwissenschaftlichen Hermeneutik gegründete „vergleichende Psychotherapieforschung“ die Ergebnisse von Theorieuntersuchungen und empirisch gewonnene Daten über die Prozesse und Wirkungsweisen therapeutischer Praxis gleichermaßen einbeziehen muß, wie dies auch im „transtheoretischen“ Modell von Prohaska und DiClemente (1984) erfolgt.

Der „common concept approach“ vergleicht psychotherapeutische Ansätze nach ihren theoretischen und methodologischen Grundstrukturen oder anhand von in empirischen Untersuchungen evident gewordenen „Kernkonzepten“ oder ihren handlungsleitenden „Heuristiken“. Im Theorievergleich hat dies anhand einer Metastruktur zu geschehen, wie sie etwa – in unterschiedlicher Form – den Handbüchern von Corsini (1973), Petzold (1984a), Toman, Egg (1985) zugrunde liegt. Der Autor hat seine Vergleiche insbesondere im Hinblick auf das Menschenbild, die Persönlichkeitstheorie, die Krankheits- und Gesundheitslehre, die Theorie der therapeutischen Beziehung und des therapeutischen Prozesses vorgenommen, also anhand der Lineatur des „Tree of Science“ (dieses Buch, S. 476), die auch Grundlage des von ihm zusammen mit L. Pongratz durchgeführten Forschungsprojekts zur vergleichenden Psychotherapie „Wege zum Menschen“ (Petzold 1984a) war. Dabei aber gilt es allerdings im Auge zu behalten, daß es noch „keiner psychotherapeutischen Theorie ... gelungen ist, ein therapeutisches Konzept zu erstellen, in dem spezifische Faktoren überzeugend Wirkungen erzielen, die dem kausalen Ursache-Wirkungs-Zusammenhang entsprechen, wie er in der Theorie formuliert ist“ (Bozok, Bühler 1988, 126). Der Rekurs auf Daten der empirischen Forschung ist daher völlig unverzichtbar und erweist sich als durchaus fruchtbar, wie man am „generic model of psychotherapy“

sieht, das David E. Orlinsky und Kenneth I. Howard (1987/1988) aufgrund der Analyse von 1100 Psychotherapiestudien herausgearbeitet haben, indem sie die Determinanten (input), die Konstituenten (process) und die Konsequenzen (output) von „psychotherapeutischen Aktivitäten“ untersuchten (ibid. 1988, 282). Dabei war es der Anspruch der Autoren, „daß jede spezifische Psychotherapieform adäquat gekennzeichnet werden kann durch den von ihr vorgeschlagenen Kontrakt, die angebotenen therapeutischen Interventionen, ihren explizi-

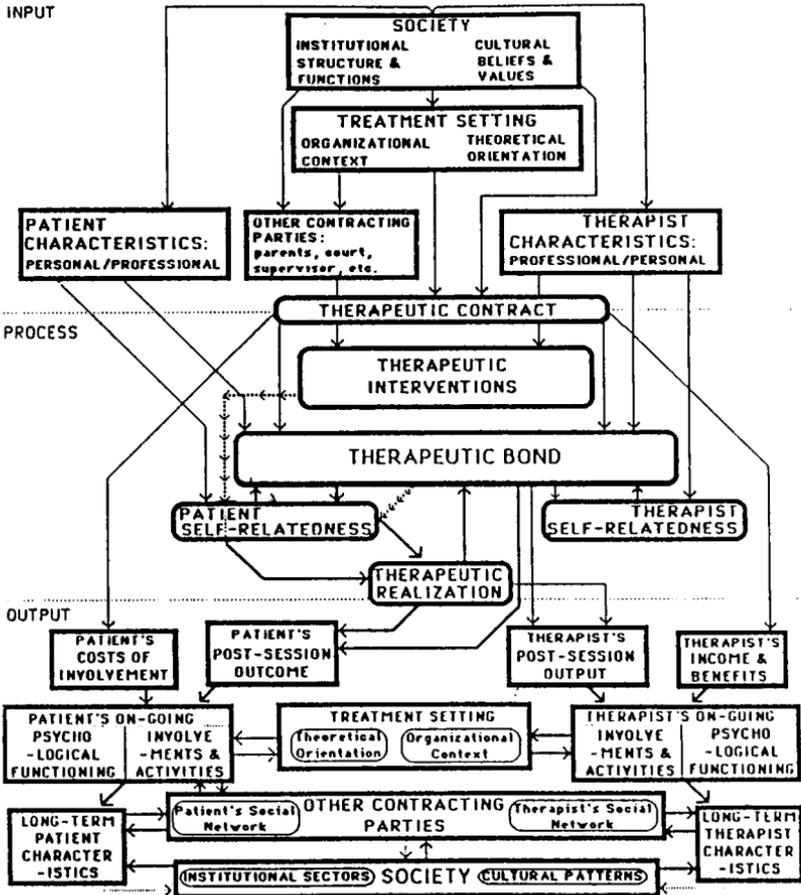


Abb. 5: Ein allgemeines Psychotherapiemodell

ten oder impliziten Umgang mit der therapeutischen Beziehung, ihre Berücksichtigung der persönlichen Aufnahmebereitschaft der Beteiligten und durch die angestrebte therapeutische Realisierung“ (ibid. 283). Das Ergebnis ist ein äußerst komplexes Therapiemodell, in dem gesellschaftliche und institutionelle Gegebenheiten „deutlich als entscheidende Determinanten des gesamten psychotherapeutischen System dargestellt werden“ (ibid. 302). Die komplexe Vernetzung von Einflußgrößen erfährt Stabilisierung durch Feedback-Schleifen, etwa zwischen den Prozeßvariablen „*therapeutischer Bund* → *Aufnahmebereitschaft des Patienten* → *therapeutische Realisierung* → *therapeutischer Bund* oder in der *Aufnahmebereitschaft des Patienten* → *therapeutischer Bund* → *Aufnahmebereitschaft des Patienten* bzw. → *Aufnahmebereitschaft des Therapeuten* → *therapeutischer Bund* → *Aufnahmebereitschaft des Therapeuten*“. Eine weitere Schleife zentriert auf die Rückkoppelung in das soziale Netzwerk, in die Alltagswelt des Patienten (vgl. Abb. 5).

Ein solches Modell birgt natürlich auch Probleme. Die in ihm verarbeiteten „*common concepts*“ werden nicht an die Theorien der jeweiligen Verfahren zurückgebunden, ja stehen überhaupt in keinem übergeordneten metatheoretischen Rahmen. So bleibt die wissenschaftstheoretische Position unklar, wenn einfach unterstellt wird, daß Konzepte wie der „*therapeutische Bund*“ und seine Bewertung oder wie „*self-relatedness*“ gleichsam wertfrei im Raum stehen. Neuere Forschung zeigt, daß die persönlichen Bewertungen (des Therapeuten wie des Patienten), ihre „*subjektiven Theorien*“ (Flick 1991) für den „*outcome*“ der Therapie große Bedeutung haben (Krause Jacobs 1991; Ambühl 1993) und daß „*soziale Repräsentationen*“ der Schulen, die ja Konsensgemeinschaften darstellen, ein bestimmender Faktor sind. Dies haben Thom et al. (1988) in der Untersuchung von Therapeuten aus der „*Berner Therapievergleichsstudie*“ (Grawe 1990) aufzeigen und damit dokumentieren können, wie bedeutsam das Konzept der „*sozialen Repräsentation*“ (Moscovici 1984) im Bereich der Psychotherapie insgesamt und für die Handlungsorganisation von Psychotherapeuten im besonderen ist. Das Modell von Orlinsky und Howard wird damit einerseits in seiner Aussagekraft über die Wirkungsgewichtigkeit einzelner Faktoren sehr unspezifisch, andererseits führt es zu einer „*Übergeneralisierung*“, für die Ambühl und Grawe (1988) zeigen konnten, „daß

die dort postulierten funktionalen Zusammenhänge zwischen verschiedenen Prozeßfaktoren und dem Therapieergebnis für die hier [in der Berner Studie] untersuchten Therapieformen in sehr unterschiedlichem Maße gelten“ (Grawe, Caspar, Ambühl 1990, 372). Empirisches „*common factor research*“ und theoretische bzw. konzeptuelle Untersuchungen im Sinne eines „*common concept approach*“ bedürfen daher weiterer Spezifizierungen und synthetisierender Arbeiten: einmal in Richtung einer Mikroperspektive, die Prozesse in spezifischen Therapiesituationen in Einzelfallstudien mit quantitativen und qualitativen Parametern untersuchen, zum anderen in Richtung der Makroperspektive, die die wissenslogische Struktur des jeweiligen therapeutischen *Verfahrens* unter die Lupe nimmt. Dabei verstehen wir unter *Verfahren* nicht eine Praxeologie oder eine inkohärente Ansammlung von Techniken, auch nicht eine *Methode* als „Ensemble in sich konsistent abgestimmter Praxisstrategien und Behandlungstechniken“, sondern ein *Verfahren* der klinischen Psychotherapie muß die oben (S. 935, 937f) aufgeführten Qualifikationskriterien erfüllen und die im „Tree of Science“ (dieses Buch, S. 476) aufgelisteten metatheoretischen und theoretischen Positionen (mit Rückgriff auf kompatible Referenztheorien) ausfüllen können. Eine solche übergreifende Perspektive läßt eine alleinig effizienzorientierte, vergleichende Psychotherapieforschung in ihrer Fixierung auf den besten Platz „im Pferdewettrennen“ (Kächele 1986) oder den Anspruch einzelner Therapieschulen auf die alleinige Richtigkeit oder einen Explikationsprimat ihrer Modelle obsolet erscheinen.

### 5.1.2 Meta-Analysen, spezifische und unspezifische Wirkfaktoren

In der Vielzahl der – zum Teil disparaten – Forschungsergebnisse wurden übergreifende Perspektiven vorwiegend über *Meta-Analysen* angestrebt, durch die sich Ergebnisse verschiedener Untersuchungen zusammenfassen und miteinander vergleichen lassen über eine Effekt-Meßgröße (Bozok, Bühler 1988). Eine solche Sekundäranalyse als variablenbezogene Analyse der Analysen hat eine solche Generalität, daß spezifische Wirkungen nicht erfaßt werden können – ganz abgesehen davon, daß erhebliche methodische Probleme bestehen, nicht zuletzt das, daß man nicht sicher ist, tatsächlich „Äpfel mit Äpfeln zu vergleichen“ (Grawe 1981; Revenstorf 1984). Es

wurde oft nicht beachtet, daß die Patientenpopulationen doch recht variieren, bzw. es wurde häufig nicht nach Patientenpopulationen differenziert. Meta-Analysen müßten hier, spezifizierend auf die Bereiche Psychosomatik, Psychiatrie, Neurotherapie, Suchtkrankentherapie gerichtet, durchgeführt werden – gegebenenfalls altersgruppen- und schichtspezifisch –, um die Effizienz einzelner Verfahren *differenziell* zu beurteilen. Für den Bereich der Kinderpsychotherapie etwa wurden erst in allerjüngster Zeit Metaanalysen in Angriff genommen (Heekerens 1991). Weiterhin entsteht ein erheblicher *Bias* dadurch, daß natürlich nur größere Psychotherapieschulen, die im akademischen Feld gut repräsentiert sind, erfaßt werden konnten, weil für sie entsprechende Untersuchungen vorliegen, die den Kriterien, die für die Berücksichtigung bei Meta-Analysen angelegt werden müssen, genügen. Es fehlt damit das Wissen über bestimmte Verfahren oder gar Verfahrensgruppen und ihre differenzielle Wirkung.

Trotz aller Kritik hat sich der Ansatz der Meta-Analysen aber in bestimmter Hinsicht durchgesetzt, wo es um den Nachweis von Globaleffekten (Brown 1987; Lambert et al. 1986; Gunzelmann et al. 1987; Wittmann, Matt 1986 und zusammenfassend Reinecker et al. 1989; Drinkmann 1990) geht. Die Meta-Analysen hatten das „neue Integrationsparadigma“ ganz entscheidend vorangetrieben. Sie konnten zumindest generell nachweisen, daß psychotherapeutische Interventionen Wirkung haben (Höfling 1988; Bozok, Bühler 1988; Wittmann, Matt 1986). Das schon von Luborsky et al. (1975) aufgeworfene Problem der *Unterscheidbarkeit* verschiedener Therapiesysteme, was ihre Wirksamkeit anbetrifft, wurde durch die Metaanalysen nicht gelöst; vielmehr entstand das Bild, daß *alle* Formen psychosozialer Hilfe Wirksamkeit zeigten. In einer für die psychotherapeutische „*professional community*“ sehr peniblen Weise wurde dies durch Studien untermauert, die feststellten, daß Laien und halbprofessionelle Therapeuten gegenüber professionellen Therapeuten im Hinblick auf die therapeutische Wirksamkeit ihrer Interventionen nicht schlechter dastanden (Durlak 1979, 1981; Nietzel, Fischer 1981; Stein, Lambert 1984; Berman, Norton 1985). Die Überprüfung der Meta-Analyse von Durlak (Gunzelmann et al. 1987) hielt prinzipiell allen kritischen Einwänden stand, ja man kann im Hinblick auf besonders schwierige Patientenpopulationen, etwa aus

dem Psychiatrie- oder Suchtkrankenbereich oder bei schweren Psychosomatosen und sonstigen chronischen Erkrankungen sagen, daß *Selbsthilfe* oft ein größeres generelles Hilfspotential und eine umfassendere „*supportive Valenz*“ hat als professionelle Hilfe (Gunzelmann et al. 1987), weil sie Menschen in materiellen Notlagen und mit defizienten sozialen Netzwerken in sehr umfassender Weise *Ressourcen* bereitstellt, ohne sie dabei zu „klientelisieren“ – im Gegenteil, man nutzt sogar ihre spezifische „*Expertenschaft*“ für ihr Problem (Petzold, Schobert 1991).

Sind es nun allgemeine, *unspezifische Wirkfaktoren*, wie die „therapeutische Beziehung“, die ausschlaggebend sind? Sicher nicht nur! Die massive Ressourcenzufuhr der Selbsthilfegruppen, die zerstörte soziale Bezüge durch „prothetische soziale Netzwerke“ substituieren, muß also als ein *spezifischer Faktor* angesehen werden. Insofern ist eine „Einheitswirkung“ im Sinne des „Äquivalenz-Paradoxons“ (Meyer 1990) kaum anzunehmen. Um eine Polarisierung von Selbsthilfe und professioneller Hilfe kann es überdies kaum gehen, da die Profession eine Permanenz der Hilfeleistungen gewährleistet (Enke, Czogalik 1990), Laien jedoch nur vorübergehend Engagement und Freizeit investieren (Strupp, Hadley 1979) und – wie wir in der praktischen Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen immer wieder feststellen konnten (Petzold, Schobert, Schulz 1991) – die besten Effekte sich ergeben, wenn die „doppelte Expertenschaft“ genutzt wird: die der Selbsthelfer *und* die der Professionellen (Petzold 1990i). „*Common factors*“ und „*main factors*“ in der Psychotherapie und Beratung als professioneller, psychosozialer Hilfeleistung und in der Laien- bzw. Selbsthilfe sprechen ja in keiner Weise gegen eine Effizienz von Psychotherapie, wie dies Eysenck (1952) unterstellt hatte, der damit den Boom der „Legitimationsforschung“ initiierte. Übereinstimmungen verweisen indes nur auf das Faktum, daß es unspezifische *und* spezifische Wirkfaktoren in helfenden Beziehungen gibt (Czogalik 1990). Immerhin hatte Eysencks Herausforderung ein Unbehagen produziert, das Psychotherapieforschung angeregt hat, durch die dann seine Annahmen widerlegt oder spezifiziert wurden (Bergin 1971; Meltzoff, Kornreich 1970; Parloff 1978; Vandebos, Pino 1980; Lambert et al. 1986). Aber selbst wenn es nur „unspezifische Wirkfaktoren“ geben sollte, so wird ein Wissen um diese dazu führen, sie über die Vermittlung in den Ausbildungen von

helfenden Berufen zu „spezifischen Wirkfaktoren“ zu machen, indem ihnen Beachtung geschenkt wird und sie systematisch eingesetzt werden. Die in jeder „stimmigen“ zwischenmenschlichen Beziehung zum Tragen kommenden, Gesundheit und Wohlbefinden fördernden Faktoren (Petzold 1993m, p) – und sie wirken dann natürlich auch heilend – können durch *Schulung* auch gezielt, ja strategisch eingesetzt werden. Hier liegt letztlich die große Entdeckung *Pierre Janets*, die er Ende des 19. Jahrhunderts gemacht hatte und die *Freud* von ihm übernahm und (ohne angemessene Nennung ihres Urhebers) verbreiten konnte: die zwischenmenschliche Beziehung selbst systematisch in Prozessen der Heilung einzusetzen.

Unter anthropologisch-philosophischer, entwicklungspsychologischer und sozialpsychologischer Perspektive ist das auch völlig evident: Der Mensch wird Mensch durch den Mitmenschen (dieses Buch, S. 494ff), denn er ist wesensmäßig *Koexistierender*. Er entwickelt seine kommunikativen Fähigkeiten in stimmigen Interaktionen von Babyzeiten an (*Stern* 1985) in fördernden, stützenden sozialen Netzwerken (*Keupp, Röhrle* 1986), und er wird krank in mißlingenden Beziehungen und Beziehungserfahrungen und zerrissenen sozialen Netzwerken. In „*Broken-home-Situationen*“ gedeiht er nicht. Insofern nimmt es nicht wunder, wenn positive Beziehungen und supportive Netzwerke, in denen Engagement, Wärme, Verständnis, Empathie, Akzeptanz und Stütze zur Verfügung gestellt werden, eine positive Wirkung zeitigen. Das Spezifische an professioneller Psychotherapie ist, daß dieses Wissen gezielt für zeitextendiertes berufliches Handeln genutzt wird und aufgrund einer theoretischen – anthropologischen, psychologischen, sozialwissenschaftlichen und klinischen – Vision koordiniert wird: „Es spricht eben sehr viel dafür, daß theoretische Konzeptualisierung und daraus ableitbare Handlungsanweisung den Rang unerläßlicher Rahmenbedingungen für die Möglichkeit der Psychotherapie als berufliche und institutionalisierte Tätigkeit selbst haben“ (*Czogalik* 1990, 22; vgl. auch *Bozok, Bühler* 1988). Sucht man nach einer Zusammenstellung solcher „unspezifischer“ Faktoren, gerät man wieder an das Problem der Untersuchungen und Studien, auf die sich bezogen wird. Aus dem Bereich der Körper-, Bewegungs- und Kunsttherapien liegen vergleichsweise nur wenige Untersuchungen vor, und diese wenigen wurden nicht von Psychotherapeuten ausgewertet, weil sie in der Regel nicht in den gängigen

„Journals“ publiziert wurden, in denen bestimmte „scientific communities“ ihre Konzepte, Trends, Meinungen und auch Vorurteile immer wieder selbst bestätigen. Das Spektrum „unspezifischer Wirkungsfaktoren“ wird also wahrscheinlich wesentlich breiter sein, als dies bisher angenommen wird. Aussagen wie: „Die zentrale Bedeutung der zwischenmenschlichen Beziehungen von Therapeuten und Patienten für den Therapieerfolg darf als die empirisch bestgestützte Aussage der Psychotherapieforschung gelten“ (Czagalik 1990, 14), besagen viel und dennoch wenig, denn es muß spezifiziert werden, was diese Beziehung ausmacht: ob sie strikter „Abstinenz“ im Sinne verknüpft interpretierter klassischer Psychoanalyse (Cremierus 1981, 1989) folgt oder vollkommenem „self disclosure“ (Weiner 1978) im Sinne einiger Schulen humanistisch-psychologischer Psychotherapie oder dem Konzept des „partiellen Engagements und der selektiven Offenheit“, wie in der „Integrativen Therapie“ (Petzold 1980g). In dem von mir herausgegebenen konzeptvergleichenden Band „Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung“ (idem 1980f) stellen die Vertreter der unterschiedlichen Schulen z. T. recht divergierende Konzeptionen vor, die natürlich nichts darüber aussagen, wie in der Praxis tatsächlich gearbeitet wird. Aber die Auswertung von Tonbändern und Videoaufzeichnungen zeigt ein breites Spektrum: vom einfühlenden Verstehen bis zur Konfrontation, Provokation, ja Ironisierung. Es wird direktiv (auch bei klientenzentrierten Gesprächstherapeuten) und nondirektiv, interpretativ (auch bei Gestalt- und Verhaltenstherapeuten) und nicht-interpretativ in der therapeutischen Beziehung gearbeitet, und *bei wem welcher* Beziehungs- und Interventionsstil *wie* wirkt, ist von vielfältigen Faktoren abhängig. „Mitfühlendes Verstehen“ ist, wie zahlreiche Untersuchungen, z. B. die umfangreiche (und wenig beachtete) von *Mente und Spitler* (1984) zeigen, in hohem Maße fördernd, was die Gesundheit und das Wohlbefinden der Patienten anbelangt. Aber gilt dies für alle Patientengruppen, alle Krankheitsbilder? Die klinische Erfahrung zeigt, daß z. B. bei depressiven Kranken in bestimmten Situationen mitfühlendes Verstehen die Befindlichkeit verschlechtert und eine konfrontative oder fordernde Ansprache effektiver sein kann. Eine Spezifizierung für bestimmte Erkrankungen, Karrieren, Lebenssituationen wird hier unerlässlich. Das Konstatieren der Bedeutung des Beziehungsfak-

tors z. B. durch *Orlinsky* und *Howard* (1986) aufgrund ihrer Auswertung von 1100 Arbeiten zu Therapieergebnissen im Prozeßbezug bleibt also zu generell, wenn festgestellt wird: „The patient's and therapist's therapeutic bond – that is the reciprocal role-investment, empathic resonance, and mutual affirmation – is effectively therapeutic“ (1986, 371). Konzepte wie „konstruktives Arbeitsbündnis“ (*Gaeison* 1966), „helping alliance“ (*Luborsky et al.* 1985), „voller Kontakt“ (*Perls et al.* 1951) und ähnliches suggerieren zumeist, daß die Gestaltung der Beziehung einseitig in Händen des Therapeuten liegt, der damit einen positiven Therapieausgang beeinflussen kann. Andere Untersuchungen weisen darauf hin, daß es eher *Klientenmerkmale* sind, von denen ein positiver Therapieverlauf und -ausgang abhängig ist (*Martiali et al.* 1981; *Barret, Wright* 1984; *Krause Jacob* 1992; *Ambühl* 1993). Diese Beispiele genügen, um aufzuzeigen, daß der „main factor“ der „therapeutischen Beziehung“ so eindeutig nicht ist (*Zimmer* 1983), und es wird aus der Kennzeichnung des „therapeutic bond“ von *Orlinsky* und *Howard* deutlich, daß das, was diese Beziehung ausmacht, differenziert bestimmt werden muß und bestimmbar ist (*Bastine* 1988): In der *Feinstruktur* werden eben nicht nur alle *Rogers-Variablen* auftauchen, die sich übrigens der Sache nach schon bei *Ferenczi* (1927/28) finden. „Role investment“ ist ein sehr spezifisches Moment, der Grad der „mutuality“ bei der „affirmation“ wird bei den einzelnen Schulen sehr variieren – *Ferenczi* (1933/1988) ist wegen des Konzeptes der „Mutualität“, das er in seinem Spätwerk formulierte, in der *community* der Psychoanalytiker heftig angegriffen und bis heute mißverstanden und abgelehnt worden (vgl. *Schuch* 1991). Dieser Subfaktor „Mutualität“ wird also im Verständnis des „therapeutic bond“ vieler Psychoanalytiker fehlen. Jeder „main factor“, der von der Forschung herausgearbeitet wurde (in der Regel durch Clusterung), hat derartige Sub- bzw. Feinstrukturen, die in spezifischer Handhabung auch differentielle Wirkung zeigen dürften, denn es kann für einen Faktor „Förderung von Bewältigungsverhalten“ (*Koruhn* 1983) nicht gleichgültig sein, wie dies prinzipiell und im Einzelfall geschieht.

Viele der sogenannten „unspezifischen“ und „spezifischen“ Faktoren sind – das ist unsere Überzeugung – auch Indikatoren für biographisch erlebte und aktuelle Defizite. „Empathisches Verstehen“ wirkt u. a., weil ohne ein solches – ganz trivial – keine ange-

messene Kommunikation mit Patienten über ihre Probleme möglich ist. Wieviel an Wirkung ist also der kommunikativen Grundvoraussetzung, wieviel der kurativen Effektstärke zuzuschlagen? Weiterhin ist unter diagnostisch-anamnestischer Perspektive festzustellen: empathisches Verstehen ist in der Lebensgeschichte und -gegenwart der meisten Patienten „Mangelware“. Die Therapie vermittelt diese Qualität, vermindert das Defizit, kontrastiert Mangelenerfahrungen. Ein Faktor „*Förderung emotionalen Ausdrucks*“ verweist auf ein Unvermögen im Bereich der Expression und auf die Geschichte dieses Unvermögens. „*Ermöglichung von Realitätsprüfung*“ verweist auf Störungen von Realitätsprüfung, „*Förderung kommunikativer Kompetenz*“ auf Defizite dieser Kompetenz. Das „Unspezifische“ solcher Faktoren wird *spezifisch*, wenn bei einem Patienten ein solches Defizit festgestellt, inhaltlich konkretisiert, biographisch aufklärbar wird, um dann gezielt behandelt zu werden. Von den Beobachtungsfeldern „prozessualer Diagnostik“ her, wie sie in der Integrativen Therapie entwickelt wurde (Petzold 1977j, 1993p, 1988n I, 206f; Rahm 1979; dieses Buch, S. 592): Bedürfnisanalyse, Problem-Konfliktanalyse, Leibfunktionsanalyse, Lebensweltanalyse, Kontinuum-Analyse, Ressourcen-Analyse, zeigt sich der enge Zusammenhang von Wirkfaktoren, Defiziten/Störungen und Behandlungsplänen, -strategien und -methoden, dem in der gesamten Debatte über spezifische und unspezifische Wirkungsweisen, *main factors*, Effizienz usw. größere Bedeutung beigemessen werden muß. Vor diesem Hintergrund sind auch die im folgenden aufgeführten Aufstellungen von Wirkfaktoren zu sehen.

In einer eigenen konzeptanalytischen Auswertung von 120 Therapiestudien aus den Jahren 1973 – 1990 für die Bereiche psychodynamisch orientierter Psychotherapie, Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie, Psychodrama und auch aus dem Bereich nonverbaler und kreativer Therapieverfahren (letzterer mit Rückgriff auf die umfassende internationale Bibliographie von Aissen-Crewett 1986) konnten wir „unspezifische“ Wirkfaktoren bzw. *main factors* aufgrund der Häufigkeit der Nennungen durch die Autoren herausarbeiten und tentativ in nachstehend aufgeführter Reihenfolge gewichten:

- *empfindendes Verstehen* (Mitgefühl, Empathie, Takt, Wertschätzung);

- *emotionale Stütze* (Akzeptanz, Entlastung, Trost, Ermutigung, positive Zuwendung, insbesondere Förderung positiver selbstreferentieller Gefühle, z. B. Selbstwertgefühl, Selbstsicherheit, Selbstvertrauen, was eine Reduktion negativer selbstreferentieller Gefühle erforderlich macht);
- *Hilfen bei der praktischen Problem- und Lebensbewältigung* (Erschließung von Ressourcen, Rat und tätige Hilfe bei der Bewältigung von Problemen, z. B. durch soziotherapeutische Maßnahmen);
- *Förderung emotionalen Ausdrucks* (Zeigen von Gefühlen, Sprechen über Gefühle, kathartische Entlastung);
- *Förderung rationaler Einsicht* in Problemzusammenhänge und Krankheitsbedingungen (dabei scheint es unerheblich, ob dies nun aufgrund *Freudscher*, gestalttherapeutischer oder verhaltenstheoretischer Erklärungskonzepte geschieht, da es offenbar darum geht, dem „Kausalitätsbedürfnis“ von Menschen und ihrem Bedürfnis nach handlungsleitenden Explikationsfolien für die Strukturierung ihres Alltags und Lebensvollzugs zu entsprechen);
- *Förderung kommunikativer Kompetenz* (social skills, Empathie);
- *Förderung leiblichen Bewußtseins* (awareness, Empfindungs- und Wahrnehmungsfähigkeit);
- *Förderung von Lernmöglichkeiten und -prozessen*;
- *Förderung kreativer Gestaltungskräfte*;
- *Anregung von Interessen*;
- *Erarbeitung von positiven Zukunftsperspektiven* (Aufbau und Bekräftigung von Hoffnungen und Plänen, Abbau von Katastrophen-erwartungen).

Weiterhin ließ der Autor 240 an FPI und EAG angefertigte Graduierungsarbeiten (Aufstellung in *Petzold, Sieper 1993, 727ff*) und 26 Publikationen aus dem Kreis der Ausbildungskandidaten und Lehrtherapeuten dieser Einrichtungen wiederum mit Blick auf die Nennung therapie- bzw. veränderungswirksamer Faktoren konzeptanalytisch auswerten. Dabei fanden sich *alle* in der voranstehenden, schulübergreifenden Übersicht aufgeführten „*main factors*“ in klaren Mehrfachnennungen (die ähnliche Reihung mag darauf verweisen, daß die schulengebundene Perspektive der Auswerter zum Tragen kommt), wobei die „*Förderung von kreativen*“

Gestaltungsmöglichkeiten“ und „leiblichen Bewußtseins“ vor der „Förderung rationaler Einsicht“ rangiert und dieser letztgenannte Faktor eher als „Förderung von Sinnerleben“ zu fassen wäre. Als schulenspezifische Wirkfaktoren bzw. als Faktoren der „Integrativen Therapie“ in schulenspezifischer Ausformulierung kommen hinzu:

- Förderung von Sinnerleben (*personal wisdom*, vgl. S. 395),
- Förderung eines prägnanten Identitätserlebens,
- Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke,
- Förderung von Kontakt-, Begegnungs-, Beziehungsfähigkeit,
- Förderung eines positiven persönlichen Wertebezugs.

Insgesamt wurden „14 therapeutische Wirkfaktoren“ (VTW) herausgearbeitet und für die Praxis Integrativer Therapie (Petzold 1993p, 313ff) systematisiert.

Natürlich sind derartige, durch konzeptanalytische Auswertung von Behandlungsberichten, Methodik- und Theorieartikeln gewonnenen Items nicht trennscharf, zumal in ihnen (durch Clusterbildung) unterschiedliche Begrifflichkeiten zusammengefaßt sind. Dennoch zeigen sich hier Trends, die beachtenswert sind, und es wäre sinnvoll, die klinische Literatur der einzelnen Verfahren und Video- und Tonbandmaterial auf das Vorhandensein solcher Wirkfaktoren in breiterer Weise zu untersuchen, denn hier wird Aufschluß über die Gewichtung von Wirkfaktoren zu gewinnen sein, und damit auch Aufschluß über Spezifitäten von Verfahren und mögliche Indikationen. Es wird aber auch die Notwendigkeit von höchst individualisierten Behandlungsplänen mit einer „variablen, polyvalenten Zielstruktur“ (Petzold 1988n, 267) und „systematisch heuristischer Methodenauswahl“ (ibid.) erkennbar (vgl. Caspar 1989; Caspar, Grawe 1991; Knauf 1991; Bartling et al. 1992), in denen Wirkfaktoren kombiniert zum Tragen kommen.

Letztlich bleiben solche sequentiellen Auflistungen und Versuche von Gewichtungen aber völlig unzulänglich, wenn sie – wie bei der Durchsicht der Studien – nur nach Häufigkeiten gehen können und dabei weder objektivierbare Maße (im Hinblick auf Qualitäten, Intensitäten und Frequenz im Interaktionsgeschehen) noch Vergleichbarkeiten (im Hinblick auf Altersgruppenspezifität, Krankheit, Lebenssituation, Schichtzugehörigkeit usw.) haben und auch keine vergleichbaren Mengen von Untersuchungen von jedem betrachteten Verfahren vorhanden sind. Auch muß der schulenspezifische Bezugsrahmen der Auswertung plastisch werden, da sonst

Faktorenlisten von Autor zu Autor variieren. Beispielhaft sei die Arbeit von *Korchen* (1988) genannt, der einen anderen Bezugsrahmen bei der Auswahl und Bewertung der von ihm durchgesehenen Studien hatte. Er führt folgende wirkungsrelevante „*main factors*“ auf:

- soziale Rückmeldung,
- Ermöglichung von Realitätsprüfung,
- Förderung von Bewältigungsverhalten,
- Selbsterfahrung und Einsicht,
- emotionale Anregung,
- Förderung von Lernvorgängen emotionaler, kognitiver und operanter Art durch Modellernen oder zur Ermittlung von Problemlösungsstrategien.

Zehn Faktoren sind nach *Bloch & Crouch* (1985) für die Gruppentherapie wirksam, wobei die Gruppenperspektive spezifisch zu Buche schlägt:

- Akzeptanz (als Person und als Zugehöriger zu der Gruppe),
- Selbstöffnung (Einbringen persönlicher Belange),
- Einsicht und Selbst-Verstehen,
- Lernen aus interpersonellen Handlungen,
- Katharsis,
- Nutzen von Anleitung, Information, konkreter Hilfe,
- Erleben der Universalität des Leidens („andere haben auch Probleme“),
- Altruismus („anderen zu helfen, hilft auch mir selbst“),
- stellvertretendes Lernen (Modell-Lernen),
- Hervorrufen von Hoffnung und Optimismus.

*Thomas* (1990) nimmt aus der Position eines „*enlightened eclecticism*“ aufgrund einer sehr umfassenden Auswertung der Beratungsliteratur unter der Perspektive des *Life-Span Development* und der *Developmental Therapy* eine Umsetzung von „*main factors*“ in Beratungsstrategien vor. Es werden als interventive Konsequenzen gezogen:

- fostering emotional catharsis,
  - providing a catalytic setting,
  - offering hope and assurance,
  - furnishing information,
  - altering reciprocal relationships,
  - constructively reliving the past,
  - rearrange consequences to produce new habits,
  - confronting and analyzing reality,
  - focusing on *Being* and on creating goals,
  - addressing make-believe-situations,
  - altering body chemistry (nutritional and drug treatment)
- (*Thomas* 1990, 5).

Der Bezug auf Beratungsarbeit „in der Lebensspanne“, d. h. „from infancy to the final decades“ (ibid 6), kommt für die Auswahl der Faktoren und für die Strategiebildung voll zum Tragen.

Es zeigen sich bei derartigen Zusammenstellungen die Zielsetzungen und die schulenspezifische Optik des Autors bzw. die psychologische Orientierung des Forschers, der Studien auswertet, ja zunächst einmal für die Auswertung selektiert und dabei natürlich auch immer ausgrenzt (vgl. z. B. Kanfer et al. 1991). Die Berufung auf Forschung ist kein unbedingtes Kriterium für Objektivität oder gar Wahrheit. Weiterhin ist die Frage der Methodik der übergreifenden Erfassung von Wirkfaktoren bedeutsam. Ein metaanalytischer Ansatz allein greift hier nicht. Systematische konzeptanalytische Untersuchungen über die *believe systems* von Therapeuten über das, was ihrer Meinung nach wirkt, von Patienten über das, was sie als wirksam erlebt haben (Krause Jacob 1992), von Interaktionen, um zu sehen, was tatsächlich gemacht wird und wie es kurz-, mittel- und längerfristig wirkt, werden notwendig, und hier ist unser Wissensstand, wenn er auf gesicherte Forschungsergebnisse zurückgreifen will, als gar nicht so solide zu bewerten, wie dies Grawe (1992) mit seinem herausfordernden – und notwendigen –, allerdings einseitig an quantitativer Forschung orientiertem Artikel naheulegen scheint. Die Forderung, daß bei bestimmten Erkrankungen, Störungen und Problemen nur noch „eine Form der Psychotherapie angeboten wird, die bei der jeweiligen Problematik nachweislich positivere Auswirkungen hat“ (ibid. 24, meine Hervorhebung), läßt sich aufgrund des derzeitigen Forschungsstandes in der Generalität nicht erheben: Nachweislich bei Männern und Frauen gleichermaßen? Bei Unter- und Mittelschichtpatienten gleichermaßen? Nachweislich im jüngeren oder höheren Erwachsenenalter gleichermaßen? Bei guter oder schlechter materieller Ressourcenlage oder Netzwerksituation gleichermaßen? Bei männlichen und weiblichen, alten und jungen, erfahrenen und unerfahrenen Therapeuten bzw. Therapeutinnen gleichermaßen? All das ist doch noch nicht ausreichend untersucht – für kein Verfahren! Im übrigen widerspricht es auch Grawes eigenem Konzept, daß nicht den Methoden der Primat zukommt, sondern den zu erreichenden Zielen, die in einem interaktionell orientierten „heuristischen, integrierenden Produktionsprozeß“ (Caspar, Grawe 1992) erreicht werden müssen, einer Annahme, der wir aus der Sicht Integrativer Therapie voll und ganz zustimmen, wobei wir den von dem Berner Konzept wenig berücksichtigten Klientenmerkmalen noch größere Bedeutung zumessen (jetzt aber Ambühl 1993). Besser würde Grawes Forderung als Ausschlußkriterium formuliert, daß nämlich Schulen, Verfahren, Methoden bedenklich sind, deren explizite Theoriekonzepte und deren Praxisstrategien die durch die Forschung bestätigten, „unspezifischen Faktoren“ in ihrer Praxis nicht oder unzureichend ermöglichen und die erprobte und als wirksam bestätigte, „spezifische

Effekte von *spezifischen* Interaktionen an *spezifischer* Stelle“ (Caspar, Grawe 1992) verhindern.

Werden in der Literatur „spezifische Wirkfaktoren“ im wesentlichen an methodische Interventionen gebunden (z. B. *shaping*, systematische Desensibilisierung), so zeigt dies nur, daß hier ein eingengesetztes Verständnis von Spezifität vorliegt. Die vorstehend aufgeführten Faktoren werden in dem Moment „spezifisch“, wenn sie bewusst, indikationsorientiert, systematisch und methodisch stringent eingesetzt werden. Hier bleibt für die Forschung noch ein weites Feld und wird der Fragenkomplex „spezifisch/unspezifisch“ differenziert zu betrachten sein (Blaser 1989; Kien 1986; Karasu 1986; Kächele 1988).

„Main factors“ und „common factors“, „spezifische Effekte“ ergeben für das Entwickeln integrativer Modelle wichtige Perspektiven. Es wird sicher nicht darum gehen können, exakt herauszustellen, welche Faktoren „am wesentlichsten“ sind (z. B. aufgrund der Feststellung, daß sie in allen oder zumindest doch der Mehrzahl der Verfahren nachweisbar sind). Dennoch erscheint es bedeutungsvoll festzustellen, daß es offenbar *einige* wesentliche Faktoren gibt, die, in (noch nicht näher erforschten) *spezifischen Kombinationen* und auf besondere (noch nicht näher bestimmbare) Alltags-, Krankheits- und Therapiesituationen zugepaßt, wirken können (spezifisch und /oder unspezifisch). Das Faktum, daß einsichtsfördernde, sinnstiftende Interpretationen unterschiedliche Bedeutungsfolien im Hintergrund haben können und dies – was schon Rosenzweig (1936) herausgestellt hatte – unabhängig von ihrem Wahrheitsgehalt (Polkinghorne 1988), zeigt, daß die Dinge doch komplexer liegen.

Therapeuten – ganz gleich, welcher Schule – müssen sich klarmachen: Es zählen nicht nur die von der jeweiligen Richtung als wirksam herausgestellten Faktoren. Sie müssen sich vielmehr fragen, *welche* unspezifischen und spezifischen Faktoren und Effekte für ihren Ansatz kennzeichnend sind, *welche* fehlen und *warum sie fehlen*, wo Ausblendungen, kollektive Abwehrhaltungen, handlungsmethodische Defizite liegen? Ein schulenübergreifender, differenzierender und integrierender Blick vermag hier Verknüpfungen zu schaffen. In jedem Falle ist die Festlegung auf *einen* gemeinsamen Nenner unzureichend, möge er nun „Einsicht“ heißen (ganz gleich, ob sie von Verhaltenstherapeuten, Psychoanalytikern, Gesprächstherapeuten verbalinterpretativ oder strukturell-inter-

pretativ vermittelt wird, vgl. *Sloane et al. 1975; Hof 1980*), möge er nun „awareness“ genannt werden, wie er in den über sechzig von *Thomas (1987)* ausgewerteten gestalttherapeutischen Evaluationsstudien auftaucht, möge er „emotionaler Ausdruck bzw. emotionale Verbalisierung“, heißen (*Schelp, Kemmler 1988*) oder wie auch immer. Es ist die *Vernetzung von Faktoren* in einer spezifischen, situativen Zupassung, die wirkt, und zwar so wirkt, daß Menschen in Problemsituationen, Notlagen und mit Erkrankungen, für diese ihre Schwierigkeiten neue Perspektiven im Sinne neuer kognitiver und emotionaler Bewertungsparameter und neuer Handlungsmöglichkeiten erhalten, und zwar in einer Art und Weise, daß sie integrierbar und umsetzbar sind und für die Betroffenen und ihr soziales Umfeld keine unüberwindlichen, kognitiven und praktischen Dissonanzen schaffen (vgl. *Crits-Christoph, Luborsky 1988; Enke, Czogalik 1990*). Derartige Konzepte finden sich nun nicht nur in einer Schule. In mehr oder weniger ausgeprägter Form und mit spezifischen Zupassungen, Akzentuierungen und Gewichtungen – auch zur Frage der Gewichtung von Faktoren und Strategien oder zur Situations- und Problemzupassung sagt die Forschung noch wenig – lassen sich derartige Postulate in Veröffentlichungen zur psychoanalytischen Kurzzeit- und Fokaltherapie (*Strupp, Binder 1991*), zur Integrativen Therapie (*Petzold 1993p; Rahm et al. 1992*) oder zur Verhaltenstherapie (*Kanfer et al. 1991*) finden. Nur besteht hier natürlich die Gefahr, daß es zu Strategienbildungen kommt, die der Komplexität und Vielfältigkeit von Patientensituationen nicht gerecht werden. Beispielhaft sei hier das Handlungsraaster der „Self-management-Therapie“ genannt, die Klienten darin unterstützen will:

- verhaltensorientiert zu *denken*
- lösungsorientiert zu *denken*
- positiv zu *denken*
- in kleinen Schritten zu *denken*
- flexibel zu *denken*
- zukunftsorientiert zu *denken* (*Kanfer et al. 1991*, meine Hervorhebungen).

Alles gut und schön – aber das Fühlen, das Kommunizieren, das soziale Netz, die Leiblichkeit, wo bleibt das? Die Verkürzungen sind

offensichtlich, obgleich die Autoren diese Strategien „forschungs-basiert“ entwickelt haben.

Integrationsmodelle müssen über die eigene Forschungstradition hinausgehen, Ergebnisse anderer Strömungen aufnehmen und verarbeiten und auch in Bereiche schauen, wo Praxeologien vorliegen, die noch nicht erforscht werden, denn dort findet sich oftmals Innovation (Doubrawa 1992).

## 5.2 Integrationsmodelle, Integrationsebenen und Interventions-praxis

„The dangers are not in working with models,  
but in working with too few,  
and those too much alike, and above all,  
in belittling any efforts to work with anything else.“  
Abraham Kaplan (1964, 293)

Für die Integration wichtiger Wirkkomponenten und damit auch für die Interventionsorientierungen in der Psychotherapie sind verschiedene Modellvorstellungen für unterschiedliche Ebenen entwickelt worden, abhängig davon, wo die Autoren mit ihren Integrationsbemühungen ansetzten.

Karasu (1986) stellt drei „change agents“ heraus, die sich in einem Therapieverfahren finden – wenn auch in unterschiedlicher Gewichtung: *affektives Erleben, kognitive Beherrschung, Verhaltensregulation*.

Affektive Komponenten sollen den Patienten für Veränderungen motivieren. Die kognitive Kontrolle soll Wahrnehmungs- und Denkmuster verändern (und damit letztlich Selbstkonzepte). Die Verhaltensregulation soll durch verhaltensmodifizierende Techniken Veränderungen festigen. Karasus Modell geht von einer heuristischen und nicht explizit ausgearbeiteten Persönlichkeitskonzeption mit den Dimensionen affektiv, kognitiv, behavioral aus, die integriert werden sollen. Sein Modell ist – trotz seiner Breite – ganz im Stil klassischer psychotherapeutischer Konzeptualisierung aufgebaut: Mit einem Patienten wird durch den Therapeuten etwas *gemacht*. Seine Mitwirkung am therapeutischen Prozeß und an der Zielformulierung und Zielrealisierung wird nicht explizit berücksichtigt. Hier fehlt also die Integration „Patientensystem/Therapeu-

tensystem“. Weiterhin wird der *soziale Kontext* weder in die Strategienbildung noch in die Intervention einbezogen. Die faktische Lebensrealität, „subjektive Theorie“ und die „sozialen Repräsentationen“ sind ausgeblendet.

Das vom Autor entwickelte „Tetradische System“ Integrativer Psychotherapie (Petzold 1970c, 1974k, 1981i, dieses Buch, S. 621ff) hat gleichfalls auf Hauptkomponenten abgestellt, die sich in einem interaktionalen therapeutischen Prozeß vor dem Hintergrund und in Berücksichtigung des Lebenskontextes/Kontinuums in Erfahrungen von „*vitaler Evidenz*“ verdichten, in denen *leibliches Erleben, emotionale Erfahrung, rationale Einsicht* und *soziale Orientierung* entsprechend der anthropologischen und persönlichkeits-theoretischen Konzepte der Integrativen Therapie (dieses Buch, S. 528ff) synergetisch zusammenwirken. In einem Transferschritt werden deshalb mit dem Patienten verhaltensstrategische bzw. verhaltensmodifizierende Maßnahmen auf dem Hintergrund des *Evidenzerlebnisses* erarbeitet, um eine Umsetzung des Erfahrenen in den sozialen Raum der Alltagswelt zu ermöglichen. Insgesamt wird versucht, leibtherapeutische Vorgehensweisen, psychotherapeutische Interventionen mit kognitiver und emotionsorientierter Ausrichtung und behaviorale sowie soziotherapeutische Maßnahmen im *Gesamtansatz* eines Behandlungsprozesses zu verbinden. Das Modell will also Persönlichkeitsdimensionen integrieren und rekuriert deshalb differentiell auf verschiedene methodische Möglichkeiten, integriert aber zum Einsatz kommende Interventionen (*technische Integration*). Man muß dabei die Intentionen des Therapeuten, des Klienten und des Kontextes berücksichtigen, also auch eine *interaktionale Integration* anstreben: die Kooperation von Therapeut, Patient und sozialem Netzwerk. Daß ein solches „integratives“ Vorgehen durch die Initiierung von *Ko-responzenzprozessen aller am Prozeß Beteiligten* möglich und sinnvoll ist, davon zeugt die behandlungspraktische Literatur der Integrativen Therapie (Petzold 1985a, 1993p; Petzold, Orth 1990; Rahm 1979; Rahm et al. 1992).

Ein weiteres übergreifendes Modell steht im Strom kompetenz-theoretischer Arbeiten (White 1958) und hat im klinischem Feld großen Einfluß gefunden: Banduras (1977) Konzept der „*self-efficacy*“, das durch kontrolltheoretische Überlegungen und Arbeiten zur „*perceived competence*“ abgestützt werden kann (Mayring 1986). Konzepte wie „*self-efficacy*“, „*social competence*“, „*mastery*“ erweisen sich

als Integrationschiffren für letztlich äußerst komplexe Interventionsformen, die kognitive, emotionale, sozial-kommunikative und behaviorale Momente verbinden – die ökologischen müßten hier noch hinzugefügt werden.

Theorienbildung sowohl aufgrund von klinischer Erfahrung als auch auf der Basis von Psychotherapieforschungen mit indikativer und interventiver Zielsetzung erfolgt *akkumulativ*. Dies ist ein Weg, der auch in Zukunft zu beschreiten ist. Der Autor hat diese Erfahrung in der Entwicklung seiner eigenen Theorie- und Praxiskonzeptualisierung über die vergangenen fünfundzwanzig Jahre gemacht. Sie ist anhand seiner Schriften nachvollziehbar. Akkumulation ist weiterhin zu beobachten an dem bekanntesten forschungsbasierten Integrationsmodell für die Wirkfaktoren helfenden Tuns in einer Therapieschulen übergreifenden und Laienhilfe einbeziehenden Form: Das Modell von *Frank* läßt von seiner ersten Exposition bis zu seiner derzeitig vorliegenden Ausarbeitung fortschreitende Integrationsleistungen durch die Vernetzung mit Konzepten, die in der Zwischenzeit vorgelegt wurden (z. B. von *Karasu* und *Bandura*), erkennen. *Frank* (1982) betont vier Komponenten für jede Form heilender Intervention:

- emotional intensive, involvierende, vertrauensvolle Beziehung zwischen Klient und Helfer,
- ein konsistentes Heilungs-Setting aufgrund gesellschaftlicher Legitimation oder Regelkompetenz,
- konzeptuelle Schemata (Mythologien), die den Klienten einleuchtende Erklärungen ihrer Problemlagen bieten,
- therapeutische Rituale als die Interventionsformen und Verhaltensmuster, die für die jeweilige Therapieform spezifisch sind.

Durch diese Komponenten soll der Status der „Demoralisierung“ des Patienten, d. h. seine „Gefühle subjektiver Inkompetenz, die mit Belastungsgefühlen verbunden sind“ (*Frank* 1982, 60), verändert werden. Man ist hier natürlich an die Theorien zur „erlernten Hilflosigkeit“ erinnert und wiederum an kompetenztheoretische Vorstellungen. Diese vier Komponenten erweisen sich bei genauerer Betrachtung als ein *Set* von weiteren wesentlichen Komponenten, wie *Frank* selbst in der Ausarbeitung der therapieübergreifenden Komponenten „Mythologien“ und „therapeutisches Ritual“ zeigt.

Er bezieht in seinen komplexen Ansatz stärker die gesellschaftliche Wirklichkeit ein, als dies etwa *Karasu* und *Bandura* tun, und er spricht zumindest die Seite des Patienten an, wenn er betont, daß eine „*Passung*“ zwischen Therapeut und Klient notwendig ist – nicht jede Konstellation führt in eine fruchtbare therapeutische Beziehung. In der Integrativen Therapie wird dieser Gedanke durch die Betonung der Ergebnisse der Babyforschung, der „wechselseitigen Empathie“ (*Petzold* 1986e, dieses Buch, S. 1074) und durch Konzepte wie „Ko-respondenz und Kooperation“ herausgestellt.

Forschung und Theorienbildung zu spezifischen und unspezifischen Wirkfaktoren, *common factors*, *main factors* sind – das zeigt dieser kursorische Überblick – auf einem Stand, der weitere Integrationsleistungen, weitere Differenzierungen und deshalb weitere Forschungen und Sammlung klinischer Erfahrungen unbedingt erforderlich macht. Bislang aber wurde für das „neue Integrationsparadigma“ schon ein unumstößliches Ergebnis erbracht: Der Anspruch, der von der Mehrzahl der Psychotherapieschulen erhoben wird, die jeweilige Richtung habe ihre theoretischen Annahmen optimal in Handlungsstrategien umgesetzt mit klar bestimmbar Komponenten, Wirkfaktoren und Interventionslinien, läßt sich so nicht halten. Die von der Forschung herausgestellten Wirkfaktoren betonen häufig andere Momente als die in der Theorienbildung der Verfahren hervorgehobenen. Bei Positionen der klassischen Psychoanalyse wird dies vielleicht noch am deutlichsten (*Luborsky* 1984; *Strupp, Binder* 1991). Die Forschung zeigt weiterhin, daß eindimensionale Ansätze „falsch“ liegen, daß die Lebenssituationen, Krankheitsbilder und Schicksale der Patienten so unterschiedlich sind, daß „elastische Konzepte“ für die Interventionspraxis – wie dies *Ferenczi* (1927/1928) schon gefordert hat – notwendig werden, die sich an den jeweiligen „Erfordernissen der Lage“ (*Lewin*) auszurichten haben. Situationsanalysen müssen deshalb die klassische Diagnostik ergänzen. Ziele für das therapeutische Vorgehen sind aus einem solchen „*assessment*“ zu formulieren unter weitestgehender Beteiligung des Patienten/Klienten. So können offene oder halb-offene „*therapeutische Curricula*“ mit einer „variablen und polyvalenten Zielstruktur und Inhaltsfindung“ entwickelt werden (*Petzold* 1988n, 208 ff, 367 ff). *Nicht die Methoden werden die Interventionspraxis bestimmen, sondern die Ziele, nicht monolithische Klischees über*

therapeutische Verläufe, sondern pragmatische „Pfadanalysen“, nicht starre Behandlungsstrategien, sondern „systematische Heuristiken“ (idem 1988n, 267; Grawe 1988).

Das „Äquivalenzparadox“ (Stiles et al. 1986), nach dem in der Psychotherapie bei unterschiedlicher Interventionspraxis gleiche Wirkungen erzielt werden, wie dies – besonders ältere – Vergleichsstudien immer wieder ausgewiesen haben (Sloane et al. 1975; Elkin et al. 1985), zeigt ein nur vordergründiges Integrationsmoment, das bei differenzierterer Betrachtung auf „polyvalente Wirkungen“ verweist, auf Synergieeffekte und immer wieder auch auf differentielle Wirkungen. Die „Berner Therapievergleichsstudie“ (Grawe 1990) hat im Vergleich vier therapeutische Ansätze mit einer sehr aufwendigen Untersuchung prozeßanalytisch durchleuchtet. Dabei zeigte sich, daß es doch mehr oder weniger große Unterschiede gibt (Grawe, Caspar, Ambühl 1990) und die in den Therapien verwandten „therapeutischen Heuristiken“ in unterschiedlichen Häufigkeiten und Formen eingesetzt wurden. Ambühl (1987) und Ambühl, Grawe (1989) haben folgende vier Heuristiken herausgearbeitet:

- reflektierende Abstraktion/Erarbeitung neuen Bewußtseins,
- Emotionsverarbeitung,
- Kompetenzerweiterung,
- Beziehungsgestaltung.

(Bastine [1992, 231] gewichtet anders: Emotionsverarbeitung, kognitive Verarbeitung, Kompetenzerweiterung, Selbstakzeptanz.)

Grawe et al. (1990) zeigen: „Die meisten der empirisch gefundenen Unterschiede stimmen gut mit den Konzepten der jeweiligen Therapieformen überein“ (ibid. 335), und es wurde weiterhin festgestellt, „daß es nämlich für die Wirkung einer Psychotherapie nicht gleichgültig ist, mit welcher Therapieform man arbeitet. Zumindest für die hier untersuchten Therapieformen kann nach den Berichten und Ergebnissen sowohl ein tatsächliches unterschiedliches Vorgehen als auch eine unterschiedliche Wirkung, Wirkungsweise und Indikation als nachgewiesen gelten“ (ibid. 373). Dies spräche allerdings für eine differentielle Interventionspraxis, besonders wenn man noch auf unterschiedliche Interventionsebenen abstellt (Leiblichkeit, Emotionen, Kognitionen, Kommunikation, praktische Lebensbewältigung oder Therapeut-Patient-Beziehung oder Patient-Netzwerk-Relation).

Schlägt nun das Pendel in die andere Richtung aus? Wohl kaum. Die Dichotomisierung spezifisch/unspezifisch, generell/differen-

tiell ist unnötig und unfruchtbar, weil erst Kriterien gefunden werden müssen, wann Faktoren als generell, wann als differentiell zu betrachten sind und welche Interventionen diesen beiden Dimensionen zuzuordnen wären. Bei kurzfristigen, mittelfristigen und besonders den langfristigen Therapieprozessen oder gar bei „Karierebegleitungen“ in intermittierender Form (Petzold, Hentschel 1991) muß von variierenden Gewichtungen einzelner Faktoren und einer variablen Wirksamkeit einzelner Interventionen oder Therapeut-Patient-Interaktionen bzw. Kooperationen ausgegangen werden. Das verweist in die Richtung einer verstärkten Investition in Prozeßforschung und in Einzelfallstudien, in transaktionale, qualitative Untersuchungen und kombinierte qualitative/quantitative Untersuchungsdesigns – der „Königsweg“ künftiger Forschung. Nur so kann der Zeitkomponente Rechnung getragen werden, denn *Psychotherapie begleitet den Lebensprozeß des Patienten*, wird Teil dieses Prozesses mit seinen kognitiven, emotionalen, somatischen, sozialen und behavioralen Komponenten. Der Verlauf von Therapien ist immer wieder von unvorhersehbaren Außenfaktoren, von kritischen Lebensereignissen, Ressourcenfluktuation, Kontinuumsbrüchen, sozialen und materiellen Veränderungen gekennzeichnet. All das ist bislang in Forschung, Theorien- und Strategienbildung und in der Interventionspraxis eigentlich aller Therapieverfahren kaum berücksichtigt. Hier müßten Anleihen bei der Lebenslaufforschung, der Altersforschung – sowohl in theoretisch-konzeptueller als auch in methodischer Hinsicht – gemacht werden (Thomae 1988; Straub 1989). Auch Thieme et al. (1989), Goldfried et al. (1990), Marmar (1990), Krause Jacob (1992) haben hier Wege beschritten, die vielversprechend sind, wenn sie sich auf Therapie als variable Abfolge von Segmenten, Perioden oder Phasen zentrieren. Sie nähern sich damit den Konzepten des „Weges“ (der „Viationen“ und „Trajektorien“) und der „Pfadanalyse“, die in der Integrativen Therapie als Kernmomente therapeutischer Arbeit gesehen werden (dieses Werk Bd. I, 1, 173ff, 228f): *Therapie als ein gemeinsamer Erlebnis-, Erfahrungs-, Entdeckungs-, Forschungs-, Interpretations- und Handlungsprozeß von Therapeut und Patient, der die Lebensgeschichte, den gegenwärtigen Lebensalltag und den persönlichen Zukunftshorizont beider sowie Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft der therapeutischen Beziehung und ihres Kontextes (z. B. Klinik, Beratungsstelle) zum Gegenstand hat.*

Der Bezug auf die qualitative Sozialforschung, auf Konzepte wie „social world“ und „Lebenswelt“ oder „soziale Repräsentation“ (Strauss 1978; Moscovici 1984; Kiwitz 1991; Petzold, Petzold 1991; Petzold et al. 1992) kommen hier zum Tragen und damit die Erforschung „subjektiver Theorien“ über Gesundheit, über Krankheit, über das Leben schlechthin (Flick 1991). Therapeutische Prozeßforschung macht evident: „Es ist nicht nur die therapeutische Beziehung an sich, die wirkt, sondern es sind bestimmte Qualitäten, Episoden, Verläufe, die Wirkungen bestimmen“ (Kolb et al. 1985). Damit kommt die Interventionsseite wieder stärker in den Blick, werden Methoden und Techniken bedeutsam, denn diese zeigen Wirkung (Hill 1990; Hill et al. 1988). Aber auch das Setting, der Kontext, die Verfassung der Patienten (Elliott, Janes 1989), die positiven und negativen Momente, ja die Verletzungen in einer Therapie (Wirbel 1987) müssen im Hinblick auf ihre Auswirkungen ins Auge gefaßt werden. Dies wiederum wird kaum dazu führen, „Prozeßtypen“ herauszuarbeiten, zu normieren und zu Standardprozessen zu finden. Wenn Bastine et al. (1989, 16) feststellen, daß sich noch „keine empirisch gehaltvollen Prozeßtheorien abzeichnen, die perspektivisch über den jeweils analysierten Einzelfall hinausweisen können“, so liegt dies im Wesen therapeutischer Arbeit selbst, die vom jeweiligen Patienten, seiner Situation, seiner Familie, seiner persönlichen Integration, aber auch von seinem Therapeuten, dessen professionellem Kenntnisstand und dessen Persönlichkeitsentwicklung und Bewußtseinslage sowie von den Zufälligkeiten unterschiedlichster Lebensprozesse abhängt. Prozeßforschung wird eher zu einem Wissen darüber führen, wie Prozesse sich entwickeln und wie man Prozesse handhabt, wie Differenzierung, Integration und Kreation im therapeutischen Geschehen selbst gestaltet werden. Sie wird zeigen, wie gemeinsam mit Patienten therapeutische Curricula konzipiert werden können und der Prozeß der Therapie in Ko-respon- denz evaluiert wird und zunehmend aktiv und kooperativ gestaltet werden könnte. Prozeßforschung nimmt die *interaktionale Seite* des therapeutischen Geschehens auf, und das heißt auch, sie muß die *Sicht der Patienten* erforschen und einbeziehen. Uns liegen hier noch nicht sehr viele Arbeiten vor (Krause Jacob 1992; Bittner 1981; Guski 1988), doch diese zeigen: Die Erwartungen des Therapeuten an den Patienten und die Erwartungen des Patienten an den Therapeuten

bekommen gleiches Gewicht. *Guski* kommt in ihrer Untersuchung zu der Konklusion: „Den größten Einfluß auf die Vorhersage des Beratungsausganges haben die unterschiedlichen Erwartungen an den Berater. Beratungsabbruch kann besonders dann ‚vorhergesagt‘ werden, wenn die Erwartung ‚Koalitionspartner‘ starr und die Erwartung ‚change agent‘ gering ausgeprägt ist“ (eadem 1988, 163). Letztlich heißt dies, daß hohe kognitive Dissonanzen bzw. Konsonanzen zwischen Beratern und Klienten, daß Erwartungsstrukturen, konvergierende und divergierende „subjektive Theorien“ zu berücksichtigen sind. Je mehr die Forschung dem eigentlichen „Gegenstand“, den es zu untersuchen gilt, nahekommt, nämlich einer lebendigen Beziehung zwischen Subjekten in einem, vielfältigen Einflüssen ausgesetzten Kontext und Kontinuum, desto mehr wird sie von ausschließlich naturwissenschaftlichen bzw. quasi-naturwissenschaftlichen Forschungskonzeptionen Abstand zu nehmen haben – bislang allerdings ist ein großer Teil der Psychotherapieforschung rein *quantiativen* Zugangsweisen verpflichtet. Sie wird sich indes subjektiven und sozialen Realitäten in *qualitativer* Hinsicht nähern und dabei vermehrt auf die Instrumente sozialwissenschaftlicher Forschung zurückgreifen müssen. Dieses Wissen gilt es zu integrieren – nicht nur forschungsmethodisch, sondern auch vom theoretischen Fundus her. Damit wird keine Abkehr von quantitativer Forschung im „neuen Integrationsparadigma“ vertreten, sondern eine mehrdimensionale Zugangsweise. Die „Berner Therapievergleichsstudie“ ist im Ansatz von der Forschungsmethodik her ein solches kombiniertes Unterfangen, wobei den qualitativen Auswertungen noch mehr Gewicht hätte zukommen müssen.

Es ist auf dem Hintergrund der bisherigen Ausführungen auch nicht verwunderlich, daß der interaktionale Therapieansatz in der Berner Untersuchung besonders gute Ergebnisse erzielt hat: Therapie ist, wie jedes Lebens- und Entwicklungsgeschehen, *interaktional* (*Sullivan* 1953; *Anchin*, *Kiesler* 1982; *Sameroff*, *Emde* 1989; *Stern* 1985). Sie ist damit am Pulsschlag zwischenmenschlichen Lebens; die Konklusion, die *Grawe* et al. (1990, 375) am Schluß ihrer Übersichtsarbeiten über das Forschungsprojekt ziehen, entspricht der dem Integrationsparadigma inhärenten Logik, daß multiple Einflußgrößen und vielfältig interagierende Faktoren nicht mit monolithen Strategien angegangen werden können: „*Wir interpretieren die Ergeb-*

nisse dieser Untersuchung in erster Linie als einen Hinweis darauf, daß Flexibilität im Beziehungsverhalten und im technischen Vorgehen zu den wichtigsten Qualitäten eines erfolgreichen Psychotherapeuten gehören. Durch die Schulenorientierung im Bereich der Psychotherapie wird die Entwicklung dieser Qualitäten nicht gefördert, sondern eher behindert. Für die Verbesserung der gesellschaftlichen Dienstleistung „Psychotherapie“ wäre es wichtig, theoretische Konzepte und Ausbildungsformen zu entwickeln, die diese therapeutischen Qualitäten systematisch fördern“ (ibid.). Wir unterschreiben diese Konklusion weitgehend aus theoretischen Gründen, aufgrund der Lage der Forschung und aus der konkreten Erfahrung mit der Berner Forschergruppe selbst. Der Autor konnte von 1980 – 1989 als Gastprofessor mit einem Lehrauftrag für „erlebnisaktivierende Verfahren der Psychotherapie“ auf Einladung von Klaus Grawe in Bern mit Studenten und mit Therapeuten der Praxisstelle arbeiten. Anhand von Videoaufzeichnungen hat er mit dem Therapeutenteam Supervision durchgeführt. Einmal konnten Videoaufzeichnungen von Therapien von ihm und von F. Kanfer gemeinsam im schulensübergreifenden Diskurs supervidiert werden. Mit H. Kächele, F. Kanfer und H. Petzold als Lehrbeauftragten waren in Bern im Bereich der klinischen Psychologie Protagonisten der drei „Grundorientierungen“ behavioral, tiefenpsychologisch, phänomenologisch-hermeneutisch an einer Abteilung tätig, die diese Einflüsse kreativ zu verarbeiten vermochte und den langjährigen Gastdozenten ihrerseits Anstöße gegeben hat.

### 5.3 „Schulen des Integrierens“

Im Hinblick auf die Schulenorientierung stimmen wir den Berner Autoren nicht ganz zu, denn es könnte die Situation eintreten, daß die traditionellen Schulen in der Rezeption des Forschungsstandes und der Auseinandersetzung mit den im Rahmen des „neuen Integrationsparadigmas“ aufkommenden theoretischen, methodischen, konzeptuellen und praxeologischen Arbeiten „offener“ und integrationsfreudiger werden, sich von *dogmatischen* Orientierungen zu einer *transformativen* Ausrichtung wenden. Dabei aber wird es notwendig werden, „professionelle Stichelei zu überwinden und den fanatischen Glaubenseifer, der die psychotherapeutische Ent-

wicklung behindert“ (Beitman 1989) und der leider bestimmte Schulenvertreter kennzeichnet. Dies ist keine einfache Angelegenheit, aber hierhin wird der Weg gehen.

Weiterhin wird die Entwicklung von übergreifenden Theoriekonzepten und Ausbildungsformen zu Schulbildungen führen. Es wird „**Schulen des Integrierens**“ geben. Die Berner Gruppe ist unseres Erachtens schon auf dem Wege, eine solche zu werden. Ein Blick in die Landschaft der Integrationsbewegung (Norcross, Goldfried 1992) zeigt verschiedene Formen und Niveaus von Integrationsaktivitäten, -strömungen und -orientierungen. Einige wichtige seien kurz umrissen, nämlich die *pluralistische Orientierung*, die *kombinatorische Orientierung*, die *eklektische Orientierung* und die *integrative Orientierung*.

### 5.3.1 Pluralistische Orientierung

Linsenhoff, Bastine und Kommer (1982) hatten Anfang der achtziger Jahre „Korrosionserscheinungen“ beim psychotherapeutischen Schulansatz festgestellt. Die Position, die „einzig richtige“ oder zumindest die „wirksamste“ oder elaborierteste Methode zu vertreten, ist bei vielen Psychotherapeuten ins Wanken gekommen. Es macht sich z. T. eine Unzufriedenheit mit den traditionellen Schulen breit (Garfield 1986), eine Unsicherheit, was die eigene Position anbelangt, auf jeden Fall eine Offenheit gegenüber anderen Schulen. Man beginnt anzuerkennen, daß auch diese wirksame Behandlungswege darstellen. Das ist zumeist mit einer Relativierung der eigenen Positionen verbunden, und damit wird der Blick geschärft für die Stärken und Schwächen des eigenen Verfahrens und für die Lage der eigenen Therapieschule. Psychoanalytiker stellen fest, daß kaum noch „*common ground*“ in den verschiedenen psychoanalytischen Richtungen vorhanden ist (Wallerstein 1990; Wittenberg 1987; Wile 1985; Cremerius 1990 usw.). Verhaltenstherapeuten sehen die Heterogenität ihres konzeptuellen Rahmens und ihrer Praxis (Goldfried et al. 1990; Kazdin 1984; Welso 1982), und für die übrigen Schulen steht es nicht anders (Omer, London 1988). Die Pluralisierung und der Wandel in der Psychotherapie, so stellen diese Autoren fest, kündigen das „*end of the systems' area*“ an (ibid.). Aber so schnell wird es sicher nicht gehen. Schulen haben eine hohe Stabilität, und

die von *Linsenhoff, Bastine und Kommer (1982)* getroffene Feststellung, daß „die Anzeichen allmählich unübersehbar werden, die dieses Schulendenken mit den impliziten/expliciten Allgemeingültigkeitsansprüchen jeder Schule und den klaren Abgrenzungen gegenüber anderen ins Wanken geraten lassen“ – eine Aussage, die hier exemplarisch für viele andere zitiert wird –, hat bis jetzt, zehn Jahre später, noch nicht zu einem Zusammenbruch des Schulensystems geführt, wohl aber zur Festigung einer *pluralistischen Orientierung* (obgleich diese derzeit über die Gesetzgebungsprozesse mit ihren Nivellierungstendenzen wieder einen Rückschlag zu erleiden scheint). Zwar geht „*die Zeit der Orthodoxien zu Ende, doch ob die neue Zeit leichter wird, ist zu bezweifeln, denn Integration ist ein mühevolleres Unterfangen*“ (*Petzold 1982g, 110*). Diese Auffassung des Autors scheint sich zu bestätigen. Die *pluralistische Orientierung* ist allerdings die Voraussetzung für das „neue Integrationsparadigma“. Sie unterstreicht, daß *alle* klinisch erprobten Verfahren einen großen Wert haben, die Schulen also bestehen bleiben müssen, allerdings nach spezifischen Indikationen zu streben sei. In der klinischen Praxis geschieht dies seit langem. So werden Phobien besonders den Verhaltenstherapeuten zugeordnet, allgemeine Lebensprobleme den Gesprächstherapeuten, schwere Persönlichkeitsstörungen der Psychoanalyse, Ausdrucksstörungen, psychosomatische Störungen der Gestalttherapie, Kommunikationsprobleme der Gruppenpsychotherapie oder dem Psychodrama usw. Vom *Pluralismus* zu einer eklektischen oder kombinatorischen Position ist es dann nur noch ein Schritt.

### 5.3.2 Kombinatorische Orientierung

Die überzeugende Stringenz des lerntheoretischen Begründungsmodells hat – wie schon dargestellt wurde – schon früh psychoanalytische Autoren angezogen oder Kombinationsversuche zwischen Psychoanalyse und verhaltenstherapeutischen Konzepten und Praktiken angeregt (*French 1952; Dollard, Miller 1950; Greenspan 1975*). Inzwischen sind die verschiedenen Bemühungen (etwa von *Heigl, Triebel 1977; Wachtel 1977, 1982, 1984; Rhoïdes 1981, 1984; Kazdin 1984; Marmor 1982* usw.) so weit fortgeschritten, daß auch

die Probleme solcher Integrationsversuche deutlich werden: erkenntnistheoretischer, anthropologischer, klinischer, methodischer Art (Arkowitz, Messer 1984; Birk, Brinkley-Birk 1974; Salzmann 1984). Das anspruchsvolle Programm von Wachtel (1984, 37): „Mein Ziel ist nicht einfach die praktische Anwendung einer Kombination von klinischen Vorgehensweisen, sondern vielmehr die Arbeit in Richtung auf eine gründliche konzeptuelle Integration“ (S. 37) wurde mit Blick auf die hier herausgestellten und zu berücksichtigenden Dimensionen sicher nicht erreicht. Weiterhin wird durch die konzeptuellen Bewegungen in der Psychoanalyse selbst (Objekt-Beziehungstheorie, Selbstpsychologie) und nicht zuletzt in der Verhaltenstherapie – etwa durch die „kognitive Wende“ – die Situation für Integrationsversuche nicht nur erleichtert. Auch wird deutlich, daß die Verhaltenstherapie durchaus nicht nur unmittelbar von Lerntheorien abgeleitet wird (Goldfried et al. 1990; Norcross 1988): „There is no single psychodynamic or behavioral view that could serve as the basis to provide a uniform position. Within each orientation, several different and often competing theories can be identified to explain clinical problems and therapeutic techniques“ (Kazdin 1984, 145). Von seiten der Verhaltenstherapie sind Kombinationen mit dem psychoanalytischen Bezugsrahmen weniger häufig in Angriff genommen worden. Aber Polarisierungen wie die in der klassischen Veröffentlichung von Eysenck, Rachmann (1965) sind gänzlich überholt. Die „therapeutische Beziehung“ (Grawe, Dzierwas 1978; Wilson, Evans 1977; Seiderer-Hartig 1980), Konzepte wie Widerstand und Abwehr (Caspar, Grawe 1981), ja das Konzept des „Unbewußten“ wird in interaktionalistischen Ansätzen der Verhaltenstherapie aufgenommen, etwa in der Vorstellung „automatisierter Gedanken oder Handlungsscripts“ (Langer 1978).

Zunehmend finden sich auch Kombinationsversuche der beiden großen Richtungen Verhaltenstherapie und Psychoanalyse mit anderen therapeutischen Ansätzen (Garfield, Kurz 1977; Goldfried 1982), vornehmlich aus dem Bereich der Humanistischen Psychologie (Ricks et al. 1982; Doubrawa 1991), eine Vorgehensweise, die im Rahmen der Humanistischen Psychologie selbst eine lange – und nicht immer gute – Tradition hat (Crochane, Hooloway 1974). Es handelt sich hierbei um die seit Anfang der siebziger Jahre sich immer mehr ausbreitende Mode der „Methoden-Addition“, die in

dem Faktum gründet, daß praktizierende Therapeuten zunehmend in mehreren Verfahren ausgebildet sind, die sie eklektisch bzw. polypragmatisch verbunden haben – in der Regel ohne Rücksicht auf die theoretische oder methodische Kompatibilität –, so daß sehr häufig widersprüchliche „Kombinationen“ entstanden. Gehen „Gestalttherapie und Psychodrama“ als Kombination noch an, weil wichtige metatheoretische, anthropologische und praxeologische Gemeinsamkeiten bestehen, so werden Kombinationen wie „Gestalttherapie und Bioenergetik“ oder „Primärtherapie und Gestalt“ schon höchst fragwürdig oder „Transaktionsanalyse und Gestalt“. Der Autor hat mit solchen Kombinationen selbst experimentiert (Petzold, Thomson 1976; Petzold 1973e, 1975j) und dabei herausgefunden, daß viele Kombinationen *nicht* gehen. Obgleich Verbindungen wie „Gesprächstherapie und Bioenergetik“, „TA und Gestalt“, „TA-Scriptanalyse und Primärtherapie“, „Gestalt und Bioenergetik“, „Psychoanalyse und Psychodrama“ (als psychoanalytisches Psychodrama) höchst gängig sind, kann in den seltensten Fällen von einer konsistenten Kombination oder gar einer „Methodenintegration“ gesprochen werden. Das Gegenteil ist der Fall. Es handelt sich in der Regel um wissenschaftstheoretisch ignorante, höchst oberflächliche Arrangements, denn es sind z. B. die erkenntnistheoretischen und anthropologischen Positionen, die Persönlichkeitstheorie und Krankheitslehre von Gesprächs- oder Gestalttherapie (als dem phänomenologischen Paradigma verpflichtet) einerseits und Transaktionsanalyse, Primärtherapie oder Bioenergetik (als dem psychodynamisch-tiefenpsychologischen Paradigma zugehörig) andererseits – bislang wenigstens – *nicht* vereinbar. Diese klinischen und theoretischen Paradigmata sind z. T. derart disparat, daß sich die Widersprüchlichkeiten sogar in der Methodologie und Interventionspraxis niederschlagen. Der Patient wird auf der Interventions-ebene (z. B. Direktivität/Nondirektivität) und auf der Ebene der Strategienbildung „*mixed messages*“ ausgesetzt, die ausgesprochen ungute Effekte haben können (die zumeist vom Therapeuten noch nicht einmal in ihrer Ursächlichkeit selbst bemerkt werden).

In ähnlicher Weise sind die Grundpositionen der Psychoanalyse *Freuds* nicht mit denen des Psychodramas von *Moreno* zu verbinden, es sei denn, die Axiomatik beider Verfahren würde erheblich modifiziert und durch einen neuen, übergreifenden metatheoretischen

Ansatz „unterfangen“. Dies ist bislang noch nicht geschehen. Was in den genannten oder anderen „Methoden-Additionen“ geschieht, ist in der Regel folgendes: Die „Integration“ erfolgt in *praxeologischer* Hinsicht auf der Ebene der „Techniken“ (nicht auf der der „Methoden“), indem zum Beispiel bioenergetische Techniken und Übungen in die Gestalttherapie übernommen werden, durchaus aber nicht der theoretische und methodologische Grundansatz des „Verfahrens“ der Biogenergetik. Vielmehr wird die Bioenergetik dem Gestaltansatz „geopfert“. Das kann auch umgekehrt geschehen. Die große Frage, die dabei offenbleibt, ist, ob nicht in den Techniken selbst noch soviel Niederschlag von unvereinbaren Grundpositionen vorhanden ist (und bei einigen ist dies sicher der Fall, z. B. den Streßpositionen), daß wir zu einer „Addition des Disparaten“ kommen.

Für die verschiedenen Schulen des „analytischen Psychodramas“ ist durchgängig zu sagen, daß sie die *Morenosche* Anthropologie, Persönlichkeitstheorie und Krankheitslehre aufgegeben haben und statt dessen im psychoanalytischen Rahmen verbleiben, wobei eine stark modifizierte (und gegenüber *Morenos* Intentionen reduzierte) Praxeologie des Psychodramas übernommen wurde: das Spiel in Rollen, das mit gewissen Adaptierungen durchaus in ein psychoanalytisches Modell eingepaßt werden kann. Schaut man auf die Arbeiten von *Anzieu* (1984), *Lemoine* (1972) und *Lebovici* (et al. 1958), so muß man erkennen, daß hier auf der praxeologischen Ebene eine differenzierte Integrationsarbeit geleistet wurde, so daß Inkompatibilitäten, wie wir sie in anderen additionalen Ansätzen häufig finden, kaum aufkommen.

In der Kombination von Gestalttherapie und Transaktionsanalyse (*Goulding, Goulding* 1979) wird in der Regel nur das gestalttherapeutische Prinzip der Erlebnisaktivierung und die gestalttherapeutische Fokalintervention in Form der „Hot-Seat-Technik“ zur Bearbeitung von Materialien verwandt, die im Rahmen transaktionsanalytischer Arbeit aufgekommen sind und auf dem Hintergrund des eigenständigen Theoriemodells der TA interpretiert werden. Es werden also *Gestalttechniken* übernommen, und es handelt sich keineswegs um eine kohärente Verbindung von Gestalttherapie und Transaktionsanalyse auf der Ebene der Methode oder gar des Verfahrens. Die erkenntnistheoretischen oder persönlichkeits-theoretischen Divergenzen z. B. bleiben völlig unberücksichtigt.

Die Probleme und Möglichkeiten kombinatorischen Vorgehens bzw. additionaler Verbindungen sind nur wenig beachtet worden und könnten für theoretische, konzeptuelle und praxeologische Arbeit fruchtbare Aufgaben bieten, nicht zuletzt auch für empirische Forschung. Davon ist bislang indes nichts oder nur wenig zu sehen. Es finden sich allenfalls *Ansätze* zu einer hermeneutischen Durchdringung theoretischer Konzepte, um auf diesem Wege zu „*common concepts*“ und zu verbundenen Metakonzepten zu kommen, die eine „*systematische Heuristik*“ fundieren können. Meine eigene Arbeit war und ist z. T. sehr stark von einem derartig ausgerichteten Bemühen bestimmt. Der systematische Vergleich erkenntnistheoretischer, anthropologischer, ethischer, persönlichkeits-theoretischer, entwicklungspsychologischer, krankheits- und therapie-theoretischer Konzepte, der Vergleich von Praxeologien zur Umsetzung derartiger Konzepte, d. h. von Methoden, Techniken und Medien, bietet in der Tat Chancen zu sehen, was bei Kombinationen kompatibel und was inkompatibel ist, herauszufinden, wo die Stärken und die Schwächen der verschiedenen Verfahren liegen (*Prochaska, DiClemente 1984*). Aufgrund einer solchen *hermeneutischen Suchbewegung* können Verbindungen hergestellt und Ergänzungen vorgenommen werden. So vermag eine einseitige Vergangenheitsfixierung der Psychoanalyse durch die Zentrierung auf das Hier-und-Jetzt im Ansatz von *Moreno* und *Perls* und durch die Einbeziehung der Zukunftsdimension bei *Adler* komplementiert werden, so daß die „*ganze Zeit*“ für die Psychotherapie gewonnen werden kann (vgl. *Petzold 1981e*). – Noch interessanter wird der Gang durch den Wald, den Dschungel, das Chaos der Persönlichkeitstheorien oder der Konzeptionen zur Pathogenese. Die hermeneutische Untersuchung dieser Bereiche, um zu *verstehen*, was die Vision der einzelnen Autoren ist, steht bislang noch in den Anfängen. Hier aber beginnt die eigentliche Methodenintegration, durch die die kombinatorischen und eklektischen Positionen überwunden werden können und „hinreichend stimmige“ Verbindungen von *Verfahren* vielleicht möglich werden. Vorerst aber ist der Eklektizismus immer noch die stärkste Strömung im „neuen Integrationsparadigma“.

### 5.3.3 Eklektische Orientierung

Schon 1967 stellten *Wildman* und *Wildman* fest, daß der Eklektizismus die am weitesten verbreitete Haltung praktizierender klinischer Psychologen sei. Damit wurde *Kellys* (1961) Feststellung zu einer Übersicht über die klinische Psychologie in den USA von 1960 bestätigt, in der sich 40 % der Psychotherapeuten als Eklektiker beschrieben. Diese Situation hat sich dahingehend geändert, daß Ende der siebziger Jahre dieser Prozentsatz auf weit über 50 % angestiegen ist (*Kelly et al.* 1978; *Garfield, Kurtz* 1976). Dieser Trend hat angehalten (*Patterson* 1989; *Goldmeyer* 1986). Dann tritt eine Trendwende ein: gut die Hälfte der amerikanischen Psychotherapeuten rechnet sich Ende der achtziger Jahre eher einer „integrativen“ als einer eklektischen Position zu (*Norcross, Grencavage* 1989). Was aber hier der Begriff „Integration“ bedeutet, bleibt zu bestimmen. Der Eklektizismus relativiert die Positionen der klassischen Schulen. „Intuitiv“ oder nach persönlichen Präferenzen wird von Therapeuten aus dem professionellen Vorratsraum mit der Aufschrift: „Alles, was ich kann“ das ausgewählt, was ihnen für die Situation der Patienten angemessen erscheint. Dabei kommen offene oder verdeckte „Heuristiken“ zum Tragen, einmal für die Beurteilung der Problemangemessenheit oder die Beurteilung stimmiger Methodenkombinationen. Die Doppel- und Mehrfachausbildung in der Psychotherapie fördern diesen Trend. In der Bundesrepublik hatten sich Ende der siebziger Jahre mehr als die Hälfte der in der BRD organisierten Gesprächs- und Verhaltenstherapeuten, wie eine Erhebung von 1978 ausweist, in mehr als einer therapeutischen Zusatzqualifikation ausgebildet (*Wittchen et al.* 1979; *Dvorak et al.* 1978) – dieser Trend hat im übrigen angehalten: *Wellmer, Meier-Räder* (1990) konnten dies in ihrer Untersuchung für Gestalttherapeuten zeigen, *Gombert* (1979) in seiner Erhebung für die Psychodramatiker. *Gombert* vergleicht seine Ergebnisse mit der im Jahre 1978 durchgeführten Erhebung. Bei den Psychodramatikern wurden Methodenkombinationen von 49,7 % (manchmal), 37,9 % (häufig), 3,6 % (nie) der Befragten angegeben, bei den Gesprächstherapeuten 59,8 % (manchmal), 31,1 % (häufig), 8,7 % (nie). Er konkludiert: „Es manifestiert sich hier eine methodenintegrative Grundeinstellung der Psychodramatiker sowie auch der Gesprächspsy-

chotherapeuten. Der Anteil der Schulendogmatiker ist verschwindend gering" (ibid. 45). Die von Wellmer, Maier-Rüder (1990) befragten Gestalttherapeuten haben zu 74 % noch eine weitere Therapieausbildung, 53 % kombinieren Methoden manchmal. Allerdings 39 % kombinieren nie. Der Hintergrund für dieses Ergebnis ist darin zu sehen, daß die befragten Therapeuten der Richtung der „Integrativen Therapie“ zuzurechnen sind und eine FPI-Ausbildung durchlaufen hatten, welche explizit einem Integrationsparadigma verpflichtet ist und ein Integrationsmodell in Theorie und Praxis in der Ausbildung vermittelt.

Die Wahl eines Zweitverfahrens der Ausbildung hat – wie differenzierende Untersuchungen zeigen – komplexe Motivationen, die im Hinblick auf die Eklektizismusfrage durchaus interessant sind. Einerseits wird damit ein Ungenügen des eigenen Ansatzes kompensiert – Verhaltenstherapeuten und Psychoanalytiker holen sich bei Gestalttherapeuten und körperorientierten Ansätzen ein Instrumentarium für den Umgang mit Emotionen, Anhänger der klassischen Gestalttherapie holen sich z.B. bei der Script-Theorie der Transaktionsanalyse kognitive Orientierungen, wobei sich heute bei klassischen Gestalttherapeuten eine stärkere Ausrichtung an psychoanalytischem Gedankengut, insbesondere aus dem Bereich der „Objektbeziehungstheorie“, bemerkbar macht (Beaumont 1987). Andererseits finden sich auch Merkmale, die persönlichkeitspezifische Hintergründe für die Auswahl eines Hauptverfahrens oder Zweitverfahrens erkennbar werden lassen (Clever, Rechten 1991).

Eklektische Therapeuten lassen bei genauerer Untersuchung ihres Praxishandelns pragmatische Prinzipien erkennen, *Heuristiken des Handelns* – man kann von einem „*pragmatischen Eklektizismus*“ sprechen, wie der Autor (Petzold 1974k, 301) bestimmte Richtungen der Gestalttherapie, des Psychodramas und der Encounter-Therapie oder der Verhaltenstherapie bezeichnet hatte. Insbesondere die Position von Lazarus (1986) mit dem BASIC ID (Behavior, Affect, Sensation, Imagery, Cognition, Interpersonal, Drugs/Biology) ist durch diesen Begriff treffend charakterisiert. Auch die „Integrative Therapie“ wurde vom Autor seinerzeit – dem damaligen Grad der Elaboriertheit des Ansatzes durchaus entsprechend – einer solchen Position zugeordnet, wobei zugleich *Polypragmasie* dezidiert abgelehnt und deutlich eine »*integrative Position*« angestrebt wurde mit

einer »übergreifenden Betrachtungsweise im Unterschied zu einer elementen- oder assoziationshaften ... Für die Therapie ist ein solcher Ansatz insofern wesentlich, als daß er die Möglichkeit eröffnet, vom einseitigen Schulendenken wegzugehen und in technischer, methodologischer und teilweise auch in theoretischer Hinsicht Zusammenhänge herzustellen, Einzelfakten in einen übergeordneten Kontext zu stellen und in diesem Rahmen zu interpretieren ... Therapie erhält auf diese Weise die Chance zur polyvalenten Deutung der Wirklichkeit in einem übergeordneten Bezugsrahmen. Ein solches Vorgehen wird dem komplexen Charakter der Wirklichkeit und der unterschiedlichen Vielfalt der Situationen, wie sie den in der therapeutischen Situation stehenden Ärzten, Psychologen immer wieder deutlich wird, weit eher gerecht als der oftmals sehr krampfhaftem Versuch, alles Geschehen in ein Deutungsschema zu pressen. Ein solches Vorgehen darf auf keinen Fall mit Agnostizismus, theorielosem oder -feindlichem Intuitionskult oder mit einer ‚Leipziger-Allerlei‘-Methode gleichgestellt werden. Im Gegenteil: Wenn man in der skizzierten Weise an die Dinge herangeht, werden größte Anforderungen gestellt, was die Kenntnis unterschiedlicher Theorien und Methoden anbelangt. Nur dann ist es möglich, einen Patienten in seiner Situation aus unterschiedlichen Blickwinkeln oder nach verschiedenen Aspekten zu betrachten, um so zu einem komplexen Bild der jeweiligen Wirklichkeit zu gelangen“ (Petzold 1974k, 301). Der „mehrperspektivische diagnostische Eindruck des Therapeuten muß stets aber durch die Einschätzungen des Patienten ergänzt werden – beide Sichtweisen gilt es im therapeutisch-diagnostischen Gespräch zu integrieren“ (idem 1970c, 14). Mit einer solchen Perspektive waren damals schon die Weichenstellungen zur Ausarbeitung von Integrationsmodellen gegeben. Derartige Entwicklungen finden sich bei vielen, ursprünglich eklektischen Therapeuten, wenn sie systematisch arbeiten und Forschungsergebnisse und Theorieentwicklung aus dem Feld klinischer Psychologie verarbeiten. Ein „wilder Eklektizismus“ wird über den „pragmatischen Eklektizismus“ zu einem „systematischen Eklektizismus“ hin überschritten (Garfield, Kurtze 1974, 1977; Garfield 1981, 1982). Der prominenteste Vertreter eklektischer Psychotherapie, Frederick C. Thorne, der 1950 in seinem Buch „Principles of personality counselling“ schon dezidiert eine eklektische Position vertrat, hat – wie sich an der Entwicklung seines Œuvres aufweisen läßt – in mehr als dreißigjähriger Arbeit zu einer „integrative psychology“ (idem 1967) gefunden, die eine Systematik

der Diagnostik und des „psychological case handling“ (1968) hervorbrachte, dabei jedoch nicht den Anspruch einer eigenen Schulbildung vertrat, sondern klar der Position eines „systematischen Eklektizismus“ verpflichtet blieb (idem 1982). Eine solche Position des „enlightened eclecticism“ (Thomas 1990, 87) oder „skilled eclecticism“ (Goldstein, Stein (1976, 3) läßt sich im Fortschreiten der Theorieentwicklung und der Forschung im klinischen Feld auf Dauer durchaus halten als eine gültige Ausdrucksform des „neuen Integrationsparadigmas“ (Norcross 1986; Norcross, Goldfried 1992).

### 5.3.4 Integrative Orientierung

In dieser Orientierung geht es um mehr als um „Methodenintegration“, es geht vielmehr darum, auf praxeologischer Ebene verschiedene Methoden und Techniken und auf theoretischer Ebene verschiedene Konzepte und Modelle unter dem *Dach* einer übergreifenden Theorie und Praxeologie zu verbinden, durch die es gelingt, zwischen den verschiedenen Zugangsweisen theoretische und praktische Vernetzungen herzustellen. Hat der „systematische Eklektizismus“ zu Ordnungsprinzipien, zu mehr oder weniger gut begründeten Heuristiken geführt, so wollen Integrationsmodelle nicht nur „common factors“ feststellen. Sie wollen für diese auch konzeptuelle Begründungen liefern. „Sie gehen zumeist von einem ganzheitlichen Menschenbild aus, konzeptualisieren das Individuum als einen einzigartigen Körper-Seele-Geist-Organismus und betrachten es als ein denkendes, empfindendes, fühlendes und handelndes Wesen, das in einer physikalischen und sozialen Umwelt lebt“ (Textor 1988, 275, vgl. Petzold 1965, 1974k). Damit ist das Arbeitsprogramm umschrieben, das die „Integrative Therapie“ als eine der „Schulen des Integrierens“ seit Mitte der sechziger Jahre vertritt, ein Programm, das über die psychotherapeutische Intervention im engeren Sinne hinausgreift und an einem Konzept „integrativer Intervention“ (Petzold 1979k, 298 ff; dieses Buch, S. 1277) orientiert ist, weitere sozialwissenschaftlich begründete Einflußmöglichkeiten und Hilfeleistungen heranzieht und sich weiterhin auch auf die theoretische Arbeit der allgemeinen Psychologie, Soziologie usw. sowie auf die Therapieforschung, sozialwissenschaft-

liche und klinisch-psychologische Forschung bezieht, wie dies auch von anderen Integrationisten gefordert wird (Boy, Pine 1983; Schacht 1984; Textor 1983, 1985). Es gibt aber auch Vertreter der integrativen Orientierung, die ihren Ansatz enger fassen. Sie begrenzen ihn spezifisch auf *psychotherapeutische* Interventionen (Urban 1981; Beitman 1989). Eine weitere Strömung zentriert das Integrationsbemühen auf die Theoriebildung (Arkowitz 1989; Patterson 1990), dagegen halten andere, so Norcross (1990 gegen Patterson 1990), das Entwickeln von neuen, effektiveren Psychotherapien für die Aufgabe der Integrationsarbeit. Wiederum: Ein Entweder-Oder ist nicht erforderlich. Theorieübergreifende Ansätze (Prochaska, DiClemente 1986) werden auf jeden Fall notwendig. *Psychotherapie lebt von der Verschränkung von Theorie und Praxis*, und so werden theoretisch begründete praxeologische Verbindungen unter einer metatheoretischen Perspektive auch zu einer „*Metapraxis*“ führen können.

Im Feld der integrativen Orientierung gibt es in der Tat „Schulen des Integrierens“, die idealerweise theoretische Konzeptbildung mit klinischer Praxis und Forschung verschränken. Schaut man dabei auf die entwickelten Modelle, so zeigt sich, daß es offenbar verschiedene sinnvolle Möglichkeiten des Vorgehens gibt: So kann die vergleichende Untersuchung therapeutischer Praxis zum Entdecken von „*underlying principles*“ führen, welche wiederum eine theoretische Ausarbeitung mit unterschiedlichem Grad an Elaboration möglich machen. Andererseits kann von synthetisierenden theoretischen Positionen ausgegangen werden, die versuchen, im Bezug auf den „*body of knowledge*“ der allgemeinen Psychologie, Entwicklungspsychologie und klinischen Psychologie einen übergreifenden theoretischen Entwurf mit entsprechenden praktischen Strategien zu entwickeln. Hier gehen aus der integrativen Richtung Ansätze hervor, die durch „*Methoden-Konstruktion*“ den Charakter neuer Verfahren gewinnen, wie dies von Norcross (1990) vertreten wird. Eine frühe Form solchen Vorgehens finden wir in der „*rational-emotiven*“ Therapie von Albert Ellis (1962). Als weitere Ansätze sind zu nennen: die „*Feeling therapy*“ von Hart, Binder und Corrière (1972), schließlich das „*Neurolinguistische Programmieren*“ (NLP) von Richard Bandler und John Grinder (1988).

Natürlich treten bei derartigen Unternehmungen auch Probleme auf. Als Beispiel sei der Ansatz von Bandler und Grinder genannt,

die in „systematischer“ Analyse von Interventionsstilen und Praktiken bedeutender Therapeuten ihr „integratives“ Modell erarbeitet haben – zunächst auf praxeologischer Ebene und dann zunehmend in der Theorieentwicklung –, allerdings keineswegs in dem eingangs (dieses Buch, S. 472ff) aufgeführten Rahmen einer umfassenden Theorienbildung. *Bandler* und *Grinder* beanspruchen, daß sie die Praxis „großer therapeutischer Magier“ wie *Milton Erickson*, *Fritz Perls*, *Virginia Satir* systematisch „untersucht“ hätten. Haben sie das wirklich? Sicherlich nicht im Sinne einer gründlichen empirischen Analyse der Arbeit der genannten Therapeuten mit *Patienten* unter kontrollierten Bedingungen. Es handelt sich auch nicht um eine systematische wissenschaftliche Sichtung und Untersuchung vorhandenen Tonband- oder Videomaterials. Grundlage bildet vielmehr eine kreative, jedoch sehr arbiträre Auswertung von recht heterogenem Material (Transkripte von Therapien, Videobändern aus Workshops mit „Professionals“, Seminarbeobachtungen etc.). Krankheitsbildspezifische Differenzierungen wurden nicht vorgenommen. Im Zentrum standen *Interventionsmuster*. Für ein solches „konzeptanalytisches“ Vorgehen muß ein Bezugsrahmen vorhanden sein. Dieser wurde nun nicht in vorhandenen klinischen Theorien gesucht, sondern in der Transformationsgrammatik von *Chomsky* – womit natürlich alle Probleme dieses Ansatzes übernommen wurden, insbesondere die Ausblendung eines kontextuellen Rahmens. Ein solcher Rahmen müßte grundsätzlich *interaktional* verfaßt sein und dürfte den Intervenierenden nicht aussparen (Gegenübertragungsaspekt), Probleme, die durch eine Orientierung, etwa an der Sprechakttheorie (*Austin*, *Searle*), vielleicht vermeidbar gewesen wären. Wie immer indes die Problematik des NLP gelagert ist, dieser Ansatz hat höchst interessante Wege aufgezeigt, wie man die Frage der Integration weiter vorantreiben könnte (*Bachmann* 1992). Typologien von Interaktionen, typische Interventionen aus therapeutischen Dokumenten herauszudestillieren, um sie zu formalisieren, ist in der Tat eine spannende Möglichkeit, die bei weitem noch nicht ausgeschöpft ist und auf solide empirische Füße gestellt werden müßte. Natürlich darf man nicht hoffen, mit den „*Mustern*“ allein den Schlüssel zu dem zu finden, was therapeutisch *wirksam* ist. Es macht schon einen Unterschied aus, ob eine Intervention von *V. Satir* oder *F.S. Perls* gemacht wurde, die mit der ganzen

Kraft ihrer Ausstrahlung und Persönlichkeit hinter ihr stehen, mit dem ganzen Potential ihrer Übertragungsevokationen, oder ob das gleiche Interventionsmuster von Berufsanfängern verwandt wird, die gerade den NLP-Einführungskurs im Rahmen einer Weiterbildung gemacht haben. Die Persönlichkeit des Therapeuten bleibt eben der spezifischste Wirkfaktor von Psychotherapie und eines der schwierigen Probleme der Psychotherapieforschung. Am Beispiel NLP wird deutlich: Die Entwicklung wirklich *neuer* Ansätze ist so einfach nicht, und die Vertreter des NLP wären gut beraten, wenn sie sich auf die Vorarbeiten stützen würden, die in anderen therapeutischen Traditionen, mit denen ihr Ansatz kompatibel wäre, geleistet worden sind, um ihre Defizite hinsichtlich ihrer anthropologischen Position, der Persönlichkeitstheorie, Entwicklungs- oder Krankheitslehre usw. abzudecken.

Wir kommen hier zur Frage nach „Referenztheorien“, die für die Entwicklung von Integrationsmodellen eine herausragende Bedeutung hat. So ist es durchaus möglich, bestehende allgemeinpsychologische Theorien als „*frame of reference*“ für Integrationsmodelle in Theorie und Praxis zu verwenden. Im klinischen Bereich ist hier das bedeutendste Beispiel die „*Tiefenpsychologie*“, die immer wieder als „übergreifende und einende“ Referenztheorie herangezogen wird. Nur: Was denn die „Tiefenpsychologie“ ausmacht, ist derzeit noch kaum stringent zu fassen. Das klassische Werk von Dieter Wyss (1972) über die „tiefenpsychologischen Schulen“ läßt sogar die berechtigte Frage aufkommen, ob es jemals klar bestimmbar war, was Tiefenpsychologie in epistemologischer, anthropologischer, persönlichkeits-theoretischer und krankheitstheoretischer Hinsicht ausmacht. Zudem ist das tiefenpsychologische Modell nachhaltig von der „Krise der Theorie“ in der Psychoanalyse affiziert, weil es sich wesentlich an psychoanalytischen Grundannahmen orientiert, die selbst unter Druck gekommen sind und in der psychoanalytischen Theoriebildung dazu Anlaß gaben, neue Konzeptualisierungen vorzunehmen, die auf neue „Referenztheorien“ sozialwissenschaftlicher, linguistischer oder philosophischer Art rekurrieren. Die „hermeneutische Wende“ in der Psychoanalyse, ihre „tiefenhermeneutische“ Fundierung, für die Namen wie P. Ricœur, A. Lorenzer, D. Spence stehen, sei hier exemplarisch genannt. Tiefenpsychologie ist derzeit ein loses Bündel von klinischen und

anthropologischen Konzepten ohne eine eindeutige epistemologische Verortung und ohne eine kohärente metatheoretische und theoretische Ausarbeitung. Dieser „weiche“ Referenzrahmen könnte für die Ausarbeitung einer Integrationstheorie durchaus Vorteile bieten. Besonders, wenn man auf den derzeitigen Stand der Forschung und der Theorienbildung blickt, ist eine zu frühe Verfestigung der Explikationsfolien nicht von Vorteil. Dabei werden sich in der Ausarbeitung der Tiefenpsychologie wahrscheinlich auch weiterhin unterschiedliche Strömungen etablieren. *Lorenzers* Versuch, der in seiner „materialistischen Sozialisationstheorie“ psychoanalytische und marxistische Konzeptionen in einem tiefenhermeneutischen Weg zu verbinden sucht, darf dabei als eine, wenn nicht als „die avancierteste Lösung der in der Metapsychologiediskussion aufgeworfenen Fragen“ gelten, so *Dahmer* im Vorwort zu *Zepf* und *Hartmann* (1989).

Viele Therapieansätze aus dem Bereich der „Humanistischen Psychologie“ haben sich im vergangenen Dezennium der tiefenpsychologischen Betrachtungsweise als Referenztheorie zugewandt, um Theoriedefizite im klinischen Bereich zu kompensieren, ohne deren Probleme zu sehen, aber dennoch mit einer guten Intuition für das, was ihren eigenen Konzeptbildungen nahesteht. Die tiefenpsychologische Grundorientierung steht aber selbst vor bedeutenden Theoriedefiziten und vor Integrationserfordernissen, will sie die fruchtbaren Potentiale nutzen, die dieser Ansatz bietet.

Ein weiterer Versuch, über eine umfassende *Referenztheorie* einen Integrationsrahmen für das Feld der Psychotherapie bereitzustellen, stammt von *Hans-Jürgen Walter* mit seinem Bezug auf die Gestalttheorie und die Gestaltpsychologie einschließlich ihrer feldtheoretischen Ausarbeitungen durch *Lewin*, *Wertheimer*, *Koffka*, *Köhler*, *Duncker* und nicht zuletzt *Wolfgang Metzger* haben in ihren Theorien und Konzeptbildungen unschätzbare Beiträge zum Fundus der Psychologie geleistet, die auch für klinische Zusammenhänge Explikationsmöglichkeiten bietet. So kann die solide metatheoretische Position des „kritischen Realismus“ (*Bischof* 1966) mit seiner Unterscheidung in eine phänomenale und transphänomenale Welt es dem Kliniker ermöglichen, Phänomene aus Problembereichen eines Patienten, aber auch aus der aktuellen therapeutischen Beziehung zu ordnen und zu bewerten. Vor allen Dingen bietet die Gestalttheorie in ihren theoretischen Ausarbeitungen für die ver-

schiedenen Bereiche der klinischen Psychologie ein elaboriertes, begriffliches Instrumentarium in stimmiger Rückbindung an meta-theoretische Positionen. Auf diese Weise sieht es *Walter* als möglich an, Theoriekonzepte und Praxisstrategien verschiedener psychotherapeutischer Methoden in einem gestalttheoretischen Rahmen zu explizieren (*Walter, Walter 1979*), also einen theoriegeleiteten Integrationsweg zu gehen, und ein solcher ist notwendig, da aus der gestaltpsychologischen Schule selbst – bis auf einige kleinere Arbeiten von *Metzger* oder von *Conrad (1958)* zur Schizophrenietheorie oder die immer noch lesenswerten Arbeiten *Kurt Goldsteins* – nur wenig an klinischem Wissen bereitgestellt werden kann. Deshalb bleiben die weiteren Ausarbeitungen dieses Versuches von *Walter* und seiner Gruppe abzuwarten, wobei sich einige interessante Entwicklungen zeigen, etwa in den Arbeiten *Tholeys (1981)* zur Traumtheorie.

Ein weiterer Ansatz sei genannt, weil er besonders für die psychologische Theoriebildung viele Vorteile bietet: die Orientierung am „epistemologischen Paradigma“ (*Groeben, Scheele 1977*), für das folgende Kernannahmen kennzeichnend sind:

- die kognitive Reflexivität und Flexibilität des Menschen,
- die Symmetrie zwischen Forschungssubjekt und Forschungsobjekt,
- die Überschaubarkeit der Situation für das Forschungsobjekt,
- die prinzipielle Möglichkeit zur Umweltkontrolle durch das Individuum.

Das „epistemologische Paradigma“ fragt „nach der aktiven Reflexivität des menschlichen Subjektes ..., indem es das Erkenntnisobjekt gemäß dem Bild des (hypothesengenerierenden/-prüfenden) Subjektes konstituiert und so über die (direkt-metatheoretische) Rationalitätskritik der Alltagstheorien und die Kritik des wissenschaftlichen Rationalitätsbegriffes .... die Interdependenz von Methode/Wissenschaftskonzeption und Gegenstand als konstitutive Implikation realisiert“ (*ibid.* 25). Damit wird dem Patienten die gleiche prinzipielle Fähigkeit zur Entwicklung von Theorien zugestanden wie dem Forscher. Hier bietet sich die theoretische Fundierung interaktionaler Therapieansätze (und das ist die Mehrzahl der bestehenden Psychotherapieformen). *Angelika Kolbe (1985)* hat mit Bezug auf dieses Paradigma Kriterien für ein integratives Therapiekonzept entwickelt:

- das Menschenbild (Subjektmodell mit den Komponenten Reflexivität, Ganzheitlichkeit, Beziehungssymmetrie),
- die Problemorientierung,
- die Therapeut/Klientbeziehung, die die Person des Therapeuten, die des Klienten, die der Beziehung selbst einschließlich des methodischen Vorgehens umfaßt,
- die Veränderungsebene,
- die Zeitdimension,
- ein systemtheoretischer Hintergrund.

Mit diesen sechs, aus den Grundannahmen des „epistemologischen Paradigmas“ abgeleiteten Kriterien liegt ein Konzept vor, das theoretisch begründet die Einseitigkeit der klassischen Therapieschulen überwindet. Es ist in der Lage, potentiell alle Wirkfaktoren von Therapie zu berücksichtigen, ohne methodische Bevorzugungen *a priori* vorzunehmen. Diese ergeben sich einzig problemorientiert aus dem Diskurs mit dem Klienten, wodurch die bisherigen subjektiv eklektizistischen, therapeutenorientierten Methodenkombinationen abgelöst werden können – so *Kolbe* (1985, 175) zusammenfassend.

*Kolbe* (1983) hat die gängigsten Therapieschulen: Gesprächspsychotherapie, Verhaltenstherapie, Psychoanalyse, Gestalttherapie und – interessanterweise – die unverdientermaßen wenig verbreitete „Personal Construct Theory“ von *G.A. Kelly* mit ihren therapeutischen Entwicklungen (z. B. „fixed role playing“, *Rillaer* 1982) überprüft und dabei herausgefunden, daß *Kellys* Ansatz das größte integrative Potential in sich vereinigte.

Die Arbeiten von *Walter*, *Kolbe* oder neuere, auf die Autopoiesetheorie (*Maturana* 1982; *Varela* 1982) zurückgreifende Modelle (*Portele* 1988, 1990 – kritisch dazu *Walter* 1988; *Fischer* 1991 sowie *Krohn* et al. 1990, *Schweizer* et al. 1992) und an der Tätigkeitstheorie orientierte Integrationsversuche – sie verdienen besondere Beachtung (*Kunz*, *Röhrborn* 1991) – zeigen, daß eine Hauptströmung der integrativen Orientierung in der Entwicklung von Integrationsmodellen über metatheoretische Ansätze besteht. Das entspricht auch dem Stand der wissenschaftstheoretischen Diskussion dieser Fragestellung (vgl. insbesondere *Herzog* 1982, 1983, 1991; *Westmeyer* 1973, 1976, 1977; *Hagehülsmann* 1984; *Kriz* 1985 und idem et al. 1990).

Es wird also von einer „Wissensstruktur des psychotherapeutischen Handelns“ ausgegangen (*van Quekelberghe* 1979, 224ff; *Herzog* 1982, 18 f) so, wie sie der Autor im Modell des „Tree of Science“ (*Petzold* 1975h, dieses Buch, S. 476) exemplarisch herausgearbeitet hat. Ein solches Modell scheint offenbar in der Lage zu sein, die Theorie-Praxis-Struktur der psychotherapeutischen Verfahren zu erfassen. Es diene als ordnende Folie für das Projekt zur vergleichenden Therapieforchung „Wege zum Menschen“ (idem 1984a) und findet offenbar auch im Felde der Praxis, ja in der berufspolitischen Diskussion als Strukturierungsraster für schulenübergreifende Kooperations- und Positionsbestimmungen Akzeptanz (vgl. oben, S. 937ff, idem 1992q).

Die Herausstellung der Wissensstruktur psychotherapeutischen Handelns, wie sie von *Herzog* (1982), *van Quekelberghe* (1979), *Fürstenaun* (1991) und anderen mit unterschiedlicher Elaboration vorgelegt worden ist – soweit wir sehen, zählt unser Modell zu den ältesten und komplexesten (vgl. *Kunz, Röhrborn* 1991) –, genügt aber nicht. Eine solche „formale Wissensstruktur des therapeutischen Feldes [muß] auf allen Ebenen *in extenso* inhaltlich gefüllt [werden]. Um handeln zu können, muß der Psychotherapeut Zugang zu einer Wissensstruktur haben, die keine gravierenden Lücken aufweist. Zweifellos sind die zur Zeit verfügbaren psychologischen Theorien nicht in der Lage, diesen Wissensansprüchen zu genügen. Die Erkenntnisse der wissenschaftlichen Psychologie sind noch immer zu mager, als daß sie der Komplexität des therapeutischen Handlungsfeldes gerecht werden könnten“ (*Herzog* 1982). Es wird daher der Rückgriff auf „Ergänzungswissen, ergänzende Wissensquellen“ erforderlich, die *Herzog* (loc. cit) wie folgt benennt: *Wissen aus Analogiestudien, kollektives Wissen, persönliches Wissen, analogisches Wissen*.

Einem ähnlichen Programm war der „Entwurf der Integrativen Therapie“ gefolgt. Das vorliegende Werk macht dies deutlich. Es versucht nämlich entlang der „Lineatur des Tree of Science“ die einzelnen Positionen zumindest soweit auszuarbeiten, daß Psychotherapeuten einen „hinreichend prägnanten“ Zugang zu den therapierelevanten Wissensbereichen haben. Damit wurde eine „Minimalausstattung“ gegeben, die natürlich Nachfolgestudien erfordert und weiterer Vertiefung bedarf. Es wurde von den „ergänzenden Wissensquellen“ Gebrauch gemacht, um dem Integrationsanspruch

und der „Komplexität des therapeutischen Handlungsfeldes gerecht werden zu können“ (loc. cit. supr.). Es wurde beständig Bezug auf positives Wissen genommen, das aufgrund von Ergebnissen experimenteller Forschung im Felde der klinischen Psychologie und der allgemeinen Psychologie gewonnen wurde. Reichlich Gebrauch gemacht wurde von „kollektivem Wissen“ aus den verschiedenen „*scientific and professional communities*“ des psychotherapeutischen Feldes. Natürlich fließt auch persönliches Wissen aus den Selbsterfahrungsprozessen der „*model builder*“ in die Konzept- und Modellentwicklung ein – beim Autor Ausbildung und Erfahrungen in verschiedenen psychotherapeutischen Methoden (Psychoanalyse, Psychodrama, Verhaltenstherapie, Gestalttherapie, Körpertherapie, imaginative Verfahren, meditative Ansätze) und aus vielfältigen Sozialisierungseinflüssen (Zundel 1987; Petzold 1985; Petzold, Petzold-Heinz 1985). Dazu kommt für die „Integrative Therapie“ „analogisches Wissen“ aus dem Felde der Selbsthilfe, der Erwachsenenbildung, der Sozialarbeit, der Heilpädagogik und Agogik usw. (idem 1971d, i; 1972e, f; 1973c, f; Petzold, Bubolz 1976; Petzold, Brown 1977; Petzold, Reinhold 1983; Petzold, Schobert 1991). Wissen aus Analogiestudien der Gesundheitspsychologie, insbesondere Arbeiten zur „Salutogenese“ und zu „protektiven Faktoren“ (Petzold et al. 1991), aus der Sozialgerontologie und der „*life span developmental psychology*“ (Petzold, Bubolz 1979; Petzold, Petzold 1991), gaben höchst wichtige Anstöße.

Dabei wurde stets die auch von Herzog vorgeschlagene Verbindung einer *Integration „von oben“* in deduktiver Weise von der Metatheorie zur Praxis hin und der *Integration „von unten“* in induktiver Weise über die Auswertung der Praxis zur Metatheorie hin beschritten, denn es handelt sich um „zwei taktische Schritte einer einzigen Integrationsstrategie“ (Herzog 1982, 27).

Die „Schulen des Integrierens“ werden sich u. a. daran erkennen lassen, ob sie stärker „von oben“, von der Metatheorie, epistemologischen Positionen, Menschenmodellen und ethischen Setzungen her ihre Integrationsarbeit betreiben oder „von unten“ von einer Evaluation der Praxis mit mehr oder weniger starker Anbindung an vorhandene *Referenztheorien* (wie dies beispielhaft die Berner Forschergruppe mit ihren Anleihen bei schematheoretischen Vorstellungen von Piaget und Neisser unternimmt), weiterhin, ob sie die

*Dialektik von Theorie und Praxis* zugrunde legen, wie dies z. B. die Ansätze von Petzold (dieses Buch, S. 617ff) und Fürstenau (1991) kennzeichnet.

Die explizit *integrativen Orientierungen* stehen im „neuen Paradigma“ der Integration noch in den Anfängen, wobei die Integrationsbewegung mit ihren verschiedenen Ausprägungen: *Pluralismus*, *Kombinatorik*, *Eklektizismus* und *Integration*, insgesamt schon stark und lebendig ist und sie vor allen Dingen der Wirklichkeit des klinischen Alltags bei den praktizierenden Psychotherapeuten und den hilfeschuchenden Patienten entspricht (Wachtel, McKinney 1992).

Die verschiedenen „Schulen“ integrativer Therapie und „Modelle des Integrierens“ werden in diesem Jahrzehnt zunehmend an Prägnanz gewinnen: durch die Zunahme relevanter Forschungsergebnisse und theoretischer Modellvergleiche und durch in metahermeneutischer Arbeit gewonnene Theoriesynopsen bzw. Theorie-Praxis-Forschungs-Synopsen.

Die Komplexität, Differenziertheit und Kohärenz derartiger Synopsen bzw. Synthesen und der aus ihnen gewonnenen Modelle, d. h. das Maß an *Integration* wird ihre Güte ausmachen und ... die *Qualität ihrer Vermittlung*, d. h. ihrer *Ausbildungsdidaktik* (Andrews et al. 1992). Die kognitive Synthese allein, optimale Kombination von Faktoren, die raffinierte Selektion potenter Techniken lösen das Vermittlungsproblem nicht. Der *Therapeut zählt – nicht die Interventionsmuster und -strategien*; obgleich dies kein Freibrief für theoretische und methodische Ignoranz werden darf, wollen Therapeuten sich nicht den Vorwurf gefallen lassen, sie seien „unprofessionelle Psychospieler“ (Grawe 1992). Es zählt neben fundiertem theoretischem Wissen, Kenntnis des Forschungsstandes für den Therapeuten, die Schulung seiner Empathie, „seines klinischen Blicks“, die Förderung seiner persönlichen Integration und seines Engagements für Menschen. Eine *integrative Selbsterfahrung*, die konsistent und nicht eklektisch ist, und eine differenzierte Didaktik der Psychotherapieausbildung, Kontrollanalyse und Supervision (Petzold, Heintz 1981; Schreyögg 1991, dieses Buch, S. 1291; Petzold 1990a, 1993m) werden hier die wesentlichen Elemente sein – es finden sich bislang noch wenig Ansätze (vgl. Petzold 1983i, dieses Werk Bd I, 2, 583-638) in diesem Bereich, der indes die Stärke der traditionellen Schulen ausmacht. Die Durchsetzungsfähigkeit integrierter Modelle wird

sich an diesem Punkt der Ausbildung und an der Lösung der damit verbundenen Fragen erweisen (Caspar, Grawe 1992, 18; Strupp, Binder 1991; Andrews et al. 1992; Petzold, Frühmann 1993). Die bisherigen Ansätze, etwa im Bereich der klinischen Psychologie hierzulande (z. B. Bildungswerk des BDP), haben diese Fragen noch nicht gelöst, sondern stehen eher in der Gefahr eines unzureichenden Eklektizismus. Allerdings sind die Entwicklungen hier noch relativ neu, und man muß sehen, in welche Richtung sie gehen.

Integrationsmodelle – sofern man *Integration* ernst nimmt – werden die Psychotherapie nicht einfacher machen, sondern sicher schwieriger. Sie stellen mit ihren Metamodellen erhebliche theoretische und methodische Ansprüche an den Therapeuten. Integrationskonzepte sind nämlich nicht technizistisch zu handhaben. *Sie bleiben an die persönliche Integrationsleistung des Therapeuten/der Therapeutin gebunden.* Es ist zu hoffen, daß diese Erkenntnis nicht „pragmatisch“ übergangen wird und in der „Kostenoptimierung“ der Aus- bzw. Weiterbildungen versandet. Der allenthalben vorfindliche „pragmatische Eklektizismus“ ist die Lösung nicht. Er entbehrt in der Regel Konsistenz und birgt die Gefahren der disparaten Botschaften und Strategien (ohne daß dies von den Pragmatikern in Rechnung gestellt wird). Das Faktum, daß zahlreiche Psychotherapeuten zwei und mehr Ausbildungen haben, ist nicht nur unter „wettbewerblichen“ Aspekten zu sehen; es ist auch Ausdruck einer Sensibilität für das Ungenügen, die Begrenzung der einzelnen Ansätze. Nur – die Zweitausbildung müßte mit dem ersten Verfahren *integriert* werden, wenn es zu einem „akkumulativen Nutzeffekt“ kommen soll, und dafür werden bislang kaum Hilfen gegeben. Die Praxis in der ärztlichen Weiterbildung in der BRD, die „Zweitverfahren“ auf dem Hintergrund des „Erstverfahrens“ (Psychoanalyse oder Verhaltenstherapie) bzw. im Rahmen einer relativ unspezifischen „tiefenpsychologischen Theorie“ zu interpretieren und zu applizieren, löst die Probleme nicht befriedigend. Sie verschleiert z. B. anthropologische und persönlichkeits-theoretische Divergenzen, Verschiedenheiten in der Krankheitslehre usw. Sie kuptiert das innovative Potential der Zweitverfahren und immunisiert das Erstverfahren gegen Kritik und die Möglichkeit externaler Revision. Das ist die äußerst bedenkliche Konsequenz schulenprotektionistischer Machtpolitik von Verbandsfunktionären, die bis in die Aus-

bildungsordnungen hineinwirkt, die arbiträr ohne Rezeption der Psychotherapie- oder Ausbildungsforschung abgefaßt werden.

Integrierende Modelle müssen Ängste mobilisieren, denn sie stellen den „alleinseligmachenden“ Anspruch der großen Schulen in Frage (worin auf Dauer deren Rettung und ihr Überleben läge oder zumindest der Gefahr gesteuert würde, daß sie in Dogmen erstarren). Sie werden deshalb befeindet oder abgewertet. „Integrieren – das tun wir doch alle!“ Forschung einerseits und „*model building*“ in der Theorie andererseits zeigen aber: so einfach geht es nicht! – Auch integrierte Modelle werden in Gefahr geraten, in Lehrgebäuden zu erstarren, zu „Leergebäuden“ zu werden, wenn sie das Problem der „*continuous integration*“ nicht lösen, den „*heraklitischen Weg*“ nicht meistern, der ja keineswegs Relativismus, Standortlosigkeit bedeutet. Therapeutische Modelle und Schulen haben *Identität*, und das ist gut so. Sie müssen sich aber auch im Wandel der Zeit und mit dem Fortschritt der Erkenntnis verändern, und das bedroht Identität, mobilisiert Abwehr. Diese Dynamik zu meistern, darin besteht die Fahrt zwischen *Skylla* und *Charybdis*. Integrierte Modelle müssen deshalb über eine gute Theorie und Praxis des Integrierens bzw. ein praxisrelevantes Metamodell der Integration verfügen (Petzold 1978c, 1991e, dieses Buch, S. 52ff). Darin wird ihre Stärke liegen müssen.

Ob die verschiedenen Ansätze zu integrativen Modellen, ob die verschiedenen Formen „Integrierender Therapie“ ihre Ansprüche einlösen können (Lamb 1992; Messer 1992), wird die Zeit erweisen. Was sie auf jeden Fall leisten, ist eine breitere Sicht der menschlichen Wirklichkeit (Prochaska, DiClemente 1992), und das heißt immer auch, eine bessere Möglichkeit zu gewährleisten, daß Menschen in Not die Hilfe zuteil wird, die sie brauchen, ohne in das Prokrustesbett dogmatischer Setzungen gezwungen zu werden.

## 6. Abschließende Bemerkungen zur „therapeutischen Identität“ und zu einer „pluralen therapeutischen Kultur“

Zum Abschluß dieses Teilbandes sei auf das „*Plädoyer für eine ko-respondierende, plurale therapeutische Kultur*“ des Eingangskapitels (S. 457ff) zurückgekommen, und es sollen auf dem Hintergrund der voranstehenden Ausführungen einige Überlegungen zur „**therapeutischen Identität**“ angestellt werden, denn um „Identität“ geht es in Fragen der Methodendifferenzierung und Methodenintegration.

Sieht man Pluralismus als Erkenntnisprinzip und als Ausdruck humaner Lebensformen (*Spinner 1974; Welsch 1987*) auf der Grundlage einer *pluralen Vernunft*, dann wird es auch in der Psychotherapie darum gehen, Pluralität zu gewährleisten, denn der Gegenstand unserer (und jeder) Wissenschaft entfaltet sich erst durch die Vielfalt der Perspektiven (*Petzold 1990o; Berger, Luckmann 1970, 11*). Deshalb wird die Forderung: „Weg vom Methodenmonismus in der Psychotherapie!“ (*Caspar, Grawe 1989*) durchaus bedeutsam. Dies darf weder als Forderung nach dem Abschaffen der Therapieschulen noch nach einer „Allroundtherapie“ oder einer „Supertheorie“ verstanden werden und auch nicht so, daß der Anspruch aufkommt, jeder Psychotherapeut müsse als „Supertherapeut“ in allen Feldern und Fragestellungen beschlagen sein (vgl. die Diskussion *Caspar, Petzold et al. bei Zillig 1992*). Psychotherapie ist eine so komplexe Disziplin, daß interdisziplinäres Teamwork im Praxisfeld und kooperative Projekte in der Theorienbildung erforderlich werden, um die anstehenden Probleme mittel- und langfristig zu bearbeiten und die erforderliche „permanente Integrationsarbeit“ zu leisten, denn Entwicklungspsychologie, Wahrnehmungs- und Sozialpsychologie und die Sozialwissenschaften generieren beständig neue, psychotherapierrelevante Forschungsergebnisse und Konzepte, die für die klinische Praxis in einer Art und Weise ausgewertet werden müssen, daß der Praktiker im Feld von diesen Erkenntnissen profitieren kann. Neben der Rezeptions- und Adaptierungsarbeit wird also noch ein didaktisches Problem anzugehen sein, das der praxisrelevanten Vermittlung.

Schulenmonismus, der sich abkapselt in individualisierende Segregation, kann solche komplexen Aufgaben nicht lösen. Er führt insgesamt in die Irre: „Individualismus und Falschheit sind ein und dasselbe“, wie *Charles S. Peirce* (1839-1914) im Hinblick auf die grundsätzliche Verbindung von Erkenntnis und Intersubjektivität formuliert. Nur wenn man an diesem Grundprinzip festhält, können die unterschiedlichen, schulenspezifischen Kulturen (*Peters, Waterman* 1983) zu einer „pluralen therapeutischen Kultur“ beitragen, in der jede Richtung als „*scientific community*“ (*Kuhn*) und als „*professional community*“ (*Petzold*) ihr „*proprium*“, ihren „Kulturkern“ behält, aber gerade damit zum übergeordneten Milieu der Psychotherapie als Ganzer beiträgt. „Konkurrierende Kulturen“ (*Gregory* 1983) hätten dann „die Möglichkeit, Differenzen ko-respondierend auszutragen, Gemeinsamkeiten zu teilen und von fruchtbaren Unterschiedlichkeiten zu profitieren“ (*Petzold* 1991k).

Auf dem Hintergrund meiner Identitätstheorie (idem 1984i, 1993d; *Kames* 1992) stellt sich mir die gegenwärtige Situation der Psychotherapie wie folgt dar: Obwohl wir den anderen, die anderen brauchen, um das Eigene zu erfahren, Identität sich nur „in Relation zu“ definiert (vgl. S. 530, 906f), eine „Distanzierung des unlösbar in seinem Erleben lebenden Subjekts von seinen Erlebnisgehalten“ (*Luckmann* 1971, 52) nicht möglich ist – und das gleiche gilt für Gemeinschaften –, tun sich therapeutische „*scientific communities*“ schwer miteinander.

Die „splendid isolation“ der Psychoanalyse – sie war hier wohl paradigmatisch für viele Schulen der Psychotherapie –, ihre kollektive Fortsetzung der *monomachia* *Freuds*, Ausfluß seiner jüdischen und religiösen Sozialisation (z. B. durch *Hammerschlags* Thora-Unterricht, die Meßbesuche mit Kinderfrau *Nannie* und die *Philippsonsche* Bibelausgabe, vgl. *Bakan* 1964; *Simenauer* 1989; *Roberts* 1973), die – betrachtet man die Dokumente seiner Selbstanalyse (*Anzieu* 1972/1990) – von ihm unaufgearbeitet blieb (ibid. 512f; 241f; *Petzold* 1991h), zeigt in bedrückender Weise, wie schwer das Identitätsthema als Thema fremdbestimmter Ausgrenzung, Segregation, selbstgewählter, identitätssichernder Absonderung für *Sigismund Schlomo Freud* wog; auf dem Hintergrund seiner *familiären Geschichte* (z.B. die Demütigung seines Vaters *Jacob* in *Freiberg*), seiner *persönlichen Biographie* (z.B. die Armut in den Wiener Kinderjahren, Klassenbester im Gymnasium, Diskriminierung in der Studentenzeit, vgl. *Gay* 1989; *Schur* 1972) und der *kollektiven Geschichte* (*Keller* 1973) der europäischen Juden (*Freud* ist zeitlebens humanitär engagiert und seit 1895 bis zu seinem Tode Mitglied der jüdischen Vereinigung *B'nai B'rith*, vgl. *Jones* 1953; *Sulloway* 1979; *Clark* 1980; *Gedo, Pollock* 1976). *Freud*, dessen Ziel es seit 1897 war, eine „allgemeine Psychologie zu begründen“, blieb auf sein Gedankengebäude zentriert, ohne sich mit der bestehenden Psychologie (*Wundt* 1874, 1896; *James* 1890; *Binet* 1888) auseinanderzusetzen. Das von ihm initiierte „Komitee“ sollte als Wächterin der „reinen Lehre“ fungieren, und die „Internationale Psychoanalytische Vereinigung“ ist ihm in dieser Aufgabe gefolgt (*Castel* 1973; *Fara, Cundo* 1981). So hat nie in breiteren Kreisen eine fundierte Ausein-

andersetzung mit anderen Modellen, z. B. entwicklungspsychologischen Positionen – *Piagets* Werk findet erst neuerlich einige Beachtung – oder anderen Konzepten der Persönlichkeitspsychologie, etwa *Meads* oder *Kellys*, stattgefunden; und innerhalb des eigenen Lagers waren die Auseinandersetzungen zumeist abwertend und destruktiv, so daß z. B. die Inspirationen *Jungs*, *Ferenczis*, *Ranks*, *Adlers* oder des politischen und körperbezogenen *Reichs* für das Ganze der psychoanalytischen Bewegung und ihre Praxis nicht zum Tragen kommen konnten, denn sie wurden exkommuniziert. Die Politik der fehlenden Dialogbereitschaft und Ausgrenzung hält – zumindest in Deutschland – immer noch an, und das bei einem Verfahren, das trotz seiner großartigen Leistungen auch eine Vielzahl grundsätzlicher Fehlannahmen hervorgebracht hat, grundlegender zum Teil als die dissidenten Auffassungen, die Abwehrlern wie *E. Berne*, *F. Perls* oder *A. Lowen* von Psychoanalytikern vorgeworfen werden. So daß *H. Thomä* (1992, 134) feststellt: „Für jeden wissenschaftlich denkenden Analytiker muß es beunruhigend sein, daß die Ideen und Theorien *Freuds*, *Ferenczis*, *Eisslers*, *Kleins*, *Kohuts*, *Lacans*, *Mahlers*, *Winnicotts*, um nur einige der großen Namen zu nennen, in sich widerspruchsvoll, untereinander inkompatibel oder mit Beobachtungen und Theorien anderer Disziplinen unverträglich sind.“

*M. Graf*, der Vater des „kleinen Hans“, erinnert die frühe Wiener Zeit so: „*Freud* als Oberhaupt der Kirche exkommunizierte *Adler*, er stieß ihn aus der offiziellen Kirche aus. Im Zeitraum weniger Jahre erlebte ich die ganze Kirchengeschichte, von den ersten Predigten vor einer Apostelschar bis hin zum Streit zwischen *Arius* und *Athanasius*“ (*Graf* 1992, 473).

Dieser Stil dogmatischen Zelotentums und ekklesialer Glaubenskämpfe – die Deutschen, d.h. das Berliner Institut (*Doman* 1992), waren hier „besonders“ effektiv – hat offenbar das Feld der Psychotherapie insgesamt infiziert, das konkurrent statt korrespondierend ist.

Sieht man das Gerangel der Therapieschulen im Rahmen der derzeit europaweit anlaufenden Prozesse der Legislatur um staatliche Anerkennung und damit Kassenzulassung, und sieht man dabei die Rolle der berufspolitischen Funktionäre, ihre Vorteilsnahme, ihre Ausgrenzungsstrategien, ihren theoretischen Hegemonieanspruch, so setzt sich darin die autoritäre, diskursverhindernde Ausgrenzungspolitik *Freuds* (*Cremerius* 1987; *Sandner* 1989, 335) nahtlos fort, in der er seinem eigenen kritisch-emanzipatorischen Anspruch untreu wurde. Werden dann noch – wie in der BRD – zweckorientierte Allianzen zwischen bestimmten Gruppierungen von Verhaltenstherapeuten und von Psychoanalytikern zur Sicherung gemeinsamer Machtpositionen geschlossen, stehen die Ausgegrenzten in Gefahr, in einer „Pars-pro-toto-Reaktion“ wiederum die etablierten Richtungen abzuwerten. Das Traurige daran ist, daß man sich damit der Chance begibt, zu einer konstruktiv, supportiv, kokreativ und synergistisch wirkenden „*professional community*“ der Psychotherapeuten zu werden (ob dies in Österreich gelungen ist, wird die Zeit weisen, vgl. *Schütz* 1990), mit fruchtbar interagierenden und ko-respondierenden und deshalb identitätssichernden Subkommunitäten, den Therapieschulen.

Ich habe den Begriff der „*professional community*“ wie folgt bestimmt: *als eine »Makro- oder Mesogruppierung von Menschen, die einerseits im gesellschaftlichen Kontext als Ausübende einer bestimmten Profession mit einer gemeinsamen Interessenlage und -vertretung identifiziert werden [z. B. die Ärzte] und die sich andererseits mit ihrer Profession identifizieren, berufsständische Normen, Regeln und Organisationsformen herausbilden und*

ein „professionelles Bewußtsein“ entwickeln [z. B. „wir als Psychologen“]. Das Maß der „professionellen Identität“ des einzelnen wie der Gesamtgruppierung hängt von der Prägnanz der Gruppenbildung (Petzold 1990a, 29), also dem Grad ihrer Organisiertheit, Kohärenz, Interessenverfolgung ab, weiterhin von den verbindenden Zielen, Werten und Konzepten sowie der gesellschaftlichen, durch Wissen, Kapital, Einfluß, Tradition gesicherten Macht, d. h. von ihrer Präsenz als „commercial community“ im Markt« (Petzold 1991g, 1993h).

Im Hinblick auf die große Bedeutung, die theoretische Konzepte für die Psychotherapie haben, ist für diese Profession charakteristisch, daß ihre Mitglieder einer spezifischen „scientific community“ [„wir als Analytiker“] zugehören, und von diesen communities gibt es bekanntlich verschiedene mit unterschiedlichen Ausrichtungen und Interessen. Daraus ergeben sich erhebliche Probleme. Hinzu kommt, daß die externalen Identifizierungen der Psychotherapeuten aus dem gesellschaftlichen Raum eher schwach sind – es ist eine „junge“ Profession, der ohnehin das Odium des Sonderbaren anhaftet (sie hat mit „Verrückten“ und mit „Psyche“ zu tun, partizipiert damit an der Stigmatisierung ihrer Patienten, vgl. Goffman 1967; Brusten, Hohmeier 1975; Belardi 1991).

Die Identitätssicherheit vieler Psychotherapeuten ist daher oft gering. Das führt dazu, daß die Identifikationen mit der Profession schwach bleiben. Begünstigt wird dies dadurch, daß Psychotherapeuten einen „Erstberuf“, z. B. als Arzt oder Psychologe, haben, also einer „professional community“ bereits zugehören, die – so jedenfalls bei den Ärzten – recht prägnant und mächtig ist. Die Folge ist, daß eine Reihe potentieller Konfliktherde vorhanden sind, denn es geht ja um Macht und Geld: der Konflikt zwischen Ärzten und Psychologen bzw. ärztlichen und nicht-ärztlichen Psychotherapeuten oder z. B. der Konflikt zwischen Analytikern und humanistischen Psychologen. Da es zu einer Vermischung von „scientific community“ (der Psychoanalytiker, Verhaltenstherapeuten, Gesprächstherapeuten usw.) und „professional community“ (der Ärzte, Psychologen) gekommen ist, ohne daß dies gesehen wird oder werden will, und damit die notwendigen und schwierigen Synchronisationen beider „communities“ unterbleiben, werden „wissenschaftliche“ Argumente verwandt (empirische Effizienznachweise, theoretische Elaboration), um „professionelle“ Interessen zu sichern. Die berufs- und standespolitischen tätigen Psychoanalytiker oder Verhaltenstherapeuten stellen dabei in der Regel ihre Identität als Psychotherapeuten gegenüber ihrer Identität als Ärzte oder Psychologen zurück und ihre professionellen Interessen über ihre wissenschaftliche Seriosität (denn als Wissenschaftler sollten sie mit den anderen Richtungen im Diskurs bleiben). Die beiden großen Professionen Ärzte und Psychologen – hinter denen übrigens wiederum auch „scientific communities“, nämlich die der Mediziner und Psychologen, stehen – opfern immer wieder ihre wissenschaftliche Integrität gegenüber ihren wirtschaftlichen Interessen, indem sie z. B. Mitglieder ihrer „professional community“, die einer der kleineren bzw. schwächeren „scientific communities“ angehören, z. B.

Gestalt- oder Gesprächstherapie, Psychodrama etc., nicht vertreten und sie damit zwingen (vgl. Abb. 6), sich einer der „anerkannten“ und „seriösen“ Richtungen zuzuwenden.

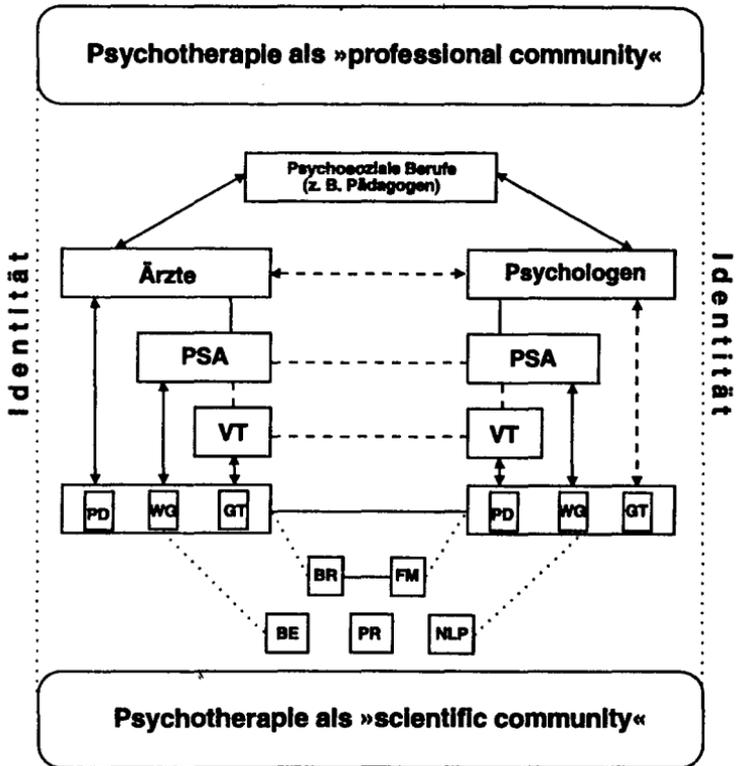


Abb 6: Konfliktherde und Ausgrenzungsbestrebungen im Feld der Psychotherapie (in der BRD 1980-1991) zwischen den „professional communities“ und „scientific communities“

Legende:

- ↔ offener bzw. direkter Ausgrenzungskampf
- ↔↔↔ verdeckter bzw. indirekter Ausgrenzungskampf
- kooperative, diskursive Beziehungen
- Stillhalteabkommen
- ..... Beziehung mit geringer Prägnanz

Die derzeitige (1989 – 1991) berufspolitische Situation in der BRD im Bezug auf die gesetzliche Regelung der *Psychotherapie* läßt einen offenen Ausgrenzungskampf ↔ der Ärzte und Psychologen gegen alle übrigen psychosozialen Berufe (Diplompädagogen, Sozialarbeiter etc.) erkennen. Dabei wird gleichzeitig ein überwiegend verdeckter Ausgrenzungskampf ← - - - → zwischen Medizinern und Psychologen geführt. Beide Professionen sind sich indes mehr oder weniger einig in ihren Ausgrenzungsbestrebungen gegenüber „wissenschaftlich“ nicht ausreichend „seriösen“ phänomenologisch-hermeneutischen bzw. humanistisch-interaktionalen Verfahren (Psychodrama = PD, wissenschaftliche Gesprächstherapie = WG und Gestalttherapie = GT). Diese kleineren Gruppen haben untereinander kooperative Beziehungen — . Sie sitzen in einem Boot. Auch die Ärzte und Psychologen dieser Gruppierungen sind kooperativ verbunden. Mit direktem Ausgrenzungskampf werden die „humanistisch-interaktionalen“ Verfahren von den berufspolitischen Funktionären der Psychoanalyse und der Verhaltenstherapie angegangen ↔. Hierzu haben diese ansonsten so unterschiedlichen, ja kontroversen Verfahren de facto ein Stillhalte- oder gar Kooperationsabkommen getroffen - - - - . Sie haben die gleiche Interessenlage. Auch die beiden Professionen, die diese Verfahren praktizieren, halten still. Die „humanistisch-interaktionalen Verfahren“ ihrerseits zeigen unklare Beziehungen oder Ausgrenzungstendenzen ..... gegenüber den aus ihrer Sicht „nicht seriösen Verfahren“ wie z. B. Bioenergetik = BE, Primärtherapie = PR, Neurolinguistisches Programmieren = NLP. Diese Außenseiterverfahren stehen unverbunden und ohne Support oder Kooperation und Diskurs nebeneinander. Die Beziehung zwischen der Psychotherapie als „scientific community“ und als „professional community“ ist wenig prägnant .... und die Identität der Psychotherapie insgesamt folglich schwach. Die Einbettung von Familientherapie (FM) und Beratung (BR) wird in dem Bereich der Psychotherapien als nicht prägnant ... angesehen.

Auf der Strecke bleiben hier die *Psychotherapie als eigenständige Profession* mit einer starken und integren „professional community“ und die *Psychotherapie als wissenschaftliche Disziplin* mit einer vielfältigen, nicht homogenisierten und deshalb lebendigen „scientific community“ (mit ihren *sub-communities*), deren Chance des Erkenntnisfortschritts und der methodischen Entwicklung (was unmittelbar der praktischen Ausübung der Profession und damit den Patienten zugute käme) in der *Pluralität* läge. Mit jeweils unterschiedlichen Argumentationsfiguren haben Kant, Peirce, Mead, Ricoeur, Adorno, Habermas u. a. in Erkenntnis der Vielfältigkeit des menschlichen Wesens (Denkens, Fühlens, Handelns, Kommunizierens) für eine Pluralität in der Wissenschaft gute Gründe angeführt. Für eine

„angewandte Humanwissenschaft“ wie die Psychotherapie wiegen sie umso schwerer, weil die Vielfalt der Menschen, mit denen sie umgehen muß, auch eine Vielfältigkeit verlangt (Petzold 1988u): „different strokes for different folks!“

Für die Psychotherapie können die derzeitigen Tendenzen zur Limitierung der psychotherapeutischen Methoden unter fragwürdigen Effizienzkriterien oder Theorieansprüchen – hier existieren in der Verhaltenstherapie keine Brüchigkeiten des konzeptuellen Rahmens (Goldfried et al. 1990) und in der Psychoanalyse plötzlich keine „Krise der Theorie“ (Thomä, Kächele) mehr – tödlich sein, wenn sie sich durchsetzen sollten. Die Psychotherapeuten könnten in Ermangelung einer eigenen starken „professional community“ in die Botmäßigkeit ihrer Ausgangsprofessionen kommen, in denen sie – zumindest bei den Ärzten – nur eine marginale Gruppe ohne große Bedeutung darstellen. Sie würden damit auf Dauer in den medizinalisierten Diskurs und seine Dispositive der Macht (Foucault 1973, 1976) eingepaßt, in die verdinglichende, kannibalische Ordnung (Attali 1981), die all dem, was Psychotherapie – ganz gleich welcher Schule – an emanzipatorisch-kritischen Impulsen beinhaltet, entgegensteht, ... und unsere Patienten brauchen Vielfalt und Freiheitsimpulse, denn sie sind durch Einengung, Rigidität, Zwang, Verdinglichung krank geworden.

Der wissenschaftliche Fortschritt ging gerade in der Psychotherapie häufig von den Außenseitern, vom „Dissidenten“ (Cremerius 1982) aus, von *transformativ* ausgerichteten „kleinen“ Verfahren (die großen stabilisieren Machtpositionen und verschleifen darin ihre Kreativität oder fahren sich häufig in *Dogmatiken* fest). Durch die Festschreibung auf „zwei Grundorientierungen“ (PSA und VT) werden klinische und wissenschaftliche Entwicklungen ernstlich behindert, zumal man – ist die Anerkennung erst erfolgt – verdrängen könnte, wie sehr man noch am Anfang steht und wie brüchig, partikulär und in weiten Bereichen inkonsistent die Theorien (auch und gerade die der großen Schulen) sind, so daß ein vielfältiger Diskurs dringend erforderlich wäre, anstatt eine Hegemonie von zwei „Konfessionen“, die damit de facto alle anderen Ansätze auf die Position unbedeutender oder bedenklicher „Sekten“ fixieren (und so die eigenen Privilegien sichern). Auch die ethischen Bedenken von Grawe (1992, 24), „Patienten mit Verfahren von zweifelhaf-

ter oder bisher nicht nachgewiesener Wirksamkeit zu behandeln“, sind ohne Spezifizierungen problematisch. Wie sollten denn dann neue Verfahren entwickelt und erprobt werden? Der *status quo* oder die Dominanz eines „klinischen Paradigmas“ wären die Folge.

Die Psychotherapie als „Wissenschaft für den Menschen“, bei der die Verschränkung von Theorie und Praxis unverzichtbar ist, verlöre weiterhin die Möglichkeit, ihre faktisch vorhandene „*professional community*“ (nebst ihren Werten, Normen, Interessen, Problemen) mit ihrer ebenfalls faktisch vorhandenen „*scientific community*“ zu synchronisieren. Sie begäbe sich damit der Chance, die Qualität einer kongruenten, unentfremdeten Profession zu gewinnen, die nicht vom monetarisierten Diktat einer versteckten „*commercial community*“ korrumpiert ist. Sie braucht diese Qualität, wenn sie den Anspruch hat, seelische Erkrankungen – die Auswirkung „multipler Entfremdung“ – zu heilen (Petzold, Schuch 1991). Und das geht nicht, solange in der eigenen Profession xenophobische Haltungen bestimmend sind (Duala-M' Bedy 1977): „Die anderen, das sind die Fremden!“

*Identität* darf unter Psychotherapeuten nicht mehr über Ab- und Ausgrenzung konstituiert werden. Sie entsteht, wie Luhmann herausgearbeitet hat, einerseits durch Mitgliedsrollen („Nehmen wir die bei uns auf?“ – „Wollen wir zu denen gehören?“ – „Sind wir bei denen Mitglied oder können es werden?“); andererseits entsteht *Identität*, wie ich gezeigt habe (Petzold 1984i, dieses Buch, S. 528ff), durch das Zusammenwirken von Selbstattributionen und Fremdattributionen („Ich bin Gestalttherapeut/in“ oder: „Ich bin Integrativer Bewegungstherapeut!“ oder: „Der ist doch kein richtiger Gestalttherapeut mehr!“ etc.). Es gilt, diese Zusammenhänge zu berücksichtigen, wenn man über die Identitätsfrage bei Psychotherapeuten nachdenkt. Was nämlich jemand ist – das zeigen sowohl Luhmanns Mitgliedsrollen als auch mein Identitätskonzept –, wird nicht nur von ihm selbst bestimmt, sondern *entsteht* im Geflecht der Relationen zwischen Positionen, Menschen, Gruppen, Institutionen, die ko-respondierend zusammenfinden oder konfrontierend aufeinandertreffen, die aneinander vorbeigehen und keine Berührungspunkte mehr finden oder die sich begegnen, zusammenfinden *trotz* (und manchmal auch wegen) bestehender Divergenzen.

Vielleicht muß gerade deshalb auch jeder Therapeut, jede Therapeutin der Frage nach *seiner / ihrer* Identität besondere Aufmerksamkeit schenken. Dies muß aber in einer Weise geschehen, daß die Betrachtung „nach innen hin“ nicht die Offenheit für das „Außen“ verdeckt. Niklas Luhmann (1968) bezeichnet den Gewinn von Identität als die Stabilisierung einer „Innen-Außen-Differenz“, als Abgrenzungs-Phänomen also, Abgrenzung aber in einer Weise, bei der – wie ich immer wieder herausgearbeitet habe – gesehen wird: Grenze ist zugleich Abgrenzung und Berührungsfläche, ist Besonderheit und Verbundenheit *i n e i n e m* (Petzold 1986e, 1991b). Identitätsarbeit – in Erziehung, Psychotherapie, im Alltagsleben – ist „Handel um Grenzen“ (idem 1970c).

Die Frage nach der Eigenidentität als Therapeut/Therapeutin *und* Mensch sowie nach der Identität als „scientific community“ und als „professioneller Gruppe“ wird sich nicht durch „kontrovers-theologische“ Debatten oder konkurrente Macht- und Revierkämpfe beantworten lassen, sondern erfordert ein *sorgsames Ko-respondieren* miteinander über eine gute Zeitstrecke hin, in der *Dauer*.

In solchen Ko-respondenzprozessen (idem 1978c, 1991e) wird deutlich: therapeutische Identität ist nicht *eindimensional*. Sie konstituiert sich mit wechselnden Gewichtungen im Spannungsfeld von „*scientific and professional community*“: 1. durch ein „Wir-Gefühl“ (man kennt Menschen, eine Gruppierung persönlich, fühlt sich ihnen zugehörig, wird von ihnen als Kollege, Freund, Peer erlebt); 2. durch Identifikation mit den Leitfiguren (z. B. Schulengründern, herausragenden Theoretikern oder Klinikern, aber auch berufspolitischen Machern) oder 3. mit Theoriekonzepten und Werten; 4. ein verbindendes Moment ist die gemeinsame Praxis („Wir kennen uns nicht und arbeiten doch in gleicher Weise“); 5. der leibliche Habitus („Auf dem Bahnhof sah ich ihn und wußte, der fährt auch zu der Gestalttagung“); 6. ein gemeinsames Territorium („Diese Ausbildung findet *bei uns* am Beversee *an unserem* Institut statt“); 7. gemeinsame Interessen („Wir wollen die Kassenzulassung“); 8. durch Fremdattribution („Das sind die Psychotherapeuten!“).

Diese identitätsstiftenden Momente können in mein Modell der Identitätssäulen (I. Leiblichkeit, II. soziales Netzwerk, III. Arbeit und Leistung, IV. materielle Sicherheit, V. Werte, vgl. idem 1984i,

1990m; Kames 1992) eingeordnet werden.\* Die Identitätsbereiche von Therapeuten müssen auf dem Hintergrund eines Kontinuums gesehen werden. Es gibt gemeinsame Geschichte und Zukunftsperspektiven in diesen Dimensionen, und sie können für jeden Therapeuten auch situativ zum Tragen kommen („Ich arbeite als Gestalttherapeut in einer psychoanalytisch ausgerichteten Klinik“, ...“in einer therapeutischen Gemeinschaft mit FPI-Leuten als Kollegen“ etc.). Therapeutische Identität ist – wie jede andere – plastisch und steht in beständigen, durch Außen- und Binnenwirkungen bedingten Veränderungen. Tritt man mit Kollegen über diesen Wandel selbst wieder in Ko-respondenzprozesse, wächst Identität, die tragfähig ist.

In diesem Sinne ist man als Vertreter einer „Integrativen Therapie“ als „Metaverfahren“ bei Integrationsversuchen nicht identitätslos. Wenn man auf der Metaebene und in der Theorie einen Boden hat, auf dem man steht, kann man ihn als den seinen bezeichnen, als seine „Heimat“ (und man wird auch auf dieser Position gesehen). Beim näheren Hinschauen wird dann deutlich, daß man auf einem „Plateau“ mit verschiedenen Regionen steht. Man steht nicht alleine. Man hat Nachbarn mit anderen *Heimatländern*: An die Gestalttherapie von *Perls* – Verfahren der Einzel- und Gruppentherapie – grenzt *Freuds* Psychoanalyse mit dem individuumszentrierten Paradigma. Zur anderen Seite liegt die Region *Morenos* mit seinem sozialwissenschaftlichen (auf den Menschen als Sozialwesen gerichteten) Paradigma. Nicht soweit entfernt sind auch die Regionen der kognitiven Verhaltenstherapeuten (sie sind z. B. der „*social learning theory*“ von *Bandura* u. a. verpflichtet). Das lädt dann ein, sich dem Dialog mit den anderen psychotherapeutischen Schulen vermehrt zu öffnen, und das stellt eine Herausforderung für Integrationsaufgaben dar, denn nur so kann kulturelle Vielfalt fruchtbar werden (*Ruhloff* 1990) und eine „*plurale, ko-respondierende therapeutische Kultur*“ entstehen, in der verschiedene Strömungen in einer „*scientific community*“, die der **Psychotherapie**, und einer „*professional community*“, die der **Psychotherapeuten**, kooperieren und

---

\* Punkt 5 und 4 zu Säule I „Leiblichkeit“, Punkt 1, 2 und 3 zu Säule V „Werte“, Punkt 6 zu Säule III „Arbeit und Leistung“. Punkt 1, 4, 5, 8 zu Säule II „soziales Netzwerk“, Punkt 7 zu Säule IV „materielle Sicherheit.“

in der sich diese beiden „communities“ mit ihren unterschiedlichen Strebungen synchronisieren oder zumindest koordinieren. Von einer solchen Kooperation und Abstimmung würden alle Nutzen haben: die Therapieschulen, die Therapeuten und vor allen Dingen die Patienten – sicher auch die Kostenträger.

Vereinnahmung oder Zersplitterung drohen nicht, solange ko-respondierende und kooperative Formen gefunden werden und solange man sich bewußt bleibt, daß eine theoretische und praxeologische Identität über Vereinsformen und Berufsverbände (d. h. letztlich natürlich über eine standespolitische Identität) hinausgeht. Sogar in professioneller Hinsicht muß unsere Identität als Psychotherapeuten immer wieder überschritten werden, denn wir haben mit anderen psychosozialen und medizinischen Professionen eine übergeordnete Identität als „*helfende Berufe im Dienste von Menschen*“, die Hilfe brauchen, und hierin liegt das wichtigste verbindende – und das heißt immer auch *identitätsstiftende* – Moment für unser Leben und Tun.